

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

HUGUET François
né le 13/07/1982 à Orléans (45)

Présentée et soutenue publiquement le 1er octobre 2012

TITRE

**Influence de l'éloignement d'une structure de soins sur le contenu et l'utilisation de la trousse
d'urgence du médecin généraliste**

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Pierre-François DEQUIN
Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean-Louis GUILMOT
Monsieur le Professeur François MAILLOT
Madame le Docteur Pascale RENAUD-BRIVET
Monsieur le Docteur Mathias RETORET

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER – E/H.
METMAN - J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL -
Ph. RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE -
M.J. THARANNE - J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie

	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	CORTESE Samuele	Pédopsychiatrie
Mmes	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale
----	-------------	-------------------

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pierre-François DEQUIN

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis GUILMOT

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.

A Monsieur le Professeur François MAILLOT

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Pascale RENAUD-BRIVET

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury.
Trouve ici l'expression de ma profonde amitié.

A Monsieur le Docteur Mathias RETORET

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger cette thèse.
Merci de tes précieux conseils et de ta disponibilité lors de mon semestre passé aux urgences et lors de la réalisation de cette thèse.

A mes parents

Je vous remercie de votre soutien et de vos encouragements lors de ces longues années d'étude.

A mes grands-parents et à mes sœurs

Merci pour votre soutien et tous les moments partagés depuis mon enfance.
Une pensée particulière pour mon grand-père maternel, qui aurait sans doute été fier d'assister à cette soutenance.

A mes amis

Merci pour tous ces moments passés ensemble au cours de ces longues années d'étude.

Table des matières

Introduction	p.11
Définitions – Généralités	p.13
1- Obligations médico-légales.....	p.14
2- Historique des urgences.....	p.15
2.1- Prise en charge pré-hospitalière.....	p.15
2.2- Prise en charge hospitalière.....	p.16
2.3- Prise en charge ambulatoire.....	p.17
3- La PDS.....	p.18
3.1- Principes – Organisation.....	p.18
3.2- La PDS en Indre-et-Loire.....	p.19
4- La trousse d'urgence.....	p.21
4.1- Généralités.....	p.21
4.2- Contenant.....	p.21
4.2.1- Transport.....	p.21
4.2.2- Conservation.....	p.22
4.3- Contenu.....	p.23
4.3.1- Matériel administratif.....	p.23
4.3.2- Matériel diagnostique et thérapeutique.....	p.24
4.3.3- Médicaments.....	p.25
4.4- La trousse d'urgence « idéale » et son évaluation.....	p.25
4.5- Place de notre étude.....	p.26
Matériel – Méthode	p.27
1- Méthodologie.....	p.28
2- Questionnaire.....	p.28
3- Analyse des données.....	p.29
Résultats	p.30
1- Données démographiques et profil du médecin.....	p.31
1.1- Age des médecins.....	p.31
1.2- Sexe des médecins.....	p.32
1.3- Date d'installation.....	p.32
1.4- Mode d'exercice.....	p.33
1.5- Participation à la permanence des soins.....	p.33
1.6- Formation spécifique à l'urgence.....	p.35
1.7- Délai moyen d'intervention du SMUR.....	p.36
2- Relation du médecin généraliste à l'urgence.....	p.37
2.1- Possession d'une trousse d'urgence.....	p.37
2.2- Nécessité de posséder une trousse d'urgence.....	p.38
2.3- Occasions d'utilisation de la trousse d'urgence.....	p.40

2.4- Absence d'un médicament dans la trousse d'urgence.....	p.41
2.5- Modification de la trousse d'urgence suite à une difficulté.....	p.41
2.6- Sources pour la constitution de la trousse d'urgence.....	p.42
2.7- Vérification du contenu de la trousse d'urgence.....	p.43
2.8- Évolution du contenu de la trousse d'urgence.....	p.43
2.9- Méthode pour la vérification du contenu de la trousse d'urgence.....	p.44
3- La trousse d'urgence.....	p.45
3.1- Contenu de la trousse d'urgence.....	p.45
3.2- Utilisation de la trousse d'urgence.....	p.46
4- Influence de l'éloignement d'une structure de soin sur le contenu de la trousse d'urgence.....	p.47
5- Influence de l'éloignement d'une structure de soin sur l'utilisation de la trousse d'urgence.....	p.49
6- Autres facteurs influençant le contenu et l'utilisation de la trousse d'urgence.....	p.51
6.1- Influence de la participation à la permanence des soins.....	p.51
6.2- Influence d'une formation spécifique à l'urgence.....	p.54
6.3- Influence de la date d'installation.....	p.57
Discussion	p.60
1- Forces et faiblesses de l'étude.....	p.61
2- Profil des médecins – démographie.....	p.61
3- La trousse d'urgence.....	p.62
3.1- Contenu et utilisation de la trousse d'urgence – généralités.....	p.62
3.2- Influence de l'éloignement.....	p.64
3.3- Influence de la permanence des soins.....	p.64
3.4- Influence de la formation.....	p.65
3.5- Influence de la date d'installation.....	p.65
4- Relation du médecin généraliste à l'urgence.....	p.66
Conclusion	p.68
Annexes	p.70
Bibliographie	p.79

Introduction

Parmi les rôles du médecin traitant définis par la mise en place du parcours de soins coordonnés [1], le médecin généraliste est amené à prendre en charge des patients dans le cadre de l'urgence en tant que premier recours aux soins.

Ce rôle nécessite une formation adéquate des praticiens mais également un matériel diagnostique et thérapeutique.

Le médecin généraliste constitue en partie sa trousse d'urgence en fonction de son lieu d'installation, de ses compétences en médecine d'urgence, et des besoins liés à l'éloignement des structures de soins d'urgence (hôpitaux ou SAMU).

Il n'existe actuellement aucune recommandation officielle pour la constitution d'une trousse d'urgence en médecine générale. Les quelques publications sur le sujet ne représentent que des propositions pour aider le praticien à élaborer une trousse d'urgence « type » [2-11]. Elles ont pour but de faire face à la majeure partie des situations d'urgence auxquelles le praticien libéral est susceptible d'être confronté.

A partir de ces données, seuls quelques travaux ont étudié la trousse d'urgence des médecins généralistes en pratique [12-14]. Ils ont mis en évidence une grande hétérogénéité dans leur composition, et ont souligné le fait que la trousse d'urgence doit être adaptée au praticien, mais la plupart du temps sans distinguer les différents modes d'exercice pouvant être rencontrés en médecine libérale.

Cependant l'exercice des médecins généralistes est en constante évolution, notamment depuis 2003 avec la création de la permanence des soins [15]. La permanence des soins est un dispositif qui doit permettre d'assurer la prise en charge des demandes de soins non programmés. Il s'agit d'une mission de service public assurée par les médecins libéraux sur la base du volontariat durant les heures de fermeture des cabinets médicaux et dont l'accès est régulé, soit par le Centre 15, soit par une plate-forme de régulation libérale.

Le rapport du médecin généraliste face à l'urgence a donc changé depuis quelques années et son exercice a évolué en conséquence. Son activité de médecine d'urgence va en s'amenuisant (diminution du nombre de gardes dans le cadre de la permanence des soins, création de centres de consultations fixes tels que les maisons médicales de garde, régulation de tous les appels urgents par le Centre 15), alors qu'il a toujours pour mission d'assurer la continuité des soins et d'être le premier recours du patient dans le parcours de soins.

Malheureusement, peu d'études se sont intéressées à cette évolution de la relation du médecin généraliste à l'urgence.

L'objectif principal de ce travail a été d'évaluer le contenu et l'utilisation de la trousse d'urgence chez des médecins généralistes d'Indre-et-Loire afin de répondre aux questions suivantes :

-L'éloignement des structures de soins a-t-il une influence sur le contenu et l'utilisation de leur trousse ?

-L'aspect démographique et le parcours professionnel des médecins généralistes a-t-il une influence sur le contenu et l'utilisation de leur trousse ?

Avant de présenter notre étude, nous avons voulu faire un rappel historique de l'organisation de la prise en charge des urgences en France, ces changements ayant très probablement eu un impact sur la composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes.

Définitions – Généralités

1- Obligations médico-légales

Le médecin généraliste est avant tout un citoyen soumis comme chacun à l'article 223-6, 2° alinéa du Code Pénal:

"Sera puni des mêmes peines, quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour un tiers, il pourrait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours". [16]

Le délit de non-assistance à personne en danger ne concerne pas que les médecins, comme le souligne le terme « quiconque ».

Cependant, l'analyse de la jurisprudence permet de conclure que les poursuites engagées sur ce fondement ont principalement visé les médecins. [17]

Le "péril" n'est pas strictement défini par la loi, mais est considéré par les juges comme un état dangereux ou une situation critique (en réalité ou en apparence) qui fait craindre de graves conséquences. [17]

Il appartient au médecin de juger, "sous le contrôle de sa conscience et des règles de sa profession", si la personne pour laquelle il est sollicité est réellement en péril et nécessite l'urgence de son intervention. Cette appréciation est délicate lorsque le médecin est contacté par téléphone, ce qui est la situation la plus fréquente pour le médecin de garde.

Cet article peut être redoutable pour les médecins si on l'applique à tous les "appels d'urgence" et non plus seulement au cas où le médecin se trouverait en présence d'une personne en péril. Il apparaît que les plaintes contre les médecins, fondées sur cet article, se sont faites plus nombreuses ces dernières années. Les sanctions judiciaires correspondent parfois à des négligences professionnelles coupables, mais souvent aussi, à un malheureux concours de circonstances et à une défaillance involontaire (malentendu).

Cet article constitue donc pour chaque médecin et selon la jurisprudence, une réelle menace. Si une négligence volontaire est inexcusable, le risque est surtout celui d'une erreur d'appréciation du degré de l'urgence de la part du médecin.

On ne peut que conseiller à chaque médecin d'apporter toute leur attention aux renseignements accompagnant l'appel et, s'il y a le moindre doute d'une réelle gravité, de visiter la personne dite en danger.

Le Code de Déontologie [18] rappelle au médecin son devoir d'assistance, d'appréciation de la gravité de toute situation, de connaissances et de compétences, et son obligation de moyens. Le médecin est tenu de connaître et d'appliquer les articles de ce Code :

Article 9: *"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".*

Article 32: *"Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient, des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents".*

Article 33: *"Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant, dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées, et s'il y a lieu, de concours appropriés".*

Article 69: *"L'exercice de la médecine est personnel; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes".*

Tout médecin généraliste confronté à un appel urgent doit donc, en y consacrant le temps nécessaire, s'assurer de la prise en charge optimale de ce patient, qu'il la gère lui-même ou la délègue au Centre 15 ou à un autre confrère.

La gestion de l'urgence ou de l'appel "urgent" est une tâche extrêmement délicate engageant la responsabilité du praticien recevant cet appel. Il est donc conseillé aux médecins d'apporter la plus grande attention à ces situations faisant partie de leur pratique quotidienne.

2- Historique des urgences

2.1- Prise en charge pré-hospitalière

L'organisation française de la médecine d'urgence pré-hospitalière a pour particularité d'engager la présence d'un médecin à tous les niveaux de prise en charge de l'urgence, de l'appel au centre de régulation, à l'intervention sur le terrain de la détresse.

Les premières équipes mobiles de réanimation françaises ont été créées en 1955. Leurs missions étaient initialement d'assurer les secours médicalisés aux accidentés de la route ainsi que les transferts inter-hospitaliers pour les malades atteints de paralysie respiratoire.

Ces premières expériences furent concluantes, et la France vit alors se multiplier ce type d'équipe dès 1965. Cette même année parut un décret interministériel créant officiellement les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation attachés aux hôpitaux (S.M.U.R).

En 1968, les Services d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) sont créés afin de coordonner l'activité des SMUR et comportent un centre de régulation médicale des appels.

Dès 1974, des médecins généralistes libéraux participent à cette activité de régulation médicale en complément des praticiens hospitaliers concepteurs de ces structures.

En 1978, le 15, numéro gratuit d'appel national pour les urgences médicales, est créé à la suite d'une décision interministérielle. Ce numéro vient en complément d'autres numéros existants: le 17 pour la police et le 18 pour les pompiers. L'assise réglementaire qui manquait est donnée aux SAMU par la loi du 6 janvier 1986 (décrets du 16 décembre 1987) sur l'Aide Médicale Urgente et les Transports Sanitaires. [29]

Les SAMU sont des services hospitaliers qui assurent une écoute médicale permanente, qui déterminent et déclenchent dans les délais les plus brefs la réponse la plus adaptée à la nature de l'appel: conseil médical téléphonique, ambulance privée, médecin généraliste, ambulance de réanimation (Unité Mobile Hospitalière), véhicule d'intervention rapide ou hélicoptère sanitaire pour les cas les plus graves, ou gestion d'une situation de crise avec victimes en grand nombre. Les SAMU doivent s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés en respectant le libre choix du patient. Ils organisent le transport des patients en milieu hospitalier par les moyens les plus adaptés, et les orientent vers la structure de soins adaptée à la pathologie à traiter. Ils participent à l'élaboration et au déroulement des plans de secours en particulier lors des grands rassemblements de foule et accidents impliquant un grand nombre de victimes. Enfin, les SAMU participent à l'enseignement de la médecine d'urgence et la formation des personnels de santé aux gestes et techniques d'urgence. Le concept français de régulation médicale permet d'optimiser les moyens des SAMU et de déclencher seulement dans les cas les plus graves et pour les détresses vitales une ambulance de réanimation (Unité Mobile Hospitalière) qui intervient avec à son bord un médecin anesthésiste ou un médecin formé à la médecine d'urgence.

Toute l'organisation française de l'aide médicale urgente s'articule autour des SAMU dont la mission est d'assurer la coordination de la médecine pré-hospitalière. Il y a un SAMU par département français, soit une centaine au total, et environ 350 SMUR répartis sur l'ensemble du territoire

(chiffres donnés par le SAMU). Ce maillage permet une bonne couverture nationale des urgences pré-hospitalières.

2.2- Prise en charge hospitalière

Dans les années 1960-1970, le commerce automobile se développe, et les accidents de la route apparaissent donc en parallèle. Au cours de cette période, on assiste à la création des premières unités mobiles d'intervention sur le terrain (les SMUR). [30] Le but étant d'intervenir sur place pour réduire la mortalité. A cette même période se crée le service d'aide médicale d'urgence (SAMU) et le concept de régulation médicale, afin de coordonner les efforts entre les équipes pré-hospitalières et l'hôpital. Le principe de base de cette dernière est le tri médical : il s'agit d'acheminer les moyens adéquats vers les victimes puis de les amener directement au service le plus compétent. Le premier SAMU de France verra le jour en juillet 1968 à Toulouse grâce au professeur Louis Lareng. Il reste ensuite à établir un lieu d'accueil pour ces accidentés, d'autant plus que la population a considérablement rajeuni en parallèle, étant ainsi victime de petites traumatologies liées au sport. C'est ainsi que les premiers « services d'accueil des urgences » voient le jour. Durant cette même période la population devient citadine et la société de consommation apparaît. L'hôpital évolue également avec l'apparition des spécialités d'organe, synonyme de dynamisme en matière de recherche, d'innovation et d'enseignement, transformant alors celui-ci en un lieu privilégié et performant dans le traitement de toutes les pathologies.

Durant les années 1970-1980, la société découvre que la santé devient plus qu'un droit, une obligation. Le coût de la santé explose pendant cette période en même temps que l'exigence des soins. Les patients sont de plus en plus nombreux à transiter par les urgences car certains de rencontrer un médecin rapidement, pouvant ainsi bénéficier d'une réponse rapide sans rendez-vous, et d'exams complémentaires sur place si besoin. Les médecins généralistes commencent également à adresser leurs patients directement aux urgences, sans doute dans le but d'obtenir un avis spécialisé plus précoce, mais peut-être aussi en raison d'une augmentation des réelles urgences impossibles à traiter au cabinet chez une population déjà vieillissante et polypathologique.

Dans les années 2000, le vieillissement de la population se ressent davantage. D'après le scénario central des projections de population réalisé par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), près d'un habitant sur trois aurait plus de 60 ans en 2060 contre un sur cinq en 2005. [31]

L'évolution des mentalités a fait que le décès est moins accepté à domicile, celui-ci devenant de plus en plus hospitalier et assisté.

Les médecins généralistes ne sont plus assez nombreux, mal répartis sur le territoire, et ne peuvent plus répondre à une demande sans cesse croissante.

Il devient donc difficile d'assurer la continuité des soins en médecine ambulatoire dans certains départements, contribuant ainsi à l'engorgement des services d'urgence. Cet engorgement peut également s'expliquer par un comportement consumériste des malades se traduisant par une venue directe aux urgences pour les trois-quarts des usagers. [23] La population est plus exigeante et considère l'hôpital comme un lieu performant et spécialisé dont on doit bénéficier dès que la simple consultation chez le généraliste semble ne pas répondre aux attentes.

L'activité du médecin généraliste a dû probablement évoluer en même temps que la naissance des SAMU, des SMUR, de la régulation médicale, des SAU, le confrontant de moins en moins à l'urgence en dehors de leurs gardes.

2.3- Prise en charge ambulatoire

Le médecin généraliste est tenu de participer au système de garde nécessaire à la permanence des soins qui doit être effective 24 heures sur 24. L'arrêté du ministère des finances de juillet 1996 applicable à partir du 1^{er} février 1997 rappelle que celle-ci est une obligation légale :

Article 1: *"les médecins doivent afficher dans leur salle d'attente, de manière visible et lisible, les conditions ci-dessous dans lesquelles est assurée la permanence des soins:*

-leur numéro de téléphone et les heures auxquelles ils peuvent être joints,

-le numéro de téléphone des structures de permanence de soins et d'urgence vers lesquelles ils choisissent d'orienter les "consommateurs" en leur absence

-la mention suivante "en cas de doute ou dans les cas les plus graves, appelez le numéro téléphonique 15".

Article 2: *"La mention "en cas d'urgence", suivie du numéro d'appel, doit figurer sur les ordonnances que le médecin remet à son patient". [32]*

Le Code de Déontologie rappelle également que la participation à la permanence des soins et, en conséquence, à la garde, est un devoir [18] :

Article 77: *"dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. Le Conseil Départemental de l'Ordre peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et, éventuellement, de ses conditions d'exercice" .*

Article 78: *"lorsqu'il participe à un service de garde, d'urgences ou d'astreinte, le médecin doit prendre toutes les dispositions pour être joint au plus vite" .*

La garde, gérée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, était obligatoire et se divisait en secteurs dans chaque département. Le numéro de téléphone du médecin de garde était publié dans la presse locale.

Mais au début des années 2000, la charge de travail lors des gardes de secteur devient plus importante, notamment à cause de facteurs démographiques.

En effet, la population des médecins généralistes est vieillissante, en nombre de plus en plus restreint et mal répartie sur l'ensemble du territoire (rural/urbain et nord/sud). Les projections de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2009 mettent en évidence une baisse de la densité médicale, avec un point bas en 2020. A noter également un âge moyen des médecins croissant jusqu'en 2015, avant de décroître à partir de 2020. [22]

De novembre 2001 à mai 2002, un mouvement national des syndicats médicaux a appelé les médecins à cesser les gardes, ceux-ci refusant d'être corvéables et de se déplacer la nuit, le plus souvent pour la convenance des patients. Ils soutenaient que cette mission de permanence des soins relevait du service public et que les appels des patients devaient être filtrés par le Centre 15 du SAMU.

Ces grèves ont eu pour effet, entre autres, de redéfinir les règles concernant la permanence des soins. Le Communiqué du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité du 1^{er} mars 2002 indique que: *"Soucieux de garantir l'intérêt des médecins comme celui des patients dans un système de soins de qualité organisant les conditions d'une réelle prise en charge des besoins sanitaires de tous les Français, les signataires réaffirment un double objectif commun: pérenniser pour l'ensemble des patients une réponse de proximité la nuit, les week-ends et jours fériés sur l'ensemble du territoire autant que permettre la rémunération des médecins généralistes pour les astreintes effectuées dans*

le cadre de leurs obligations déontologiques.

Le Protocole National met en place les conditions d'une nouvelle organisation de la permanence des soins qui doit tenir compte à la fois des besoins de la population mais aussi de l'aspiration légitime des professionnels de voir réduite la pénibilité de leur activité. Il rappelle la responsabilité confiée par la loi à l'Ordre des Médecins dans l'organisation de cette permanence. L'objectif des signataires est de parvenir, dans les meilleurs délais, à une sectorisation améliorée, efficace et négociée." [19].

En janvier 2003, dans le rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, la garde a été définie comme :

"la réponse à tout moment à une demande en situation d'urgence réelle ou ressentie présentée par un patient sur un territoire donné et non la satisfaction de toute demande émanant d'un usager", et la permanence des soins comme:

"l'organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient." [20]

La permanence des soins a été redéfinie peu après par le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées (paru au JO n°214 du 16 septembre 2003):

Article R-730- *"La permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6325-1 du présent code de la santé publique est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans des cabinets et centres".*

Article R-732- *"L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU. Lorsque la régulation ne peut être organisée dans ce cadre, elle doit être interconnectée avec ce service".*

Article R-733- *"Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat".*

Article R-734- *"A la demande du médecin chargé de la régulation médicale, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou, le cas échéant, par une visite" [21].*

Il apparaît, au vu de ces différents textes réglementaires en perpétuelle évolution, que l'organisation de la permanence des soins sur le territoire n'est pas chose aisée; elle n'en demeure pas moins une responsabilité collective du corps médical, assurant au patient la possibilité de joindre un médecin à toute heure, en tout lieu.

3- La Permanence des soins

3.1- Principes – Organisation

La permanence des soins ambulatoire mise en place en 2003 et modifiée en avril 2005 repose sur la prise en charge des demandes de soins non programmés pour la médecine libérale d'une part, et d'autre part sur l'instauration d'une régulation préalable à l'accès au médecin de permanence qui est organisée par le SAMU. La permanence des soins répond à des horaires précis : tous les jours en semaine de 20 heures à 8 heures le lendemain matin, les samedis de 12 heures à 8 heures le lendemain et les dimanches et jours fériés de 8 heures à 8 heures le lendemain.

Le comité départemental de l'aide médicale d'urgence, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) organise la permanence des soins dans le département et élabore le cahier

des charges départemental, le tout sous la présidence du préfet.

Le département est divisé en secteurs par arrêté du préfet après consultation du CODAMUPS. Le nombre et les limites des secteurs sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante. Cette sectorisation peut être modifiée sur certaines périodes de l'année ou sur certaines plages horaires pour être adaptée aux besoins de la population. La carte des secteurs fait l'objet d'un réexamen annuel.

La participation des médecins est volontaire. Un tableau nominatif des médecins de permanence est établi par secteur pour une durée minimale de 3 mois.

Ce tableau est transmis 45 jours avant sa mise en œuvre au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins pour qu'il soit validé et complété le cas échéant (après avis des organisations départementales représentant des médecins libéraux et des centres de santé concernés).

Si ce tableau demeure incomplet, le préfet peut procéder à des réquisitions. A noter qu'il existe des exemptions de permanence pouvant être accordées par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins selon l'âge, l'état de santé et les conditions d'exercice des médecins.

Ce tableau de permanence est ensuite communiqué par le CDOM au moins 15 jours avant sa mise en œuvre au Préfet, au SAMU, aux médecins concernés, aux caisses d'assurance maladie, aux organisations représentatives de médecins, et aux différents acteurs intervenant dans la prise en charge de l'urgence.

La régulation médicale des demandes de soins non programmés est organisée au niveau départemental. Elle peut être soit intégrée au SAMU, distincte mais présente dans ses locaux avec éventuellement un numéro de téléphone spécifique, soit séparée du SAMU mais interconnectée avec celui-ci. Le but est de privilégier une consultation dans un lieu fixe, en cabinet ou en maison médicale de garde, pour les patients qui, après régulation, ne relèvent pas d'une détresse vitale ou d'un transfert vers un service d'urgence.

3.2- La permanence des soins en Indre-et-Loire

L'organisation de la PDS en ambulatoire a été adoptée par le CODAMUPS le 15 décembre 2005 et officialisée par l'arrêté préfectoral du 24 mars 2006. [Annexe 1] A la même date, a été signée entre le CHRU et l'association pour la permanence des soins et des urgences médicales (APSUM) la convention qui organise l'association de médecins libéraux au traitement des appels reçus par le centre 15. [27]

La permanence des soins est assurée dans le département par les acteurs suivants :

- Centre 15 du SAMU 37 du CHRU de Tours
- les médecins généralistes libéraux
- SOS Médecins pour Tours et l'agglomération
- les Services d'Accueil d'Urgence des établissements de santé
- les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation
- les transports sanitaires terrestres (pompiers et ambulances privées)

Dans le département d'Indre-et-Loire, il existe 5 Services d'Accueil des Urgences (SAU) ouverts 24h/24 et 7j/7 :

- CHRU Trousseau à Chambray-Les-Tours (Tours Sud)
- Clinique de l'Alliance à St-Cyr-Sur-Loire (Tours Nord)
- Hôpital d'Amboise
- Hôpital de Chinon

-Hôpital de Loches

A ces structures se rajoute le Pôle Santé Léonard de Vinci à Chambray-Les-Tours, qui propose un système de consultation 24h/24, mais qui n'est pas considéré par l'ARS comme un SAU.

