



Année 2016

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
par

Tiphaine EMERAUD

Née le 04 février 1987 à TULLE (19)

LES URGENCES MEDICALES EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
PERCEPTION PAR LES MEDECINS GÉNÉRALISTES REMPLAÇANTS DE
LA RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

Présentée et soutenue publiquement le lundi 3 octobre 2016 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Dominique PERROTIN, Réanimation médicale, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Professeur François MAILLOT, Médecine interne, Gériatrie, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Isabelle MEGY-MICHOUX – Médecine d'Urgence, PH - Châteauroux

Docteur Christophe RUIZ, Médecine Générale - Neuvy St Sépulchre

RÉSUMÉ

Introduction :

Le médecin généraliste, médecin de premier recours, est en première ligne pour la gestion des urgences. Les remplaçants de médecine générale, futurs médecins installés, sont ainsi directement concernés. Peu d'études ont exploré leur vécu de l'urgence. Notre objectif était d'analyser la perception des urgences médicales en médecine générale par les remplaçants de la région Centre-Val de Loire.

Méthode :

Notre recherche est une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés de 12 généralistes remplaçants. Ce type d'étude était le plus adapté pour explorer leur ressenti. Le nombre d'entretiens a été défini par la suffisance des données.

Résultats :

Pour tous les médecins de l'étude, les urgences médicales étaient source d'un stress intense, malgré leur formation récente. Le vécu et la prise en charge des urgences dépendaient de facteurs individuels et contextuels. Leur ressenti des urgences était influencé par la solitude liée à l'isolement et par leur expérience. Tous évoquaient la difficulté d'intégrer la gestion des urgences à leur exercice quotidien et développaient des stratégies pour gérer leur angoisse. L'aidant de référence était le médecin régulateur du SAMU. Tous exprimaient la nécessité et la difficulté de rester formé à l'urgence, d'être équipé, et d'établir un réseau de correspondants.

Discussion :

Nous avons exploré la perception des urgences en médecine générale par les médecins remplaçants et retrouvé des spécificités de perception inhérentes à leur statut. Tous établissent des stratégies de gestion des urgences dans leur pratique quotidienne. L'intégration à des réseaux, tels les Médecins Correspondant SAMU, pourrait répondre en partie à leurs attentes.

MOTS CLEFS :

Médecin généraliste, médecine générale, remplaçant, urgence, perception, Médecins Correspondants SAMU, étude qualitative, région Centre-Val de Loire, vécu.

ABSTRACT

Medical emergencies in general medicine: As perceived by locum GPs in the Centre-Val de Loire region

Background:

In primary care, General Practitioners (GPs) manage frontline emergencies. Therefore, locum GPs are directly involved; yet few studies concentrate on their experience. Our objective was to analyse locum GPs perception of medical emergencies in the Centre-Val de Loire region.

Methods:

Our research is a qualitative study based on partly-directed interviews of 12 locum GPs. This survey style seemed most fitting to explore their feelings. The sufficiency of data defined the number of interviews.

Results:

All interviewees, however adequately trained for every eventuality, stated medical emergencies generated high stress levels. Experience and management of emergencies relied on both individual and contextual factors. Their emergency-ward experiences were influenced by feelings of loneliness due to their isolation and inexperience. All found integrating the management of emergencies into daily practice difficult, developing different coping strategies. They were mentored by the physician in charge of the emergency medical calls at the “centre 15”, known as “médecin régulateur”. All interviewees found being fully equipped and linked to a team essential.

Conclusion:

Having studied how locum GPs perceive emergencies in general medicine, we have found specific status-linked perceptions. Integrating networks such as “Médecins Correspondants du SAMU” could partly meet their expectations.

Key words:

General practitioner, general medicine, locum GPs, emergency, perception, Médecins Correspondants du SAMU, qualitative study, Centre-Val de Loire region, experience

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE - J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Médecine interne, nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOMMET Caroline	Médecine interne, gériatrie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne, gériatrie

MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médical, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine générale
ROBERT Jean Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David Physiologie
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne Cardiologie
BERTRAND Philippe Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEUX Guillaume Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON Antoine Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie
HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire
IVANES Fabrice Physiologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent	Physiologie
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine générale
LEMOINE Maël	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

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

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

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

Monsieur le Professeur Dominique Perrotin.

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de ma thèse et d'avoir consacré du temps à mon travail.

Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz.

Vous avez accepté avec enthousiasme de participer à ce jury de thèse. Je vous remercie d'œuvrer au développement et à la reconnaissance de la médecine générale. Soyez assurée de mon profond respect.

Monsieur le Professeur François Maillot.

Vous m'avez fait l'honneur de siéger dans ce jury.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mes sincères remerciements.

Isabelle et Christophe

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir guidée dans mon travail. Merci d'offrir à de jeunes médecins le soutien leur permettant d'avancer et de trouver leur voie dans la médecine.

Soyez assurés de toute ma gratitude.

Docteur Jacob

Merci de m'avoir initiée à la médecine générale, et de m'avoir laissé entrevoir toutes les fabuleuses possibilités qui s'offraient à moi...

Merci au **Service des urgences d'Orléans** pour m'avoir fait découvrir et aimer la médecine d'urgence.

Merci à tous ceux qui m'ont accompagnée au cours de mon parcours de formation.

A Lisa, sans qui je n'y serais pas arrivée... Merci de ta présence, de ta joie de vivre. Tu es mon soleil, mon grain de folie. Je suis fière de partager ma vie avec toi.

A mes parents. Pour votre amour, et pour m'avoir permis de m'épanouir et de devenir la femme que je suis aujourd'hui. Merci pour votre soutien indéfectible dans tous mes projets, aussi farfelus soient-ils, y compris ceux que vous ne comprenez pas...

A mon frère, que j'aime profondément. Sache que je serai toujours là pour te soutenir, même dans tes projets les plus fous.

A ma famille. Merci pour votre amour et votre soutien. Merci en particulier à mes grands parents, pour tous ces moments passés ensemble, et toutes les marques d'affection que vous me témoignez. Une pensée particulière à Papy...

A Cipa, pour tous ces moments magiques passés en ta compagnie. Une personne avisée m'a dit un jour « Le vent se lève, il faut tenter de vivre... » Ne l'oublie pas mon amie !

A Héléna, Seb, Mamlor, Fred, Lulu, Ema. Pour avoir supporté mes larmes et mes sautes d'humeur. Merci pour votre amitié et votre soutien sans faille ! J'espère que nous partagerons encore de nombreuses aventures ensemble ! A nous les bains de minuit et les plages ensoleillées !!

A Dominique et José qui m'ont accueillie à bras ouverts, et me considèrent, je pense, comme un membre de leur famille à part entière. Merci de votre affection, partagée, et de votre patience.

A Christian pour sa gentillesse et son aide précieuse, et ses talents de traducteur.

A Sean pour sa relecture de dernière minute, the Nobel Prize is (almost) ours!

A Andra et Alex, Laëtitia, Marie, Lise, Laure, que je ne vois pas assez mais à qui je pense souvent...

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	14
1. Les urgences.....	14
2. L'Aide médicale urgente en France et les différents acteurs de soin	14
2.1 La mise en place de l'Aide médicale urgente (AMU)	14
2.2 Les différents acteurs de l'AMU	15
3. Place du médecin généraliste dans le système de soins-urgences.....	15
3.1 Le médecin généraliste, médecin de premier recours	15
3.2 La prise en charge des urgences en médecine générale	16
4. Les Médecins Correspondants du SAMU.....	16
4.1 La mise en place des réseaux de Médecins Correspondants du SAMU.....	16
4.2 Déclenchement du MCS	17
4.3 Equipement et formation des MCS	17
5. La formation à l'urgence en médecine générale.....	18
5.1 Formation initiale.....	18
5.2 Formation continue.....	19
6. Les remplaçants de médecine générale.....	19
7. Notre étude	20
METHODE	21
1. Choix de la méthode.....	21
1.1 Type d'étude.....	21
1.2 Choix de la technique de recueil	21
2. L'échantillonnage	21
2.1 Mode de contact	21
2.2 Les remplaçants en médecine générale de la région Centre-Val de Loire	22
2.3 La population contactée	22
2.4 Les critères de sélection	22
3. Le recueil des données	23
3.1. Le choix de l'entretien semi-structuré.....	23
3.2. Le guide d'entretien	23
3.4 Les entretiens	24
4. L'analyse des entretiens	24
RESULTATS :.....	25
1. Caractéristiques du corpus	25
1.1 Caractéristiques de l'échantillon	25
1.2 Données personnelles	25
1.3 Le parcours d'interne	25

1.4 Les remplacements	25
1.5 Activités associées	26
1.6 Projet d'installation.....	26
2. Analyse des discours	28
2.1 Différentes notions d'urgences	28
2.2 Confrontation à l'urgence dans leur activité de médecine générale	29
2.3 Réaction émotionnelle	30
2.4 Conduite à tenir face à l'urgence	36
2.5 Des médecins confrontés à de nombreuses difficultés.....	39
2.6 De nombreux facteurs influencent leur vécu des urgences	42
2.7 L'impact des urgences sur leur pratique au quotidien.....	49
2.8 Place de la formation initiale dans la perception des urgences	51
2.9 Projet d'installation.....	55
2.10 Les Médecins Correspondants du SAMU	58
DISCUSSION	61
1. Principaux résultats.....	61
2. Forces et limites de l'étude.....	61
2.1 Forces de l'étude.....	61
2.2 Limites de l'étude.....	61
3. Généralisation des données	62
4. Interprétation des résultats.....	62
4.1 Différentes visions de l'urgence en médecine générale	62
4.2 Le ressenti face à l'urgence.....	64
4.3 Le rôle de la formation dans la perception des urgences.....	67
4.4 Place de l'urgence dans les projets d'installation.....	70
4.5 Intégration à un réseau de Médecins Correspondants du SAMU.....	72
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE.....	75
ANNEXE 1 – Carte des réseaux MCS France.....	80
ANNEXE 2 – Procédure de déclenchement du MCS	81
ANNEXE 3 - Courrier électronique adressé aux médecins généralistes remplaçants.....	82
ANNEXE 4 - Guide d'entretien	83
ANNEXE 5 - Codage couleur pour l'analyse des verbatim	85
ANNEXE 6 - Exemple de codage	86
ANNEXE 7 - Tableau des urgences racontées.	87

LISTE DES ABREVIATIONS

AFGSU Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

AMU Aide médicale urgente

ARS Agence régionale de santé

CCMU Classification clinique des malades des urgences

CESU Centres d'enseignement des soins d'urgence

CH Centre hospitalier

CHU Centre hospitalier universitaire

CNOM Conseil national de l'ordre des médecins

CROM Conseil régional de l'ordre des médecins

DAE Défibrillateur automatisé externe

DE Diplôme d'Etat

DES Diplôme d'études spécialisées

DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSA Défibrillateur semi-automatique

ECG Electrocardiogramme

FMC Formation médicale continue

GEF Groupes d'enseignement facultaire

MCS Médecin correspondant du SAMU

PRS Projet régional de santé

SAMU Service d'aide médicale urgente

SASPAS Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SDIS Service départemental d'incendie et de secours

SFMU Société française de médecine d'urgence

SROS Schéma régional d'organisation des soins

SMUR Services mobiles d'urgence

UE Unités d'enseignement

WONCA World organization of national Colleges, Academies and Academic associations of general practitioners

INTRODUCTION

1. Les urgences

Il n'existe pas de définition consensuelle de l'urgence au sens médical du terme...

Hippocrate, au IV^{ème} siècle avant J-C, définissait ainsi la notion d'urgence : « il faut parfois agir vite, comme lors des défaillances où ne peuvent pas couler l'urine, ni sortir les matières fécales ou encore en cas de suffocation quand les femmes font de fausses couches. Les moments favorables pour intervenir passent promptement et la mort survient si on a trop différé, il faut profiter de l'occasion de porter secours avant qu'elle n'échappe et on sauvera ainsi le malade pour avoir su en profiter. » (1)

Selon le dictionnaire Larousse, l'urgence se définit comme : Caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard ; Nécessité d'agir vite ; Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement. (2)

Le référentiel de la SFMU de 2006, quant à lui, définit l'urgence comme « *toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement* ». (3)

Tout comme il existe plusieurs définitions de l'urgence, différentes classifications permettent d'en apprécier la gravité. L'une des plus utilisées est la classification CCMU-P, qui classe les urgences selon l'appréciation subjective de l'état clinique initial du patient. (4)

2. L'Aide médicale urgente en France et les différents acteurs de soin

2.1 La mise en place de l'Aide médicale urgente (AMU)

L'AMU est le dispositif mis en place par un état pour apporter une aide médicale aux personnes victimes d'un accident ou d'une affection brutale et inattendue. Elle comporte en général un système d'alerte, par lequel la victime ou les témoins peuvent demander cette aide médicale urgente, et des services mobiles d'intervention.

En France, l'AMU s'est organisée suite à une épidémie de poliomyélite en 1955 et pour répondre à l'hécatombe routière des années 1960-1970. (5)(6) La structure du SAMU et du SMUR français est née à cette période, avec la constatation suivante : les victimes d'accidents de voiture décèdent la plupart du temps pendant leur transport vers l'hôpital.

Dans notre pays, la loi (7) définit clairement l'AMU et le transport sanitaire. Il est précisé dans son article II que « l'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux

et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. »

L'AMU fonctionne grâce à la coordination des différents acteurs des urgences pré-hospitalières dans chaque département français. Elle nécessite une coordination des actions par la régulation médicale du centre 15. La nature, la gravité de la pathologie ainsi que le lieu de l'intervention sont trois paramètres importants dans la répartition des rôles de chacun. (5)(6)(8)

2.2 Les différents acteurs de l'AMU

Le SAMU comporte un Centre de Réception et de Régulation des Appels (centre 15) au sein duquel un médecin régulateur, spécialement formé, travaille 24H sur 24. Le SAMU a pour missions d'assurer une écoute permanente, de déterminer et de déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels. En cas de pathologie nécessitant une médicalisation rapide, le régulateur fait intervenir les SMUR. Il peut aussi engager tout autre moyen adapté, notamment des Médecins Correspondants du SAMU, ou solliciter les Services de Santé et de secours médical des SDIS.

Les SMUR ont pour missions d'apporter 24 heures sur 24, sur décision du médecin régulateur, en tous lieux et sur l'ensemble du territoire, la médicalisation des interventions auprès des patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation.

Les ambulanciers privés, titulaires du Certificat de Capacité d'Ambulancier, participent à la prise en charge et au transport vers les établissements de santé des personnes malades, blessées ou parturientes, conformément à la décision du médecin régulateur et au libre choix du patient.

Les SDIS mettent en œuvre des secouristes formés et équipés agissant en équipe pour délivrer des secours d'urgence, soustraire les victimes au danger sans délai, les évacuer vers une structure médicale adaptée. Son Service de Santé et de Secours Médical, assure le soutien sanitaire des interventions SP et participe à la médicalisation des victimes (médecins et infirmiers SP).

Les médecins généralistes (traitants, de proximité ou de garde dans le cadre de la Permanence Des Soins), peuvent également être sollicités dans le cadre de l'AMU pour la prise en charge des urgences. Certains ont intégré le dispositif des Médecins Correspondants du SAMU.

3. Place du médecin généraliste dans le système de soins-urgences

3.1 Le médecin généraliste, médecin de premier recours

La médecine générale est une discipline complexe et hautement diversifiée.

Selon la WONCA, la médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. (9)

Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. La médecine générale développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires. Elle a la

responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

Le référentiel métier du médecin généraliste définit la médecine générale comme une médecine de soins primaires s'adressant de façon globale à un individu. Les soins primaires sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système de santé. Cinq grandes fonctions décrivent la médecine générale : le premier recours, l'approche globale, la coordination des soins, la continuité des soins, la santé publique. (10)

Le premier recours en médecine générale est décrit comme la prise en considération de toutes les plaintes (ou demandes), sans à priori en récuser aucune, avec comme objectif de prendre une décision adaptée pour la santé du patient dans le temps de l'acte médical.

3.2 La prise en charge des urgences en médecine générale

La prise en charge des urgences apparaît comme une compétence à part entière, et même un devoir, du médecin généraliste. En effet, selon l'article 9 du code de Déontologie Médicale, *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.* (11)

Les urgences médicales sont rares en médecine générale. (12) Pourtant, face à une urgence vitale, le médecin généraliste doit être capable d'organiser la prise en charge. (10) Il doit être en mesure d'effectuer les premiers gestes de réanimation. Il doit également déclencher les moyens d'intervention les plus adaptés compte tenu des protocoles préétablis au plan départemental.

Enfin il doit pouvoir réaliser une évaluation plus fine de la situation par un examen du patient et la réalisation éventuelle d'examen paracliniques d'urgence (ECG, glycémie capillaire). Ceci permet d'émettre les premières hypothèses diagnostiques face à une situation susceptible de mettre en jeu le pronostic vital à courte ou moyenne échéance.

Le médecin généraliste occupe donc une place privilégiée dans la prise en charge des urgences médicales.

4. Les Médecins Correspondants du SAMU

Parmi les médecins généralistes, certains ont choisi de devenir Médecins Correspondants du SAMU.

Il existe actuellement en France 31 réseaux MCS actifs, et 17 sont en formation dans différents départements. (13) (ANNEXE 1)

4.1 La mise en place des réseaux de Médecins Correspondants du SAMU

Le dispositif des Médecins Correspondants du Samu (MCS) est défini dès 2003, dans la circulaire n°195 DHOS du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

La fonction MCS a été créée afin de concrétiser l'engagement du Président de la République de rendre accessibles des soins d'urgence en moins de 30 minutes. (14)

Comme le prévoient le décret du 22 mai 2006 (15), et l'arrêté du 12 février 2007 (16), le MCS est un médecin de premier recours, formé à l'urgence, qui intervient en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale, dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente

minutes (14) et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient. Il participe à la mission de service public d'aide médicale urgente.

Afin de « développer la mise en réseau des professionnels de l'urgence » et dans un « souci de maillage du territoire et d'amélioration de la qualité de la réponse aux soins urgents », la solution de « mise en place de médecins correspondants du SAMU » est inscrite en complément du maillage du territoire par le SMUR. (17)

Les MCS sont des médecins volontaires. Ce dispositif est accessible à tout professionnel médical, quel que soit son statut et son mode d'exercice, volontaire pour répondre aux sollicitations du SAMU-Centre 15 dans le cadre de l'aide médicale urgente. Les médecins remplaçants et les internes titulaires d'une licence de remplacement qui remplissent les conditions de formation et d'intervention des MCS peuvent prendre part au dispositif.

Les territoires d'intervention des MCS sont déterminés par les ARS, en lien avec les SAMU Centre 15 et les professionnels, à partir du diagnostic des territoires et populations situés à plus de trente minutes d'accès de soins urgents. Ils s'inscrivent en cohérence avec les SROS-PRS et tiennent compte, notamment, des territoires de permanence des soins ambulatoires.

4.2 Déclenchement du MCS

La régulation médicale par le SAMU-Centre 15 permet d'encadrer et de limiter l'intervention du MCS à la réponse à **l'urgence médicale**. L'intervention du MCS est obligatoirement déclenchée par le SAMU-Centre 15, de manière **systématique et simultanée à l'envoi d'un SMUR**.

Le MCS prend en charge le patient dans l'attente de l'arrivée du SMUR, en lien continu et permanent avec le SAMU-Centre 15, qui va adapter les moyens de transports aux besoins du patient, identifiés par le MCS. (17) **(ANNEXE 2)**

4.3 Equipement et formation des MCS

Les MCS sont équipés par le SAMU de leur département, avec le matériel nécessaire à la prise en charge initiale d'une urgence vitale (trousse pharmaceutique, ECG, défibrillateur, oxygène, télétransmission...). Le matériel est adapté au type d'exercice et à la possibilité d'intervention rapide ou non de secouristes de proximité.

L'arrêté de 2007 prévoit que les MCS soient formés à l'urgence « *sous l'autorité du service hospitalier universitaire de référence et en liaison avec le SAMU et le CESU ainsi que la structure des urgences et le SMUR* ». (16) Les éléments relatifs à la formation du médecin font l'objet d'une appréciation par l'établissement de santé siège du SAMU avec lequel le MCS passe un contrat.

Les MCS bénéficient d'une formation initiale théorique et pratique permettant d'acquérir les connaissances indispensables pour intégrer le dispositif du réseau des MCS, et d'obtenir les compétences permettant la prise en charge des **urgences dans les 30 premières minutes et dans l'attente de l'arrivée d'une équipe SMUR**.

Ils bénéficient ensuite d'une formation continue annuelle leur permettant d'actualiser et de maintenir leurs compétences.

5. La formation à l'urgence en médecine générale

5.1 Formation initiale

Afin de préparer au mieux les médecins généralistes en devenir à leur pratique professionnelle future, des besoins d'enseignement spécifique à l'urgence sont apparus et sont devenus obligatoires tout au long des études médicales.

5.1.1 Premier et deuxième cycles des études médicales :

Depuis 2010, la formation initiale médicale a été profondément réformée. (18)(19) Cependant la structure du cursus médical est restée inchangée. Elle est divisée en 3 cycles, et dure 9 ans en médecine générale.

Au cours du premier cycle, qui s'apparente désormais aux 3 premières années d'études, sont enseignées les sciences fondamentales, la sémiologie, qui comprennent **des unités d'enseignement ayant attrait à la médecine d'urgence**.

Le deuxième cycle, ou externat, délivre une formation de 3 ans qui comprend une partie théorique sur les différentes pathologies, segmentées en modules ou Unités d'enseignement (UE), dont une concernant les **urgences et défaillances viscérales aiguës**.

Ce cycle comprend également une partie pratique : les étudiants doivent participer à l'activité hospitalière avec le titre d'étudiants hospitaliers, ou externes. (20) Ils effectuent des stages hospitaliers de 2 à 4 mois. Ils doivent entre autres effectuer un **stage de 4 semaines à temps complet obligatoire dans une unité d'accueil des urgences, de réanimation ou de soins intensifs**. (19)(21) Durant cette période, les étudiants doivent également effectuer un total de **25 gardes aux urgences**.

Depuis 2006, il est proposé à l'ensemble des professions de santé inscrites dans la 4^{ème} partie du code de Santé Publique, dont les médecins (titre III) de suivre une **formation aux gestes et soins d'urgences (AFGSU) de niveau 2**. (22) Cette formation est dispensée et validée par les CESU. Les étudiants en médecine, pharmacie et odontologie sont tenus également d'acquiescer cette attestation. (23)(24) L'objectif est l'acquisition des connaissances nécessaires à l'identification d'une urgence à caractère médical et à sa prise en charge, en utilisant des techniques non invasives en attendant l'arrivée de l'équipe médicale. Cette formation doit être effectuée au cours du 2^{ème} cycle des études médicales. La validité de l'AFGSU2 est de 4 ans.

5.1.2 Troisième cycle des études médicales

A l'issue de la validation de leur deuxième cycle des études médicales, les étudiants participent à des épreuves classantes nationales pour obtenir leur affectation en qualité d'interne dans une des disciplines existantes. Cet internat leur permet d'obtenir un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES). La spécialité de médecine générale est acquise dans le cadre d'un DES se préparant en 3 ans et s'achevant par la soutenance d'une thèse d'exercice. (25)(26)

Au cours des trois années de formation de la spécialité médecine générale, les futurs généralistes doivent effectuer 6 stages de 6 mois. Parmi ces stages, les internes de médecine générale ont l'obligation de réaliser **6 mois dans un service d'urgence hospitalier agréé au titre de la médecine générale**.

La faculté de médecine de Tours, propose également aux internes de médecine générale, depuis 2013, de participer à des Groupes d'enseignement facultaire. Il s'agit d'enseignements théoriques, sous forme d'échanges en petits groupes, réalisés à partir de récits de situations complexes et authentiques

autour d'un thème préétabli, (27) et comportant une synthèse de la journée avec une réponse à la problématique soulevée par les internes participants. (28) Le **GEF 3 concerne des situations autour de patients présentant des problèmes d'urgences vraies ou ressenties.** (29)

La formation de spécialiste en médecine générale peut être complétée par des **Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC)**, parmi lesquels figure la **médecine d'urgence**.

Ce diplôme complémentaire permet d'augmenter et d'améliorer la formation à la Médecine d'Urgence au cours des études médicales.

5.2 Formation continue

Les connaissances acquises au cours du cursus universitaire doivent être maintenues tout au long de la pratique médicale afin de garantir une pratique de qualité.

C'est ce qu'a exprimé la WONCA en 2002. « Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. [...] Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. » (9)

La formation continue des médecins constitue une obligation légale. (30)(31)(32)(33) Instauré en France en 2009, le Développement professionnel continu (DPC) est une obligation annuelle pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux et salariés. Il comprend la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. (34)(35)(36)

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

Certains CESU proposent des formations réservées aux médecins généralistes axées sur les urgences et adaptées à leur pratique professionnelle. C'est par exemple le cas du CESU 36 qui propose des formations aux gestes et soins d'urgence adaptées à la pratique de médecine générale. (37)

Les médecins généralistes ont également l'obligation d'actualiser leur formation AFGSU2 tous les 4 ans, formation dispensée par les CESU.

