



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>

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1
2010

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N°

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

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

par

Caroline SANDER

le 19 novembre 2010

Le médecin généraliste et les soins non programmés.

Une étude concernant le ressenti des médecins généralistes libéraux meusiens face à la prise en charge des urgences.

Examinateurs de la thèse :

Mr le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT	{ Président
Mr le Professeur Alain GERARD	{ Juge
Mr le Professeur Sébastien GIBOT	{ Juge
Mr le Docteur Valéry COLIN	{ Juge et directeur de thèse

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUEANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NEMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE - Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel
DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE Henri LAMBERT
Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET
Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT Antoine RASILLER - Michel RENARD
Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET
Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT Augusta TREHEUX Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROS DIDIER

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

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

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

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur 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 ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

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

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**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 – Professeur Marc DEBOUVERIE

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH
5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

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

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

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

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO

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

Professeur Georges WERYHA - Professeur Marc KLEIN - Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI - Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE - Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteur Thierry HAUMONT - Docteur Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Béatrice MARIE - Docteur Aude BRESSENOT

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

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK - Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN - Docteur Marc MERTEN - Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Nelly CONTEL-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteur François SCHOONEMAN

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

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

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

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

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

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

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

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

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

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGÉ

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ

Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN

Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND

Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET

Professeur Michel VIDAILHET

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)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPoulos (1996)
Université de Pensylvanie (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 (VIETNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

À NOTRE PRESIDENT DU JURY

À Mr le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT, Professeur de réanimation médicale,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury,

Merci de nous avoir encadré dans la réalisation de ce travail et de nous transmettre avec une grande pédagogie votre savoir lors des séances de cours du DESC de Médecine d'Urgence,

Soyez assuré de notre profond respect.

À NOTRE JUGE

À Mr le Professeur Alain GERARD, Professeur de réanimation médicale,
Pour avoir accepté avec enthousiasme de participer à ce jury,
Veuillez recevoir nos remerciements les plus sincères.

À NOTRE JUGE

À Mr le Professeur Sébastien GIBOT, Professeur de réanimation médicale,
Vous nous avez fait l'honneur de siéger dans ce jury,
Soyez assuré de notre respect et de notre reconnaissance.

À NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

À Mr le Dr Valéry COLIN, Praticien Hospitalier aux urgences du CH de VERDUN,

Merci Val de nous avoir accompagné et guidé dans ce travail de thèse,

Merci de nous avoir transmis tellement pendant notre internat, tant sur le plan professionnel
qu'émotionnel,

Vous êtes dans notre cœur pour tous ces moments de partage, avec tout notre respect pour le
médecin que vous incarnez.

À ma famille et mes amis,

À ma maman, pour son soutien perpétuel, sa présence dans les bons comme les mauvais moments, notre complicité est ma force.

À mon papa, merci d'être à mes côtés et de m'appuyer dans mes choix.

À mon frère, avec tout mon amour et mes espoirs pour les moments à partager dans les années à venir.

À ma sœur, heureuse de t'avoir enfin près de moi.

À Maryvon, pour avoir bien pris soin de moi depuis de longues années.

À ma famille, merci d'être présents en ce beau jour ;

Tonton Jeannot et Evelyne merci pour votre écoute et votre gentillesse ;

Gé, ma couz et amie, que notre complicité et nos moments de franche rigolade perdurent très longtemps.

À Guillaume, pour être là tout simplement et faire partie de ce que je suis.

À Marine, un pilier dans ma vie, une amie comme on les rêves, que de rires et de pleurs partagés ensemble à poursuivre pour des siècles !!!

À mes amis :

Alice, mon petit lapin lyonnais, quelle chance de te compter parmi mes amis,

Ju, mon némo, quelle belle personne j'ai découverte en toi, que de bons moments live ou téléphoniques depuis des mois, à poursuivre...

À mon amie d'enfance, Déb, « ma grosse », et notre complicité malgré des chemins de vie bien différents,

À Lucie, ton honnêteté et ton franc parlé sont un régal, princesse tu vauds vraiment le détour !

À Nath, c'est « formidable » de t'avoir rencontré,

À Thomas, Jeeb, Jérôme, Steph B,

À mes amies de longue date, des valeurs sûres : Laura, Mélinda, Jo, Delphine et à Mary,

À Ouardia et Gilou,

À mes amis verdunois, Soph, Pelo, Jen, Did, ma Lulu, Francky, Marie-Ange, Astrid, à votre contact, j'ai appris et grandi tant sur le plan humain que professionnel, à Jean Phi vive les MCS, à Céline future collègue,

À mon chef, Mr le Dr F.Braun, pour m'avoir soutenu dès mon premier semestre, je suis ravie d'intégrer votre équipe,

À Jacqueline, merci pour ta disponibilité, tes bons conseils et ton art de dédramatiser,

À Thomas, avec qui j'ai hâte de travailler et rigoler à nouveau,

Aux équipes des urgences de Verdun et de Nancy, c'était très agréable de travailler avec vous, et aux autres équipes ayant participé à ma construction professionnelle au cours de mes différents stages,

À toutes les personnes rencontrées au détour de mon internat (équipes de Thionville et de Verdun) ou de mes voyages, Delphine, Leila, Carine... et toutes les autres qui ne sont pas citées mais qui sont dans mon cœur...

SERMENT

"Au moment d'être admise 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'interviendrais 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 entretiendrais 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 déshonorée et méprisée si j'y manque".

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : Organisation du système de soins non programmés en France

- I. Généralités
- II. Organisation hospitalière des soins non programmés
 - A. Prise en charge pré-hospitalière
 - 1. Le SAMU
 - 2. Le SMUR
 - B. Prise en charge hospitalière : les Services d'Urgences
- III. Organisation libérale des soins non programmés
 - A. Le médecin généraliste : premier intervenant médical
 - B. La Permanence des Soins
 - C. Les Médecins Correspondants du SAMU

DEUXIEME PARTIE : Devoirs du médecin généraliste face à l'urgence et formation

- I. Code de Déontologie Médicale
- II. Formation à l'urgence pendant les études médicales et formation continue
 - A. Formation initiale
 - B. Formation continue
- III. Les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence

TROISIEME PARTIE : Organisation du système de soins non programmés en Meuse

- I. Géographie, population et spécificités de la Meuse
 - A. Géographie et particularités

- B. Population
- II. L'offre de soins hospitalière en Meuse
- III. L'offre de soins non programmés libérale
 - A. Démographie médicale
 - 1. Démographie médicale en Lorraine
 - 2. Démographie médicale en Meuse
 - B. La Permanence des soins en Meuse
 - 1. La régulation libérale
 - 2. Garde médicale et sectorisation
 - C. Les Médecins Correspondants du SAMU en Meuse

ETUDE

- I. Matériel et méthodes
- II. Résultats
 - A. Nombre de réponses
 - B. Première partie du questionnaire
 - C. Deuxième partie du questionnaire (Questions 1 à 5)
- III. Discussion

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

ABREVIATIONS UTILISEES

RESUME

INTRODUCTION

Le système de soins non programmés est un système complexe articulé autour de multiples intervenants. Il regroupe des acteurs du monde libéral représentés par le médecin généraliste, la Permanence des Soins libérale et les Médecins Correspondants du SAMU, mais aussi des acteurs du monde hospitalier représentés par les Services d'urgence pré-hospitaliers et hospitaliers.

Chacun d'entre eux y joue un rôle spécifique dans le but d'assurer à l'ensemble de la population une couverture médicale égale et des soins de qualité, adaptés à chaque situation.

Le médecin généraliste tient un rôle de pivot dans la prise en charge globale du patient du fait de sa proximité géographique et relationnelle avec celui-ci. Il a, en outre, un rôle primordial dans le « réseau des soins non programmés », puisqu'il peut être souvent sollicité en premier lieu par sa patientèle devant la survenue d'une urgence réelle ou ressentie.

En effet, la technicité relative à la prise en charge des situations d'urgence laisse peu de place au médecin généraliste libéral et l'organisation de son emploi du temps laisse peu de place au temps de formation.

D'autre part la configuration actuelle de la démographie médicale, en particulier dans les zones rurales, place le médecin généraliste comme premier maillon médical de la chaîne des secours.

Nous nous sommes donc intéressés à la démographie médicale et à l'organisation du système de soins non programmés en Meuse.

Il nous semblait donc intéressant d'évaluer le ressenti des médecins généralistes libéraux face à la prise en charge des urgences dans leur activité quotidienne dans un département rural où le rôle du médecin généraliste prend tout son sens compte tenu des délais d'intervention importants des SMUR.

En effet, il est indispensable de réaliser les attentes de ceux-ci dans le domaine de la formation à l'urgence afin qu'ils continuent à constituer un relais primordial dans la chaîne des secours.

*Première partie : Organisation du système de soins non programmés
en France*

I. Généralités

Dans les années 1970, devant l'inflation de la consommation médicale et donc, du coût en matière de soins, les économistes ont émis l'hypothèse suivante : l'offre de soins était responsable d'une demande de soins accrue et pléthorique par la population et contribuait à majorer le déficit de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

La solution, proposée suite à ce constat, fut de diminuer l'offre de soins par l'instauration d'un Numérus Clausus drastique.

Vingt ans plus tard, la diminution du nombre de médecins, conjuguée au vieillissement de la population et à l'allongement de la durée de prise en charge des maladies chroniques, a entraîné une désorganisation totale du système de soins français.

La démographie médicale a progressivement diminué tandis que la demande des soins a augmenté.

Ce phénomène a contribué à la généralisation et au développement des Services d'Urgence (SU).

Ainsi, la solution proposée par les économistes dans les années 1970 s'est avérée insuffisante. Parallèlement, nous avons assisté à une remise en question des textes de loi sur la Permanence Des Soins (PDS) pour aboutir à une première modification du texte (décret de 2003 relatif aux modalités d'organisation de la PDS et aux conditions de participation des médecins à cette permanence) où la PDS n'est plus une obligation mais revient au service public. (Rapport Grall juillet 2007) (1, 2).

Ces différentes évolutions ont obligé les experts à se pencher sur une nouvelle notion : « la prise en charge des soins non programmés » et les services d'accueil des urgences (SAU) sont rapidement devenus des services d'accueil de soins non programmés (SNP) que les cabinets de ville avaient de plus en plus de mal à accueillir et prendre en charge.

Les SNP comprennent toute demande de soins non prévue (3) et se déclinent de la manière suivante concernant le point de vue du patient :

- Les urgences : situation estimée par le patient comme pouvant nécessiter une réponse immédiate ou quasi-immédiate.
- Les situations non urgentes: situation estimée par le patient comme pouvant nécessiter une réponse ne pouvant attendre le lendemain ou l'ouverture des cabinets.
- Les situations de service : situation estimée par le patient comme légitimant la réponse la plus confortable pour lui.

Ainsi, la notion d'urgence est très aléatoire en fonction de la personne qui en donne la définition. (4)

Elle varie en fonction qu'elle soit donnée par le patient, par le médecin généraliste libéral ou par le médecin urgentiste.

Dans la définition commune, il s'agit de « ce qu'on doit faire ou ce qui est demandé de façon pressante ».

Le Pr A.Steg définissait l'urgence médicale comme « un phénomène qui touche la santé de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète le patient et son entourage ». (5)

Pour le médecin urgentiste, l'urgence est d'abord vitale et fonctionnelle.

Pour le médecin généraliste, il s'agit d'un soin qui interrompt son activité.

Pour le patient, l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention, la notion de gravité n'est pas forcément au premier plan, le fait d'être pris en charge rapidement constitue une des premières préoccupations.

On peut donc classiquement différencier « les urgences réelles » des « urgences ressenties ».

« Une urgence réelle » met en jeu le pronostic vital et fonctionnel et nécessite une intervention médicale rapide ; elle correspond à la définition de l'urgentiste.

Tandis que « l'urgence ressentie » correspond à une situation vécue comme urgente par le patient et son entourage, quelle que soit la réalité objective de son état de santé.

« Réelle » ou « ressentie », la notion d'urgence implique une demande de soins inopinés et rapides, et par conséquent, une réponse médicale adaptée au degré de l'urgence.

La définition de l'urgence a ainsi évolué au cours des années pour passer de l'urgence vitale à l'urgence « ressentie » pour arriver aujourd'hui à la notion de « soins non programmés ».

Il s'agit en outre, du recours spontané du patient à la médecine.

Selon une enquête menée auprès de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne, la demande de SNP représenterait 56% de l'activité des médecins généralistes contre 9% dans le cadre de l'urgence vraie. (6)

Cette difficulté croissante de faire face à la demande de SNP, a conduit l'Etat à confier l'organisation des SNP, en ce qui concerne la médecine hospitalière, aux ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation), via les SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire) puis aux ARS (Agence Régionale de Santé). (7, 8)

Les urgences pré-hospitalières ont dû s'inscrire dans une perspective de coopération régionale entre les établissements de santé.

L'ARH est chargée entre autres d'organiser une conférence régionale de coopération inter-hospitalière sur les Services Mobiles d'Urgence et Réanimation (SMUR) ; elle y réunit les directeurs des différents établissements sièges de SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) et SMUR ainsi que les médecins responsables de ces services.

Cette conférence propose les modalités de l'engagement et de la coordination des SMUR, de leur antenne par les SAMU et de leur disponibilité.

Elle propose les zones d'intervention des SMUR dans chacun des départements de la région en tenant compte des moyens mobiles dont ils disposent, y compris héliportés.

Elle évalue le dispositif hospitalier de prise en charge des urgences par les SMUR.

L'ensemble de ce dispositif sous le contrôle de l'ARH vient compléter le dispositif d'urgence du SROS, il en constitue d'ailleurs un des éléments clé dans les mesures de restructuration et d'amélioration de la qualité de soins.

Les ARH ont toutes élaboré un volet urgences dans leur SROS et consacré des moyens importants à l'amélioration du fonctionnement de ces services. (9)

La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire), parue au Journal Officiel du 22 juillet 2009, a pour but de placer l'accessibilité des soins au premier rang des priorités dans la modernisation de notre système de santé. (10)

Pour cela, la gestion doit être effectuée par un acteur unique au plan régional, les ARS.

Afin de permettre à tous un accès à des soins de qualité, cette loi a défini des principes d'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours et donné une définition de la médecine générale de premier recours ;

Les besoins de proximité correspondent au premier recours et nécessitent une présence resserrée sur le territoire.

Par son rôle spécifique dans la prise en charge et l'orientation des patients dans le système de soins, le médecin généraliste (MG) devient l'acteur pivot de l'organisation de l'offre de soins ambulatoire.

L'article 16 s'intéresse à l'organisation et la gestion de la PDS en réaffirmant la mission de service public de la PDS ambulatoire ; son organisation est confiée à l'ARS.

Cette mission est assurée par les médecins libéraux en collaboration avec les établissements de santé en s'organisant autour de la régulation téléphonique.

La création des ARS a pour but de renforcer le pilotage territorial de notre système de santé.

Dans le domaine de l'urgence, les SROS consistent à :

- 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 prise en charge de l'urgence pré-hospitalière

L'un des objectifs du SROS II arrêté en 1999 était la mise en place d'une offre pré-hospitalière qui permette de répondre au mieux aux urgences graves et vitales, selon un maillage territorial cohérent en termes d'accessibilité, de qualité et de sécurité de soins.

Il préconisait la coopération entre les établissements de santé et la médecine ambulatoire.

Il visait à l'amélioration du 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.

Depuis plusieurs années, l'évolution des activités des urgences fait l'objet d'un même constat, partout en France (11) : forte augmentation des appels dans les centres 15, stabilité du nombre des interventions SMUR accompagnant le renforcement de la régulation, et augmentation des passages aux urgences.

Parallèlement de nouveaux comportements des usagers sont apparus à la recherche d'un service pour des demandes de SNP qui ne revêtent pas toujours un caractère d'urgence.

Environ 75% des demandes se présentent directement aux urgences sans contact médical préalable. (12)

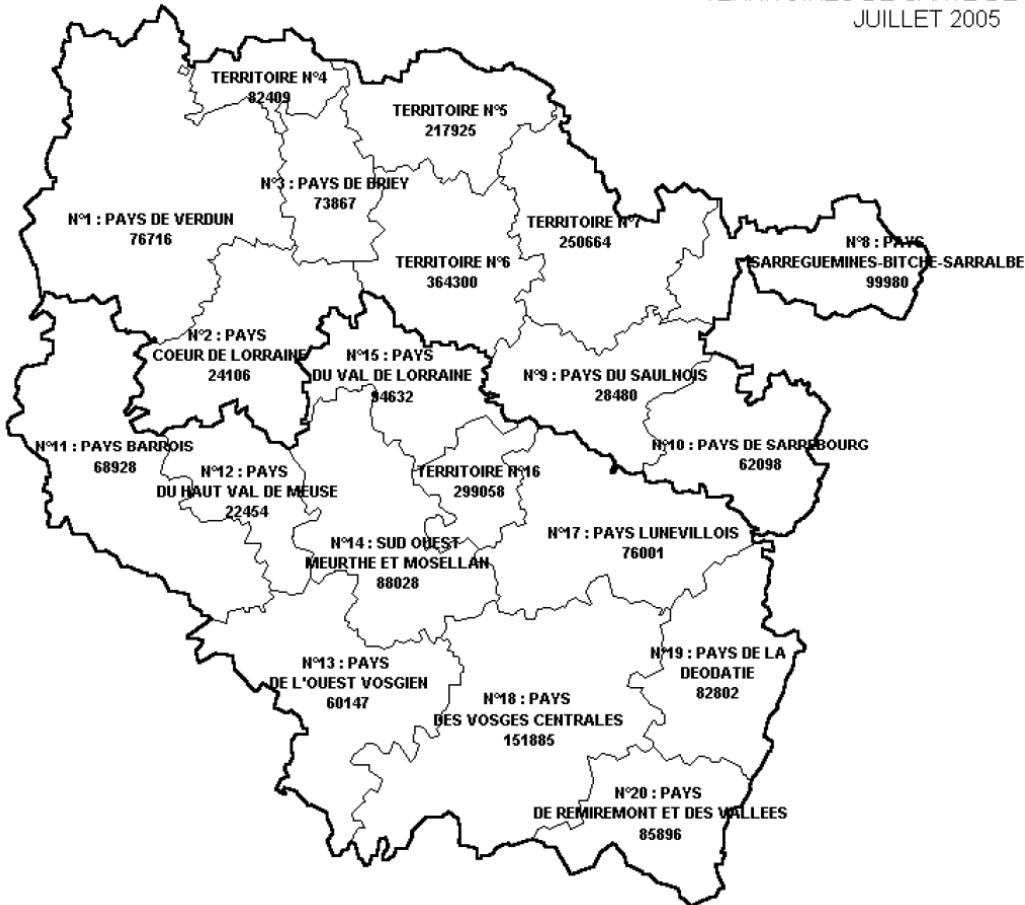
De nombreux écrits stigmatisent le comportement des patients en les qualifiant de plus en plus exigeants.

Ceci atteste simplement d'une augmentation de l'inquiétude des patients concernant leur santé ainsi que celle de leurs proches, cette inquiétude n'est pourtant pas si récente que cela.

Agir sur l'amont et l'aval pour une meilleure réponse à ces situations est donc devenue une priorité de santé publique ; l'enjeu étant de développer une plus grande implication de l'ensemble des intervenants dans la demande de SNP, à l'appui de filières bien définies et en reliant efficacement la PDS en médecine de ville avec les urgences.

Devant ces constats, le SROS III est donc davantage orienté vers l'amélioration de l'efficacité du dispositif (coordination, gestion des filières), les urgences ayant représenté une forte priorité durant ces dernières années.

Le SROS III de 2006 (13) a défini des territoires de santé de proximité.



Dans le volet « Médecine d’Urgence et articulation avec la PDS », afin d’aboutir à une prise en charge de qualité pour l’ensemble de la population, il est fondamental d’améliorer et d’augmenter l’implication de l’amont et de l’aval.

Afin d’y parvenir, des objectifs ont été clairement énoncés :

- apporter une réponse graduée et adaptée à la nature de la demande, selon le degré d’urgence et en lien avec la permanence des soins
- impliquer l’ensemble de l’établissement autorisé aux urgences, et aussi l’ensemble des acteurs du territoire de santé
- organiser un fonctionnement en réseau sur la base de filières de soins protocolisées en amont et en aval
- communiquer, développer l’évaluation, participer à la veille et l’alerte

À cette occasion des textes réglementaires sont revisités : les décrets « Urgences » encore en cours et le décret du 7 avril 2005 concernant la PDS. (14)

Parmi les gros chantiers en cours, on retrouve les SNP qui nécessitent en partie l'approfondissement des modes de fonctionnement ainsi que le financement des activités de soins non programmés des Etablissements Territoriaux de Santé (ETS), pour aboutir à une prise en charge adaptée, au regard des droits et obligation de la permanence libérale.

Un autre chantier de taille réside dans la réforme de la PDS sous l'égide de la Mission Régionale de Santé.

Concernant les recommandations d'organisation en pré-hospitalier, à l'échelle du territoire, du département, de la région et de l'inter-région, il est prévu :

- de renforcer le rôle de conseil, d'orientation, de régulation médicale des SAMU, en lien avec la régulation généraliste libérale
- de mettre en réseau les SAMU
- d'étendre la mise en place de médecins correspondants du SAMU (MCS) pour des zones éloignées à plus de 20 minutes d'un SMUR ou d'une antenne. Une analyse est prévue pour mettre à jour « les zones blanches »

II. Organisation hospitalière des soins non programmés

A. Prise en charge pré-hospitalière

1. Le SAMU

Au XIXème siècle le baron LARREY, chirurgien de Napoléon, développe pendant les campagnes napoléoniennes la notion même de chaîne des secours depuis la prise en charge des blessés sur le champs de bataille jusqu'à l'arrière où les traitements se font au sein de l'hôpital ; il met d'ailleurs en œuvre des ambulances médicalisées pour y parvenir. (15)

Il faut attendre la guerre de Crimée et la naissance de la Croix-Rouge pour qu'apparaisse la notion d'intervention médicale.

Par la suite quelques expériences éparses tentent de mettre en place un système d'aide médicale pré-hospitalière au sein des grandes villes.

L'aide médicale pré-hospitalière ainsi que l'enseignement des gestes de premiers secours au sein des facultés de Médecine disparaissent au début du XXème siècle.

La nécessité de prise en charge hospitalière naît de la création d'un corps médical d'anesthésistes à partir de 1948, en particulier au sein de l'Assistance Publique de Paris.

Les professeurs LARENG à Toulouse, CARA à Paris et SERRE à Montpellier lancent le projet de trouver des ambulances, les équipant à grande peine avec du matériel récupéré dans les unités hospitalières et les mettent à disposition des services publics de secours, gendarmerie, police ou pompiers.

D'autre part, le Ministère des Transports, dans un souci de meilleure sécurité routière, participe au développement des premiers SAMU.

Un seul fonctionnaire au Ministère de la Santé, Monsieur COIRIER, développe une politique résolument moderne, avec enthousiasme, et soutient les SMUR, les SAMU et l'Aide Médicale Urgente (AMU).

Ainsi, au cours des années 70, les SAMU se multiplient ; en 1976 une loi définit pour la première fois l'existence des SAMU et crée un service hospitalier portant ce nom.