Depuis septembre 2007, la réception et la régulation des appels est assurée par le CETRA 37 (Centre de Traitement et de Régulation de l'Alerte). [Annexe 2]

Un médecin libéral volontaire participe à la régulation des appels au SAMU:

- les jours de la semaine de 20h à 24h
- le samedi de 12h à 24h
- le dimanche et jours fériés de 8h à 24h

L'astreinte sur les secteurs par les médecins généralistes libéraux couvre les plages horaires suivantes :

- les jours de la semaine de 20h à 24h
- les samedis de 12h à 24h
- les dimanches et jours fériés de 8h à 24h

Ces horaires peuvent être modifiés les lundis, vendredis et samedis s'ils précèdent ou suivent un jour férié.

Les médecins libéraux participent de façon volontaire à la permanence des soins entre 24h et 8h.

Le département d'Indre-et-Loire comporte 25 secteurs, dont le découpage a été arrêté lors du dernier CODAMUPS. Ces secteurs prennent en compte la densité de la population, la démographie médicale, les voies de communication, les moyens de transports sanitaires terrestres, et la présence d'une offre de soins sanitaires.

Les 25 secteurs sont les suivants :

- Fondettes
- Château-la-Vallière
- Neuillé-Pont-Pierre
- Château-Renault
- Monnaie
- Vouvray
- Esvres
- Monts
- Montlouis
- Bléré
- Amboise
- Loches
- Yzeures-sur-Creuse
- Ligueil
- Descartes
- Chinon
- L'Ile Bouchard
- Azay-le-Rideau
- Richelieu
- Bourgueil
- Langeais

- Sainte-Maure-de-Touraine
- Tours nord
- Tours centre
- Joué-lès-Tours

Pour l'agglomération tourangelle, le dispositif est complété par la présence de SOS Médecins. Le CHRU de Tours a passé avec cette association une convention le 1er août 2005 pour préciser l'organisation d'un dispositif d'interconnexion téléphonique entre les deux structures.

4- La trousse d'urgence

4.1- Généralités

L'enquête de la DREES effectuée en octobre 2004 et recensant les recours urgents ou non programmés en médecine libérale montre que « l'urgence » représente 12% de l'activité des médecins généralistes libéraux [24].

Le médecin généraliste garde donc toujours sa place au sein du système de prise en charge des urgences, même si on constate une diminution de son rôle, surtout en ville, où l'hôpital constitue un acteur plus important.

Les articles du Code de déontologie médicale, relatifs à l'éthique déontologique des secours médicaux, imposent au médecin généraliste l'obligation de moyens. Celui-ci est donc tenu de disposer d'un matériel médical et médicamenteux minimum nécessaire pour faire face à la situation urgente à laquelle il est susceptible d'être confronté. La trousse d'urgence, en tant qu'outil de diagnostic et de soin, reste donc indispensable à la pratique quotidienne du médecin généraliste. Or, à ce jour, la littérature sur la trousse d'urgence est relativement pauvre, et aucune obligation consensuelle n'a encore été fixée par les instances professionnelles ; la seule obligation étant représentée par la ceftriaxone injectable qui possède une AMM dans certains tableaux infectieux pouvant être rapidement mortels comme le purpura fulminans. [28]

Les quelques articles, études et enquêtes recensés s'accordent à dire qu'il n'existe pas de trousse d'urgence standard et que la seule trousse idéale est celle qui est adaptée à chaque médecin. En effet, de nombreux facteurs vont influencer son contenu:

- variété des situations cliniques urgentes rencontrées
- lieu où se trouve la trousse (cabinet, coffre de voiture posant alors des problèmes de conservation)
- zone d'exercice (urbain, semi rural, rural) ou délai d'intervention du SMUR
- compétences du médecin en matière de médecine d'urgence
- facteurs démographiques et personnels (âge, expérience, connaissances, habitudes...)

Tous ces facteurs vont influencer la composition de la trousse d'urgence. [2-14]

Il apparaît donc difficile de concevoir une trousse adaptée à toutes les situations d'urgence et à tout médecin. Il existe cependant des impératifs communs à toute trousse possible. Ces critères influencent le choix du contenant et du contenu de la trousse d'urgence.

4.2- Contenant

4.2.1- Transport

L'urgence rencontrée en dehors du cabinet médical nécessite, pour être correctement gérée, un matériel conditionné dans un ou plusieurs contenants résistants, mais aussi fonctionnels et

facilement transportables donc légers. En effet, la trousse sera utilisée de jour comme de nuit, par toutes conditions météorologiques, et en divers lieux plus ou moins praticables ou accessibles. Par conséquent, elle doit être de poids et d'encombrement raisonnables afin d'être transportée le plus facilement possible auprès du patient. Elle doit aussi être très résistante aux multiples transports et aux intempéries, pourvue de multiples casiers permettant de bien séparer matériels et produits, d'ouverture et fermeture faciles.

Le matériel d'urgence peut être réparti en plusieurs unités:

- une trousse de visite (mallette) légère, maniable et robuste avec le matériel administratif et diagnostique indispensable à chaque visite et quelques drogues les plus fréquemment utilisées.
- une trousse d'urgence de second recours en 2 éléments pouvant être: un sac de sport ou de voyage compartimenté pour le matériel encombrant (non indispensable mais utile), et une vanity-case ou une boîte à outils munie de nombreux casiers pour les drogues.
- une valise de réanimation avec matériel de réanimation cardio-respiratoire pour les médecins ruraux et urgentistes confirmés.

Son contenu doit être classé, répertorié, facilement repérable et rapidement accessible. Tous les médicaments se trouvant dans la mallette de visite et dans la trousse de second recours doivent figurer sur une check-list avec date de péremption, principales indications et contre-indications, posologies et voies d'administration dans le cadre de l'urgence.

Le classement des produits peut être fait de différentes manières:

- conserver l'emballage pour reconnaître le produit rapidement, mais cela augmente le temps de manipulation et l'encombrement.
- classer les médicaments par pathologie, mais cela multiplie les produits communs à plusieurs pathologies.
- posséder dans la trousse la liste des médicaments par pathologie avec leur classement par ordre alphabétique est une solution qui peut permettre à une autre personne d'utiliser la trousse.

Il faut être rigoureux, précis et organisé. Le principal est que le mode de rangement soit toujours le même pour chaque médecin et corresponde à sa réflexion et à sa logique afin d'éviter une trop longue recherche.

4.2.2- Conservation

Beaucoup de médicaments sont altérés par les températures extrêmes.

Le gel peut briser les ampoules des médicaments injectables.

La chaleur peut dégrader certains principes actifs. Ainsi, l'adrénaline et l'atropine sont inactivées à des températures avoisinant les 50°C, température facilement dépassée dans un coffre de voiture au soleil l'été.

La lumière, l'humidité et les vibrations peuvent aussi altérer certains médicaments comme le kétoprofène ou le furosémide. Il peut donc être souhaitable de conserver certains emballages.

L'idéal serait que le contenu de la trousse d'urgence soit conservé le plus possible entre 15°C et 25°C, ainsi qu'à l'abri de la lumière. Il faudrait donc posséder des valises ou trousse isothermes régulièrement réfrigérées, empêchant ainsi les modifications physico-chimiques, ou sortir simplement les trousse d'urgences des véhicules [25, 26].

Les problèmes de conservation soulèvent aussi la question de la galénique: quelle forme galénique est la plus adaptée pour répondre à toutes ces exigences et au plus grand nombre d'urgences de l'adulte et de l'enfant ?

Généralement, la forme « comprimé » est plus stable aux variations de température que la forme

injectable, mais il faut privilégier les spécialités sous blister à celles en vrac, de part leur grande sensibilité à l'humidité. Les formes « sachets » et « effervescentes » résistent mal à la chaleur et à l'humidité. Il est préférable d'éviter les suppositoires car ils fondent à la chaleur. Les formes « suspensions buvables » pédiatriques sont incontournables pour palier aux urgences des nourrissons et enfants en bas âge. De plus, il est souhaitable d'avoir quelques médicaments per os non urgents pour éviter au patient de recourir à la pharmacie de garde en pleine nuit.

On privilégie les administrations de produits bien connus et utiles. La voie per os est préférable, si cela est possible. En cas de nécessité de faire une injection, si le tableau clinique le permet, la voie intramusculaire est plus simple que la voie veineuse ou la pose d'une perfusion.

4.3- Contenu

La trousse d'urgence est un outil très personnel: il y a autant de trousse d'urgence qu'il y a de médecins généralistes.

Devant l'étendue du domaine de l'urgence intéressant toutes les spécialités et pouvant être rencontrée chez l'adulte comme chez le nourrisson et l'enfant, il paraît difficile de demander à un médecin généraliste de répondre à toutes les éventualités de l'urgence médicale avec sa simple trousse. La trousse d'urgence ne doit être ni une simple trousse de secourisme, ni un équipement complet tel que celui possédé par un SMUR.

La meilleure trousse d'urgence est celle que l'on connaît bien, que l'on maîtrise bien, et que l'on a constituée soi-même en la modifiant avec son expérience. Par exemple, il paraît inutile de s'embarasser de sondes d'intubation si notre seule expérience se limite au mannequin de la faculté lorsqu'on était étudiant. De même, mieux vaut choisir un nombre restreint de médicaments que l'on connaît bien, que l'on a l'habitude d'utiliser et dont on connaît parfaitement les contre-indications, posologies et effets secondaires plutôt que de multiplier les spécialités.

Chaque médecin doit adapter sa trousse d'urgence en fonction de ses connaissances, de ses compétences particulières en matière de médecine d'urgence, de son savoir-faire, son secteur d'activité (zones rurales, semi rurales, urbaines), son type de clientèle (par exemple, il est impératif de posséder un Babyhaler® avec une forte patientèle pédiatrique), sa formation médicale continue à l'urgence, son mode d'installation (le médecin installé en groupe a plus de facilité pour investir dans du matériel onéreux). Il doit également tenir compte du coût du matériel (certains matériels de réanimation sont très onéreux et ne sont pas nécessairement indispensables lorsque l'on dispose d'un centre hospitalier à proximité).

On constate donc qu'il n'est pas facile de définir le contenu de la trousse d'urgence d'un médecin généraliste. Cependant, après étude et revue de la littérature concernant les derniers consensus de prises en charge des situations cliniques urgentes et abordant le sujet de la trousse d'urgence, la liste des produits de référence à retenir (matériel et médicaments) est la suivante. [2-14]

4.3.1- Matériel administratif

Il sera rassemblé dans un même compartiment de la trousse et est le seul compartiment à être commun à tous les médecins généralistes. La seule difficulté est de s'assurer que tous les papiers utiles sont dans la mallette et de penser à la réapprovisionnement régulièrement. Il est constitué par:

- des ordonnances classiques, bi-zones, sécurisées et non sécurisées
- des feuilles de soins
- des certificats pré-imprimés de la CPAM (arrêt maladie, accident de travail, bon de transport, certificat de décès)
- des modèles de certificats de coups et blessures, HDT et HO

- la liste de la nomenclature des actes en visite
- stylos, un tampon, des enveloppes, de la monnaie
- un GPS, plan de ville, carte routière
- un répertoire des numéros utiles (patients à voir, pharmacien de garde, correspondants spécialistes habituels, centres hospitaliers publics ou privés de la région, ambulanciers, centre antipoison...)
- figurant le plus souvent maintenant dans le téléphone portable ou le PC de poche
- un guide thérapeutique et/ou des médicaments (Vidal de poche, Guide Thérapeutique Perlemuter, Dorosz), voire sous forme électronique pour un gain de place et un allègement du poids de la trousse
- quelques pense-bêtes personnels, propres à chacun

4.3.2- Matériel diagnostique et thérapeutique

- stéthoscope
- tensiomètre (avec brassards adaptés)
- otoscope (avec embouts)
- marteau à réflexe
- thermomètre
- abaisse-langue jetables
- lampe de poche
- doigts stériles avec 1 tube de vaseline
- paires de gants stériles et non-stériles
- bandelettes urinaires
- lecteur de glycémie capillaire avec bandelettes et lancettes à usage unique
- Peak-Flow avec embouts
- réglette EVA et quelques échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur validées en pédiatrie selon l'âge
- mètre ruban
- garrot
- canule de Guedel
- sondes intra-rectales (pour Valium®)
- mèches nasales hémostatiques
- kit à suture à usage unique
- fils à sutures de calibres différents
- embout buccal pour bouche à bouche type Air Life (ou champ protecteur à usage unique)
- kit à pansement à usage unique
- compresses, ciseaux
- bandes extensibles, sparadrap
- bistouri à usage unique
- antiseptique non iodé: chlorhexidine ou Biseptine®
- solution hydro-alcoolique pour lavage des mains : Manugel® ou Sterilium®
- seringues, aiguilles
- container à aiguilles
- kit de sondage urinaire
- chambre d'inhalation adulte et pédiatrique (Nebuhaler® et Babyhaler®)
- couverture de survie en aluminium isothermique

4.3.3- Médicaments

Ils peuvent être rangés tous au même endroit dans un compartiment séparé du reste du matériel, ou répartis en médicaments courants et d'usage fréquents dans une première sacoche ou dans la mallette de visite, et en médicaments indispensables mais d'usage rare ou exceptionnel dans une trousse de second recours.

- adrénaline (Anapen®)
- acétylsalicylate de lysine (Aspégic®)
- trinitrine (Natispray®)
- furosémide (Lasilix®)
- nicardipine (Loxen®)
- HBPM (Lovenox® ou Arixtra®)
- salbutamol (Ventoline®)
- hydroxyzine (Atarax®)
- prednisolone (Solupred®)
- bétaméthasone (Célestène®)
- méthyprednisolone (Solu-médrol®)
- kétoprofène (Profénid®)
- paracétamol (Paralyoc® ou Efféralgan® suspension buvable pédiatrique)
- codéine (Codoliprane® et Codenfan®)
- néfopam (Acupan®)
- sulfate de morphine (Actiskenan®)
- chlorhydrate de morphine (Morphine aguettant®)
- phloroglucinol (Spasfon®)
- métopimazine (Vogalène® et Vogalène® suspension buvable pédiatrique)
- diazépam (Valium®)
- prazépam (Lysanxia®)
- bromazépam (Lexomil®)
- halopéridol (Haldol®)
- zolmitriptan (Zomigoro®)
- acétyl-leucine (Tanganil®)
- naloxone (Narcan®)
- amoxicilline
- ofloxacine
- ceftriaxone (Rocéphine®)
- glucagon (Glucagen®)
- lidocaïne (Xylocaine®)
- glucose 30%
- eau pour préparation injectable (PPI)

4.4- La trousse d'urgence « idéale » et son évaluation

Les listes de matériels et médicaments exposées ci-dessus ne sont pas exhaustives et il est évident que chaque médecin ne possédera pas nécessairement, dans son intégralité, chacune de ces listes proposées.

Malgré l'absence de consensus sur le contenu de la trousse d'urgence, certains médicaments sont systématiquement indiqués par les auteurs, et utilisables par un praticien libéral. Il semble donc

qu'un modèle de trousse soit validé de manière collégiale, par les généralistes et les urgentistes.

Concernant l'évaluation de la trousse d'urgence « idéale », on recense à ce jour peu d'études. En 2003, Marc Freysz et Alain Kalis ont observé que les MG ruraux étaient beaucoup plus confrontés à des situations urgentes que leurs confrères urbains. Paradoxalement, le contenu médicamenteux de leur trousse, bien que très hétérogène, était sensiblement identique, quel que soit leur lieu d'exercice. [8] Par exemple, que ce soit en zone rurale ou urbaine, tous ne possédaient pas d'adrénaline, d'antalgiques ou de B2-mimétiques.

En 2007, Delay et son équipe mettaient en évidence de nouveau, le manque des médicaments d'urgence vitale dans les trousse d'urgence de nos confrères généralistes, au profit de médicaments d'urgence plutôt relative. [12] Seulement 73% des médecins interrogés disposaient d'adrénaline, 64% de ceftriaxone, ou encore 54% de sérum glucosé.

D'autre part, il n'est pas recensé dans la littérature d'études s'intéressant à l'utilisation de cette trousse d'urgence en pratique, alors qu'on serait amené à penser que son utilisation a probablement des conséquences sur son contenu.

4.5- Place de notre étude

D'une part, nous avons vu que les articles concernant la trousse d'urgence des médecins généralistes étaient peu nombreux. On note quelques références bibliographiques publiées par des auteurs de spécialités distinctes, tels que praticiens généralistes et urgentistes en majorité. Il semble toutefois qu'un modèle de trousse d'urgence « idéale » soit validé de manière collégiale, bien qu'il n'existe pas de recommandations officielles ou de conférences de consensus établies sur le sujet.

D'autre part, il existe peu d'évaluation de cette trousse d'urgence en pratique dans la littérature. Les études parues mettent en évidence une grande hétérogénéité dans sa composition, et ne précisent pas l'utilisation que les praticiens en ont.

Il semblait donc intéressant devant le peu d'études recensées, d'évaluer le contenu de la trousse d'urgence et ses modalités d'utilisation chez des médecins exerçant en Indre-et-Loire, et de voir si ces paramètres sont influencés par l'éloignement des structures de soins.

Matériel - Méthode

1- Méthodologie

L'objectif principal de ce travail a été d'évaluer le contenu et l'utilisation de la trousse d'urgence chez des médecins généralistes d'Indre-et-Loire afin de répondre aux questions suivantes :

-L'éloignement des structures de soins a-t-il une influence sur le contenu et l'utilisation de leur trousse ?

-L'aspect démographique et le parcours professionnel des médecins généralistes a-t-il une influence sur le contenu et l'utilisation de leur trousse ?

La population cible de cette étude est l'ensemble des médecins généralistes exerçant en Indre-et-Loire.

Parmi les 491 médecins généralistes recensés, 100 ont été tirés au sort au moyen d'un générateur de nombres aléatoires.

Un courrier, comprenant une lettre de présentation, le questionnaire et une enveloppe retour pré-timbrée, a ensuite été adressé à chacun de ces 100 médecins généralistes.

2- Questionnaire

Pour optimiser le taux de réponse, le questionnaire a été conçu pour être simple et rapide à remplir, sous forme de questions à choix simples ou multiples. [Annexe 3]

Il comprend des questions tournant autour de 3 axes principaux :

- Données démographiques et profil du médecin

- âge
- sexe
- date d'installation
- mode d'exercice (seul ou en groupe)
- participation à la permanence des soins
- formation spécifique à l'urgence
- délai moyen d'intervention du SMUR

- Relation du MG à l'urgence

- possession d'une trousse d'urgence
- sa nécessité dans sa pratique quotidienne
- occasion d'utilisation de cette trousse
- les éventuelles difficultés rencontrées dues à un manque dans cette trousse
- les sources à l'origine de la composition de la trousse
- ses modifications et son inventaire

- Trousse d'urgence

- son contenu
- son utilisation lors des 12 derniers mois

3- Analyse des données

Les données recueillies ont été rentrées dans un tableau Excel, puis analysées avec ce même logiciel.

On utilisera le test du Chi-2 , un $p < 0,05$ étant considéré comme significatif.

Dans la suite de l'étude, on fera la distinction entre les médecins exerçant en milieu urbain et ceux exerçant en milieu rural. Le groupe « médecin rural » étant défini par un exercice à 20 minutes ou plus d'une structure de soins d'urgences ou du délai d'intervention du SMUR. Officiellement, il n'existe pas de critère précis en terme de temps ou de kilomètres définissant l'exercice en milieu rural par rapport à l'exercice en milieu urbain. Nous avons choisi ce délai de 20 minutes car il s'agit du critère retenu dans la majeure partie de la littérature faisant la distinction entre exercice rural et urbain.

Résultats

Comme précisé dans le chapitre « Méthodologie », 100 questionnaires ont été envoyés à des médecins généralistes tirés au sort parmi les 491 médecins généralistes recensés dans le département.

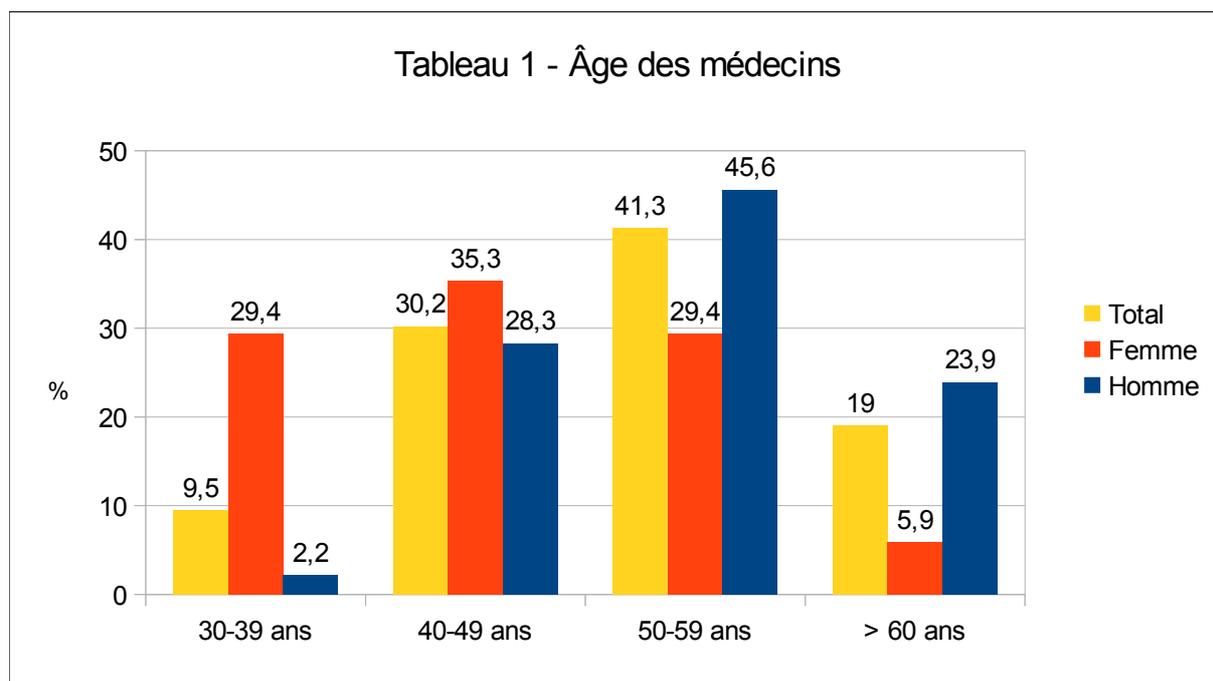
Sur ces 100 questionnaires, 65 nous ont été retournés.

Parmi ces 65 questionnaires, 2 ont été exclus par manque majeur de données.

Les résultats sont exprimés sous forme de pourcentages.

1- Données démographiques et profil du médecin

1.1- Âge des médecins

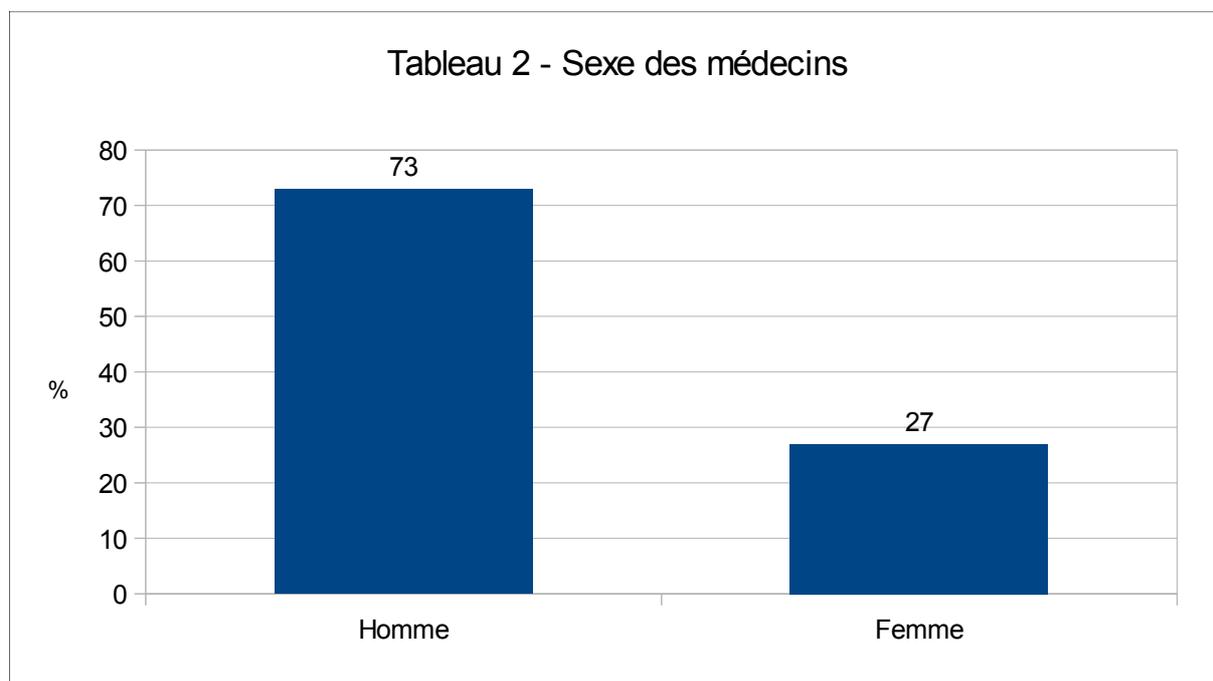


En considérant l'ensemble des médecins, 9,5 % ont moins de 40 ans, 30,2 % ont entre 40 et 50 ans, 41,3 % ont entre 50 et 60 ans, et 19 % ont plus de 60 ans.