6. Les remplaçants de médecine générale

Un médecin a la possibilité de se faire remplacer dans son activité professionnelle. Il peut se faire remplacer soit par un confrère, titulaire de la même qualification, inscrit au Tableau de l'Ordre ou enregistré comme prestataire de service, (38) soit par un étudiant en médecine remplissant les conditions légales, et titulaire d'une « licence de remplacement » dans la discipline exercée par le médecin remplacé. (39) Les conditions de remplacement sont inscrites dans le code de santé publique. (40)

En ce qui concerne les remplaçants de médecine générale, les étudiants doivent avoir validé leur deuxième cycle des études médicales, et au moins 3 semestres d'internat dont 1 stage ambulatoire en cabinet de médecine générale. (40)

Le remplacement par un étudiant en médecine est subordonné à l'autorisation du conseil départemental dont relève le médecin remplacé et ne peut excéder une durée de 3 mois, renouvelable.

Le remplaçant exerce sous sa seule responsabilité, en lieu et place du médecin remplacé. Pendant la durée du remplacement, il relève de la juridiction disciplinaire.

7. Notre étude

En pratique quotidienne, les médecins généralistes sont rarement confrontés à des urgences médicales. Pourtant, la gravité de ces situations rend nécessaire leur formation régulière et leur préparation afin d'optimiser la prise en charge des patients en situation d'urgence vitale.

Les jeunes médecins généralistes, qu'ils soient thésés ou non, exerçant des fonctions de remplaçant dans des cabinets de médecine générale, sont soumis aux mêmes devoirs et obligations que leurs confrères remplacés.

Malgré leur courte expérience en tant que médecin généraliste, ils doivent être en capacité de faire face à des urgences médicales, et sont astreints aux mêmes obligations légales de prise en charge des patients que leurs confrères installés.

Ils doivent, outre la gestion de l'urgence elle-même, faire face aux difficultés inhérentes à la pratique de la médecine générale.

Aucune étude ne s'est intéressée au ressenti de cette population de jeunes médecins généralistes face à des urgences médicales. Elle représente pourtant les médecins généralistes installés de demain.

L'objectif de cette recherche consiste à étudier la perception des urgences médicales en médecine générale par les jeunes médecins généralistes remplaçants de la région Centre-Val de Loire. L'objectif secondaire est de déterminer si l'appartenance à un réseau type MCS peut constituer une réponse aux attentes exprimées par ces jeunes médecins en termes d'urgence.

METHODE

1. Choix de la méthode

1.1 Type d'étude :

L'étude avait pour but d'explorer la perception des urgences vitales en médecine générale par les jeunes médecins généralistes remplaçants de région Centre-Val de Loire.

Nous avons choisi la méthode qualitative de recueil et d'analyse des données qui nous semblait mieux répondre à notre demande.

La recherche qualitative « étudie les phénomènes complexes dans leur milieu naturel, elle s'efforce de leur donner un sens, de les interpréter au travers des significations que les gens leur donnent ». On peut également la définir comme « un accent mis sur le contexte et les manières dont les caractéristiques d'une situation ou contexte spécifique influencent les phénomènes étudiés ».(41,42)

La méthode qualitative est conçue de telle façon que la représentativité permet la généralisation. En effet, elle explore de nombreuses situations et permet de les analyser sans tenir compte de leur fréquence. C'est une technique de recherche sociologique basée sur le principe selon lequel « un individu peut condenser une grande partie du sens d'un phénomène social ». (43)

1.2 Choix de la technique de recueil :

Nous avons choisi l'entretien individuel comme technique de recueil. Les différents entretiens se sont déroulés à l'aide d'un guide d'entretien de type semi-directif, établi au préalable et composé en trois parties. La première repose sur une situation exemplaire d'urgence vitale proposée comme base de réflexion guidée par des questions ouvertes, puis nous avons abordé le champ des situations vécues.

2. L'échantillonnage :

2.1 Mode de contact

Pour la réalisation de notre étude nous avons contacté par courrier électronique les remplaçants de la région Centre-Val de Loire, à travers la liste de contact Email de RemplaCentre.

RemplaCentre est une association à but non lucratif, ayant pour objectif de contribuer au développement du lien entre médecins installés et remplaçants, ainsi que d'accompagner les remplaçants dans les démarches administratives nécessaires au développement de leur activité. Elle contribue ainsi à la promotion de la médecine générale en région Centre- Val de Loire.

Nous avons simultanément adressé le même courrier électronique à la liste des remplaçants du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de région Centre-Val de Loire.

2.2 Les remplaçants en médecine générale de la région Centre-Val de Loire

Le nombre de remplaçants, toutes spécialités confondues, inscrits au CROM de la région Centre-Val de Loire au 1^{er} janvier 2016 était de 265. On retrouve 68% d'entre eux en médecine générale, soit 162 remplaçants.

L'âge moyen des remplaçants de la région toutes spécialités confondues, est de 51,7 ans, et inclus les médecins retraités. L'âge moyen des remplaçants actifs, toutes spécialités confondues, était de 46,6 ans.

Dans les données démographiques dont nous disposons, 39% des médecins remplaçants toutes spécialités confondues sont des femmes, soit 103. Elles représentent 47% des remplaçants actifs, soit 93.(44)

2.3 La population contactée

A travers le réseau RemplaCentre 155 médecins généralistes remplaçants ont été contactés, 162 à travers le réseau du Conseil de l'Ordre. En raison de l'interdiction de diffusion des coordonnées des adhérents, nous n'avons pas pu avoir accès au détail des mailing listes.

Au vu de la forte probabilité d'une redondance des contacts au sein des deux listes, nous ne pouvons qu'estimer le nombre réel de remplaçants ayant reçu le courrier électronique.

Nous pouvons donc envisager que 160 à 180 médecins généralistes remplaçants ont reçu notre courriel.

La diffusion du courrier électronique s'est faite le 8 Mars 2016. Nous avons obtenu 34 réponses. Parmi ces 34 répondants, 11 étaient des hommes, soit un sexe ratio homme/femme à 1/3.

L'email évoquait le but général de notre travail en présentant l'étude comme une recherche sur la perception de la médecine générale de la part des remplaçants, sans spécifier le champ des urgences.

(ANNEXE 3)

Suite à l'obtention des réponses au courrier électronique, nous avons pu organiser et réaliser 12 entretiens entre le 27 Avril et le 23 Mai 2016.

2.4 Les critères de sélection

Les critères d'inclusion étaient :

- Médecin ayant la licence de remplacement (validation du stage de Niveau 1 et du 3^{ème} semestre d'internat)
- Médecin ayant au moins une expérience de remplacement
- Médecin exerçant principalement en région Centre-Val de Loire
- Médecins en activité, d'âge et de sexe différents
- Volontaires pour participer à l'étude

Les critères d'exclusion étaient :

- Médecins n'exerçant pas en milieu libéral
- Autres spécialités

Les 12 individus interrogés ont été tirés au sort parmi les 34 médecins généralistes remplaçants ayant répondu au courrier électronique.

3. Le recueil des données

3.1 Le choix de l'entretien semi-structuré

L'entretien permet au chercheur et son sujet de discourir sur un thème donné pendant un temps limité. Il existe différentes formes d'entretien utilisées en recherche qualitative. (45)

- L'entretien libre permet l'exploration en profondeur d'un ou deux grands thèmes. Les questions sont développées au fur et à mesure de l'échange en fonction des éléments que le chercheur souhaite clarifier ou approfondir.
- L'entretien structuré s'apparente à un questionnaire. Le guide et les questions sont fixés et définis au préalable et ceux-ci ne sont pas influencés par l'entretien actuel ni adaptés aux entretiens successifs.
- L'entretien semi-structuré (ou semi-dirigé) permet un discours plus souple, plus libre avec une trame de questions et de thèmes à aborder. Les questions sont ouvertes et évoluent en même temps que l'échange pour étudier une idée plus en détail. Le questionnaire évolue au fur et à mesure des entretiens pour obtenir un grand nombre d'avis, différents ou non, et donc une validité. Certains thèmes explorés ne sont pas envisagés avant les entretiens.

Dans le cadre de ce travail de thèse, la technique des entretiens semi-structurés a été choisie. Cela permettait aux médecins remplaçants de se mettre en confiance et de débiter par l'évocation de leur parcours professionnel.

Puis nous avons abordé leur perception de l'urgence au travers d'une situation proposée puis du récit d'expériences. Enfin nous avons exploré certains thèmes qui n'avaient pas été spontanément abordés.

3.2 Le guide d'entretien

Nous avons débuté notre entretien par des questions permettant d'établir une relation de confiance et d'obtenir les informations nécessaires pour définir les caractéristiques de chaque remplaçant.

Ensuite nous avons proposé aux médecins remplaçants d'échanger autour d'une mise en situation. Il s'agissait d'étudier leur réaction face à une situation fictive d'urgence vitale (arrêt cardiaque) survenant au cabinet, au cours d'un remplacement en médecine générale.

L'objectif de cette mise en situation n'était pas d'évaluer l'adéquation entre les recommandations de prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire en pré-hospitalier, et la réaction des remplaçants. L'exemplarité de cette situation visait à orienter la réflexion des remplaçants sur un contexte clairement établi d'urgence vitale afin d'échanger sur leur perception de ces situations.

Dans la troisième partie de notre entretien la perception des urgences par les remplaçants de médecine générale a été étudiée au travers d'exemples concrets qu'ils avaient vécus. La narration de ces situations a permis aux remplaçants d'exprimer des éléments qu'ils ont pu juger nécessaires, difficiles, ou aidant dans la gestion des urgences dans leur pratique quotidienne.

Et nous avons ainsi pu accéder à la réalité de leur perception de l'urgence et à leur vécu émotionnel.

Dans un dernier temps, nous avons abordé leur projet professionnel, la place des urgences dans leur activité et la manière dont ils envisageaient de les aborder en tant que médecin installé.

Nous les avons questionnés sur leur connaissance et leur opinion quant au réseau Médecin Correspondant SAMU.

Le guide d'entretien a été essentiellement composé de questions ouvertes et de relances en cas de manque au moment de l'entretien. **(ANNEXE 4)**

La trame d'entretien a été testée au cours des deux premiers entretiens qui ont été inclus dans les données. Elle a été légèrement modifiée par la suite pour plus de clarté quant à l'intitulé de certaines questions.

3.3 Les entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 27 Avril et le 23 Mai 2016.

Chaque entretien dure entre 30 et 74 minutes avec une durée moyenne de 51 minutes.

Tous les entretiens ont eu lieu au domicile des remplaçants, à l'exception de deux qui ont été réalisés sur leur lieu de travail.

La date et l'heure des entretiens ont été fixés par avance avec les médecins interrogés.

Les échanges ont été enregistrés après une courte présentation et avec accord des participants.

Nous avons sécurisé notre recueil de données en réalisant un double enregistrement sur dictaphone et logiciel enregistreur sur ordinateur portable.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits dans leur intégralité, c'est à dire en incluant les hésitations, les répétitions, les rires et toutes autres formes d'expression langagière. La retranscription a été effectuée de manière dactylographiée sur le logiciel Microsoft Word.

4. L'analyse des entretiens

Après retranscription, les entretiens ont été rendus anonymes, comme convenu avec les participants.

Les retranscriptions ont été analysées par un premier chercheur, puis ont été relues par un second chercheur qui n'avait pas assisté aux entretiens. Cette deuxième lecture a permis de conforter ou d'infirmer les interprétations et les conclusions du premier chercheur.

Ensuite, il a fallu de nombreuses relectures des entretiens afin d'en extraire les thèmes essentiels. La trame était déjà présente dans le guide d'entretien mais certains ont été découverts au fur et à mesure.

L'ensemble des entretiens a été codé. Les verbatim ont été définis puis regroupés et classés en thèmes et sous thèmes. **(ANNEXE 5)**

Le classement des verbatim a été établi par un codage couleur permettant ainsi d'intégrer les citations à l'analyse pour obtenir une synthèse proposée dans les résultats. **(ANNEXE 6)**

Chaque citation a été associée au remplaçant qui l'a exprimée.

RESULTATS

1. Caractéristiques du corpus :

12 entretiens semi-dirigés nous ont permis d'obtenir la suffisance des données.

1.1 Caractéristiques de l'échantillon :

L'échantillon se composait de 9 femmes et 3 hommes. Leur âge était compris entre 28 et 34 ans, avec une moyenne d'âge pour l'échantillon de 30,3 ans.

1.2 Données personnelles :

Neuf des médecins interrogés vivaient en couple, et cinq avaient au moins un enfant.

1.3 Le parcours d'interne :

Seule une remplaçante avait effectué sa formation en dehors de la région Centre-Val de Loire.

Tous les médecins de l'échantillon avaient terminé leur internat depuis 6 mois à 5 ans, sauf un qui était en quatrième semestre au moment de l'entretien.

Le type de formation dont ont bénéficié les médecins interviewés était plutôt uniforme. Tous avaient effectué leur stage ambulatoire de niveau 1, indispensable pour obtenir la licence de remplacement.

Dix avaient réalisé au moins un semestre de SASPAS au cours de leur formation. Un remplaçant ayant terminé son internat n'avait pas effectué de SASPAS. Le remplaçant n'ayant pas terminé son internat projetait d'effectuer un SASPAS au cours de son sixième semestre de formation.

Au cours de leurs stages ambulatoires, tous ont pu découvrir des modes d'exercice variés, alternant des stages en rural, semi-rural, ou urbain, au sein de cabinets seuls ou de groupe.

Parmi les remplaçants interrogés, seuls 3 avaient le titre de docteur en médecine.

1.4 Les remplacements :

Parmi l'échantillon, 9 personnes avaient commencé à remplacer avant la fin de leur internat.

La date de début des remplacements était très variable, allant de 3 mois à 5 ans, avec des remplacements débutés en moyenne depuis 26 mois.

Les modalités de remplacement étaient très variées.

- Localisation du cabinet en milieu urbain, semi-rural, rural :

Tous les remplaçants de l'échantillon ont expérimenté ces différents types d'exercice.

- Pratique en cabinet de groupe ou isolé :

8 remplaçants interrogés avaient expérimenté les 2 modalités d'exercice. Les autres avaient travaillé en cabinet de groupe exclusivement.

- Remplacements fixes ou à la semaine :

Tous ont alterné des phases de remplacement sur les périodes de vacances et d'autres phases d'activité régulière.

1.5 Activités associées :

Au sein de l'échantillon, 8 médecins exerçaient exclusivement en tant que remplaçants en médecine générale en libéral.

Deux étaient impliquées dans des activités associatives à caractère médical, et 2 avaient une activité salariée en parallèle.

1.6 Projet d'installation :

L'installation en cabinet était un projet en cours pour seulement 4 remplaçants.

Tableau 1 Analyse de la population étudiée

Remplaçant interrogés	Sexe	Age	Université d'internat	Année de fin d'Internat	thèse	début des rempla	SASPAS	cabinet seul/groupe	rural/urbain	rempla fixe/vacances	activité associée	projet installation
R1	F	30	Tours	nov-15	non	juil-15	6°S37	seul + groupe	semi-rural + urbain	fixes + semaines	aucune	non
R2	M	33	Tours	Internat en cours 4°semestre	non	févr-16	pas encore	seul + groupe	rural + semi-rural + urbain	gardes + semaines	réserviste au Service de Santé des Armées	oui
R3	F	31	Tours	nov-13	avr-14	févr-14	6°S28	seul + groupe	rural + semi-rural + urbain	semaines	aucune	non
R4	F	34	Tours	nov-11	nov-14	mai-11	6°S.37	seul + groupe	semi-rural + urbain	fixes + semaines	aucune	oui
R5	F	31	Marseille	nov-12	juin-13	nov-12	6°S.	seul + groupe	urbain + semi-rural	semaines	bénévolat Médecin du Monde et Croix Rouge	non
R6	F	30	Tours	nov-14	non	août-13	6°S.	groupe	semi-rural + urbain	fixes + semaines	aucune	non
R7	F	29	Tours	nov-14	non	nov-14	6°S37	groupe	semi-rural + urbain	fixes	aucune	non
R8	F	30	Tours	nov-13	non	oct-13	6°S. 41	seul + groupe	semi-rural + rural	fixes + semaines	aucune	non
R9	F	28	Tours	nov-14	non	mai-14	6°S.41	groupe	rural + semi-rural + urbain	fixes	aucune	non
R10	M	31	Tours	nov-13	non	août-13	NON	seul+groupe	semi-rural + urbain	semaines	intérim en clinique + DU nutrition	non
R11	M	28	Tours	nov-15	non	nov-14	5°+ 6°S45	groupe	semi-rural + urbain	fixes	aucune	oui
R12	F	29	Tours	mai-15	non	janv-15	6°S.18	seul+groupe	rural + semi-rural	semaines + fixe	présidente de l'Association des jeunes médecins du Cher	oui

2. Analyse des discours :

2.1 Différentes notions d'urgences :

Chaque médecin interrogé avait une vision différente de l'urgence. « *ya urgences et urgences ! c'est comme je disais tout à l'heure : ya des urgences... ya différents degrés d'urgences* » (R1)

Plusieurs remplaçants de l'échantillon ont ainsi mentionné l'existence de différents types d'urgences. « *Et t'as même 3 urgences !* » (R4) ; « *Ah y a plein d'urgences hein ! Au final ! (rire) Bon plus ou moins urgentes ou différées mais y en a !* » (R5)

2.1.1 Des urgences vitales

Des médecins de l'étude ont tout d'abord défini les urgences médicales comme pouvant s'apparenter à des « *urgences vitales* » (R4) ou « *urgence catastrophe* » R1, c'est-à-dire où le « *caractère vital est mis en jeu dans les heures qui viennent* » (R8).

Ce type d'urgence semblait pour certains plus correspondre à une définition hospitalière des urgences médicales. « *Et y a l'urgence euh... vitale... grave...comme on peut la voir euh... à l'hôpital [...] et t'es le premier intervenant avant le SAMU quoi ! [...] Celle là... faut courir !* » (R4) ; « *quand j'étais « hospitalière » entre guillemets... je pense qu'on n'avait pas les mêmes définitions du tout...* » (R7)

2.1.2 Une vision plus globale de l'urgence

Pour certains remplaçants de l'échantillon, la notion d'urgence se serait modifiée en médecine générale pour intégrer la notion de « *non programmé* » (R7).

Ils évoquaient alors une « *vision biaisée* » (R7) de l'urgence dans la population générale. Ils parlaient d'« *urgences ressenties par le patient* » (R9) ou l'entourage. Ils ont cependant exprimé la nécessité de les voir en consultation « *relativement rapidement* » (R4), et de les intégrer au planning journalier de consultation sur des « *plages d'urgences* » (R7) ; « *... quand j'étais remplaçante à St-Georges on avait la journée dite d' « urgences ». C'était la journée où on absorbait **tous les gens** qui étaient voilà dans la journée... [...] c'est pas de l'urgence...* » (R4) ; « *Donc c'est vrai qu'urgences maintenant c'est... **très banalisé*** » (R7)

2.1.3 Une vision de l'urgence spécifique à la médecine générale :

Des médecins de l'étude ont également décrit une autre notion d'urgence. Ils la qualifiaient alors d'« *urgence différée* » ou « *semi-urgence* » (R5). Ces termes regroupaient les urgences nécessitant « *une prise en charge rapide dans la journée* » (R9), mais **sans mise en jeu immédiate du pronostic vital**. « *C'est-à-dire que pour moi y a urgence... pour des consultations pas forcément graves... mais qui ont besoin d'être vues rapidement. [...] Le patient est pas en train de mourir devant toi quoi ! T'es... t'as un peu de temps pour le faire quoi !* » (R4)

Ces urgences pouvaient correspondre à la nécessité du remplaçant **d'adresser les patients aux urgences, ou d'avoir recours au 15 pour un avis ou organiser un transport médicalisé**. « *Pour moi les urgences en médecine générale c'est finalement ce qu'on va **devoir** adresser aux urgences après... Ou limite où on doit appeler le 15... pour avoir un... un avis quoi.* » (R7)

Il pouvait également s'agir de pathologies nécessitant un **examen, l'avis d'un spécialiste ou la mise en place rapide de thérapeutiques**. « *c'est quelque chose euh qui... bon pas forcément un pronostic vital ! Mais [...]*

qui... nécessite soit un examen... complémentaire euh... dans la... dans la journée... [...] soit qui nécessite une... prise en charge euh... médicale avec des médicaments en fait ! Euh... après des médicaments... IV par exemple euh... » (R5)

2.1.4 Des urgences à part : les urgences psychiatriques

Des médecins interrogés ont également évoqué la notion d'urgences psychiatriques. Elles occupaient souvent une place à part dans leur représentation des urgences. Il n'en reste pas moins qu'elles revêtaient un caractère d'urgence de prise en charge. *« Voilà ! C'est... y a... oui y a des urgences un peu... ben **médicales** après... t'as les urgences psychologiques aussi hein ! [...] ça c'est une vraie urgence ! ... de médecine générale. » (R7)*

2.2 Confrontation à l'urgence dans leur activité de médecine générale :

Tous les remplaçants interrogés ont expliqué pouvoir être confrontés à des urgences vitales.

2.2.1 Une prévalence qui dépend de la représentation de l'urgence :

La probabilité de confrontation à l'urgence exprimée par les médecins de l'étude **dépendait** beaucoup **de leur représentation et de leur vision de l'« urgence »**. *« Oh ouais ouais non ! Ça arrive quand même hein ! Régulièrement ! » (R3) ; « Mais euh... j'ai pas en tête **un** cas où il y ait eu vraiment urgence euh... vitale... comme moi je l'entends. » (R8)*

Pour certains les urgences vitales étaient **rares**. *« Alors ! ça **doit** pouvoir arriver hein ! Euh... » (R4) ; « Euh... je pense que c'est... très rare. Je suis... même pas sûre qu'il y ait beaucoup de médecins qui l'aient vécue... » R6 ; « C'est pas notre quotidien quand même ! » (R12)*

Une remplaçante interrogée disait être confrontée **« régulièrement »** aux urgences vitales. *« Souvent c'est par série en fait ! » (R3)*

D'autres s'estimaient plus confrontés aux « semi-urgences ». *« Moi j'en vois... j'en vois régulièrement ! Enfin... des urgences euh... pas toutes vitales ! Mais des urgences où il faut qu'il y ait une prise en charge... le jour même... aux urgences ! » (R5)*

Certains remplaçants interrogés ont exprimé être la plupart du temps confrontés à des urgences ressenties, qui font partie intégrante de leur quotidien. *« enfin 90% du temps tu fais euh... tu fais... de l'urgence... enfin c'est pas de l'urgence c'est... c'est... de l'otite euh... de la grippe enfin des trucs comme ça. » (R4)*

2.2.2 Une confrontation à l'urgence qui dépend des conditions d'exercice :

Des médecins de l'étude ont exprimé être plus à même d'être confrontés à des urgences en **milieu rural** qu'en milieu urbain. *« ... les quelques remplacements en ville que j'ai faits, pfff... c'était... y avait rien d'urgent ! » (R6) ; « Parce qu'on... on ne peut pas se dire que ça ne nous arrivera pas... Surtout [...] nous qui allons nous [...] installer à... à 25 km de... de l'hôpital de Bourges... » (R12)*

La probabilité de survenue des urgences serait pour d'autres plus élevée **en dehors du cabinet**, par exemple sur la voie publique ou au domicile du patient. *« les **urgences vitales** comme celle là... je pense pas qu'on les gère au cabinet... je pense plutôt... qu'on m'appellerait... euh... mettons... en milieu de consultation en me disant euh... une épouse affolée qui me demande de venir immédiatement » (R2)*

Pour une remplaçante, la probabilité de survenue des urgences serait plus importante en **cabinet de groupe**. « *ouais en maison médicale du coup je pense qu'ils sont plus confrontés à voir euh... comme ça... des... des urgences ou semi-urgences...* » (R5)

2.2.3 Une confrontation aux urgences qui a évolué avec le temps :

Pour certains remplaçants, le risque de confrontation aux urgences a évolué avec l'organisation du système de soins. Il serait beaucoup moins important aujourd'hui que pour les « médecins d'avant ». « *Je trouve que maintenant euh... ben [...] enfin on se lance pas quoi on se lance pas ! Et on adresse enfin on... adresse vachement plus vite aux urgences je pense que les médecins euh... d'avant.* » (R5) ; « *Je pense que le... l'évolution... de la médecine fait que... on n'aura pas les urgences euh... qu'ont pu connaître nos prédécesseurs.* » (R6)

2.2.4 Une confrontation aux urgences qui a évolué avec l'organisation du système de soins :

Pour certains participants de l'étude, les patients, grâce à la prévention collective, seraient plus sensibilisés aux situations nécessitant des soins d'urgence. De ce fait, ils auraient moins tendance à consulter le médecin généraliste pour certaines problématiques. « *... la douleur thoracique, j pense qu'en médecine générale les patients vont spontanément... consulter... aux urgences...* » (R2) ; « *Mais quand même ça les gens suspicion d'AVC ils savent quoi ! Ils appellent... ils appellent le... 15 qui les oriente.* » (R3)

2.3 Réaction émotionnelle :

La mise en situation initiale et la narration de situations vécues par les médecins interrogés leur a permis d'exprimer la réalité de leur perception des situations d'urgence, et nous avons pu aborder leur vécu émotionnel. Ainsi le ressenti des remplaçants face à l'urgence apparaît complexe.