Sur le plan législatif, la loi de janvier 1986 (16), précise que l'AMU assure aux malades quel que soit leur lieu, les soins d'urgence appropriés à leur état en collaboration notamment avec les services communaux et départementaux.

La circulaire du 12 décembre 1994, définit les modalités d'interconnexion entre le 15, le 17, et le 18, complétée par la circulaire de 1995 mettant en place le 112 , numéro européen.

Pour veiller au bon fonctionnement de l'AMU, il est créé dans chaque département un Comité de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires (CDAMU). (17)

Réglementairement les SAMU assurent les missions suivantes (18) :

- une mission de renseignements et d'informations : assurer une écoute médicale permanente
- une mission de régulation et de mise en œuvre des moyens d'intervention primaire : déterminer et déclencher dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels
- l'organisation de l'accueil hospitalier : s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publique ou privée, et veiller à l'admission du patient
- l'organisation des transferts médicaux secondaires inter-hospitaliers : transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires

- la formation et l'enseignement au sein d'une structure propre, le CESU, Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
- la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans de secours départementaux (plan ORSEC...), plans particuliers d'intervention, plans rouges, ...

Outre leurs missions directement liées à l'exercice de l'aide médicale urgente, les SAMU participent aux tâches d'éducation sanitaire de prévention et de recherche.

Les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) sont dotés d'un numéro téléphonique national gratuit, le 15, en interconnexion avec les services de police et d'incendie. (19)

Le CRRA est constitué de médecins régulateurs, de Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM) et de médecins libéraux.

La participation de ces différents intervenants est réglée par conventions.

Le rôle des CRRA est de garantir en permanence l'accès immédiat de la population aux soins d'urgence et la participation des médecins d'exercice libéral au dispositif d'AMU.

Le permanencier réceptionne les appels, il est donc le premier interlocuteur, et son rôle est primordial !

Il s'assure de l'identité, de la localisation de la victime, recueille les informations concernant le motif de l'appel et en évalue le degré de gravité.

Il effectue, dans le cadre de protocole établi, une orientation des appels vers les médecins hospitaliers ou les médecins libéraux en fonction de la gravité et de la nature de l'affaire.

Il peut dans certains cas précis, et en informant le médecin régulateur, orienter l'appel, le refuser ou déclencher immédiatement une intervention médicale (intervention P0).

Le médecin régulateur peut être hospitalier ou libéral titulaire de la Capacité de Médecine d’Urgence (CMU) ou actuellement du DESC (Diplôme d’Etude Spécialisée Complémentaire) de Médecine d’Urgence.

Il effectue un véritable interrogatoire médical et une courte consultation téléphonique qui permet d’évaluer la gravité potentielle de la situation et d’en effectuer une approche diagnostique.

La régulation médicale se définit comme la réception et la gestion de tout appel à caractère médical urgent ou vécu comme tel, par une structure d’écoute médicale centralisée. Elle commence dès la réception de l’appel et se poursuit par l’analyse de la demande, la détermination et le déclenchement rapide de la réponse la mieux adaptée, le suivi de la mise en œuvre de cette réponse, et éventuellement l’orientation des patients et la préparation des accueils dans un établissement de soins.

Elle ne se termine qu’avec la fin de la mission de l’intervenant.

Il est indispensable de réaliser, dès l’appel, une régulation, afin de différencier une urgence réelle d’une urgence ressentie par le patient ou un témoin et d’y adapter la réponse médicale.

En effet, il existe un intérêt certain dans la prise en charge des blessés ou malades graves ; cependant, cela implique l’intervention d’équipes performantes qui disposent de matériel coûteux de réanimation et demeurent limitées en nombre.

Il convient donc, de bien hiérarchiser les demandes, afin de pouvoir envoyer les équipes médicalisées aux patients les « plus graves ».

La régulation est un réel acte médical effectué à distance du patient ; elle engage la responsabilité du praticien.

Cet entretien comporte plusieurs phases : une analyse sémiologique à distance, une phase décisionnelle en fonction de la probabilité diagnostique, et une phase de conseil à l'appelant permettant une approche thérapeutique en attendant les secours.

La régulation médicale ne s'improvise pas, elle implique de la part du médecin régulateur, une expérience sur le terrain, une connaissance géographique du territoire qu'il couvre, des capacités de concentration et de gestion du stress, une capacité à prendre une décision adaptée dans un court délai, ainsi que des qualités humaines relationnelles.

Le médecin régulateur a le choix entre 2 types de réponses : réponse sans déclenchement de moyens ou avec déclenchement de moyens.

Les réponses sans déclenchement de moyens peuvent aller d'une simple information à un conseil médical, pouvant être délivré par le PARM dans certains cas.

Les différents moyens pouvant être déclenchés regroupent : l'envoi d'une équipe non médicalisée (pompiers, ambulanciers privés, police secours), l'envoi d'une équipe médicalisée (SMUR ou pompiers) ou l'envoi d'un médecin de garde à domicile.

Afin d'assurer une prise en charge adaptée des SNP et d'optimiser les moyens pour y parvenir, les SAMU se doivent d'évoluer ; un récent rapport va dans ce sens.

Le rapport de la mission DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) relative à la modernisation des SAMU (20), établi par Mr Pierre MADEGAN datant de juillet 2010, a eu pour objectifs initiaux d'établir un état des lieux des grands schémas actuels d'organisation des SAMU.

À la suite de cet état des lieux, d'autres objectifs ont suivi :

- optimiser l'organisation des SAMU dans le cadre des réseaux des urgences

- moderniser leurs équipements techniques afin d'améliorer et de sécuriser les capacités de régulation et de réduire les délais d'attente pour les patients
- optimiser les conditions d'interconnexions
- anticiper la gestion des crises et la capacité des SAMU à mobiliser leurs ressources

Le premier constat concernant l'état des lieux est le suivant : il n'existe pas de SAMU « idéal » en France qui réponde à l'ensemble des critères de performance.

Les résultats ont permis d'identifier des grandes tendances :

- une hétérogénéité des SAMU sur tous les volets avec une grande disparité des résultats notamment lors du calcul des ratios à l'activité ou à la population
- une hétérogénéité des solutions techniques retenues
- une relative méconnaissance de l'activité téléphonique
- l'enquête révèle que 2 éditeurs de logiciels se partagent 80% du marché et que les dispositifs qu'ils mettent à disposition des SAMU sont peu évolutifs
- peu de coopération et d'échanges entre SAMU
- peu de sécurisation inter SAMU en cas d'afflux d'appels ou de panne

Ces résultats confirment le rôle essentiel des SAMU dans la réponse aux besoins urgents de la population (31 millions d'appels décrochés en 2008, pour 65 millions d'habitants). La régulation médicale spécifique du système de soins français semble répondre aux attentes de la population.

L'étude, réalisée par la commission Evaluation de Samu-Urgences de France à la demande du DGOS et présentée dans ce rapport, représente la plus grande base de données des SAMU en France.

Elle permet de réaliser un état des lieux quasi exhaustif des SAMU en France selon 3 volets : techniques, ressources humaines et structures.

Les SAMU apparaissent largement sous équipés et leur fonctionnement n'est que très partiellement sécurisé.

Cette étude constitue une référence indispensable pour proposer des mesures de modernisation, par le renforcement de leurs moyens afin de permettre une coordination plus efficace entre la ville et les services d'urgences hospitaliers, par le renforcement des liens entre les SAMU eux-mêmes.

La nouvelle organisation territoriale des SAMU doit faire preuve de souplesse et d'adaptabilité afin de répondre aux variations d'activité et aux spécificités loco-régionales.

Des projets médicaux « partagés » de territoire, reposant sur des stratégies d'alliance « inter SAMU », permettront aux SAMU de renforcer et/ou de se développer pour faire face avec encore plus d'efficacité aux enjeux de demain.

Par ailleurs, **un rapport concernant le Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins (21)** a été confié au Professeur Pierre Coriat, Président de la Commission Médicale d'Etablissement de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris en date de mai 2008.

Madame la Ministre Roselyne Bachelot-Narquin a décidé de créer un Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins qui serait une instance à la fois de réflexion et de proposition.

Ce conseil a pour but de prendre en compte les différents travaux et rapports réalisés dans le champ de la prise en charge de l'urgence et de la PDS publics et privés.

La présidence de ce conseil a été confiée à Monsieur Coriat, qui a constitué un groupe de travail afin de soumettre des propositions sur la composition, les missions et le champ d'action de ce conseil.

Depuis presque 20 ans, si l'on considère le premier rapport STEG comme point de départ, de nombreux travaux, suivis de textes législatifs et d'efforts financiers ont été consacrés en France à l'urgence et à la PDS.

Ceci a permis d'améliorer de façon considérable la prise en charge des patients nécessitant des soins urgents et non programmés.

La prise en charge cohérente d'un patient en situation « d'urgence » ne peut se concevoir sans la cohésion des professionnels impliqués et sans leur capacité à former une chaîne humaine et technique.

L'évolution des besoins de la population a rendu indispensable la réalisation d'un travail prospectif sur les métiers de l'urgence et de la PDS, travail destiné à mieux cerner les spécificités de cette activité médicale, d'en anticiper l'évolution.

Il était indispensable de réaliser ces travaux en coopération avec l'organisation de la PDS de la médecine de ville.

Le Conseil National de l'Urgence et de la PDS a limité dans un premier temps, son champ d'action à la prise en charge par les établissements de santé des urgences, des SNP et des pathologies nécessitant une PDS que ce soit à l'intérieur même de ces établissements mais également dans leur composante pré-hospitalière représentée par les SAMU-Centres 15 et les SMUR.

Ce conseil n'a pas vocation à intervenir dans la PDS s'exerçant hors des établissements de santé, en particulier la PDS des médecins généralistes libéraux.

Plusieurs missions ont été définies dans ce rapport :

- accompagner la réforme de l'hôpital concernant l'organisation territoriale des urgences, des soins urgents non programmés et de la PDS au sein des ETS
- favoriser l'amélioration de la qualité des soins urgents et non programmés délivrés dans les ETS, reposant sur la formation initiale et continue, les travaux de recherche et la mise en place de démarches d'assurance qualité
- identifier et faire reconnaître les spécificités et les contraintes des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des urgences et dans la PDS
- anticiper l'évolution des urgences et de la PDS au sein des ETS

2. Le SMUR

Lors de la loi de 1986, les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation, SMUR, voient également leur existence propre clairement définie.

Les SMUR, sont l'effecteur majeur des SAMU en tant que réponse aux situations de détresses médicales.

Leurs missions sont (22):

- assurer 365 jours par an et 24H/24, hors de l'établissement hospitalier, l'intervention d'une équipe hospitalière médicalisée pour la prise en charge de tous les patients nécessitant des soins médicaux urgents ou de réanimation ainsi que leur transport vers un établissement de santé afin d'assurer la suite des soins
- assurer le transfert par une équipe hospitalière médicalisée, entre 2 établissements de santé, des patients nécessitant une surveillance médicale pendant le trajet

L'équipe d'un SMUR est composée d'un docteur en Médecine (le praticien doit avoir acquis une formation ou une expérience d'au moins un an en Médecine d'Urgence), d'un infirmier et d'un ambulancier. Chaque intervenant doit être qualifié en Médecine d'Urgence.

Les SMUR doivent disposer d'une salle de permanence, de moyens de télécommunication permettant une communication permanente avec les SAMU, d'un garage pour les moyens de transports terrestres, d'une salle de stockage des matériels, d'un local fermant à clé pour entreposer et conserver les médicaments.

Les SMUR permettent donc une prise en charge médicalisée des situations d'urgence qui est propre au système de soins pré-hospitalier français.

B. Prise en charge hospitalière : les Services d'Urgences

Les services d'accueil des urgences ont vu le jour dans les années 60.

Leur dénomination actuelle est « Services des Urgences ».

Leur mission première est d'assurer une réponse permanente à la demande de tout patient présentant une souffrance réelle ou ressentie. (23)

Il existe en France 3 niveaux de sites de prise en charge des urgences : les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), les unités de proximité d'accueil et de traitement des urgences (UP) et les pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (POSU).

Ils sont organisés au sein d'un centre hospitalier ou dans un établissement de santé privé.

Ils accueillent 365 jours par an et 24H/24 toute personne se présentant en situation d'urgence physique ou psychologique et réalisent sa prise en charge.

Le SAU est constitué de 3 zones déterminées :

- Une zone d'accueil dédiée à l'accueil, l'orientation, l'attente des patients valides et « non urgents », l'enregistrement administratif des patients et l'accueil des familles.
- Une zone d'examen

- Une zone de surveillance de courte durée , comportant 3 à 5 boxes individuels, par tranche de 10000 passages par an et par service.

Les SU sont sous la responsabilité d'un médecin senior, praticien hospitalier dans les établissements publics ; celui-ci ainsi que les médecins qui travaillent avec lui doivent avoir reçu une formation universitaire à l'urgence.

Le reste de l'équipe est composé d'infirmiers, 24H/24, auxquels s'ajoutent des aides soignants, des agents de service hospitaliers, un assistant de service social, et un personnel chargé des admissions.

L'UP oriente les patients dont l'état le nécessite et qu'elle ne peut traiter vers les services adaptés.

Un contrat dit de relais permet d'établir une continuité dans la prise en charge des patients, entre l'UP et tout autre établissement de santé.

Les pouvoirs publics ont souhaité soutenir la rénovation des activités de soins de médecine d'urgence par la mise en place d'un plan de financement de portée globale, dit « Plan Urgences ». (24)

Celui-ci porte sur toute la chaîne des urgences, depuis l'amont, en passant par les SU et l'aval des urgences au sein de l'hôpital, les services de soins de suite et les autres structures d'aval (gériatrie, HAD, hôpital local) jusqu'au retour à domicile.

En Lorraine près de 10 millions ont été consacrés à ces structures d'amont et d'aval, et aux urgences, sur la base des tranches 2004 et 2005 du « plan urgences ».

Parmi les thèmes repris par ce plan, il a été défini comme objectif de :

1- Renforcer les médecins libéraux dans leur rôle de premier recours pour la prise en charge des soins non programmés et désengorger les services d'urgences hospitalières en :

- Assurant la PDS.

- Développant les maisons médicales (celles-ci seront intégrées au dispositif de PDS).

2- Donner les moyens aux SAMU-centres 15 de répondre à une progression significative d'activité (6% par an), et aux SMUR d'assurer leur mission de couverture du territoire en :

- Mettant en place une régulation unique (ou interconnectée) des généralistes et des urgentistes.

- Valorisant le métier de PARM.

3- Assurer un maillage équitablement réparti sur le territoire des médecins libéraux, en cabinet ou à l'hôpital local en :

- Incitant l'installation des médecins libéraux en zone déficitaire (prime d'installation, aides fournies par les collectivités locales, exonération de taxe professionnelle pendant 5 ans, développement de nouveaux modes d'exercice professionnel coopératifs et collectifs, utilisation de financement de l'Assurance Maladie).

- Développant les hôpitaux locaux.

III. Organisation libérale des soins non programmés

A. Le médecin généraliste : premier intervenant médical

Le MG est souvent le premier appelé dans le cadre d'une situation médicale urgente, voire le premier sur les lieux compte tenu de sa proximité géographique.

Il peut se déplacer après appel d'un patient ou de son entourage dans le cadre d'une demande médicale ne relevant pas d'après la description initiale d'une urgence vitale ou être sollicité par le SAMU dans le même contexte.

Cependant, une fois sur les lieux, il est possible de constater une situation plus grave nécessitant l'intervention d'un SMUR, l'envoi d'une ambulance privée ou des sapeurs-pompiers.

Un dialogue adapté entre le centre 15 et le MG libéral est indispensable, pour une prise en charge optimale du patient. En effet, chacun de ces intervenants apporte des compétences qui lui sont spécifiques.

Le MG a donc un rôle essentiel dans ce réseau structuré de l'urgence, il est le « premier maillon médical de la chaîne des secours », un facteur primordial dans le triage pré-hospitalier et dans la prise en charge initiale d'une urgence relative ou vitale.

Remplir cette mission nécessite de l'investissement personnel ainsi que de la disponibilité ; il faut toutefois souligner l'importance de la charge de travail d'un MG, en particulier dans les zones rurales, de même que les contraintes engendrées par une telle situation géographique.

Il est donc urgent que les pouvoirs publics et l'Assurance Maladie reconnaissent le rôle essentiel du MG dans l'urgence.

En effet, il existe malheureusement une certaine inégalité de chance pour la population qui se trouve éloignée des SAU et des SMUR et cette situation est en rapport avec la démographie médicale et la répartition de ces structures.

Il est cependant indispensable de pouvoir proposer à la population générale une prise en charge optimale des situations médicales urgentes.

Et cela repose donc sur la prise en charge pré-hospitalière, par l'intermédiaire des SMUR ou, des MCS, intervenants privilégiés, lorsque le lieu de la détresse est éloigné du SMUR auquel il est rattaché.

B. La Permanence des Soins

Elle est définie comme « l'organisation mise en place avec les médecins libéraux et les centres de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de SNP exprimés par les patients ».

Il s'agit de la définition donnée par Mr le Ministre Charles Descours (25) dans son rapport paru le 22 janvier 2003 qui permet de séparer l'activité de PDS de l'obligation déontologique et légale de la continuité des soins.

Il y est introduit la notion « de mission d'intérêt général » (26), impliquant ainsi l'Etat et les structures hospitalières dans son organisation ainsi que la notion de « mission de service public » dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. (27)

Initialement, le Ministre de la Santé avait chargé Mr Descours de réunir une commission afin de réfléchir sur la continuité des soins en ambulatoire et de redéfinir la notion d'urgence pendant les gardes. Il s'agissait d'élaborer des modes de collaboration entre médecins libéraux et structures hospitalières dans la réponse et la régulation de ces urgences mais aussi de revaloriser l'activité de garde.

Le rapport Descours a permis de trouver un compromis entre la demande des syndicats qui souhaitaient que la participation repose sur le volontariat total et le Conseil de l'Ordre qui, lui, réclamait l'obligation de participation.

Avant 2002, la garde médicale était une obligation déontologique. (28)
Suite aux grèves de 2001, l'article 77 du Code de Déontologie a été modifié (29) : « Il est du devoir du médecin de participer à la PDS dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent ».

Ce compromis est passé par la modification des CODAMU en CODAMUPS (Comités Départementaux de l'Aide Médicale d'Urgence, des transports sanitaires et de la Permanence des Soins) chargés de définir au niveau départemental les secteurs et les besoins en terme de garde médicale en regroupant les acteurs de la PDS. Son rôle est défini notamment par le Code de Santé Publique. (30)

Le CODAMUPS a également pour mission de coordonner les différents acteurs de la PDS et de définir des procédures de coopération entre les intervenants de la PDS et l'AMU hospitalière.

L'organisation de la PDS implique la mise en place d'une chaîne de moyens humains et techniques au service de la population.

Cette organisation, et celle de la prise en charge des urgences sont complémentaires.

La délimitation entre ces deux domaines est très difficile à établir.

Ces deux organisations doivent être coordonnées et médicalement régulées ; la PDS doit être conçue comme « un système en réseau ».

Les médecins ont donc la responsabilité de s'organiser librement, le CODAMUPS valide le système organisationnel, établit un tableau nominatif pour une durée de 3 mois et c'est le Conseil de l'Ordre qui est chargé de vérifier la régularité de situation d'exercice des médecins. (31)

Tous les acteurs de la PDS sont réunis afin de déterminer la sectorisation, une organisation nationale étant inenvisageable. (32)

Cette sectorisation détermine la limite géographique des différents secteurs d'intervention de chaque médecin de garde.

Cette cartographie est arrêtée par le préfet et réexaminée chaque année.

Le nombre et les limites de chaque secteur sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante.

Les limites des secteurs peuvent varier au cours de l'année et être adaptées aux besoins de la population.

La PDS couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux (dimanches et jours fériés, samedis après-midi, et en semaine de 20 heures à 8 heures).

« L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable », modalité définie par le décret 2003-880 du 15 septembre 2003 imposant une nouvelle organisation de la garde médicale.

L'AMU et la PDS sont 2 entités distinctes, cependant, la régulation doit être organisée par le SAMU, ou, à défaut, interconnectée avec ce service.

Un médecin régulateur libéral assure exclusivement cette fonction.

À chaque appel, il a la possibilité de déclencher l'intervention du médecin de garde du secteur concerné, donner un conseil, transférer l'appel vers l'AMU ou diriger le patient vers une structure médicale.

La PDS a été l'objet de nombreuses lois ou textes ; le Conseil National de l'Ordre (CNOM) est le garant d'une PDS conforme à la déontologie et compatible avec la sécurité de la population ; c'est lui qui connaît véritablement les médecins ainsi que leurs compétences.

C. Les Médecins Correspondants du SAMU

Les MCS participent à l'AMU et font donc partie, à titre complémentaire, des moyens publics compétents, du réseau des urgences.

Les MCS interviennent dans le cadre d'une urgence nécessitant une intervention médicale immédiate ; ils sont interconnectés avec le SAMU, d'ailleurs, le SMUR est systématiquement envoyé concomitamment.

Ils constituent un véritable relais avant l'arrivée du SMUR sur les lieux et permettent de

réduire les délais de réponse à l'urgence. (33)

Leur rôle est, entre autres, d'évaluer avec justesse le degré de gravité de la situation, de transmettre un bilan clair au médecin régulateur afin de lui permettre d'adapter les moyens médicaux déclenchés ou d'annuler le déplacement du SMUR.

Leur mission implique le volontariat, une formation continue annuelle, un déclenchement par le centre 15, une garantie de bilan, et l'assurance d'une intervention dans un délai maximal de 15 minutes.

Cette organisation est définie par l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux MCS et la circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

(34)

Les zones d'implantation des MCS sont définies dans le volet «Urgence» du SROS par l'ARH afin d'assurer une répartition adéquate.

Les médecins concernés sont ceux qui exercent dans les zones isolées et qui acceptent d'intégrer le dispositif en évitant, sauf en cas de nécessité, de solliciter les médecins libéraux qui sont déjà médecins sapeurs-pompiers volontaires.

Le MCS signe, quel que soit son statut, un contrat avec l'établissement siège de SAMU, auquel il est rattaché. Ce contrat fixe les conditions d'intervention, et notamment le lien fonctionnel entre le médecin et le SAMU.

Le MCS peut choisir de conserver son statut de médecin libéral et, dans ce cas, son intervention est rémunérée par l'assurance maladie comme une consultation ou choisir d'être recruté en qualité de praticien attaché.

Dans l'annexe 4 de la circulaire suscitée, il est dit que les médecins libéraux bénéficient de la

qualité de collaborateur occasionnel du service public lorsqu'ils effectuent leur mission à la demande du SAMU.

Cette qualité, consacrée par le Conseil d'Etat, sans les qualifier d'agent public, les considère comme ayant participé au service public à la demande de l'administration.

Les MCS recrutés par l'établissement siège du SAMU comme praticiens attachés, se voient appliquer le régime général de responsabilité qui régit le personnel hospitalier, pour les périodes durant lesquelles ils sont sollicités.

Aux vues de leur activité dans le secteur de prise en charge des urgences, il est primordial de leur fournir le matériel nécessaire à la prise en charge des urgences lourdes comme par exemple celui que l'on trouve dans les véhicules légers médicalisés (VLM) ; Des sacs spécifiques « MCS » leur sont confiés.