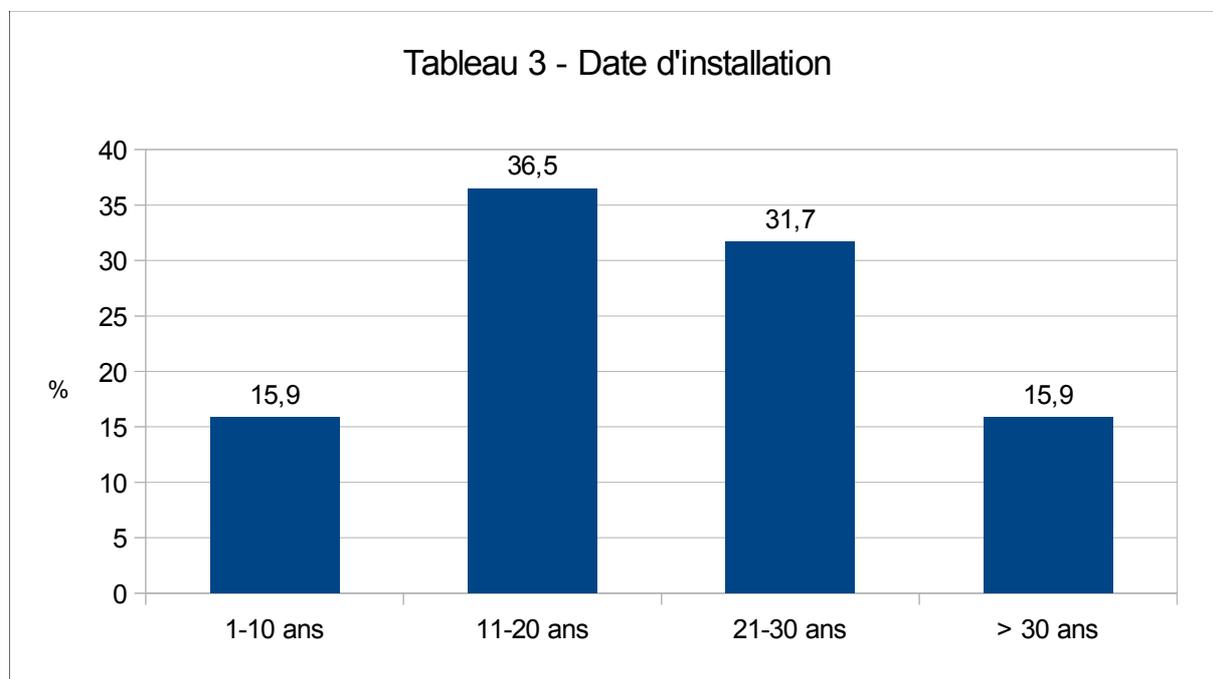
Parmi les médecins femmes, 29,4 % ont moins de 40 ans, 35,3 % ont entre 40 et 50 ans, 29,4 % ont entre 50 et 60 ans, et 5,9 % ont plus de 60 ans.

Enfin, en considérant l'ensemble des médecins hommes, 2,2 % ont moins de 40 ans, 28,3 % ont entre 40 et 50 ans, 45,6 % ont entre 50 et 60 ans, et 23,9 % ont plus de 60 ans.

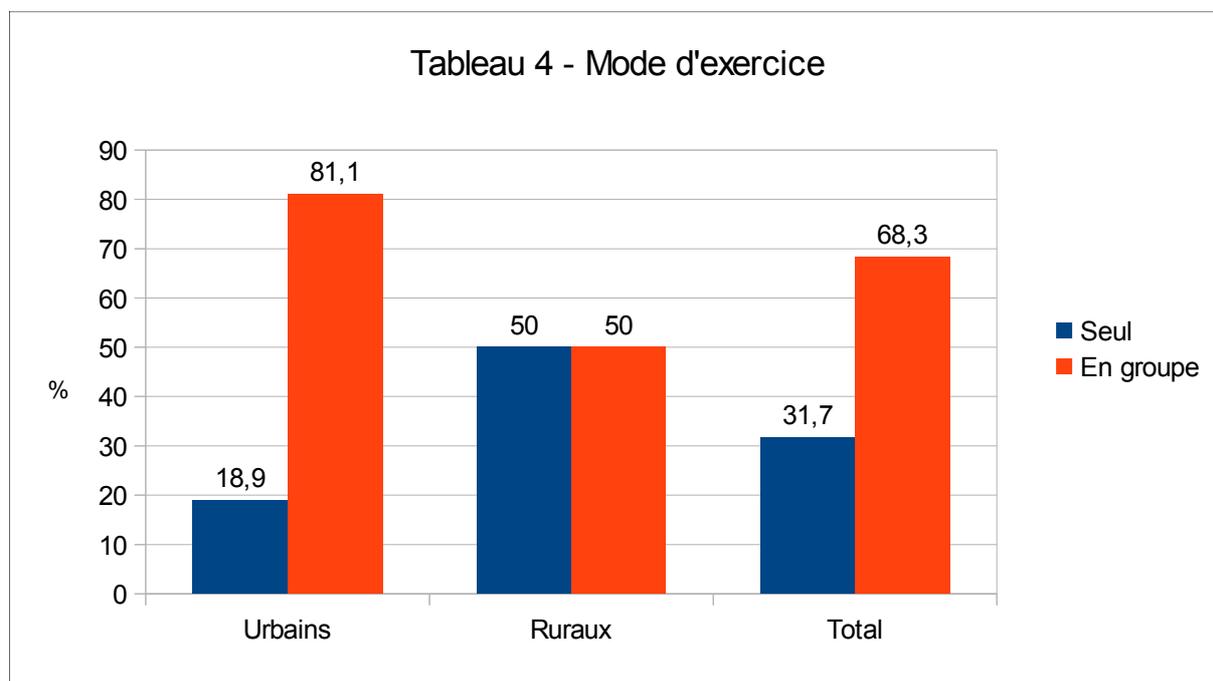
1.2- Sexe des médecins



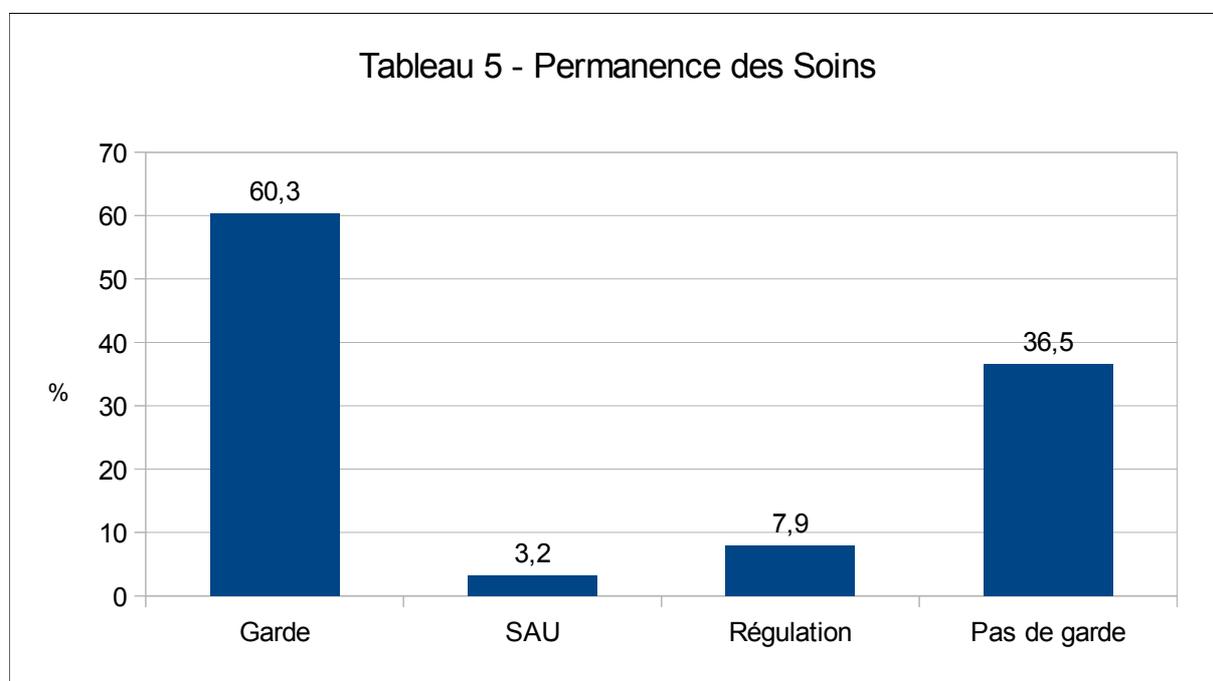
1.3- Date d'installation



1.4- Mode d'exercice

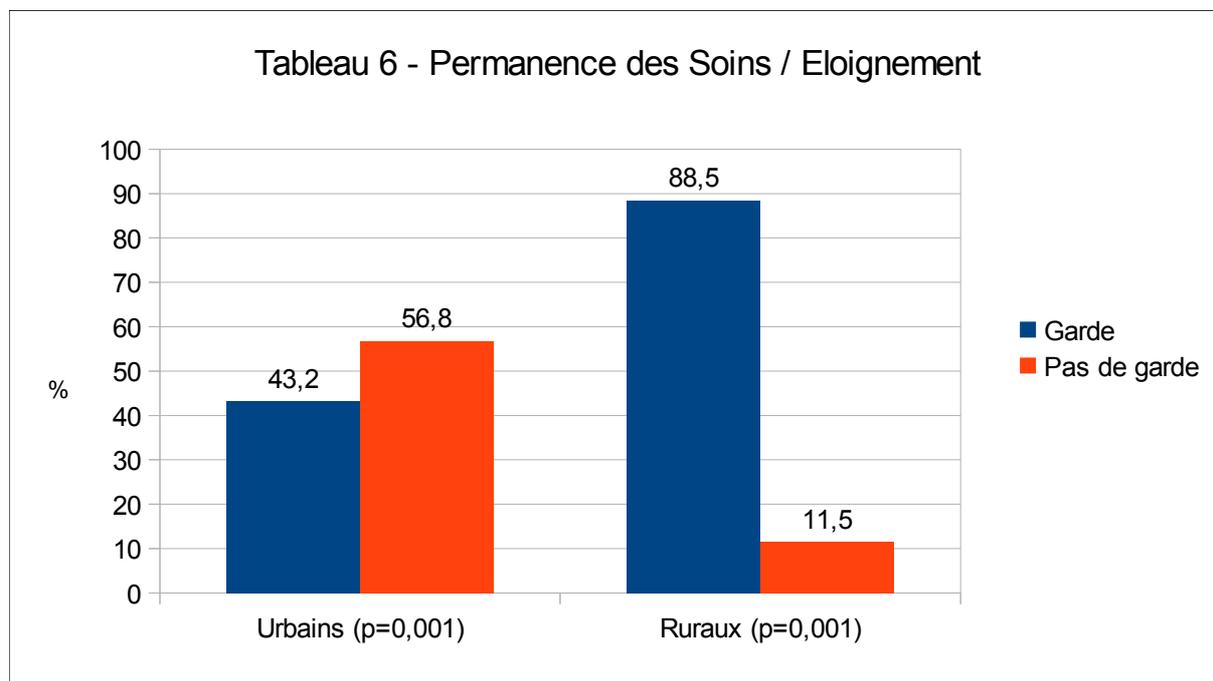


1.5- Participation à la Permanence des Soins



Parmi les 63 médecins ayant retourné le questionnaire, 33 ont indiqué assurer la permanence des soins en faisant des gardes de secteur, 1 en faisant des gardes dans un SAU, 1 en faisant de la régulation téléphonique, 1 en faisant à la fois des gardes de secteur et des gardes dans un SAU, 4 en

faisant à la fois des gardes de secteur et de la régulation téléphonique, et 23 ont indiqué ne pas faire de gardes.

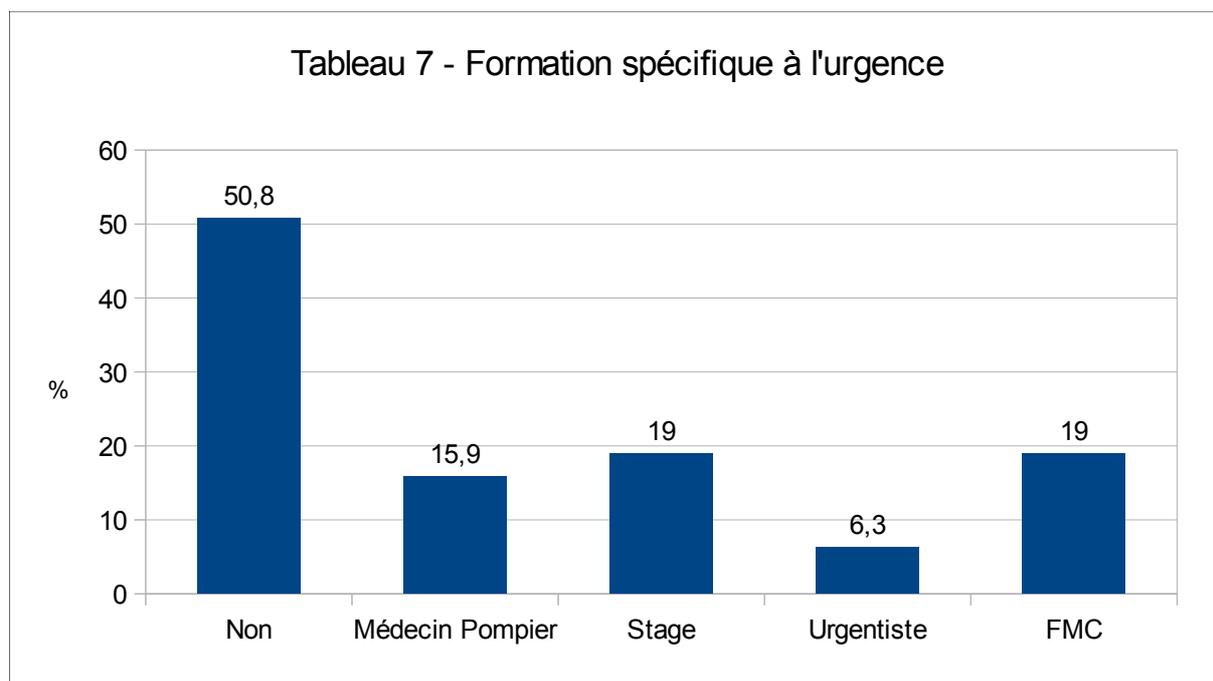


Le groupe « garde » regroupe les médecins effectuant des gardes de secteur et des gardes de SAU. Le groupe « pas de garde » regroupe les médecins n'effectuant pas de gardes ou effectuant exclusivement de la régulation téléphonique.

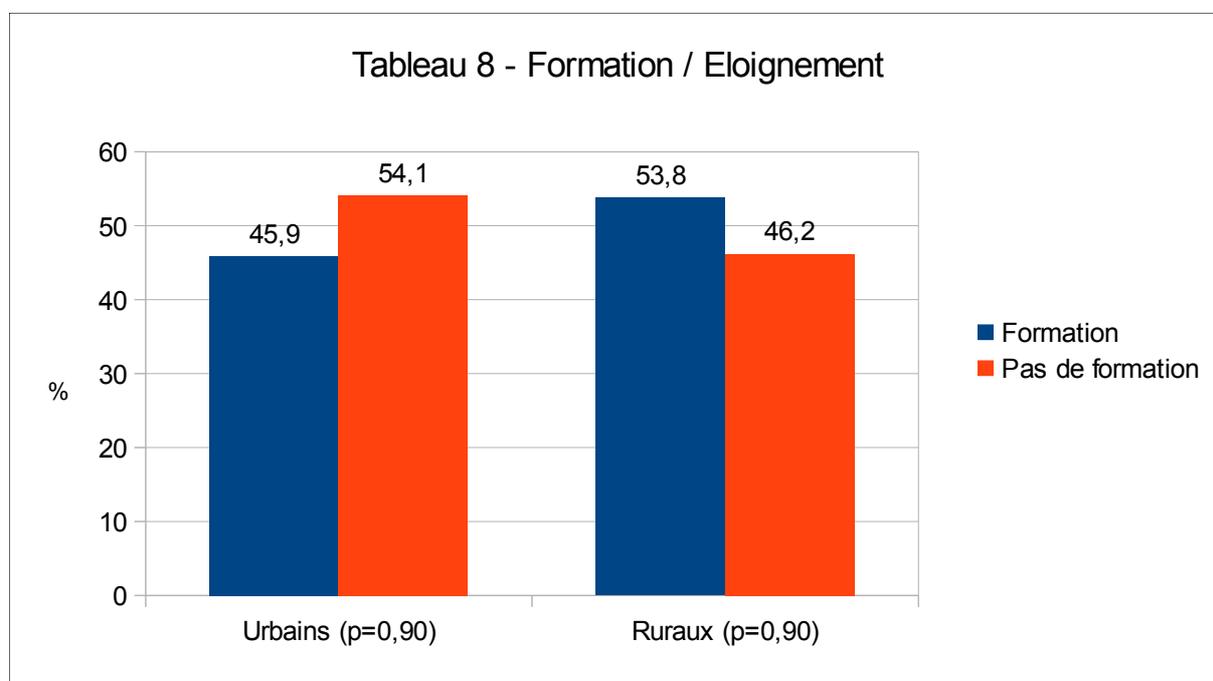
Dans la suite de cette étude, les médecins dont le cabinet est situé à 20 minutes ou plus d'une structure de soins d'urgences / délai d'intervention du SMUR seront considérés comme « médecins ruraux ». Les autres médecins seront considérés comme « médecins urbains ».

Les médecins ruraux participent significativement plus à la permanence des soins que leurs confrères exerçant en milieu urbain.

1.6- Formation spécifique à l'urgence



Parmi les 63 médecins ayant retourné le questionnaire, 32 ont indiqué ne pas avoir suivi de formation spécifique à l'urgence, 3 ont suivi une formation de médecin pompier, 7 ont effectué un stage dans un SAU, 4 possèdent un diplôme d'urgentiste, 10 ont suivi une FMC sur l'urgence, 5 sont médecins pompiers et ont effectué un stage dans un SAU, 2 sont médecins pompiers et ont suivi une FMC sur l'urgence.

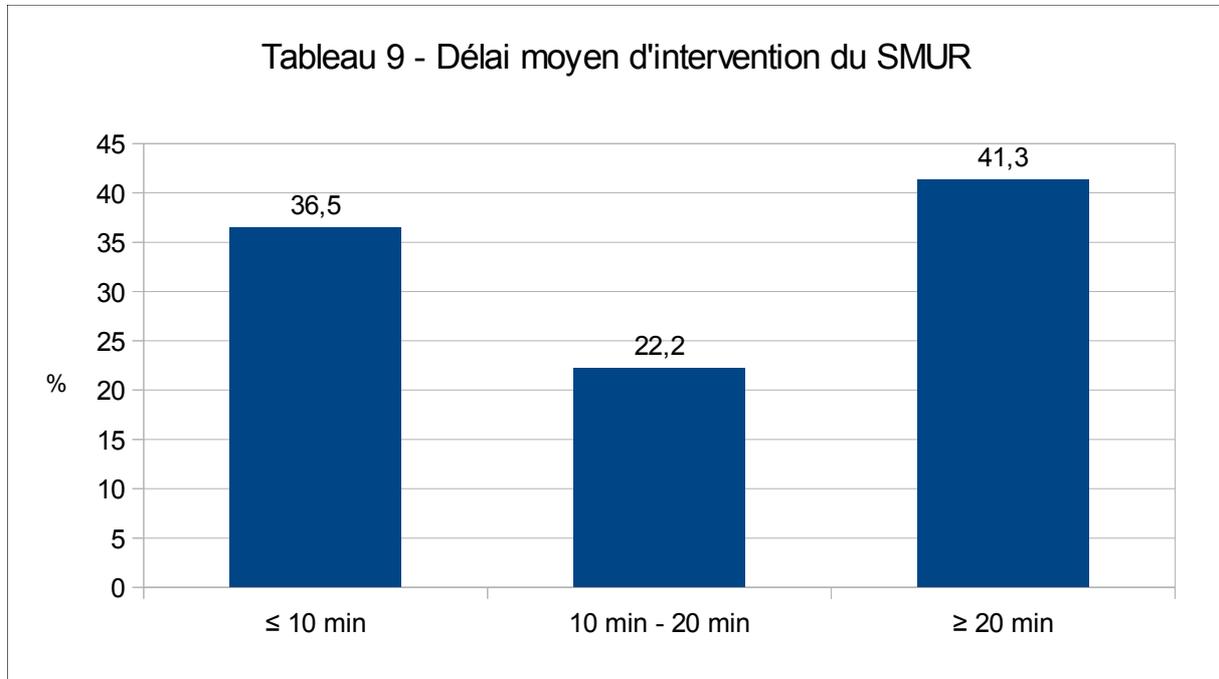


Le groupe « formation » regroupe les médecins qui ont suivi un stage d'urgences, ceux qui ont un diplôme d'urgentiste, ceux qui ont suivi une FMC, et ceux qui ont une formation de médecin

pompier.

Le groupe « pas de formation » regroupe les médecins qui n'ont jamais suivi de formation spécifique à l'urgence.