2.3.1 Première réaction face à une mise en situation d'arrêt cardiaque

A. Un sentiment de panique

Pour beaucoup de remplaçants de l'étude, la première réaction face à la situation d'urgence vitale énoncée était d'ordre émotionnel. Cette réaction s'apparentait à un stress intense voire de la panique. « *Que c'est la merde !* » (R1)

Parmi ces participants, certains espéraient ne jamais avoir à faire face à cette situation. « *Très bien... (rire) J'espère que ça m'arrivera pas ! Mais... (rire) Très bien.* » (R5)

B. Une réaction plutôt pragmatique

Certains médecins interrogés ont eu une réaction d'ordre pratique d'alerte. « (rire) Du coup ben... j'appelle à l'aide déjà » (R9) ; « Euh... que j'appelle le 15 ! (rire) » (R10)

D'autres ont eu une réflexion d'analyse de la situation, avec élaboration d'hypothèses diagnostiques. « (rires) Eh ben... J'imagine... qu'il est en train... soit de faire un... un arrêt cardiaque ou une fibrillation ventriculaire, à priori ? » (R11)

Tableau 2 - Première réaction face à l'urgence

R1	"Que c'est la merde !"
R2	"Euh... qu'est-ce que je pense de cette situation... Alors j'espère qu'elle ne m'arrivera jamais ! (rires)"
R3	"Qu'est-ce que je fais ? (rires)... Eh bien j'hurle au secours ! (rires)"
R4	"Ah ouais... Ca c'est la situation que j'aimerais pas avoir ! (rire)"
R5	"Très bien... (rire) J'espère que ça m'arrivera pas ! Mais... (rire) Très bien."
R6	"(rire) Déjà je me sens pas bien ! (rire) Donc grosse suée ! En me disant « Oulala ! Qu'est-ce qui va se passer ?! »"
R7	"(rires) Je panique ! (rires)"
R8	"(rire) Ben... ça évoque euh... effectivement un caractère d'urgence... enfin y a tous les critères qui peuvent dire qu'il est en train de faire un infarctus euh... vu ses antécédents familiaux personnels et... enfin y a tout le contexte qui fait que."
R9	"(rire) Du coup ben... j'appelle à l'aide déjà et puis euh... ben euh... gestes d'urgence donc euh... je vois si il respire euh... s'il est conscient..."
R10	"Euh... que j'appelle le 15 ! (rire)"
R11	"(rires) Eh ben... J'imagine... qu'il est en train... soit de faire un... un arrêt cardiaque ou une fibrillation ventriculaire, à priori ?"
R12	"C'est... c'est très délicat ! (rires)"

2.3.2 Des difficultés à se projeter

Certains remplaçants ont exprimé des difficultés à se projeter dans des situations qu'ils n'ont pas vécues. « Mais c'est vrai que je... j'ai du mal à me projeter dans une situation comme ça ! » (R5) ; « Comment je le gèrerais ? Euh... je ne saurais pas te dire, ça m'est jamais arrivé ! (rire) » (R10)

2.3.3 Un stress présent

A. L'appréhension des urgences

Pour certains, l'appréhension d'être confronté à des urgences était **plus importante au début de leurs remplacements**, puis s'est progressivement estompée au fil de leur expérience. « *Au tout début où je remplaçais vraiment j'avais peur de ces urgences euh... qui pouvaient arriver [...] maintenant c'est... quand je commence ma journée c'est vraiment pas quelque chose que je me dis.* » (R5)

D'autres disaient être quasiment **toujours aussi angoissés** que lors de leurs premiers remplacements. « *Ça c'est l'angoisse ! L'angoisse qui parle !* » (R11)

D'autres encore ont décrit des appréhensions plus particulières de **certain types d'urgences vitales**. « *Moi je pense que ce qui serait le pire pour moi [...] c'est une urgence sur un enfant ! [...] Je pense que ça je le vivrais... je le vivrais... vraiment mal !* » (R4)

B. Un stress présent de façon variable lors des confrontations à l'urgence

Les médecins de l'étude ont exprimé un stress ressenti lors des confrontations à l'urgence vitale. « *je pense que je serais stressée* » R1 ; « *...quand je l'ai vu j'ai tout de suite compris qu'il allait pas bien [...] je me suis peut-être dit « Oh putain ! » (rires) Dans ma tête pas devant sa femme !...* » (R4)

a) Un stress intense

Certains médecins ont verbalisé leur crainte d'être submergés émotionnellement. « *Donc AU SECOURS ! AU secours ! A l'aide ! [...] Enfin il faut essayer que ça ne soit pas la panique ! Après je pense que... on fait pas le malin hein !* » R5 ; « *Je pense que ma première difficulté ça va vraiment être : se poser...* » (R6)

b) Des répercussions physiques

D'autres ont imaginé ressentir des répercussions physiques de ce stress. « *Je pense que dans mon corps je le sentirais en fait. Dans mon corps je me sentirais pas bien du tout euh...* » (R5)

c) Des médecins modérément stressés

A l'inverse certains remplaçants se sont figurés éprouver moins de difficultés à gérer leur stress. « *Euh... cela dit euh... dans ce genre de situations c'est vrai que je... en général j'ai du sang froid...* » (R10)

C. L'influence de la personnalité

Ce stress exprimé pouvait être influencé par la personnalité des remplaçants. « *Après je suis une grande anxieuse.* » (R6) ; « *Euh... je suis assez zen en général. [...] Et puis je trouve que j'ai... j'ai une voix assez calme.* » (R9)

D. La gestion du stress

a) Faire abstraction

Certains remplaçants ont imaginé parvenir initialement à faire abstraction de leurs émotions face au patient en détresse vitale. « *...sur le coup euh... je vais pas me mettre à pleurer alors qu'il est en arrêt quoi ! Enfin... Je vais m'en occuper tu vois ! Après... on verra après les émotions !* » (R4)

b) Ne pas laisser transparaître leur stress

D'autres ont exprimé l'importance de ne pas laisser leur stress transparaître aux yeux du patient. « ... et puis euh... pas stresser non plus quand c'est vraiment des grosses urgences. Enfin [...] c'est facile à dire mais... (rire) pas le montrer en tout cas au patient ! [...] Parce que s'ils voient un médecin paniqué je pense pas que ça les rassure trop ! » (R9)

2.3.4 Des médecins mal à l'aise

Parmi les médecins de l'échantillon, tous ont exprimé se trouver dans l'embarras face à une telle situation. « non je ne pense vraiment pas que je serais à l'aise [...] c'est difficile d'être à l'aise... » (R1)

2.3.5 Des médecins parfois choqués

Certaines situations ont pu apparaître marquantes, voire choquantes aux yeux de certains remplaçants, comme en témoigne le vocabulaire cru parfois employé. « saillie de cervelle », « pissait du sang ». (R2)

2.3.6 Une implication variable

A. Un intérêt variable pour les urgences

Certains médecins de l'échantillon ont expliqué ressentir un **intérêt** pour les situations d'urgence. « ... j'aime quand même bien ça » (R3)

Alors que d'autres au contraire ont manifesté leur **aversion** pour ces situations. « ... moi j'ai fait de la médecine générale parce que les urgences ne me convenaient **pas du tout**. » (R7)

D'autres remplaçants ont avoué considérer que la gestion des urgences vitales **ne relève pas d'une prise en charge par le médecin généraliste au cabinet**, considérant cela comme une perte de chance pour le patient. « Il y a quelqu'un qui vient pour une douleur thoracique il a le droit à son dosage de troponine... aux urgences. C'est une perte de chance à mon avis de le... prendre en consultation. » (R2)

B. Des médecins engagés

Des médecins de l'étude ont parlé de leur sentiment d'engagement. « Et puis ça fait partie de notre mission !... Surtout en campagne... » (R10) ; « on ne peut **pas** pratiquer la médecine générale... euh... sans... sans se dire qu'un jour on est possiblement confronté à des situations euh... urgentes. » (R12)

Certains se disaient prêts à tout mettre en œuvre pour venir en aide, conscients de représenter une chance pour le patient. « si c'est la meilleure chose... chance que la personne ait c'est qu'on soit là ben il faut... enfin voilà faut faire ce qu'on peut et puis... et puis se démerder quoi ! » (R11)

2.3.7 Un sentiment d'impuissance

A. L'impuissance face à l'urgence

Des remplaçants de l'étude ont décrit ressentir parfois un sentiment d'impuissance face à certaines urgences vitales. « *je saurais un peu moins quoi faire. Enfin de toute façon... sans rien... sans matos d'urgence...* » (R1) ; « *en plus tout seul c'est jamais euh... facile à... à gérer quoi... [...] Sachant que parfois les chances elles sont pas là !* » (R11)

B. Le sentiment d'être dépassé par la situation

Une remplaçante a exprimé son sentiment d'être dépassée par la situation. « *ben j'étais... un peu stressée mais il y avait tellement de monde que... je faisais plus rien ! je regardais ! J'ai essayé de tenir euh... la perf ! (rires) Mais c'est tout !* » (R3)

2.3.8 Des médecins qui doutent

Des remplaçants ont relaté leurs difficultés à gérer **le doute** dans les situations d'urgence. « *moi ma première difficulté c'est le doute... enfin... je suis... j'aime pas être... incertaine en fait euh... "Je l'envoie ?... Je l'envoie pas ?... Je sais pas euh..."* » (R7)

Le **manque de confiance en eux** ainsi que la peur de mal faire incitait des médecins de l'étude à la prudence. Ils exprimaient le besoin d'apprendre à « se faire confiance ». « *... j'essaie de me faire un peu plus confiance... on verra... (rire) L'avenir nous dira si j'ai raison ou pas mais !...* » (R7)

2.3.9 Des médecins plein d'appréhensions

A. La crainte de devoir recourir à certaines thérapeutiques

Certains médecins de l'étude ont exprimé leurs craintes d'avoir à recourir à certaines thérapeutiques. « *Si y a quelque chose dans le cabinet mais... euh... je pense pas que je serais à même de l'utiliser... de l'adrénaline ou des choses comme ça...* » (R9)

B. La peur d'être délétère pour le patient

Les médecins ont parfois exprimé leur peur de faire des erreurs de prise en charge et d'être délétères pour le patient. Ils ont évoqué redouter une issue létale qu'ils auraient beaucoup de mal à assumer. « *... je serais pas à l'aise de... savoir que le patient euh... risque de mourir entre mes mains si je ne fais pas les choses correctement...* » (R2) ; « *... plutôt l'appréhension de mal faire !... et de perdre le patient.* » (R6)

2.3.10 La satisfaction

En cas d'amélioration de l'état clinique du patient, certains médecins de l'étude pensaient ressentir un sentiment de satisfaction. « *Bon maintenant qu'il est... récupéré qu'il soit parti... tout de suite avec le SAMU... euh... ça va ! Je pense que tu te sens... tu te sens bien...* » (R3)

Des remplaçants expliquaient être le plus souvent satisfaits de leurs prises en charge. A posteriori, ils avaient l'impression d'avoir pris les bonnes décisions, en particulier lors des moments de doute. « *... j'ai eu surtout le sentiment ensuite de... d'être utile et de rendre service ouais ! (rires) ... qui est ce sentiment agréable une fois que le patient... on sait que... il est hospitalisé et que... ben les choses sont cadrées...* » (R10)

2.3.11 Regrets et culpabilité

A. Regrets dans la prise en charge

D'autres exprimaient parfois des regrets quant à leur prise en charge. « *j'ai mal géré [...] Ca je pense que c'était une urgence et... je m'en suis voulu ! [...] Je pense que je m'en serais beaucoup voulu si... si elle avait fait l'infarctus dans l'intervalle !* » (R7)

B. Culpabilité

Ceci est d'autant plus vrai que l'issue était défavorable pour le patient. Ils avouaient alors leur culpabilité, et la nécessité de rediscuter de la situation avec d'autres confrères. « *Moi j'étais pas bien et c'est l'urgentiste euh... l'a un peu vu... Il m'a dit « Non mais ça arrive hein ! T'inquiète pas ! » [...] Tu te dis " Merde qu'est-ce que j'ai raté la première fois ! " »* (R3)

C. Remise en question

Des remplaçants ont évoqué l'après urgence, comme un moment de remise en question de leur prise en charge. « *je pense que le stress il viendra après [...] savoir si j'ai bien fait... si euh... si le patient va bien ensuite euh... si j'aurais pu faire autre chose... enfin... Je pense que les questions elles viendraient euh... elles viendraient après.* » (R9)

En cas d'évolution défavorable pour le patient, ceci impactait sur leur pratique, parfois plusieurs jours après la survenue de l'urgence. « *Donc ça m'a tracassée pour le reste de la journée ouais, quand même ! (rires) Et même euh... les jours... d'après euh... Après tu te dis : est-ce que je sais évaluer une situation grave ou pas ?...* » (R3)

2.3.12 Le contrecoup de l'urgence

A. Le soulagement

Une remplaçante a évoqué le sentiment de soulagement ressenti lors de l'arrivée de l'équipe du SMUR. « *Mais je pense que je serais très très soulagée quand... le médecin... du SMUR arrive !...* » (R5)

B. La fatigue

D'autres ont également parlé d'une grande fatigue suite à l'effort de réanimation. « *Je pense qu'après coup t'as une petite descente (rire) d'adrénaline qui est... qui est assez intense...* » (R4)

Une remplaçante a envisagé la difficulté de reprendre le fil de la consultation après l'urgence, et de gérer son retard. « *... je pense qu'après... la phase d'après je serais toute transpirante et... (rires) et dégoulinante et en retard sera difficile à gérer...* » (R1)

C. Le besoin de partager leur expérience

Certains remplaçants ont exprimé la probable nécessité de partager leur expérience face à de telles situations avec d'autres confrères.

« *Et... il faudrait debriefer aussi du coup avec les... euh... les... autres médecins du cabinet... ou... les secrétaires... les infirmières si elles sont là euh... enfin... reparler de la situation.* » (R9)

2.4 Conduite à tenir face à l'urgence :

2.4.1 Face à la situation d'arrêt cardiaque racontée :

A. Perception d'une urgence vitale

Tous les médecins de l'étude ont perçu cette situation comme étant une urgence vitale.

Différents diagnostics ont été formulés :

- « arrêt cardiaque » (R2), (R4), (R7), (R11), (R12)
- « infarctus » (R1), (R4), (R5), (R6), (R7), (R8), (R9), (R10), (R12)
- « choc » (R1)
- « douleur thoracique » (R4), (R7), (R8), (R9)
- « urgence vitale » (R5), (R8)
- « fibrillation ventriculaire » (R11).

Dix remplaçants ont décrit une prise en charge correspondant à celle d'un arrêt cardio-respiratoire.

Deux médecins de l'étude n'ont pas fait le diagnostic d'arrêt cardiaque, et ont décrit une prise en charge d'infarctus avec signes de choc.

B. Prise en charge

a) L'alerte

Pour beaucoup, le premier geste consistait à alerter.

Cela pouvait être en appelant la **régulation du SAMU**, « *c'est vrai que ma première idée ce serait quand même d'appeler le 15 et d'avoir une équipe qui vienne rapidement.* » (R8)

Certains auraient d'abord fait appel à une **personne présente au cabinet**. « Enfin moi dans un remplacement comme j'ai fait et que je connais euh... ben déjà j'appelle mes collègues... » (R6) ; « ... je pense que j'aurais demandé de l'aide même à un patient dans la salle d'attente euh... » (R9)

b) Le massage cardiaque

Le deuxième geste dépendait du diagnostic posé : pour ceux ayant posé le diagnostic d'arrêt cardiaque, il s'agissait ensuite de débiter le massage cardiaque. « je pense que je... je fais le... le 15 et puis je... et puis je commence à masser tout de suite après ouais ! » (R3)

Pour les 2 personnes ne mentionnant pas l'arrêt cardiaque, après l'alerte, différents gestes étaient évoqués : réalisation d'un ECG, perfusion, administration de médicaments sans précision.

c) La défibrillation

Un remplaçant aurait débuté sa prise en charge par la pose d'un défibrillateur. L'alerte venait ensuite. « Euh... donc ben... dans les cabinets où je travaille on est plutôt bien équipés donc on a des... défibrillateurs euh... automatiques et... des ECG enfin... donc euh... je pense que j'essaierais de faire ça ! » (R11)

Quatre remplaçants ont évoqué le recours à un défibrillateur durant leur prise en charge.

Les personnes qui ont été confrontées à un arrêt cardiaque au cours de leur exercice de médecine générale n'ont pas mentionné l'utilisation d'un défibrillateur au cours de l'entretien.

d) D'autres gestes...

D'autres gestes ont été mentionnés par les remplaçants interrogés : pose d'une « perfusion » R12, injection de « drogues d'urgence » R8 ou d'« adrénaline » R9, « intubation » R2, pose de « cathéter intra-osseux » (R2)

C. Une attitude influencée par le contexte

a) Le mode d'exercice

Pour beaucoup de médecins de l'étude, la démarche à suivre serait **dépendante du cabinet** dans lequel ils exerceraient au moment de la survenue de l'urgence vitale. Deux situations ont en effet été envisagées : **travailler en cabinet seul, ou avec des personnes ressources**. « Après tout dépend du contexte aussi hein ! Euh parfois je travaille hyper isolée toute seule euh [...] Parfois je suis dans des cabinets y a 4 médecins, des secrétaires euh... » (R5)

b) Les compétences des personnes présentes et les ressources du cabinet

La possibilité d'effectuer d'autres gestes de réanimation dépendait pour certains des ressources du cabinet et des compétences des personnes présentes. « Alors moi dans le village où j'étais j'avais pas de défibrillateur externe » (R6) ; « et puis de... si y a une autre personne pour masser de pouvoir euh... essayer de poser une perfusion... avec le... le matériel qu'il y a à disposition dans le cabinet bien entendu ! » (R12)

2.4.2 Situations réelles vécues :

Les participants de l'étude ont tous évoqué plusieurs situations qu'ils ont vécues comme urgentes, autour desquelles nous avons échangé.

A. Des récits de situation variés (ANNEXE 7)

a) Selon la pathologie ou la gravité

Les situations racontées ont été choisies par les remplaçants en raison de la gravité ou de la pathologie suspectée, d'un aspect choquant ou inhabituel. «... la plus grosse urgence que j'ai fait c'était un choc septique... à domicile. » (R4)

Ces situations étaient de nature très variée, avec une prédominance de **problématiques cardiologiques**. Deux remplaçants ont été confrontés à un arrêt cardiaque.

Les autres urgences rapportées avaient trait à des problématiques abdominales, infectiologiques, pédiatriques, gynécologiques, psychiatriques, neurologiques, ou endocrinologiques.

Certains remplaçants n'ayant pas, selon eux, été confrontés à des situations d'urgences vitales, ont évoqué des situations d'« urgences relatives ». « Mais euh... j'ai pas en tête **un** cas où il y ait eu vraiment urgence euh... vitale... comme moi je l'entends... » (R8)

b) Selon le caractère récent

Plusieurs remplaçants ont évoqué des souvenirs en raison des difficultés rencontrées, ou de leur caractère récent. « Ah la dernière est quand même rigolote ! [...] c'était y a... y a 2-3 semaines » (R12)

c) Des difficultés à se remémorer...

Certains ont éprouvé des difficultés à se remémorer des situations d'urgence médicale vécues. « J'en ai eu d'autres mais je m'en rappelle plus... Qu'est ce que j'ai envoyé à l'hôpital ?... Du reste c'était y a pas très très longtemps... Mais... non je sais pas les autres... » (R2)

Beaucoup de situations ont été évoquées à titre d'exemples pour illustrer leurs propos au fil de l'entretien.

B. Une prise en charge au cas par cas

Le pronostic vital était engagé dans la moitié des situations racontées, soit pour 8 remplaçants.

a) Une gestion ambulatoire

Certains cas évoqués n'étaient pas compatibles avec une gestion ambulatoire, mais lorsqu'elle était possible, cela semblait **systématiquement préférable** pour les médecins remplaçants. « ... j'ai appelé pour avoir une scintigraphie ventilation-perfusion... sur une suspicion... d'embolie pulmonaire euh... que j'ai vue au cabinet. [...] pour moi c'est une urgence en médecine générale... c'est-à-dire... j'ai géré moi-même » (R10)

b) Des hospitalisations directes

Des médecins de l'étude essayaient également d'organiser des hospitalisations directes de leurs patients dans des services de spécialité si cela s'avérait nécessaire et possible. « Parce que parfois c'est quand même **sympa**... qu'ils passent pas par les urgences mais qu'on puisse avoir un petit rendez-vous chez le spécialiste le jour même ! » (R5)

c) Un recours au SAMU / SMUR

Lors de certaines situations vécues, les remplaçants devaient faire appel au SAMU, pour un conseil, ou pour demander un renfort médicalisé. Parfois une équipe SMUR était amenée à se déplacer. « j'ai appelé

le 15 [...] le... médecin du SAMU est arrivé [...] Ils ont appelé eux après l'hélicoptère pour que... ils l'emmènent euh... aux urgences quoi ! » (R9)

d) Ne pas rester dans l'incertitude

Afin d'obtenir des réponses, tous les remplaçants interrogés ont évoqué avoir recours à des examens complémentaires, des conseils auprès de personnes ressources, dont le plus fréquemment cité est le régulateur du SAMU, puis secondairement le spécialiste. « ... quand justement j'ai un doute euh... j'appelle ! [...] Allo les urgences... Allo le spécialiste euh... (rire) ...et on gère ça ensemble ! » (R5)

2.5 Des médecins confrontés à de nombreuses difficultés :

Les remplaçants ont relaté des situations complexes au cours desquelles ils ont été confrontés à de multiples difficultés.

2.5.1 Des difficultés d'appréciation de l'urgence

A. Etablir le diagnostic

Certains ont éprouvé des difficultés à établir le diagnostic. « Euh... ben... y a des difficultés qui sont... ben diagnostiques. » (R9)

B. Apprécier la gravité

D'autres ont avoué être parfois confrontés à des difficultés pour évaluer la gravité du patient. « Enfin... déjà faut l'évaluer l'urgence ! Ca c'est pas toujours évident... de l'évaluer. » (R5)

C. Evaluer la rapidité de prise en charge nécessaire

D'autres encore avaient des difficultés à évaluer l'urgence de la prise en charge. « la grosse difficulté c'est vraiment de euh... savoir si ce que tu as en face de toi justement c'est une urgence à la minute, à l'heure, à la journée ou à la semaine... » (R1)

D. Apprécier les moyens nécessaires

Certains étaient parfois confrontés à des difficultés pour décider des moyens nécessaires à mettre en œuvre. « Ca c'est ma difficulté ! C'est de savoir : est-ce que quelqu'un peut l'emmener ou est-ce que... faut qu'une ambulance l'emmène ? Ca parfois euh... voilà ! J'ai du mal à l'évaluer. » (R5)

2.5.2 Des difficultés organisationnelles

A. Des appels pour des urgences à domicile

En cas d'urgence survenant à domicile au cours de leur consultation, l'attitude des remplaçants de l'échantillon était variable.