Il est également indispensable de leur assurer une formation continue et rémunérée, adaptée à l'urgence, dispensée au sein des SAU, SMUR et CESU de proximité nécessaire pour remplir cette mission et sous l'autorité du service hospitalo-universitaire de référence.

Ils constituent un pilier fondamental du réseau de l'AMU; l'association de ces différents intervenants et du SAMU-SMUR permet d'aboutir à une complémentarité visant à un seul but : assurer une prise en charge de qualité et la plus rapide possible quel que soit le type de patient et son lieu d'habitation.

Il convient donc de favoriser la communication, la connaissance, et le respect entre ces différents acteurs que sont les MCS, les médecins libéraux, les médecins sapeurs pompiers, le

SAMU, le SMUR et les SAU, afin de travailler en toute confiance.

Il ne s'agit pas là d'organisations concurrentes mais bien de partenaires et l'organisation des formations au sein des CESU, SAMU-SMUR permet leur rencontre et donc la coopération et la complémentarité.

*Deuxième partie : Devoirs du médecin généraliste face à l'urgence et
formation*

I. Code de Déontologie Médicale

L'article 9 du Code de Déontologie Médicale s'intéresse à la notion de « non-assistance à personne en danger ». (35)

Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.

Cet article applique au médecin le principe général de secourir une personne en danger.

Il est évident qu'en cas d'urgence un médecin doit porter secours à tout malade ou blessé qui l'appelle ou lui est signalé. Encore faut-il qu'il prenne conscience de l'urgence et de la gravité. L'appel d'urgence peut être inopportun si le médecin est en consultation, s'il est attendu chez d'autres malades, s'il doit se rendre à l'hôpital, est souffrant ou surmené. Il doit apprécier s'il s'agit d'une urgence véritable ou d'une visite qui peut être différée. Apprécier la gravité au moment de l'appel est capital, et cet exercice difficile est une tâche quotidienne du médecin. En cas de doute, le médecin se doit d'aller voir le patient, quelle que soit la perturbation apportée dans son travail. Si cela lui est impossible, il lui revient de trouver un confrère qui puisse se déplacer.

Le médecin a également l'obligation de formation continue.

L'article 11 du Code de Déontologie précise qu'il doit entretenir et perfectionner ses connaissances et doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue (36).

La déontologie exige du médecin qu'il donne des soins « conformes aux données acquises de la science », il n'a pas le droit de ne pas être au courant des progrès de la médecine.

La compétence est la première exigence de la morale professionnelle.

Cette obligation de compétence est devenue très difficile à satisfaire en raison de la complexité croissante de la médecine. Malgré cela, le médecin doit toujours avoir à l'esprit qu'il est responsable et doit être conscient des lacunes de son savoir, lacunes qui peuvent avoir des conséquences vitales pour ses patients, avant même d'envisager les suites médico-légales possibles.

L'ordonnance numéro 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a renforcé le simple devoir déontologique qu'exprime l'article 11 du Code par une obligation légale pour tout médecin de se soumettre à une formation médicale continue et a prévu tout un système de règles et de contrôles de bon accomplissement de cette obligation.

Ces dispositions n'ont pas trouvé d'application. Un nouveau projet est en cours d'élaboration. Le dispositif envisagé s'appliquera sous le contrôle d'une instance nationale à l'ensemble des médecins et sera décliné en fonction des modes d'exercice.

La participation d'un médecin à l'évaluation des pratiques professionnelles est une addition importante par rapport au précédent code. La formulation retenue n'en fait pas une obligation mais y incite fortement.

La création en 1990 de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) puis en 1996 de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a traduit la prise de conscience par les pouvoirs publics de cette nécessité et la volonté de favoriser toutes mesures y contribuant.

II. Formation à l'urgence pendant les études médicales et formation continue

A. Formation initiale

Des besoins d'enseignement spécifique à l'urgence sont apparus et sont devenus obligatoires dans le premier et le deuxième cycles des études médicales.

Concernant le cursus des études médicales à la faculté de Médecine de Nancy (37), au cours de l'année de PCEM2, l'étudiant doit participer à un module « gestes d'urgence » comprenant un enseignement théorique d'une durée de 4 heures et des enseignements dirigés (3 séances de 1h30). Ces séances d'enseignement dirigés se déroulent au sein de l'hôpital (Centre 15, SAMU, SMUR) et au CESU 54 pour l'apprentissage du monitorage, de l'oxygénotherapie, de la ventilation non invasive et invasive.

Au cours du deuxième cycle, un module optionnel de Médecine d'Urgence est proposé se déroulant sous forme de cours magistraux en amphithéâtre, sanctionné par un examen en fin d'année.

En DCEM1, dans le cadre de l'enseignement intégré de physiopathologie et de sémiologie, les étudiants se rendent 3 journées au CESU 54 afin d'obtenir l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) 1 et 2, selon le programme défini sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

Jusqu'à récemment, cet enseignement était réalisé en PCEM2 sous la forme d'une attestation de formation aux premiers secours (AFPS).

Dans le cadre de la préparation aux Epreuves Classantes Nationales (ECN), le module 11 « thérapeutique » aborde un certain nombre d'items relatifs à la Médecine d'Urgence ; il est sanctionné par un examen en fin de DCEM4.

Au cours de ces dernières années, des modifications concernant le programme d'enseignement de la Médecine d'Urgence ont eu lieu. Cependant, l'enseignement reste fragmenté, sans réelle transversalité ni homogénéité des contenus.

Au cours du troisième cycle, la formation des résidants en Médecine Générale est restée longtemps insuffisante ou absente concernant la Médecine d'Urgence.

Des diplômes d'Université de Médecine d'Urgence ont été créés, suivis par une Capacité d'Aide Médicale Urgente (CAMU 1988) puis une Capacité de Médecine d'Urgence (1998).

Malgré une actualisation de la CMU, celle-ci était devenue insuffisante pour l'acquisition des compétences en Médecine d'Urgence.

Elle a été une étape avant la mise en place du DESC de Médecine d'Urgence.

Dans les deux rapports du Professeur STEG en 1992, il est déjà souligné que la formation à l'urgence représente une des composantes majeures du programme des études médicales. 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.

Devant toutes ces réflexions, 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 (38) et Jean-François MATTEI (39) abondent dans ce sens.

Une véritable réforme de l'enseignement a donc permis, par l'intermédiaire de textes et décrets, d'augmenter et d'améliorer la formation à la Médecine d'Urgence au cours des études médicales.

De son côté, le Comité National d’Evaluation (CNE) des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel a choisi d’évaluer le 3^{ème} cycle de Médecine Générale (40).

Cela traduit 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.

Cette évaluation a pour objectif de contribuer à améliorer la formation universitaire des étudiants en Médecine Générale ; elle ne conduit en aucun cas à juger la qualité de la Médecine Générale telle qu’elle est pratiquée en France.

Les finalités de l’évaluation sont 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 de la formation dispensée aux résidants 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 3^{ème} 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 CNE entend proposer aux responsables universitaires et politiques des éléments d’aide à la décision. »

Décrets en Médecine Générale

L’organisation des études du 3^{ème} 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 une durée de 5 semestres, une formation théorique et une formation pratique.

Le décret du 19 janvier 2001 (41) porte ce 3^{ème} cycle à une durée de 3 ans à temps plein, 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 de l'étudiant en 3^{ème} cycle de Médecine Générale.

L'arrêté du 19 octobre 2001 a fixé les modalités toujours en vigueur de l'enseignement du 3^{ème} cycle de Médecine Générale, particulièrement l'organisation des stages suite à l'introduction du 6^{ème} semestre.

Concernant la formation pratique, la maquette de l'interne en Médecine Générale comprend un semestre dans un service de pédiatrie ou gynécologie, un semestre dans un service de Médecine Adulte, un semestre « Libre », un semestre dans un service d'Urgence, un semestre chez un MG, un semestre de préférence en ambulatoire (5^{ème} ou 6^{ème} semestre) (42).

Ces stages s'effectuent dans des services hospitaliers ayant l'agrément pour la Médecine Générale, donné par la Faculté de Médecine en lien avec la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) de la région correspondante.

Le choix des postes des internes s'effectue à l'ancienneté et au mérite sur une liste unique arrêtée chaque semestre en fonction du nombre d'étudiants attendus. 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 DRASS.

Parallèlement à cet enseignement pratique, se déroule un enseignement théorique qui doit permettre aux internes d'acquérir les connaissances et compétences nécessaires à leur future pratique de la Médecine Générale. Il est destiné à fournir un certain nombre de concepts et de connaissances pratiques.

Ce 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.

Pour chaque semestre, une fiche d'évaluation adaptée au stage est remplie par le médecin responsable du stage, aboutissant à la validation ou non du semestre.

B. Formation continue

Les méthodes de formation continue sont diverses : lectures scientifiques, fréquentation hospitalière, contacts avec des spécialistes et consultants, stages, séminaires, conférences et réunions, congrès,...

Des associations de formation continue et d'enseignement post-universitaire existent dans toutes les régions. Elles multiplient les occasions offertes aux médecins et tâchent d'adapter à leurs besoins et possibilités les modes d'enseignement, qui ne sont pas les mêmes que pour les étudiants.

Des actions de formation sont financées par les laboratoires pharmaceutiques dans les conditions prévues par l'article L.4113-6 du Code de la Santé Publique : les projets doivent être soumis pour avis au Conseil Départemental ou National de l'Ordre.

C. Les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence

Les CESU sont les centres d'enseignement des SAMU.

L'arrêté du 26 avril 1973 et sa circulaire du 26 juin 1973 ont officialisé la création « des centres d'instruction destinés à l'ensemble des personnels qui participent à l'organisation des secours médicaux d'urgence ». (43, 44)

Jusqu'en 1976, il s'agissait de « l'école d'ambulanciers », dirigée par le médecin Chef du SAMU ou son représentant, officialisée par la circulaire « MAMELET ».

L'appellation CESU est née de la proposition de Bernard NEMITZ en 1977 au 2nd congrès

mondial de la réanimation à Paris, autour d'une table ronde avec René COIRIER et Louis SERRE. (45)

Le XI ème colloque des CESU qui a eu lieu à Amiens en 1989 a vu naître la volonté d'uniformiser et de définir des actions pédagogiques communes pour l'ensemble des CESU en créant l'Association Nationale des CESU (ANCESU) sous la présidence de Bernard NEMITZ. (46)

Le rôle prépondérant des CESU est de proposer une formation adaptée à chaque corps professionnel pouvant être confronté à une situation médicale urgente.

Cela s'étend de l'enseignement des gestes élémentaires permettant de sauver une vie aux conduites médicales en spécialité de médecine d'urgence.

Ainsi, sont concernés par cette formation : les personnels hospitaliers (toutes catégories professionnelles confondues), les étudiants en médecine, étudiants en DES d'anesthésie, en DESC (anciennement CMU), les dentistes, pharmaciens, médecins généralistes, les médecins correspondants du SAMU, régulateurs libéraux, médecins spécialistes, médecins ou infirmiers du travail, scolaires, de PMI, personnel de maison de retraite, de crèche, ambulanciers, enseignants, encadrants sportifs, pisteurs secouristes, secouristes professionnels ou volontaires, moniteurs ou instructeurs de premiers secours. Cette liste n'est évidemment, pas EXHAUSTIVE !

Le décret du 25 mars 2007 (47) :

- Officialise la création de la commission nationale des formations aux soins d'urgence et à la gestion des crises sanitaires et y définit son rôle.
- Définit les missions du CESU.
- Place le CESU sous l'autorité du Directeur Médical du SAMU ou de son représentant,

avec un cadre infirmier de santé comme directeur technique. Des personnels enseignants et un secrétariat viennent compléter l'équipe.

- Définit les critères de qualification auxquels les Directeurs et les enseignants des CESU doivent répondre.

Rôle et missions du CESU :

- Formation initiale et continue aux gestes d'urgence de tout professionnel de santé pouvant être confronté à une situation d'urgence médicale en situation quotidienne ou d'exception
- Formation relative à la gestion des crises sanitaires
- Il participe à la formation initiale des élèves et étudiants des facultés, écoles et instituts formant des personnels de santé
- Il est impliqué dans la formation aux gestes d'urgence en partenariat avec l'éducation nationale, les institutions telles que les mairies, regroupement de communes, société de transport, soignants exerçant en libéral, ...
- Il participe à des missions de recherche et d'expertise, à la promotion de l'éducation de la santé, à la prévention des risques sanitaires

L'arrêté du 29 mars 2007 (48) fixe la composition de la commission nationale, les modalités de gestion des CESU à l'intérieur des pôles, les critères d'habilitation des personnels enseignants, la formation aux risques collectifs NRBC.

Les modalités de gestion du CESU sont définies par les orientations de délégation de gestion de l'établissement concerné.

Actuellement les CESU sont toujours en attente d'un véritable statut et ne font, pour l'heure, pas partie des « écoles » hospitalières de proximité des régions...

Comme nous l'avons déjà évoqué, le système de soins notamment au niveau de l'urgence a pour but de s'organiser en réseau afin de potentialiser la prise en charge de nos patients ; il est important pour les CESU d'affirmer leur existence et de créer de véritables « réseaux d'enseignement ».

Auparavant, les CESU étaient présents uniquement au niveau des CHU.

Aujourd'hui, ils existent dans un grand nombre d'hôpitaux, y compris de périphérie, sièges de SAMU.

Ils sont donc plus que jamais en développement sur l'ensemble du territoire français et l'un de leurs principaux atouts est le fait que l'enseignement qui y est dispensé soit réalisé par des acteurs de la vie de l'urgence, à savoir les personnels médicaux et paramédicaux des SAU-SMUR-SAMU, permettant ainsi d'allier leur expérience pratique à la théorie.

Les fondations sont maintenant en place et l'heure est à la consolidation.

Il est important d'affirmer la collaboration entre SAMU et CESU et la volonté commune de poursuivre les actions menées en partenariat officiel avec l'éducation nationale, les instituts de formation des professionnels de santé, la formation continue pour les situations d'urgence quotidiennes mais également collectives.

Des attestations de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) sont délivrées par les CESU.

L'AFGSU, attestation de formation aux gestes et soins d'urgence est définie par **l'arrêté du 3 mars 2006 (49)** et comprend :

- L'AFGSU de niveau 1 concerne tout personnel administratif ou non qui exerce ou exercera dans un établissement de santé ou une structure médico-sociale.

- L'AFGSU de niveau 2 concerne les professionnels de santé inscrit dans la 4^{ème} partie du Code de la Santé Publique.
- L'attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence face aux risques NRBC concerne les professionnels de santé , reconnus aptes médicalement inscrits dans la 4ème partie du code de SP, volontaires ou sollicités par les établissements de santé.

L'objectif de cette formation est l'acquisition par ces personnels des connaissances nécessaires à la prise en charge seul ou en équipe, d'une personne en situation d'urgence mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel ainsi que l'application des mesures et l'utilisation des moyens de protection individuels et collectifs face à un risque à conséquences sanitaires.

Cette attestation est délivrée, à l'issue d'une formation dispensée par les structures de formation des professionnels de santé, sous la direction du médecin directeur scientifique et pédagogique d'un CESU, après validation sommative de chacun des modules. Cette validation est basée sur l'évaluation pratique de l'acquisition des gestes et des comportements du stagiaire.

La validité des AFGSU 1 et 2 est de 4 ans, le renouvellement est effectué après des séances de réactualisation des connaissances ; la validité de l'attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence face aux risques NRBC est de 2 ans, son renouvellement se fait de la même manière, sauf contre-indications médicales.

Passé ces délais, la formation initiale doit être refaite intégralement.

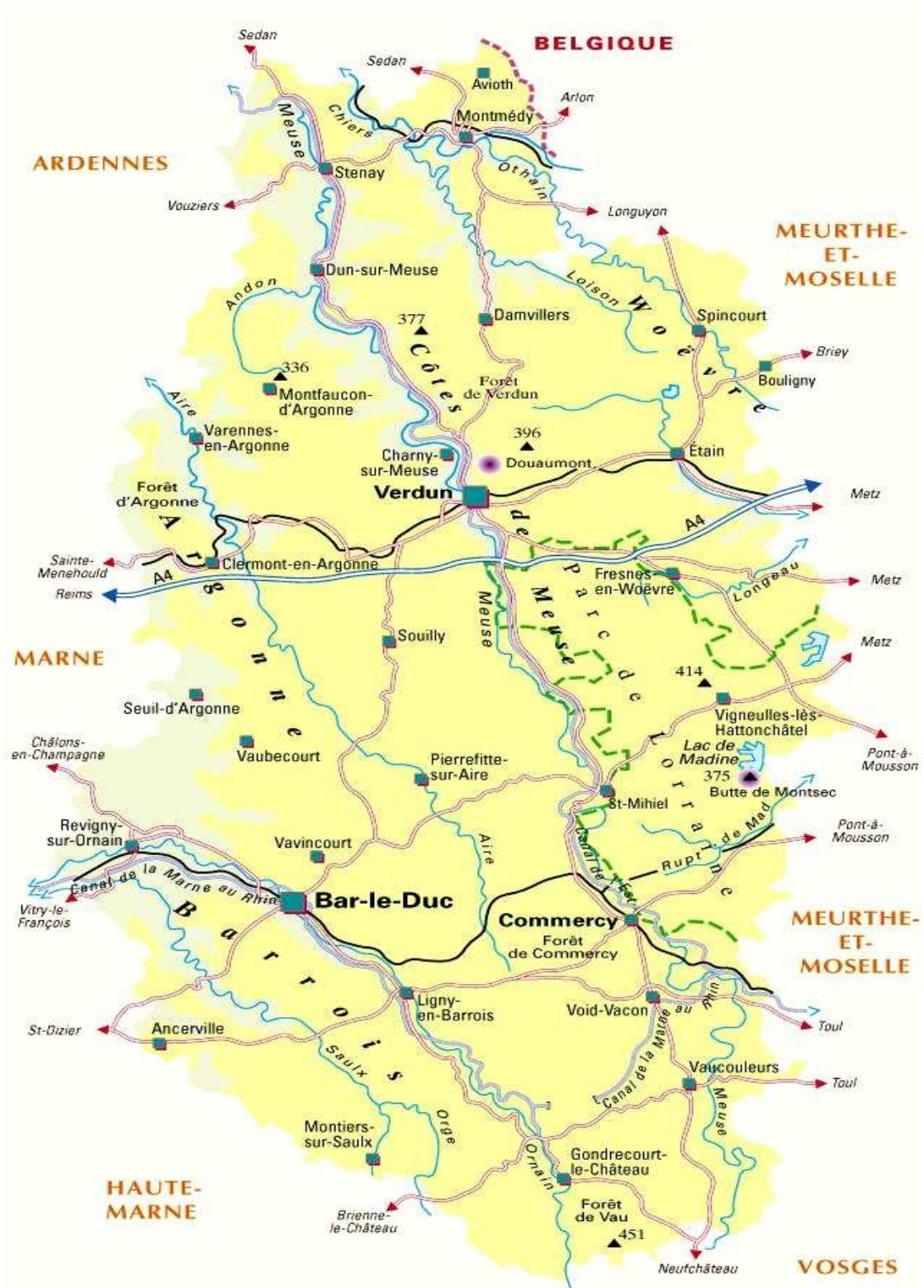
Le 21 avril 2007, un arrêté (50) définit les obligations d'obtention de l'AFGSU 1 et 2 au cours des études de préparation aux professions de santé (notamment infirmiers diplômés

d'état, sages-femmes, aides-soignants, kinésithérapeutes, psychomotriciens, manipulateurs d'électroradiologie médicale, ergothérapeutes, pédicure-podologues, techniciens en analyses biomédicales, puéricultrices et auxiliaires de puériculture).

*Troisième partie : Organisation du système de soins non programmés
en Meuse*

I. Géographie, population et spécificités du département de la Meuse

A. Géographie et particularités



Carte de la Meuse

La Meuse, département de Lorraine, est située dans le Nord-Est de la France et possède une superficie de 6216 km² soit 27% de la surface totale de la région Lorraine.

Elle est limitrophe avec les Ardennes, la Marne, la Haute-Marne, les Vosges, la Meurthe et Moselle et la Belgique et a une configuration Nord/Sud.

Le département compte 3 arrondissements (Bar-le-Duc, Commercy et Verdun), 31 cantons et 3 zones d'emploi.

Il est traversé d'est en ouest par la RN 43 au nord, l'A4 et la RN 3 au centre et la RN 4 au sud.

Grâce au développement de ces infrastructures routières, Bar-le-Duc se situe à 1 heure de trajet routier de Nancy, tandis que Verdun se trouve à moins de 1 heure de trajet de Metz.

Depuis la mise en place du TGV EST en 2007, les échanges sont favorisés avec les pôles économiques voisins.

Cependant, en dehors de ces grands axes routiers, certaines localités sont situées à plus de 40 minutes du départ SMUR le plus proche et ne sont desservies que par des petites routes départementales.

 = ZONES desservies
par le SMUR en
plus de 30 minutes

4

MEUSE - 55 -



Zones non desservies par un SMUR en moins de 30 minutes

La ruralité du département est marquée par l'agriculture qui constitue un secteur d'activité très important, soit 9% des actifs en Meuse, secteur qui repose sur les grandes cultures, la production de viande bovine et la production laitière.

Un artisanat porteur d'emplois y côtoie un tissu industriel composé de PME et de groupes de renom. Mais l'emploi salarié est en baisse, y compris dans les secteurs industriels qui font une des particularités du département. (51)

Bar-le-Duc affirme son pouvoir d'attraction commerciale en s'appuyant sur des fonctions administratives tandis que Verdun s'appuie sur des fonctions hospitalières.

L'armée continue de jouer un rôle important dans la vie économique locale, tandis que le tourisme (basé sur un espace naturel protégé et sur le tourisme de mémoire) conserve des potentiels de croissance.

B. Population

La population meusienne s'élevait à 193701 habitants au dernier recensement de 2006, cela représente une densité de 31 habitants/km². (52)

Après des années de baisse, la population s'est progressivement stabilisée puis a même progressé de 0.1% par rapport au recensement de 1999.

Parmi les quatre départements lorrains, même si leur superficie est sensiblement la même, la Meuse présente le caractère rural le plus marqué avec la densité de population la plus faible de la région et fait partie du groupe des 13 départements français de moins de 200000 habitants.

On dénombre 3 grands bassins de population sur le département :

- Verdun avec 89091 habitants.

- Bar-le-Duc avec 62490 habitants.
- Commercy avec 46389 habitants.

Par ailleurs, le reste de la population est réparti dans de nombreux petits villages dispersés sur l'ensemble du territoire meusien.

Le vieillissement de la population y est plus marqué par rapport à la moyenne nationale avec 8.2% de la population âgée de plus de 75 ans contre 7.7% en France, 15% de personnes âgées de 60 à 74 ans contre 13.6% en France ; tandis que le pourcentage de personnes âgées de moins de 60 ans est inférieur au pourcentage national.

II. L'offre de soins hospitalière en Meuse

La Meuse compte essentiellement deux Centres Hospitaliers (CH) : le Centre Hospitalier de Bar-le-Duc et l'hôpital Saint Nicolas de Verdun. Ils possèdent chacun un départ SMUR afin de couvrir l'ensemble du territoire meusien.

- Le SMUR de Verdun pour le Nord Meusien.
- Le SMUR de Bar-le-Duc pour le Sud Meusien.