1.7- Délai moyen d'intervention du SMUR



2- Relation du Médecin Généraliste à l'urgence

2.1- Possession d'une trousse d'urgence

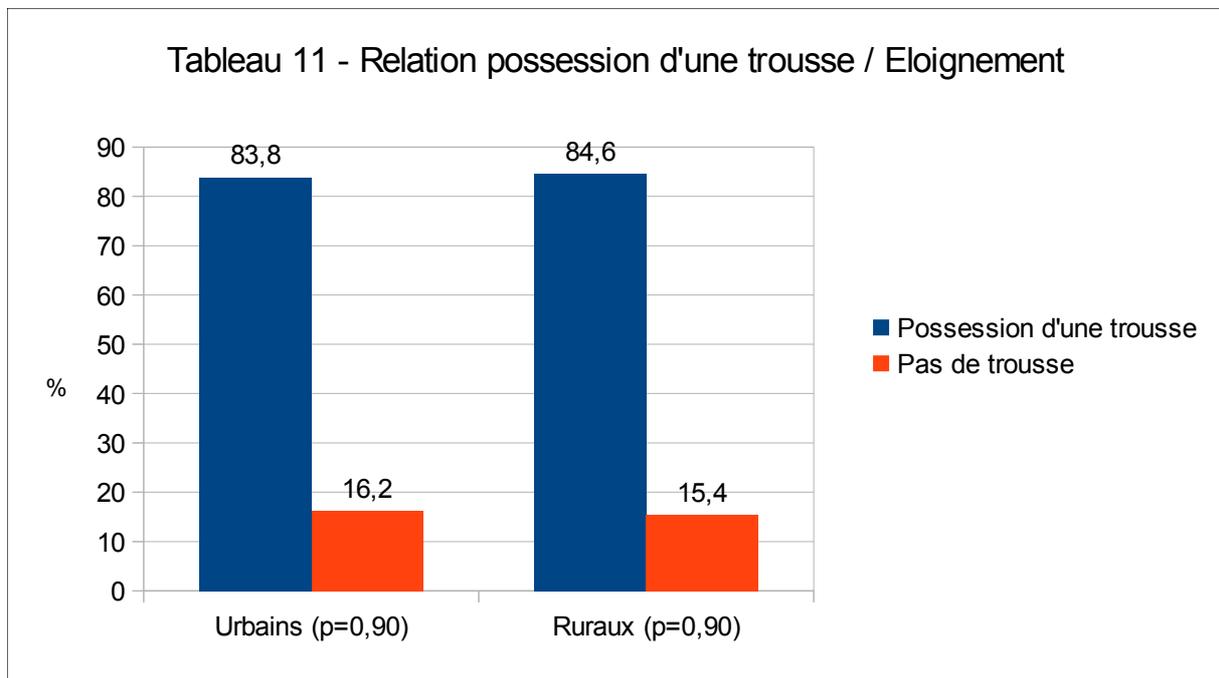
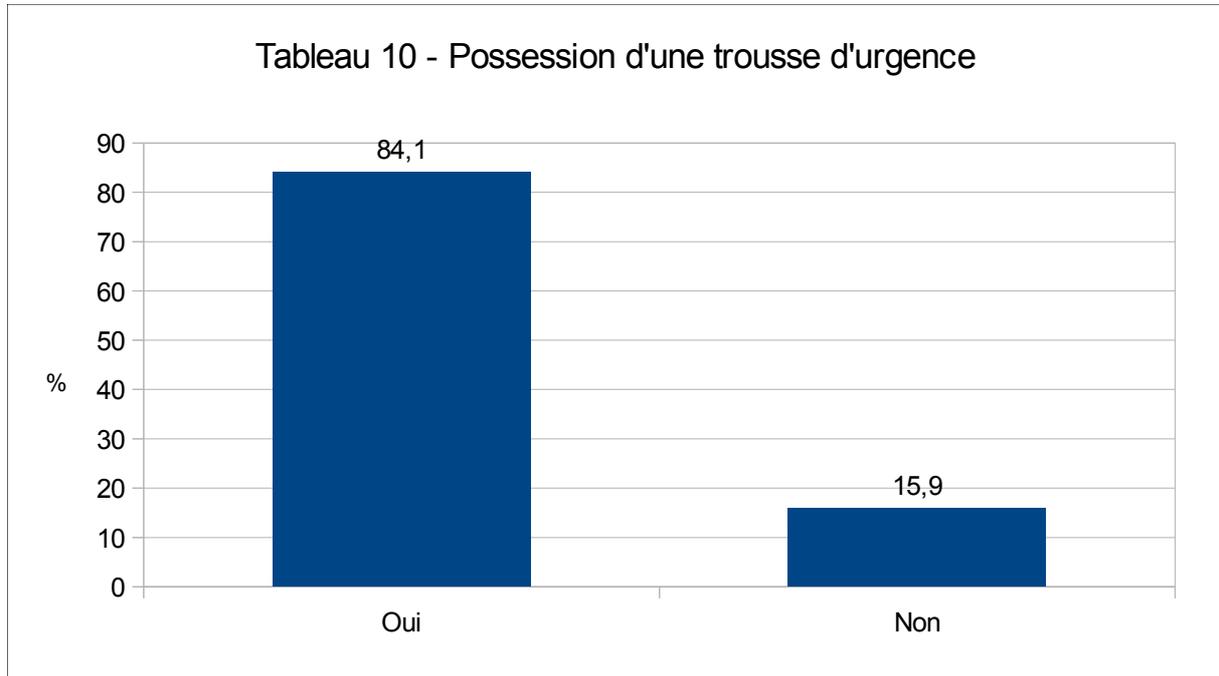
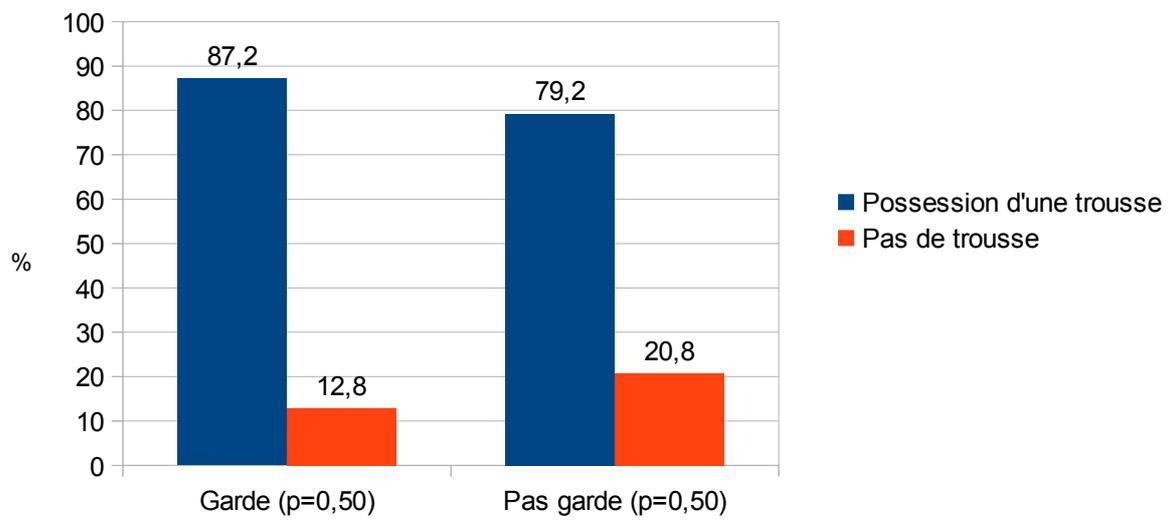


Tableau 12 - Relation possession d'une trousse / Permanence des soins



2.2- Nécessité de posséder une trousse d'urgence

Tableau 13 - Nécessité de posséder une trousse d'urgence

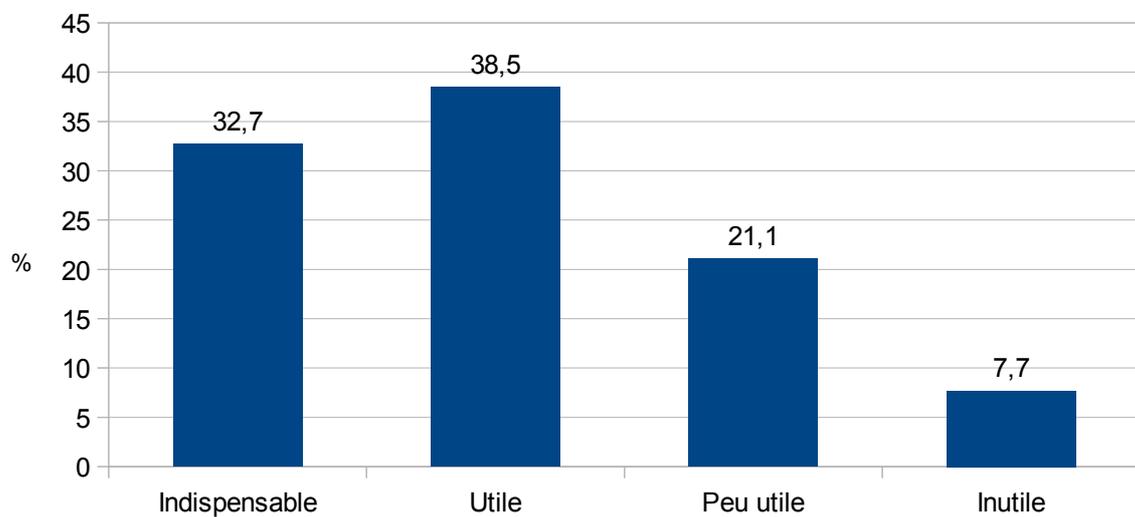


Tableau 14 - Relation nécessité de posséder une trousse / Eloignement

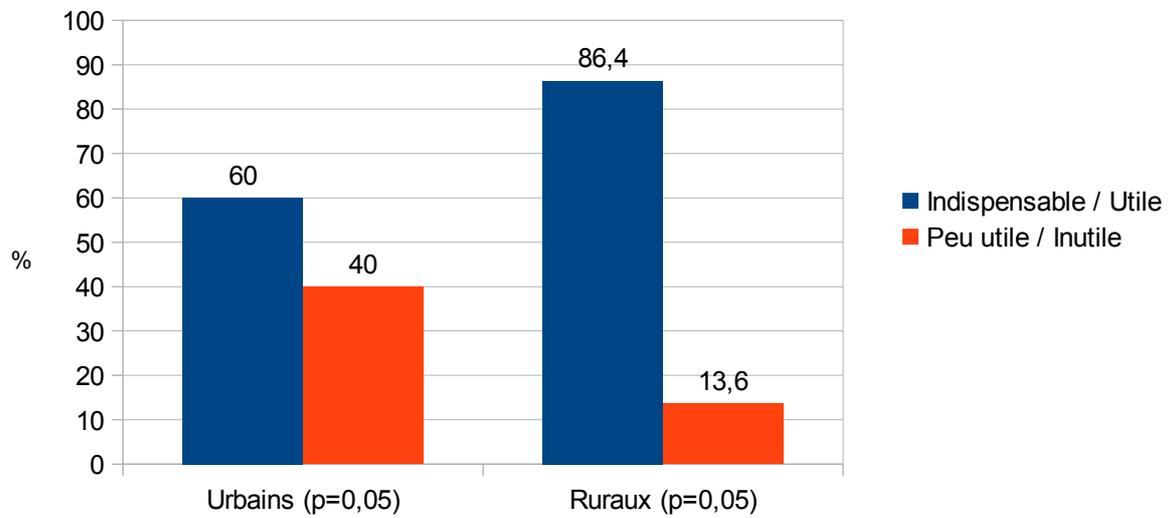
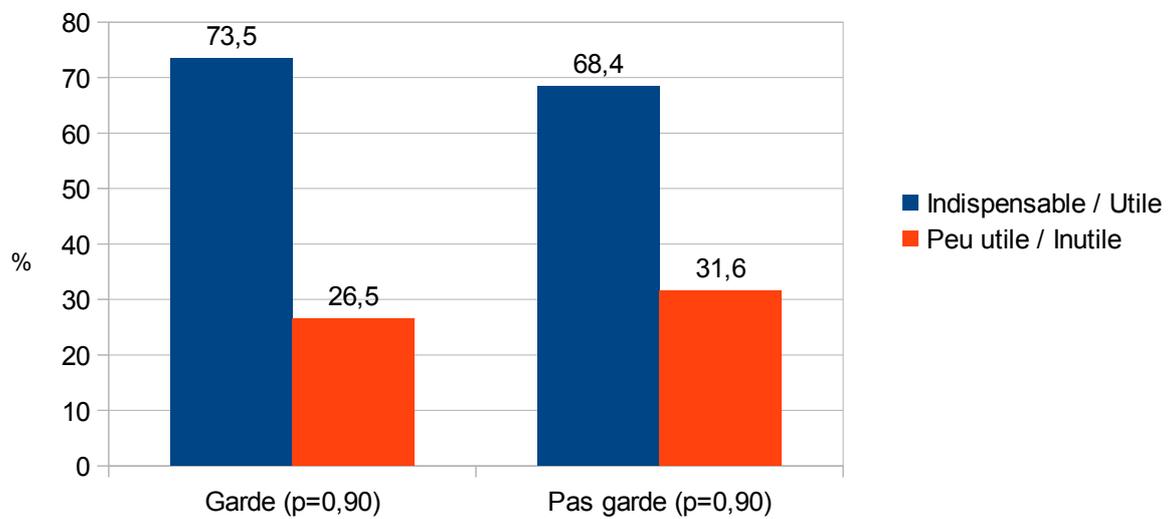
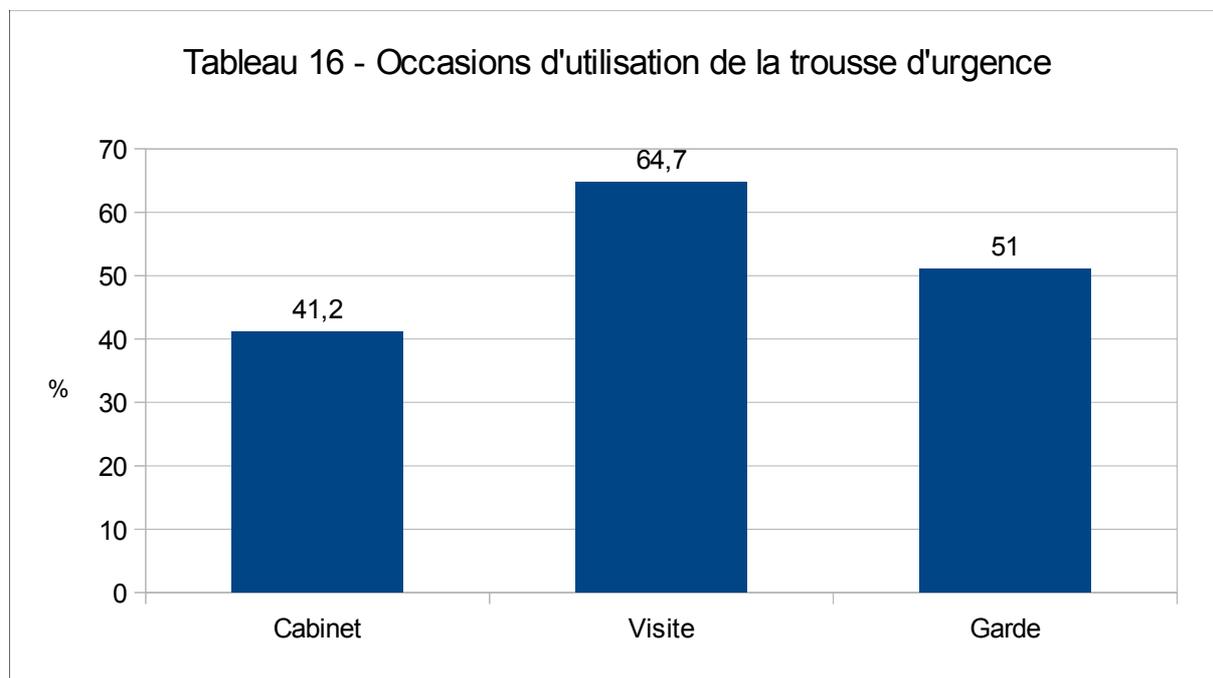


Tableau 15 - Relation nécessité de posséder une trousse / Permanence des soins

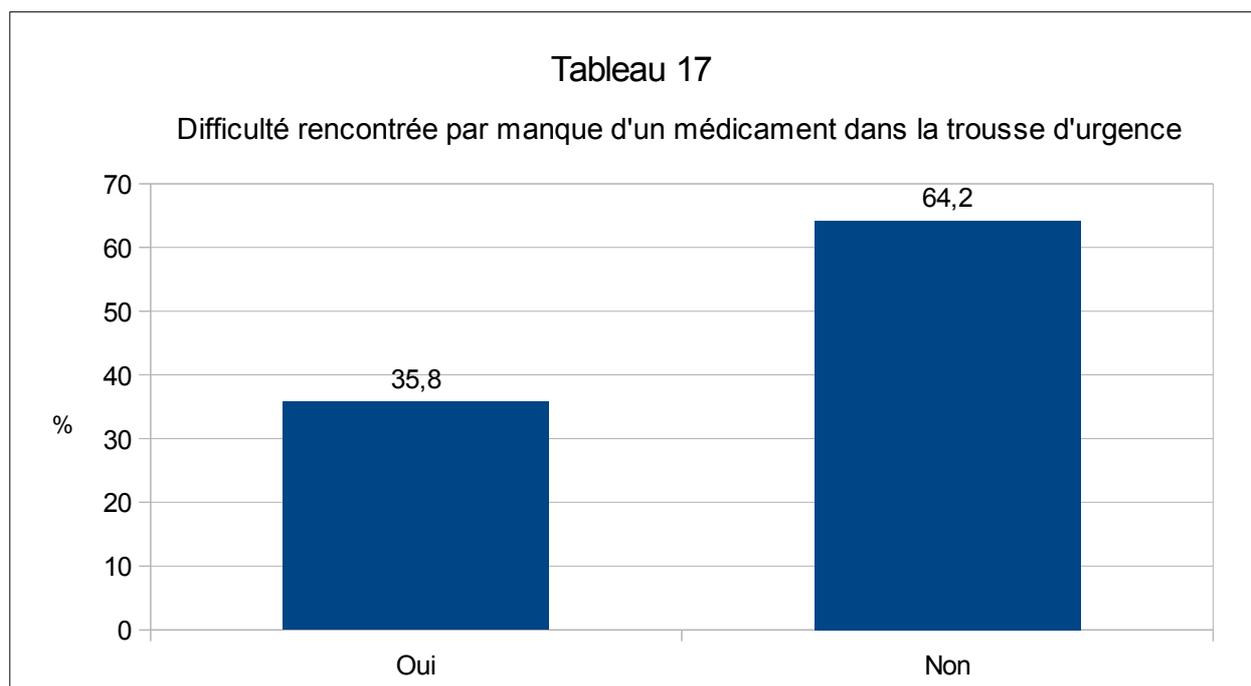


2.3- Occasions d'utilisation de la trousse d'urgence



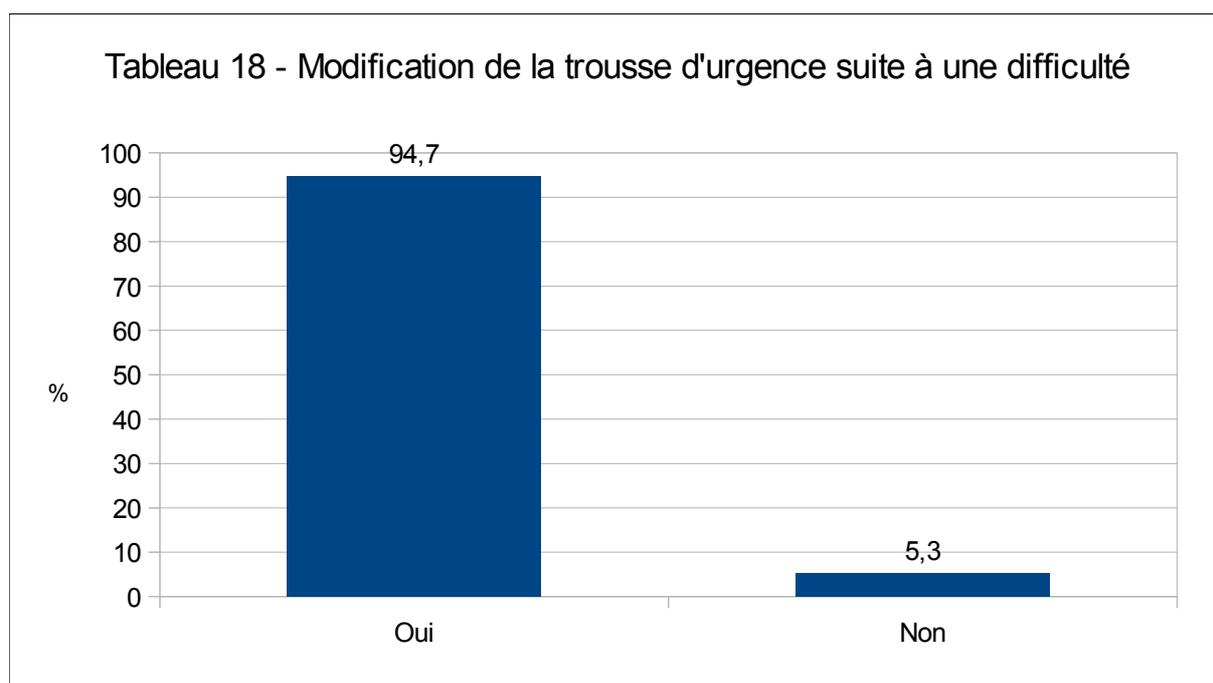
Parmi les 53 médecins ayant déclaré posséder une trousse d'urgence, 4 l'utilisent exclusivement à leur cabinet, 13 l'utilisent exclusivement en visite, 13 l'utilisent exclusivement en garde, 8 l'utilisent à la fois à leur cabinet et en visite, 4 l'utilisent à la fois en visite et en garde, 1 l'utilise à la fois à son cabinet et en garde, 8 l'utilisent à la fois à leur cabinet, en visite et en garde, et 2 n'ont pas répondu à cette question.

2.4- Absence d'un médicament dans la trousse d'urgence

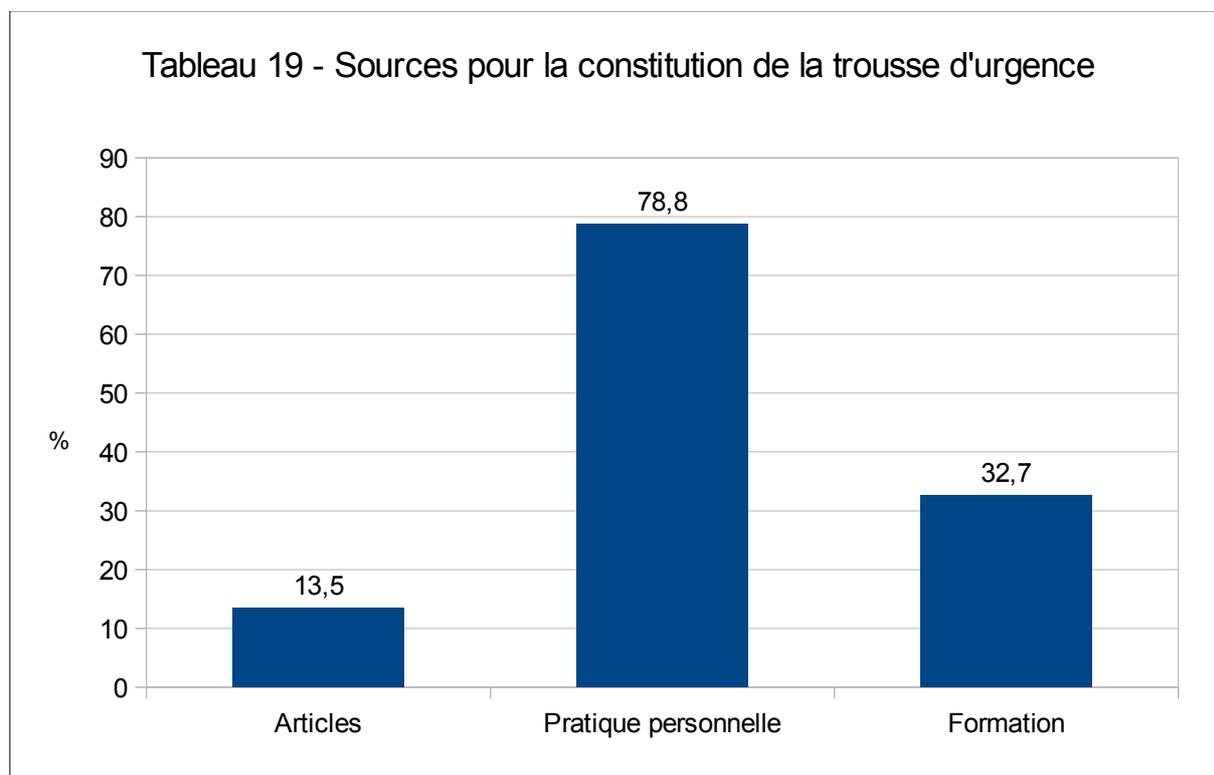


Parmi les médecins possédant une trousse d'urgence, 35,8% ont déclaré s'être retrouvés en difficulté à cause de l'absence d'un médicament.