Certains étaient prêts à laisser leur consultation pour y faire face. « J'y vais ! » (R2)

D'autres étaient plus embêtés à l'idée d'abandonner leur patientèle en salle d'attente, et du retard que cela engendrerait. « sauf que moi du coup euh... laisser les autres qui ont... absorbé euh... enfin qui m'ont vu des patients euh... pour pas que j'aie 3 heures de retard quoi... » (R3)

B. Des difficultés de gestion de la salle d'attente

Une autre s'est imaginé la difficulté de devoir gérer les patients en salle d'attente au cours d'une prise en charge d'urgence vitale. « ... d'être toute seule avec euh... une salle d'attente remplie et... quelqu'un qui fait... son infarct quoi !... » (R5)

2.5.3 Des difficultés de relation aux patients

A. Un décalage dans la perception de l'urgence

Des remplaçants interrogés ont éprouvé des difficultés face au décalage qui pouvait exister entre leur perception de la gravité de la situation, et celle ressentie par le patient. « nous c'est une **évidence** qu'il faut qu'ils aillent à l'hôpital et que... pour eux c'est une **évidence** qu'il faut qu'ils rentrent à la maison euh... » (R7)

B. La barrière de la langue

Une remplaçante a évoqué les difficultés de communication avec des patients étrangers et leur entourage comme facteur influençant la perception des urgences. « Parce qu'en plus quand tu rajoutes la difficulté de compréhension... » (R3)

C. Le refus d'hospitalisation du patient

a) Les efforts déployés

Pour certains, ces difficultés étaient d'autant plus grandes que ces situations pouvaient aboutir à un refus d'hospitalisation du patient. « Et plusieurs fois d'ailleurs j'ai même bataillé avec des patients » (R4)

b) Nécessité de faire appel à l'entourage

Des remplaçants ont décrit la nécessité de tout mettre en œuvre pour convaincre le patient de suivre la prise en charge adéquate. Certains ont avoué parfois faire appel à l'entourage dans ce but. « j'en parlerai au médecin que je remplace [...] Au cas où lui il peut passer un petit coup de fil derrière [...] Si je suis plus remplaçante [...] j'appellerai peut-être sa femme... » (R4)

c) Le soulagement de parvenir à convaincre le patient

Parfois le médecin se disait soulagé et fier lorsque le patient acceptait la prise en charge et l'hospitalisation. Ce sentiment était d'autant plus fort que le patient lui exprimait sa gratitude à posteriori. « ... Il a tapé son arrêt aux urgences... [...] Et je l'avais revu après il m'avait dit « Ben heureusement que vous m'avez un peu euh... entre guillemets « grondé » pour que j'y aille... » (rire) » (R4)

d) Le sentiment d'échec

Le refus du patient était à l'inverse perçu par les remplaçants de l'étude comme un échec. Il s'accompagnait d'un sentiment de culpabilité et d'inquiétude pour le devenir ce patient dont ils se sentent responsables. « J'étais pas du tout euh... pff... j'étais pas motivée » (R4) ; « ... pour moi il fallait l'hospi [...] et il a refusé... [...] Euh... t'es pas sereine... » (R7)

e) La nécessité de s'adapter

En cas de refus du patient ces remplaçants étaient alors contraints de mettre en place une surveillance accrue et des thérapeutiques à domicile. « il aurait fallu qu'il aille aux urgences ... et il a refusé... tu traites avec euh... corticoïdes... des antibio... comme tu peux... à la maison parce que... il refuse de toute façon... » (R7)

f) Une prise de risque pour le médecin

Par ailleurs la prise en charge ambulatoire en cas de refus d'hospitalisation par un patient pouvait pour certains représenter un risque sur le plan médico-légal. « *Et je le noterais dans mon dossier... pour pas qu'il m'arrive de pépin après.* » (R4) ; « *Donc... tu l'informes !* » « *Ben si vous mourez c'est pas de ma faute hein ! Je vous aurai prévenu hein !* » (rires) » (R7)

2.5.4 Des difficultés de rapport au temps dans l'urgence

A. Le temps passé lors d'une urgence :

Des médecins ont parlé de la **relativité du temps** au travers du filtre des émotions. « *... j'y ai passé un temps fou en réalité ! Parce que tu pars pas comme ça ! Après... le SAMU arrive... tu vas pas t'en aller quoi !* » (R4)

Le **temps d'attente** nécessaire et incompressible **des renforts** a également été mentionné par certains. « *L'hélicoptère s'est posé dans le champ... du village [...] Il a mis euh... pas forcément si longtemps hein ! Peut-être un bon quart d'heure 20 minutes mais c'est... (rire) c'est long hein !* » (R4)

B. La gestion du temps à l'échelle de la consultation :

D'autres encore ont expliqué qu'à la gestion de l'urgence s'ajoute le stress de gestion des consultations à venir. « *Il restait un peu du monde dans la salle d'attente [...] c'est vrai que nous euh... même dans les cas d'urgence on a toujours... un peu... la gestion du... temps en tête hein ...* » (R10)

C. La perte de temps parfois délétère lors des prises en charge :

Des remplaçants ont mentionné la notion de perte de temps au cours des prises en charge, pouvant être due au médecin ou à des éléments extérieurs. « *tout était foireux depuis le départ. [...] la secrétaire... qui n'avait pas perçu de caractère d'urgence... [...] donc j'y suis allée à l'heure habituelle des visites [...] j'ai pris le temps de... lire euh... le [...] dossier papier qui était pas très bien... rempli...* » (R3)

D. Une organisation pour la gestion ambulatoire des urgences parfois chronophage

D'autres ont parlé des difficultés logistiques qui sont parfois chronophages, d'autant qu'il leur fallait réaliser les soins nécessaires dans un délai acceptable. « *c'est plus souvent la logistique après qui est... qui est difficile à mettre en place [...] d'estimer que c'est quand même une urgence [...] et euh... ne pas toujours avoir euh... avoir dans les délais qu'on souhaiterait quoi !* » (R8)

2.5.5 Des difficultés d'utilisation du matériel et des thérapeutiques d'urgence

Des médecins de l'échantillon seraient notamment limités par le mode d'administration de certaines thérapeutiques. « *... enfin solutés ou autres ça peut être intéressant mais le problème c'est pareil c'est que dans l'urgence... il faut pouvoir piquer... et c'est des gestes que nous on pratique pas forcément...* » (R6)

2.6 De nombreux facteurs influencent leur vécu des urgences

2.6.1 Le contexte

A. Le moment de survenue de l'urgence

Le contexte de survenue de l'urgence a été évoqué par plusieurs remplaçants comme un élément modulant le ressenti de la situation. « ... moi samedi midi je peux rien organiser [...] souvent c'est le fait de voir soit les gens tard le soir et [...] attendre le lendemain matin ça paraît un peu chaud... » (R1) ; « ça dépend... Oui si t'es un... un lundi où tous les médecins sont là ou si t'es en garde un dimanche et que t'es toute seule ! Je pense que je réagis pas de la même façon. » (R7)

B. La charge de travail

Certains ont mentionné l'importance de la charge de travail. « Même des médecins que tu remplaces... par rapport au nombre de patients par jour ou... [...] de me dire... " Bon ben lui euh... je peux pas y aller à fond... j'ai encore 25 patients parce que c'est du sans rendez-vous ! Euh... ça craque ! J'en ai plein la salle d'attente... je comprends rien !... " » (R7)

2.6.2 L'éloignement géographique du cabinet

Certains remplaçants ont mentionné l'influence de l'éloignement du cabinet de plateaux techniques sur leur perception des urgences. « dans un des cabinets je pense qu'ils mettent 5min pour arriver donc ce serait pas mal... » (R1) ; « Mais en même temps tout dépend de l'isolement ! [...] Je pense que ça jouerait vraiment sur le... sur mon état (rire). » R5 ; « Euh... dans des zones où j'étais... beaucoup plus loin d'un centre hospitalier euh... ça peut me faire peur de... que... les secours puissent mettre longtemps à venir... » (R10)

2.6.3 Le mode d'exercice

Beaucoup de remplaçants ont insisté sur l'importance du mode d'exercice dans leur vécu. « ... et puis non parce qu'après ça dépend du contexte... qu'on soit seul... ou qu'on soit dans un cabinet de groupe euh... » (R6)

A. La difficulté d'être seul

L'idée de se retrouver seul pour gérer une situation d'urgence vitale était **source de stress** et générateur d'un **sentiment d'impuissance** pour plusieurs médecins interrogés. « A Saint-Av j'aurais été bien embêtée ! Parce qu'on était que 2. [...] On était pas forcément là en même temps donc euh... » (R4) ; « quand on est tout seul euh... c'est difficile déjà de faire une seule chose à la fois [...] donc je pense que [...] c'est juste euh... limiter les catastrophes quoi. » (R11)

B. Des avantages à l'exercice de groupe

a) Le sentiment de réassurance

A l'inverse la présence d'éventuels confrères était déterminante dans le sentiment de réassurance et de capacité à effectuer les gestes de réanimation. « Euh... dans les situations d'urgence euh... et euh... je pense qu'il faudrait que je sois vraiment entourée. Je pense que c'est ça ! Aller chercher ou la secrétaire ou un collègue. » (R6)

b) Une autre vision de la situation

Envisager la présence de tiers, notamment de confrères, permettait également à certains remplaçants d'apporter une autre vision de la situation. « ...je pense que si je suis dans un cabinet de groupe euh... je m'entoure. Parce que... pour qu'on soit plusieurs à gérer... à réfléchir » (R7)

c) La mise en place de thérapeutiques complémentaires

Pour d'autres, la présence d'un tiers permettait de mettre en place des **thérapeutiques supplémentaires**. « ... donc si y a quelqu'un qui peut masser ça permet éventuellement d'essayer de perfuser ou... et ainsi de suite. » (R11)

Plusieurs remplaçants ont travaillé dans des cabinets où des confrères avaient une formation d'urgentistes. Ils comptent donc sur **l'entre-aide et la mise en commun des compétences** de chacun pour la gestion de l'urgence. « à St-Georges euh... bon... on est 7 donc euh...Y en a qui savent intuber » (R4) ; « si je suis dans un cabinet de groupe euh... je m'entoure [...] Et je pense que c'est... plus qu'intelligent plutôt que de faire ta connerie toute seule dans ton coin » (R7)

2.6.4 Le fonctionnement du cabinet

Des remplaçants de l'étude ont exprimé la nécessité d'adapter leur pratique et leur prise en charge en fonction des cabinets où ils remplacent. Leurs conditions de travail influent sur leur sentiment de solitude et d'isolement face à l'urgence. « c'est-à-dire que tu gères pas les mêmes urgences en fonction de comment le cabinet **est agencé**... » (R4) ; « ... et puis ça dépend aussi de qui tu remplaces !... » (R7)

A. Le rôle de la secrétaire

La présence d'une secrétaire et sa formation à la régulation téléphonique impactaient dans le ressenti des urgences pour certains médecins. « la secrétaire... qui n'avait pas perçu de caractère d'urgence... » (R3) ; « enfin je sais que les secrétaires elles sont très douées pour ça ! » (R9)

B. L'informatisation et la tenue des dossiers

L'équipement informatique a été mentionné par certains remplaçants. « Y a ça aussi hein ! Quand t'arrives euh... t'as pas de dossier, c'est pas rempli... » (R7)

C. L'équipement du cabinet

a) Impact sur leur vécu et leur pratique

D'autres ont évoqué l'impact de l'équipement du cabinet sur leur ressenti. « Mes difficultés... Alors si j'ai pas de matériel au cabinet ça c'est sûr ! » (R5) ; « ça dépend un peu du cabinet où t'es aussi parce que... tu vois au cabinet où j'étais [...] je crois pas qu'on avait de défibrillateur par contre [...] ça c'est dommage ! » (R4) ; « Alors si je suis à Avoine, c'est hyper pratique parce que c'est une grosse maison de santé où ils ont **tout** ! » (R7)

b) Des remplaçants ambivalents

Certains remplaçants exprimaient une ambivalence qui existe entre la rareté de survenue des urgences et la nécessité de s'équiper pour y faire face. Ils se questionnaient sur les **thérapeutiques et matériels à posséder en tant que remplaçants**. « ... est-ce que la fréquence à laquelle je vais les rencontrer justifie de se... trimballer 2 kilos de soluté je sais pas... (rires) » (R1) ; « Est-ce qu'il faut avoir le matos ou pas ? [...] peut-être euh... perfuser, intuber éventuellement ça pourrait être euh... utile [...] les médecins que je remplace ne l'ont pas ! Donc [...] c'est peut-être pas si utile que ça ! » (R5)

Certains étaient d'avis qu'il est **inutile** d'avoir du matériel **en visite**, estimant connaître par avance le motif de consultation, et donc avoir déjà une idée du devenir du patient. « Ben en fait en visite à domicile euh... on sait souvent pourquoi on y va. [...] on prend en fait souvent la décision **avant** d'y aller ou pas de... si ça paraît vraiment urgent d'envoyer directement euh... une ambulance le chercher ou... » (R3)

D. L'organisation interne du cabinet face aux urgences

L'organisation spécifique de chaque cabinet pouvait jouer sur la façon de certains médecins d'appréhender les urgences. « ... quand j'étais remplaçante à St-Georges on avait la journée dite d'« urgences ». » (R4)

2.6.5 L'impact de l'entourage

Des médecins de l'échantillon ont insisté sur l'impact de l'entourage dans la prise en charge des patients en situation d'urgence.

A. Une aide précieuse

Cet entourage pouvait jouer un rôle d'**alerte et de surveillance**, ou apporter des informations cruciales, influençant ainsi la décision du médecin dans la prise en charge de son patient. « Mais du coup là c'est plus le mari... qui... demandait une hospitalisation [...] en discutant aussi avec l'infirmière elle me disait que c'était un peu compliqué aussi à la maison... » (R9)

Pour d'autres l'entourage pouvait également **aider à convaincre le patient** de la nécessité d'une prise en charge rapide et hospitalière. Ces médecins ont aussi abordé l'importance de fournir un soutien à la famille. « Ben je sais pas j'appellerais peut-être sa femme ou... C'est souvent les hommes qui veulent pas y aller j'ai remarqué ! (rire) » (R4) ; « ... Là y a plus d'urgences à gérer y a juste la suite euh... et la famille ! Mais euh... mais... mais c'est pas rien non plus... je trouve... » (R5)

B. Un frein à la prise en charge

Il arrive que pour certains remplaçants l'entourage soit un frein à la prise en charge, par manque d'informations, par manque de compréhension de la situation. « c'est ça le plus difficile ! C'est... de gérer la situation dans d'un contexte de **crise** euh... avec l'épouse... [...] les gens autour qui [...] parasitent la situation... et euh... aggravent un peu les choses » (R2) ; « Et quand j'ai réinterrogé sa femme la deuxième fois, elle m'a pas du tout **tenu** le même euh... discours que la première fois. » (R3)

2.6.6 L'impact des relations avec les confrères

A. Des difficultés de relation avec les confrères

a) Un manque de considération des plaintes du patient

Plusieurs remplaçants nous ont fait part de leurs difficultés de relations avec certains confrères, évoquant un manque de considération envers les plaintes de leurs patients. « *Et puis le cardiologue lui avait dit " Pff... c'est bon c'est rien !... " » (R7)*

b) Un manque d'implication de la part des confrères

D'autres ont exprimé un manque de soutien de la part de confrères hospitaliers, qui semblent parfois ne pas se soucier des problématiques extrahospitalières. « *Donc j'appelle le cardiologue... qui se met dans un état pas possible... en me disant qu'il est pas l'assistante sociale du Berry [...] J'ai l'impression en fait que... dès lors que les patients ne sont plus hospitalisés... ou pas à l'hôpital voilà ! » (R12)*

c) La nécessité de se justifier

Certains remplaçants ont eu l'impression de ne pas être respectés en tant que professionnels de santé et d'avoir dû se battre pour que leurs patients soient pris en charge. « *... si nous on estime que c'est une urgence... que ce soit géré comme tel euh... après. Parce que bon des fois il faut euh... un peu batailler... » (R8)*

d) Des avis peu adaptés

D'autres encore ont demandé conseil auprès de confrères spécialistes, et trouvé les avis peu adaptés, sans oser les contredire. « *Et le cardiologue m'a dit " Bon... t'as qu'à faire une tropo en ville ! " Donc moi j'aime pas trop faire les tropo en ville... [...] C'est vrai que quand on est jeune des fois... quand les aînés te disent " Faut faire comme ça ! " Tu fais comme ça... [...] Et puis on se dit toujours " Ben c'est le cardiologue il sait quoi ! " » (R7)*

B. Les confrères : un soutien précieux

a) Des confrères disponibles

Mais pour beaucoup de remplaçants de l'étude, les confrères ont joué un rôle facilitant dans les prises en charge, par leur disponibilité. « *Mais euh... mais je trouve qu'on arrive quand même à avoir un appui euh... que ce soit par... avec les médecins hospitaliers, les médecins... spécialistes de ville... ou les médecins régulateurs au SAMU [...] d'avoir une écoute et une euh... une aide, finalement quand même... » (R8)*

b) Un soutien encourageant

Pour certains ils jouaient également un rôle dans la réassurance des remplaçants sur l'exactitude de leur prise en charge. « *Et euh... et ils m'avaient rappelé 2 heures après en me confirmant que c'était bien une EP. » (R11) ; « c'est l'urgentiste euh... l'a un peu vu... Il m'a dit « Non mais ça arrive hein ! T'inquiète pas ! » (R3)*

c) Un réseau local de spécialistes facilitant

La présence et la connaissance de réseaux spécifiques de correspondants étaient également importantes pour des médecins de l'étude. « *j'aurai un... réseau autour de moi, ça sera plus facile, parce que c'est vrai qu'en remplaçant à droite à gauche sans savoir toujours... trop où s'orienter... » (R10)*

2.6.7 L'impact de l'expérience

Des remplaçants interrogés ont abordé le thème de l'« expérience » et son impact dans la perception et la gestion des urgences.

A. Le manque d'expérience

Certains médecins ont exprimé leur manque d'expérience pour faire face aux urgences. « *c'est vrai que j'ai jamais été confrontée à une urgence aussi urgente* » (R1)

a) Impact sur leur ressenti

Ainsi toute première exposition à une situation est plus anxiogène qu'une situation déjà expérimentée. « *Mais moi je me suis sentie euh... pas très à l'aise parce que euh... euh... ça m'était jamais arrivé du coup ça...* » (R9)

b) Impact sur leur pratique

Certains remplaçants de l'étude pensaient recourir plus fréquemment aux urgences que leurs confrères installés, notamment en cas de doute diagnostique ou sur la prise en charge. Ils attribuaient cela principalement à leur faible expérience. « *et je pense que... c'est pour ça aussi qu'on envoie par excès parce qu'on... c'est vachement dur surtout au début de faire la part des choses* » (R1)

B. L'utilité de l'expérience face à l'urgence

D'autres se pensaient plus à même de gérer des situations d'urgence, car ils y avaient déjà été confrontés antérieurement. « *j'en ai déjà géré quand... j'étais interne donc bon je pense que... t'as les réflexes qui reviennent...* » (R7)

D'autres encore ont expliqué avoir **tiré des leçons de leurs erreurs passées**. « *j'apprends de mes expériences euh... passées. Enfin je sais quand je gère quelque chose je me dis « Ah ben la prochaine fois euh... je ferai plus comme ça ! » (R5) ; «... je me suis dit « Plus jamais de pro... de tropo en ville ! » [...] Donc oui ça m'a servi ! [...] Ça m'a permis de me dire « Non ça je peux plus faire ! Ma conscience me l'interdit ! » (rire) » (R7)*

C. L'importance de l'acquisition d'expérience

Certains remplaçants ont évoqué l'expérience qu'ils allaient acquérir avec la pratique, et son impact sur leur ressenti et leur gestion des urgences. « *de toute façon je pense qu'on apprend aussi avec les situations auxquelles on est confronté.* » (R3) ; « *avec l'expérience on peut... ben déjà on va parfaire notre culture euh... médicale. [...] petit à petit... quand j'aurai... 20 ans de carrière euh... je saurai je pense mieux gérer que maintenant.* » (R9)

2.6.8 Des éléments aidants :

A. Le rôle central du régulateur du centre 15 dans le vécu des urgences

Beaucoup des remplaçants ont évoqué le rôle primordial du médecin régulateur du SAMU sur leur vécu des urgences. **Joignable à tout moment**, il pouvait servir de **guide** dans la prise en charge. « ... je pense que euh... les connaissances, qu'on les ait eues, qu'on les ait euh... ou qu'on ait oubliées, à partir du moment où on a le référent urgentiste au téléphone il nous guide. » (R6) ; « Après je pense que je m'appuierais beaucoup [...] sur l'avis du SAMU [...] parce que c'est pas des situations qu'on rencontre tous les jours et... la conduite à tenir précise au niveau médicamenteuse euh... [...] je serais pas forcément à l'aise quoi ! » R8

B. L'importance des expériences des confrères remplaçants

D'autres ont mentionné l'intérêt de l'échange d'expériences avec leurs confrères remplaçants. « dans ma trousse il y avait juste un stéthoscope [...] ça m'est arrivé... d'avoir des copains qui me racontent ce qui euh... ils arrivent à domicile devant une crise d'asthme et... ils n'ont pas de... de Ventoline... ils se sont... sentis très idiots ! Euh... donc euh... voilà !... » (R10)

C. Développer son « instinct »

Des remplaçants ont abordé la notion d'« instinct », d'un sentiment abstrait de « quelque chose qui ne va pas ». Parfois, l'inquiétude et le doute n'étaient fondés que sur leur impression sans parvenir à déterminer précisément l'origine de cette incertitude. « moi je pense que... du coup je fonctionne un peu à l'instinct pour ces trucs là... [...] Ouais moi je te dis pour moi c'est vraiment quand je... sens qu'il y a quelque chose qui va pas quoi ! Quand je sens pas le truc je me dis "Y a quelque chose qui va pas ! " (rire) » (R3)

D. L'importance d'être systématiques

Certains remplaçants exprimaient l'importance d'être systématiques dans leurs prises en charge afin de ne pas méconnaître une urgence. « ... comme je suis assez systématique je pense que ça me protège un petit peu de... louper quelque chose. » (R4)

E. Connaître ses limites

Parallèlement l'importance de connaître ses limites était un élément fréquemment abordé par les remplaçants. « Par exemple moi je suis... enfin je suis consciente de mes **limites**. » (R4)

F. Se faire confiance

Certains remplaçants ont abordé l'importance d'apprendre à se faire confiance. « faut se faire confiance » (R3) ; « j'essaie de me faire un peu plus confiance... » (R7)

G. Ne pas rester dans l'incertitude

Dans les situations énoncées, des remplaçants ont exprimé la nécessité de **ne pas rester dans l'incertitude**. « Non non ! Moi quand j'ai un doute euh... j'envoie ! Ou je fais faire euh... voilà ! » (R5)

Les situations de doute ont majoritairement abouti à des hospitalisations. « ya quand même... surtout je pense quand on commence pas mal de situations où on envoie aux urgences euh... les patients... » (R1)

2.6.9 Des spécificités inhérentes au statut de remplaçant

A. Des difficultés liées à la condition de remplaçant :

La position de remplaçant a parfois été perçue comme une difficulté supplémentaire.

a) Une mauvaise connaissance des patients

Cela impliquait pour certains une mauvaise connaissance du patient, de ses antécédents, de sa personnalité et son environnement, gênant la prise de décision. « *Puis nous on est remplaçants ! Donc on ne connaît pas bien le patient...* » (R5)

b) Une mauvaise connaissance du cabinet

Pour d'autres, cela impliquait une mauvaise connaissance du cabinet où ils remplaçaient et des équipements à disposition. « *... dans la plupart des cabinets où j'ai remplacé... il y avait de l'adrénaline mais savoir où il est exactement... en tant que remplaçant [...] c'est pas toujours évident... enfin on s'en souvient pas forcément...* » (R9)

c) Une mauvaise connaissance des réseaux

Pour d'autres, la mobilité des remplaçants entraînait une mauvaise connaissance des réseaux de spécialistes à disposition. « *... parce que c'est vrai qu'en remplaçant à droite à gauche sans savoir toujours... trop où s'orienter... je perds toujours un peu de temps [...] à savoir à qui je demande un avis.* » (R10)

d) Des difficultés à asseoir leur autorité

Des remplaçants ont également décrit des difficultés à paraître crédibles face à leurs patients de part leur âge, leur sexe, et parfois leur manque de confiance en eux. « *Ce qui n'est pas évident c'est aussi d'être dans le statut de remplaçant et de jeune femme... où parfois je me fais pas... trop... prendre au sérieux. [...] ça m'a parfois desservie.* » (R5)

e) Une absence de retour sur leurs prises en charge

Certains remplaçants ont également évoqué les difficultés de suivi inhérentes à leur statut de remplaçant, les freinant dans l'appréciation de la qualité de leur prise en charge. « *Mais euh... et puis y a des situations où on sait pas toujours où on les a gérées euh... comme on estimait être bien. Après on n'a pas toujours les nouvelles après.* » (R8)

B. Les avantages des remplacements fixes

Remplacer régulièrement dans des cabinets connus était alors perçu par certains comme un facteur aidant dans la prise en charge d'urgences. « *Non ce qui est bien c'est que je commence quand même à remplacer les mêmes médecins. [...] Et donc on peut... connaître un peu... voir le profil parce que c'est pas... c'est pas facile !* » (R5)

C. Le regard extérieur du remplaçant :

Pour d'autres, le « regard extérieur du remplaçant » a également permis, dans certains cas, de réagir plus rapidement. « *Des fois y a des vieux médecins qui me disaient que... ils étaient [...] Trop... facilement rassurés... avec leurs patients. Ils se trouvaient pas assez euh... pas assez « inquiets »...* » (R4) ; « *... et heureusement j'avais le regard extérieur du remplaçant !...* » (R7)

D. La nécessité d'adaptation aux spécificités de l'exercice libéral

a) La responsabilisation

Des remplaçants ont exprimé la nécessité d'adapter leur pratique lors du passage entre hôpital et cabinet de médecine générale. « *pour l'instant je me fais pas encore assez confiance. C'est pas facile de passer... interne à... médecin tout seul ! (rire) qui doit prendre les décisions...* » (R7) ; « *c'est nos premiers pas aussi en étant auto... enfin tous seuls quoi ! Et on est responsables de nos actes et tout ça donc euh...* » (R8)

b) Une moindre accessibilité aux « plateaux techniques »

D'autres encore ont exprimé la nécessité de s'adapter à une moindre accessibilité aux examens, et de revenir à une médecine basée sur la clinique. « *... c'est vrai que quand tu fais ton internat t'as plus accès aux examens complémentaires... En ville tu... peux pas toujours faire [...] Donc c'est plus clinique quand même...* » (R4)

c) Un travail en solitaire

Certains ont dit devoir s'adapter à la différence de personnel présent, avec un nombre plus restreint de personnes pour gérer les urgences. « *Ouais et aux urgences euh... ça mobilise... 5 ou 6 personnes pour faire euh... juste ça... donc je pense que tout seul déjà c'est... c'est... c'est juste euh... limiter les catastrophes quoi* » (R11)

2.7 L'impact des urgences sur leur pratique au quotidien

2.7.1 La nécessité de se tenir prêt :

La plupart des interrogés a dit pouvoir être confrontée aux urgences à tout moment, d'où la nécessité de savoir les prendre en charge et de « se tenir prêt ». « *De toute façon les urgences en général ça te tombe dessus euh... t'es pas trop prête hein ! (rires)* » (R7) ; « *même si ça nous arrive pas euh... tous les jours il faut être euh... en mesure de pouvoir répondre à un arrêt cardio-respi euh... sans se poser de questions et avoir les réflexes euh... appropriés oui* » (R12)

2.7.2 Anticipation des situations d'urgence :

Des médecins de l'étude ont avoué avoir déjà anticipé leur attitude face à certaines urgences vitales. « *enfin les principaux c'est... savoir s'organiser et puis euh... c'est vrai qu'il faut savoir aussi anticiper les choses* » (R9)

D'autres en revanche ont expliqué ne pas avoir anticipé leur attitude face à l'urgence. « *Pas du tout ! non* » (R2)

Pour une seule d'entre eux, la question n'a pas été abordée.
Pourtant, tous ont mis en place des stratégies d'anticipation des urgences.