Les SMUR de Toul (54), Neufchâteau (88), Saint Dizier (52) et Pont à Mousson (54) peuvent également être déclenchés pour certaines zones.

Le CRRA est quant à lui situé à Verdun et régule l'ensemble des appels du département.

Il existe deux SAU en Meuse, l'un situé au CH de Verdun et l'autre au CH de Bar-le-Duc.

En 2007, le nombre de passage aux urgences de Verdun s'élevait à 24132. (53)

On compte également 2 hôpitaux de proximité :

- Hôpital Sainte Anne à St Mihiel.
- Hôpital St Charles à Commercy.

L'ARH, dans le cadre du SROS 3, a défini les hôpitaux de proximité comme des établissements de santé qui apportent une réponse de première intention à un besoin de soins exprimé par un usager pour lequel il représente la structure de premier recours dans le bassin de vie où il évolue.

Cela permet une porte d'entrée vers des établissements de référence facilitant l'égalité dans l'accessibilité, en sécurité, à des soins de qualité.



Centres Hospitaliers



Hopitaux de proximité

MEUSE -55-

**Bar
le
Duc**

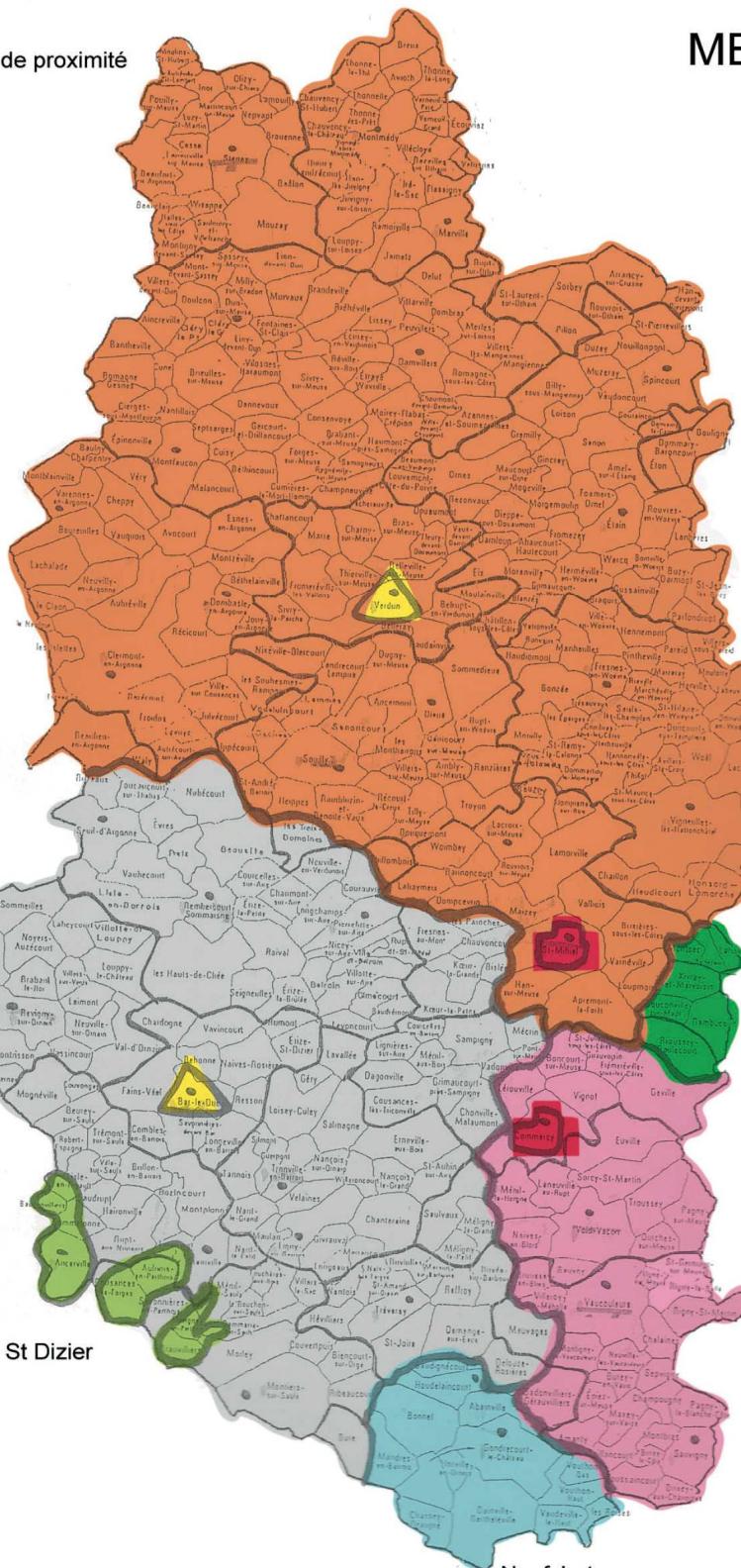
St Dizier

Verdun

Pont à Mousson

Toul

Neufchateau



Localisation des établissements de santé et des territoires d'intervention SMUR en Meuse.

Réalisée pour le SAMU 55

III. L'offre de soins non programmés libérale

A. Démographie médicale

1. Démographie médicale en Lorraine (54)

Les médecins de la région Lorraine représentent 3.3% de l'effectif national.

Au 1^{er} janvier 2009, 8441 médecins sont inscrits au tableau de l'Ordre, soit 5.5% de moins qu'au 1^{er} janvier 2008.

La Lorraine a une densité de 298 médecins en activité totale pour 100 000 habitants. (55)

Bien qu'elle se situe à proximité de la moyenne nationale, des disparités départementales cohabitent.

Au 1^{er} janvier 2009, 4317 médecins généralistes sont inscrits au tableau de l'Ordre. Ils représentent 51% des effectifs. 76% des médecins généralistes exercent leur profession en activité régulière.

Agés en moyenne de 50 ans, les libéraux exclusifs représentent 61% des effectifs de médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre tandis que 8% des nouveaux entrants choisissent ce mode d'exercice.

La médecine générale libérale exclusive est très largement représentée par les hommes (74%).

Cela représente une densité de 83.7 médecins généralistes pour 100000 habitants, densité inférieure à la densité moyenne nationale (90.7).

Les zones étant le moins bien desservies sont les territoires ruraux, de même que les anciennes zones minières, contrairement au « sillon lorrain » localisé à proximité des 2 métropoles que sont Nancy et Metz.

D'autre part, il existe des disparités au sein même des départements. (56)

Les zones déficitaires concernées sont : Montmédy dans le nord meusien ainsi que l'est des bassins de vie de Verdun ou de Bar Le Duc, les anciennes zones ferrifères du nord du département de la Meurthe et Moselle, ou encore les zones à l'est de Metz.

D'ici à 2015, environ 700 médecins généralistes libéraux vont partir à la retraite. Pour conserver la même couverture médicale, il faudrait que 70 à 80 jeunes médecins s'installent sur le territoire lorrain.

Or, tous les ans, 70 à 100 médecins généralistes sont diplômés de la faculté de médecine de Nancy mais tous ne s'installent pas en cabinet pour y exercer la médecine « de ville ». De 2000 à 2006, entre 40 et 50% des médecins généralistes sortant de formation préfèrent pratiquer une activité salariée en milieu hospitalier, ou dans une autre structure, ou conserver un statut de remplaçant, évitant ainsi les charges administratives liées à l'activité libérale.

Ainsi, la carence va continuer de s'accroître dans les années à venir.

Au 1^{er} janvier 2009, 4124 médecins spécialistes étaient inscrits au tableau de l'Ordre.

80% des médecins spécialistes exercent leur profession en activité régulière.

Agés en moyenne de 51 ans, les libéraux exclusifs représentent 30% des effectifs de médecins spécialistes inscrits au tableau de l'Ordre.

La densité est de 138.7 médecins spécialistes en Lorraine pour 100 000 habitants contre 166.9 pour la France.

Leur répartition n'est pas homogène.

Si le sud de la Meurthe et Moselle et le sillon mosellan sont assez bien pourvus, il n'en va pas de même pour les territoires plus excentrés (Meuse, sud de la Meurthe et Moselle, Vosges et Moselle Est) qui sont relativement délaissés par les spécialistes libéraux. Par ailleurs,

certaines spécialités sont d'ores et déjà reconnues particulièrement en difficulté : anesthésie réanimation, psychiatrie, radiologie et imagerie médicale, cardiologie et rééducation fonctionnelle. La pyramide des âges est défavorable pour ces spécialités et les départs à la retraite ne seront pas compensés par les sorties de formation, d'autant que près de la moitié des internes formées en Lorraine quittent la région à l'issue de la formation (57). À ces difficultés, s'ajoute un nombre important de postes vacants dans les établissements hospitaliers publics.

Médecins généralistes libéraux : bassins de vie selon le cumul des difficultés (annexe 1)

Le tableau de l'Ordre de la région Lorraine recense 300 médecins remplaçants. En 20 ans, les effectifs ont augmenté de 582%, ils sont âgés en moyenne de 43 ans, les femmes représentent 48% des effectifs.

Au 1^{er} janvier 2007, la densité d'infirmiers exerçant à titre libéral sur le territoire lorrain est nettement inférieure au niveau national. La densité en Moselle est la plus forte, elle se trouve dans la moyenne en Meuse et Meurthe et Moselle tandis qu'elle est la plus faible dans les Vosges. La couverture territoriale n'est donc pas répartie équitablement. La population infirmière libérale est jeune, le remplacement des prochains départs en retraite ne devrait donc pas poser de problèmes.

En ce qui concerne les masseurs kinésithérapeutes, la densité lorraine est encore une fois nettement inférieure à l'échelon national, tout comme les disparités concernant leur répartition.

Typologie de l'ensemble des critères et l'ensemble des professionnels (annexe 2)

Dans la majorité des régions françaises, force est de constater qu'il existe une difficulté d'accès aux soins dans les zones rurales, y compris aux soins primaires et de premier secours. La Lorraine n'échappe pas à cette constatation.

Cette accessibilité aux soins de proximité est inférieure à celle de l'échelon national.

Comme le montrent les chiffres suscités, la démographie globale des personnels de santé y est moins favorable.

Le nombre de médecins n'a jamais été aussi important, cependant le manque ressenti par la population l'est tout autant ; ceci s'expliquant probablement par une préoccupation plus importante de la population concernant sa santé.

2. Démographie médicale en Meuse

La densité médicale globale de la Meuse est la plus faible de toute la région soit 199.3 pour 100 000 habitants.

La variation des effectifs entre le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2009 met en évidence une baisse de 3.1% des inscrits en Meuse.

On dénombre 165 MG libéraux en Meuse dont 42 MCS en 2008, (58) soit une densité de 85 praticiens pour 100 000 habitants, l'une des plus faible de France.

Cette densité est supérieure à 100 dans les cantons de Bar Le Duc, Verdun, Fresnes-en-Woëvre et Commercy, elle est cependant inférieure à 60 dans les cantons de Montmédy, Vigneulles-lès-Hattonchâtel, Spincourt, Seuil d'Argonne et Montfaucon d'Argonne. (59)

Elle est inférieure à 30 dans les cantons de Souilly et Vavincourt, de même dans les cantons de Pierrefitte-sur-Aire et Seuil-en-Argonne ; ce qui laisse craindre une aggravation pour l'avenir.

Ainsi, les communes rurales dans lesquelles habitent 54% de la population meusienne, regroupent seulement 39% des généralistes.

Ces éléments soulignent bien la disparité de répartition de la population des médecins généralistes au sein d'un même département et ces chiffres témoignent de la carence actuelle dans l'accès aux soins de premier recours.

26% des généralistes meusiens sont âgés de plus de 55 ans contre 21% pour la Lorraine.

La faible densité médicale meusienne résulte en partie de la répartition de la population mais aussi de l'implantation des établissements hospitaliers. En Meuse comme ailleurs, l'offre de soins se concentre en effet dans les agglomérations, ainsi Bar-le-Duc et Verdun rassemblent 47% des généralistes et 90% des spécialistes.

Le nombre de médecins libéraux spécialistes en Meuse au 31 décembre 2007 est de 79, dont 41% ont plus de 55 ans.

Cela représente une densité de 39.5 pour 10000 habitants.

Ces spécialistes sont majoritairement installés en milieu urbain.

Démographie des autres professions médicales et paramédicales

Une densité inférieure à la moyenne lorraine s'observe également en ce qui concerne les autres professionnels médicaux de santé (dentistes, sage-femmes) et paramédicaux (exemple des masseurs-kinésithérapeutes).

En revanche, on observe une densité de 68.4 pour 100000 habitants pour les infirmiers, densité supérieure à la moyenne Lorraine, autorisant ainsi une bonne prise en charge des soins ambulatoires.

Rapportés à leur poids dans la population lorraine, les Meusiens sont bien équipés sur le plan des dispositifs hospitaliers ; ils représentent 8.3% de la population lorraine et disposent de 8.6% de lits installés.

Il existe donc deux types de population dont l'accès aux soins d'urgence apparaît comme inégal : l'une, urbaine, qui dispose de structures médicales proches et d'un bon niveau et l'autre, rurale, éloignée des hôpitaux et dont la situation s'aggrave en hiver par des conditions de circulation difficiles et des accès routiers difficilement praticables.

De plus, les accidents agricoles et forestiers sont fréquents et graves ; la population est de plus en plus âgée avec un retour « au pays » souhaité par nombreux retraités.

Le nombre de départ en retraite sera plus important que le nombre de nouveaux médecins généralistes formés. En effet, le nombre total de médecins généralistes diplômés chaque année comprend les médecins généralistes libéraux, les médecins généralistes qui pratiqueront un exercice salarié en milieu hospitalier, et ceux qui pratiqueront à titre de remplaçant.

La lourde charge de travail en rapport notamment avec le vieillissement de la population et la dégradation de l'état de santé sont des éléments qui renforcent les faiblesses de certains bassins.

Afin de pallier à ces disparités et carences, plusieurs mesures ont été soumises dans le plan de démographie médicale en 2006, notamment :

- Maintient du Numérus Clausus à 7000 étudiants par an jusqu'à 2010 au moins.

- Majoration de la rémunération des généralistes exerçant dans des cabinets de groupe dans des zones déficitaires via une revalorisation des consultations.

Vingt-sept territoires déficitaires en Lorraine ont été définis comme susceptibles de bénéficier de l'instauration d'un dispositif d'aides versées par les collectivités territoriales et l'Assurance Maladie aux MG qui s'y installeraient.

Ainsi, en Meuse, 4 secteurs qui regroupent 75 communes autour de Pierrefitte-sur-Aire, Dieue-sur-Meuse, Dun-sur-Meuse, Stenay sont concernés par cette mesure.

La création de maisons de santé est bien évidemment encouragée.

D'autre part, il est indispensable de revaloriser l'image de la médecine de « ville » ou de « cabinet » afin d'attirer les jeunes médecins et d'assurer une bonne couverture médicale de l'ensemble du territoire.

Il convient donc de s'intéresser à certains sujets délicats concernant le partage des charges, le partage des gardes de médecine libérale et le partage des locaux (développement de la notion de maison médicale).

Il est indispensable d'organiser l'offre médicale, de manière différente sur le territoire au profit de départements ruraux comme la Meuse.

B. La permanence des soins en Meuse

1. La régulation libérale

La PDS repose sur une organisation départementale.

Ainsi la Meuse est découpée en 18 secteurs et c'est le préfet qui valide cette sectorisation annuellement par arrêté.

Depuis le 1^{er} mai 2005, la régulation par un médecin généraliste de la PDS est effective en Meuse.

L'activité de régulation est partagée avec l'AMU dans les locaux du SAMU du CH de Verdun. Ces locaux regroupent 2 permanenciers, le médecin régulateur du 15 et le médecin généraliste de la PDS.

Le logiciel utilisé (Appli Samu) est identique pour les 2 régulations et connecté en réseau, les dossiers en cours étant visualisés par les 2 médecins.

Cette régulation des appels est assurée par le médecin généraliste de la PDS les samedis de 12H à 20H, ainsi que les dimanches et jours fériés de 8H à 20H. Les soirs et nuits de la semaine et des week-ends, cette régulation incombe au médecin du SAMU, en sus de son activité habituelle.

La ligne de la PDS est distincte du 15. Le numéro est commun à tous les départements de la Lorraine via le 08 20 33 20 20.

L'ASSUM (« Association des Services de Soins et Urgences Médicales de la Meuse ») est en charge d'organiser le tableau de garde pour le département, qu'elle communique au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, au préfet, au SAMU, et à la CPAM.

Cette association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 a pour but de promouvoir sous toutes ses formes et dans le respect du Code de Déontologie l'AMU dans le département.

La répartition des jours de régulation se fait par e-mail où chacun propose ses disponibilités et où le secrétaire de l'ASSUM organise le planning des régulateurs.

Aucune réquisition n'a eu à être prononcée depuis la création au 1^{er} mai 2005, grâce notamment à la participation des médecins retraités.

2. Garde médicale et sectorisation

C'est l'ASSUM 55 qui est en charge d'organiser en Meuse le tableau de garde des médecins généralistes.

La sectorisation de la Meuse a été définie après réflexion par le CODAMUPS en tenant compte des particularités rurales du département. 18 secteurs géographiques sont ainsi délimités, les voici résumés :

SECTEURS	POPULATIONS	MEDECINS	MED/1000hab
1 et 2 STENAY/MONTMEDY	13733	8	0,58
3 DUN	8769	5	0,57
5 ETAIN	13383	7	0,52
6 VERDUN	31911	21	0,65
7 DOMBASLE	7412	5	0,67
8 DIEUE SUR MEUSE	8195	6	0,73
9 FRESNES EN WOEVRE	7342	9	1,22
10 ST MIHIEL	10266	7	0,68
11 PIERREFITTE	4875	5	1,02
12 REVIGNY/ORNAIN	8796	6	0,68
13 BAR LE DUC	26246	21	0,80
14 LIGNY EN BARROIS	13820	11	0,79
15 COMMERCY	13579	12	0,88
16 VOID/VACON	6300	6	0,95
17 VAUCOULEURS	5489	4	0,72
18 ROBERT ESPAGNE	9745	6	0,61
19 COUSANCES	4962	4	0,80
20 GONDRECOURT	4439	3	0,67

Les secteurs 1 et 2 ont fusionné.

137 médecins libéraux participent à la PDS. La participation est donc très forte et supérieure à la participation nationale.

Mais cette forte mobilisation ne doit pas occulter le caractère fragile de l'organisation dans certains secteurs, compte tenu du nombre réduit et/ou du vieillissement des médecins y exerçant leur activité, et du risque qu'ils ne soient pas remplacés.

En effet le non-rempacement d'un médecin rendra le rythme des astreintes inacceptable pour les autres et le désengagement de ces derniers inéluctable.

C. Les Médecins Correspondants du SAMU en Meuse

En 1993, le concept de MCS est créé en Meuse du fait de ses caractéristiques démographiques et géographiques particulières.

Le MG est un maillon indispensable de la chaîne de secours d'urgence, sa place est réaffirmée par une formation spécifique, du matériel et un nouveau statut de MCS pour assurer une présence médicale précoce et adaptée, lorsque le lieu d'intervention est à plus de 20 minutes du départ SMUR le plus proche.

Le SAMU 55 s'appuie sur ces praticiens libéraux pour couvrir efficacement l'ensemble du territoire et répondre rapidement aux appels.

Lorsqu'un MCS est engagé, le SAMU 55 engage de manière systématique un SMUR.

Le tableau suivant dresse un bilan de l'activité des MCS en Meuse en 1993 et 2003.

Année	Médecins généralistes	MCS	Interventions MCS	Affaires SAMU
1993	173	12	64	7022
2003	161	41	802	17208
2008	165	42	498	32682

Ces dernières années, nous avons constaté une baisse d'activité des MCS, suite à plusieurs raisons :

- Évolution de l'activité SAMU
- Baisse de l'investissement du SAMU dans la formation continue
- Vieillissement des MCS non remplacés par de nouveaux médecins
- Refus de plus en plus fréquents

Actuellement on compte une trentaine de MCS en Meuse.

Une reprise de la formation continue est en cours, de même que la réactualisation du sac MCS et la mise à disposition de DSA (défibrillateur semi-automatique).

NOTRE ETUDE

L'objectif de ce travail est d'évaluer le ressenti des médecins généralistes libéraux meusiens face à la prise en charge des situations d'urgences médicochirurgicales dans leur pratique quotidienne et leurs attentes en matière de formation.

I. Matériel et méthodes

Au cours du mois de mai 2009, nous avons adressé un questionnaire à l'ensemble des médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins de Meuse. (cf annexe 3)

La liste des médecins regroupait 162 médecins généralistes libéraux ; Dans cette population cible, il n'y a eu aucun critère d'exclusion, y compris concernant les médecins ayant une activité particulière telle que l'ostéopathie, l'allergologie...

Ce questionnaire, élaboré avec l'aide du Dr F.Braun, Chef du service des urgences de Verdun à l'époque et du Dr D.Baugnon, Directeur du CESU 55, avait été validé par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Meuse.

Les questionnaires ont été envoyés par voie postale, accompagnés d'un courrier expliquant l'intérêt de cette étude et son inclusion dans ce travail de thèse.

Une deuxième enveloppe timbrée, adressée à l'adresse du SAU du CH de Verdun, a été jointe, afin de faciliter la réponse.

Il n'y a pas eu de délai de réponse défini.

En cas de non réponse, une relance téléphonique a été réalisée.

Le questionnaire comprenait cinq questions dont certaines regroupaient plusieurs items ; Il portait sur :

- L'âge.
- L'année d'installation.

- Le lieu et le mode d'exercice.
- La fréquence de prise en charge d'urgences médicochirurgicales.
- Le matériel dont ils disposent face à ces situations.
- Leur ressenti en termes d'aptitude à la prise en charge de ces situations.
- Les numéros d'urgence qu'ils composent dans ces situations.
- Leur ressenti en termes d'aptitude à réaliser certains gestes.
- Leur ressenti en termes d'aptitude à prendre en charge ces situations après leur formation initiale et avec la formation continue.
- Leur souhait à participer ou non à des formations proposées par le CESU 55 pour parfaire leurs connaissances théoriques et pratiques concernant ce type de prise en charge.
- Une partie texte libre et commentaires personnels.

La saisie a été effectuée sur logiciel Excel (Microsoft).

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

L'identité des médecins généralistes figurait de manière facultative sur les questionnaires papiers afin de pouvoir les contacter ultérieurement s'ils souhaitaient participer aux formations proposées.

II. Résultats

A. Nombre de réponses

Sur 162 questionnaires envoyés, nous avons reçu 67 réponses.

Un questionnaire nous a été retourné vierge pour cause de décès.

Une majorité de réponses nous sont parvenues dans les 2 mois ayant suivi l'envoi du questionnaire.

Malgré relance téléphonique, les médecins n'ayant pas répondu après le premier envoi, n'ont pas donné suite à notre demande.

B. 1^{ère} partie du questionnaire

Le lieu d'exercice a été renseigné pour 56 d'entre eux.