2.5- Modification de la trousse d'urgence suite à une difficulté

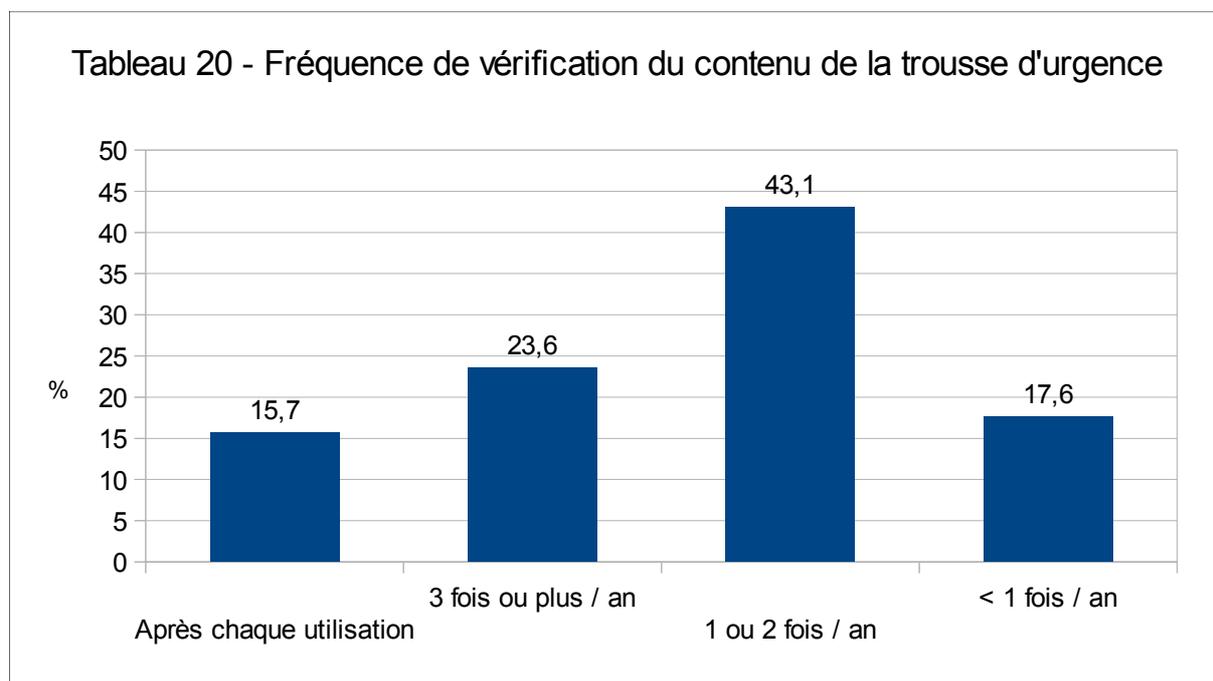


2.6- Sources pour la constitution de la trousse d'urgence

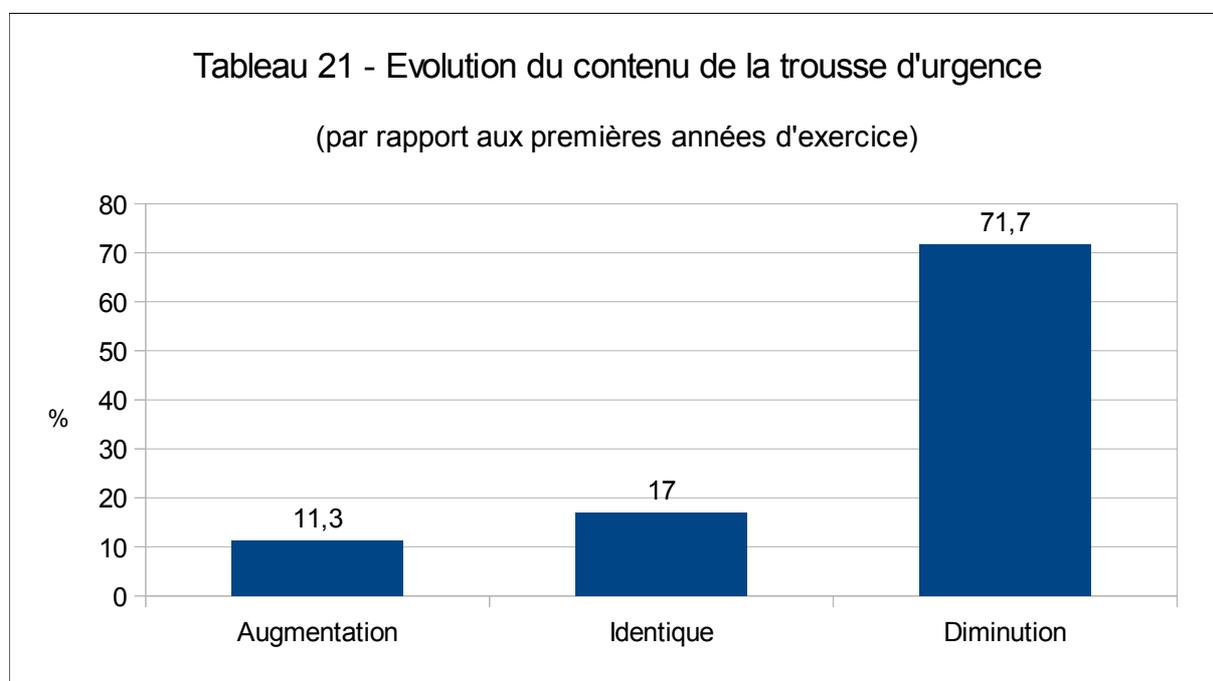


Parmi les 53 médecins possédant une trousse d'urgence, 3 l'ont constituée en lisant des articles, 29 l'ont constituée par leur seule pratique personnelle, 8 l'ont constituée après avoir suivi une formation, 3 l'ont constituée au moyen d'articles et de leur pratique personnelle, 8 l'ont constituée au moyen de leur pratique personnelle et d'une formation, 1 l'a constituée au moyen d'articles, d'une formation et de sa pratique personnelle, et 1 n'a pas répondu à cette question.

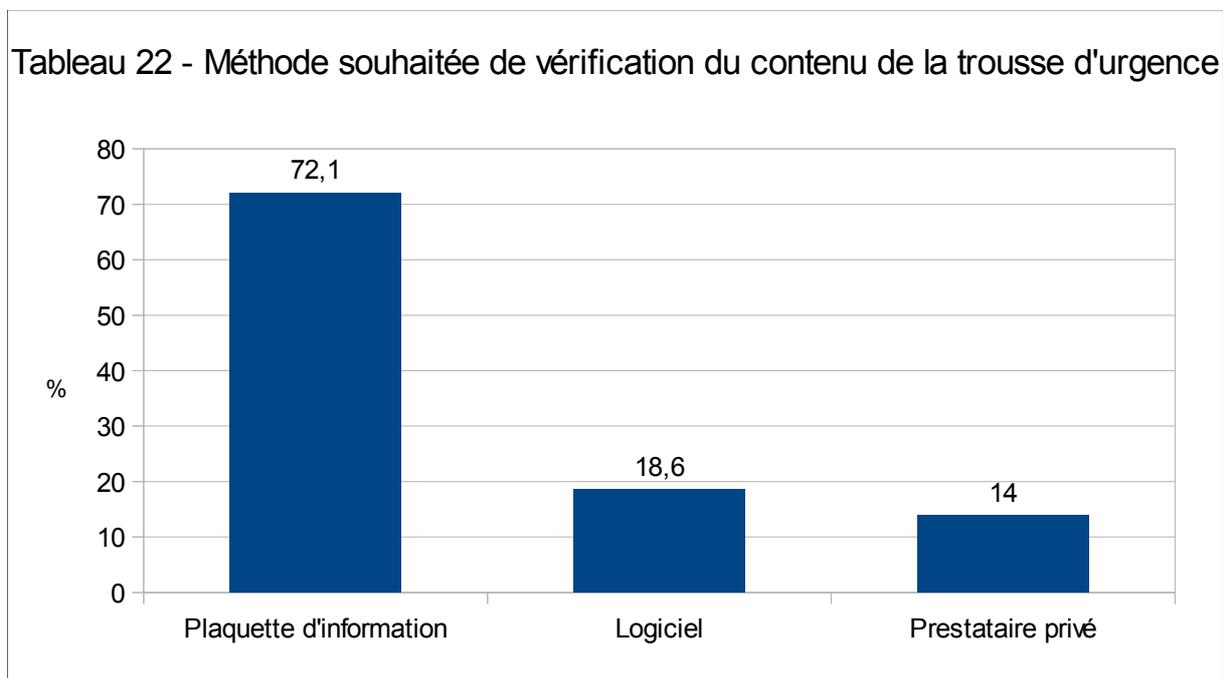
2.7- Vérification du contenu de la trousse d'urgence



2.8- Évolution du contenu de la trousse d'urgence



2.9- Méthode pour la vérification du contenu de la trousse d'urgence

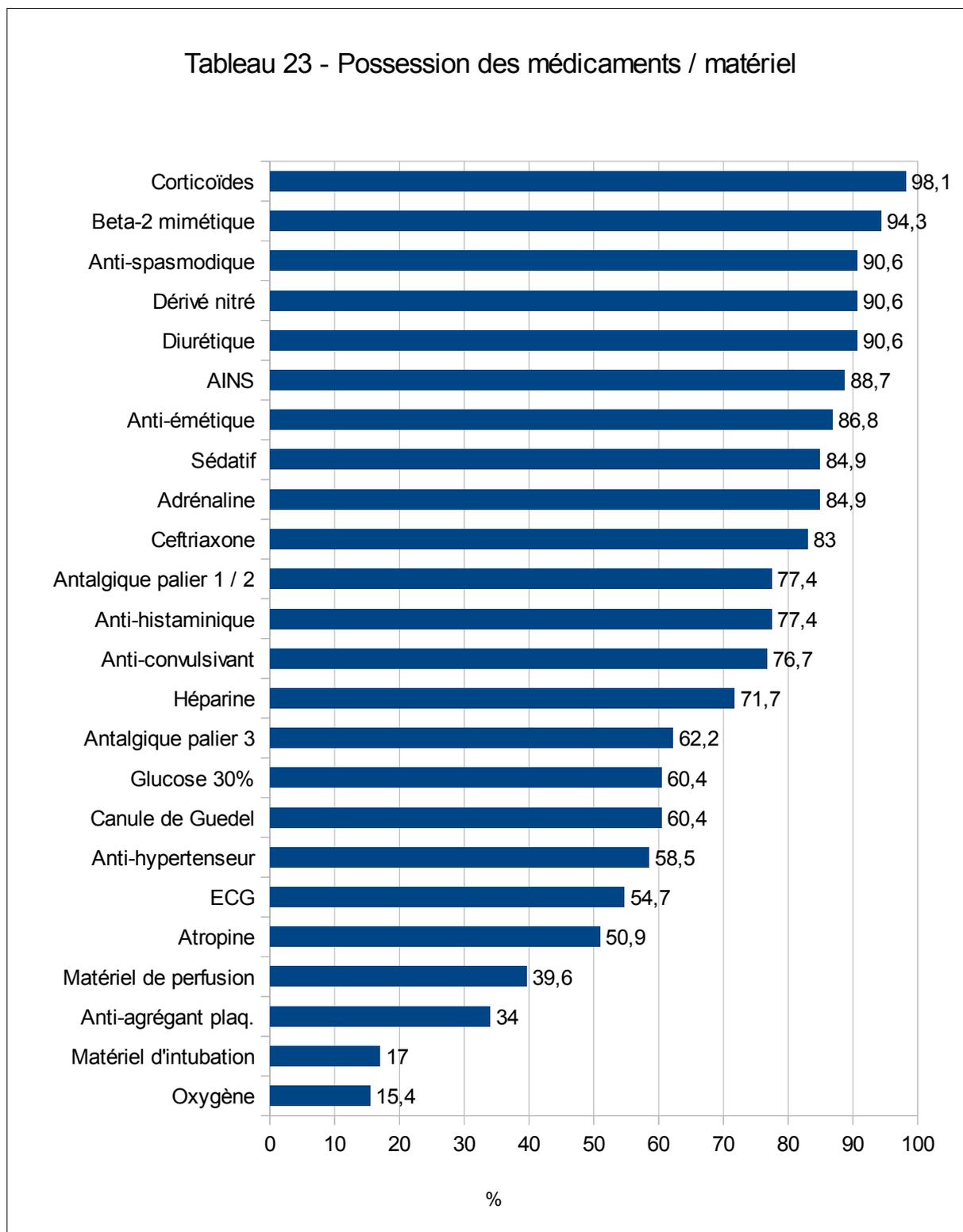


Parmi les 53 médecins possédant une trousse d'urgence, 29 considèrent utile une plaquette d'information (liste de médicaments à posséder dans une trousse d'urgence), 6 considèrent utile un logiciel (gestion du stock et des dates de péremption), 2 considèrent utile à la fois une plaquette d'information et un logiciel, 6 considèrent utile de déléguer la gestion de leur trousse d'urgence à un prestataire privé, 10 n'ont pas répondu à cette question.

3- Trousse d'urgence

3.1- Contenu de la trousse d'urgence

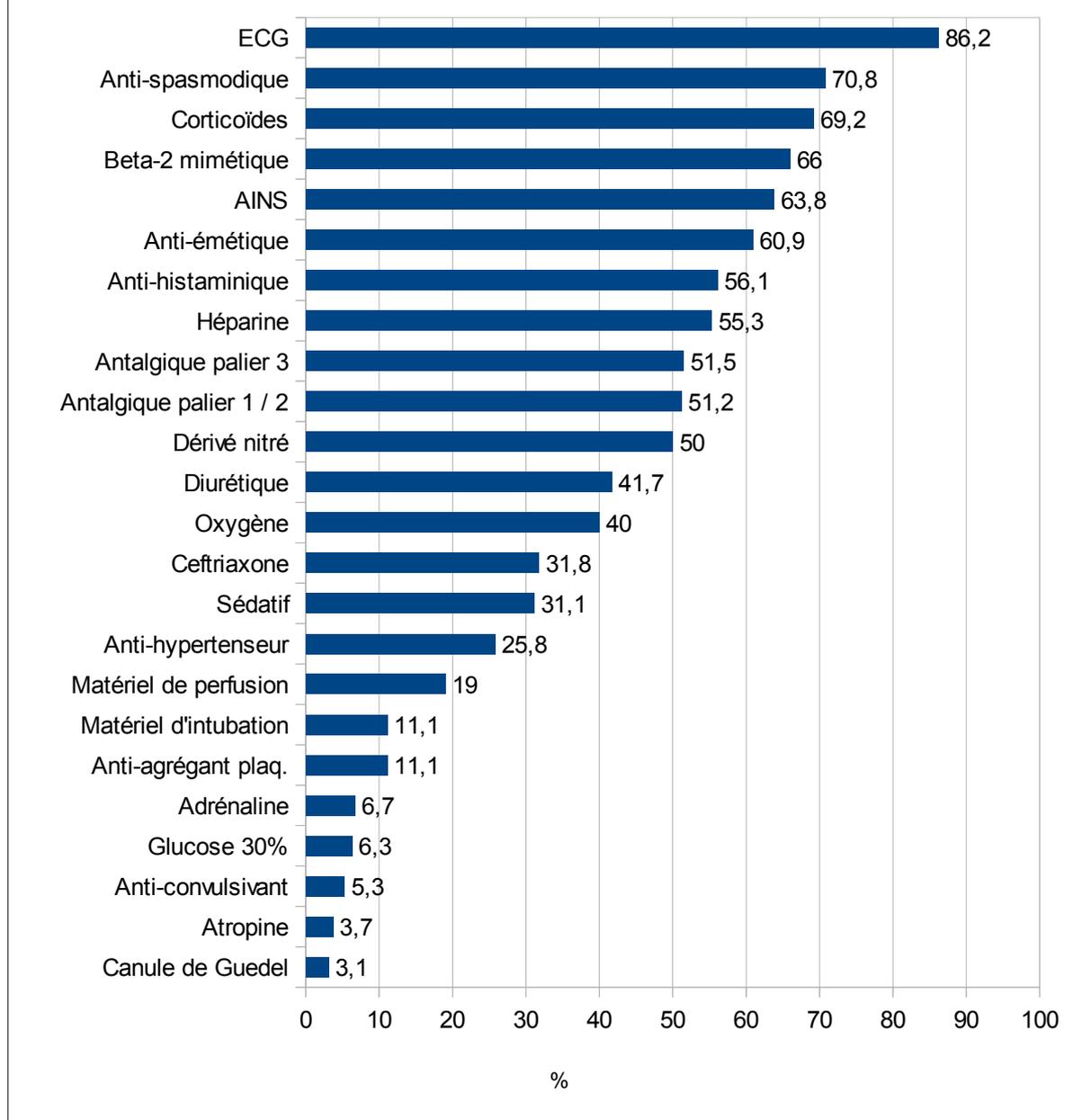
Tableau 23 - Possession des médicaments / matériel



3.2- Utilisation de la trousse d'urgence

Tableau 24 - Utilisation des médicaments / matériel

(lors des 12 derniers mois, si possédé)

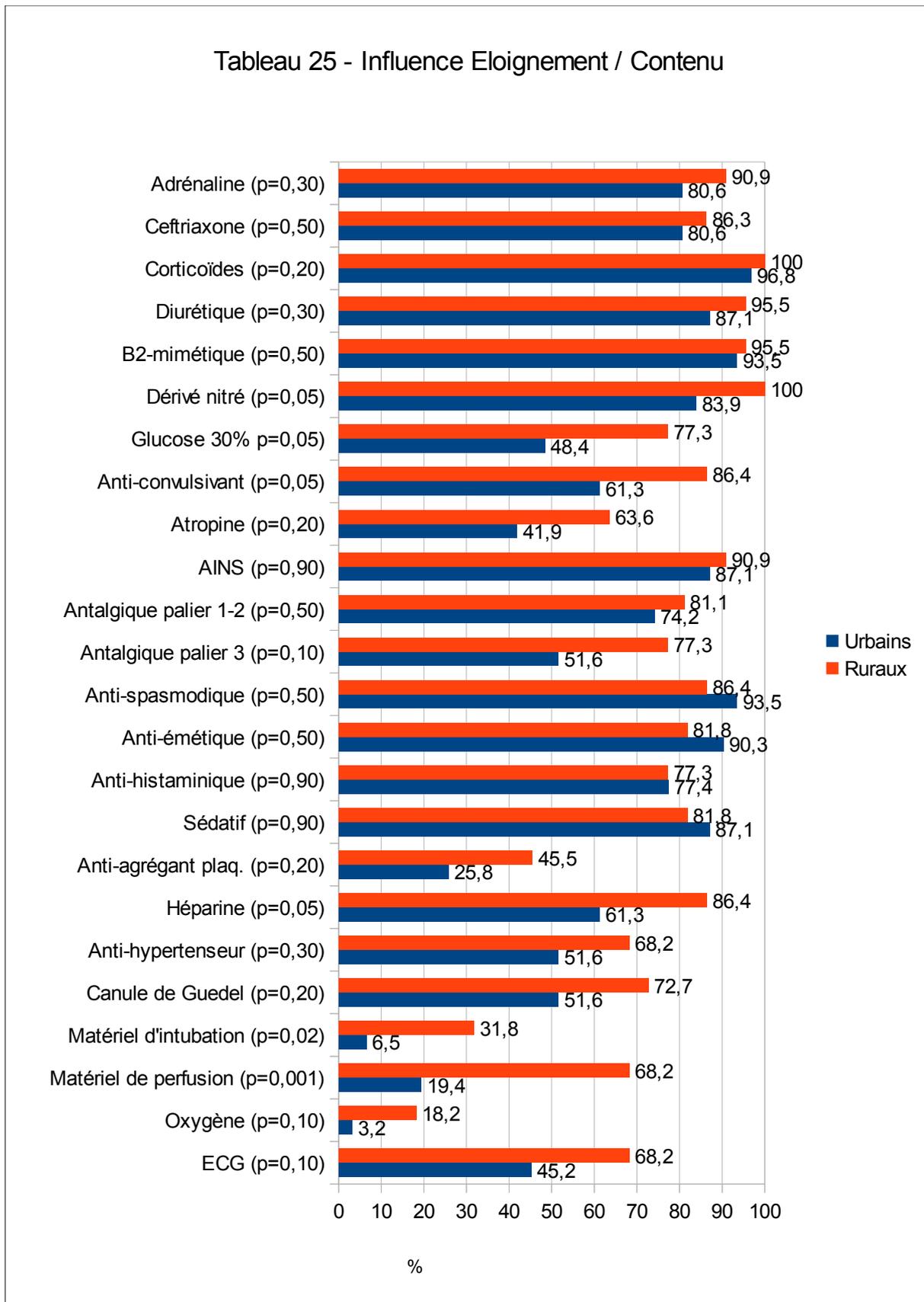


Il convient de préciser que les pourcentages de médecins ayant utilisé des médicaments ou matériels sont calculés par rapport au nombre de médecins les possédant.

A titre d'exemple, le tableau 23 montre que 54,7 % des médecins possèdent un ECG, et parmi ceux-ci, 86,2 % d'entre eux l'ont utilisé dans les 12 derniers mois.

4- Influence de l'éloignement d'une structure de soin sur le contenu de la trousse d'urgence

Tableau 25 - Influence Eloignement / Contenu

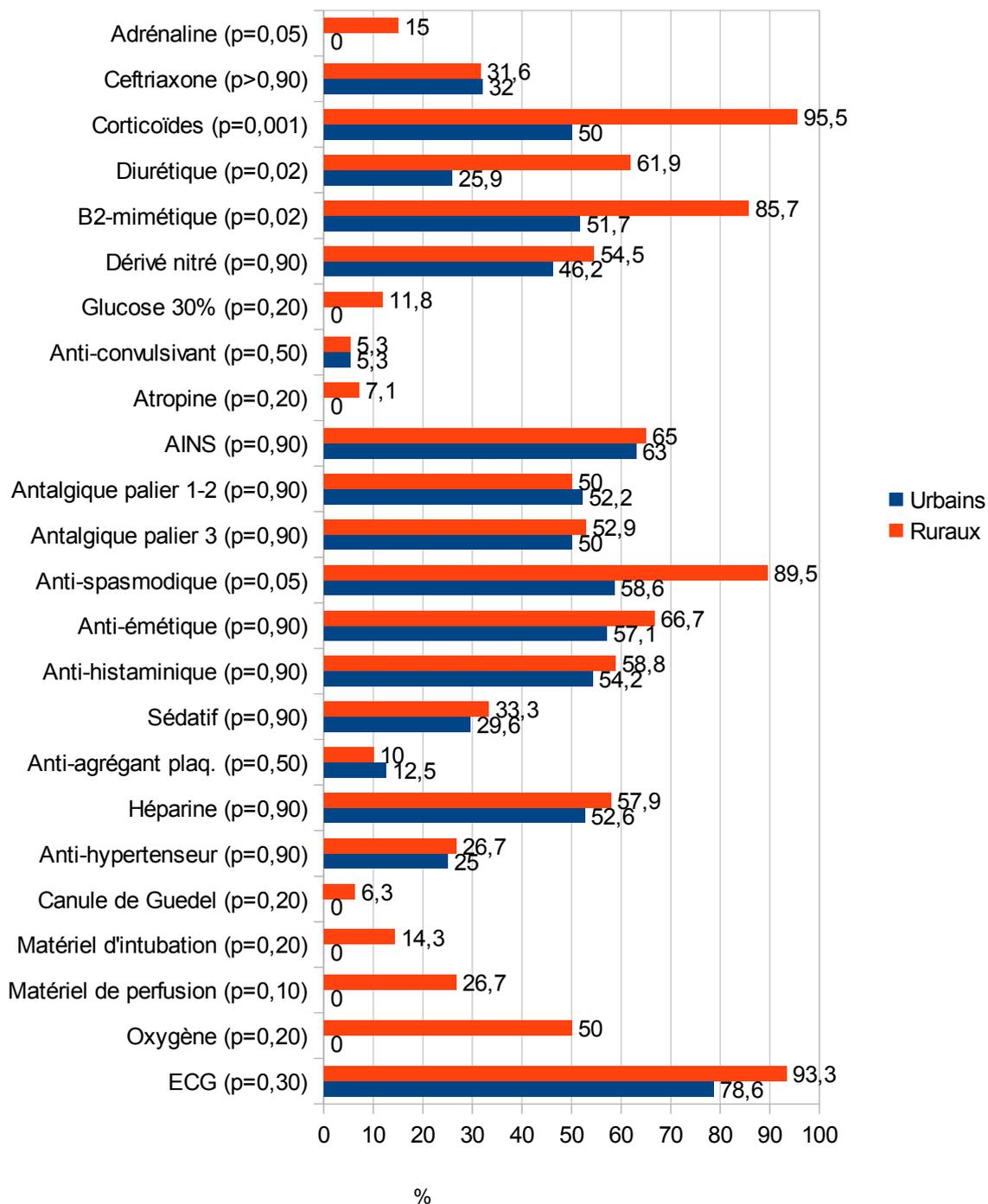


Dans le groupe « ruraux » (médecins exerçant à 20 minutes ou plus d'une structure de soin), il y a significativement plus de médecins possédant des dérivés nitrés ($p=0,05$), du glucose 30% ($p=0,05$), des anti-convulsivants ($p=0,05$), de l'héparine ($p=0,05$), du matériel d'intubation ($p=0,02$) et du matériel de perfusion ($p=0,001$), par rapport aux médecins du groupe « urbains ».

5- Influence de l'éloignement d'une structure de soin sur l'utilisation de la trousse d'urgence

Tableau 26 - Influence Eloignement / Utilisation

(lors des 12 derniers mois, si possédé)



Dans le groupe « ruraux », il y a significativement plus de médecins utilisant de l'adrénaline ($p=0,05$), des corticoïdes ($p=0,001$), des diurétiques ($p=0,02$), des B2-mimétiques ($p=0,02$), et des anti-spasmodiques ($p=0,05$), par rapport aux médecins du groupe « urbains ».