A. Elaboration de scénarii

Certains ont raconté avoir clairement élaboré des scénarii afin de préparer leur réaction et diminuer le stress lié à la possible survenue d'urgences vitales. « *Donc oui, je me suis déjà dit... " Si ça arrive dans la salle d'attente euh... bon ben... les gens vous sortez..."* » (R7)

B. Réflexion suite à des situations d'urgence vécues par des confrères

Des remplaçants disaient se baser sur le récit des expériences rapportées par d'autres confrères remplaçants ou médecins dans des cabinets où ils ont remplacé. « *Ben j'y ai déjà réfléchi parce qu'en fait à... Avoine y a un matin où je suis arrivée quand j'étais interne... Et... ils nous ont parlé de la grosse urgence qu'ils avaient eue euh... [...] Donc après, c'est sûr que ça fait un peu réfléchir... à... Quand tu sais que c'est arrivé... que ça peut vraiment arriver... (rire)* » (R7)

C. Elaboration d'une trousse d'urgence

De manière plus concrète certains avaient mis en place une trousse d'urgence avec des thérapeutiques jugées « nécessaires », ou acheté du matériel comme un électrocardiogramme. « *Bès j'ai une trousse euh... dans ma voiture* » (R2)

D. Carnets et protocoles

Certains remplaçants expliquaient avoir en permanence avec eux des livres de prise en charge d'urgences, ou des carnets de protocoles élaborés depuis le début de leur internat et complétés au fil de leurs expériences. « *Je t'avoue que j'ai mon petit carnet euh... que j'ai depuis mon internat... qui me suit partout [...] sans lui je suis... enfin voilà ! je suis pas rassurée ! [...] que je mets à jour régulièrement.* » (R4)

E. Echanges informels avec des confrères

L'anticipation pouvait également se faire pour certains au travers d'échanges informels avec des collègues, qu'ils soient remplaçants, médecins installés, spécialistes. « *avec une de mes maîtres de stage en niveau 1 elle m'a fait faire une trousse d'urgence [...] Et puis après je l'ai... je l'ai comparée avec euh... celle d'un collègue...* » (R1) ; « *Mais après j'ai des amis urgentistes ! Donc on papote pas mal [...] quand ils me racontent leurs histoires j'écoute attentivement ! (rire)* » (R5)

F. Vérification du matériel à disposition dans les cabinets, des listes de correspondants

Une partie des remplaçants s'appuyait sur la vérification des thérapeutiques et du matériel à disposition dans les cabinets où ils remplacent. « *Donc ça c'était un de mes premiers reflexes en arrivant dans les cabinets... De regarder si y avait du Natispray ouais.* » (R10)

D'autres vérifiaient les listes de correspondants joignables dans le secteur du remplacement.

G. Lecture de recommandations de pratique

Enfin, certaines personnes interrogées s'attelaient à la lecture régulière de recommandations d'urgences, notamment avant certaines situations qu'ils jugent plus « à risque », comme les gardes de secteur. « *... donc c'est vrai que... avant une garde des fois je me dis "Allez ! Je me refais un petit topo euh... histoire d'avoir les choses un peu au clair... euh... en tête "...* » (R8)

2.7.3 Implications concrètes de cette anticipation :

A. Eviter certains remplacements « à risque »

Pour beaucoup de remplaçants de l'étude, exercer en milieu rural était un facteur de risque d'exposition aux urgences. Ils avouaient adapter leur pratique pour ne pas se confronter à leurs angoisses, en sélectionnant leurs remplacements en fonction des caractéristiques du cabinet. « *je ne me sens pas encore suffisamment à l'aise par rapport à tout ça pour aller bosser seule en campagne* » (R1)

B. Perfectionnement

Certains ont insisté sur l'importance de **poursuivre leur formation**, ce qui, de part leur statut, n'est pas toujours aisé. « *après je suis un petit peu embêtée parce que... en tant que jeune remplaçante non thésée y a beaucoup de formations auxquelles je ne peux pas participer...* » (R6)

C. Organisation du cabinet et du temps de travail

Une remplaçante voyait les urgences comme **cause fréquente de surmenage** chez les médecins généralistes. « *je pense que le... l'urgence au sens large hein !... en médecine générale... c'est euh... c'est peut-être une cause de burn-out [...] pas forcément par le... la difficulté émotionnelle de gérer des situations mais c'est plutôt par le côté **chronophage** !* » (R4)

La difficulté de gestion des urgences au quotidien était source de **réflexions autour de l'organisation du fonctionnement du cabinet et de leur intégration au planning**. « *je pense que c'est... nécessaire d'avoir des créneaux de libres euh [...] dédiés aux urgences [...] Briefer la secrétaire aussi sur : c'est vraiment pour les urgences* » (R4) ; « *je pense que... pour... pour que [...] l'urgence... le service d'urgence soit accessible à moins de 30 minutes... il va falloir délocaliser d'une certaine manière le service d'urgence...* » (R6)

2.8 Place de la formation initiale dans la perception des urgences :

La **nécessité de formation** pour la gestion des urgences était **indéniable** pour la totalité des remplaçants de l'échantillon. Celle-ci jouait un rôle important dans leur perception des urgences. « *Euh... ben déjà y a les connaissances médicales. Alors je pense que c'est le... c'est quand même bien de savoir ce qu'on fait !* » (R9)

En revanche, les remplaçants exprimaient des **disparités importantes dans leur qualité de formation**, et les éléments qu'ils ont jugés utiles pour leur pratique. « *Alors moi j'ai été surtout formée en stage hein ! ... j'ai eu la chance d'avoir un très très bon stage !* » (R4) ; « *j'ai fait les urgences de Marseille à la Conception. Une cata ! C'était l'horreur !...* » (R5)

2.8.1 Le stage aux urgences

A. Un stage utile

Pour certains le stage aux urgences durant l'internat a joué un rôle important dans leurs capacités de gestion des urgences. « *... c'est formateur. Ben sur les pathologies aussi hein ! Parce que du coup on voit... pas mal de choses aussi [...] je pense que c'est en voyant plein de patients qu'on retient...* » (R9)

a) Se confronter aux urgences

Ce temps passé dans ces services leur a permis de faire face à certaines urgences, d'effectuer certains gestes, et de dédramatiser certaines prises en charge. « *Mais j'en ai f... enfin je vais dire... aux urgences j'en ai fait beaucoup euh... des trucs... Enfin bref, ça m'a un peu aidée je pense ! Aux urgences quand j'étais interne hein, je veux dire !... intuber.* » (R7)

b) Affiner leurs capacités diagnostiques

Ce stage a appris à certains à détecter les éléments sortant de l'ordinaire afin de développer une forme d'instinct, une perception intuitive de la gravité. « *c'est un peu ça le but quand même des... des stages aux... urgences... tout ça... c'est vraiment de... et au niveau hospitalier, c'est qu'on arrive à repérer quand y a quelque chose qui cloche quoi ! Que ça va pas.* » (R3)

c) Connaître le fonctionnement des services d'urgence

Cette pratique hospitalière a permis à certains de connaître le fonctionnement des services d'urgence et donc de pouvoir l'expliquer aux patients afin de les rassurer. « *... ça permet aussi de savoir comment ça se passe euh... aux urgences !... et d'expliquer aussi aux patients que... voilà il est possible qu'ils attendent [...] leur expliquer aussi comment ça se passe.* » (R9)

d) Apprendre à gérer leurs émotions

Ce stage a mis certains en difficulté, lors de confrontation avec certaines urgences, dont ils ont retiré des enseignements utiles pour leur pratique de médecin généraliste. « *c'est formateur aussi sur comment gérer ses propres émotions ! Parce que des fois on a des cas... quand même... qui sont difficiles. [...] Mais je pense qu'on apprend aussi à s'endurcir... (rire)* » (R9)

B. Un stage peu utile

Pour d'autres ce stage n'a pas été d'une grande utilité pour leur pratique de médecine générale. « *Non je vais dire que ma formation en urgences est assez pauvre...* » (R5)

a) Des remplaçants peu intéressés par leur stage

Certains remplaçants ont rapporté un faible intérêt porté aux urgences. « *Euh... moi j'ai fait de la médecine générale parce que les urgences ne me convenaient pas du tout.* » (R7)

b) La peur d'être choqué

D'autres ont exprimé leur crainte d'être confrontés à des situations traumatisantes. « *Euh... j'ai échappé à des... urgences vitales euh... gravissimes euh... avec des morts... Euh... et heureusement parce que j'avais pas du tout envie de voir ça !* » (R2)

c) Une mauvaise disponibilité d'esprit

D'autres encore ont mentionné un contexte de vie personnelle peu favorable. « *... j'avais pas trop confiance en moi à cette période là... Enfin je pense que c'était pas le moment que je fasse mes urgences.* » (R5)

d) Des difficultés d'intégration

Certaines personnes interrogées ont exprimé des disparités d'entente avec l'équipe soignante. « *Et puis ça n'a pas très bien matché avec l'équipe [...] Et que justement j'étais mieux quand il n'y avait pas tous ces... tous... tous ces gens autour de toi qui te... qui te stressent et qui s'agitent.* » (R5)

e) Des internes peu encadrés

D'autres ont bénéficié d'une attention variable de la part des médecins du service, « *On nous a un peu abandonnés... enfin moi je trouvais qu'on nous abandonnait un peu.* » (R5)

f) Peu d'autonomisation, et nécessité de rendement

Les médecins de l'étude ont rapporté une confrontation et une gestion d'urgences vitales très variable au cours de ce stage, « moi j'ai eu l'impression de... passer mon temps à... placer mes patients et... j'ai pas été confrontée à des... des vraies urgences ou alors euh... [...] j'ai jamais été... **toute seule** à gérer euh... » (R7)

g) Une formation trop « hospitalière »

Certains enfin ont expliqué que la formation aux urgences n'était pas adaptée à la pratique de la médecine générale. « Parce que... on nous apprend des choses très... très strictes et on voit que dans la vie de tous les jours ça peut pas être très strict... » (R5) ; « Et là-bas... nous... on a eu une formation euh... sur l'arrêt cardio-respiratoire [...] Comme on n'était qu'internes... ben... c'était surtout... appelez le chef quoi ! » (R9)

C. Une initiation au SAMU / SMUR

Des remplaçants ont eu accès au SAMU durant leur stage aux urgences. Certains ont trouvé **intéressant** d'en voir le fonctionnement.

D'autres n'y ont trouvé **aucun intérêt** pour leur pratique future, ne pouvant pas mettre en application ce qu'ils ont vu. « ... apprendre des trucs avec le SAMU [...] c'est bien à voir, c'est bien de savoir comment ils bossent mais euh... c'est pas non plus ce que je serais en capacité de faire parce que j'ai pas la même euh... le même équipement... » (R1)

Certains remplaçants ont également eu accès à une **initiation à la régulation** au cours de leur stage aux urgences. Cela les a beaucoup intéressés. « Après oui j'avais fait de la régulation ça c'était intéressant ! » (R7)

D. Des expériences parfois traumatisantes au cours de leur internat

a) Des internes mis en difficulté

Certains médecins interrogés ont relaté des traumatismes vécus au cours de leur formation. Il s'agissait souvent de situations d'urgence qu'ils avaient eues à gérer seuls au moins une partie du temps, ou marquées par l'absence de soutien du sénior. « ... j'étais un peu mal parce que le sénior m'avait demandé de ses... tout faire euh... tout seul... Donc je lui réfèrais de ce que je faisais au fur et à mesure mais [...] j'aurais bien voulu qu'il me... qu'il prenne le patient en relais et il l'a pas fait ! Il m'a dit « débrouille-toi ! » et il est mort euh... » (R2)

b) Une issue défavorable

Ces situations racontées ont eu une issue défavorable pour les patients et se sont produites de façon brutale et inattendue. Elles ont été mal vécues par les médecins en formation et ont entraîné une remise en question de leurs capacités. « c'est un peu bizarre mais... de repenser à la situation et... à comment on aurait peut-être pu sauver ce monsieur... Je sais pas en faisant quoi hein mais bon... Bon... je me suis senti euh... pas du tout... compétent à un moment donné ! (rires) » (R2)

c) Un traumatisme persistant

Une remplaçante a même avoué toujours appréhender les situations se rapprochant de celle vécue au cours de son internat. « moi j'ai eu un problème en salle de naissance et je pense que ça m'a un peu traumatisée euh... pendant mon stage [...] Donc j'ai un peu une hantise avec euh... euh... voilà !... la pédiatrie... les grosses urgences euh... » (R4)

E. Une formation qui n'en reste pas moins incomplète pour la gestion des urgences...

Certains médecins de l'étude ont insisté sur la différence de formation et de pratique qui existe entre les médecins généralistes et les médecins urgentistes. « urgentiste et généraliste c'est deux métiers différents ! Euh... généraliste euh... tu sais... adapter à longueur de journée les traitements pour le diabète... l'hypertension. Quand tu es urgentiste à longueur de journée tu sais ce qu'il faut faire euh... dans cette situation là » (R3)

2.8.2. Les autres stages durant l'internat

Tous les remplaçants de l'étude ont effectué un stage en pédiatrie au cours de leur internat. Beaucoup l'ont trouvé très formateur. Il leur a permis :

- **d'acquérir le savoir nécessaire à l'examen d'un enfant**, « *Très bien la pédiatrie j'ai appris énormément de choses !... Surtout aux... urgences pédiatriques [...] globalement ça ça a vachement démystifié [...] on a été hyper bien formés...* » (R5)

- **d'améliorer leur discernement quant à la gravité de certaines situations**, « *Euh... les fièvres aiguës aussi [...] savoir quelle était l'urgence, pas l'urgence, les convulsions des choses comme ça...* » (R8)

- **d'être capable d'une prise en charge adaptée** en cas de confrontation à certaines urgences pédiatriques en médecine générale. « *... un gamin... en crise euh... Je saurais quel dosage il faut faire parce qu'on a déjà fait dans le service et que j'ai compris à peu près... comment il fallait faire...* » (R2)

2.8.3 Une formation pratique aux gestes de secours

A. Une formation aux gestes et soins d'urgence

Certains remplaçants de l'étude ont bénéficié de formations aux gestes et soins d'urgence au cours de leur internat : AFGSU2, journées de formation à la réanimation cardio-pulmonaire avec parfois intubation sur mannequins, pose de cathéters intra-osseux. « *... j'avais... été formé à ça euh... sur le mannequin... c'est-à-dire masser je sais comment masser [...] planter un cathéter intra-osseux euh... je l'avais fait... 2 fois [...] sur un faux... os* » (R2) ; « *à... l'hôpital de Bourges la chef de service voulait absolument qu'on repasse justement l'AFGSU...* » (R6)

Beaucoup cependant ne l'ont pas mentionné.

B. Une formation aux premiers secours

D'autres ont expliqué avoir bénéficié de formations aux premiers secours en dehors de leurs études médicales. « *Ben j'avais fait les premiers secours euh... quand j'étais au collège.* » (R7)

C. Un intérêt certain pour les formations pratiques

Ces formations pratiques étaient pour une partie des remplaçants plus bénéfiques que leur stage aux urgences pour l'apprentissage de la gestion des urgences et leur pratique de médecine générale. « *Après ce qui est utile mais que j'ai eu c'est... la formation aux... premiers secours et au massage euh... cardio-respiratoire ça c'est le plus important...* » (R2)

Elle leur conférait une certaine assurance. « *non mais je me suis formé à la réanimation cardio-pulmonaire donc euh... ça je sais faire !* » R2

2.8.4 Des formations théoriques

Beaucoup de remplaçants ont évoqué leur temps de formation théorique au cours de leur internat. **Le bénéfice retiré semblait limité.** « *bon les formations théoriques je pense que ça peut nous aider aussi mais... enfin même si on en voit une euh... de temps en temps on retiendra pas forcément la formation qu'on avait eue euh...* » (R9)

Certains remplaçants ont souligné leur intérêt, à condition qu'il en ressorte un ou deux **messages clés.** « *... j'avais eu un petit... un petit exposé où il dit bien... Enfin si t'avais un truc à retenir c'était ça quoi ! Directement pour l'UNV ! (rire) Du coup ça c'est resté ancré euh... dans ma tête !...* » (R4)

2.8.5 Des formations sous forme d'échanges

Au cours des entretiens des remplaçants ont évoqué le bénéfice des **groupes de pratiques** au cours desquels ils ont pu discuter de certaines situations difficiles vécues pendant leurs stages, et se remettre en question. « *en tant qu'internes on a aussi les groupes de pratique... sont là pour nous rappeler aussi que... de temps en temps... on fait pas ce qu'il faut qu'on fasse... même si on pense bien faire !* » (R2)

2.8.6 Des doutes sur l'intérêt des formations à long terme

Certains étaient sceptiques quant à leurs possibilités de pratiquer les gestes de réanimation dans les années à venir en cas d'absence d'entraînement régulier. « *Le stage le... la formation AFGSU2 elle est très bien ! Est-ce que dans 10 ans, sans faire aucune urgence euh... elle me... elle me... elle me... servira encore ?* » (R12)

2.9 Projet d'installation :

2.9.1 Des médecins qui découvrent et s'inspirent

A. S'inspirer de leurs pairs

Seuls 4 médecins interrogés avaient un projet d'installation en cours. Il n'en reste pas moins que tous ont expliqué mettre à profit leur temps de remplacement pour **définir leurs exigences** quant à leur propre cabinet. « *Je voulais vraiment essayer [...] d'avoir un maximum euh... touché à... différents modes d'exercice [...] Mon... mon but c'était le projet... de... de bien ficeler mon projet en... en m'inspirant de ce qui se faisait ailleurs...* » (R12)

B. Réaliser l'importance de s'organiser

Les remplaçants de l'étude étaient **unanimes** quant à la nécessité d'**organiser leur pratique** pour faire face aux urgences. « *Je pense qu'il y a des organisations à penser... au niveau du... du cabinet pour euh... pour pouvoir voir les gens...* » (R7) ; « *il faut l'intégrer dans notre euh... dans notre exercice au quotidien ça c'est sûr oui !* » (R12)

C. Construire son projet futur

La nécessité de se préparer à la gestion des urgences vitales était en revanche à pondérer à la proportion de ces situations sur leur pratique quotidienne. « *Et puis voilà après ça dépend à combien de temps du SAMU on se... situe [...] c'est des critères à prendre en compte...* » (R2) ; « *... je fais partie... de ces in... jeunes médecins qui pensent qu'il faut pouvoir offrir... tout offrir à nos patients [...] Donc euh... voilà il faut que je sois capable un peu de tout faire et euh... notamment ben les urgences euh...* » (R6)

2.9.2 Des réflexions sur le mode d'exercice

Les discours des remplaçants de l'étude étaient ambigus quant à la distance du cabinet par rapport aux services d'urgences.

A. La distance cabinet - hôpital

Certains ne s'imaginaient pas pouvoir faire face aux situations d'urgence vitale s'ils exerçaient trop loin d'un service d'urgence... « *Je préférerais faire du semi-rural avec un petit hôpital euh... pas trop loin...* » (R7)
... Là ou d'autres se sentent capables d'un exercice plus isolé. « *nous allons nous installer à... à 25 km de... de l'hôpital de Bourges... donc [...] il faut pouvoir faire quand même quelques petites choses avant qu'ils arrivent.* » (R12)

B. Le mode d'exercice

Tous les remplaçants de l'échantillon étaient unanimes quant à leur préférence pour un exercice **en cabinet de groupe**. « *Donc je sais que j'aimerais m'installer en... au moins cabinet de groupe [...] Je me vois pas du tout travailler seule ! Seule c'est pas possible !* » (R7)

C. Un secrétariat physique

La formation des secrétaires était aussi un élément important du fonctionnement du cabinet et de la gestion des urgences. « *D'avoir des bonnes secrétaires aussi ! ... qui connaissent bien les patients...* » (R9)

D. Des réflexions sur l'équipement du cabinet

Des médecins se questionnaient sur les **thérapeutiques et les équipements complémentaires** qui leur semblaient nécessaires pour dispenser les soins de premiers secours, évoquant parfois des facteurs limitant : le poids, le coût, les dates de péremption... « *c'est déjà tellement lourd une mallette ! [...] non c'est vrai que je prends toujours le matériel euh... des médecins... qui n'ont pas tous hein ! [...] Ouais non je sais pas d'ailleurs si j'investirai ou pas !* » (R5) ; « *on a une pharmacie d'urgence euh... on a des électro... et on est en train de se faire financer un défibrillateur...* » (R11)

Certains espéraient intégrer à leur projet une **salle dédiée** aux situations d'urgence. « *Et puis prévoir une salle euh...* » (R7)

E. L'importance du travail en réseau dans l'intégration des urgences

Des médecins de l'échantillon ont insisté sur l'importance d'avoir un **réseau de correspondants** spécialistes afin de favoriser la prise en charge des patients, et de connaître les **protocoles locaux de prise en charge des urgences**. « *Je pense qu'une bonne petite liste... une bonne petite liste de correspondants que je peux avoir euh...* » (R4) ; « *savoir un peu quelles sont les pratiques euh... locales... je pense...* » (R7) ; « *je suis... présidente d'une association sur euh... sur le département [...] on a eu l'idée de créer un grand... rassemblement confraternel [...] pour échanger parce que on [...] est submergé par euh [...] les demandes de soins auxquelles on ne peut pas répondre dans le département [...] le fait de se connaître on [...] on facilite les prises en charge, la coordination de soins...* » (R12)

2.9.3 La formation continue

La formation continue était un point clef de certains entretiens.

A. Une formation pratique à la carte

Des médecins de l'étude souhaitent pouvoir bénéficier, une fois installés, **de formations pratiques régulières, courtes, adaptées à leur pratique de médecine générale, et qui pourraient être dispensées par le SAMU de leur département.** *« ce serait peut-être une formation surtout où [...] on s'interrogerait sur **quelles sont les urgences en médecine générale et du coup euh... qu'est ce qu'il faut avoir pour y pallier... en fait sur les trucs les plus fréquents et les plus urgents qu'on rencontre... une petite conduite à tenir euh... qu'on a dans un... petit cahier [...] et savoir comment s'en servir [...] comme on fait les mises en situations euh... pour le... truc des pompiers là le... pour être secouriste là des trucs comme ça... » (R1) ; « Ben... je pense que ce serait d'avoir des... des formations... pratiques régulières. [...] Enfin il faudrait que ça soit... je sais pas... en concertation avec les urgentistes... » (R11)***

En effet, pour certains le manque d'entraînement régulier jouait sur leurs capacités, qu'il s'agisse de réaliser des gestes et soins d'urgence ou d'autres actes complémentaires. *« Les situations sont **rares**, donc on perd les gestes aussi plus facilement donc euh... » (R6)*

B. Des formations selon leurs besoins

D'autres ont exprimé vouloir continuer à se former, en adaptant les formations au fur et à mesure de leur pratique, selon leurs besoins et leurs limites. *« Et puis peut-être que y a des formations que je ferais euh... en fonction de ce qui me manque au quotidien... » (R10)*

C. Les groupes de pairs

Certains médecins ont dit vouloir participer à des groupes de pairs. *« Euh... les groupes de pairs aussi... pour des fois écouter les expériences de chacun c'est... ça peut être intéressant ! » (R8)*

D. L'accueil des internes

Des médecins interrogés souhaiteraient accueillir des internes une fois installées afin de maintenir leur lien avec la formation. *« on apprend plein de choses et on est obligé de rester euh... au top... de ne pas être dans le train-train... quotidien [...] ça je pense que c'est... vachement bien pour se former !... d'avoir un interne ! » (R7)*

2.9.4 Et plus si affinité...

Certains remplaçants de l'échantillon souhaiteraient poursuivre une formation médicale complémentaire : **Médecin Sapeur Pompier, MCS, formation à la régulation**, afin d'améliorer leur gestion des situations d'urgences en multipliant les sources de confrontation, et d'être toujours à jour dans leurs connaissances. *« y a toujours la question de... être euh... faire médecin-pompier même si c'est quelque chose qui est moins courant » (R6) ; « j'aimerais bien [...] pouvoir avoir aussi une ligne en... régulation [...] Et... pourquoi pas... ce qui se développe aussi sur le département c'est les... les Correspondants SAMU. » (R12)*

Cette démarche s'inscrivait également dans la volonté de **développer un réseau avec les différents intervenants locaux de l'urgence.** *« On est sur la même plate-forme avec les pompiers... et il y a un médecin généraliste qui régule de 20 heures à minuit [...] on... continue [...] par l'échange à... à se former à... de manière informelle au... auprès du... du régulateur. » (R12)*

2.10 Les Médecins Correspondants du SAMU :

Une partie de notre recherche souhaitait savoir si les remplaçants de la région Centre-Val de Loire étaient sensibilisés au réseau de Médecins Correspondants SAMU. Nous voulions déterminer si ce lien privilégié avec le SAMU pouvait correspondre à leurs attentes quant à la gestion des urgences en ambulatoire.

2.10.1 Connaissances du dispositif :

A. Un réseau peu connu...

Seuls 5 remplaçants connaissaient bien le concept des MCS.

Certains remplaçants interrogés ont évoqué spontanément le principe de fonctionnement du réseau MCS. Ils le caractérisaient principalement par la formation et les équipements reçus. *« Je sais qu'il y a une super bonne formation. Et... du matériel » (R12)*

B. Des connaissances variables...

Certains avaient des **connaissances** sur leur fonctionnement **plus poussées**. Ils ont évoqué la volonté du gouvernement de permettre à chaque individu de bénéficier des soins d'urgences en moins de 30 minutes. (14) *« Y a des zones euh... où les secours peuvent... mettre longtemps à arriver [...] il me semble qu'il y a une loi en France où une équipe médicale doit intervenir... je ne sais plus si c'est une demi-heure [...] c'est pas le cas dans l'Indre dans certaines zones donc... il existe des Médecins Correspondants SAMU qui arrivent euh... sur place avant les équipes SAMU [...] en fonction de... l'endroit où ils... habitent. Le régulateur les appelle... » (R10) ; « il y en a un qui fait ça dans l'Indre et donc qui est à trois quarts d'heure de... des urgences. Euh... donc il est amené à se déplacer sur des... des situations... où euh... le SAMU est un peu loin et euh... et on a besoin de lui quoi. » (R11)*

Cinq n'en avaient **jamais entendu parler**.

Les autres remplaçants de l'échantillon connaissaient ce réseau **de nom**, mais ignoraient son principe de fonctionnement.

C. ... par le bouche-à-oreille

Pour les remplaçants ayant la connaissance des MCS, la découverte de l'existence du réseau s'était faite par le biais de médecins chez qui ils ont effectué un stage durant leur internat, grâce aux liens avec un SAMU organisateur du réseau, ou enfin par le biais de leur entourage personnel. *« C'est... R. [son conjoint] qui m'en a parlé parce que... euh... C.R. c'était son... c'est son tuteur donc euh oui » (R7) ; « quand j'étais en stage chez le praticien, il y avait un des praticiens qui faisait des formations [...] Médecin... Correspondant... SAMU... » (R10)*

Une remplaçante interrogée réalisait sa thèse sur la connaissance des gestes d'urgences en médecin générale dans un département où un réseau MCS vient d'être mis en place. Aucun des médecins lui ayant renvoyé les questionnaires n'a mentionné le réseau MCS. *« ... quand moi j'ai interrogé les médecins pour ma thèse sur les gestes et soins d'urgence... dans ce que j'ai vu, sur la centaine de médecins qui m'a répondu [...] je suis pas sûre qu'il y en ait un seul qui m'ait répondu qu'il était Médecin Correspondant SAMU. » (R6)*

2.10.2 Opinion des remplaçants concernant ce dispositif :

A. Des médecins intéressés

Certains médecins interrogés ont trouvé le concept d'un tel réseau intéressant. « Ben oui non je connaissais pas... Mais ça peut être une bonne idée hein !... (rire) » (R9)

a) Un projet à l'étude...

Deux remplaçantes envisagent de suivre la formation, ayant des projets d'installation en milieu rural, notamment une dans un département où un réseau MCS vient d'être créé : le Cher. « Et... pourquoi pas... ce qui se développe aussi sur le dép... sur le département c'est les... les Correspondants SAMU. » (R12)

b) Un complément de formation

L'appartenance à un tel réseau leur permettrait de bénéficier d'une formation médicale d'urgence et d'un équipement plus poussés. « En plus on a une formation euh... qui... apparemment est intéressante donc euh... » (R12)

c) Resserrer les liens avec les différents acteurs de l'AMU locale

Cela leur permettrait en outre de maintenir des liens particuliers avec les personnes impliquées dans réseaux de soins d'urgence : SAMU, urgentistes, pompiers locaux. « et puis bon en plus on connaît les pompiers locaux... et des fois pour gérer les situations sur le... l'accident ou autre euh [...] c'est plus facile aussi pour gérer. » (R6) ; « j'ai envie de continuer à travailler avec eux [le SAMU]... Donc ça peut être un biais hein en dehors de... de... euh de la régulation. » (R12)

d) Un système flexible

Une remplaçante a évoqué la flexibilité du système. « on choisit nos tranches horaires [...] nos jours d'astreinte [...] on les appelle lorsque... le délai d'intervention des... des... de l'équipe médicale est assez éloigné du... du site. » (R12)

B. Des médecins qui ne se sentent pas concernés

D'autres trouvaient le concept intéressant mais ne se voyaient pas y prendre part. Cela pouvait être en raison d'un **projet d'installation incompatible**, car trop proche d'un hôpital. « Je pense que... raisonnablement euh... en étant à... moins d'un quart d'heure... du SMUR enfin... » (R11)

Certains se disaient cependant prêts à devenir MCS si finalement ils étaient amenés à exercer dans une zone éloignée d'un SMUR où un réseau serait déjà en place. « Si je suis sollicité parce que j'habite dans une zone euh... où il y a un besoin [...] Pourquoi pas [...] C'est toujours une aide de toute façon donc je serai toujours utile je pense... » (R10)

D'autres évoquaient un **manque d'intérêt** pour les prises en charges urgentes. « je trouve ça pas mal que ça existe ! (rire) Moi personnellement euh... ça a jamais été trop mon truc... » (R5)

C. Des contraintes évoquées

a) Laisser la patientèle à tout moment

Certains remplaçants étaient freinés par l'idée de pouvoir être appelé à tout moment, et de devoir laisser leur patientèle en pleine consultation. *« je sais pas la fréquence des appels tout ça... mais euh... c'est vrai que planter ta consultation ton cabinet pour aller sur un autre truc où c'est pas toi qui aurait été appelé forcément... je ne sais pas » (R1)*

b) Un alourdissement de la charge de travail

Certains remplaçants craignaient un alourdissement important de leur charge de travail au quotidien. *« Je ne sais pas comment on peut allier [...] ce... Correspondant SAMU à notre pratique au quotidien... où on a le planning qui est déjà surchargé... enfin pour tout lâcher pour partir sur intervention pendant 1 heure et demie... » (R12)*

c) Report de travail sur les collègues

D'autres craignaient également d'alourdir la charge de travail de leurs collègues en cas d'absence prolongée du cabinet. *« je sais pas comment ils s'organisent parce que s'ils sont envoyés [...] laisser les autres qui ont... absorbé euh... enfin qui m'ont vu des patients euh... pour pas que j'aie 3 heures de retard quoi... » (R3)*

d) Pas d'avantage spécifique de ce réseau

D'autres ne voient pas dans ce réseau d'avantage en comparaison avec d'autres réseaux existants, type médecins pompiers. *« ... médecins qui sont dans leur cabinet... qui ont une formation plus poussée hein au niveau gestes d'urgence et... en fait qui rejoignent... qui rejoint un petit peu le principe du médecin pompier... » (R6) ; « c'est vrai que j'ai pas... j'ai pas connaissance de ça. Après je sais qu'il y a des médecins... y a des médecins-pompiers euh... à côté... » R8*

DISCUSSION

1. Principaux résultats :

Au travers de cette étude nous avons pu explorer la perception des urgences médicales en médecine générale par les généralistes remplaçants. L'approche de l'urgence par ces jeunes médecins généralistes apparaît complexe. On retrouve un sentiment d'implication. Même si les urgences sont pour eux source de multiples difficultés, et que leur prévalence est faible, ils ont conscience de l'inéluctabilité de la confrontation. Ceci génère de l'angoisse, qui entraîne de développer des schémas d'adaptation pour se préparer à y faire face.

2. Forces et limites de l'étude :

2.1 Forces de l'étude :

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative qui nous semblait être la plus à même d'aborder le champ du vécu émotionnel et des perceptions des médecins généralistes remplaçants.

Nous avons réalisé des entretiens semi-structurés. La quasi-totalité de ces entretiens s'est déroulée au domicile des personnes interrogées. Cela nous a permis d'avoir un temps privilégié avec chaque remplaçant, afin qu'ils se sentent plus en confiance pour s'exprimer librement.

L'utilisation conjointe des deux mailing listes de RemplaCentre et du CROM de région Centre-Val de Loire nous laisse supposer que nous avons contacté la quasi-totalité des médecins généralistes remplaçants de la région.

Nous avons évité un biais de sélection lors de l'envoi du mail en ne précisant pas le thème exact de notre étude.

Nous avons pu obtenir un taux de réponse élevé à nos sollicitations, de l'ordre de 20%.

Un tirage au sort a été effectué afin de sélectionner les médecins interrogés parmi la liste des répondants.

De plus, le chercheur ne connaissait personnellement aucun remplaçant. Ceci a permis d'éviter des biais dans la réalisation de l'échantillon ainsi que dans l'analyse des données recueillies.

2.2 Limites de l'étude :

L'entretien a pu être influencé par la situation initiale racontée, qui avait pour but d'orienter la réflexion des remplaçants vers un type particulier d'urgences. Cela a pu influencer les exemples choisis par les personnes interrogées.

La taille de l'échantillon était faible. De fait, malgré l'obtention de la suffisance des données, on ne peut certifier que d'autres éléments n'auraient pas été identifiés lors d'entretiens ultérieurs.

Le manque d'expérience de l'enquêteur a pu interférer avec le déroulement de certains entretiens, comme le manque de respect de certaines pauses dans le discours pour laisser la place aux réflexions des interrogés.

Les réponses des participants étaient parfois incomplètes : certaines informations ont été recueillies en dehors de l'enregistrement par le dictaphone, en particulier lors du premier entretien.

Deux entretiens ont eu lieu sur le lieu de travail des personnes interrogées. Un certain empressement dans les réponses et une volonté d'écourter l'entretien ont alors pu être perçus par le chercheur.

De plus, certains entretiens ont pu être perturbés par des événements intercurrents extérieurs (pleurs de bébés, téléphone qui sonne...).

Des biais d'interprétation ont pu être relevés du fait de la subjectivité de l'interprétation liée au type d'analyse choisi. Ce biais a cependant pu être limité grâce à la réalisation d'une double lecture des entretiens.

Malgré nos efforts pour la sélection de l'échantillon, on doit en noter les caractéristiques peu variées, rendant notre échantillon monomorphe en termes d'âge. Peut-être pouvons-nous attribuer ce fait à la population que nous avons choisie d'étudier dans cette thèse, et au fait que de jeunes remplaçants se sentent plus impliqués pour aider leurs confrères à réaliser leur travail de thèse, étant eux-mêmes en cours de rédaction ou fraîchement diplômés.

3. Généralisation des données :

Ce travail était exploratoire et n'avait pas pour but d'être statistique ni représentatif. Il recherchait la diversification de l'échantillon pour recueillir l'ensemble des hypothèses répondant à la question de recherche. Il n'y avait pas non plus de règles strictes quant à la taille de l'échantillon. La sélection des personnes interrogées devait se poursuivre jusqu'à ce qu'aucune nouvelle observation ne soit obtenue. La suffisance des données a été ressentie à la fin du douzième entretien, conformément à la définition de validité externe retrouvée dans la littérature. (46)

Nous n'avons pas eu accès aux données démographiques de référence concernant les remplaçants de médecine générale de la région Centre Val de Loire, auxquelles comparer notre échantillon. Notre échantillon était plutôt monomorphe, avec une majorité de femmes, une moyenne d'âge jeune, bien inférieure à la moyenne d'âge des remplaçants actifs de région Centre Val de Loire, toutes spécialités confondues. (44)

4. Interprétation des résultats :

Nous n'avons trouvé que peu d'études s'intéressant au vécu des urgences par les médecins généralistes et encore moins concernant les remplaçants de médecine générale.

4.1 Différentes visions de l'urgence en médecine générale

4.1.1 Différentes visions de l'urgence

Il est apparu difficile aux médecins de l'étude de donner une définition partagée d'urgence médicale en médecine générale. A la notion d'urgence vitale apprise au cours de leur formation hospitalière, venaient s'ajouter une variation commune issue de leur exercice libéral, de ce qu'ils ne peuvent gérer seuls au cabinet, et la notion de « non programmé ». Leur vision de l'urgence était influencée par de nombreux facteurs, inhérents au remplaçant, à son expérience, et au contexte.

Les variations de la définition d'urgence en médecine générale étaient également retrouvées dans la littérature. En effet, des études portant sur les urgences en médecine générale ajoutent également la notion

de soins non programmés et d'urgence ressentie. (12) (47) Le collège National des Généralistes Enseignants définit les urgences comme une « *situation vécue par le patient ou son entourage comme nécessitant une intervention médicale immédiate.* » (48)

En revanche, ces études ne traitent pas de la notion particulière apportée à l'urgence vitale par les médecins remplaçants de notre étude. Les médecins généralistes interrogés décrivent ici l'urgence comme ce qu'ils ne peuvent gérer seuls au cabinet.

Le travail de J. Dumouchel vient corroborer nos résultats. Son étude retrouvait que « si les médecins ont tous la même définition de l'urgence, acquise au cours de leurs études, dans leur pratique quotidienne, les urgences correspondent davantage aux situations potentiellement graves qu'ils ne peuvent gérer seuls au cabinet, et s'apparentent donc au besoin de recours ». (49)

Les études retrouvées n'ont étudié que le point de vue des médecins généralistes installés. Il est donc intéressant de constater que malgré leur expérience parfois courte en tant que remplaçants de médecine générale, il existe déjà une corrélation entre leur façon de définir les urgences et celle de leurs pairs installés.

4.1.2 La confrontation

A. Prévalence des urgences médicales

Ces variations de vision de l'urgence influençaient directement la prévalence de confrontation à l'urgence dans leur exercice. Selon les médecins de l'étude, La probabilité de survenue des urgences en médecine générale serait rare.

Ces représentations sont concordantes avec les données de la littérature. En effet, selon une étude de la DREES, les urgences somatiques critiques représenteraient 5% des recours urgents à la médecine générale. (12)

Dans plusieurs études, nous avons retrouvé une fréquence de confrontation aux urgences vitales par les médecins généralistes allant de 1 à 5 fois par an en moyenne.(47) (50) De même, la probabilité de confrontation à un arrêt cardio-respiratoire en libéral est faible, mais à l'échelle d'une carrière ce risque n'est pas négligeable, puisque 76% des médecins généralistes interrogés par E. Cwicklinski ont déjà été confrontés à un ACR dans leur pratique, et 45% selon l'étude de S. Picard.(51) (52)

B. Des conditions de travail influençant le risque de confrontation

De plus, certains remplaçants de l'étude exprimaient que le risque de confrontation aux urgences vitales dépendait des conditions de remplacement. Ce risque serait plus important lors de remplacement dans des zones rurales, en dehors du cabinet. Pour une remplaçante interrogée, le risque était plus important en cabinet de groupe.

De même, dans la littérature, il existe une corrélation entre le lieu d'exercice et la fréquence de survenue des urgences vitales. Les facteurs de risque retrouvés dans les différentes études étaient l'isolement géographique et la distance par rapport à un hôpital ou un service d'urgence, le délai d'arrivée des secours, l'exercice en cabinet de groupe ou à forte densité de patients. (47) (51) (52) (53) (54)

Certains remplaçants estimaient avoir déjà été confrontés à des urgences vitales dans leur pratique libérale, et d'autres non. Cependant, quel que soit l'intérêt qu'ils lui portent, et malgré la rareté de ces situations, tous ont souligné l'importance de se tenir prêt à faire face à l'urgence.

4.2 Le ressenti face à l'urgence

Le ressenti des médecins remplaçants interrogés face à l'urgence est complexe, et toujours empreint de stress et d'angoisse. Nous avons été étonnés de constater que très peu d'émotions positives ont émané des entretiens, en ce qui concerne leur vécu des urgences.

4.2.1 Un stress bien présent

Pour tous les remplaçants de l'étude, les urgences médicales étaient source de stress et d'angoisse.

Ainsi, comme pour les jeunes médecins, on retrouve dans la population de médecins généralistes installés un rapport à l'urgence et une gestion des émotions complexes. Pour eux aussi, les urgences sont source de stress, pouvant parfois aller jusqu'à la tétanie et interférer avec la prise en charge des patients. (49) (47) (53) (50) (55)

4.2.2 Des médecins mal à l'aise en situation d'urgence

Dans notre étude, le sentiment de confiance en soi, et la capacité à venir en aide aux patients en situation d'urgence vitale étaient variables selon les médecins. En revanche, aucun ne disait se sentir à l'aise face à une urgence médicale.

Des d'études rapportent la difficulté des médecins généralistes à se sentir à l'aise face à l'urgence.

En revanche, les proportions de médecins qui se disent mal à l'aise sont variables d'une étude à l'autre.

Par exemple, dans une étude suisse de 2008 sur les attentes et besoins des médecins de premier recours face à l'urgence, 43% des médecins interrogés ne seraient pas à l'aise face à une urgence vitale, et à l'inverse seuls 7% seraient confiants. Ces résultats sont plutôt concordants avec notre étude. (55)

En revanche, A. Lechevrel décrit dans sa thèse que 43% des médecins interrogés n'ont pas rencontré de difficulté lors de confrontations à des urgences vitales, ce qui apparaît très discordant avec notre recherche. (47)

4.2.3 L'influence de nombreux facteurs sur leur ressenti

Dans notre étude, l'intensité du stress face à l'urgence, et la façon de l'appréhender dépendaient de nombreux facteurs : le remplaçant, sa personnalité, son expérience ; la pathologie rencontrée ; le mode d'exercice ; l'organisation et l'équipement du cabinet ; le patient et son entourage.

Ces facteurs évoqués sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature. (47) (11) (50)

Dans ces études, le sentiment de capacité des médecins généralistes à gérer les urgences est influencé par l'expérience (confrontation antérieure avec des situations similaires), le manque de pratique, le manque de matériel, l'isolement géographique, le fait d'avoir bénéficié ou non d'une formation continue à l'urgence.

Certains facteurs n'ont pas été abordés dans notre étude. Par exemple, dans un article de 2007 concernant la formation des médecins généralistes aux gestes de réanimation d'urgence, 30% des médecins avouaient n'avoir aucune maîtrise des gestes de réanimation. Les facteurs associés à un manque de maîtrise étaient l'âge > 35 ans, le sexe féminin, l'absence de stage en réanimation/urgence lors des études, l'absence de réalisation des gestes de réanimation d'urgence dans la pratique quotidienne. Certains de ces facteurs (sexe féminin, l'âge) n'ont pas été recherchés ni abordés dans notre étude. (56)

4.2.4 Eléments facilitant la prise en charge :

A. L'importance de l'entourage et du travail en équipe

Le sentiment de solitude et l'angoisse qui en découle étaient exprimés par beaucoup de remplaçants de l'étude au cours des entretiens. **S'entourer et travailler en équipe apparaissaient alors comme un élément essentiel, permettant d'apporter réassurance, aide au cours de la prise en charge, et soutien au travers d'échanges d'expériences à posteriori.**

A l'instar de leurs jeunes confrères, nous avons retrouvé dans la littérature un sentiment de solitude face à l'urgence de la part des médecins généralistes installés. Ainsi nous retrouvons les notions de « prise de décision solitaire » (49), de « vision assez solitaire du médecin généraliste » qui se sent « démuni » et « limité » (53) face à la survenue d'urgences vitales.

B. Un soutien indispensable : le régulateur du centre 15

Au cours des entretiens, la réassurance apportée par la disponibilité de la régulation du SAMU en faisait l'interlocuteur de prédilection des médecins remplaçants.

Dans les différents articles retrouvés, le centre 15 joue, comme pour les remplaçants de l'étude, un rôle central dans la prise en charge des urgences, en tant que premier maillon de la chaîne. (50)

En revanche, là où les remplaçants le voient comme un véritable soutien et un interlocuteur privilégié dans leur prise en charge, plusieurs études mentionnent l'ambiguïté des rapports des médecins généralistes avec les urgentistes. (49) (53) (57) (58) Bien qu'ils reconnaissent l'aide précieuse apportée par ces derniers et leur accessibilité, ils expriment également des difficultés de relations. En effet, J. Dumouchel rapporte le sentiment difficile de devoir « passer la main », qui s'apparente à admettre la limite de leurs connaissances et de leurs compétences. (49) Ce sentiment est exacerbé par la peur d'être jugé par les pairs, notamment dans un contexte d'incertitude.

La thèse de G. LAGMIRY vient corroborer ces résultats. En effet, elle rapporte une perception très négative du SAMU et du SMUR par des médecins généralistes qui se sentent jugés et dépréciés face aux « cow boys » du SMUR. (53) Ces médecins exprimaient la nécessité d'améliorer la communication entre eux. Une recherche sur l'Intervention du SMUR dans le cabinet de médecine générale, décrit l'ambivalence de ressenti des médecins généralistes à l'égard des urgentistes : d'une part ils reconnaissent l'efficacité du SMUR, mais souffrent parfois d'un « manque de confraternité et d'écoute, voire une attitude hautaine, ressentis par 28% des médecins généralistes ». (58)

Les remplaçants de l'étude n'ont, eux, pas exprimé cette ambivalence, ou ce sentiment d'être jugés ou de dépréciation vis-à-vis de leurs confrères urgentistes. Peut-être est-ce le fait du hasard ? Peut-être considèrent-ils que leur courte expérience excuse leur besoin d'aide aux yeux de leurs pairs ? La peur de mal faire et les conséquences potentiellement graves sont peut-être plus fortes que la peur du jugement par leurs pairs en situation d'urgence ? Leur habitude du fonctionnement hospitalier et de la facilité de recours aux spécialistes rend-elle leur démarche plus spontanée ?

4.2.5 Des spécificités liées au statut de remplaçant

A. La difficulté d'être nomade, et l'adaptation aux spécificités de la médecine générale

Les médecins remplaçants de notre étude ont relaté des difficultés dans la gestion de l'urgence inhérentes à leur statut de remplaçant. Ils ont notamment mentionné le fait d'être nomade, qui a pour conséquence une mauvaise connaissance du patient, du cabinet et son fonctionnement, des habitudes et des réseaux locaux.

Les médecins de l'étude ont également évoqué les difficultés d'adaptation de leurs pratiques aux spécificités de la médecine générale. En effet, tout au long de leur cursus, les contacts avec l'exercice libéral ont été rares, et bien minoritaires en comparaison de leurs stages hospitaliers. La responsabilisation est notamment évoquée comme difficulté, ainsi que la moindre accessibilité aux examens complémentaires et aux avis de spécialistes.

Nous n'avons pas retrouvé de recherche dans la littérature venant appuyer nos résultats concernant ce ressenti des jeunes médecins généralistes.

B. Particularités de la relation médecin-malade en tant que remplaçant

Dans notre étude, le fait d'être remplaçant, jeune, d'être une femme majorait les difficultés de ces jeunes médecins, qui avaient parfois un sentiment de discrédit et de manque de reconnaissance de leurs compétences par les patients.

Le fait de ne pas connaître le patient et son environnement, a également été évoqué comme un important frein, certains éléments parfois décisifs dans leur prise de décision leur faisant défaut. Tous ces éléments influaient inévitablement sur la relation médecin-malade, relation au combien importante dans l'appréciation de la gravité d'une situation et l'adhésion des patients au plan de prise en charge.

A l'inverse, nous retrouvons dans la littérature l'importance que les médecins généralistes accordent à la relation médecin-malade dans leur gestion de l'urgence et la prise de décision. (49) (59) Le médecin généraliste connaît en effet la complexité de son patient et son environnement, ce qui lui permet de prendre la meilleure décision par rapport à cette connaissance. C'est le seul intervenant en urgence qui possède cette connaissance et cette vision globale de la situation. La connaissance des patients et de leur entourage permet de parvenir plus facilement à des décisions concertées. Le médecin d'urgence est le médecin de famille dans la majorité des cas. Cela serait un facteur d'optimisation des soins et de limitation d'hospitalisation. (59)

C. Le sentiment d'adresser plus facilement leurs patients aux urgences

Les remplaçants ont exprimé leur sentiment d'adresser plus leurs patients aux urgences que leurs confrères installés, en raison de leur courte expérience, de leur manque de confiance en eux et de leur manque de connaissance des patients.

Cette hypothèse a été infirmée par le travail d'Y. Sevrin (60) qui retrouve que de façon statistiquement significative les remplaçants adressent moins leurs patients aux urgences que les médecins installés ($p=0.02$). Une des hypothèses à ce résultat était le fait que les patients auraient peut-être plus tendance à consulter directement aux urgences sans contact médical si le médecin n'est que remplaçant.

Toutes ces caractéristiques propres au statut de remplaçant qui ont été soulevées dans cette étude ont pour conséquence une majoration de leur angoisse au quotidien, encore exacerbée en situation d'urgence.

4.3 Le rôle de la formation dans la perception des urgences

4.3.1 La place de la formation initiale dans leur vécu

La formation des médecins de l'étude jouait un rôle déterminant sur leur façon de percevoir l'urgence. Alors que tous ont reçu une formation récente à l'urgence, leur vécu et leur expérience différaient face à aux urgences rencontrées. De fait, tous ne se sentaient pas armés de la même façon pour y faire face. Malgré une formation récente, beaucoup de remplaçants disaient manquer de confiance en eux dans la gestion des urgences. D'autres exprimaient leur insatisfaction vis-à-vis de leur formation, s'estimant mal préparés pour y faire face.

Dans notre étude, les formations médicales type AFGSU étaient importantes dans le sentiment de préparation à l'urgence des médecins, et donc de réassurance. Peu d'entre eux en ont pourtant bénéficié.

Ces inégalités de formation et l'influence sur leur vécu sont également retrouvées dans la littérature. (61) (62)

Ainsi, dans une étude sur la formation des internes de médecine générale aux gestes et soins d'urgence, (61) 10% des étudiants en 3^{ème} cycle de l'étude disaient ne pas avoir reçu de formation aux premiers secours et gestes d'urgence, et seuls 63% déclaraient avoir reçu une formation équivalente à l'AFGSU, malgré son caractère obligatoire depuis 2007 en France. (23)

Dans cette étude, la perception de l'aptitude à réaliser les gestes était très variable et influencée par leur stage aux urgences. Le taux d'insatisfaction vis-à-vis de la formation pratique des internes de médecine générale était très élevé 67.7% chez les internes en cours de DES, et plus élevé encore chez les étudiants en cours de thèse (80%).

4.3.2 Un autre exemple de formation : formation en soins urgents et critiques du résident en médecine de famille

A l'Université de Montréal, le résident en médecine de famille doit acquérir des compétences en soins urgents et critiques au travers de stages concentrés d'urgence adulte, d'urgence pédiatrique, de soins coronariens et en soins intensifs. Il doit également effectuer des activités cliniques équivalant à 2 périodes d'urgence et pouvant être intégrées dans le stage de médecine de famille. Il doit de plus avoir validé son ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) en début de résidence, participer aux activités de garde, et participer à la journée du patient instable en fin de résidence. Il doit acquérir des compétences répondant à différents objectifs spécifiques à la médecine d'urgence, présents dans le programme de résidence en médecine de famille. (63)

En plus de la formation en médecine de famille, le programme de résidence en médecine de famille offre des formations complémentaires d'une durée de 3 à 12 mois dans différents domaines, dont les soins d'urgence. Ces programmes s'adressent aux médecins qui ayant terminé leur formation en médecine de famille, désirent parfaire leurs compétences dans un domaine.

4.3.3 Des remplaçants de médecine générale qui n'ont pas intégré les schémas de recommandation

Même si tous les médecins de l'étude ont eu le réflexe d'alerter en situation d'urgence vitale, certains n'ont pas posé le diagnostic d'arrêt cardiaque face à une situation exemplaire énoncée. D'autres ont exprimé des difficultés à savoir quel est leur rôle, quels sont les gestes qu'ils ont à effectuer en situation d'arrêt cardiaque. D'autres encore ont exprimé les difficultés ressenties à trouver leur place en situation d'urgence, et quels étaient les gestes à effectuer. Nous avons notamment été surpris du peu de médecins de l'étude ayant mentionné le recours à un défibrillateur. Cela traduit donc une connaissance insuffisante des recommandations de prise en charge des urgences extrahospitalières, en particulier l'arrêt cardiaque.



Dans une étude de Colquhoun, seuls 16% des médecins étaient capables de réaliser correctement les premières étapes d'une RCP. Ce manque de connaissance est également retrouvé dans la littérature. (53) (54)

Il faut donc se questionner sur la façon d'améliorer la formation des internes en MG afin qu'ils se sentent plus en capacité de faire face aux urgences dans leur pratique future de médecine générale. En premier lieu il apparaît important d'améliorer l'accessibilité des internes à la formation AFGSU2. Répond-elle cependant aux besoins exprimés par les jeunes médecins généralistes ?

Certaines études ont également évoqué l'intérêt de la simulation. (47) (51) (64) (65) (66) (67) Dans une méta-analyse de 2011 portant sur 619 études, Cook et al ont démontré, en comparaison avec la formation « classique » l'intérêt de l'apprentissage par la simulation. En effet, cette dernière est systématiquement associée à des bénéfices reproductibles en matière d'acquisition de connaissance, d'habiletés cliniques et de soins aux patients. (64)

Il apparaît cependant difficile que tous les internes de médecine générale y aient accès, en raison de son coût, des ressources humaines et du temps qu'elle nécessite et de son manque d'accessibilité au sein des universités. (68)

4.3.4 Impact de la formation pour la gestion des urgences en médecine générale

Les médecins remplaçants de l'étude ont donc évoqué l'impact de leur formation sur leur vécu et leur gestion des urgences dans leur pratique de médecine générale.

Comme pour leurs jeunes confrères, la formation des médecins généralistes installés a également un impact sur leur ressenti et leurs aptitudes de prise en charge. Ceci est retrouvé dans plusieurs études (47) (51) (19) : Ainsi dans une étude de 2012 sur la gestion des arrêts cardiaques au cabinet de médecine générale, les médecins étaient d'autant plus à l'aise que la formation est récente, notamment si elle datait de moins d'un an. Leur confiance en eux était majorée lorsqu'ils avaient bénéficié d'une formation initiale dans un service d'urgences, ou d'une formation spécialisée type MCS ou MSP (47) (50) (51) (61) (69) A l'inverse, le manque de formation des médecins est perçu comme un frein à leur implication. (50)

4.3.5 Des besoins en formation continue exprimés

Beaucoup de jeunes médecins de l'étude ont exprimé leur besoin de continuer à parfaire leur formation aux gestes et soins d'urgence. Certains étaient sceptiques quant à leurs capacités à effectuer des gestes d'urgence dans le futur, compte tenu de leur rareté et du manque de pratique qui en découle. Certains ont évoqué les difficultés d'accessibilité à des formations adaptées à leur pratique de médecine générale et à leurs besoins.

Ces données correspondent à celles retrouvées dans la littérature, concernant les médecins généralistes installés. Ils expriment en effet ce besoin de continuer à se former afin d'optimiser leur prise en charge des urgences vitales. (47)(50)(51)(53)(55)(56)(69)

Le mode d'exercice influence effectivement le besoin en formation ressenti par les médecins généralistes installés. Les médecins travaillant en zone rurale ou éloignés des SAMU sont plus demandeurs. (53)(69)

Pour les remplaçants de notre étude, comme pour les médecins installés, les SAMU/CESU semblent les plus à même de répondre à leurs attentes en termes de formation. (69)

Une étude canadienne de 2002 mettait en évidence que « les cabinets de médecine générale n'étaient pas équipés, et les médecins généralistes n'étaient pas préparés pour prendre en charge des urgences vitales. »(70)

De même, une étude de 2008 concluait qu'une formation continue plus suivie semble nécessaire afin de répondre à la demande de continuité des soins notamment pour les plus urgents.(56)

Les médecins remplaçants sont donc demandeurs d'approfondir leur formation sur les gestes et soins d'urgence. Ils ne semblent pourtant pas avoir connaissance des formations proposées, ou expriment des difficultés à y accéder. Il apparaît donc indispensable de favoriser l'accès aux formations pour les jeunes médecins généralistes, et d'adapter le déroulement et le contenu de ces formations à leurs attentes.

4.4 Place de l'urgence dans les projets d'installation :

Même si tous les remplaçants de l'étude n'avaient pas de projet d'installation à court terme, tous exprimaient la nécessité de réfléchir à la façon d'intégrer les urgences dans leur pratique quotidienne. Les remplacements apparaissaient alors comme une période privilégiée leur permettant d'explorer différents modes d'exercice, et d'effectuer des choix cruciaux quant à leur installation future, notamment en ce qui concerne l'organisation de la gestion des urgences en médecine générale.

Le travail de C. Veauvy confirme cette tendance. Les remplacements apparaissent comme une « façon de poursuivre leur formation libérale en se confrontant à des modes d'exercice divers. Cette période de transition permet d'affiner leur choix sur leur future activité avant de se lancer dans leur installation. » (71)

4.4.1 Réflexion sur le mode d'exercice

Les remplaçants de cette étude ont exprimé de façon unanime leur volonté d'exercer en groupe. Ils ont également majoritairement envisagé un exercice en semi-rural.

Ces réflexions sont communes aux internes et remplaçants de médecine générale. Plusieurs études ont en effet confirmé leur tendance à vouloir exercer en groupe, en semi-rural, dans un cabinet plutôt proche d'un petit hôpital. (72)(73)(74)

L'exercice en cabinet de groupe pourrait leur permettre de diminuer le sentiment de solitude dans leur pratique, de diminuer leur appréhension de l'urgence et le stress de devoir gérer seuls des situations difficiles ou des urgences vitales, grâce à un soutien de confrères. Ces arguments sont également retrouvés dans la littérature. (73)(75)

4.4.2 Réflexion sur l'organisation du cabinet

Les remplaçants de l'étude se questionnent sur l'organisation du cabinet et les équipements à posséder pour faire face aux urgences.

a) Un réseau de correspondants

Ils ont insisté sur l'importance d'avoir un réseau de soins, notamment de spécialistes, dans leur pratique future. Cela leur permettrait d'améliorer la rapidité et la qualité de prise en charge de leurs patients, notamment lors de situations d'urgence.

L'importance d'avoir un réseau de spécialistes est également retrouvé dans la littérature. (34)(74)

b) Une secrétaire formée

Les jeunes médecins de l'étude ont également évoqué l'importance d'avoir une secrétaire formée à l'urgence et connaissant les patients du cabinet. Cela permet de hiérarchiser les appels et de déceler par téléphone un certain nombre de situations urgentes à traiter en priorité. Cela permet aussi d'éviter des erreurs de prise en charge. Nous n'avons pas retrouvé ces notions dans la littérature concernant les internes, remplaçants ou médecins généralistes.

Dans une étude sur le triage par les secrétaires médicales des demandes de soins urgents et non programmés en médecine générale de ville, les secrétaires médicales ont évoqué l'influence de leur formation médicale et de leur formation au triage sur leurs capacités à juger de l'urgence d'une situation.

Elles exprimaient leur souhait de suivre une formation complémentaire, en particulier dans le domaine de l'urgence. Elles mentionnaient également l'impact de l'organisation du cabinet sur le triage des patients, et sur leur ressenti. (76)

c) Ambiguïtés autour des équipements du cabinet

Les remplaçants de notre étude ont également évoqué les difficultés à déterminer les thérapeutiques et les équipements nécessaires à leur pratique future. Cela concerne principalement les thérapeutiques d'urgence, l'ECG et les DAE.

Alors que certains ont déjà investi en tant que remplaçants, d'autres n'ont pas déterminé s'ils investiraient, même une fois installés. A l'utilité de posséder ces équipements en cas de survenue d'une urgence vitale, s'opposent la rareté de confrontation aux urgences, le coût lié à l'investissement et aux péremptions, la nécessité de savoir utiliser le matériel à disposition et la responsabilité qui en découle. Certains rapportent de plus l'impact de l'expérience de leurs confrères installés, qui eux-mêmes ne sont pas équipés parfois ou possèdent du matériel périmé de longue date...

Ces questionnements sont en partie retrouvés chez les médecins généralistes installés, en particulier en ce qui concerne les équipements (ECG, DAE, trousse d'urgence) (50)(52)(53)(77)

G. Camdeborde dans sa thèse sur la composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B, retrouvait que 10% des médecins généralistes interrogés ne possédaient pas de trousse d'urgence, 36% n'avaient pas d'adrénaline. (77)

Il n'existe pas actuellement d'obligation légale en termes d'équipement qu'un médecin doit posséder. Cependant, le médecin doit assurer « *des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science* ». Il doit disposer « *de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants* ». Il existe des cas de jurisprudence pour non assistance à personne en danger par refus de déplacement s'appuyant sur l'article du code pénal 223-6, alinéa 2, et sur les articles du code de déontologie 9, 47 et 48. En revanche, aucune situation liée à un manque d'équipement n'a fait état de décision de jurisprudence. (77)

De nombreuses études sont en faveur de l'équipement des médecins généralistes au sein des cabinets médicaux d'un DSA, lié à la nécessité d'initier le plus précocement possible les gestes de réanimation cardio-pulmonaire (52)(53)(54)(64)(41) Pourtant seuls 1 à 2% des cabinets de médecine générale en sont actuellement pourvus. (78) A l'inverse, d'autres pays sont mieux équipés. Une étude danoise a par exemple mis en évidence que 31,7% des médecins généralistes danois sont équipés en défibrillateurs. (79)

Les remplaçants de notre étude ont expliqué que leurs besoins en équipement seraient en partie influencés par leur mode d'exercice futur. Ceci est retrouvé dans la littérature. (77)(80) La composition de la trousse des médecins est influencée par le sexe, l'âge, la participation à un tour de garde, le mode d'exercice et la distance d'intervention du SMUR, la pratique de visites. Certains de ces facteurs (sexe, âge) n'ont pas été retrouvés dans notre étude.

Les remplaçants exprimaient parfois des ambiguïtés, n'ayant pas déterminé la façon dont ils souhaitaient exercer une fois installés. Leur expérience actuelle, et l'expérience de leurs pairs, ne leur suffisaient pas pour l'instant à arrêter leurs choix. Ces questions restent cependant sans réponse pour beaucoup de médecins installés... Ainsi cette ambiguïté est également retrouvée dans la littérature chez les médecins généralistes installés. (50)

4.5 Intégration à un réseau de Médecins Correspondants du SAMU :

Nous avons souhaité savoir dans notre étude si des réseaux, type MCS, pourraient correspondre aux attentes des médecins généralistes remplaçants, et s'ils pourraient les aider à diminuer leurs craintes face à l'urgence.

4.5.1 Connaissance du réseau

Plus de la moitié des remplaçants de l'étude avaient connaissance du réseau MCS. Certains médecins remplaçants notre l'étude n'en avaient cependant jamais entendu parler. Il semble en être de même pour les médecins généralistes installés comme en témoigne l'étude de F. Crocq sur le Rôle des médecins généralistes et besoins en formation dans le domaine de l'urgence vitale en Haute-Normandie. Dans cette étude, 45 médecins, soit seulement 23% des médecins interrogés connaissaient l'existence d'un tel réseau. Parmi les 28 médecins intéressés par un tel réseau, 23 n'en avaient jamais entendu parler avant l'étude. (50) Ces résultats doivent être pondérés par le fait qu'il n'existe pas de réseau MCS en Haute-Normandie.

Beaucoup de remplaçants de l'étude ne connaissaient pas ou très mal l'existence du réseau MCS. Il semble qu'il existe un défaut de communication autour de la promotion de ce réseau.

4.5.2 Des nombreux avantages

Certains remplaçants de notre étude envisageaient l'intégration à un réseau MCS. D'autres, qui n'avaient pas connaissance de ce réseau avec les entretiens, se disaient intéressés par son fonctionnement.

Parmi les points forts avancés par les remplaçants de notre étude concernant les MCS, nous avons retrouvé la formation initiale, l'équipement, l'appartenance à un réseau et les liens privilégiés avec le SAMU de leur département.

Ces éléments apparaissent aussi dans la représentation qu'ont certains médecins généralistes dans des départements où un tel réseau est en cours d'élaboration. Par exemple, N. Khan a étudié le point de vue des médecins généralistes du département de l'Aude concernant la mise en place d'un réseau MCS. Pour ces praticiens, implanter un réseau MCS permettrait un gain de chances pour le patient, une revalorisation de leur statut, une réintégration à un travail d'équipe, une connaissance du réseau d'AMU locale, un équipement, une formation à l'urgence « indispensable », et une confrontation avec les pratiques d'autres médecins. (81)

4.5.3 Certaines contraintes

Certains médecins de l'étude, même s'ils se disaient intéressés par le concept d'un tel réseau, avaient du mal à s'imaginer y prendre part.

Plusieurs limites ont été mises en exergue par ces remplaçants. Tout d'abord la nécessité d'exercer en zone rurale éloignée d'un service d'urgence, fondement même du réseau MCS, n'était pour certains pas envisageable.

D'autres n'arrivaient pas à l'intégrer dans leur pratique quotidienne en raison des contraintes qu'ils se représentent : augmentation de la charge de travail, nécessité de laisser sa consultation pour un temps indéterminé, report de charge de travail pour les confrères.

Ces limites étaient également mentionnées dans la thèse de P. Renaud. Il explorait les raisons du refus d'intégration des médecins généralistes auvergnats à un réseau MCS. Il décrit de plus différents freins : un défaut de communication sur le sujet, un manque de formation initiale, une nécessaire revalorisation du statut de médecin "formé à l'urgence". Il parle également de la contrainte de répondre à une demande de soins croissante en libéral, du sentiment de dépossession de cette activité d'urgence et de la rupture avec la médecine hospitalière. Il évoque enfin la charge de travail qui ne permet pas d'accumuler des fonctions supplémentaires. (82)

De même, le travail de N. Khan a permis de mettre en évidence plusieurs limites évoquées par des médecins généralistes, quant à leur motivation à devenir MCS. A la surcharge de travail, sont venues s'ajouter d'autres contraintes non évoquées dans notre travail : la peur de mesures contraignantes et la difficulté de concilier vie privée et vie professionnelle, un sentiment de mise à l'écart des médecins généralistes (non-MCS) dans la gestion des urgences, des difficultés de communication avec les équipes de SAMU. (81)

Certains remplaçants de notre étude ont évoqué la contrainte des astreintes. Or, il n'existe pas d'astreinte dans le fonctionnement de ce réseau, basé sur le volontariat. (17)

Certains remplaçants ont expliqué être intéressés par un tel réseau, mais qu'il ne soit pas en accord avec leur projet d'installation, à proximité d'une ville.

4.5.4 Le point de vue des MCS

Différents travaux ont évalué l'impact des réseaux MCS sur la pratique des médecins généralistes.

Une étude concernant l'évaluation réseau MCS après 4 ans de fonctionnement s'est intéressée au ressenti des MCS d'Isère, de Savoie et de Haute-Savoie 4 ans après leur intégration à ce réseau. (83) Cette étude a mis en évidence le nombre croissant de recours aux MCS. Même s'ils sont encore sous-utilisés, l'analyse des interventions a montré le rôle indispensable joué par les MCS dans l'aide médicale urgente dans les zones éloignées. « 83% des MCS interrogés jugeaient avoir de bonnes voire d'excellentes relations avec le centre 15, et 32% les trouvaient meilleures qu'avant. »

De même, M. Minet a étudié le profil et la pertinence des MCS dans la Prise en charge des urgences. (84) Cette étude quantitative a été réalisée en 2013 auprès de 106 MCS appartenant à 11 réseaux actifs français, et engagés en moyenne depuis 2006. 78% estimaient que leur fonction MCS avait une répercussion positive sur les relations avec leurs patients, 90% considéraient qu'elle avait une répercussion positive sur les relations avec le centre 15 de référence, et 42% que les répercussions étaient positives avec leurs confrères. Cette étude a également mis en évidence une différence significative entre les délais d'intervention des SMUR (44 minutes) et des MCS (23 minutes) sur les territoires des MCS. Ces données montrent que les MCS constituent une réponse pertinente en temps à la prise en charge des urgences pré-hospitalières en moins de 30 minutes dans ces secteurs éloignés des services d'urgence. (14)

CONCLUSION

Les remplaçants de médecine générale de l'étude ont expliqué leur appréhension et leur angoisse de se retrouver seuls face à des situations d'urgence. Ils ont également exprimé l'importance de l'acquisition d'expérience au cours de leur formation initiale. En revanche, ils ont mentionné le fait que cette formation, aussi récente soit-elle, ne les préparait pas suffisamment aux spécificités de l'exercice de la médecine générale, en termes de gestion des urgences.

Malgré leur faible prévalence, tous les médecins interrogés sont conscients qu'ils y seront inévitablement confrontés au cours de leur carrière. Devant cette inéluctabilité, ils ont exprimé la nécessité de se tenir prêts à y faire face. Ainsi, l'intégration des urgences à leur pratique quotidienne fait partie de leurs projets d'installation.

Les médecins de l'étude ont envisagé différents éléments qui leur permettraient de diminuer leur angoisse face à une situation d'urgence. Ils ont exprimé de façon unanime leur désir de travailler en groupe, voyant dans leurs confrères des alliés de choix pour gérer ces situations. Ils ont également mentionné l'importance d'avoir une secrétaire formée à l'urgence, et de réfléchir à l'organisation du cabinet. Ils ont enfin insisté sur l'importance d'avoir un réseau de correspondants disponibles, et sur l'impact de leur équipement et de la formation continue sur le vécu de l'urgence.

Il pourrait être intéressant de réfléchir à la façon d'améliorer la formation des étudiants en médecine générale, afin qu'elle corresponde mieux à leurs besoins exprimés. Cela pourrait se faire par exemple au cours de leur stage aux urgences hospitalières, par le biais de la simulation, ou au travers de plus de mises en situation, adaptées aux conditions d'exercice en cabinet de médecine générale.

L'intégration à un réseau MCS pourrait également répondre à leurs besoins ressentis pour améliorer leur gestion des situations d'urgence vitale. En effet, la formation dispensée, l'équipement mis à disposition, et les rapports étroits avec les différents acteurs de l'AMU qu'il permet de tisser, pourraient les aider à diminuer leurs craintes face aux urgences.

Un manque de communication flagrant autour de ces réseaux a été mis en évidence dans cette étude.

Il pourrait être intéressant de réfléchir à une façon de favoriser les rencontres entre médecins généralistes MCS et non-MCS. Cela pourrait permettre d'échanger autour du fonctionnement de ces réseaux et de favoriser un partage d'expériences. Inclure les médecins généralistes remplaçants et les internes de médecine générale pourrait être une solution pour mieux faire connaître la fonction MCS, et apporter à ces médecins installés de demain une solution possible à leurs appréhensions.

BIBLIOGRAPHIE

1. EMMANUELLI X, EMMANUELLI J. *Au secours de la vie. La médecine d'urgence*. Gallimard. 1996.
2. Dictionnaire Larousse. [en ligne] Définitions : urgence. [cited 2015 Mar 19] Dictionnaire de français Larousse. Available from : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
3. BELLOU A, BOUGET J, CAUDRON J, CERFONTAINE C, GRIGNON P. Référentiel SFMU - Critères d'évaluation des services d'urgence. 2006
4. ORUMIP. [en ligne] Classification Clinique des Malades des Urgences [cited 2016 May 9]. Available from: <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/ccmu.pdf>
5. LACROIX D. Bilan d'activité des médecins correspondants du SAMU de l'arc nord alpin. Grenoble; 2009
6. BOUILLEAU G, MEGY-MICHOUX I. Mise en place des médecins correspondants du SAMU pour la prise en charge des détresses vitales dans l'Indre Objectifs à atteindre et pertinence. TOURS; 2007.
7. Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.
8. AUCHERES G. Organisation de l'aide médicale urgente en France. 2008
9. ALLEN J, HEYRMAN J, GAY B, SVAB I, CREBOLDER H, RAM P. La Définition Européenne de la Médecine Générale - Médecine de Famille. WONCA Europe. 2002
10. MGform. Référentiel Professionnel du médecin généraliste. 1999
11. Ordre National des Médecins. Code de Déontologie Médicale Edition Novembre 2012
12. GOUYON M. DREES : Les urgences en médecine générale. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale ; Ministère des solidarités, de la santé et de la famille; 2006
13. Fédération Médecins Correspondants du Samu France [en ligne]. Une représentation nationale des réseaux de Médecins Correspondants du SAMU (MCS) pour une réponse spécifique à des situations particulières. [cited 2016 Sep 2]. Available from: <http://mcsfrance.org/1.html>
14. Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. Circulaire DHOS/O 1 N°2003 - 195 du 16 Avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
15. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai, 2006.
16. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU)
17. Direction générale de l'offre de soins. Médecins correspondants du SAMU : Guide de déploiement. 2013
18. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé.

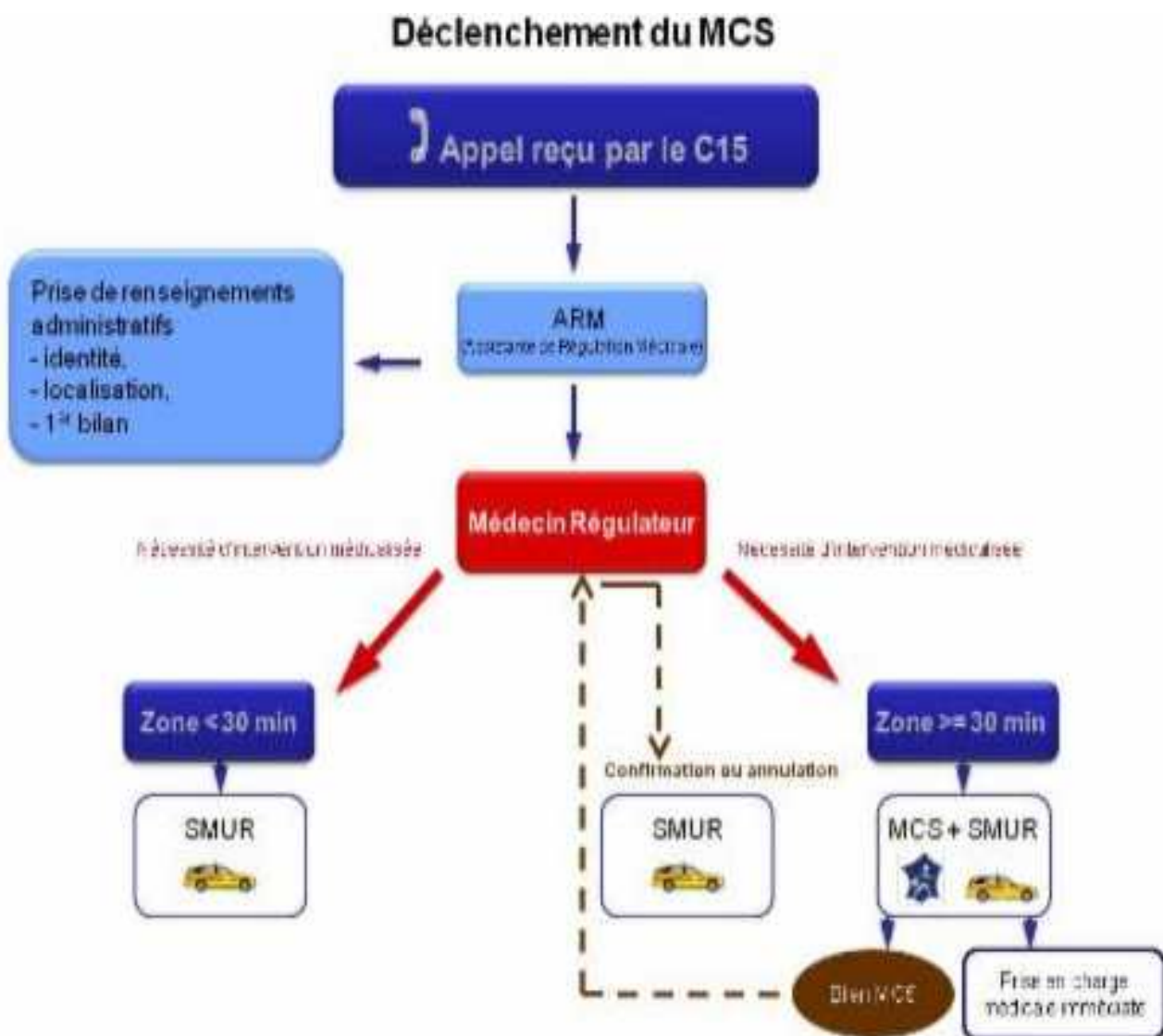
19. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.
20. Décret n°70-931 du 8 octobre 1970 RELATIF AUX FONCTIONS HOSPITALIERES DES ETUDIANTS EN MEDECINE. 70-931 Oct 8, 1970.
21. Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.
22. Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.
23. Arrêté du 20 avril 2007 relatif à la formation aux gestes et soins d'urgence au cours des études médicales, odontologiques et pharmaceutiques.
24. Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.
25. Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales
26. Décret n° 2001-64 du 19 janvier 2001 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2001-64 Jan 19, 2001.
27. RENOUX C. Tout ce qu'il faut savoir sur le RSCA. 2015. DUMG-TOURS
28. Département universitaire de médecine générale de Tours. Les GEF, comment ça marche ? 2014
29. ROBERT J. Contenu des Groupes d'enseignement facultaire. 2016
30. Code de la santé publique - Article R4127-11. Code de la santé publique.
31. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Article 59.
32. Arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue.
33. fmc-ActionN. [en ligne] Textes concernant la formation médicale continue. [cited 2016 Sep 1]. Available from: https://www.fmccaction.org/textes_reglementaires.php?menu_ref=3
34. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
35. Organisme Gestionnaire Conventionnel pour la Formation Professionnelle Conventionnelle. Le développement Professionnel Continu - Organismes de formation Médecins. 2012
36. Société française de médecine générale. Le développement professionnel continu.
37. C.E.S.U 36. Programme de formation au CESU 36 2016-2017. 2016
38. article R.4112-9-2 du code de la santé publique
39. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les remplacements. 2012
40. Code de la santé publique - Article L4131-2. Code de la santé publique.
41. HUDELSON P. La recherche qualitative en médecine de premier recours: Médecine ambulatoire. Médecine Hygiène. 62(2497):1818–24.

42. AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A-M, IMBERT P, LETRILLIART L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;(84):142–5.
43. JUAN S. Méthodes de recherche en sciences sociohumaines: exploration critique des techniques. *Presse universitaires de France*. 1999.
44. BOUET P. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 ; Conseil National de l'Ordre des médecins.
45. BLANCHET A, GOTMAN A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Armand Colin. 2005.
46. DMG Université Paris 7. Critères de scientificité Validité interne et externe. Enseignement recherche 2010.
47. LECHEVREL A. La formation des médecins généralistes aux gestes et soins d'urgence en Loire Atlantique : état des lieux. Nantes; 2011
48. Collège National des Généralistes Enseignants. *Médecine Générale*. 2^e édition ed. Elsevier Masson; 2009. (Abrégés).
49. DUMOUCHEL J. Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : analyse des pratiques de généralistes normands. Rouen; 2012
50. CROCQ F. Rôle des médecins généralistes et besoins en formation dans le domaine de l'urgence vitale en Haute-Normandie. Rouen; 2015
51. CWICKLINSKI E. Gestion d'un arrêt cardiaque au cabinet médical : évaluation des connaissances et de la formation des médecins généralistes du département de la Vendée. Nantes; 2012
52. PICARD S. Le défibrillateur cardiaque externe en pratique ambulatoire de médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes de Gironde. Bordeaux; 2014
53. LAGMIRY G. Quelle est la perception des médecins généralistes de l'Indre concernant leur place dans la prise en charge de patients victimes d'arrêt cardiaque ? Tours; 2013
54. COLQUHOUN M. Resuscitation by primary care doctors. *Resuscitation*. 2006;70(2):229–37.
55. HANHART WA, GUSMINI W, KEHTARI R. Attentes et besoins des médecins de premier recours face à l'urgence : une enquête neuchâteloise. *Rev Médicale Suisse*. 2008;4:2438–43.
56. ROGER C, LEFRANT J-Y, BOUSQUET P-J, BONNEC J-M. Formation des médecins généralistes aux gestes de réanimation d'urgence : Étude auprès des médecins généralistes de 4 départements du Sud de la France. *Presse Med*. 2008;(37):929–34.
57. CAZENAVE C, LORILLOUX S, NGUYEN A, JEANNE E, MARCAILLOU B. Enquête auprès des médecins généralistes sur le Samu-Smur. *J Eur Urgences*. 2007;20:S49–52.
58. CORROCHER R. Intervention du SMUR dans le cabinet de médecine générale: typologie et vécu par le médecin généraliste. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011.
59. HUMBERT J, HIDIER J. L'urgence au quotidien en médecine de famille : étude descriptive à l'aide de la CISP. *Rev Prat Médecine Générale*. 1999;(465):1152–8.
60. SEVERIN Y. Motivation des médecins généralistes de Haute-Normandie pour adresser leurs patients aux urgences. Comparaison en fonction des caractéristiques des médecins. Rouen; 2010

61. AUDOUIN C, BOUZILLE G, LELOUP M, FANELLO S. La formation des futurs médecins généralistes aux gestes d'urgence et de premier secours reste sous-optimale en France. *Pédagogie Médicale*. 2013;14(3):229–31.
62. FOGEL L. Evaluation de la prise en charge initiale d'une personne en arrêt cardio-respiratoire par les internes en médecine générale. 2013
63. Département de médecine de famille et de médecine d'urgence. Cahier du programme de résidence en médecine de famille. Université de Montréal; 2016
64. COOK DA, HATALA R, BRYDGES R, ZENDEJAS B, SZOSTEK JH, WANG AT, et al. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2011 Sep 7;306(9):978–88.
65. DER SAHAKIAN G, LECOMTE F, KANSO J, CARDOT G, KIERZEK G, BOUBAKER H, et al. Formation des internes en médecine d'urgence : la simulation, un maillon indispensable ? *Urgence Prat*. 2010;(101):27–30.
66. QUEVA C. La simulation médicale comme moyen pédagogique : intérêt à un an. Lille 2; 2015
67. SECHERESSE T, PANSU P, FERNANDEZ-BODRON F. Enseignement de la réanimation cardio-pulmonaire au cours de la formation aux gestes et soins d'urgence : Evaluation des acquis de la formation. Annecy; 2010.
68. FAURE-PONTIER J-N. Place de la simulation dans le cursus universitaire de médecine générale. Rouen; 2015
69. SANDER C. Le médecin généraliste et les soins non programmés. Une étude concernant le ressenti des médecins généralistes libéraux meusien face à la prise en charge des urgences. Nancy; 2010
70. SEMPOWSKI IP, BRISON RJ. Dealing with office emergencies. Stepwise approach for family physicians. *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. 2002 Sep;48:1464–72.
71. VEAUUVY C. L'installation des jeunes médecins en zone rurale. Tours; 2014
72. ORS Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux : synthèse de la littérature. 2011
73. CAROL G. Motivations des jeunes médecins à l'installation en milieu rural en région Pays de la Loire. Nantes; 2014.
74. AUGROS S, Université Joseph Fourier (Grenoble). Les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes étude nationale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011. Grenoble; 2012.
75. ORS Alsace. Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale : Enquête auprès des internes en médecine générale - V1. 2014
76. THIBERVILLE M. Le triage par les secrétaires médicales des demandes de soins urgents ou non programmés en médecine générale de ville. Rouen; 2012
77. CAMDEBORDE G. Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une fiche type. Bordeaux 2; 2014
78. LE GOAZIOU M-F. L'équipement du cabinet médical. *Revue Exercer*. 2003 Dec;(67):20–6.

79. NIEGSCH ML, KRARUP NT, CLAUSEN NE. The presence of resuscitation equipment and influencing factors at General Practitioners' offices in Denmark: a cross-sectional study. *Resuscitation*. 2014 Jan;85(1):65–9.
80. MASSON E. La composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes remplaçants de Haute Normandie. Rouen; 2012
81. KHAN N. Les déterminants de la mise en place d'un réseau MCS dans l'Aude : point de vue des médecins généralistes. Montpellier 1; 2014
82. RENAUD P. L'aide médicale urgente en Auvergne: pourquoi les généralistes auvergnats ne s'engagent-ils pas dans un dispositif de médecins correspondants du SAMU ? Clermont-Ferrand 1; 2013.
83. AUDEMA B, BARTHES M, DUCROS C, et al. Évaluation d'un réseau de médecins correspondants du SAMU régional après quatre ans de fonctionnement. *J Eur Urgences*. 2008 Mar;21:A109.
84. MINET MPL. Médecins correspondants du SAMU en France: Profil, pertinence dans la prise en charge des urgences pré-hospitalières, réponse au défi des "30 minutes". Clermont-Ferrand 1; 2013

ANNEXE 2 – Procédure de déclenchement du MCS



ANNEXE 3 - Courrier électronique adressé aux médecins généralistes remplaçants.

Conseil régional de l'Ordre des médecins du Centre- Val de Loire

Le 8 mars 2016

Chère consœur, cher confrère

Nous vous transmettons la demande de madame **Tiphaine EMERAUD** interne en médecine générale en région Centre-Val de Loire qui réalise sa thèse sur la perception de la médecine générale par les médecins remplaçants de la région. Nous vous remercions de bien vouloir lui apporter votre concours.

Avec nos sentiments confraternels. Dr NEVEUR - CROM Centre-Val de Loire

Voici son message :

Bonjour à tous,

Interne en médecine générale en région Centre, je réalise ma thèse sur la perception de la médecine générale par les remplaçants de la région.

Sont concernés tous ceux qui réalisent des remplacements en médecine générale, que vous ayez fini votre internat ou non, que vous soyez thésé ou non.

J'ai absolument besoin d'organiser des entretiens et je vous assure que cela ne vous prendra pas longtemps (30 min-1 heure).

Bien entendu tout restera confidentiel.

N'ayant pas d'autre moyen de vous contacter, je vous transmets mes coordonnées et reste à votre entière disposition pour convenir d'un rendez-vous :

Tiphaine EMERAUD

tel : XXX

mail : XXX

Je vous remercie d'avance pour l'aide indispensable que vous apporterez à mon travail.

Bien cordialement,

Tiphaine EMERAUD

ANNEXE 4 - Guide d'entretien

Avant tout je tiens à vous remercier de votre présence et de l'aide que vous apportez à mon travail. Je tiens à vous préciser que cet entretien restera totalement anonyme. Pour des raisons pratiques, et avec votre autorisation, je vais enregistrer notre conversation.

Dans mon mail, j'avais indiqué que je réalisais ma thèse sur la perception de la médecine générale par les remplaçants. Mon travail porte, de façon plus précise, sur la perception des urgences médicales en MG par les remplaçants. Je n'avais pas apporté plus de précisions initialement afin d'éviter un biais de sélection.

1/ Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

- Age
- Année de fin d'internat
- Thèse ?
- Date de début des remplacements
- Niveau 1 / SASPAS ?

2/ Pouvez-vous me parler de votre activité de remplaçant ?

- Cabinet seul / groupe
- Milieu rural / ½ rural / urbain
- Type de consultations : cabinet, visites à domicile, gardes
- Remplacements fixes / vacances scolaires
- Nombre de jours de remplacement par mois
- Activité autre associée (hospitalière, PMI, SOS médecin...)

3/ Je vais maintenant rapidement vous exposer une situation :

Vous avez en face de vous un patient de 56 ans. Il se plaint de douleurs thoraciques constrictives irradiant dans le bras gauche et persistant depuis 2 heures. Vous savez que ce patient a comme facteurs de risque cardio-vasculaire un tabagisme de longue date et que son père est décédé à 65 ans d'un infarctus. Brutalement il porte la main à sa poitrine et s'effondre de sa chaise, inconscient.

Que pensez-vous de cette situation ?

- Pensez-vous qu'une telle situation puisse se produire dans le cadre de votre activité professionnelle ?
- Comment réagiriez-vous ?
- Quelle serait votre attitude ?
- Pensez-vous vous sentir à l'aise ou plutôt en difficulté pour gérer le stress face à ce type de situations ?
- Avez-vous déjà anticipé votre conduite si ce type de situation vous arrivait ? De quelle façon ?

4/ Selon vous, dans votre pratique, les situations d'urgences médicales vraies font-elles partie de ce que vous pouvez être amené à gérer ?

- Selon vous, qu'est-ce qu'une urgence médicale en médecine générale ?
- A quelles situations pensez-vous pouvoir être confronté ?
- Comment / de quelle façon pensez-vous intervenir ?

5/ Pouvez-vous me raconter une expérience personnelle de confrontation à des urgences vitales en MG dans le cadre de votre activité de remplaçant ?

Eléments attendus :

- Où ?
- Quand ?
- Comment ? Réactions/ prise en charge ?
- Motif initial et diagnostic final ?
- Eléments ayant influencé la prise en charge ?

6/ Qu'est ce qui vous semble nécessaire pour gérer des situations d'urgence ? A quelles difficultés avez-vous / pensez-vous pouvoir être confronté ?

Orienter si besoin dans les domaines :

- savoir (connaissances théoriques)
- savoir faire (connaissances procédurales, gestuelles)
- savoir être (capacité d'adaptation quelle que soit la situation, versant émotionnel)

7/ De quelles formations en lien avec la gestion de situations d'urgence avez-vous bénéficié ?

8/ Qu'est ce qui pourrait être aidant, vous semblerait utile pour vous permettre de gérer au mieux les situations d'urgence dans votre pratique professionnelle ? [formations/supports]

9/ Quels sont vos projets d'installation ? [Comment] Tenez-vous compte des réalités des situations d'urgence dans ces projets ? Cela fait-il partie des éléments discriminants ?

- date déterminée, pas dans l'immédiat
- milieu rural, ½ rural, urbain
- seul, cabinet de groupe, maison médicale
- activité salariée
- urgences : limite ? à l'installation seul / en milieu rural ? dans quelle mesure ?

10/ Connaissez-vous les Médecins Correspondants du SAMU (MCS) ? Que savez-vous de leur rôle et de leur fonctionnement ?

11/ Avez-vous des éléments complémentaires à ajouter à cet entretien, que nous n'avons pas évoqués mais qui vous semblent importants à développer ?

ANNEXE 5 - Codage couleur pour l'analyse des Verbatim

THEME ABORDÉS :

1-Parcours professionnel

- **démographie**
- **external**
- internat : niveau 1 et SASPAS
- remplacements : généralités (date, nombre, fixe/ponctuel)
type de cabinets
Vécu
- thèse
- *autre type d'activité professionnelle*

2-Situation énoncée

- *possible : diagnostic*
Confrontation
- *attitude : gestes*
matériel
renfort / ressources
- *réactions émotionnelles : ressenti*
- *capacité à réaliser les soins adéquats*
- *anticipation ?*

3-Urgences en médecine générale :

- *définition urgences*
- *situations qu'ont pourrait rencontrer, attitude*
- *vécu*

4-Expérience vécue

- *pathologie, contexte*
- *gestes effectués*
- *appel de renfort ?*
- *réactions émotionnelles*

5-Eléments nécessaires pour la gestion des urgences en MG

6-Difficultés rencontrées

7-Eléments aidants

8-Eléments jugés inutiles en MG pour la gestion des urgences

9-Formation urgences, critiques

10-Projets d'installation

- *projet*
- *prise en compte des urgences*

11-MCS

- *connaissance ?*
- *quoi ?*
- *intérêt ?*

12-Trousse d'urgence

13-autre thèmes abordé hors guide

ANNEXE 6 - Exemple de codage

Par convenance personnelle l'analyse des verbatim a été réalisé par mise en couleur ou en surbrillance. Ceci selon en code couleur, par thèmes abordés, établi au préalable, puis secondairement complété au fil des analyses. Les verbatim n'ont pas été répertoriés dans un tableau, car cela nous semblait plus complexe pour les distinguer et les analyser.

Moi : Très bien... Est-ce que... tu sais euh... un petit peu comment tu réagiras ? Si tu te serais plutôt euh... à l'aise ou en difficulté pour gérer ton stress à dans ce genre de situation ?

R10 : Ben ce... ne sont pas des situations que je vois tous les jours donc... je pense... Là comme ça je suis très calme... mais je pense que je serais un petit peu stressé...

Moi : Mmm...

R10 : Euh... cela dit euh... dans ce genre de situations c'est vrai que je... en général j'ai du sang froid... Pour avoir appelé le 15 plusieurs fois... enfin... ça m'est arrivé il y a... un mois... j'ai revu le patient... Alors il s'est pas effondré lui mais... il avait tous les symptômes euh... (rire) que tu décris au départ !

Moi : Mmm...

R10 : Euh... Et je suis resté très calme... mais... bon... cela dit j'ai pas dû gérer un massage cardiaque non plus hein !

Moi : Mmm...

R10 : Euh... Je... pense quand même que je serai... sûrement stressé... Comment je le gèrerais ? Euh... je ne saurais pas te dire, ça m'est jamais arrivé ! (rire)

Moi : D'accord.

R10 : Mmm... Ouais... je serai sûrement très nerveux ! (rire)

Moi : D'accord... Très bien. Est-ce que tu as déjà anticipé euh... ta conduite si ce type de situation t'arrivait ?

R10 : Euh... non... J'ai pas anticipé euh... je me suis jamais dis « Qu'est-ce que je ferais ? » Parce que j'ai le sentiment d'avoir été formé là-dessus quand même...

Moi : Ouais ?

R10 : Enfin... Oui j'ai... voilà bon... J'ai eu des formations là-dessus je pense euh... Donc euh... J'ai... pas fait dans ma tête un schéma de ce que je devrais faire ouais... Mmm...

Moi : D'accord.

R10 : Mmm...

Moi : Très bien.

R10 : Voilà. Mais après euh... la seule chose que je regarde parfois quand... j'arrive dans un cabinet euh... que je ne connais pas euh... Maintenant le problème ne se pose plus parce que j'en ai toujours sur moi mais... c'est d'avoir du... Natispray dans le cabinet...

ANNEXE 7 - Tableau des urgences racontées

Remplaçant	situation	Contexte clinique	lieu	Gestes effectués	renfort	décisions
1	Douleur thoracique	Atcdt cardio-pulmonaire + anxiété	Cabinet	ECG	Appel 15	Transport médicalisé clinique cardio
	Colique néphrétique	« patient cortiqué »	Cabinet		Appel urgences	Adresse au SAU par ses propres moyens
2	Douleur pelvienne+ hématurie	évoluant depuis plusieurs mois	domicile			Adresse au SAU par ses propres moyens
	Tentative de Suicide par arme à feu + Arrêt Cardio Respiratoire		Base militaire	RCP + ventilation+ perfusion	SAMU+ IDE base militaire	Transfert SAMU
3	Arrêt Cardio Respiratoire	«ça n'allait pas» depuis 4jours	domicile	aucun	Ambulance puis 15	Décédé
	Infarctus Du Myocarde	Présenté comme une crise d'asthme	cabinet	surveillance	Appel 15	Transfert SAMU
	Accident Vasculaire Cérébral	Diplopie adressé par ophtalmo	cabinet	surveillance	Appel 15	Transfert SAU Ambulance
4	Douleur Thoracique		cabinet	ECG + trinitrine	Appel 15	Transfert SAMU
	Rupture de valve		cabinet		Appel 15	Transfert SAMU
	Choc septique	Inconscient	domicile	Essai perfusion O2 surveillance	Appel 15	Transfert SAMU
	Pneumopathie hypoxémiante	Sujet âgé	domicile	Refus d'hospitalisation		PEC ambulatoire

5	pyélonéphrite	3 ans + fièvre sans pts	cabinet	Bandelette urinaire	Appel SAU	Adresse au SAU par ses propres moyens
	Rectorragie depuis 24h	54 Ans, douleur abdominale	domicile			SAU pour avis GASTRO
	FA rapide mal tolérée	Découverte fortuite	domicile		Avis cardio	Hospitalisation CARDIO
	Douleur Thoracique	90 Ans	domicile	Troponine en ville	Avis cardio	Consultation cardio dans 1 Mois
	Accident Ischémique Transitoire	92 Ans Aphasie + paralysie Bras Gauche	domicile		Avis Neuro	Transfert médicalisé NEURO
6	Cytolyse Hépatique	Douleur Abdo et diarrhées	cabinet			Adresse au SAU par ses propres moyens
	HbA1C > 14	Facteur de risque cardio-vasculaire	cabinet			Patient Refuse l'hospitalisation.
	Température à 42°C	3ans Pas de point d'appel	cabinet			Adresse au SAU par ses propres moyens
7	Dépression avec risque suicidaire	Idéation verbalisée	cabinet	entretien	Avis Psy	Transfert Psychiatrie
	Douleur Thoracique atypique	Douleur épigastrique + facteur de risque cardio +	domicile		Appel 15	Transfert par Ambulance en cardio
	Tachycardie symptomatique FC à 180	Mauvaise tolérance clinique	domicile		Appel 15	Transfer SAMU en Cardiologie
	Angor Instable	Mamie plaintive dyspnéïque	cabinet	ECG normal Troponine en ville positive	Appel Laboratoire, cardio,15	Transfert en cardiologie
	Pneumopathie Hypoxémiante	80% Saturation 80 ans	domicile			PEC à domicile car refuse l'hospitalisation

8	Trouble du rythme sur BAV	Malaise, Homme de 65 ans	cabinet	Bradycardie à l'ECG + BAV	Avis cardio et 15	Transfert en Ambulance
	Grossesse Extra-Utérine		cabinet	PEC LABO et Echographie	Appel Urgences Gynécologiques	Transfert en gynécologie
9	Myocardite	Douleur thoracique	cabinet	ECG pathologique	Appel du 15	Transfer SAMU au SAU
	Dépression avec risque suicidaire	Idéation verbalisée	cabinet	Prise de rendez vous	psychologue	Refus d'hospitalisation
	Malaise sur BAV	80 ans un dimanche	domicile	ECG	Appel du 15	Transfer SAMU en Cardiologie
	Pyélonéphrite + douleur du mollet	Sous Antibiotique depuis plusieurs jours	domicile	Avis entourage familial + IDE	Appel gériatre	Organisation Hospitalisation en gériatrie
	Infarctus du myocarde	Douleur épigastrique depuis 1 semaine	domicile	ECG : Onde Q+ trouble du rythme	Appel du 15	Transfer SAMU en Cardiologie
10	Infarctus du myocarde	Homme avec Facteurs de risque cardio vasculaires	cabinet	ECG et trinitrine	Appel du 15	Transfer POMPIER en Cardiologie
	Suspicion Embolie Pulmonaire		cabinet	Organisation scintigraphie + anticoagulation		PEC ambulatoire
11	Embolie pulmonaire	Dyspnée + désaturation+ HTA	domicile	Oxygénothérapie	Appel du 15	Transfer POMPIER au SAU
12	Endocardite	Contexte social complexe	cabinet	Biologie en ambulatoire	Avis cardio	Hospitalisation en cardiologie

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

EMERAUD Tiphaine

92 pages – 2 tableaux – 7 annexes

Résumé :

Introduction :

Le médecin généraliste, médecin de premier recours, est en première ligne pour la gestion des urgences. Les remplaçants de médecine générale, futurs médecins installés, sont ainsi directement concernés. Peu d'études ont exploré leur vécu de l'urgence. Notre objectif était d'analyser la perception des urgences médicales en médecine générale par les remplaçants de la région Centre-Val de Loire.

Méthode :

Notre recherche est une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés de 12 généralistes remplaçants. Ce type d'étude était le plus adapté pour explorer leur ressenti. Le nombre d'entretiens a été défini par la suffisance des données.

Résultats :

Pour tous les médecins de l'étude, les urgences médicales étaient source d'un stress intense, malgré leur formation récente. Le vécu et la prise en charge des urgences dépendaient de facteurs individuels et contextuels. Leur ressenti des urgences était influencé par la solitude liée à l'isolement et par leur expérience. Tous évoquaient la difficulté d'intégrer la gestion des urgences à leur exercice quotidien et développaient des stratégies pour gérer leur angoisse. L'aidant de référence était le médecin régulateur du SAMU. Tous exprimaient la nécessité et la difficulté de rester formé à l'urgence, d'être équipé, et d'établir un réseau de correspondants.

Discussion :

Nous avons exploré la perception des urgences en médecine générale par les médecins remplaçants et retrouvé des spécificités de perception inhérentes à leur statut. Tous établissent des stratégies de gestion des urgences dans leur pratique quotidienne. L'intégration à des réseaux, tels les Médecins Correspondant SAMU, pourrait répondre en partie à leurs attentes.

Mots clés : Médecin généraliste, médecine générale, remplaçant, urgence, perception, Médecins Correspondants SAMU, étude qualitative, région Centre-Val de Loire, Vécu, Prise en charge

Jury :

Président du Jury : Professeur Dominique PERROTIN

Directeurs de thèse : Docteur Isabelle MEGY-MICHOUX

Docteur Christophe RUIZ

Membres du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Professeur François MAILLOT