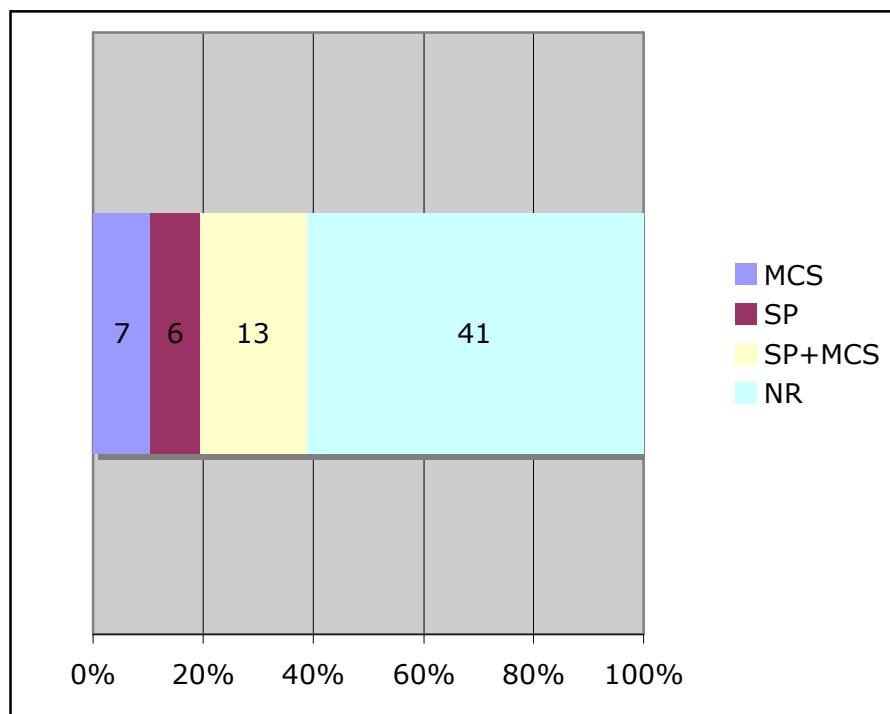
Carte de la répartition des répondants ayant renseigné leur lieu d'exercice



Concernant leur âge, 60/67 des répondants ont renseigné leur âge.

La moyenne de l'âge des répondants est de 52.7 ans, la médiane est de 54.5 ans et l'écart type de 7.7 ans.

Concernant leurs activités complémentaires, à savoir, Médecin Correspondant du SAMU (MCS) ou Médecin Sapeur Pompier (MSP), les résultats sont les suivants :



38% des médecins répondants exercent une activité particulière type MCS et/ou MSP.

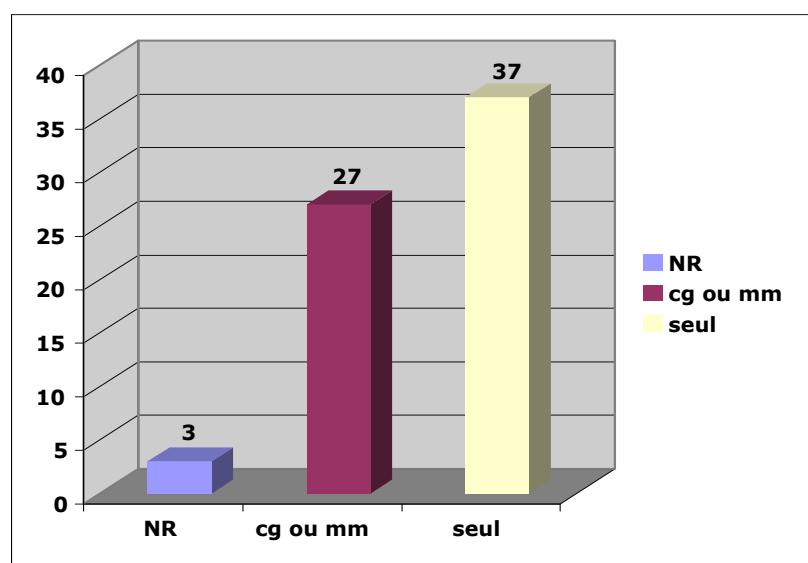
Parmi les non renseignés (NR), le questionnaire ne différenciait pas les « réellement non renseignés » des médecins n'ayant pas d'activité particulière.

Concernant le nombre d'année d'installation, les résultats figurent dans le tableau suivant.

Périodes d'installation	Nombre	Pourcentage
Inférieur à 1975	2	3%
1975-1980<	19	28%
1980-1990<	20	30%
1990-2000<	17	25%
Supérieur ou égal à 2000	4	6%
Non renseigné	5	8%
Total	67	100%

Sur les 62 médecins ayant renseigné leur année d'installation, 21 d'entre eux se sont installés après 1990.

Concernant leur modalité d'exercice, en cabinet de groupe/maison médicale ou seul, les résultats sont les suivants :



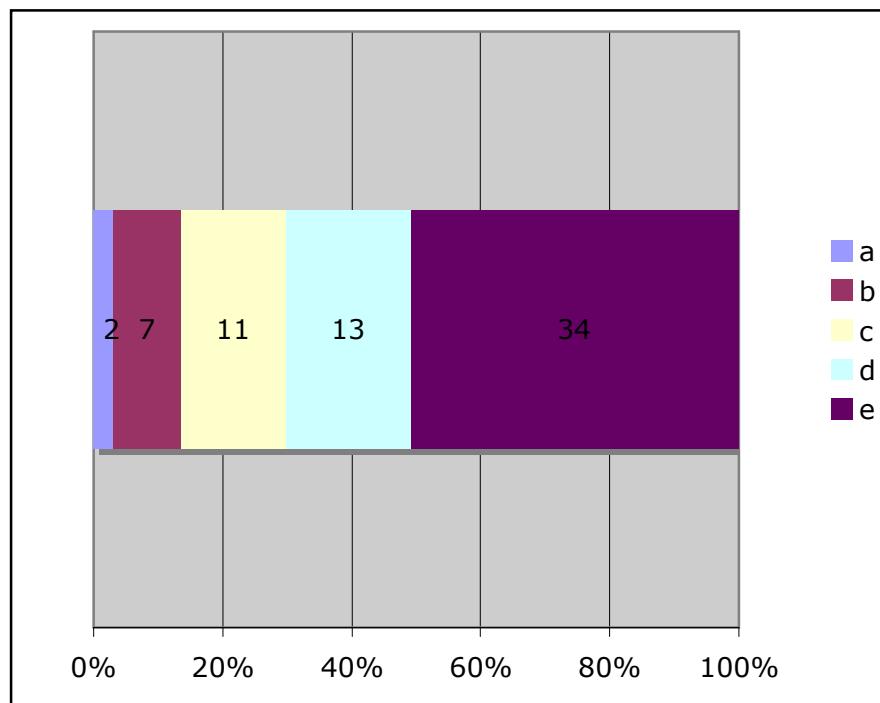
55% des médecins ayant renseigné leur modalité d'exercice, travaillent seuls.

C. Deuxième partie du questionnaire (questions 1 à 5)

Question 1 : A quelle fréquence prenez vous en charge des situations d'urgences médicochirurgicales ?

Les propositions sont les suivantes :

- a : plusieurs fois par semaine
- b : au moins une fois par semaine
- c : plusieurs fois par mois
- d : au moins une fois par mois
- e : moins d'une fois par mois

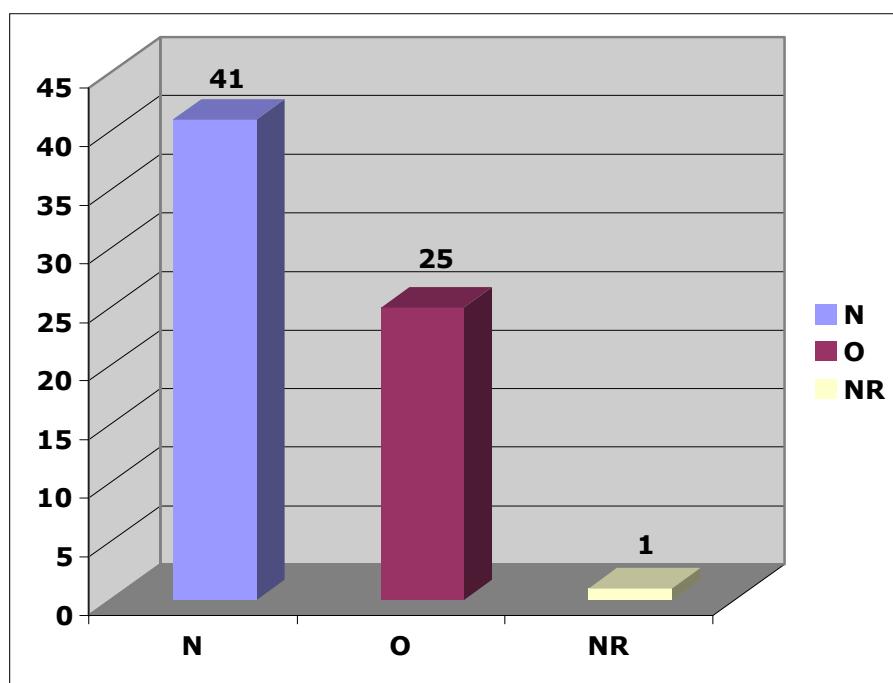


100% des répondants ont renseigné cette question.

52% des médecins répondants sont confrontés moins d'une fois par mois à des situations médicochirurgicales.

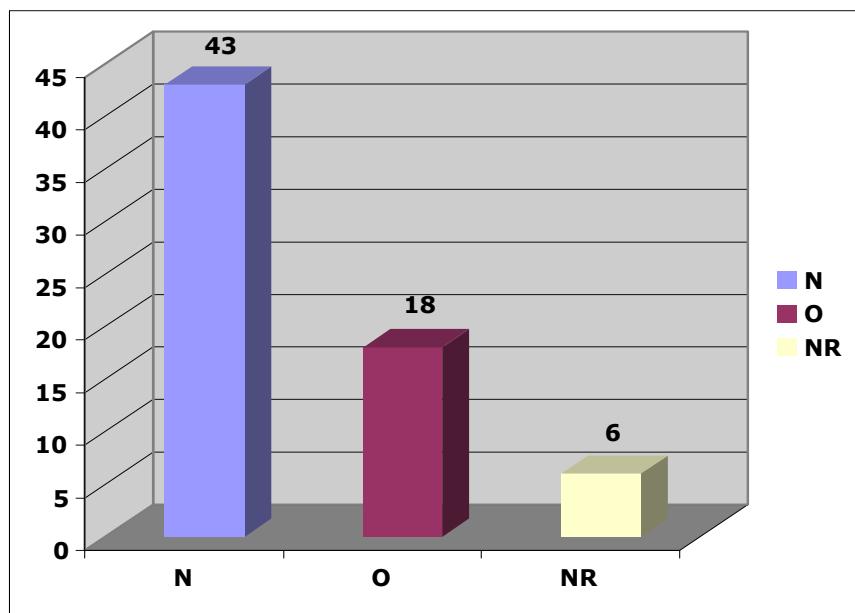
Question 2 : Face à ces situations d'urgence, disposez vous :

Du matériel nécessaire ?



61% des médecins ayant renseigné cette question ne possèdent pas de matériel pour la prise en charge des situations d'urgence médicochirurgicales.

D'une expérience suffisante ?

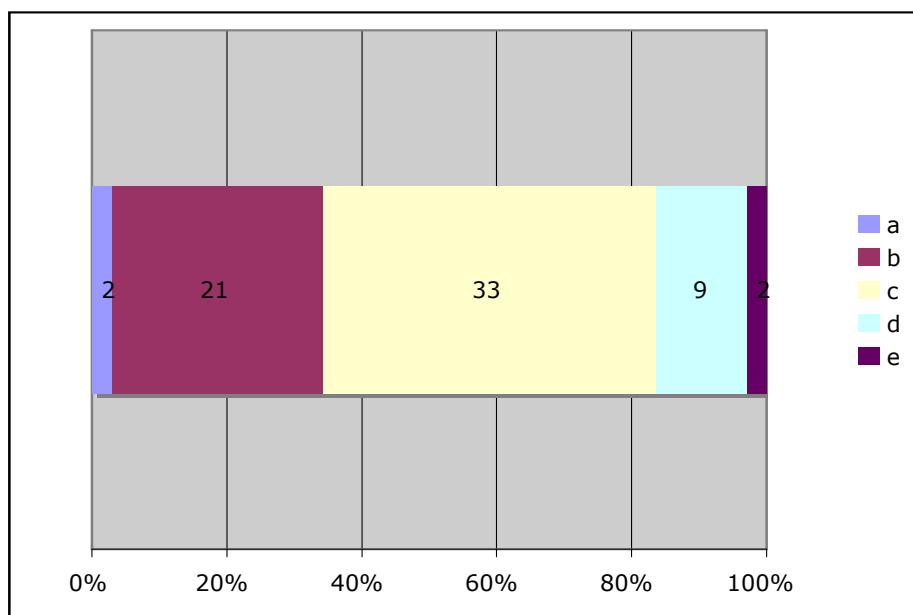


Sur les 61 médecins ayant renseigné cette question, 64% d'entre eux pensent ne pas disposer d'une expérience suffisante pour la prise en charge de ces situations.

Question 3A : Face à ces situations, vous êtes :

- a : totalement à l'aise
- b : à l'aise
- c : pas à l'aise
- d : pas du tout à l'aise
- e : jamais confronté à ce genre de situation

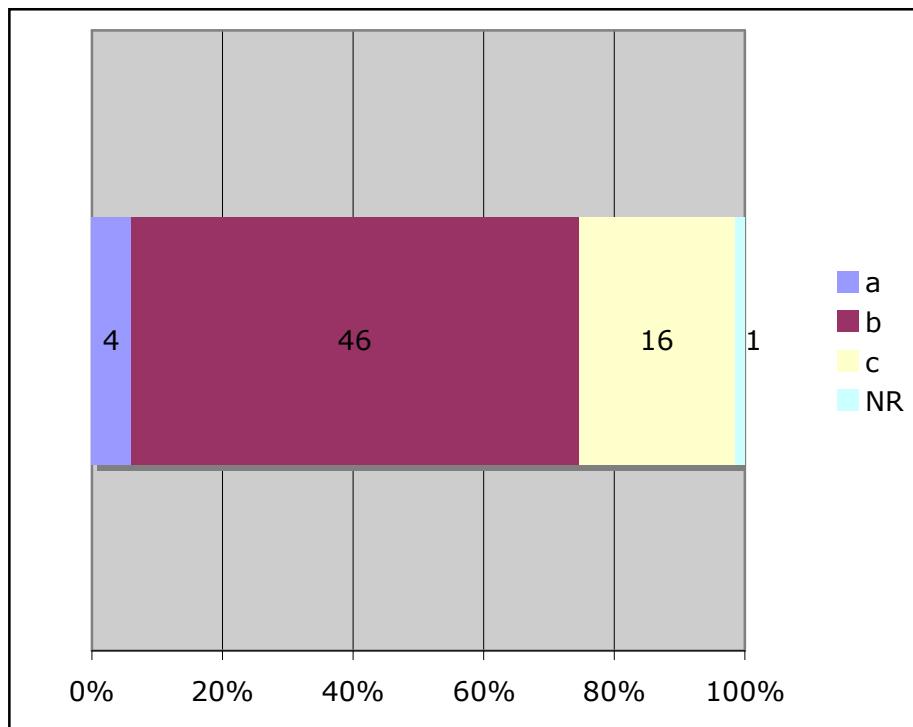
Concernant la détresse respiratoire aigue (DRA) :



100% des répondants ont renseigné cet item.

63% d'entre eux ne se sentent pas à l'aise voire pas du tout à l'aise lors de la prise en charge d'une détresse respiratoire aigue.

Concernant la douleur thoracique :

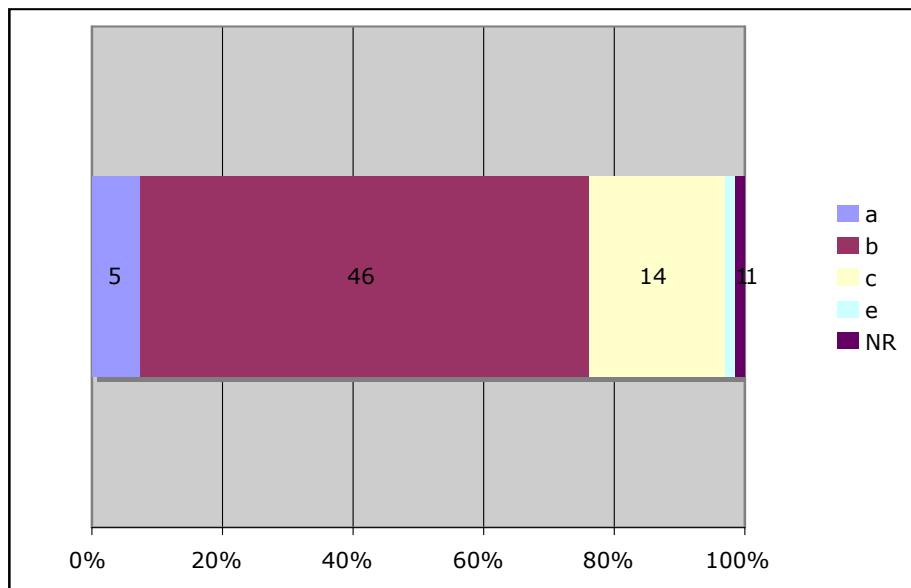


69% des médecins ayant renseigné cet item, se sentent à l'aise lors de la prise en charge d'une douleur thoracique.

Aucun d'entre ne se sent pas du tout à l'aise.

Tous ont déjà été confrontés à cette situation.

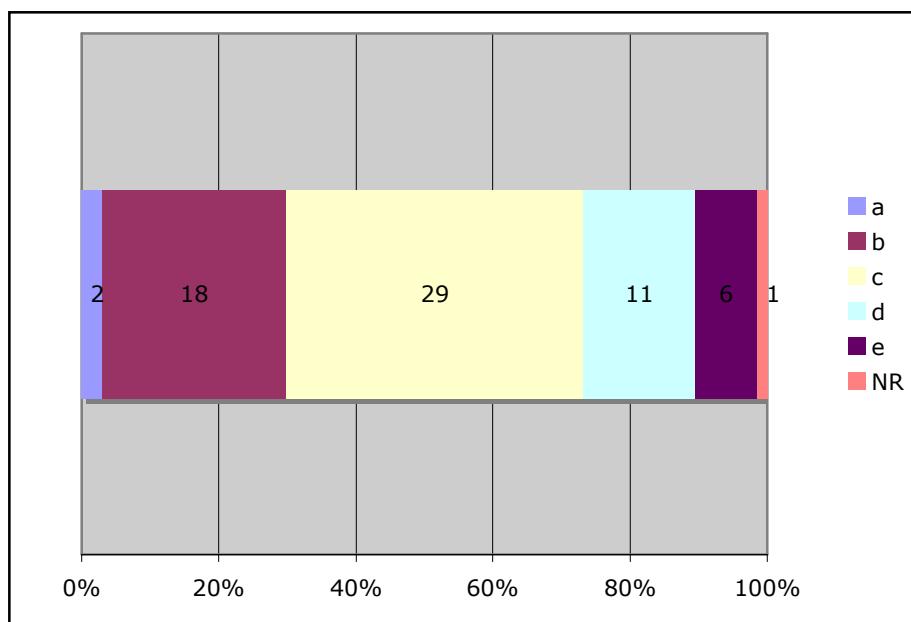
Concernant l'accident vasculaire cérébral (AVC) :



70% des médecins ayant renseigné cet item se sentent à l'aise face à la prise en charge d'un accident vasculaire cérébral.

Aucun d'entre eux ne sent pas du tout à l'aise avec ce genre de situation.

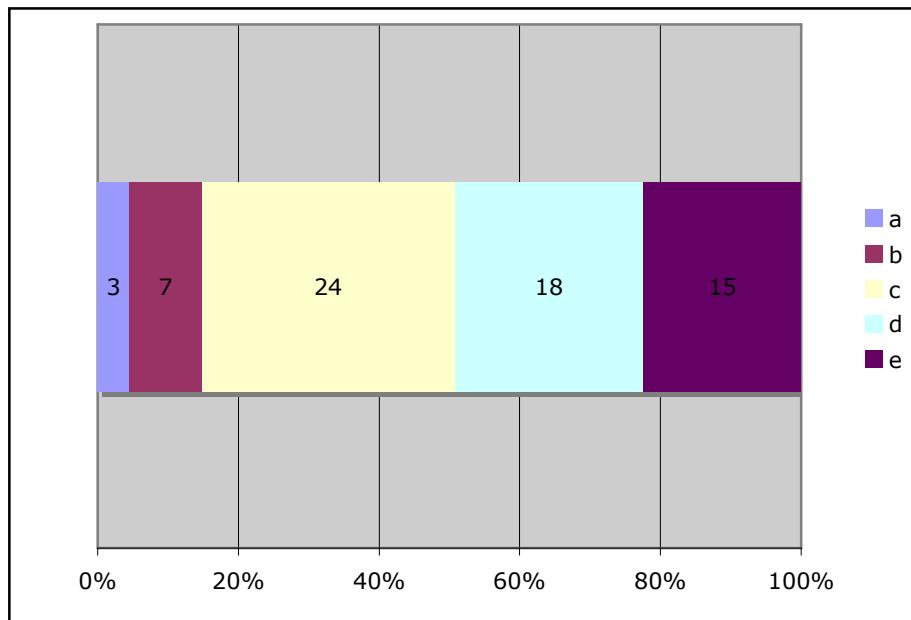
Concernant l'arrêt cardiorespiratoire (ACR) :



44% des médecins ayant renseigné cet item ne se sentent pas à l'aise face à la prise en charge d'un arrêt cardiorespiratoire.

9% d'entre eux n'ont jamais été confrontés à ce genre de situation d'urgence.

Concernant la menace d'accouchement prématuré :



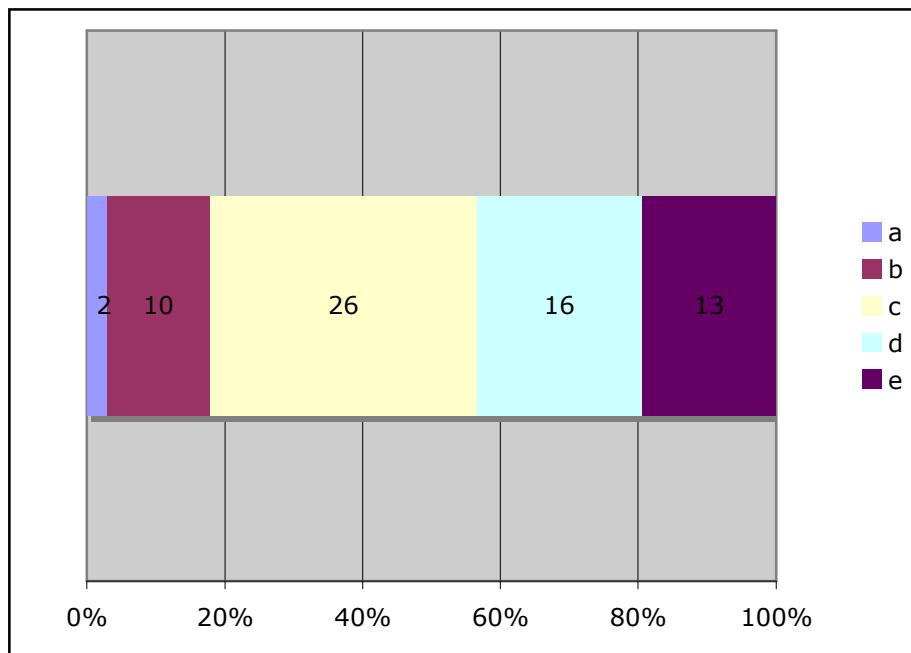
100% des répondants ont renseigné cet item.