6- Autres facteurs influençant le contenu et l'utilisation de la trousse d'urgence

6.1- Influence de la permanence des soins

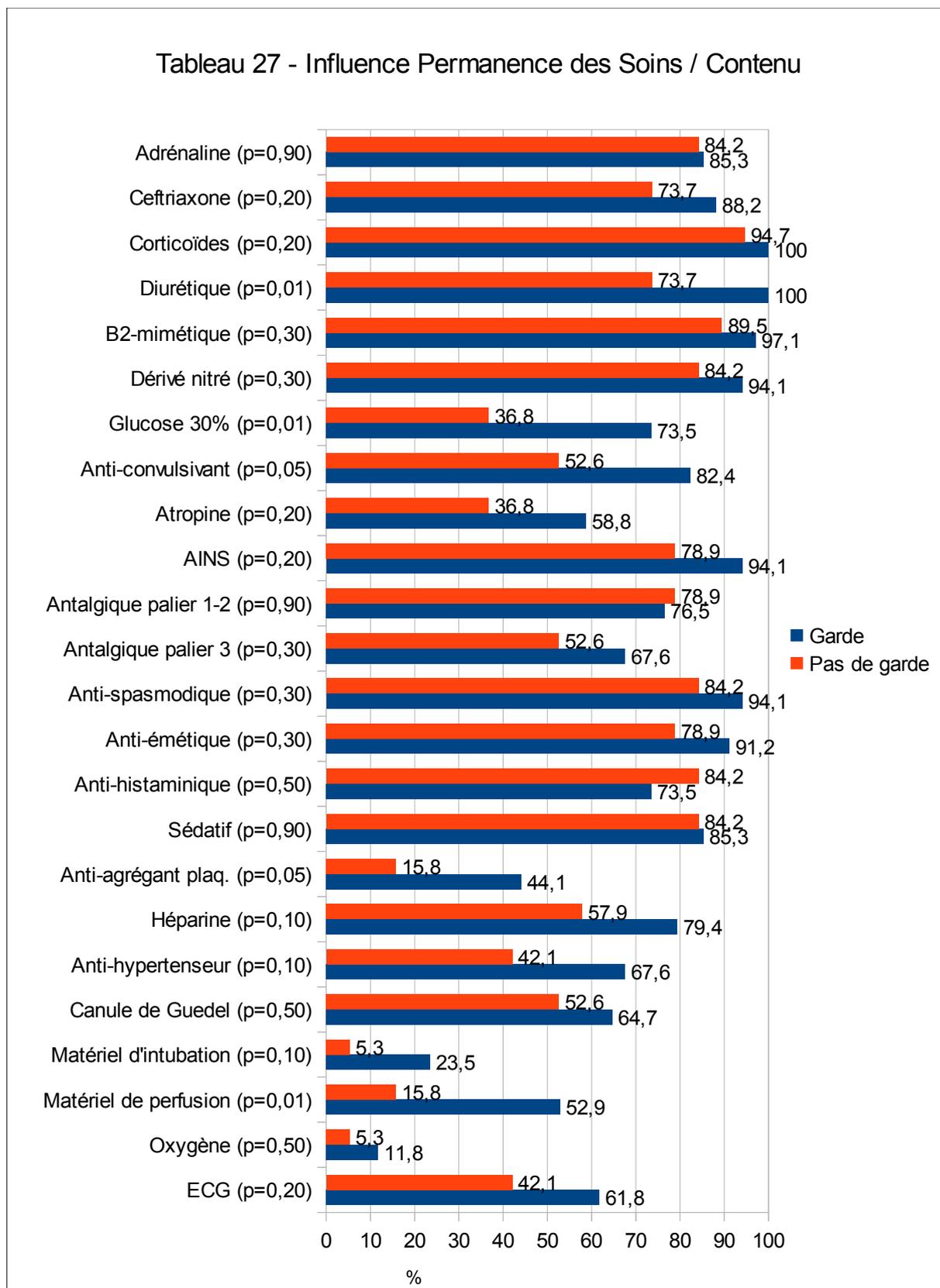
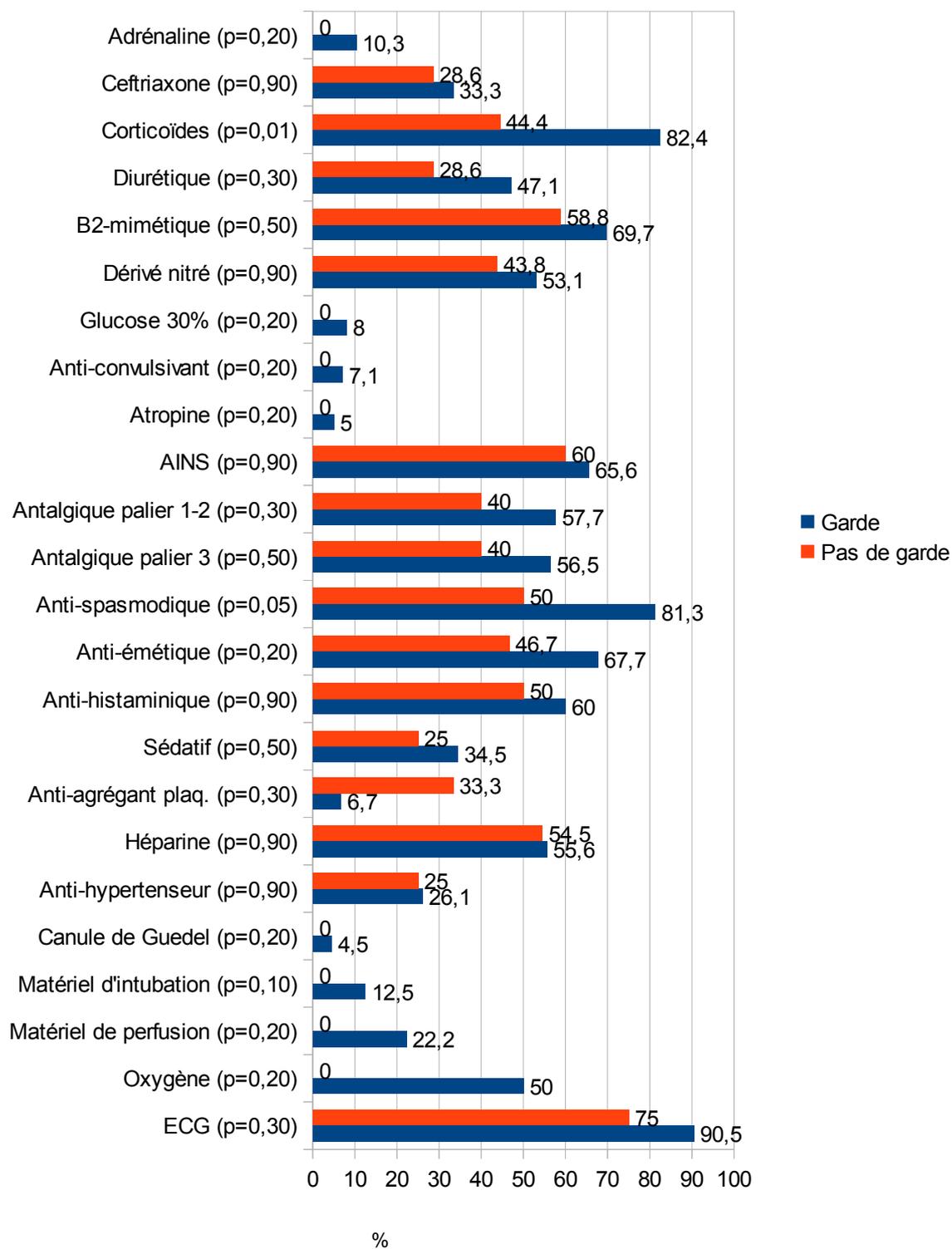


Tableau 28 - Influence Permanence des Soins / Utilisation

(lors des 12 derniers mois, si possédé)



Le groupe « garde » regroupe les médecins effectuant des gardes de secteur et des gardes de SAU. Le groupe « pas de garde » regroupe les médecins n'effectuant pas de gardes ou effectuant exclusivement de la régulation téléphonique.

Dans le groupe « garde », il y a significativement plus de médecins possédant des diurétiques ($p=0,01$), du glucose 30% ($p=0,01$), des anti-convulsivants ($p=0,05$), des anti-agrégants plaquettaires ($p=0,05$) et du matériel de perfusion ($p=0,01$), par rapport aux médecins du groupe « pas de garde ».

Dans le groupe « garde », il y a significativement plus de médecins utilisant des corticoïdes ($p=0,01$) et des anti-spasmodiques ($p=0,05$), par rapport aux médecins du groupe « pas de garde ».

6.2- Influence d'une formation spécifique à l'urgence

Tableau 29 - Influence Formation / Contenu

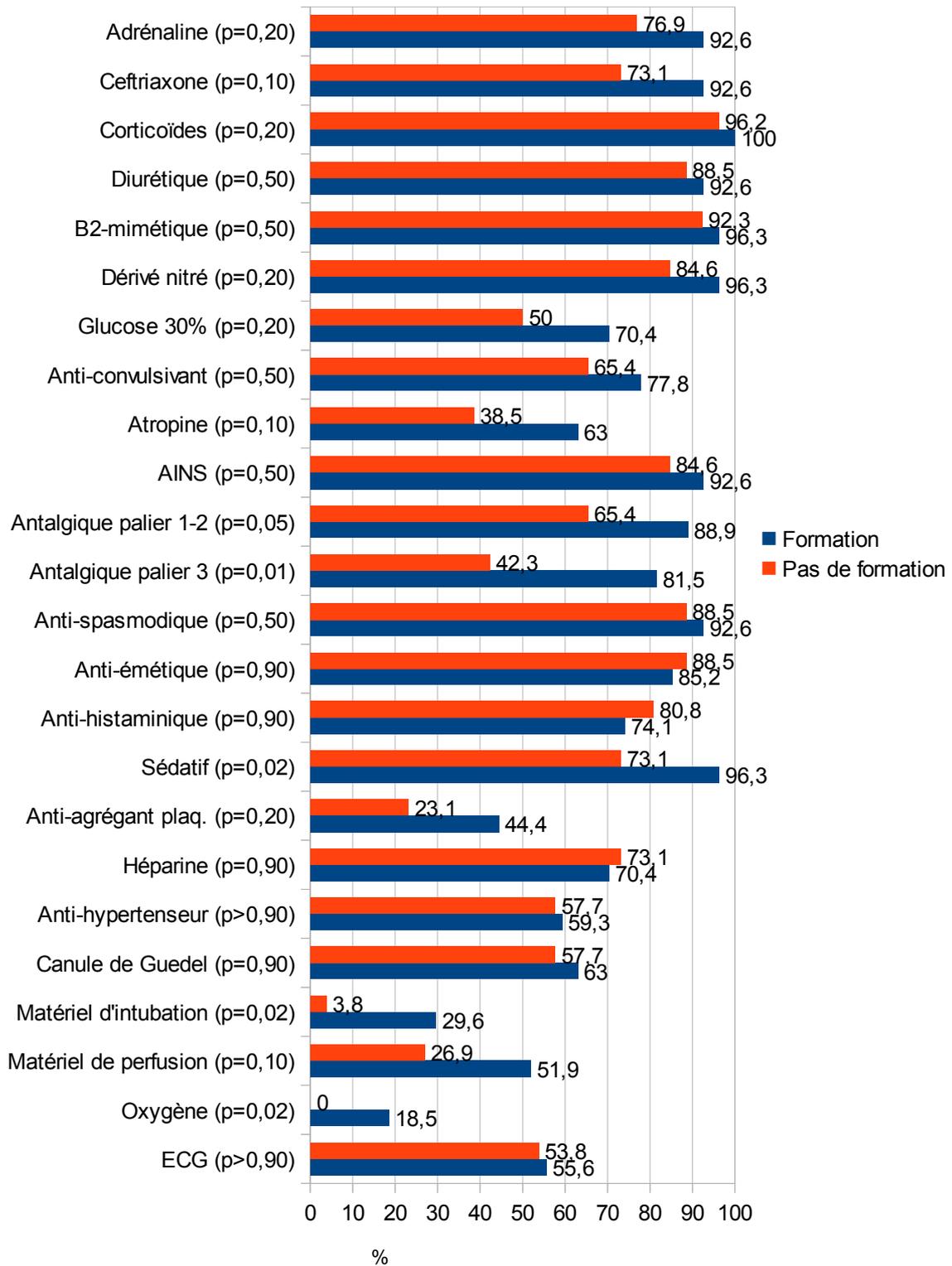
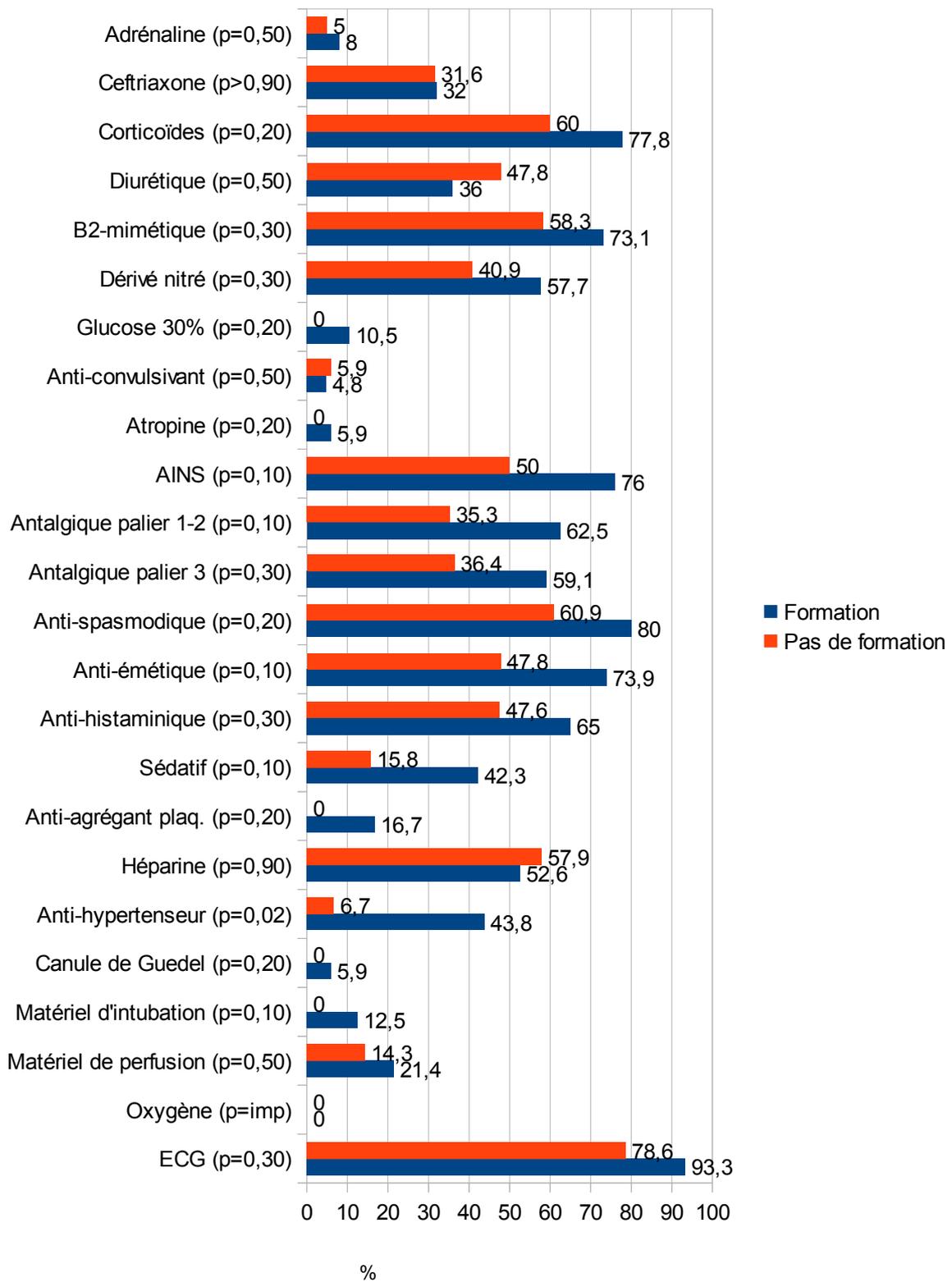


Tableau 30 - Influence Formation / Utilisation
(lors des 12 derniers mois, si possédé)



Le groupe « formation » regroupe les médecins qui ont suivi un stage d'urgences, ceux qui ont un diplôme d'urgentiste, ceux qui ont suivi une FMC, et ceux qui ont une formation de médecin pompier.

Le groupe « pas de formation » regroupe les médecins qui n'ont jamais suivi de formation spécifique à l'urgence.

Dans le groupe « formation », il y a significativement plus de médecins possédant des antalgiques palier 1-2 ($p=0,05$), des antalgiques palier 3 ($p=0,01$), des sédatifs ($p=0,02$), du matériel d'intubation ($p=0,02$) et de l'oxygène ($p=0,02$), par rapport aux médecins du groupe « pas de formation ».

Dans le groupe « formation », il y a significativement plus de médecins utilisant des anti-hypertenseurs ($p=0,02$), par rapport aux médecins du groupe « pas de formation ».

6.3- Influence de la date d'installation

Tableau 31 - Influence Date d'installation / Contenu

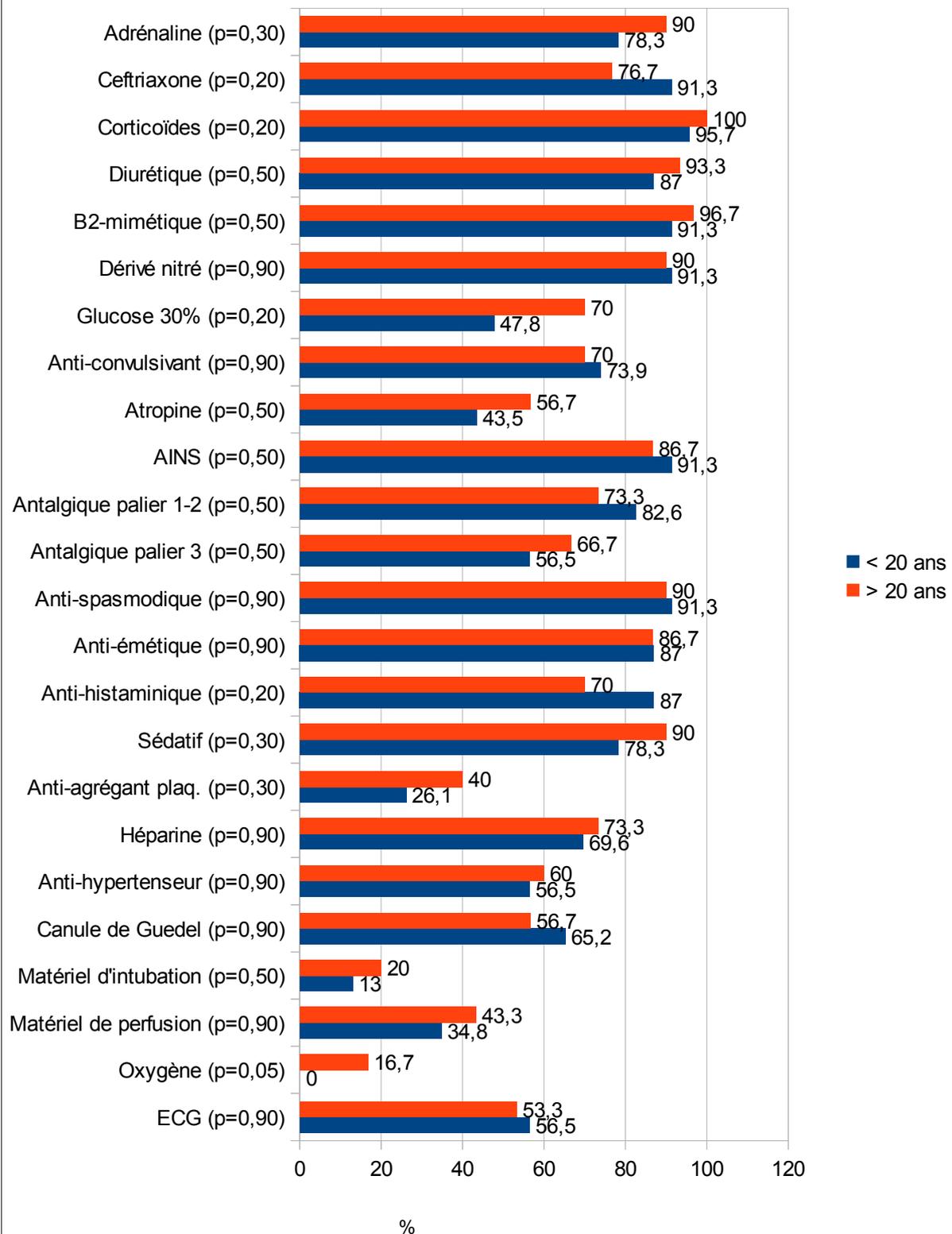
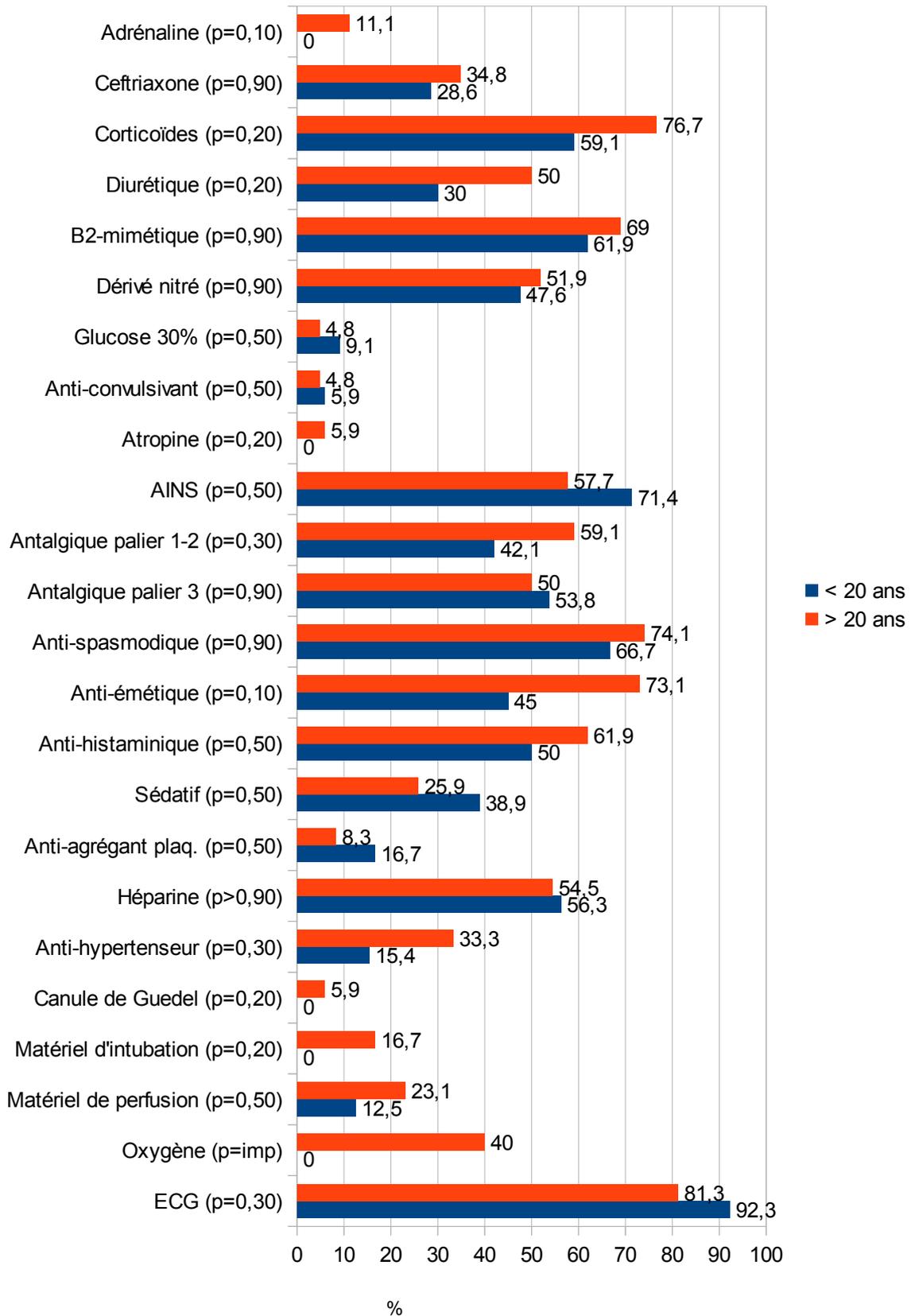


Tableau 32 - Influence Date d'installation / Utilisation
(lors des 12 derniers mois, si possédé)



Dans le groupe des médecins installés depuis moins de 20 ans, il y a significativement plus de médecins possédant de l'oxygène ($p=0,05$) par rapport aux médecins installés depuis plus de 20 ans.

Discussion

1- Forces et faiblesses de l'étude

La principale faiblesse de notre étude est son manque de puissance.

Bien que le taux de réponse soit bon, les questionnaires recueillis ne représentent que 13 % des médecins généralistes libéraux recensés en Indre-et-Loire.

Ces effectifs réduits nous ont contraints à procéder à des regroupements pour pouvoir effectuer les tests statistiques, entraînant ainsi une perte de puissance de notre étude.

D'autre part, il existe des limites à notre questionnaire.

Cette étude ne distingue pas les médicaments disponibles au cabinet de ceux disponibles dans la trousse d'urgence transportable accompagnant le praticien lors de ses déplacements. Cette distinction n'étant pas faite, cela a pu fausser certaines réponses.

De même, nous n'avons pas demandé les dates de péremption des médicaments, ni leur condition de conservation.

La force principale de notre étude est son taux de réponse de 65 %.

On peut l'expliquer par la présentation de notre questionnaire, qui a été conçu pour être simple et rapide à remplir, sous forme de questions à choix simples ou multiples. De plus, le fait d'avoir inclus une enveloppe retour a sans doute contribué à obtenir ce bon taux de réponse.

L'autre point fort de notre étude est d'avoir obtenu un échantillon comparable à celui de la population des médecins généralistes d'Indre-et-Loire sur le plan démographique, comme nous le verrons dans le paragraphe suivant.

2- Profil des médecins – démographie

L'âge moyen des médecins ayant répondu à notre étude est de 51 ans, ce qui est comparable à l'âge moyen des médecins généralistes de la Région Centre qui est de 53 ans. [33]

La catégorie d'âge la plus représentée dans notre échantillon est celle des 50-59 ans (41,3 %), ce qui là aussi est similaire à la situation actuelle de la Région Centre avec 44,7 % des médecins en activité appartenant à cette catégorie d'âge.

La proportion de femmes ayant répondu à notre étude est de 27 %. Là encore, cette proportion est comparable à celle des médecins généralistes de la Région Centre (28 %). [33]

La majorité des femmes ayant répondu est jeune, âgée de moins de 50 ans, alors que la majorité des hommes ayant répondu est plus âgée, de plus de 50 ans. Là encore, on retrouve la tendance démographique médicale actuelle, avec une féminisation relativement récente du corps médical et, donc, une proportion de femmes d'autant plus élevée que les classes d'âge sont jeunes. [33-34]

Le nombre d'années d'installation est en moyenne de 20,6 ans, allant de 1 à 34 ans. Cette durée est corrélable aux tranches d'âge des médecins répondants.

Le mode d'installation des médecins répondants est, lui aussi, représentatif de la tendance actuelle en milieu urbain et semi-urbain puisque la plupart des généralistes y sont installés en cabinet de groupe, contrairement au milieu rural où les médecins exercent encore plutôt seuls.

Dans notre étude, 31,7 % des médecins exercent seuls contre 68,3 % exerçant en cabinet de groupe, ce qui correspond à la situation actuelle nationale (respectivement 30 et 70 %). [34]

Il est cependant probable que cette situation évolue dans les années à venir en raison des choix politiques actuels favorisant la création de cabinets de groupe mono ou pluridisciplinaires pour subvenir aux besoins d'accès aux soins dans les zones sous-médicalisées.

Concernant **la permanence des soins**, 60,3 % des médecins de notre échantillon font des gardes de secteur. On note une grande disparité entre le secteur rural et le secteur urbain, puisque 87,5 % des médecins ne faisant pas de gardes exercent en milieu urbain ($p=0,001$). Un petit bémol sur ce point cependant, puisque notre questionnaire a été envoyé quelques mois seulement après l'ouverture de la maison médicale de garde de Tours centre. Il est donc possible que cet état de fait soit différent à l'heure actuelle. Même si ce système est basé sur le volontariat, le questionnaire ne permet pas non plus de savoir comment certains médecins « échappent » à cette activité : certains se font probablement remplacer, d'autres en sont peut-être exempts pour raison de santé.

Cependant, ce taux de 60,3 % reste insuffisant au vu du code de déontologie, dans lequel la permanence des soins et la participation aux services de gardes, est un devoir déontologique pour tout médecin, édicté par plusieurs articles [18].

Ce taux de participation aux gardes de secteur peut néanmoins être appelé à augmenter. La régulation par le centre 15 et la réorganisation des gardes au sein de maisons médicales couvrant de larges secteurs géographiques permettent de rendre l'activité plus confortable. Les gardes sont moins fréquentes, et limitées dans le temps avec des horaires ne couvrant pas toujours l'intégralité de la nuit (fin des gardes à 00h).

Les autres modes de participation à la permanence des soins sont minoritaires : 3,2 % font des gardes dans un SAU et 7,9 % font de la régulation téléphonique.

Concernant la **formation spécifique à l'urgence**, on constate dans notre échantillon que 50,8 % des médecins répondants ne possèdent pas de compétences particulières en soins d'urgence.

On s'attendait à obtenir une majorité de médecins ruraux possédant de telles compétences, compte-tenu de leur éloignement des structures de soin et des délais d'intervention du SMUR plus longs, comme l'avait montré Gilles-Cau et Brohet. [13-14] Ce n'est pas le cas dans notre échantillon, et il n'y a pas de lien significatif entre la formation à l'urgence et l'éloignement géographique. En revanche, on constate que la formation de médecin pompier est beaucoup plus représentée en milieu rural, puisque 80 % des médecins pompiers de notre étude exercent dans ce milieu.

Il aurait pu être intéressant de savoir si les médecins ruraux avaient suivi une formation spécifique à l'urgence avant leur installation, ou s'ils avaient ressenti le besoin de se former après, mais notre questionnaire ne permettait pas de faire cette distinction.

19 % des médecins répondants ont suivi un stage d'urgences pendant leur internat ou résidanat.

Cette proportion augmentera forcément dans les années à venir, puisqu'un stage dans un SAU est désormais obligatoire dans le cursus des internes de médecine générale. [35]

Enfin, concernant le **délai moyen d'intervention du SMUR**, 58,7 % des médecins répondants exercent à moins de 20 minutes d'une structure de soins, et 41,3 % à plus de 20 minutes. 13 des 63 médecins répondants (20,6 %) exercent à 30 minutes ou plus d'une structure de soins. Ces données sont compatibles avec la démographie médicale actuelle du département. [36] En Indre-et-Loire, il n'existe que très peu de zones « isolées » grâce à la répartition des SAU, contrairement à d'autres départements de la Région Centre comme l'Indre ou le Cher.

3- La trousse d'urgence

3.1- Contenu et utilisation de la trousse d'urgence - généralités

Concernant le contenu de la trousse d'urgence, on constate une très grande hétérogénéité (cf tableau 23).

Certains médicaments sont présents de façon quasiment unanime comme les corticoïdes (98,1 %), les Beta-2 mimétiques (94,3 %), les anti-spasmodiques, les dérivés nitrés et les diurétiques (90,6 %), au contraire d'autres médicaments ou matériels présents de façon plus confidentielle, comme le matériel de perfusion (39,6 %), les anti-agrégants plaquettaires (34%), le matériel d'intubation

(17%) et l'oxygène (15,4 %).

On note cependant que les médicaments réservés à l'urgence vitale sont globalement très bien représentés (>80 %), dans des proportions comparables à celles retrouvées dans la littérature, voire même légèrement supérieures [8, 12-14].

Les médicaments et matériels nécessitant des compétences spécifiques en soin d'urgence, tels que le matériel d'intubation ou l'atropine, sont sans surprise très peu représentés quand on met en parallèle le profil de formation des médecins (cf tableau 7).

Il faut souligner une particularité concernant la possession de dérivés nitrés (90,6 %) et celle de l'ECG (54,7 %). Cette grande différence est plutôt paradoxale. Le médecin généraliste peut se retrouver confronté à des douleurs thoraciques atypiques, et la réalisation d'un ECG suivi d'une administration de dérivés nitrés permettraient de gagner du temps pour la prise en charge du patient, ce qui est d'autant plus vrai en milieu rural en attendant l'arrivée du SMUR. Il convient cependant de préciser que notre étude ne fait pas la différence entre la possession d'un ECG portable utilisable en déplacement et celle d'un ECG « fixe » au cabinet, ce qui a pu fausser le résultat. Même si le coût d'un tel appareillage peut également avoir une influence, sans compter la capacité d'interprétation d'un ECG du médecin, ce taux de 54,7 % semble insuffisant.

Dans notre étude, bien que les trousse d'urgence soient relativement complètes, on constate que leur utilisation est peu fréquente (cf tableau 24).

En tête, l'ECG est le matériel le plus utilisé (86,2 %) par les médecins qui en possèdent un. Son intérêt est d'être facilement réalisable et de permettre une orientation diagnostique rapide.

Les médicaments de « confort », à visée symptomatique, semblent les plus utilisés en pratique, contrairement aux médicaments de l'urgence vitale. On peut expliquer cela par la fréquence moindre de certaines pathologies nécessitant un traitement immédiat, comme le choc anaphylactique par exemple, par rapport à des pathologies plus « banales » susceptibles d'être rencontrées quotidiennement dans l'activité d'un médecin généraliste. A ce titre, il aurait pu être intéressant de faire préciser dans notre questionnaire la date de la dernière utilisation de chaque médicament ou matériel plutôt que de se limiter à leur utilisation lors des 12 derniers mois.

Pour expliquer cette « sous-utilisation » de la trousse d'urgence, on peut également citer d'autres raisons liées à la restructuration de la permanence des soins ambulatoire, et à la démographie médicale.

D'une part, on peut évoquer la régulation des appels urgents par le Centre 15, avec l'envoi si besoin de secours adaptés, et cela indifféremment en zone rurale et urbaine. Aux yeux de la population, et parfois même des médecins généralistes, le médecin traitant ne semble plus être le premier maillon de la chaîne médicale. En effet, les patients ne font plus appel à leur médecin en priorité et semblent avoir acquis le réflexe d'appeler le Centre 15. [37] Ainsi, en l'espace de 10 ans, le nombre d'appels reçus par les Centres 15 a été multiplié par 3. Cette augmentation peut s'expliquer par la généralisation des Centres 15 sur l'ensemble du territoire, mais aussi par d'autres facteurs : manque de disponibilité d'un médecin le soir et les week-ends, voire même en journée pour certains médecins au planning surchargé, et facilité de l'appel pour avoir une réponse médicale rapide. On peut aussi évoquer le fait qu'une partie des patients consultent directement dans un SAU sans avis médical en amont, comme l'atteste l'augmentation des passages aux urgences ces dernières années. [23]

D'autre part, l'évolution de la démographie médicale semble jouer un rôle dans l'activité du médecin généraliste par rapport à l'urgence. Les projections de la DREES à l'horizon 2009 montrent une augmentation de l'âge moyen des praticiens jusqu'en 2015, mais également une féminisation croissante de la population médicale jusqu'en 2030. [22] Les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins montrent par ailleurs une aspiration à une durée de travail moindre, notamment de la part des femmes médecins. Les évolutions de la pratique médicale sont également à prendre en considération, puisque l'installation se fait de plus en plus tard et que moins de 50%

des praticiens nouvellement inscrits au Conseil de l'Ordre envisagent une installation en médecine libérale. [33-34] Par conséquent, démographie médicale, vieillissement, féminisation de la profession, réduction du temps de travail et nouvelles aspirations sociologiques, sont des éléments majeurs intervenant dans le dispositif de la permanence des soins en ambulatoire. Toutes ces causes sont des obstacles au bon fonctionnement de celle-ci, pouvant influencer sur l'activité du praticien libéral, notamment en matière d'urgence. En effet, nombre d'entre eux précisent ne plus prendre de gardes la nuit. De plus, pour les médecins qui continuent d'assurer leurs gardes de secteur, celles-ci se font de plus en plus souvent à des points de consultations fixes, tels que les maisons médicales de garde, qui disposent la plupart du temps de tout le matériel et médicaments nécessaires en cas d'urgence. Toutes ces hypothèses soulevées peuvent avoir pour conséquence une très nette diminution de l'utilisation de la trousse d'urgence actuellement.

3.2- Influence de l'éloignement

Concernant la relation entre le contenu de la trousse d'urgence et l'éloignement des structures de soin, on remarque une tendance pour les médecins ruraux à avoir une trousse plus complète que leurs confrères urbains (cf tableau 25). Même si nous ne pouvons pas affirmer pleinement ce lien, notre étude manquant de puissance, nous avons obtenu quelques résultats significatifs pour les dérivés nitrés, le glucose 30 %, les anti-convulsivants, l'héparine ($p=0,05$), le matériel d'intubation ($p=0,02$) et le matériel de perfusion ($p=0,001$). On constate cependant que les médicaments et matériels relevant de l'urgence vitale ou permettant un gain de temps dans la prise en charge du patient en attendant l'intervention du SMUR sont les plus représentés en milieu rural.

Concernant le lien entre l'utilisation de la trousse d'urgence et l'éloignement des structures de soin, on remarque cette fois-ci une tendance plus marquée pour les médecins ruraux à utiliser leur trousse par rapport à leurs confrères urbains (cf tableau 26).

Les différences sont significatives pour l'adrénaline, les anti-spasmodiques ($p=0,05$), les Beta-2 mimétiques, les diurétiques ($p=0,02$) et les corticoïdes ($p=0,001$). Nous remarquons une nouvelle fois que ce sont les médicaments et matériels de l'urgence vitale qui sont les plus utilisés en milieu rural, le délai d'intervention du SMUR parfois important nécessitant d'administrer les premiers soins sans attendre.

3.3- Influence de la permanence des soins

Concernant la relation entre la participation à la permanence des soins et le contenu de la trousse d'urgence, on remarque que les médecins effectuant des gardes possèdent plus de médicaments ou matériels que leurs confrères ne prenant pas de gardes (cf tableau 27). Ne ne pouvons pas affirmer ce lien, par manque de puissance de notre étude, même si nous avons obtenu quelques résultats significatifs pour les anti-convulsivants, les anti-agrégants plaquettaires ($p=0,05$), les diurétiques, le glucose 30 % et le matériel de perfusion ($p=0,01$).

Comme nous l'avons dit précédemment, il semble effectivement logique que les médecins effectuant des gardes possèdent une trousse plus complète, car elle répond à leurs besoins et est adaptée à leur pratique quotidienne.

Concernant la relation entre l'utilisation de la trousse d'urgence et la participation à la permanence des soins, on constate globalement que les médecins faisant des gardes utilisent davantage leur trousse (cf tableau 28). Nous avons obtenu des résultats significatifs pour les anti-spasmodiques ($p=0,05$) et pour les corticoïdes ($p=0,01$). En observant plus finement nos résultats, il semble que les médicaments de « confort », à visée symptomatique, soient plus souvent utilisés que les médicaments et matériels de l'urgence vitale. Comme nous l'avons vu précédemment, cela peut

s'expliquer par la fréquence moindre des pathologies nécessitant une prise en charge immédiate, et très vraisemblablement par la régulation des Centres 15 qui envoient directement des secours adaptés. En définitive, le médecin généraliste semble intervenir davantage dans le cadre de l'urgence relative que dans l'urgence vitale vraie.

3.4- Influence de la formation

Concernant le lien entre le suivi d'une formation spécifique à l'urgence et le contenu de la trousse d'urgence, on remarque que les médecins ayant suivi une formation semble avoir une trousse d'urgence plus complète que leurs confrères n'ayant pas suivi de formation (cf tableau 29). Nous avons obtenu des résultats significatifs pour les antalgiques palier 1-2 ($p=0,05$), les sédatifs, le matériel d'intubation, l'oxygène ($p=0,02$) et les antalgiques palier 3 ($p=0,01$).

Nous constatons que les médecins ayant suivi une formation spécifique à l'urgence possèdent principalement des médicaments d'urgence vitale (adrénaline, ceftriaxone, corticoïdes, diurétiques, Beta-2 mimétiques et dérivés nitrés présents dans plus de 90 % des trousse), même si nous ne pouvons affirmer ce lien en l'absence de résultats significatifs.

Concernant la relation entre formation à l'urgence et utilisation de la trousse d'urgence, on constate une tendance chez les médecins ayant suivi une formation à utiliser plus fréquemment leur trousse d'urgence par rapport à leurs confrères n'ayant pas suivi de formation (cf tableau 30). Nous n'avons obtenu qu'un seul résultat significatif pour les anti-hypertenseurs ($p=0,02$). Comme précédemment, les médicaments les plus utilisés sont plutôt ceux à visée symptomatique.

3.5- Influence de la date d'installation

Concernant la relation entre date d'installation et contenu de la trousse d'urgence, il ne semble pas y avoir de lien évident (cf tableau 31). Les proportions importantes de médicaments et matériels présents dans les trousse des médecins installés depuis plus de 20 ans sont même plutôt surprenantes quand on met ces résultats en parallèle avec ceux du tableau 17 : 71,7 % des médecins répondants ayant déclaré que le contenu de leur trousse a diminué par rapport à leurs premières années d'exercice. Il est possible que par « diminution du contenu de leur trousse », certains ont pu comprendre « non-renouvellement du contenu de leur trousse », et il aurait donc été intéressant de faire préciser aux médecins les dates de péremption des médicaments de leur trousse pour avoir une explication quant à ces résultats discordants. On peut aussi penser que leur trousse d'urgence comportait initialement plus de médicaments ou matériels, et qu'ils ont simplement décidé au fil des années de ne plus renouveler pour cause de faible utilisation.

Le seul résultat significatif obtenu concerne l'oxygène ($p=0,05$) possédé par 16,7 % des médecins installés depuis plus de 20 ans contre 0 % des médecins installés depuis moins de 20 ans. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'oxygène médical est devenu un médicament (possédant donc une AMM) en 1997, compliquant ainsi les démarches pour s'en procurer, sans compter son coût et son délai de péremption de 5 ans. [38] Avec ces freins, il n'est pas surprenant que les « jeunes » médecins n'en soient pas équipés. A noter que parmi les médecins possédant de l'oxygène, 80% exercent en cabinet de groupe, ce qui permet de limiter l'impact de son coût.

Concernant le lien entre la date d'installation et l'utilisation de la trousse d'urgence, nous n'avons pas obtenu de résultats significatifs. On observe néanmoins une tendance chez les médecins installés depuis plus de 20 ans à utiliser plus fréquemment leur trousse d'urgence que leurs confrères installés depuis moins de 20 ans (cf tableau 32). On peut éventuellement expliquer cela par leur plus grande expérience clinique et thérapeutique dans le maniement de certains médicaments.

4- Relation du médecin généraliste à l'urgence

Dans notre échantillon, 84,1 % des médecins ont déclaré posséder une trousse d'urgence. Nous n'avons pas montré de différences significatives entre le fait de posséder une trousse par rapport à l'éloignement des structures de soin ou au fait de participer à la permanence des soins (cf tableaux 10-12).

Concernant le « ressenti » des médecins par rapport à leur trousse d'urgence, une majorité la considère comme indispensable ou utile (respectivement 32,7 % et 38,5 %) dans leur pratique quotidienne.

Nous n'avons pas montré de différence significative entre le fait de participer à la permanence des soins et le « ressenti » vis-à-vis de leur trousse (cf tableaux 13-15).

En revanche, les médecins exerçant en milieu urbain la considèrent davantage peu utile voire inutile par rapport à leurs confrères ruraux ($p=0,05$). Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils ne se sentent pas directement concernés par l'urgence, se pensant « protégés » par le délai d'intervention rapide du SMUR. Il faut cependant noter que sur l'année 2011, le SMUR de Tours a enregistré 406 carences de moyens au moment d'un appel (c'est-à-dire que les équipes primaire et secondaire du SMUR n'étaient pas disponibles immédiatement au moment de l'appel). Ainsi, même en milieu urbain, il est possible de se retrouver seul face à une urgence vitale sans aide médicale immédiate.

Nous avons demandé dans cette étude à quelle occasion principale les médecins utilisaient-ils leur trousse d'urgence. Malheureusement, les données sont difficilement exploitables car nombre de médecins ont donné plusieurs réponses alors que nous avons posé la question au singulier. Il semblerait cependant que la plupart l'utilise en déplacement.

De plus, il aurait été intéressant de leur faire préciser le lieu de rangement de leur trousse, car nous avons vu précédemment que cela pouvait avoir des conséquences pour la conservation des médicaments.

Dans notre étude, il semble que la plupart des médecins possèdent une trousse d'urgence adaptée à leur pratique, puisque seuls 35,8 % d'entre eux déclarent s'être retrouvés en difficulté à cause de l'absence d'un médicament. Là aussi, il aurait été intéressant de leur faire préciser la raison de cette absence : péremption d'un médicament, oubli de renouvellement, ampoule cassée, ou absence pure et simple face à une situation dont ils ne pensaient pas être confrontés ? Quoiqu'il en soit, la quasi totalité de ces médecins ont par la suite modifié leur trousse en conséquence (94,7 %).

Pour 78,8 % des médecins répondus, la source principale déterminant le contenu de leur trousse reste leur pratique personnelle. Comme nous l'avons vu précédemment dans la littérature, la trousse d'urgence doit être adaptée à la pratique quotidienne du médecin, la meilleure trousse d'urgence étant celle que l'on connaît bien, constituée et modifiée par sa propre expérience. Mis à part quelques incontournables, à chacun de la personnaliser selon ses besoins, son secteur d'exercice, ses connaissances, ses compétences.

La formation et la lecture d'articles sur le sujet semblent peu influencer les médecins dans la composition de leur trousse (respectivement 32,7 % et 13,5 %). L'enseignement post-universitaire est peut-être insuffisant ou peu adapté à la pratique du médecin généraliste. Dans l'ensemble, ces pourcentages relativement faibles viennent renforcer la conclusion de la thèse du Dr Danzel d'Aumont Lhotellier sur la trousse d'urgence du généraliste vue par les étudiants en médecine: il est indispensable de tenter d'améliorer la formation sur ce point précis pendant le cursus des études médicales. [39]

Au vu de ces résultats, il serait néanmoins intéressant de valider une trousse d'urgence type en partenariat avec le SAMU afin d'harmoniser la prise en charge de l'urgence.

Concernant la fréquence des inventaires, la grande majorité des médecins répondants ont indiqué vérifier le contenu de leur trousse minimum une fois par an (82,4 % contre 17,6 % qui font une vérification moins d'une fois par an, cf tableau 20). Dans l'idéal, chaque médecin devrait réévaluer sa trousse après chaque utilisation, mais ceci est difficilement applicable au quotidien du généraliste et la littérature s'accorde à dire qu'une vérification deux fois par an est impérative.

Il aurait été intéressant de faire préciser le nombre de médicaments périmés dans les trousse des médecins pour vérifier si la fréquence déclarée des inventaires est compatible.

Concernant la modification du contenu de leur trousse d'urgence depuis leur installation, 71,7 % des médecins l'ont revu à la baisse. Cette évolution est vraisemblablement liée à de nombreux facteurs:

- l'adaptation du contenu de la trousse aux situations cliniques rencontrées.

- la diminution du rôle actuel et de la pratique du médecin généraliste dans le cadre des soins d'urgence, avec l'avènement des SMUR et de la régulation des Centre 15.

- la diminution considérable du nombre de visites à domicile, suite à l'accord national du bon usage des soins paru en 2002 ayant pour objectif de limiter les déplacements et favoriser les consultations au cabinet. [40]

- la disparition des échantillons de médicaments délivrés gratuitement par les laboratoires pharmaceutiques depuis janvier 2005, entraînant la contrainte de se prescrire et d'aller chercher les médicaments en pharmacie. [41]

Enfin, concernant les méthodes pour aider au renouvellement du contenu des trousse, 72,1 % des médecins répondants ont indiqué être intéressés par une « check-list ». Cela permettrait de compléter facilement leur trousse, et d'avoir un coup d'œil immédiat sur les dates de péremption.

Une aide logicielle, proposée par 18,6 % des médecins répondants, permettrait également un meilleur renouvellement du contenu des trousse. On peut trouver de telles aides sur Internet, proposées par des praticiens. [42] On pourrait s'interroger sur une diffusion plus généralisée de telles aides, par exemple au moyen d'un courrier adressé à tous les médecins participant à la permanence des soins.

Enfin, 14 % des médecins seraient intéressés par déléguer la gestion du contenu de leur trousse d'urgence à un prestataire privé. Il aurait pu être pertinent de leur demander la ou les raison(s) principale(s) : gain de temps ? On pourrait aussi imaginer une gestion du contenu des trousse par les pharmaciens d'officine, qui possèdent de façon plus évidente des logiciels permettant de gérer les dates de péremption.

Notons tout de même que le taux d'abstention de réponse à cette question est de 18,9 %. On peut l'expliquer par le fait que certains médecins préfèrent gérer eux-mêmes leur trousse d'urgence, ou ne voient pas de solution évidente à proposer.

Conclusion

Dans les limites de notre étude, la trousse d'urgence des médecins généralistes d'Indre-et-Loire semble relativement complète, avec une bonne représentation des médicaments de l'urgence vitale. Mais dans les faits, son utilisation paraît peu fréquente, et porte entre autres sur les médicaments à visée symptomatique.

Cette utilisation moindre de la trousse d'urgence peut être expliquée par plusieurs facteurs : mise en place du nouveau système de permanence des soins avec régulation des appels par le Centre 15, fréquence faible des pathologies d'urgence vitale auxquelles le médecin généraliste peut être confronté, et contexte de démographie médicale défavorable.

L'objectif principal de notre travail était de montrer si le contenu et l'utilisation de la trousse d'urgence étaient influencés par l'éloignement des structures de soins. Cela semble être le cas, surtout concernant les médicaments d'urgence vitale, même si l'on ne peut pas affirmer pleinement ce lien malgré les quelques résultats significatifs obtenus.

Il en va de même pour la participation à la permanence des soins et pour la formation spécifique à l'urgence : les médecins répondants à ces 2 critères semblent avoir une trousse plus complète que les autres et y ont plus souvent recours, plutôt pour les médicaments à visée symptomatique. Ceci ne peut encore une fois être formellement confirmé, au vu de nos quelques résultats significatifs obtenus.

Bien que la plupart des médecins généralistes considèrent leur trousse d'urgence comme indispensable ou utile à leur pratique quotidienne, on tend à observer une diminution de leur contenu au fil des années d'exercice. On peut penser que le nouveau système de permanence des soins mis en place avec la régulation des appels par le Centre 15, a eu un impact direct sur le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge de l'urgence. Ainsi, on pourrait se poser la question de l'utilité pour les praticiens de conserver une trousse d'urgence opérationnelle. Néanmoins, le médecin généraliste peut toujours être confronté à l'urgence, quel que soit son lieu d'exercice, même si celle-ci est devenue plus rare dans sa pratique quotidienne. Si la situation l'impose, le médecin se doit d'administrer précocement un traitement adapté en attendant une prise en charge spécialisée, d'autant plus s'il exerce à distance d'une structure d'une soin. Il serait donc plutôt pertinent de mettre en place un consensus sur le contenu d'une trousse d'urgence, en prenant en compte ces différents facteurs, notamment le lieu d'exercice, afin d'harmoniser la prise en charge de l'urgence.

Annexes

Annexe 1

ARRETE

PORTANT ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS DE LA MEDECINE AMBULATOIRE EN INDRE-ET-LOIRE

LE PREFET D'INDRE-ET-LOIRE,

VU le Code de la Santé Publique, notamment ses articles L. 4163-7-2° et L. 6315-1,

VU le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 modifié portant Code de Déontologie Médicale, notamment son article 77,

VU le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 modifié relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la Santé Publique,

VU l'arrêté ministériel du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire,

VU l'arrêté préfectoral du 15 juillet 2004 portant cahier des charges de l'organisation de la Permanence des Soins de la Médecine Ambulatoire en Indre-et-Loire,

VU la proposition d'organisation de la permanence des soins de la Mission Régionale de Santé en date du 7 septembre 2005,

VU l'avis du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du 23 janvier 2006,

VU l'avis du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires du 15 décembre 2005,

Considérant la faible activité de nuit au titre de la permanence des soins de la médecine libérale ambulatoire enregistrée par l'Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie lors d'une étude menée sur l'année 2004,

Sur proposition de Madame la Directrice départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

ARRETE

Article 1 :

L'état des lieux de l'organisation de la permanence des soins de la médecine ambulatoire du département d'Indre-et-Loire est constitué de la base de données suivante :

1 / Cartographie de la densité de population par commune en Indre-et-Loire (Recensement Général de la Population 1999 INSEE) - Annexe 1

2 / Cartographie de la répartition de la population de 65 ans et plus en Indre-et-Loire et implantation des établissements pour personnes âgées - Annexe 2

3 / Arrêté préfectoral du 15 avril 2005 portant découpage du département d'Indre-et-Loire en secteurs de garde pour l'organisation de la garde ambulancière - Annexe 3

4 / Arrêté préfectoral du 12 août 2005 portant modification de l'arrêté du 25 mars 2004 dressant la liste des entreprises de transports sanitaires bénéficiant d'autorisations de mise en service - Annexe 4

5 / Cartographie de la sectorisation des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (extrait du Schéma régional d'Organisation Sanitaire de la Région Centre du 15 juillet 1999 modifié) - Annexe 5

6 / Cartographie de l'implantation des Véhicules de Secours aux Asphyxiés et aux Victimes (VSAV) - Annexe 6

7 / Cartographie de la répartition des médecins généralistes libéraux en activité par commune en Indre-et-Loire et Tableau de données départementales caractérisant la profession de médecin généraliste libéral - Annexes 7 et 7 Bis

8 / Liste des communes de l'agglomération couvertes par SOS Médecins 37 - Annexe 8

Article 2 :

La permanence des soins en médecine ambulatoire s'applique aux périodes définies ci-après :

- les jours ouvrés de 20h au lendemain à 8h,
- les samedis de 12h au lendemain à 8h,
- les dimanches et jours fériés de 8h au lendemain à 8h.

Article 3 :

La permanence des soins est assurée dans le département par les acteurs suivants :

- Centre 15 du SAMU 37 du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours,
- Les médecins généralistes libéraux,
- SOS Médecins pour Tours et l'agglomération,
- Les services d'accueil d'urgence des établissements de santé,
- Les services mobiles d'urgence et de réanimation,
- Les transports sanitaires terrestres.

Article 4 :

Les médecins généralistes libéraux participent à la permanence des soins dans les périodes suivantes :

- les jours ouvrés de 20h à 24h,
- les samedis de 12h à 24h,
- les dimanches et jours fériés de 8h à 24h.

Les médecins libéraux participent de façon volontaire à la permanence des soins entre 24 h 00 et 8 h 00. Cette participation est mise en œuvre dans un nombre de secteurs, tels que définis à l'article 5, dont le nombre n'excède pas 15.

Article 5 :

Pour l'exercice de la permanence des soins d'Indre-et-Loire, le territoire départemental est divisé en 25 secteurs d'astreinte définis comme suit :

- N°1 : Fondettes
- N°2 : Château-la-Vallière
- N°3 : Neuillé-Pont-Pierre
- N°4 : Château-Renault
- N°5 : Monnaie
- N°6 : Vouvray
- N°7 : Esvres
- N°8 : Monts
- N°9 : Montlouis
- N°10 : Bléré
- N°11 : Amboise
- N°12 : Loches
- N°13 : Yzeures-sur-Creuse
- N°14 : Ligueil
- N°15 : Descartes
- N°16 : Chinon
- N°17 : Ile Bouchard
- N°18 : Azay-le-Rideau
- N°19 : Richelieu
- N°20 : Bourgueil
- N°21 : Langeais
- N°22 : Sainte-Maure-de-Touraine
- N°23 : Tours nord
- N°24 : Tours centre
- N°25 : Joué-lès-Tours

Cette sectorisation est définie aux annexes 9 et 10 du présent arrêté.

Article 6 :

Les appels relevant de la permanence des soins font l'objet d'une régulation préalable organisée par le SAMU.

Les modalités de participation de la médecine libérale à la régulation médicale des appels téléphoniques relevant de la permanence des soins en médecine ambulatoire sont définies par convention.

Article 7 :

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins élabore le tableau départemental nominatif des médecins de permanence selon les principes définis aux articles 2 à 5 du présent arrêté. La permanence est assurée dans chaque secteur par un médecin généraliste libéral ou par SOS Médecins.

Le tableau départemental est établi pour une durée minimale de trois mois.

Ce tableau est transmis au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre par l'Association pour la Permanence des Soins et des Urgences Médicales au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins qui vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins s'engage à transmettre ce tableau quinze jours avant sa mise en œuvre par télécopie au Préfet d'Indre-et-Loire (DDASS), au SAMU 37 du CHRU de Tours, aux Caisses d'Assurance Maladie, aux médecins concernés, ainsi que sur leur demande

aux organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux représentés au niveau départemental.

En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires, constatée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, ce dernier, après avis des organisations représentatives des médecins libéraux, complète le tableau de permanence en tenant compte de l'état de l'offre de soins disponible.

Si à l'issue de cette consultation le tableau reste incomplet, le Préfet d'Indre-et-Loire procède aux réquisitions nécessaires.

Le Conseil Départemental de l'Ordre s'engage à transmettre sans délai au Préfet ainsi qu'aux différents destinataires sus énoncés toute modification relative aux médecins dispensés apportée au tableau départemental déjà transmis.

Lorsque le Préfet a procédé à une ou des réquisitions, la DDASS transmet le tableau complété aux destinataires sus cités et la ou les décisions individuelles de réquisition au(x) médecin(s) concerné(s) ainsi qu'au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Dans l'hypothèse d'un dysfonctionnement signalé à la DDASS par le SAMU 37 au regard du tableau départemental d'astreinte, la DDASS le transmettra au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins pour instruction et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Article 8 :

Le CODAMUPS procède à une évaluation annuelle du dispositif défini par le présent arrêté.

Cette évaluation est préparée par le sous comité médical du CODAMUPS qui prend en compte notamment les données suivantes :

- Examen du tableau de bord permettant de distinguer les flux d'activité médecins libéraux/médecins d'urgence, analysés par secteur,
- Difficultés résultant du découpage géographique et de la démographie médicale,
- Difficultés résultant des modalités de réception et de traitement des appels par le Centre 15 pour la permanence des soins de la médecine ambulatoire,
- Difficultés inhérentes à l'élaboration et à la mise en œuvre du tableau départemental d'astreinte,
- Nombre de dysfonctionnements signalés par le SAMU 37 à la DDASS sur la mise en œuvre du tableau départemental d'astreinte.
- Nombre d'astreintes rémunérées par l'assurance maladie avant et après minuit
- Nombre d'actes réalisés avant et après minuit

Trois mois après la mise en œuvre des dispositions du présent arrêté, il est procédé à une première évaluation qui porte en particulier sur l'application des dispositions du 2^{ème} alinéa de l'article 4.

Article 9 :

L'arrêté préfectoral du 15 juillet 2004 portant cahier des charges de l'organisation de la Permanence des Soins de la Médecine Ambulatoire en Indre-et-Loire est abrogé.

Article 10 :

Le présent arrêté peut être contesté par un recours hiérarchique formé auprès du Ministre chargé de

la Santé ou par un recours contentieux porté devant le Tribunal Administratif d'Orléans (28 rue de la Bretonnerie 45057 Orléans cedex 1) dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Article 11 :

Le présent arrêté sera publié au Recueil des actes administratifs du département d'Indre-et-Loire.

Article 12 :

Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture, Madame le Directeur départemental des Affaires Sanitaires et Sociales, Monsieur le Président du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont une copie sera adressée à :

- Mme le Directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie du Centre
- M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Centre
- M. le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Indre-et-Loire
- M. le Directeur de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole d'Indre-et-Loire
- M. le Directeur de la Caisse Maladie Régionale Commerçants Artisans
- M. le Président de l'Union régionale des Médecins Libéraux
- M. le Président de l'Association pour la Permanence des Soins et des Urgences Médicales en Indre-et-Loire
- M. le Directeur Général du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de TOURS
- Mme la Directrice du Centre hospitalier du Chinonais
- M. le Directeur du Centre hospitalier intercommunal d'Amboise- Châteaurenault M. le Directeur du Centre hospitalier de Loches
- Monsieur le Directeur de la Clinique Saint-Grégoire
- M. le Président de l'Association SOS Médecins
- M. le Président de l'Association des Transports Sanitaires Urgents

Annexe 2

Le CETRA 37

CEntre de Traitement et de Régulation de l'Alerte

Depuis le mois de septembre 2007, une nouvelle structure fonctionne pour assurer la réception et la régulation des appels.

Cette structure est établie dans l'enceinte du CHRU Trousseau et met en commun les moyens :

- De services du CHRU : CRRA 15 (Centre de Réception et de Régulation des Appels 15), SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente).
- De services des Pompiers : CTA (Centre de Traitement de l'Alerte), CODIS (Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours).
- De l'APSUM : médecins régulateurs libéraux volontaires.
- De l'ATSU (Association des Transports Sanitaires Urgents)

Elle est composée de trois unités :

- Le CRTA (Centre de Réception et de Traitement des Appels), encore nommé « front office » qui reçoit les appels 15, 18 et 112, et assure un premier traitement de l'appel (Envoi de moyens et orientation de l'appelant vers l'une des deux autres unités) selon des protocoles définis. Cette unité est composée de pompiers et de pennaneneiers qui ont à ce niveau un rôle identique.
- Le « back office » CODIS, qui a mission de coordonner les actions relevant de la compétence des pompiers.
- Le « back office » SAMU, qui assure la régulation médicale, c'est-à-dire détermine, déclenche et organise la réponse la mieux adaptée à la nature des appels médicaux.

Le « back office » SAMU est constitué de trois catégories d'acteurs :

- Les médecins régulateurs hospitaliers qui assurent la régulation médicale pour les urgences médicales et spécifiquement pour les urgences graves.
- Les médecins régulateurs libéraux, présents le samedi de midi à minuit, les dimanches et fériés de 8 heures à minuit, la semaine de 20 heures à minuit : leur rôle est de traiter les appels qui relèvent de la PDS, soit en donnant un conseil médical, soit en orientant vers le médecin libéral de garde de secteur.
- Les PARM (Pennaneneiers Auxiliaires de Régulation Médicale), qui, comme leur nom l'indique, aident le médecin régulateur, soit pour le suivi des appels (envoi d'ambulance, etc.), soit pour donner des conseils ou orienter vers le médecin de garde en cas d'absence ou de débordement des médecins régulateurs.

Cette structure est la première en France à fonctionner selon ces modalités. Il y a eu un certain nombre de dysfonctionnements ressentis aussi bien au sein du CETRA que sur le terrain, et bien qu'il ne soit pas certain que la décision politique de fusionner les appels aux trois numéros d'urgence soit la plus judicieuse, il est prévu pour le moment de tenter d'améliorer l'outil qui s'est heurté à des problèmes techniques majeurs de téléphonie, de transmission radio et d'informatique.

Annexe 3

Questionnaire Trousse d'urgence des médecins généralistes du 37

- 1- Quel est votre sexe ?
Homme Femme
- 2- Quel est votre âge ?
... ans
- 3- Depuis combien de temps êtes-vous installé ?
... ans
- 4- Quel est votre mode d'exercice ?
seul en groupe
- 5- En moyenne, à combien de temps d'une structure de soins d'urgence / délai d'intervention du SMUR votre cabinet est-il situé ?
... minutes
- 6- Comment assurez-vous la permanence des soins ?
-gardes de secteur
-gardes dans un service d'urgences
-régulation téléphonique
-pas de garde
- 7- Avez-vous suivi une formation spécifique à l'urgence ?
-non
-médecin pompier
-stage d'urgence (internat, résidanat)
-diplôme d'urgentiste / ancien urgentiste
-FMC
- 8- Possédez-vous une trousse d'urgence ?
-oui
-non (fin du questionnaire)
- 9- Dans votre pratique quotidienne, pensez-vous que votre trousse d'urgence est:
-indispensable
-utile
-peu utile
-inutile
- 10- A quelle occasion principale utilisez-vous votre trousse d'urgence ?
-à votre cabinet -en visite
-en garde / astreinte
- 11- Avez-vous déjà été en difficulté dans une situation d'urgence à cause de l'absence d'un médicament dans votre trousse ?
-oui
-non
- 12- Si oui à la question précédente, avez-vous modifié votre trousse en conséquence ?
-oui
-non
- 13- Par rapport à vos premières années d'exercice, pensez-vous que le contenu de votre trousse actuelle
-a augmenté
-est resté identique
-a diminué
- 14- Vérifiez-vous le contenu de votre trousse après chaque utilisation ?
-oui
-non
- 15- Si non à la question précédente, vérifiez-vous son contenu de façon systématique:
-plusieurs fois par an
-1 ou 2 fois par an
-moins d'une fois par an
- 16- Quelle a été votre principale source d'informations pour la constitution de votre trousse d'urgence ?
-articles (revues, internet)
-pratique personnelle
-formation spécifique (internat, résidanat, post-universitaire)
- 17- Pour vous aider à renouveler le contenu de votre trousse, indiquez quelle méthode vous paraît le plus utile:
-plaquette d'information (check-list)
-aide informatique (logiciel gérant le stock, les dates de péremption, etc...)
-prestataire privé
- 18- (cf verso)

18- Indiquez si vous possédez les médicaments suivants, et si vous les avez utilisés dans les 12 derniers mois (cochez la case pour une réponse positive):

Produits	Possédé ?	Utilisé dans les 12 derniers mois ?
Adrénaline		
Ceftriaxone (Rocéphine®)		
Corticoïdes		
Diurétique		
Beta-2 Mimétique		
Dérivé nitré		
Glucose 30%		
Anti-convulsivant		
Atropine		
AINS		
Antalgique palier 1 ou 2		
Antalgique palier 3		
Anti-spasmodique		
Anti-émétique		
Anti-histaminique		
Sédatif (neuroleptique / anxiolytique)		
Anti-agrégant plaquettaire		
Héparine		
Anti-hypertenseur		
Canule de Guedel		
Matériel d'intubation		
Matériel de perfusion		
Oxygène		
ECG		

Merci de votre participation.

Bibliographie

- [1] LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (JO du 17 août 2004)
- [2] DOUBOVETZKY J
Elaborer sa trousse d'urgence : un guide pour la réflexion
Revue Prescrire 1990 ; 10 : 462-471
- [3] DOUBOVETZKY J
Elaborer sa trousse d'urgence. 2ème partie : propositions pour trois situations
Revue Prescrire 1990 ; 10 : 517-524
- [4] CROCHETON N
Trousse d'urgence
EMC
Editions Elsevier Masson SAS, Paris, 2007
Médecine d'urgence, 25-010-A-10
- [5] LANOTTE R ; LEBRET Ph
La trousse d'urgence du généraliste
Revue de médecine de Tours 1992 ; 26 : 91-98
- [6] FAVAREL-GARRIGUES J-C
Trousse d'urgence en médecine rurale
Le Concours Médical 1995 ; 117-01 : 53-54
- [7] FAVAREL-GARRIGUES J-C ; BRUGERE N
Trousse d'urgence
Le concours médical 1999 ; 121-39 : 3081-3082
- [8] KALIS A ; FREYSZ M
La trousse d'urgence du médecin généraliste. Quel contenu pour l'urgence vitale ?
Presse médicale 2003 ; 32 : 1450-1454
- [9] MENOT E
La trousse d'urgence pratique du médecin généraliste
La gazette médicale 1995 ; 101 : 25-27
- [10] POLIKIPIS M, CLAESSENS B, MOLS P
La trousse d'urgence du généraliste doit rester simple mais efficace: mode d'emploi.
The doctor's emergency bag must be simple but efficient: manual.
Rev Med Brux 2007 ; 28 : 232-240
<http://www.amub.be/rmb/article.php?id=354>
- [11] GOLDSTEIN P
La trousse d'urgence du médecin généraliste
Formathon 2005, congrès de médecine générale, 28 mars 2005 (mis à jour le 06 août 2008)
<http://www.formathon.fr/fr/spip.php?article96>
- [12] DELAY M, BATTEFORT F, BOUNES V, DUCASSE J.L
Quelle est la composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes en 2007 ?
Journal Européen des Urgences 2008 ; 21S : A6-A7

[13] GILLES-CAU V

La trousse d'urgence du médecin généraliste: enquête auprès de 100 médecins généralistes exerçant dans les Bouches-du-Rhône

Th: Med: Marseille, 2004

[14] BROHET A

Analyse critique de la trousse d'urgence du médecin généraliste : à propos d'une enquête réalisée auprès de 100 médecins généralistes de Picardie

Th : Med : Amiens, 2008

[15] Code de la Santé Publique

Articles R6315-1 à R6315-7 relatifs à la permanence des soins

www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=E77BF2B80A548A8190262F80562AB539.tpdjo06v_3?

[idSectionTA=LEGISCTA000006190917&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090317](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=E77BF2B80A548A8190262F80562AB539.tpdjo06v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006190917&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090317)

[16] Code Pénal

De l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours, article 223-6, 2ème alinéa

<http://www.legifrance.gouv.fr>

[17] LUCAS J, JORNET F

Responsabilités des médecins de garde ou d'astreinte : analyse juridique et déontologique.

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

[18] Code de Déontologie Médicale

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915>

[19] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Communiqué de presse. 1er mars 2002

<http://www.sante.gouv.fr>

[20] Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, rapport Descours. Janvier 2003.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf

[21] Décret n°2003-880 du 15/09/2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique.

Journal Officiel de la République Française n°214 du 16 septembre 2003, page 15863

<http://www.legifrance.gouv.fr>

[22] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. Etude et résultats, février 2009, n°679

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>

[23] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

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

Etude et résultats, juillet 2000, n°72

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er072.pdf>

[24] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Les urgences en médecine générale : séries statistiques. Document de travail n°94, avril 2006
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf>

[25] CRICHTON B
Keep in cool place: exposure of medicines to high temperatures in general practice during a British heatwave
JR Soc Med 2004 ; 97 : 328-329

[26] GOLSTEIN P ; MARSON JC ; GALIZIA JP
Devenir des médicaments de l'urgence soumis à des températures extrêmes
La Revue des SAMU 1986 ; 4 : 175-179

[27] La permanence des soins dans le département d'Indre-et-Loire
Site internet de la préfecture d'Indre-et-Loire
<http://www.indre-et-loire.pref.gouv.fr/Les-actions-de-l-Etat/Protection-des-populations-et-sante/Securite-sanitaire/Permanence-des-soins>

[28] Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France
Avis relatif à la conduite à tenir immédiate en cas de suspicion clinique de purpura fulminans, 22 septembre 2006
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Avis_du_22_septembre_2006_relatif_a_la_conduite_a_tenir_immEDIATE_en_cas_de_suspicion_clinique_de_purpura_fulminans.pdf

[29] 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 SAMU
http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19871217&pageDebut=14692&pageFin=&pageCourante=14692

[30] ROUPIE E
Les urgences hospitalières en 2008 : témoins et acteurs incontournables des changements de l'hôpital public.
Réanimation, Volume 17, numéro 8, pages 719-721 (décembre 2008), doi : 10.1016/j.reaurg.2008.09.12

[31] Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)
Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans.
INSEE Première n°1320 (octobre 2010).
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320

[32] Arrêté du 25 juillet 1996 relatif à l'information du consommateur sur l'organisation des urgences médicales
Journal Officiel de la République Française du 1er août 1996
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000745010&dateTexte=20111014>

[33] La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en Région Centre (situation au 1er Juin 2011)
Conseil National de l'Ordre des Médecins
http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas_Centre_2011.pdf?download=1

[34] Atlas de la démographie médicale en France (situation au 1er janvier 2011)
Conseil National de l'Ordre des Médecins
<http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas2011.pdf?download=1>

[35] Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
Journal Officiel de la République Française du 6 octobre 2004
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238&fastPos=1&fastReqId=2040168411&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

[36] Carte de la répartition du nombre de médecins généralistes libéraux en activité par commune
<http://www.indre-et-loire.gouv.fr/content/download/2944/14306/version/1/file/Cartes-nb-medecins.pdf>

[37] Les appels d'urgence au centre 15 en 1997. Études et résultats, mars 2000, n° 55
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er055.pdf>

[38] Code de Santé Publique
Articles L 5111-1 et L 5121-8
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120624>

[39] DANZEL D'AUMONT LHOTELLIER A.
La trousse d'urgence du généraliste vue par les étudiants en médecine : comparaison de son contenu perçu par les DCEM4 et les résidents en cinquième semestre de la Faculté d'Amiens.
Th : Med : Amiens, 2000

[40] Arrêté du 26 Août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins.
Journal Officiel de la République Française du 30 Août 2002
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000414131&categorieLien=cid>

[41] Articles R5122-17 et L5122-10
Code de Santé Publique
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=0B706A034E870294628AA4A899341E8D.tpdjo09v_1?idArticle=LEGIARTI000025853198&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120626

[42] Syndicat REAGJIR-Lorraine
La trousse du médecin remplaçant
http://www.reagjir-lorraine.com/uploads/081114_trousse_reempla.pdf
http://www.reagjir-lorraine.com/uploads/081114_trousse_reempla.xls

Faculté de Médecine de TOURS

HUGUET François

Thèse n°

84 pages – 32 tableaux

Résumé :

Il n'existe actuellement aucune recommandation officielle pour la constitution d'une trousse d'urgence en médecine générale. Les quelques publications sur le sujet ne représentent que des propositions pour aider le praticien à élaborer une trousse d'urgence « type ». Elles ont pour but de faire face à la majeure partie des situations d'urgence auxquelles le praticien libéral est susceptible d'être confronté. Seuls quelques travaux ont étudié la trousse d'urgence des médecins généralistes en pratique. Ils ont mis en évidence une grande hétérogénéité dans leur composition, et ont souligné le fait que la trousse d'urgence doit être adaptée au praticien, mais la plupart du temps sans distinguer les différents modes d'exercice pouvant être rencontrés en médecine libérale.

L'objectif principal de ce travail a été d'évaluer le contenu et l'utilisation de la trousse d'urgence chez des médecins généralistes d'Indre-et-Loire afin de répondre aux questions suivantes :

- L'éloignement des structures de soins a-t-il une influence sur le contenu et l'utilisation de leur trousse ?
- L'aspect démographique et le parcours professionnel des médecins généralistes a-t-il une influence sur le contenu et l'utilisation de leur trousse ?

Pour répondre à ces objectifs, un questionnaire a été envoyé à 100 médecins généralistes libéraux tirés au sort, exerçant en Indre-et-Loire. 65 médecins y ont répondu.

Dans les limites de notre étude, la trousse d'urgence des médecins généralistes d'Indre-et-Loire semble relativement complète, avec une bonne représentation des médicaments de l'urgence vitale. Mais son utilisation paraît peu fréquente, et porte entre autres sur les médicaments à visée symptomatique.

L'objectif principal de notre travail était de montrer si le contenu et l'utilisation de la trousse d'urgence étaient influencés par l'éloignement des structures de soins. Cela semble être le cas, surtout concernant les médicaments d'urgence vitale, même si l'on ne peut pas affirmer pleinement ce lien malgré les quelques résultats significatifs obtenus.

Il en va de même pour la participation à la permanence des soins et pour la formation spécifique à l'urgence : les médecins répondants à ces 2 critères semblent avoir une trousse plus complète que les autres et y ont plus souvent recours, plutôt pour les médicaments à visée symptomatique. Ceci ne peut encore une fois être formellement confirmé, au vu de nos quelques résultats significatifs obtenus.

En conclusion, il serait donc plutôt pertinent de mettre en place un consensus sur le contenu d'une trousse d'urgence, en prenant en compte ces différents facteurs, notamment le lieu d'exercice, afin d'harmoniser la prise en charge de l'urgence.

Mots clés : Trousse d'urgence, urgence, permanence des soins, médecine générale, exercice urbain, exercice rural

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre-François DEQUIN

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis GUILMOT

Monsieur le Professeur François MAILLOT

Madame le Docteur Pascale RENAUD-BRIVET

Monsieur le Docteur Mathias RETORET

Date de la soutenance : 1er octobre 2012