14% d'entre eux se sentent à l'aise ou totalement à l'aise.

64% d'entre eux ne se sentent pas à l'aise voire pas du tout à l'aise.

22% d'entre eux n'ont jamais été confronté à une menace d'accouchement.

Concernant le traumatisé grave :

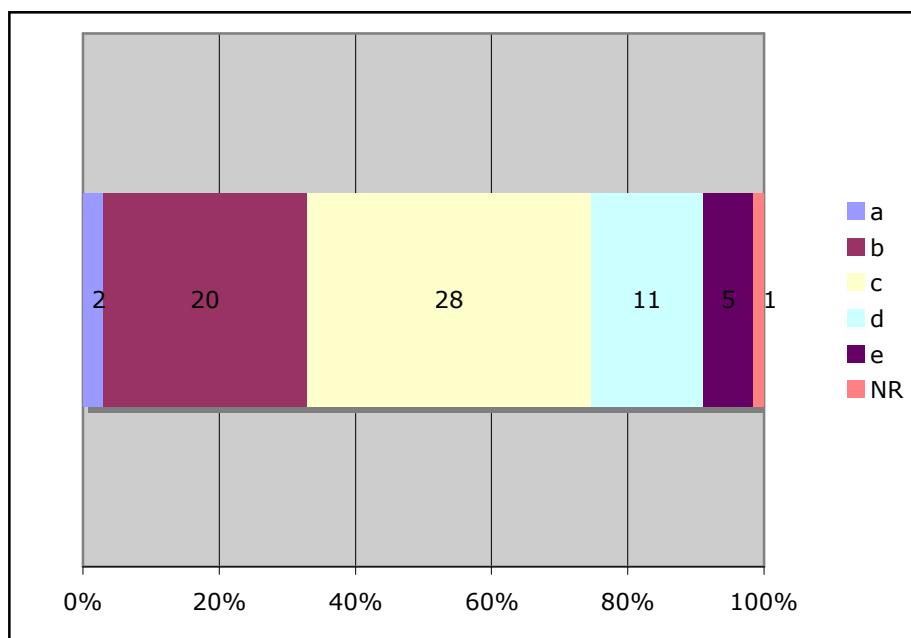


100% des répondants ont renseigné cet item.

63% d'entre eux ne se sentent pas à l'aise voire pas du tout à l'aise face à la prise en charge d'un traumatisé grave.

19% d'entre eux n'ont jamais été confrontés à ce genre de situation.

Concernant le coma :



Environ 60% des médecins ayant répondu à cet item ne se sentent pas à l'aise voire pas du tout à l'aise face à la prise en charge d'un coma.

7% d'entre eux n'ont jamais été confrontés à cette situation.

Question 3B : Face à ces situations (DRA, douleur thoracique, AVC, ACR, menace d'accouchement, traumatisé grave, coma), vousappelez en premier :

Propositions :

- a : le 15
- b : le 17
- c : le 18
- d : le 112
- e : un ambulancier privé

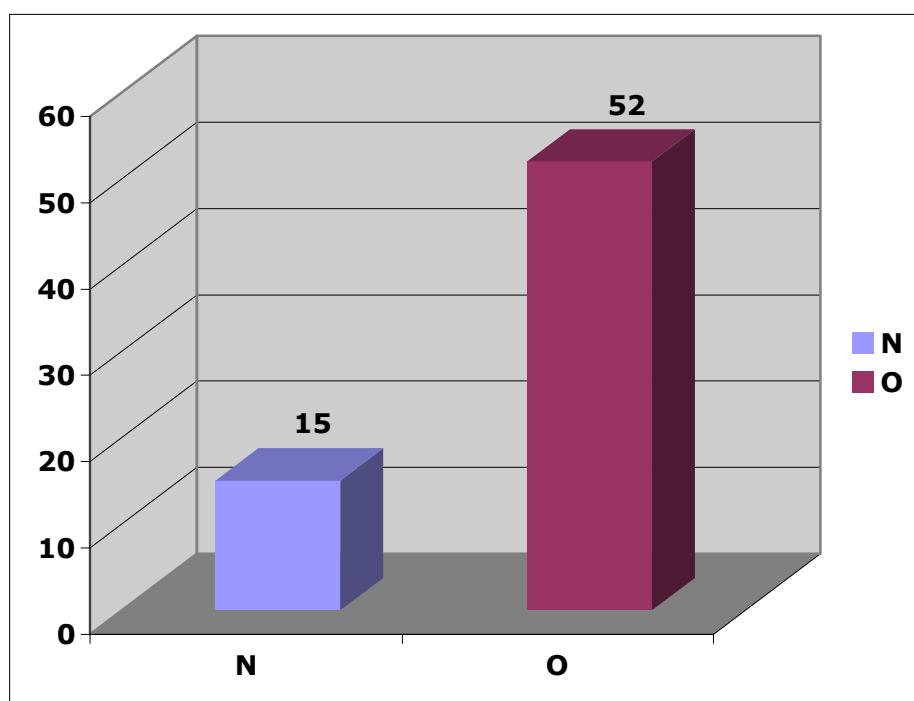
100% des médecins ayant renseigné ces items composent le 15 devant la survenue d'une détresse respiratoire aigue, d'une douleur thoracique, d'un traumatisé grave et d'un ACR.

Devant la survenue d'une menace d'accouchement, 2 des 64 médecins ayant renseigné cet item composent le 18 et 5 appellent un ambulancier privé.

Devant la survenue d'un AVC, 6 d'entre eux appellent un ambulancier privé.

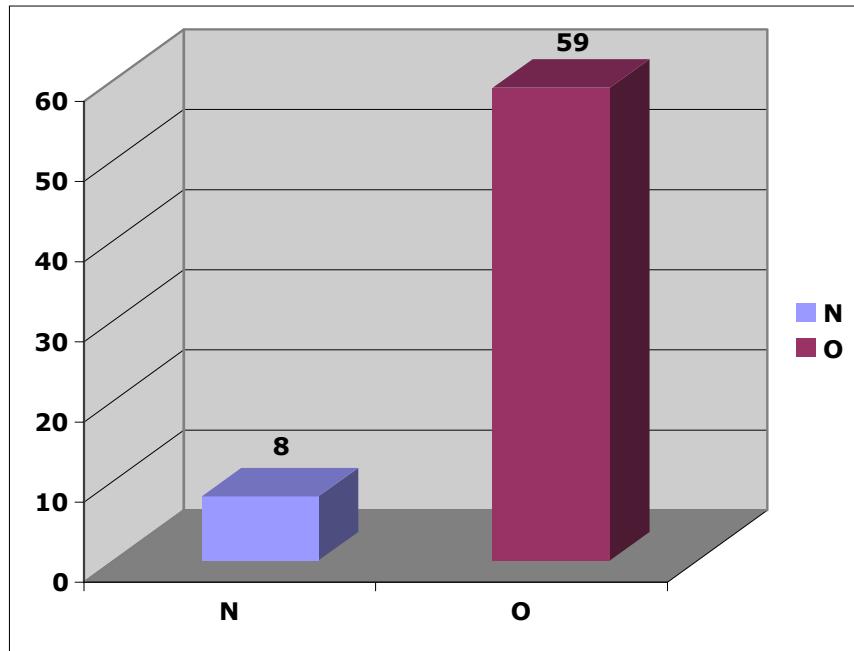
Question 4 : devant ces situations d'urgence, vous sentez vous à l'aise avec :

La pose d'une voie veineuse périphérique (VVP) ?



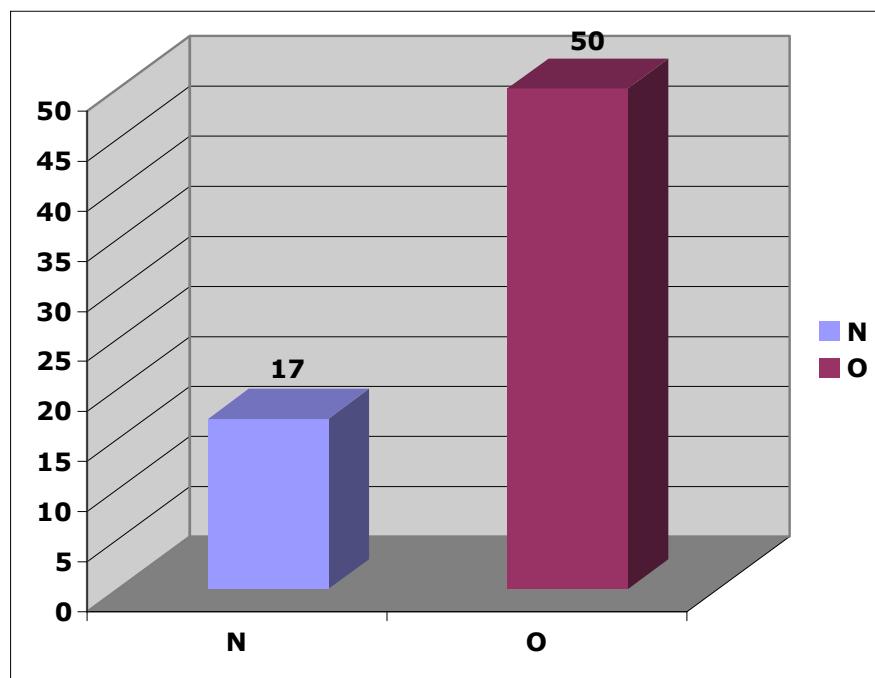
78% des médecins se sentent à l'aise avec la pose d'une VVP (100% de renseignés).

Le massage cardiaque externe (MCE) ?



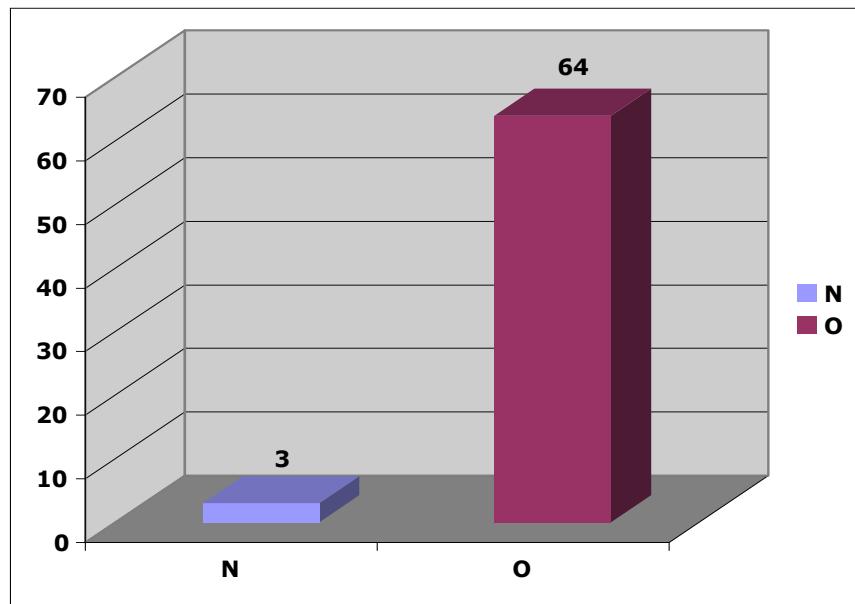
88% des médecins se sentent à l'aise avec la réalisation d'un MCE (100% d'items renseignés).

La ventilation au BAVU ?



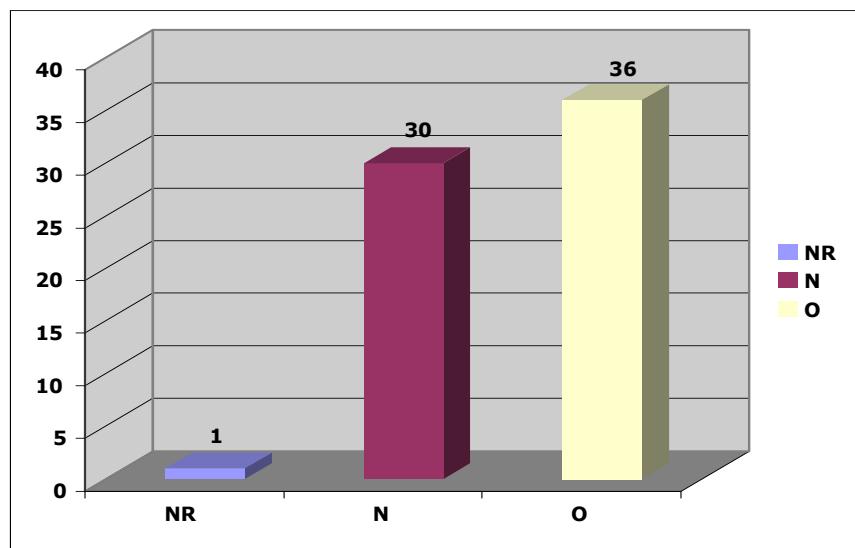
75% des médecins se sentent à l'aise avec la réalisation d'une ventilation au BAVU (100% de renseignés).

La position latérale de sécurité (PLS) ?



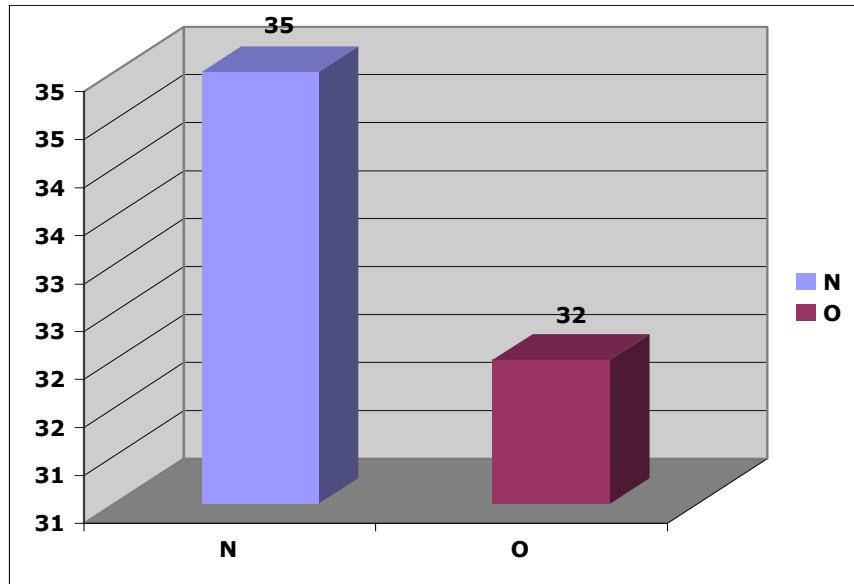
95% des médecins se sentent à l'aise avec la réalisation d'une PLS (100% de répondants).

L'utilisation d'un défibrillateur semi-automatique (DSA) ?



La moitié des médecins se sent à l'aise avec l'utilisation d'un DSA.

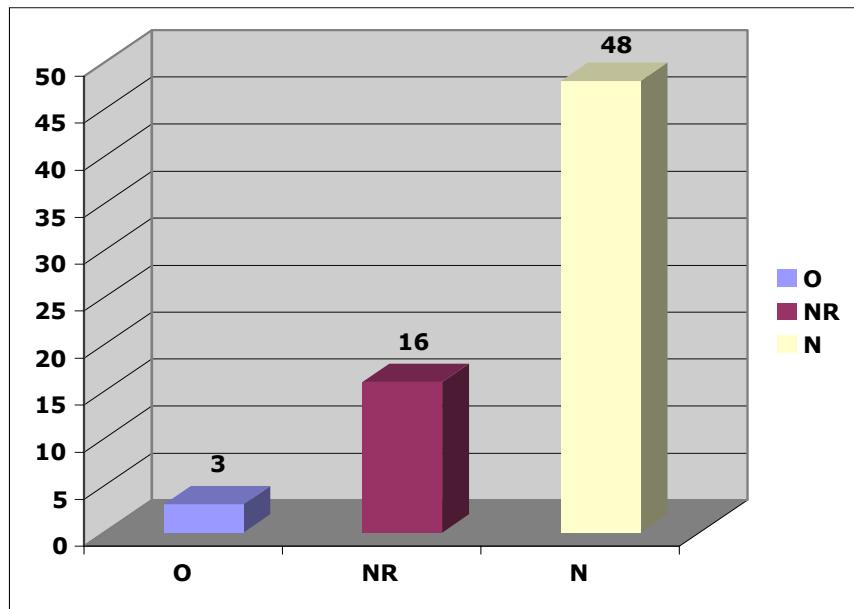
L'utilisation d'un électrocardiogramme (ECG) ?



La moitié des médecins se sent à l'aise avec l'utilisation d'un ECG.

Cet item ne renseignait pas sur l'aptitude à interpréter un ECG.

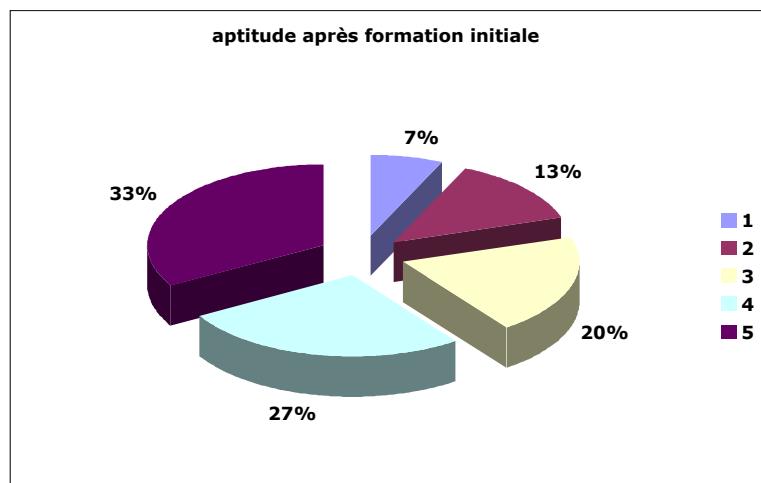
Disposez vous d'un moyen de télétransmission pour l'ECG ?



Parmi les médecins possédant un ECG (32/67), 3 d'entre eux possèdent un moyen de télétransmission.

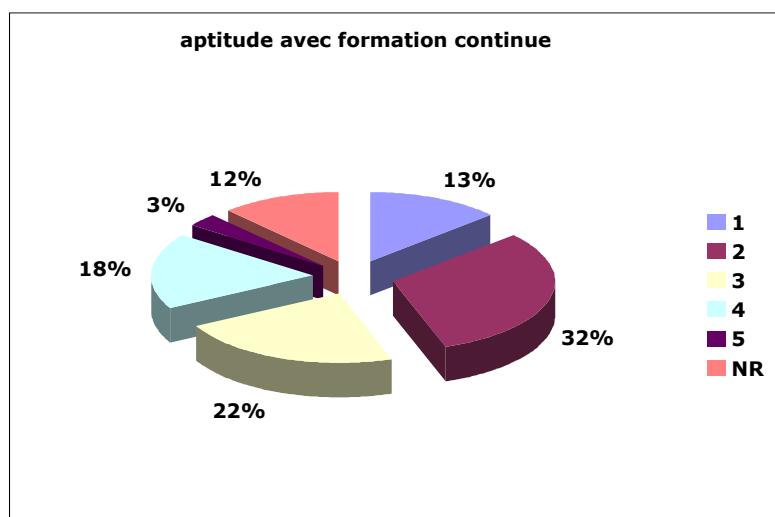
Question 5 : Cotez votre formation de 1 (pas du tout prêt) à 5 (tout à fait prêt)

À la fin de votre formation médicale initiale, vous sentiez vous prêt à prendre en charge une situation d'urgence ?



60% des médecins se sentaient prêts à prendre en charge une situation d'urgence à la fin de leur formation médicale initiale.

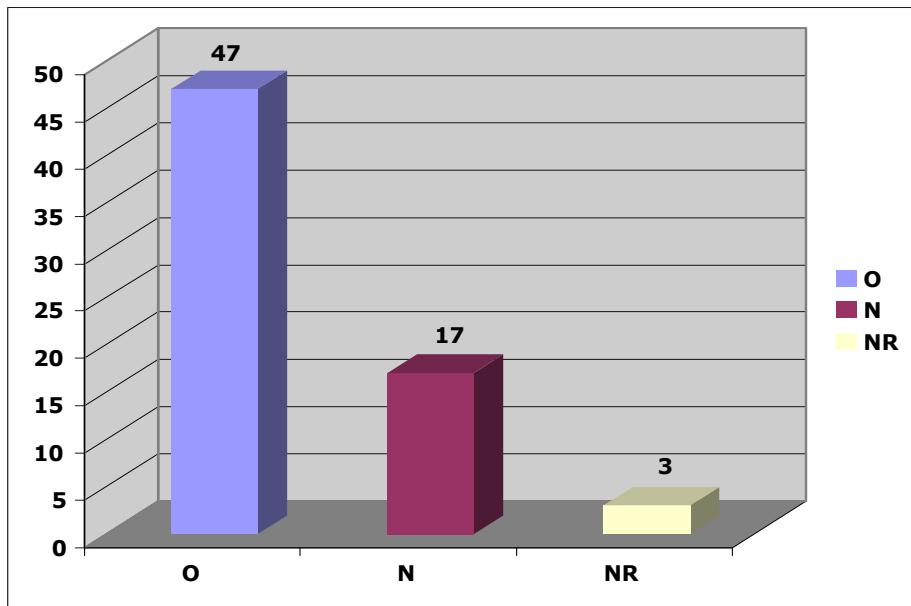
Avec la formation médicale continue, vous sentez vous prêt à prendre en charge une situation d'urgence ?



12% des répondants n'ont pas renseigné cet item.

Parmi les répondants, 45% ne se sentent pas prêts à prendre en charge une situation d'urgence malgré une formation médicale continue.

Souhaiteriez-vous une formation adaptée à la prise en charge des situations d'urgence dispensée au sein du département Meuse (SAMU-CESU) ?



47 des 67 médecins ayant répondu au questionnaire sont favorables à une formation adaptée en collaboration avec le SAMU 55-CESU55.

La moyenne d'âge des médecins ne souhaitant pas de formation est de 53.5 ans ; Ils sont regroupés principalement sur Verdun, Bar-le-Duc, Commercy et Fresnes en Woëvre (7/17 ayant renseigné leur localisation).

Partie texte libre

Les médecins ayant répondu favorablement à la question « souhaiteriez-vous une formation adaptée au sein du département 55 ? » ont justifié leur réponse en évoquant l'utilité de ce type de formation pour une remise à niveau, l'intérêt de répéter régulièrement les gestes d'urgence,

argumentant sur le fait que des mises en situation régulières les rendraient plus autonomes face à l'urgence.

Les médecins ne souhaitant pas participer à ces formations considèrent notamment l'urgence comme une spécialité.

Pour une majorité d'entre eux, la rareté de ces situations dans leur pratique quotidienne ne leur permet pas d'être suffisamment entraînés, et ce, même s'ils font des formations.

Les médecins proches de la retraite ou proches des SMUR ne sont, majoritairement, pas demandeurs.

Certains d'entre eux jugent leur niveau de compétence suffisant (stages réalisés pendant leur internat, formations diverses à l'urgence pendant leur carrière...)

Les arguments les plus fréquemment évoqués sont : le manque de temps, de motivation, la proximité avec les structures hospitalières, le fait d'être en fin de carrière, et le fait que l'urgence relèverait du domaine de compétence de l'urgentiste exclusivement et non du généraliste.

III. Discussion

Le taux de réponse à notre questionnaire est faible : 40%; en effet, 67 des 162 médecins généralistes libéraux de Meuse ont retourné le questionnaire.

A noter que, parmi les non répondants, 5 médecins exercent une activité particulière et 5 médecins sont dispensés de gardes.

Les médecins répondeurs sont essentiellement ceux qui exercent en zone rurale et qui sont fréquemment confrontés à des appels SAMU ; nous constatons un taux faible de réponses sur Verdun et Bar-le-Duc (5/16 à Verdun, 6/17 à Bar-le-Duc).

Ce résultat peut s'expliquer, en partie, par le nombre important d'enquêtes, études et questionnaires en tout genre auxquels sont soumis les MG libéraux dans leur pratique quotidienne.

Parmi les répondants, une majorité de médecins n'est pas confrontée fréquemment à des situations d'urgence médicochirurgicales ; de ce fait, il est possible que leur intérêt concernant la prise en charge de ces situations soit limité ;

La pratique de l'activité de MG nécessite une grande polyvalence ainsi que des connaissances médicales portant sur de vastes domaines ; les médecins participent à diverses formations médicales continues.

En l'état actuel de la démographie médicale, il leur est indispensable de faire un choix quant à leur forme d'exercice et par la même les formations proposées, compte tenu d'un emploi du temps chargé (consultations, visites, activité de garde et PDS, activité comptable...).

Leur choix se fait notamment en fonction de la fréquence des pathologies traitées, et l'urgence ne constitue pas nécessairement la discipline la plus fréquemment pratiquée.

Les SNP, surtout dans le cadre de l'urgence, étant de plus en plus difficiles à inclure dans l'exercice quotidien du généraliste rural, celui-ci tend à se sentir de moins en moins à l'aise face à l'urgence et aura tendance à laisser cette mission au SMUR.

L'échantillon de ces 67 médecins ayant répondu à notre questionnaire peut être considéré comme représentatif de la population des MG libéraux de Meuse. La moyenne d'âge des participants à notre étude est sensiblement la même que la moyenne d'âge de l'ensemble des MG libéraux meusiens (cf description de la démographie médicale meusienne).

Seuls 21 médecins se sont installés après 1990.

Ce constat reflète l'état de la démographie médicale meusienne et lorraine.

Les médecins ayant répondu sont majoritairement en fin de carrière. Leur préoccupation concernant les situations d'urgence n'est plus prioritaire car ils y sont rarement confrontés; En effet, comme cela a été souvent précisé dans la partie texte libre du questionnaire, la prise en charge de ces situations nécessite une formation adaptée, « affaire de spécialiste », une mise en pratique au quotidien afin de ne pas « perdre la main » ;

La faible fréquence de survenue de ces situations ne permet pas de mettre en pratique régulièrement les données acquises lors de leurs formations ; par ailleurs, cela nécessite de consacrer du temps à ce type de gestes lors des formations, ce qui semble être peu gratifiant, en particulier en fin de carrière.

D'autre part, le « visage » de l'urgence a évolué : on note moins d'urgences dramatiques rencontrées, leur prise en charge est plus technique de nos jours.

Par exemple, l'œdème aigu du poumon, qui était soigné à domicile il y a 30 ans, fait maintenant l'objet d'une prise en charge très technique ; les protocoles standardisés de prise

en charge de l'AVC et de la douleur thoracique laissent peu de place au MG, si bien que son rôle, souvent réduit à des gestes de secourisme, peut quelque peu le démotiver.

Concernant la situation géographique des médecins répondants, un grand nombre d'entre eux est dispersé dans des petits villages meusiens parfois à plus de 30 minutes des structures hospitalières et SMUR ; par ailleurs, plus de la moitié d'entre eux exerce seul leur activité.

Dans ce cas, les médecins doivent faire face à des situations d'urgence en attendant le SMUR, ils sont donc plus fréquemment soumis à ce type de situations que les médecins localisés à proximité des hôpitaux.

Ceux-ci, d'après leurs réponses, semblent être plus à l'aise lors de la prise en charge de ces situations, plus à l'aise avec des gestes tels que la pose de VVP, le MCE, la PLS, l'utilisation d'un DSA...

Ils sont d'ailleurs plus demandeurs de formation adaptée et proposée par le SAMU 55 et le CESU 55.

L'isolement des médecins est un facteur déterminant dans leur motivation et leur volonté à pouvoir faire face à ces situations d'urgence et remettre régulièrement à jour leurs connaissances théoriques et pratiques afin de continuer à se sentir à l'aise dans ces cas particuliers.

Environ 40% des MG libéraux meusiens répondants pratiquent une activité spécifique type MCS ou MSP ; les « MCS exclusifs » représentent 10% de notre échantillon et les « MSP exclusifs » 19%.

La proportion des MCS dans la population de l'ensemble des médecins généralistes libéraux meusiens est de 25% environ.

Les médecins ayant une activité d'urgence sont donc un peu surreprésentés par rapport à la population médicale globale du département.

Ce type d'activité a été particulièrement développé en Meuse en raison de l'isolement géographique des patients et des délais d'accès des SMUR. Un nombre important de médecins ayant répondu au questionnaire, sont des MCS et se sentent plus concernés. En effet, la pratique des gestes d'urgence, du fait de leur sollicitation par le SAMU en tant que MCS ou MSP, est plus fréquente que dans la population des MG; cette pratique régulière permet l'entretien de leur capacité à être à l'aise dans ce genre de situations ; la formation continue aux gestes d'urgence fait partie de leur contrat de MCS.

Ils sont donc dans une logique de demande de formation et d'intérêt par rapport à l'urgence.

D'ailleurs, 22 des 47 médecins étant favorables à une formation SAMU/CESU 55 sont des MCS ou MSP.

L'ensemble des situations d'urgence traité dans notre questionnaire (DRA, la douleur thoracique, l'AVC, l'ACR, la menace d'accouchement, le traumatisé grave et le coma) nécessitent une régulation médicale par le 15.

L'ensemble des médecins ayant répondu à la question 3B, à savoir « quiappelez vous en premier devant ces situations ? », a répondu qu'ils composent le 15.

Les médecins sont relativement habitués à travailler avec la régulation du 15; les médecins exerçant à distance des départs SMUR, doivent faire face à l'urgence en attendant les secours ; il est donc indispensable pour les médecins concernés de pourvoir pratiquer les gestes adéquats.

Il existe un paradoxe dans certaines réponses.

Après analyse de nos résultats, nous constatons que les médecins se sentent majoritairement à l'aise avec la réalisation de gestes tels que la pose de VVP, la PLS, l'utilisation du BAVU, d'un DSA...(Question 4) ; cependant, ils ne se sentent, majoritairement, pas à l'aise lorsqu'ils doivent faire face aux situations d'urgence déjà citées ; or, ces gestes permettent de prendre en charge ces situations de détresse.

Ce paradoxe s'expliquerait-il simplement par la faible fréquence à laquelle ils sont confrontés à ces situations et leur manque de pratique? Se sentent-ils donc à l'aise dans la réalisation de ces gestes uniquement en théorie ou réellement en pratique ?

Les médecins ont répondu majoritairement se sentant à l'aise face à la prise en charge de situations urgentes à l'issue de leur formation médicale initiale; tandis qu'ils ne se sentent pas à l'aise à l'issue de séances de formation continue.

Comme nous l'avons souligné précédemment, la formation médicale initiale intègre un certain nombre de notions à l'urgence par l'intermédiaire de cours, module, formations type AFGSU, stage en service d'urgences...Cela confère probablement une certaine capacité à prendre en charge ces situations à la fin de l'internat et au moment de la prise de fonction en tant que MG.

La formation médicale continue est quant à elle obligatoire selon le Code de Déontologie, mais la formation à la Médecine d'Urgence et à l'apprentissage théorique et pratique des gestes d'urgence ne l'est pas ; en effet, le médecin a la possibilité de choisir les sujets des formations médicales continues auxquelles il participe.

Or le médecin a le devoir de porter secours lors de toute situation de détresse, de même que le devoir d'être capable de prendre en charge ces situations, par la mise à jour de ses connaissances notamment (Code de Déontologie).

À ce niveau, il devient difficile de distinguer ce qui est obligatoire de ce qui ne l'est pas pour le MG.

Est-il nécessaire de rendre obligatoire un minimum de formation médicale continue à l'urgence ?

Cette formation doit-elle concerner tous les MG libéraux ou uniquement ceux dont l'isolement et la situation géographique le nécessitent ?

À la question 5C « souhaiteriez-vous une formation adaptée à la prise en charge des situations d'urgence dispensée au sein du département Meuse (SAMU/CESU55) ? », les réponses favorables ont été majoritaires, en particulier de la part des médecins travaillant seuls, isolés géographiquement, les MCS et MSP.

Ces médecins ont donc conscience que pour être à l'aise face à ces situations, il faut y être confronté régulièrement ;

D'autre part, il leur faut également participer aux formations permettant de réactualiser leurs connaissances; Ceci souligne l'importance de développer un partenariat, une collaboration et une coordination entre les différents acteurs de l'urgence, urgentistes, généralistes, et sapeurs pompiers dans le but d'assurer une couverture médicale et un accès aux soins de premier recours équitable pour la totalité de la population meusienne.

Chacun de ces acteurs en a conscience ; notre étude, concernant le ressenti des médecins généralistes libéraux meusiens, atteste de cette prise de conscience et de la volonté des différents intervenants cités à pouvoir réaliser cet objectif ensemble (remarques fréquentes du texte libre).

Au sein du département Meuse, il existe actuellement plusieurs projets en cours visant à trouver des solutions au problème de l'évolution péjorative de la démographie médicale ;

ces démarches intègrent les équipes hospitalières du SAU/SAMU/SMUR/CESU 55 des CH de Verdun et Bar-le-Duc et les médecins libéraux de Meuse.

Comme nous l'avons dit, l'objectif est d'assurer à la population meusienne un accès égal aux soins de premier recours par une couverture médicale adaptée et de qualité.

A l'issue de ce travail de thèse, nous proposons de mettre en place une formation au sein du CESU55 pour les MG libéraux qui souhaiteraient une remise à niveau et une formation continue théorique et pratique en matière de gestes et soins d'urgence. Cette formation pourrait être adaptée à leur pratique quotidienne en médecine libérale, en tenant compte, et des souhaits exprimés dans ce questionnaire en termes de besoins et des contraintes professionnelles.

Les médecins hospitaliers ont le désir de travailler en partenariat avec les médecins libéraux. Ces démarches s'intègrent dans le schéma de politique de santé territoriale actuelle et visent à développer les différents réseaux de santé, par l'intermédiaire, entre autres, de la coordination de ces différents acteurs, dans un intérêt communautaire.

Concernant les projets en cours, sur le plan hospitalier en Meuse, les médecins du SAMU55 reprennent actuellement, le dossier des MCS, laissé en suspens ces dernières années.

Il est indispensable de « remotiver les troupes » ; il est prévu de reprendre leur formation, leurs contrats ; un état des lieux des MCS et de leur activité a été fait ; des sacs MCS ont été remis à jour ;

Dans ce sens, nous avons assisté, au mois de septembre, avec le Dr Kern (médecin aux urgences de Verdun) en charge du dossier, à la première réunion des responsables MCS de France qui s'est déroulée à Voglans (73).

Cette rencontre, qui a eu lieu sur 2 jours, a été initiée par le Dr Manuella Barthès, responsable du réseau MCS Alpes du Nord afin de réunir les différents réseaux MCS existants en France en vue de préparer une rencontre nationale des MCS en septembre 2011.

Après une présentation individuelle des participants (activité, cursus, rôle dans son réseau MCS) et un recueil des attentes de chacun, une présentation de chaque réseau MCS sous forme de diaporama a été effectuée.

Les réseaux présentés étaient :

- Alpes du Nord
- Meuse
- Doubs
- Cerdagne-Capcir
- Lozère
- Ardèche

Il existe 13 réseaux MCS recensés actuellement.

Une synthèse des similitudes, des différences et des problèmes rencontrés par les différents réseaux a suivi.

Les conclusions de cette réunion ont été, notamment:

- Il existe de réelles différences entre les réseaux en rapport notamment avec les caractéristiques géographiques et démographiques des départements concernés.
- Chaque réseau doit donc être adapté aux caractéristiques locales (Médecins de Montagne, Médecins en milieu isolé géographiquement...) ; En outre, il ne peut exister un modèle unique de réseau MCS.
- Les moyens en matière d'équipements et de formation sont également très variables (type de financement, sacs MCS, programmes et moyens de formation, statut des médecins, fiches d'intervention et évaluation de l'activité...).

- Cependant, de grandes similitudes ont été notées : difficultés de financement, difficultés dans la pratique quotidienne (faible nombre de médecins, conditions d'exercice difficiles du fait de l'isolement, pas de statut MCS partout...), volonté de s'unir afin de trouver des solutions en tirant partie de l'expérience de chacun, volonté d'harmoniser les protocoles MCS déjà élaborés dans certains réseaux, volonté d'une reconnaissance nationale, et surtout volonté d'améliorer les conditions de travail actuelles afin d'assurer la meilleure prise en charge possible pour la population.

Dans les suites de cette réunion, une liste de discussion « réseaux MCS » a été créée, gérée par le siège Médecins de Montagne. Des fiches de protocoles élaborées par le réseau Alpes du Nord ont été diffusées.

Un article de presse est paru dans Le Quotidien du Médecin du 22/09/2010, relatant la rencontre du 11 septembre 2010.

Une prochaine rencontre est prévue au printemps 2011 en Lozère.

Un autre projet, élaboré par le SAU/SMUR 55, concerne l'implantation des DSA en Meuse.

Un travail de thèse a également été effectué par le Dr Marine Bailly, qui a développé une étude sur les modalités d'implantation des DSA sur les territoires meusiens.

Il est prévu d'équiper chaque MCS d'un DSA en plus de son sac MCS afin de leur permettre une prise en charge pré-hospitalière adaptée en terme de moyens et de qualité.

Concernant les projets en cours en médecine générale libérale, afin de pallier à l'évolution catastrophique de la démographie médicale et de l'offre de soins en Meuse,

certains médecins généralistes libéraux militent pour le développement des maisons médicales de santé.

C'est notamment le cas du Dr Bouchy, à Revigny sur Ornain, qui organisent des réunions sur l'ensemble du département.

Partant du constat que cette désertification médicale résulte de différents facteurs (la politique du numérus clausus, le désintérêt du milieu rural, le désintérêt pour l'activité libérale, la féminisation de la profession, et le poids des contraintes administratives et conventionnelles) et s'appuyant sur les désirs des jeunes confrères (exercer en groupe, disposer d'un secrétariat, avoir une qualité de vie, ne pas investir dans l'immobilier et aménager la PDS), différentes solutions sont envisagées.

Il est nécessaire de développer des maisons médicales pluridisciplinaires et de proposer un schéma départemental d'organisation sanitaire (SDOS) ambulatoire pour la Meuse.

Ce SDOS comprend des pôles de santé primaires, satellites et des cabinets secondaires.

Les objectifs définis sont les suivants : 1 médecin pour 1300 habitants, chaque meusien devant pouvoir consulter chaque jour un médecin à moins de 15 km de son domicile, stabiliser, consolider ou renforcer l'offre dans un territoire en s'appuyant sur l'existant.

Le pôle de santé primaire regroupe au moins deux médecins, des infirmiers, au moins un chirurgien dentiste, des masseurs kinésithérapeutes, un podologue, un orthophoniste, des consultations avancées de l'hôpital et une ou plusieurs pharmacies.

Le pôle satellite regroupe un médecin présent toute la journée venant d'un pôle primaire, des infirmiers, des masseurs kinésithérapeutes venant du pôle primaire, une pharmacie.

Le cabinet secondaire comprend un médecin présent cinq demi journées par semaine venant du pôle primaire, des infirmiers, une pharmacie ou une antenne.

Les pôles de santé représentent une identité territoriale, ils constituent un regroupement de professionnels de santé du territoire en collaboration avec d'autres structures.

Leur but est d'analyser les besoins de santé, de promouvoir la santé en menant des actions, d'évaluer les besoins immobiliers (création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires), d'être l'interlocuteur privilégié avec les CODECOM et ARS, d'être un lieu de formation pour les étudiants.

Les maisons de santé pluridisciplinaire constituent un projet de soins et un projet architectural.

Leur implantation doit répondre aux besoins de la population, doit être une entité administrative la plus adaptée et être accessible en 20 minutes.

L'équipe préconisée regroupe au moins 3 professions de santé, au moins 2 médecins, un secrétariat, des locaux adaptés, un accueil, un studio pour accueillir les stagiaires, un cabinet pour les consultations avancées.

La mise en place de ce type de structures repose sur des contrats de fonctionnement entre professionnels et les collectivités.

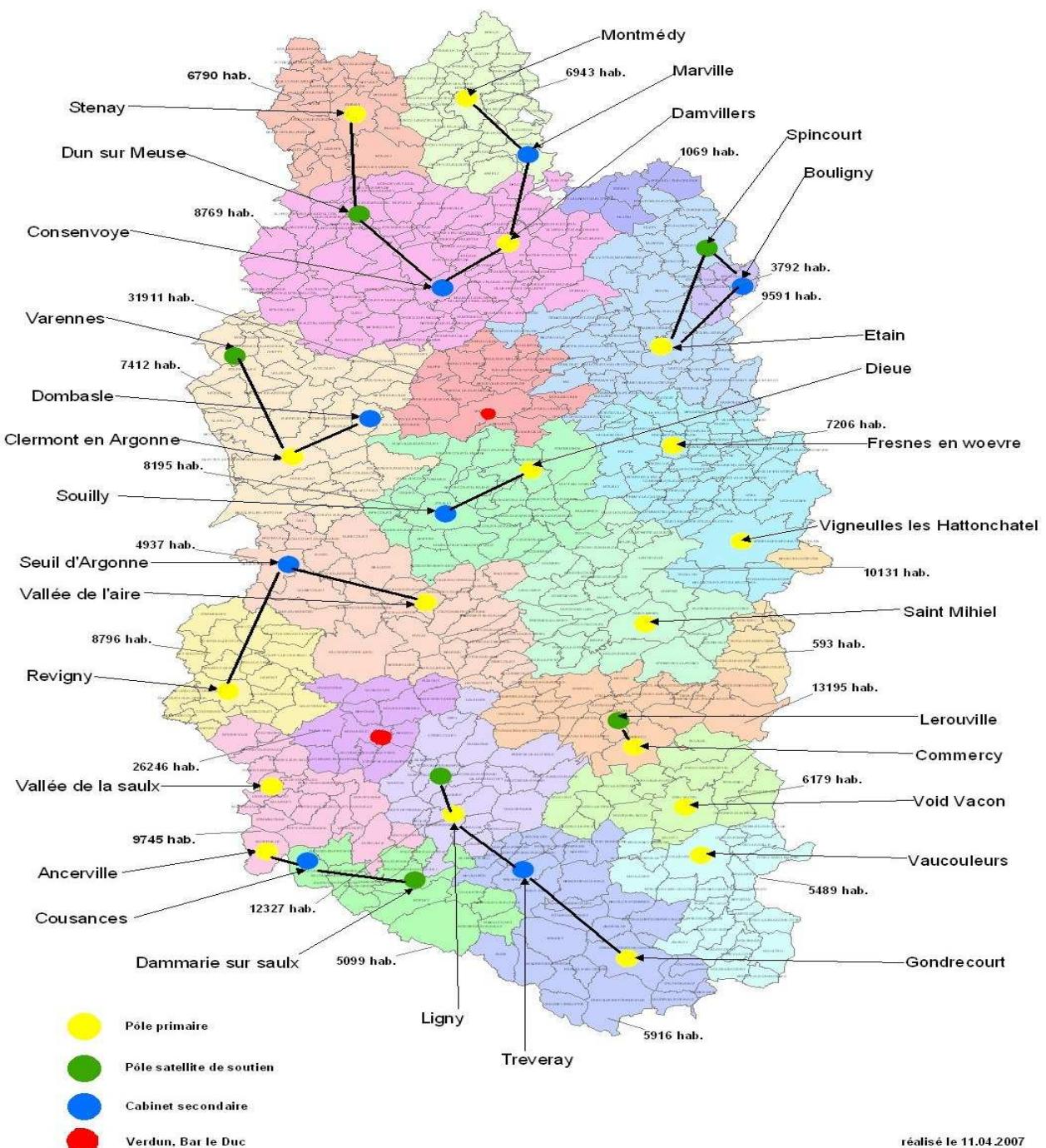
Il n'y a donc pas un seul modèle de structures mais autant de structures que de réalités locales.

Tels sont les éléments développés dans les présentations du Dr Bouchy.

La carte suivante témoigne du profil attendu pour les années à venir ainsi que les démarches actuelles.

Carte 5

Horizon 2017
Répartition des pôles primaires, de soutien et des cabinets secondaires



À ces démarches s'ajoutent celles d'autres médecins généralistes libéraux meusiens comme l'équipe du Dr Pancher, qui développe également le projet de maison de santé ;

Très récemment, l'équipe du CESU 55 est intervenue dans leurs locaux, sur leur demande, afin de remettre leurs connaissances théoriques et pratiques en matière de prise en charge des urgences vitales et d'apprentissage de l'utilisation d'un DSA acquis par cette équipe.

Autant d'exemples hospitaliers et libéraux qui s'associent à la démarche réalisée dans ce travail de thèse afin de développer la collaboration de ces partenaires, de pallier aux carences actuelles, d'améliorer l'accès aux SNP et la couverture médicale en Meuse, en particulier en terme d'égalité et de qualité des soins dont disposent la population, par l'intermédiaire de ce genre de formations.

CONCLUSION

L'organisation des soins non programmés en France est un système complexe qui bénéficie d'une attention toute particulière des pouvoirs publics à travers notamment la loi HPST et la création des ARS.

Le médecin généraliste reste un acteur déterminant et central de cette organisation. Il participe activement à la continuité des soins et à la prise en charge des situations d'urgence médicochirurgicales notamment dans les zones isolées.

Notre étude démontre une nécessité et une volonté de formation aux gestes et soins d'urgence pour les médecins généralistes exerçant en zones isolées à distance d'un SMUR. Cette formation adaptée fruit d'une collaboration étroite entre médecine libérale et hospitalière pourrait être dispensée au sein des CESU et existe déjà pour les MCS.

Par ailleurs, la création de maisons de santé, dans un but de rationalisation des moyens humains, financiers et matériels pourrait favoriser un meilleur accès aux soins qu'ils soient programmés ou non.

BIBLIOGRAPHIE

1. MINISTÈRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence.

Journal officiel 214, p 15863.

2. GRALL Jean-Yves

Rapport mission de médiation et propositions d'adaptation de la Permanence des Soins, remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Août 2007 [en ligne]

Consultable sur

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000534/0000.pdf>

3. JOSEPH Didier

Demandes et réponses aux soins non programmés [en ligne]

Consultable sur http://espacegeneraliste.info/.../SYNTHESE_PDS-AMU_ESPACE_GENERALISTE_.pdf

4. LESIGNE E.

L'urgence et ses représentations. Enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgences. [Thèse de doctorat en médecine]. Rennes : Université de Rennes 1, 2001 : 114p.

5. STEG A.

Rapport sur la médicalisation des urgences, Commission nationale de la restructuration des urgences, 17 septembre 1993.

6. Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne.

Etude Pratique et Circuits de Soins en Médecine Générale. Résumés des résultats concernant la consultation ou visite initiale. [en ligne]

Consultable sur

http://www.urlm-bretagne.com/99_up99load/2_docupload1/4142_01.pdf

7. ARH Agence Régionale de l'Hospitalisation

Les missions et l'organisation [en ligne]

Consultable sur <http://www.parhtage.sante.fr>

8. MINISTÈRE DE LA SANTE ET DES SPORTS.

Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Création des ARS.

Article 118.

9. MINISTÈRE DE LA SANTE 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.

10. MINISTÈRE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE.

Loi HPST Hôpital Patient Santé Territoire du 23 juin 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Journal officiel du 22 juillet 2009.

11. BAUBEAU D., DEVILLE A., JOUBERT M., FIVAZ C., GIRARD I., LE LAIDIÉR S.

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

DRESS, Etudes et résultats, n°72, juillet 2000.

12. GENTILE S., AMADEI E., BOUVENOT J., DURAND A.C., BONGIOVANNI I.,
HARO J., GIRAUD C., SAMBUC R.

Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie
Santé Publique, volume 16, n°1, pp.63-74.

13. MINISTÈRE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE

Circulaire n° DHOS/O4/2006/97 du 6 mars 2006 relative aux schémas interrégionaux
d'organisation sanitaire.

14. MINISTÈRE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE.

Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatifs aux modalités d'organisation de la
permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette
permanence et modifiant le Code de Santé Publique.

Journal officiel, n°82 du 8 avril 2005, p6345.

15. STIERLE F.

Historique de la Médecine d'Urgence. [en ligne]

Consultable sur <http://cesusamu.chez.com/appligos/.../samu.html>.

16. MINISTÈRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES
HANDICAPÉES

Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports
sanitaires.

Journal officiel du 7 janvier 1986.

17. MINISTÈRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES
HANDICAPÉES.

Décret n°87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide
médicale urgente et des transports sanitaires.

Journal officiel, du 27 décembre 2003.

18. MINISTÈRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES
HANDICAPÉES

Décret N° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U.

Journal officiel du 17 décembre 1987.

19. CARLI P., RIOU B., TELION C.

Urgences médico-chirurgicales de l'adulte.- 2^{ème} édition.

Arnette éditeur, 2004. 1579p. p19.

20. MINISTÈRE DE LA SANTE ET DES SPORTS

MADEGAN P.

Rapport de la mission D.G.O.S. relative à la modernisation des SAMU de juillet 2010.

21. MINISTÈRE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE
ASSOCIATIVE

CORIAT P.

Rapport concernant les propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins de mai 2008.

22. MINISTÈRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES
HANDICAPÉES

Décret n°97-619 du 30 mai 1997 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de Santé Publique.

Journal officiel du 1^{er} juin 1997.

23. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES
HANDICAPEES

Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé.

Journal officiel du 1^{er} juin 1997.

24. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES
HANDICAPEES

Plan Urgences, 2003. [en ligne].

Consultable sur <http://sante.gouv.fr>

25. DESCOURS C.

Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins remis à Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, le 22 janvier 2003. [en ligne].

Consultable sur <http://sante.gouv.fr>.

26. Loi 2042-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003.

Journal officiel, n°299 du 24 décembre 2002, p21482.

27. Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Journal officiel, n°296 du 22 décembre 2006, p19395.

28. DU SEHU E. (2000).

Une obligation déontologique. Le Concours Médical 122, p992-3.

29. Ordre National des Médecins.

Article L.77 du Code de Déontologie Médicale. [en ligne].

Consultable sur <http://www.conseil-national.medecin.fr>.

30. Article L63 13-1 du Code de Santé Publique.

Code de la Santé Publique (Nouvelle partie législative) 6^{ème} partie : Etablissements et Services de Santé – Livre 3 : Aide médicale urgente et transports sanitaires - chapitre 3 : Comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

31. GAUDIN F., (2003).

Permanence des Soins : le volontariat enfin dans la loi. Impact Médecine 48, p26.

32. CALLOC'H L.J., (2003).

Circulaire n°2003-086 du CNOM, section d'exercice professionnel, 3 octobre 2003.

33. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU). [en ligne].

Consultable sur <http://legifrance.gouv.fr>.

34. Circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences. [en ligne].

Consultable sur www.informationhospitaliere.com/actualite-9358-circulaire-dhos-o1-2007-65 -13-fevrier-2007-relative-prise-charge-urgences.html

35. Ordre National des Médecins.

Code de Déontologie Médicale, article 9 relatif à la non assistance à personne en danger. [en ligne].

Consultable sur <http://www.conseil-national.medecin.fr>.

36. Ordre National des Médecins.

Code de Déontologie Médicale, article 11 relatif à l'obligation de compétence médicale et de formation continue. [en ligne].

Consultable sur <http://www.conseil-national.medecin.fr>.

37. Nancy-Université Henri Poincaré.

Faculté de Médecine.

Livret d'enseignement premier et deuxième cycles (2010-2011).

38. KOUCHNER B.

Le médecin du futur et la réforme des études médicales.

Projet de réforme des études médicales, cabinet Bernard KOUCHNER.

Paris : 1999.

39. 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.

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

Paris : bulletin n°25, novembre 1998.

41. MINISTÈRE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR 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 3^{ème} cycle des études médicales.

42. MINISTÈRE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE.

Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 relatif à l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales.

43. Arrêté du 26 avril 1973 relatif à la création de la formation au Certificat de Capacité d'Ambulancier. [en ligne].

Consultable sur <http://www.efurgences.net/index.php/bibliographie/115-cesu-France>.

44. Circulaire du 26 juin 1973 relatif à la création des centres d'instruction destinés à l'ensemble des personnels qui participent à l'organisation des secours médicaux d'urgence. [en ligne].

Consultable sur <http://www.efurgences.net/index.php/bibliographie/115-cesu-France>.

45. AMMIRATI C.

Les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence : centres de formation des SAMU.

La Revue des SAMU, 2005, p333-335.

46. AMMIRATI C.

Espace ANCESU : EDITO. [en ligne].

Consultable sur <http://www.samu-de-france.fr/fr/formation/ANCESU>.

47. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES.

Décret n°2007-441 du 25 mars 2007 relatif à la composition, au fonctionnement et aux missions des centres d'enseignement des soins d'urgence.

48. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES.

Arrêté du 29 mars 2007 relatif à la commission nationale des formations aux soins d'urgence et à la gestion de crises sanitaires aux personnels enseignants des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU).

49. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES.

Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.

50. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES.

Arrêté du 21 avril 2007 modifiant les arrêtés relatifs aux conditions de délivrance du diplôme d'Etat de certaines professions de santé.

51. WERTS P.

La permanence des soins dans la Meuse en 2005. Impact d'une régulation médicale sur l'activité de garde. [Thèse de doctorat en médecine]. Nancy : Université Henri Poincaré, Nancy 1, 2007 : 113p.

52. Chambre du commerce et de l'industrie de la Meuse – 2006.

53. Centre hospitalier de Verdun. [en ligne].

Consultable sur www.ch-verdun.fr/.

54. Démographie médicale et pharmaceutique en Lorraine. [en ligne].

Consultable sur <http://www.lorraine.sante.gouv.fr/sante/demomed.html>.

55. Ordre National des Médecins.

Atlas de la démographie médicale en région Lorraine, situation au 1^{er} janvier 2009.

56. DRASS de Lorraine, Service statistique.

L'accès aux soins de 1^{er} recours en Lorraine : des difficultés en zones rurales, septembre 2007.

57. BRIANCON S., TOUSSAINT B.

Démographie des spécialistes formés par l'internat. Le regard des coordonnateurs de filière. Rapport au Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

Ecole de Santé Publique/DRASS/Octobre 2007V2.

58. Conseil Départemental de l'Ordre de la Meuse.

59. INSEE.

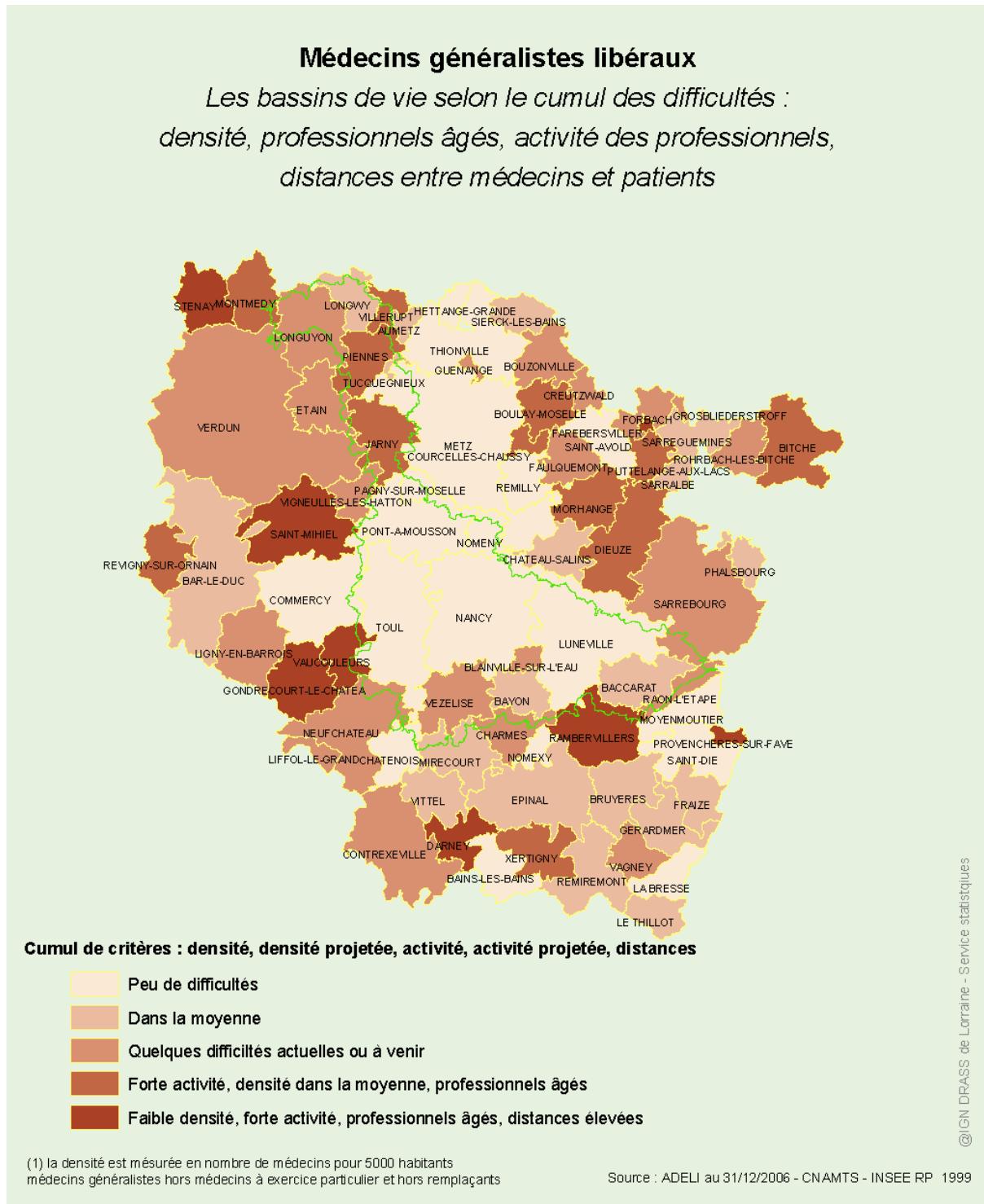
Territoire, écoscopie de la Meuse. [en ligne].

Consultable sur

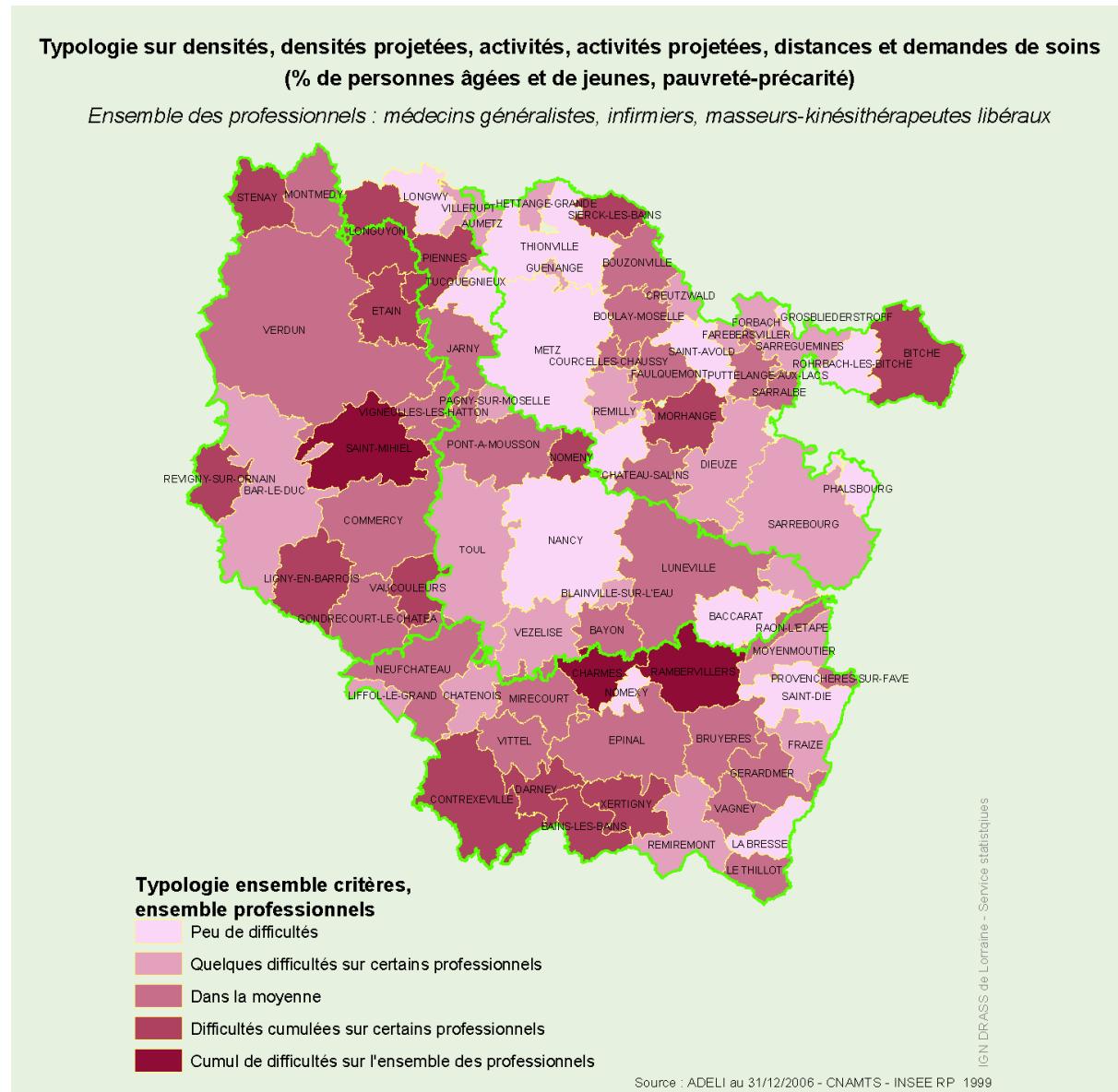
http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=14490&page=EL/EL_Ecos_copie55/sante.htm.

ANNEXES

Annexe 1



Annexe 2



Annexe3

FICHE numéro

Nom (facultatif) :

Lieu d'exercice (commune ou canton) :

Age :

Activité particulière : Médecin Sapeur Pompier ?

Médecin Correspondant du Samu ?

Nombre d'années d'installation :

Cabinet de groupe ou maison médicale

1 / A quelle fréquence prenez vous en charge des situations d'urgence médico-chirurgicale

- plusieurs fois par semaine
- au moins une fois par semaine
- plusieurs fois par mois
- au moins une fois par mois
- moins d'une fois par mois

2 / Face à ces situations d'urgence, disposez vous :

- du matériel nécessaire : Oui Non
Si oui, lequel ?

- d'une expérience suffisante : Oui Non

3 / Face à ces situations d'urgence, vous êtes :

	Totallement à l'aise	A l'aise	Pas à l'aise	Pas du tout à l'aise	jamais confronté à ce genre de situation
Détresse respiratoire aigue					
Douleur thoracique					
Accident vasculaire cérébral					
Arrêt cardio-respiratoire					
Menace d'accouchement					
Traumatisé grave					
Coma					

Et vousappelez en premier :

	15	17	18	112	Ambulancier privé
Détresse respiratoire aigue					
Douleur thoracique					
Accident vasculaire cérébral					
	15	17	18	112	Ambulancier privé
Arrêt cardio-respiratoire					
Menace d'accouchement					
Traumatisé grave					
Coma					

4 / Devant ces situations d'urgence, vous sentez vous à l'aise avec :

	OUI	NON
Pose d'une voie veineuse		
Massage cardiaque externe		
Ventilation au ballon (BAVU)		
Position latérale de sécurité		
Utilisation d'un défibrillateur (DSA)		
Utilisation d'un électrocardiographe (ECG)		
<i>Si oui, disposez vous d'un moyen de transmission de l'ECG au SAMU ?</i>		

5 / Formation : Cotez de **1** (pas du tout prêt) à **5** (tout à fait prêt)

a / A la fin de votre formation médicale initiale (études), vous sentiez vous prêts à prendre en charge une situation d'urgence : **1 – 2 – 3 – 4 – 5**

b / Avec la formation médicale continue : **1 – 2 – 3 – 4 – 5**

c) Souhaiteriez vous une formation adaptée à la prise en charge des situations d'urgence dispensée au sein du département Meuse (SAMU – CESU) : Oui Non

Si non, pourquoi ?

Texte libre :

Merci de votre participation à ce travail de thèse.

ABREVIATIONS UTILISEES

ACR : Arrêt Cardio-Respiratoire
AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
AFPS : Attestation de Formation aux Premiers Secours
AMU : Aide Médicale Urgente
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANCESU : Association Nationale des Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence
ANDEM : Agence Nationale pour le Développement et l'Evaluation Médicale
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ASSUM : Association des Services de Soins et Urgences Médicales de la Meuse
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CAMU : Capacité d'Aide Médicale Urgente
CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMU : Capacité de Médecine d'Urgence
CNE : Comité National d'Evaluation
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CDAMU : Comités Départementaux de l'Aide Médicale d'Urgence
CODAMUPS : Comités Départementaux de l'Aide Médicale d'Urgence et de la Permanence de Soins
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels
DESC : Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DRA : Détresse Respiratoire Aigue
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSA : Défibrillateur Semi Automatique
ECG : Eléctrocardiogramme
ECN : Epreuves Classantes Nationales
ETS : Etablissement Territorial de Santé
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
MCE : Massage Cardiaque Externe
MCS : Médecin Correspondant du SAMU
MG : Médecin Généraliste
MSP : Médecin Sapeur Pompier
NRBC : Nucléaire Radiologique Biologique Chimique
PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
PDS : Permanence Des Soins
PLS : Position Latérale de Sécurité
POSU : Pôle Spécialisé d'Accueil et de Traitement des Urgences
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SMUR : Service Médical d'Urgence et Réanimation
SNP : Soins Non Programmés
SDOS : Schéma Départemental d'Organisation Sanitaire
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SU : Service des Urgences

UP : Unité de Proximité d'accueil et de traitement des urgences

VLM : Véhicule Léger Médicalisé

VVP : Voie Veineuse Périphérique

Abstract

THE GENERAL PRACTITIONERS AND UNSCHEDULED HEALTH CARE

A survey about point of view near GPs of a french rural area

The organisation of unscheduled health care in France is complex and constantly evolving. It counts many players, who either work in hospitals or independently. General practitioners have a crucial role in the support provided to patients and in the unscheduled health care system, given their position as the first medical link in the emergency chain. Their role is reinforced in rural areas, which suffer from a growing medical desertification. Indeed they need to ensure “the right medical care” to the entire population.

This medical support in the first remedy area requires an active participation of GPs and the need for training.

The aim of our study is to assess the impression of GPs, via questionnaires, concerning medical support for emergency situations, in their daily practice. The population counts 162 independent GPs, who work in the Meuse. 67 GPs answered our questionnaire. The majority of them don't feel at ease, or not very much, when faced with an emergency situation and 47 of them are favorable to a tailored training course provided by the CESU 55.

In order to improve health care, particularly unscheduled care in rural areas, it would be useful to provide emergency actions training at the CESU to GPs who are interested. We should also continue ongoing action regarding the development of health care homes. These suggestions are part of the current territorial Health project and of the coordination between hospital and independent medicine, based on a health care network.

VU

NANCY, le 22 octobre 2010
Le Président de Thèse

NANCY, le 26 octobre 2010
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P.E. BOLLAERT

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/3477

NANCY, le 28 octobre 2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RESUME DE LA THESE

L'organisation du système de soins non programmés en France est complexe et en constante évolution. Elle regroupe de nombreux acteurs qu'ils soient hospitaliers ou libéraux.

Le médecin généraliste tient une place primordiale dans la prise en charge globale du patient et dans le système de soins non programmés, en tant que premier maillon médical de la chaîne des secours, en particulier dans les zones rurales permettant ainsi d'assurer « le juste soin » à l'ensemble de la population.

Notre étude propose d'évaluer, au moyen d'un questionnaire, le ressenti des médecins généralistes concernant la prise en charge de situations d'urgence dans leur pratique quotidienne. La population source regroupe 162 médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire meusien. Parmi cette population, les médecins ayant une activité d'urgence (MCS et MSP) sont surreprésentés par rapport à la population médicale globale du département. 67 des médecins interrogés ont répondu à ce questionnaire avec une prédominance de médecins en fin de carrière. La majorité d'entre eux se sentent peu ou pas à l'aise face à ces situations. Paradoxalement, ils semblent plus à l'aise avec un certain nombre de techniques utilisables en situation d'urgence. 47 d'entre eux sont favorables à une formation adaptée proposée par le CESU 55.

Afin d'améliorer l'offre de soins notamment concernant les soins non programmés dans les zones rurales, il est souhaitable d'offrir la possibilité d'une formation aux gestes et soins d'urgence aux médecins généralistes qui le souhaitent au sein des CESU. Il convient également, et plus que jamais, de poursuivre les actions en cours concernant le développement des maisons de santé.

Ces propositions s'inscrivent dans le projet global actuel de Politique de Santé des territoires et dans la coordination entre médecine hospitalière et libérale selon un fonctionnement interactif des réseaux de soins.

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS

THE GENERAL PRACTITIONERS AND UNSCHEDULED HEALTH CARE

A survey about point of view near GPs of a french rural area

THESE : MEDECINE GENERALE-ANNEE 2010

MOTS CLEFS : médecin généraliste, soins non programmés, urgence, formation

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex