

Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Charley LEROUX

Née le 22/07/1989 à Tours (37)

Ressenti des médecins généralistes de l'Indre vis-à-vis du dispositif de médecin correspondant du SAMU dans leur département.

Présentée et soutenue publiquement le 5 mars 2020 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Saïd Laribi, Médecine d'urgence, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Denis Angoulvant, Cardiologie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Franck Perrotin, Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Christophe RUIZ, Médecine générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Jacques BERTROU, Médecine générale – Châteauroux

Co Directeur de thèse : Docteur Maïté VANDOOREN, Médecine générale - Remplaçant

Titre de la thèse en français :

Ressenti des médecins généralistes de l'Indre vis-à-vis du dispositif de médecin correspondant du SAMU dans leur département.

Résumé de la thèse en Français :

Afin d'offrir à chaque français l'accès aux soins d'urgences en moins de 30 minutes, les réseaux de médecins correspondants du SAMU (MCS) ont été identifiés comme un élément à mettre en avant. Cependant plus de 10 ans après leur création officielle le système semble avoir du mal à se répandre. Cette étude avait donc pour objectif d'évaluer le ressenti des médecins généralistes de l'Indre sur le dispositif de MCS, qu'ils en fassent ou non partie, dans un département où celui-ci est relativement bien développé depuis 2007 afin d'identifier auprès des principaux intéressés les avantages et inconvénients du dispositif ainsi que les freins à l'adhésion. La méthode a consisté en une étude qualitative réalisée par questionnaires (1 pour les MCS et 1 pour les non MCS) contenant des questions ouvertes et fermées, diffusé auprès des différents médecins généralistes du département. L'ensemble des 28 MCS du département ont répondu au questionnaire et 60 réponses de médecins non MCS ont été recueillies dont 58 exploitables sur les 110 questionnaires distribués. 89% des MCS de l'Indre semblent satisfaits du dispositif et 1 seul souhaitait arrêter. Les avantages pointés par les MCS étaient la formation, le matériel, la diversification d'activité, le travail en équipe, le service rendu, la diminution de l'anxiété alors que les inconvénients avancés étaient tous inhérents aux interventions d'urgence vitale. Concernant les médecins non MCS, seuls 7% des répondants se disaient intéressés pour intégrer le dispositif. Pour les autres, les freins énoncés étaient l'âge, un manque de goût pour l'urgence ainsi qu'un manque de temps, le stress, la proximité et de mauvaise relation avec le SAMU.

Mots clés en français :

Médecins correspondants du SAMU, Médecins généralistes, Indre, soins d'urgences, réseaux, avantages / inconvénients, freins à l'adhésion.

Titre de la thèse en anglais :

Feeling of general practitioners in Indre about the corresponding medical of SAMU device in their department

Résumé de la thèse en anglais :

In order to provide each French person an access to emergency care in less than 30 minutes, the corresponding emergency medical aid service doctor network (called «MCS») was identified as an element to highlight. However, more than 10 years after its official creation, the system seems to be struggling to spread. The objective of this study was therefore to assess the feeling of general practitioners in the Indre department on the MCS system, whether or not they were part of it, in a department where it has been relatively well developed since 2007, in order to identify the advantages and disadvantages of the device with the key stakeholders as well as the obstacles to membership. The method consisted of a qualitative study carried out by survey (1 for MCS and 1 for non MCS) containing open and closed questions, distributed to the various general practitioners in the department. All 28 MCS of the department responded to the survey and 60 responses from non MCS doctors were collected, 58 of which were usable out of the 110 survey distributed. 89% of MCS in Indre seem satisfied with the device and only one wanted to stop it. The benefits pointed out by the MCS were training, equipment, diversification of activities, teamwork, service rendered, reduced anxiety while the disadvantages advanced were all inherent in life-saving emergency interventions. Regarding non MCS doctors, only 14% of those answering said they were interested in integrating the device. For others, the brakes stated were age, a lack of taste for the emergency as well as a lack of time, stress, proximity and poor relationships with the SAMU.

Mots clés en anglais :

corresponding emergency medical aid service doctor, general practitioners, Indre, emergency care, network, advantages / disadvantages, obstacles to membership

UNIVERSITE DE TOURS
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 Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

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 Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD –
P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P.
CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI –
P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y.
LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C.
MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P.
RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D.
SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
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
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	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
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
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
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
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

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

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

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERHOUET Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON Antoine Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie

IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BOREL Stéphanie.....	Orthophonie
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BOREL Stéphanie.....	Orthophonie
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
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 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE ClaireOrthophoniste

GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

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 :

Il me sera très difficile de remercier tout le monde car c'est grâce à l'aide de nombreuses personnes que j'ai pu mener cette thèse à son terme.

Je voudrais tout d'abord remercier grandement mon directeur de thèse le Dr Jacques Bertrou, sans qui ce travail n'aurait pas été possible. Je suis ravi d'avoir travaillé en sa compagnie car outre son appui scientifique, il a toujours été là pour me soutenir et me conseiller au cours de l'élaboration de cette thèse alors qu'il ne s'agissait pas au départ de son domaine de prédilection, puisqu'il travaille habituellement sur des thèses d'addictologie.

Un grand merci également au Docteur Maïté Vandooren pour toute l'aide qu'elle m'a apportée, notamment pour la rédaction, la présentation et la structure de cette thèse afin de rendre ce travail présentable. Je tenais également à la remercier pour sa gentillesse, sa rapidité et sa disponibilité.

J'adresse tous mes remerciements au Dr Saïd Laribi, Professeur à la faculté de médecine de Tours, qui me fait le grand honneur d'être le président de mon jury de thèse.

J'exprime également ma gratitude aux Dr Denis Angoulvant et Dr Franck Perrotin, également Professeurs à l'Université de Tours, de l'honneur qu'ils m'ont fait en acceptant d'être dans mon jury de thèse.

Je remercie aussi le Dr Christophe RUIZ, Maître de Conférence Associé à l'université de Tours et Médecin correspondant du SAMU dans l'Indre que j'ai le plaisir de compter dans mon jury de thèse.

Un grand merci au Dr Anne Mathieu, qui m'a fait découvrir le dispositif des médecins correspondants du SAMU et qui a donc inspiré ce sujet de thèse. Je la remercie également pour tout ce qu'elle m'a apporté depuis qu'elle m'a accueilli pour mon stage de SASPAS en dernière année d'internat.

Merci aussi au Dr Megy-Michoux ainsi qu'au personnel du SAMU 36 qui m'ont transmis des documents indispensables à la rédaction de ce travail.

Je tiens également à remercier Dr Jean-Pierre Malavialle pour sa gentillesse et le temps consacré à la relecture de ma thèse, ainsi que pour son avis et ses conseils.

Merci également à Mme Céline Keravis qui a corrigé et amélioré mon résumé de thèse en anglais

Enfin je tiens à remercier l'ensemble des médecins ayant répondu à mes questionnaires, et encore plus à ceux ayant pris du temps afin d'échanger avec moi.

Mes derniers remerciements vont à ma famille qui a tout fait pour m'aider, qui m'a soutenu et surtout supporté dans tout ce que j'ai entrepris. A mes parents qui ont toujours été là pour moi quoi qu'il arrive. A mes grands-parents qui ont toujours cru en moi plus que moi-même. A Tony qui m'a soutenu et a supporté mes sautes d'humeur tout au long de mon cursus.

Abréviations :

ACR = Arrêt Cardio Respiratoire
Ag = Aiguilles
ARS = Agence Régionale de Santé
AVP = Accident de la voie publique
CESU = Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CFMU = Collège Français de Médecine d'Urgence
Ch = Charrière (taille pour sonde d'aspiration)
CH = Centre Hospitalier
CPTS = Communauté Professionnelles Territoriales de Santé
DASRI = Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DES = Diplôme d'Etudes Spécialisées
DPC = Développement Professionnel Continu
DREES = Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques
ECG = Electrocardiogramme
G5% = Glucose 5%
G14/16/18/20 = 14/16/18/20 Gauges
IDE = Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IM = Intra Musculaire
INSEE = Institut National de la Statistique et des Études Économiques
KT = Cathéter
MCS = Médecins Correspondants du SAMU
NACL = Chlorure de Sodium
O2 = Oxygène
ODPC = Organisme de Développement Professionnel Continu
PPI = Pour Préparation Injectable
Résorb = Résorbable
SAMU = Service d'Aide Médicale d'Urgence
SC = Sous Cutanée
SFMU = Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR = Service Mobile d'Urgence et Réanimation
UMC = Unité Mobile de Correspondants SAMU
VML = Véhicule Médicaux de Liaison

Table des matières

Introduction	16
I Les médecins généralistes correspondants du SAMU :.....	17
1) Historique :	17
2) Définition, cadre légale et juridique	18
3) Recrutement des MCS dans l'Indre.....	20
4) La Formation :	21
5) Matériel et rémunération	22
6) Fonctionnement du dispositif	28
II Démographie médicale dans l'Indre :	29
1) Répartition SAMU/SMUR dans l'Indre :	29
2) Les médecins généralistes de l'Indre.....	31
3) Les médecins correspondants SAMU de l'Indre.....	31
4) Les besoins en MCS dans l'Indre.....	32
III Apport des MCS a l'AMU dans l'Indre.....	33
1) Le nombre d'interventions	33
2) Répartition des interventions MCS par type	34
3) Devenir des patients après interventions des MCS :	35
IV Définition des objectifs :	35
 Partie I: le point de vue des médecins correspondants SAMU sur le dispositif.....	 36
I Matériel et méthode	37
1) Population cible.....	37
2) Méthode.....	37
3) Objectifs	38
II Résultats :	39
1) Caractéristiques des MCS (âge, sexe, mode d'exercice, ...).....	39
2) Interventions :	45
3) Les avantages avancés par les MCS	47
4) Les inconvénients	48
5) Influence sur la pratique quotidienne	49
6) Satisfaction	50
 Partie II: Le point de vue des médecins généralistes non correspondants du SAMU de l'Indre sur le dispositif.....	 51
I Matériel et méthode	52
1) Population cible.....	52

2) Méthode.....	52
3) Objectifs	52
II Résultats :	53
1) Caractéristiques des médecins généralistes non MCS dans l’Indre.....	53
2) Connaissance du dispositif	57
3) Avis sur le dispositif.....	59
4) Les freins à l’adhésion.....	64
5) Suggestions pour l’amélioration de ces freins	66
6) Envie d’adhésion éventuelle.....	66
Discussion	67
Les Biais :	68
Les points positifs :	68
Partie 1 : Les médecins correspondants du SAMU dans l’Indre :	70
Partie 2 : les médecins généralistes non correspondants du SAMU dans l’Indre :	72
Et Ensuite :	75
1) Une méconnaissance du dispositif :	75
2) Une Carence en Médecin et une surcharge de travail :	75
3) Un manque de données :	76
Bibliographie :	77
ANNEXES	79
Annexe 1 : Nombres de médecins par spécialité en région Centre Val de Loire :	80
Annexe 2 : Décision MCS dans l’Indre	81
Annexe 3 : Listes des médecins correspondants du SAMU dans l’Indre :	83
Annexe 4 : Bilan d’activité 2017 du SAMU 36 – centre 15 - SMUR:	85
Annexe 5 : Questionnaire d'opinion médecins correspondants du SAMU	90
Annexe 6 : Questionnaire d'opinion médecins généralistes non correspondants du SAMU	94

Sommaire des tableaux :

- Tableau 1 : répartition des interventions MCS dans l'Indre par types en 2017.....34
- Tableau 2 : devenir des patients après intervention des MCS dans l'Indre en 2017.....35

Sommaire des figures :

- Flow Chart des réponses MCS.....37

Sommaire des graphiques :

- Graphique 1 : Répartition du nombre de sortie SMUR par centre en 2017.....33
- Graphique 2 : répartition des interventions MCS dans l'Indre par types en 2017.....34
- Graphique 3 : devenir des patients après intervention des MCS dans l'Indre en 201735
- Graphique 4 : répartition des MCS de l'Indre par sexes.....39
- Graphique 5 : répartition des MCS de l'Indre par tranche d'âge.....40
- Graphique 6 : pourcentage de MCS de l'Indre par tranche d'âge.....40
- Graphique 7 : répartition des distances entre les lieux d'exercice des MCS et le SAMU de Châteauroux..... 41
- Graphique 8 : pourcentage de répartition des distances entre les lieux d'exercice des MCS et le SAMU de Châteauroux..... 41
- Graphique 9 : temps d'installation des médecins MCS de l'Indre.....42
- Graphique 10 : répartition des temps d'installation des médecins MCS de l'Indre en pourcentage.....42
- Graphique 11 : pourcentage de MCS formé par année dans l'Indre.....43
- Graphique 12 : mode de recrutement des MCS dans l'Indre.....43
- Graphique 13 : répartition des différentes motivations à devenir MCS des médecins MCS de l'Indre44
- Graphique 14 : répartition en pourcentage des interventions MCS par type selon les MCS de l'Indre45
- Graphique 15 : pourcentage de satisfaction concernant la rémunération des interventions des MCS dans l'Indre46
- Graphique 16 : pourcentage de satisfaction des médecins MCS vis à vis de leur statut50
- Graphique 17 : répartition des médecins non MCS répondants par sexes53
- Graphique 18 : répartition des médecins non MCS par tranche d'âge54
- Graphique 19 : pourcentage des médecins non MCS par tranche d'âge54
- Graphique 20 : temps d'installation des médecins non MCS répondants55
- Graphique 21 : répartition des temps d'installation des médecins non MCS répondants en pourcentage55
- Graphique 22 : répartition des distances entre les lieux d'exercice des médecins non MCS et le SAMU de Châteauroux56
- Graphique 23 : pourcentage de répartition des distances entre les lieux d'exercice des médecins non MCS et le SAMU de Châteauroux56
- Graphique 24 : pourcentage des médecins non correspondants du SAMU répondants ayant connaissance du dispositif57
- Graphique 25 : moyen de prise de connaissance du dispositif par les médecins non MCS répondants58
- Graphique 26 : moyen de prise de connaissance du dispositif par les médecins non MCS répondants en pourcentage58
- Graphique 27 : pourcentage de médecin répondant c'étant vu proposé de devenir MCS59
- Graphique 28 : opinion des médecins non MCS répondants sur la rémunération des interventions MCS60

- Graphique 29 : importance de la formation initiale des MCS selon les médecins non MCS répondants	61
- Graphique 30 : importance de la formation continue des MCS selon les médecins non MCS répondants	61
- Graphique 31 : impact de la formation à la gestion de l'urgence sur la décision à devenir MCS chez les médecins non MCS répondants	62
- Graphique 32 : opinion des médecins non MCS répondants sur la sollicitation annuelle des médecins MCS	62
- Graphique 33 : influence du droit de refuser une sollicitation du SAMU sur la décision des médecins non MCS répondants à intégrer le dispositif	63
- Graphique 34 : intérêt du matériel fourni par le SAMU pour les médecins non MCS répondants	63
- Graphique 35 : impact de la recommandation du dispositif par les MCS sur la décision pour les médecins non MCS répondants, d'adhérer au dispositif	64

Sommaire des illustrations :

- Illustration 1 : Sac d'intervention MCS 36 : Poches externes	24
- Illustration 2 : Sac d'intervention MCS 36 : Poches intérieures	25
- Illustration 3 : Valise ECG	26

Sommaire des Cartes :

- Carte 1 : Carte de répartition nationale des réseaux de médecins correspondants du SAMU en 2016	20
- Carte 2 : Carte de répartition des SMUR dans l'Indre	30
- Carte 3 : Carte de répartition de MCS dans l'Indre	32

Introduction

I Les médecins généralistes correspondants du SAMU :

1) Historique :

L'aide médicale d'urgence a commencé à se développer en France à partir de 1955 avec les 1^{ères} équipes mobiles de réanimation Française créées initialement pour le secours d'accidentés de la route et les transferts entre hôpitaux. Leur succès a conduit à leur multiplication puis à la création officielle en 1965 des équipes de Service Mobile d'Urgence et Réanimation (SMUR). Ensuite en 1968 furent créés les Services d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) afin de recueillir les appels urgents et organiser la réponse médicalisée, notamment l'intervention ou non des SMUR. (1)

A partir de 1974 les médecins généralistes prennent part officiellement au dispositif mais uniquement pour la régulation SAMU, en complément des praticiens hospitaliers, mais pas pour la gestion d'urgence sur le terrain (en tout cas pas de façon officielle). Leur rôle étant d'assurer la permanence des soins de pathologies ne mettant pas en jeu le pronostic vital.

L'idée de Médecins Correspondants du SAMU (MCS) est apparue dans les années 90, dans le département de la Meuse afin d'améliorer le service médical d'urgence dans ce département.

En 2003 l'association des médecins de montagne est créée dans les régions des Alpes et du Massif Central afin de réaliser des prises en charge urgentes dans des stations et villages difficiles d'accès pour les SMUR, d'autant plus en hiver.

Ce n'est qu'en 2006 que fut votée la loi fondatrice des réseaux de médecins correspondants du SAMU en France. (Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006) (2), puis l'arrêté du 12 février 2007 a fixé leurs modalités d'interventions (3).

Ce dispositif, a par la suite été renforcé en 2012 par le « pacte territoire et santé » (4) qui proposait notamment d'offrir un accès aux soins urgents à tout citoyen sur le territoire français en moins de 30 minutes. Les dispositifs de MCS, ont alors été identifiés comme des ressources préexistantes à promouvoir afin de répondre à cet objectif.

La circulaire du 6 juin 2013 (5) comprenant le guide de déploiement des MCS a fini de fixer le cadre des réseaux MCS. (6)

En ce qui concerne la prise en charge des urgences vitales, les 1^{ers} instants de prise en charge sont primordiaux. Plus le temps de prise en charge médical est long et plus les risques d'événements graves (décès, séquelles lourdes, ...) sont importants.

Les MCS ont ainsi été créés pour tenter de diminuer ce laps de temps notamment pour prendre en charge les patients ne vivant pas à proximité d'une antenne du SMUR.

Les avantages pointés par les autorités pour la promotion des dispositifs MCS dans la prise en charge des urgences vitales sont :

- gain de temps sur la médicalisation des urgences vitales
- diminution du nombre d'interventions des vecteurs SMUR
- meilleure prise en charge des douleurs aiguës sévères
- augmentation du taux d'admissions des patients en unité de soins intensifs cardiologiques suite à un arrêt cardio-respiratoire

Toutefois il existe peu de travaux et d'études mettant en évidence les avantages apportés par le dispositif.

2) Définition, cadre légale et juridique

Comme le prévoient le décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence (2) et l'arrêté du 12 février 2007 (3) renforcé par le « pacte territoire et santé » de 2012 (4) et la circulaire du 6 juin 2013 (5) comprenant le guide de déploiement des MCS (7):

Le Médecin Correspondant du SAMU (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 et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient par une prise en charge de proximité et de qualité.

Il s'agit donc d'un médecin, le plus souvent généraliste, exerçant à plus de 30 minutes d'un SMUR, se portant volontaire pour prendre en charge les urgences vitales sur demande du SAMU, dans l'attente de l'arrivée du SMUR. Il bénéficie pour cela d'une formation spécifique ainsi que d'une trousse d'urgence fournie par le SAMU contenant le matériel et les médicaments nécessaires afin de gérer les 30 premières minutes de prise en charge des urgences vitales.

Il appartient au SAMU d'apprécier le degré de l'urgence et d'ajuster les moyens les plus adaptés à sa disposition pour répondre aux besoins du patient.

En cas de situation mettant en jeu le pronostic vital d'un patient, le SAMU déclenche l'intervention du MCS en même temps que celle du SMUR. Il peut également faire intervenir d'autres professionnels de proximité (ambulance, pompiers, secouriste, IDE, ...) afin d'assister le MCS dans l'attente de l'arrivée de l'équipe du SMUR. Le MCS prend en charge le patient 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.

Médecin correspondant du SAMU n'est pas un poste, ni un statut mais plutôt une fonction. Le médecin garde son mode d'exercice et ses missions habituelles mais se porte volontaire pour répondre aux sollicitations du SAMU-Centre 15 dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Dans tous les cas, la régulation médicale du SAMU-Centre 15 permet d'organiser et de prioriser les interventions du MCS en fonction de l'urgence médicale. Par nature, les interventions demandées par le SAMU-Centre 15 au titre de l'aide médicale urgente priment sur les autres missions.

Le MCS doit se rendre disponible, cependant comme il n'existe pas d'obligation réglementaire à organiser un tableau de garde ou d'astreinte des MCS, il n'y a pas de réquisitions possibles, ni de pénalités en cas d'impossibilité ou de refus d'intervention. Le MCS peut également négocier ses horaires d'intervention, par exemple en demandant à ne pas être dérangé la nuit car son domicile ne se trouve pas à proximité de son lieu d'exercice.

Le dispositif des MCS est accessible à tout professionnel médical, quel que soit son statut et son mode d'exercice. Rien n'empêche en théorie un médecin salarié de devenir MCS, cependant le contexte est plus compliqué car il doit respecter les règles de cumul d'activité. L'employeur doit également donner son accord. Il est alors recommandé de conclure une convention tripartite entre l'ARS, la structure employeur du médecin et le médecin salarié volontaire pour exercer les fonctions de MCS.

Dans l'Indre la question ne se pose cependant pas pour le moment, l'ensemble des MCS étant des médecins généralistes exerçant en libéral.

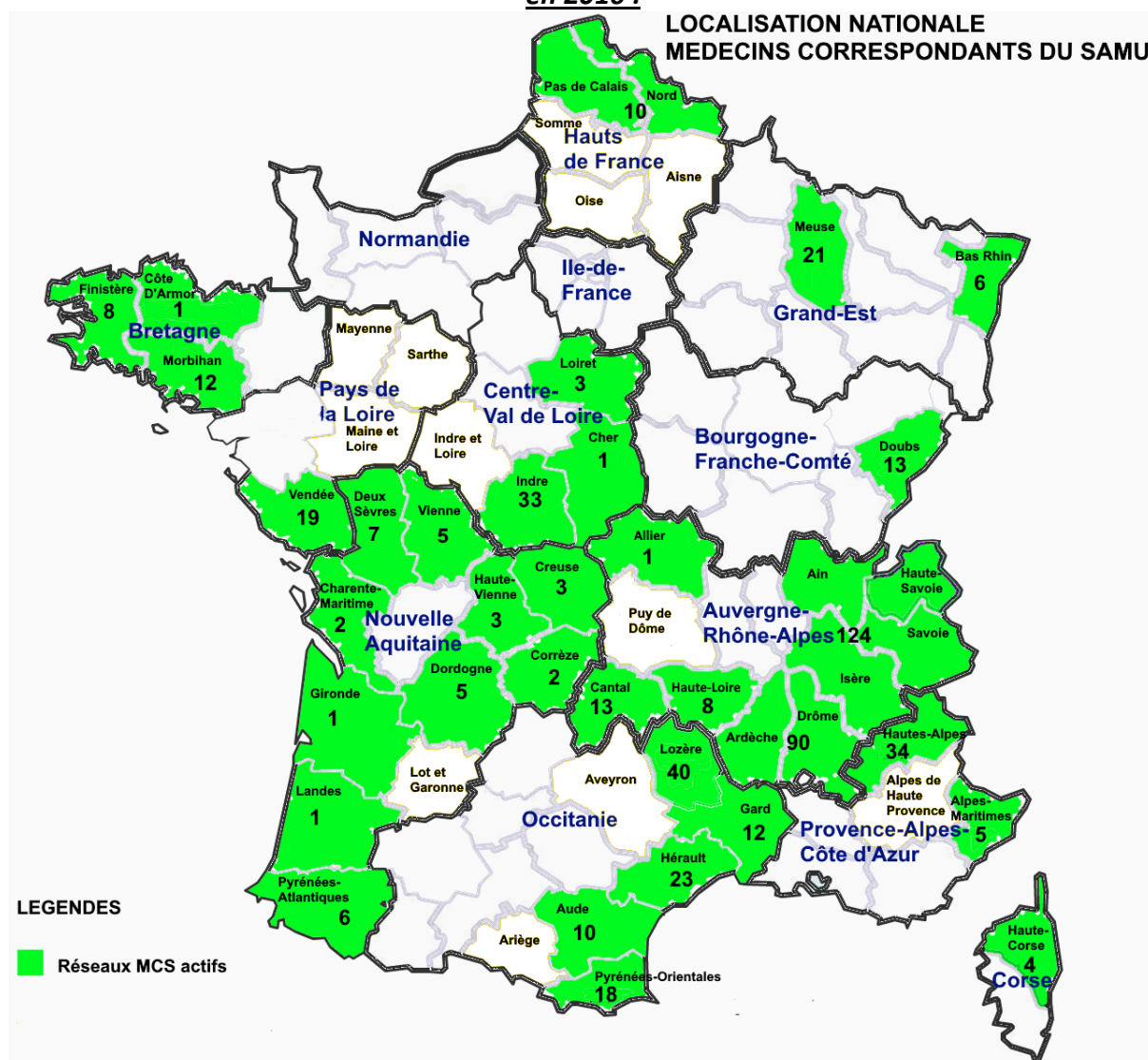
Les médecins remplaçants et les internes titulaires d'une licence de remplacement qui remplissent les conditions de formation et d'intervention des MCS peuvent également prendre part au dispositif.

Le médecin volontaire pour exercer les fonctions de MCS signe obligatoirement un « contrat » avec l'établissement siège du SAMU pour définir les conditions de son intervention (lien avec le SAMU, modalités de formation et de mise à disposition de matériels/médicaments, rémunération, ...). Il s'agit d'un contrat fonctionnel c'est-à-dire qu'il est sans impact sur le mode d'exercice habituel du médecin.

En ce qui concerne la responsabilité du médecin : il est couvert par l'établissement public de santé siège du SAMU avec lequel il a signé son contrat lorsqu'il exerce ses fonctions de MCS. En conséquence, les dommages causés ou subis par le médecin dans le cadre de ses fonctions de MCS sont couverts par l'établissement siège du SAMU.

Les territoires d'intervention des MCS sont déterminés par les ARS, en lien avec les SAMU et les professionnels, à partir du diagnostic des territoires et populations situés à plus de trente minutes d'accès de soins urgents. L'objectif est d'assurer une prise en charge de l'urgence vitale dans des zones particulièrement isolées ou caractérisées par une certaine dispersion de la population et une rareté des ressources médicales. Ils tiennent compte des besoins de la population (analyse de l'activité, devenir/orientation des patients), des attentes des professionnels et des particularités locales du territoire.

Carte 1 : Carte de répartition nationale des réseaux de médecins correspondants du SAMU
en 2016 :



La carte ci-dessus regroupe les différents départements ayant développé ou souhaité développer un réseaux MCS (communiqué par le secrétariat de MCS France). Cependant comme le témoignent le nombre de médecins formés par département (chiffre en noir), cela n'a pas toujours fonctionné. Il est d'ailleurs mentionné des réseaux dans le Loiret et le Cher, cependant ceux-ci ne sont actuellement pas en activité.

Avec ses 33 médecins formés depuis 2007 et ses 28 MCS en activité, le département de l'Indre est un des réseaux les mieux développés après ceux de Lozère, d'Ardèche et des Alpes.

3) Recrutement des MCS dans l'Indre

Initialement l'adhésion reposait sur le volontariat. Il s'agissait pour l'essentiel de médecins sapeurs-pompiers ayant déjà un goût pour l'urgence mais déplorant le plus souvent un manque de formation et de matériel. Cette situation a, au départ engendré des tensions entre les deux organismes. Pourtant les demandes d'interventions des médecins sapeurs-pompiers et

celles des MCS ne se recoupent pas, leurs missions sont même complémentaires. Les sapeurs-pompiers intervenants plutôt sur les accidents/ les troubles liés à un facteur extérieur et les MCS sur les urgences liées à une pathologie.

Des internes ont également pu découvrir le dispositif en accompagnant un MCS également maître de stage universitaire à une formation et certains d'entre eux sont devenus MCS à leur tour lorsqu'ils se sont installés.

Après une première vague d'adhésion spontanée dans l'Indre, un recrutement téléphonique a été réalisé, notamment par le Dr Megy-Michoux alors en charge du CESU et médecin urgentiste, afin de recruter des médecins dans les zones non couvertes par les MCS. Si cette démarche a permis de recruter quelques médecins supplémentaires, elle n'a cependant pas suffi à développer un réseau homogène sur le département.

Les raisons principalement évoquées dans ces zones « blanches » étaient :

- _ des médecins en fin de carrière qui prendraient leur retraite dans les années à venir
- _ des médecins plus jeunes mais déjà submergés par leurs missions quotidiennes.

4) La Formation : (7)

L'arrêté de 2007 prévoit que le médecin est formé à l'urgence « sous l'autorité du service hospitalier universitaire de référence et en liaison avec le SAMU et le CESU (centre d'enseignement des soins d'urgence) ainsi que la structure des urgences et le SMUR » ce qui signifie que 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 conditions de formation du MCS sont décrites dans le contrat fonctionnel conclu entre le MCS et l'établissement de santé siège du SAMU.

La formation doit respecter le contenu minimal de la formation de MCS décrit au niveau national par la SFMU.

Elle est accessible à tout médecin volontaire et est diplômante (diplôme universitaire ou diplôme inter universitaire) ou qualifiante (attestation de formation)

Cette formation permet, entre autres, un partage de connaissances et de compétences entre les différents acteurs de l'aide médicale urgente.

Elle est réalisée par des formateurs agréés (CESU ou ODPC), est sous la responsabilité de l'Université et validée par le Collège Français de Médecine d'Urgence (CFMU), dans le cadre des objectifs définis par la SFMU.

L'indemnisation des journées de formation initiales et continues, se fait sur la base d'indemnisation pour perte d'activité communément admise dans le cadre du DPC.

La formation des médecins correspondants SAMU s'effectue en 2 temps :

- Une formation initiale
- Une formation continue

Dans l'Indre, elle est assurée par le CESU 36 au Centre Hospitalier de Châteauroux, pavillon 10. Les intervenants sont des médecins du SAMU 36 formateurs aux CESU. (8)

La **formation initiale** permet aux médecins généralistes d'acquérir des connaissances et d'apprendre (ou réapprendre) les gestes techniques nécessaires à la prise en charge des 30 premières minutes des situations d'urgences vitales, après régulation du SAMU et dans l'attente du SMUR. L'enseignement est adapté dans chaque département afin de répondre au

mieux aux demandes d'intervention (par exemple dans l'Indre les pathologies rencontrées et les modes d'intervention seront différentes de celles des stations de haute montage).

Dans l'Indre l'accent a été porté tout particulièrement sur l'enseignement pratique afin de préparer au mieux les médecins à leurs interventions futures.

Les formations en soirée (20h-Minuit) ont été privilégiées afin de correspondre au mieux, aux emplois du temps des médecins.

Cette formation se compose de :

_ 5 sessions en groupe de 15 personnes maximum. Chaque session dure 4 heures en soirée (20h-Minuit) :

- + Session 1 : urgences traumatologiques et pathologies circonstancielles
- + Session 2 : urgences cardio-vasculaires
- + Session 3 : arrêt cardiaque et urgences respiratoires
- + Session 4 : urgences métaboliques, toxicologiques et digestives
- + Session 5 : urgences neurologiques, pédiatriques et obstétricales

_ Puis d'une séance pratique de 6 heures en sous-groupe pour l'acquisition des gestes techniques sur mannequin, avec mise en situations variées et utilisation du matériel mis à disposition des MCS.

Des formations complémentaires individuelles peuvent être mise en place en fonction des besoins de chaque MCS (sortie SMUR en binôme avec un médecin du SMUR, réalisation de gestes pratiques aux urgences, accès au bloc opératoire pour intubation, accès au bloc maternité pour prise en charge d'accouchement, ...)

La **formation continue** permet par la suite de réactualiser les connaissances de la formation initiale, d'adapter la prise en charge de situations d'urgences en fonction de l'actualité scientifique et sanitaire. Mais elle permet également un retour d'expérience des praticiens sur les prises en charges de situations urgentes vécues depuis leur formation initiale et la mise en place d'actions permettant le perfectionnement des compétences déjà acquises.

Elle se déroule en séances de 4 heures (20h-Minuit) en groupe de 15 personnes maximum.

Elle se décompose en 3 temps :

- Retour d'expérience, questions
- Mises en situation sur mannequin avec simulation de prise en charge d'urgence vitale
- Débriefing avec mise en évidence des axes d'améliorations

Ces séances de formation continue sont organisées environ 1 fois par trimestre.

En théorie chaque médecin correspondant du SAMU devrait assister à au moins une journée de formation continue par an, soit 2 soirées sur l'année afin de maintenir un bon niveau de connaissance et de pratique, essentielle à la prise en charge d'urgences.

5) Matériel et rémunération

Matériel :

Il n'y a pas d'arrêté national quand à sa composition qui est laissé à l'appréciation de chaque réseau afin de correspondre au mieux aux contraintes locales.

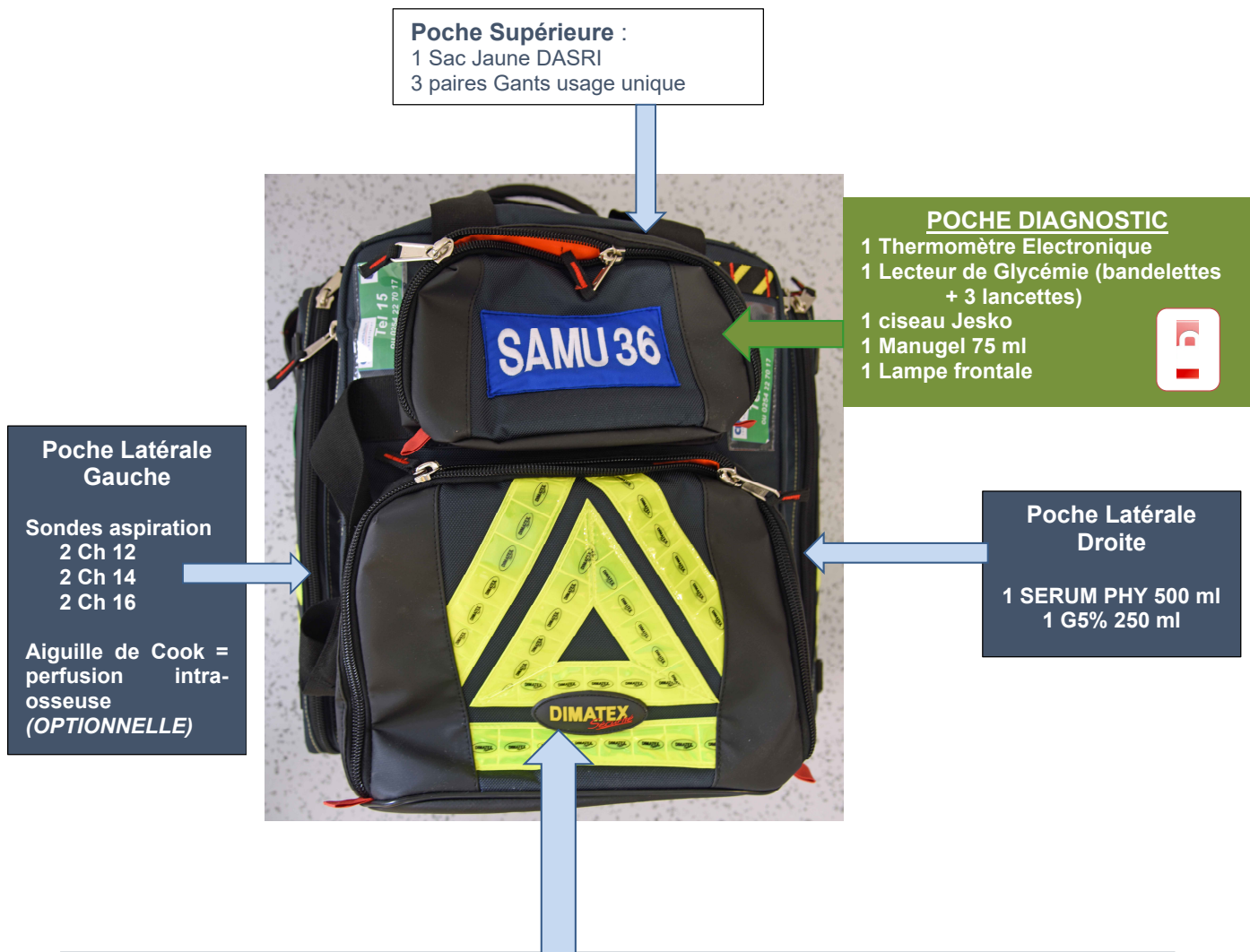
La liste précise du matériel fourni au MCS est définie dans le cadre du protocole d'intervention mis en place localement avec son SAMU-Centre 15 qui précise également les conditions de son entretien et renouvellement. Il doit être adapté à l'urgence et à l'activité du médecin qui remplit les fonctions de MCS.

L'équipement fourni est harmonisé avec celui que le MCS a utilisé pendant sa formation et celui utilisé dans les SMUR.

Ce matériel est obligatoire, gratuit pour le MCS, fourni et entretenu par le SAMU et assuré par le SAMU.

Dans l'Indre, ce matériel se compose d'un grand sac à dos contenant le matériel et les médicaments de 1^{er} recours afin d'assurer les 30 premières minutes de prises en charge d'une urgence vitale. Il a été composé en fonction des interventions les plus couramment rencontrées dans l'Indre. Il est organisé par poche en fonction du type d'intervention réalisée. Ce sac est accompagné d'une valise ECG permettant la transmission au SAMU, afin d'obtenir rapidement un avis.

Illustration 1 : Sac d'intervention MCS 36 : Poches externes :



Poche Avant Prise en CHARGE SIMPLE

Le matériel contenu dans cette poche permet la prise en charge standard d'un patient nécessitant une simple voie veineuse et une surveillance.
Ceci évite alors d'avoir recours à l'ouverture complète du sac

Kit PERFUSION

INSUFFLATEUR Adulte

- 1 Masque Taille 4
- 1 Masque Taille 3
- 1 Masque Taille 2
- 1 Masque Taille 0

1 Raccord O2

1 Filtre



Kit PERFUSION Adulte

KT courts :

2 G14 , 2 G16, 2 G18, 2 G20

1 Garrot

1 Rasoir

1 Bande 7 cm

2 Tubulures 2 robinets

1 Poche NaCl 0,9% 250 ml

2 Sachets de compresses

2 Tegaderm 10 x 12 cm

1 Biseptine 40 ml

1 Poche bilan avec :

3 tubes mauves

1 tube jaune

1 tube vert

1 tube gris

1 tube bleu

2 raccords vacutainers bleus

2 aiguilles vacutainers vertes

1 tulipe



Illustration 2 : Sac d'intervention MCS 36 : Poches intérieures :

Kit PERFUSION PEDIATRIQUE

KT courts :

- 2 G18, 2 G20, 2 G22, 2 G24
- 1 Garrot
- 1 Bande 7 cm
- 2 Tubulures 2 robinets
- 1 Poche NaCl 0,9% 250 ml
- 2 Sachets de compresses
- 1 Tegaderm 10 x 12 cm
- 2 Tégaderm 7 x 6cm
- 1 Biseptine 40 ml
- 1 Poche bilan avec :
 - 3 tubes mauves PED
 - 1 tube rouge PED
 - 1 tube vert PED
 - 1 tube gris PED
 - 1 tube bleu PED
 - 2 raccords vacutainers bleus
 - 2 aiguilles vacutainers vertes
 - 1 tulipe

KIT SERINGUES

- 2 Seringues 20 ml
- 2 Seringues 10ml
- 2 Seringues 5 ml
- 2 Seringues 2 ml
- 2 Seringues 1 ml
- 2 Seringues Insuline
- 3 Aiguilles Trocard (rose)
- 3 Aiguilles IM (Verte)
- 3 Aiguilles SC (Orange)

Kit ARRET CARDIAQUE

KT courts :

- 2 G14 ,2 G16,
- 2 G18, 2 G20
- 1 Tubulure 2 robinets
- 1 Poche NaCl 0,9% 250 ml
- 1 Garrot
- 2 ADRENALINE 5mg
- 2 aiguilles Trocard (rose)
- 1 Biseptine 40ml
- 1 Sachet de compresses
- 1 TEGADERM 10x12 cm
- 1 Seringue 10ml

KIT PANSEMENT MCS

- 2 Pansements Américains 15x20
- 1 Plateaux sutures Tétra
- 4 Paquets COMPRESSES stériles
- 1 Champ Troué Stérile 50cmx60cm
- 1 Sparadrap
- 2 Bandes 10 cm
- 1 Bande 20 cm
- FILS SUTURE
 - 2 Non Résorb. 3/0 Ag Courbe
 - 2 Non Résorb. 4/0 Ag Courbe
- 2 URGOSTRIPS 75x6mm
- 1 BISEPTINE 20ml
- 1 Bétadine Jaune 125 ml
- 2 NaCl 20 ml
- 1 RASOIR
- GANTS STERILES
 - 1 Taille 7
 - 1 Taille 8
- 2 Clamps de BARR

RESERVE PHARMACIE MCS (14 07 2014)

<i>AVANT (haut en bas)</i>	<i>CENTRE</i>	<i>ARRIERE (haut en bas)</i>
4 ADRENALINE 5mg/5ml		2 HYPNOVEL 5mg/5ml
2 CORDARONE	1 Paracétamol 1gr	2 VALIUM 10mg/2ml
150mg/3ml		
1 NATISPRAY		1 MORPHINE 10mg/ml
1 XYLOCAINE 1% 20 ml	1 ADRE JEXT 300	1 CANULE Intra Rectale
1 ASPEGIC 500mg		2 SOLUMEDROL 120mg
	1 ADRE JEXT 150	1 ANEXATE 0,5 mg / 5ml
4 ATROPINE 0,5mg/ml		1 KETAMINE 250mg/5ml
2 LOXEN 10mg/10ml		4 LOXAPAC 50mg/2ml
2 EAU PPI 10ml		1 CEFOTAXIME 1gr
1 RISORDAN 10mg/10ml		2 GLUCOSE 30% 10ml
4 LASILIX 20mg/2ml		2 NALOXONE 0,4mg/ml
		2 PRIMPERAN 10mg/2ml

KIT INTUBATION VENTILATION MCS

<i>Gauche</i>	<i>Centre</i>	<i>Droite</i>
<u>1 Lunette O2</u>	<u>Canules de Guedel</u>	1 Seringue 10 ml
<u>Masques O2 Haute Concentration</u>	1 Taille 3 (Orange)	2 Lubrifiants
1 Adulte	1 Taille 2 (Verte)	1 XYLOCAINE Spray + Embout long
1 Pédiatrique	1 Taille 1 (Blanche)	1 Pince de Magyll Adulte
<u>Sondes Intubation</u>	1 Sparadrap étroit	1 Sachet compresses stériles
1 Ch 3	1 Lien	1 Manche Laryngoscope adulte
1 Ch 4	<u>Lames Intubation</u>	
1 Ch 5	1 Courbe Mac n°4	
1 Ch 6	1 Courbe Mac n°3	
1 Ch 7	1 Courbe Mac n°2	
1 Ch 8	1 lame droite Miller n°0	
	1 lame droite Miller n°1	

Illustration 3 : Valise ECG :



Rémunération :

La rémunération est fixée au niveau régional par les ARS afin de s'adapter aux contraintes locales. Elle doit permettre au médecin de maintenir ses revenus malgré l'interruption de ses activités habituelles ainsi qu'une juste rémunération de son investissement.

Plusieurs modes de rémunération sont possibles :

Maintien de son mode d'exercice habituel : c'est-à-dire que la facturation des actes et consultations réalisés est faite directement au patient, comme lors de son exercice libéral. Une majoration des honoraires est possible au titre de son intervention en urgence dans le cadre des fonctions de MCS (en application de l'article L.6112-3 du code de la santé publique). Cependant dans les cas d'extrême urgence ce mode de rémunération ne semble pas être le plus approprié.

Contrat d'admission des médecins libéraux en établissement public de santé (article L.6146-2 du code de la santé publique)

Contrat permettant d'admettre des médecins libéraux dans un établissement public de santé pour participer à l'exercice des missions de service public et aux activités de soins de l'établissement. Dans le cadre du contrat mentionné à l'article L. 6146-2 du contrat de sécurisation professionnel et par dérogation au droit commun, les honoraires du médecin sont facturés directement par l'établissement public de santé siège du SAMU à l'assurance maladie. Ils lui sont ensuite versés, le cas échéant minorés d'une redevance fixée dans le contrat, par l'intermédiaire de l'établissement public de santé.

Praticien attaché (articles R. 6152-601 et suivants du code de la santé publique)

L'intervention du MCS doit pour cela être régulière car son contrat fixe le nombre de demi-journées qu'il doit consacrer à l'établissement et qui doit être au minimum d'une demi-journée par semaine. Sa rémunération est ensuite fixée par rapport à la grille des praticiens attachés en fonction de son ancienneté dans le statut et est lissée en fonction du nombre de demi-journées effectivement réalisées pour le compte du SAMU-Centre 15. Ce mode d'exercice entraîne donc un revenu plus fixe aux MCS mais demande également un investissement plus important et plus régulier.

Dans l'Indre les médecins correspondants du SAMU ne signent pas de contrat avec le centre hospitalier de Châteauroux (Annexe 2) mais une « décision » énonçant :

- L'ensemble des lois auxquelles sont soumis les MCS
- Le nom de tous les MCS (Annexe 3)
- Leur statut
- Les modalités de rémunération
- Les personnes chargées de faire appliquer, cette décision.

Le recrutement est soumis à accord du directeur.

Les MCS ont le statut de praticien attaché au 3^{ème} échelon. Ils sont rémunérés à l'intervention, à hauteur de 2 journées de vacations d'un praticien attaché au 3^{ème} échelon pour chaque intervention réalisée. Soit environ 190 € brut par intervention.

(Pour comprendre : un praticien attaché au 3^{ème} échelon gagne 2905,31€ brut par mois soit 96,84 €/jour et donc 193,68 € brut pour 2 jours (9). C'est donc la somme versée aux MCS pour chaque intervention). Cette rémunération est ensuite versée de façon trimestrielle aux MCS en fonction du nombre d'interventions réalisées lors des 3 mois précédents.

Les MCS sont en théorie rémunérés de la même manière lorsqu'ils participent aux formations initiales et continues organisés par le CESU.

6) Fonctionnement du dispositif

Le dispositif de MCS a été débuté dans l'Indre en 2007. Il comptait à la base 19 médecins généralistes. Au total 33 ont été formés et 28 sont actuellement en activité.

Lorsque le SAMU est averti d'une urgence vitale (ou suspecté de l'être) dans une zone à distance du SMUR, il déclenche un médecin généraliste correspondant du SAMU exerçant dans ce secteur qui se déplace auprès du patient afin d'effectuer un 1^{er} bilan ainsi que les 1^{ers} soins. Le SAMU déclenche en parallèle une équipe du SMUR qui pourra éventuellement être annulée si le bilan du MCS s'avérerait rassurant. Le MCS reste en contact permanent avec le SAMU. Celui-ci adapte les moyens mis en œuvre tout au long de la procédure.

D'autres intervenants (ambulanciers, pompiers, secouriste, ...) pourront être appelés par le SAMU afin de soutenir le MCS dans sa prise en charge (massage cardiaque, défibrillateur, oxygène, ...).

A l'arrivée du SMUR, son équipe prend le relais du MCS et prend en charge le patient.

Il est ensuite demandé au MCS de saisir une « fiche d'intervention » formalisée et fournie par le SAMU afin d'assurer la traçabilité des interventions.

II Démographie médicale dans l'Indre :

L'Indre est un département rural du centre de la France. Sa superficie est de 6790,6 km², pour une population de 223 505 habitants en 2016, soit une densité de population de 32.9 habitants au km². (Alors que la densité au niveau nationale est de 104,9 habitants par km² et de 65,8 habitants par km² en région Centre Val de Loire).

La population de l'Indre représente 8.7 % de la population de la Région Centre-Val de Loire et 0,34 % de la population Française. Cependant sa population tend à décroître au fur et à mesure des années. Selon l'INSEE cette diminution serait d'environ 0.6% par an. (10)

Le département se divise en 13 cantons et 241 communes. La préfecture de l'Indre est Châteauroux et les chefs-lieux d'arrondissement : La Chatre, Issoudun et Le Blanc. (11)

Les limites du département se situent entre 50 et 75 km de Châteauroux qui est relativement centré géographiquement.

En ce qui concerne le réseau routier :

Il n'existe qu'une seule Autoroute, l'Autoroute A20 qui traverse le département du Nord Est au Sud. Les voies rapides sont quant à elles assez peu développées et le département est essentiellement quadrillé par de petites routes départementales, ce qui allonge les temps d'intervention. (12)

1) Répartition SAMU/SMUR dans l'Indre :

Les équipes d'intervention du SMUR sont déclenchées pour toute situation médicale mettant en jeu le pronostic vital ou à risque d'aggravation potentielle.

Elles interviennent auprès des patients, sur les lieux mêmes de survenue de la détresse, avec tout le matériel nécessaire pour la mise en place de soins d'urgence et de réanimation.

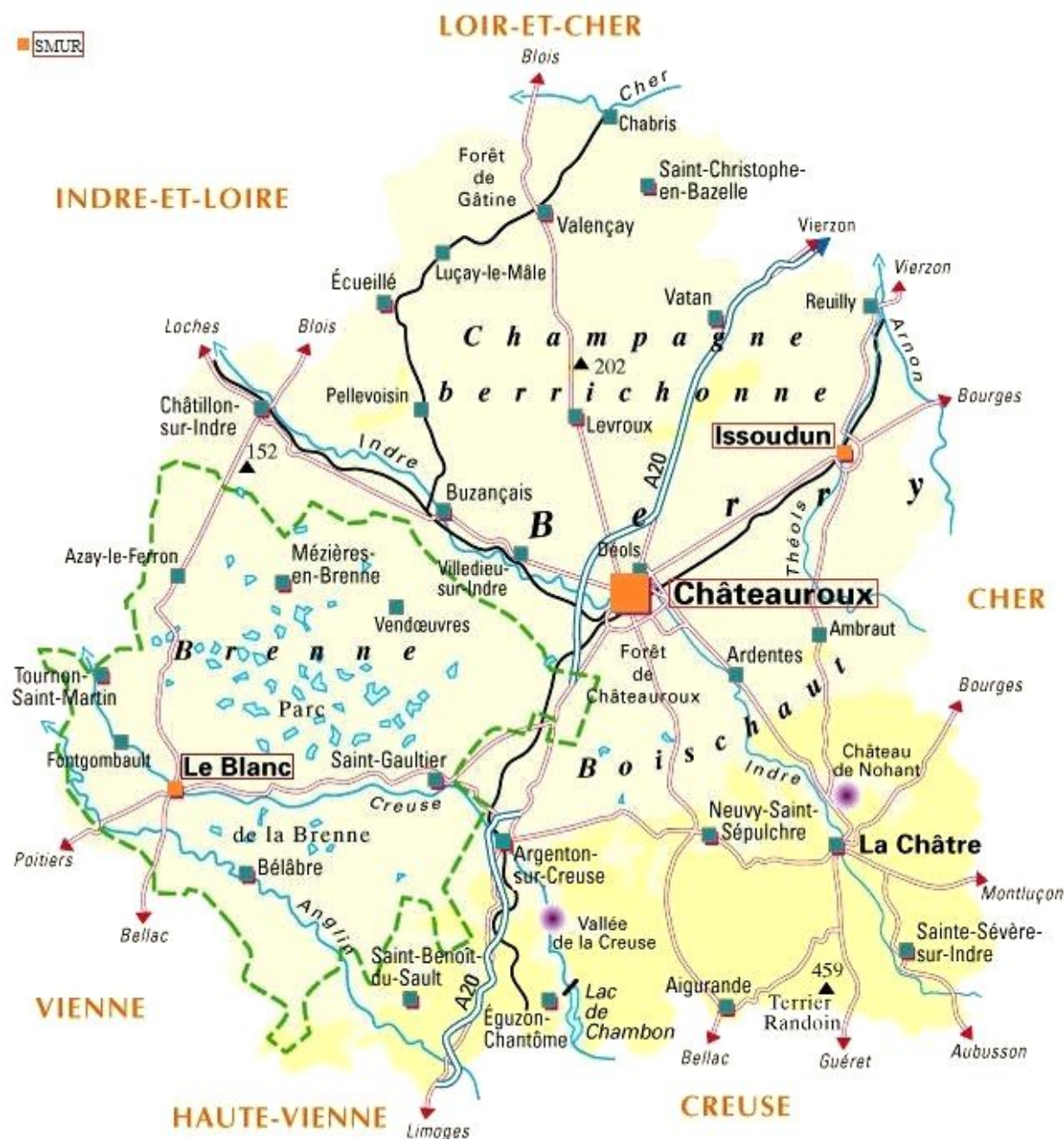
L'intervention précoce de ces équipes en dehors de l'hôpital permet notamment la mise en route de traitements permettant de stabiliser l'état d'un patient et de limiter l'évolution d'une pathologie.

Le SAMU 36, centre 15 est basé au CH de Châteauroux.

Les services de SMUR sont présents sur 3 villes du département (13):

- 3 équipes au CH Châteauroux
- 1 au CH Issoudun
- 1 au CH Le Blanc

Carte 2 : Carte de répartition des SMUR dans l'Indre :



Ces équipes disposent pour leurs interventions de :

- 5 véhicules médicaux de liaison (VML) dont un 4x4, permettant le transport des équipes médicales mais pas le transport de victime.
- 3 ambulances de réanimation, permettant le transport d'une équipe de SMUR et d'un patient.
- 1 hélicoptère sanitaire.

L'hélicoptère utilisé par le SAMU 36 a été mis en place en 2003 afin de permettre notamment le transfert des patients vers le centre hospitalier de Bourges après l'ouverture d'une salle de cardiologie interventionnelle. L'hélicoptère est une bonne alternative lorsque l'intervention se trouve loin de la base du SMUR et permet de réduire nettement les temps de trajet mais il n'est pas disponible 24h sur 24. Il ne peut voler qu'entre 8h et 22h (sauf réquisition

préfecturale). Il est également dépendant des conditions météorologiques, et est parfois indisponible car déjà en cours d'utilisation pour un transfert.

Il existe en plus une unité mobile de correspondant au centre hospitalier de la Chatre, qui ne dispose cependant pas d'un service d'accueil d'urgence. Les urgences qui se présentent sont alors gérées par un médecin et une infirmière d'astreinte dans le service de médecine.

2) Les médecins généralistes de l'Indre

Selon le site de l'ARS centre Val de Loire, il y avait 159 médecins généralistes exerçant en libéral dans l'Indre en 2018. (14)

Cela représente près de 1400 patients par médecin généraliste, même en tenant compte du déclin de population de 0,6% par an. Alors que selon la Direction de la recherche du ministère des affaires sociales (Drees) la moyenne nationale était de 864 patients par médecins généralistes en 2015. (15)

De plus, toujours selon la Drees, la moyenne d'âge des médecins généralistes dans l'Indre en 2018 était de 55,6 ans alors qu'elle était de 53,4 ans en région Centre Val de Loire et 51,4 ans pour la France entière. (16)

Sans grande surprise, les médecins généralistes de l'Indre sont donc moins nombreux et plus âgés que la moyenne nationale, mais également que du reste de la région Centre.

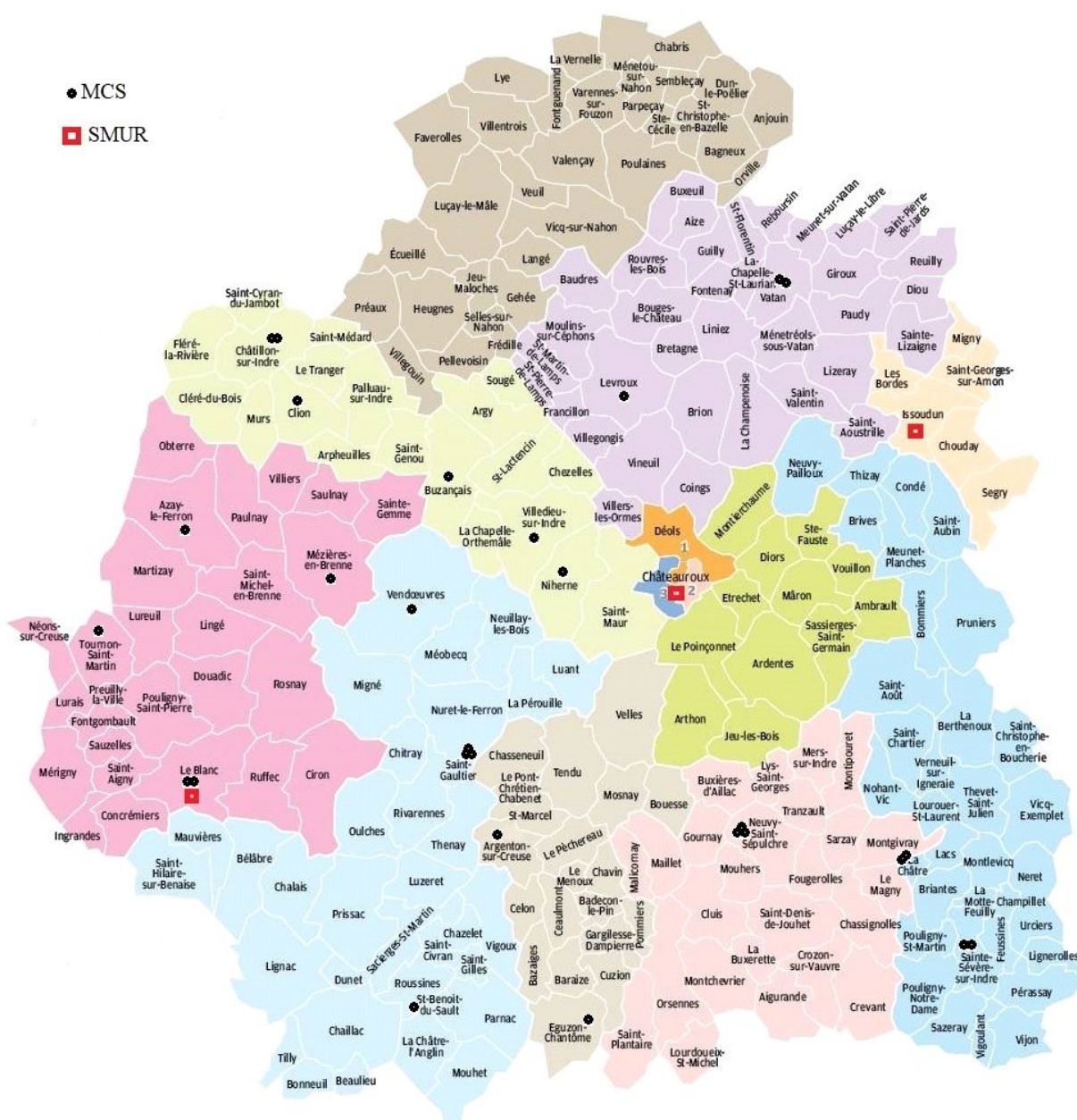
3) Les médecins correspondants SAMU de l'Indre

Ils étaient 19 à l'ouverture du dispositif en 2007. En tout 33 MCS ont été formés dans l'Indre. Ils sont actuellement 28 sur l'ensemble du département.

L'adhésion étant basée sur le volontariat leur présence n'est pas répartie équitablement sur le territoire. Ainsi il existe des communes dotées de plusieurs MCS, alors que les communes du nord, de l'est et de l'extrême sud du département sont peu ou pas couvertes.

Certains MCS exercent également à moins de 30 minutes d'un SMUR notamment 2 MCS exerçant au Blanc qui seront sollicités en cas d'indisponibilité du SMUR. Un médecin MCS exerçant à Déols a rendu son matériel en 2017 car n'était jamais sollicité du fait de sa proximité avec le CH Châteauroux.

Carte 3 : Carte de répartition de MCS dans l'Indre :



4) Les besoins en MCS dans l'Indre

Il n'existe pas d'objectif d'effectif de MCS. L'Indre dispose, avec ses 28 médecins, d'un des plus grands réseaux de MCS de France. Le problème n'est pas leur nombre mais plutôt le maillage territorial qui n'est pas optimal. Il existe des « nids » de MCS, c'est-à-dire des communes disposant de plusieurs médecins correspondants du SAMU, et de vastes territoires où il n'y en a aucun. La grande difficulté est donc de recruter des médecins dans ces zones blanches afin d'harmoniser la prise en charge sur le territoire.

III Apport des MCS a l'AMU dans l'Indre

1) Le nombre d'intervention

En 2017, le SAMU 36 a reçu 172 443 appels. Sur l'ensemble de ces appels 158 687 dossiers sont créés, et seulement 104 156 ont nécessité une régulation médicale (19930 par un médecin de la permanence des soins, 84226 par un régulateur du SAMU.)

Le nombre total de sorties SMUR en 2017 dans le 36 était de 2997 (1738 SMUR primaires et 1261 SMUR secondaires.) dont

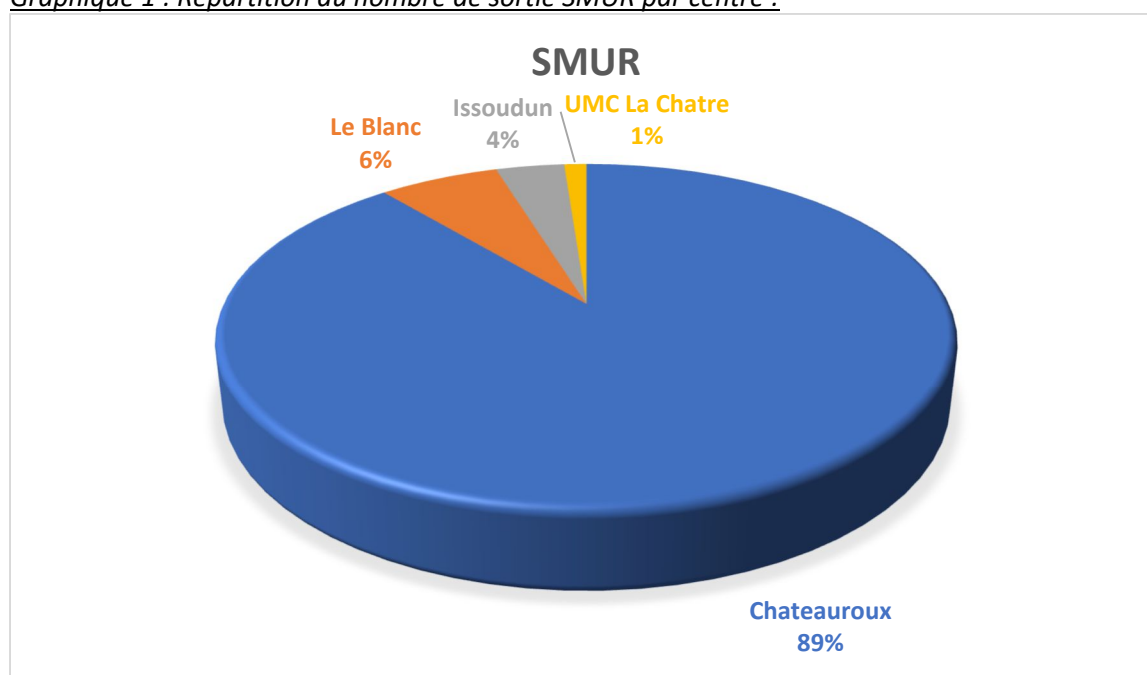
+ SMUR Châteauroux 2665

+ SMUR Le Blanc : 189

+ SMUR Issoudun 108

+ UMC (unité mobile de correspondants) La Chatre : 35

Graphique 1 : Répartition du nombre de sortie SMUR par centre :



Interventions SMUR hélicoptérées : total 659 vols, dont 652 sorties SMUR (239 primaires, 413 secondaires) et 7 sorties gendarmerie.

Les MCS sont intervenus 136 fois en 2017. Soit 4.5% des sorties SMUR en 2017.

Ils étaient intervenus 165 fois l'année précédente soit une diminution d'activité de 17,5%.

Cette diminution d'activité semble coïncider avec le changement de direction du SAMU 36 au printemps 2017. Cependant cette thèse ne permet pas de l'affirmer, il ne s'agit possiblement que d'une coïncidence. De plus, un changement de direction entraîne nécessairement des modifications de pratique et cela nécessite un temps d'adaptation.

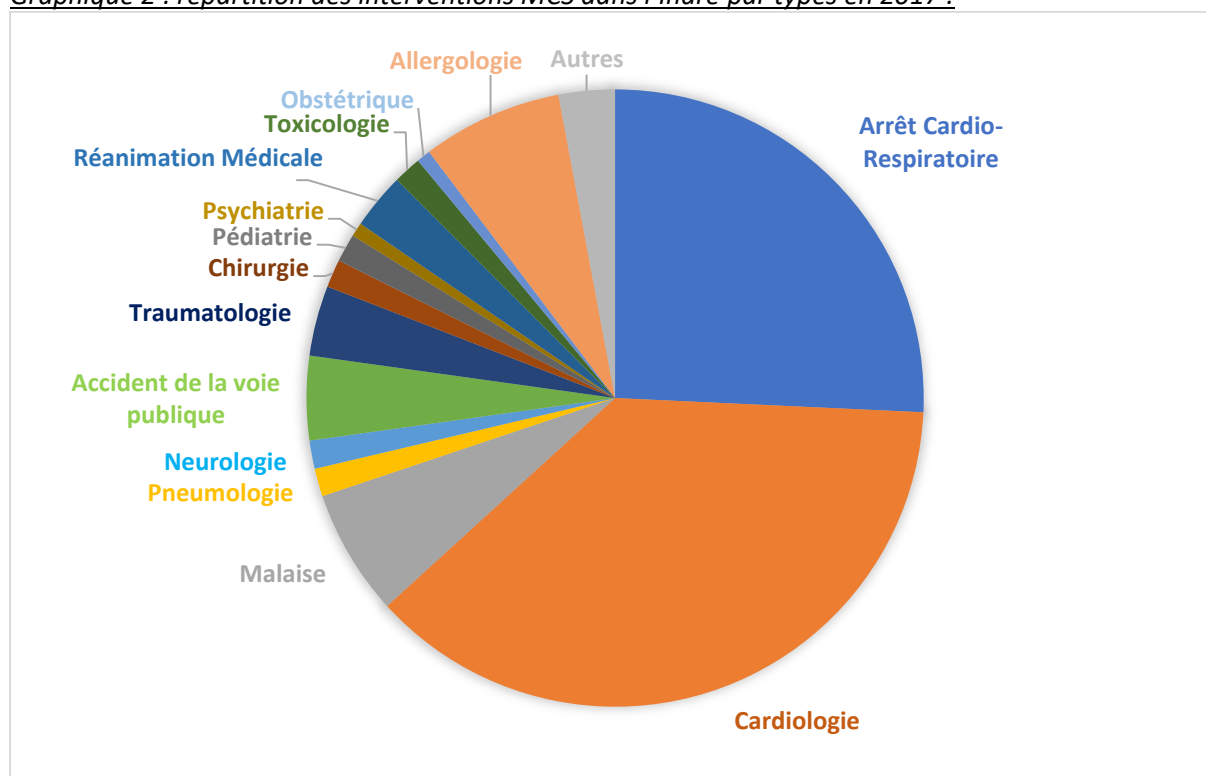
Le nombre moyen d'interventions par MCS était donc de 4.9 en 2017. A noter que le nombre d'interventions est très variable d'un MCS à l'autre. Par exemple, En 2017 5 MCS n'ont réalisé aucune intervention alors que l'un d'entre eux en a réalisé 14.

2) Répartition des interventions MCS par type

Tableau 1 : répartition des interventions MCS dans l'Indre par types en 2017 :

Type d'intervention	Nombre intervention	Pourcentage
Arrêt Cardio-respiratoire	35	25,73
Cardiologie	51	37,5
Malaise	9	6,62
Pneumologie	2	1,47
Neurologie	2	1,47
Accident de la voie publique	6	4,41
Traumatologie	5	3,68
Chirurgie	2	1,47
Pédiatrie	2	1,47
Psychiatrie	1	0,74
Réanimation médicale	4	2,94
Toxicologie	2	1,47
Obstétrique	1	0,74
Allergie	10	7,35
Autres	4	2,94

Graphique 2 : répartition des interventions MCS dans l'Indre par types en 2017 :

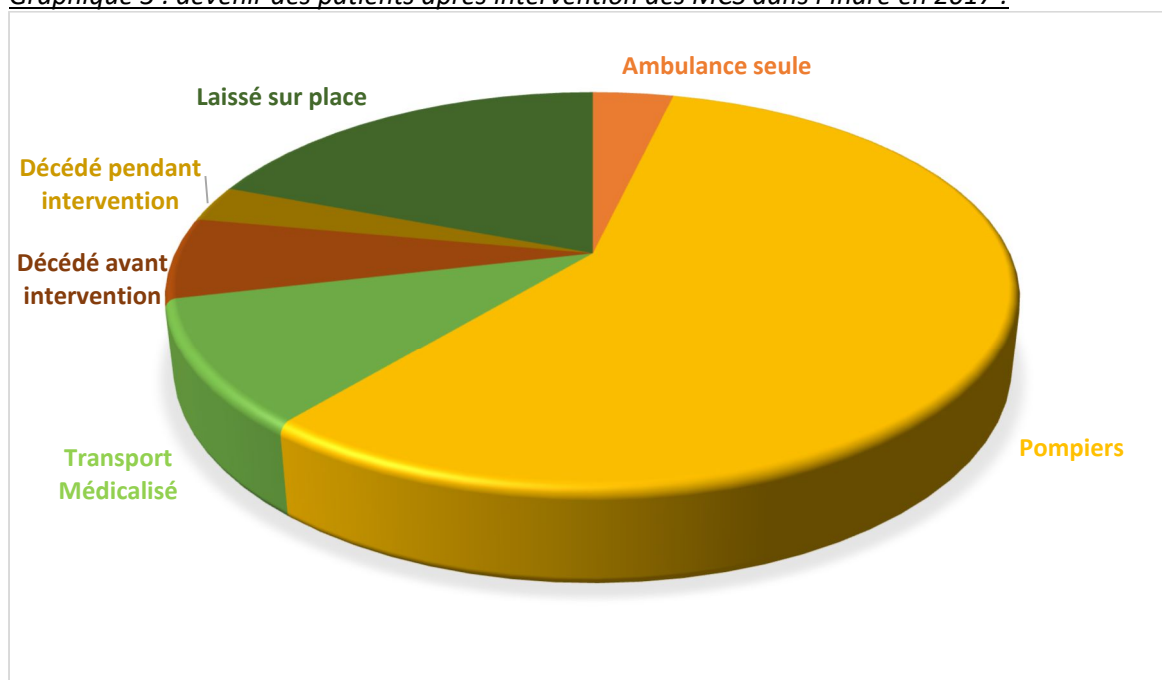


3) Devenir des patients après interventions des MCS :

Tableau 2 : devenir des patients après intervention des MCS dans l'Indre en 2017 :

	Nombre	Pourcentage
Transport ambulance seule	5	3,68
Pompiers	78	57,35
Transport médicalisé	14	10,29
Décédé pendant l'intervention	9	6,62
Décédé avant intervention	4	2,94
Laissé sur place	26	19,12

Graphique 3 : devenir des patients après intervention des MCS dans l'Indre en 2017 :



IV Définition des objectifs :

Le dispositif repose principalement sur la bonne volonté des médecins généralistes présents sur le territoire. Sans volontariat, pas de dispositif. L'objectif de ce travail était donc de savoir ce que les médecins généralistes en pensaient, qu'ils soient MCS, ou non. Ce qui les motive ou au contraire les rebute.

Partie I :
le point de vue des
médecins
correspondants
SAMU sur le
dispositif

I Matériel et méthode

1) Population cible

Les médecins correspondants du SAMU, déjà formés, exerçant dans l'Indre. Actuellement au nombre de 28.

2) Méthode

Le recueil d'opinion a été réalisé en plusieurs étapes :

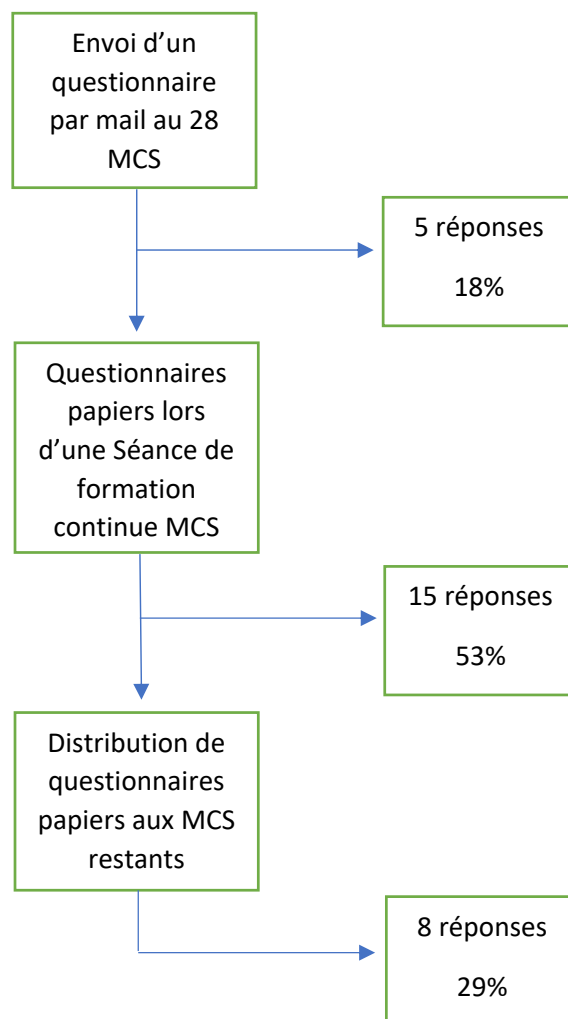
Tout d'abord le questionnaire a été envoyé par mail, le 26 avril 2018, aux 28 MCS de L'Indre par l'intermédiaire du conseil de l'ordre départemental de Châteauroux. Ce premier contact a permis de recueillir 5 réponses.

Puis 15 réponses au format papier ont été recueillies lors d'une séance de formation continue le 3 mai 2018.

Enfin un questionnaire papier a été distribué aux 8 MCS restant, ce qui a permis d'obtenir 8 réponses supplémentaires.

Le taux de réponse globale a donc été de 100%.

Figure 1 : Flow Chart des réponses MCS :



Ce questionnaire comportait 21 questions.

Les 6 premières concernaient l'étude de population (âge/sexe/année d'installation, ...).

Les suivantes étaient majoritairement des questions ouvertes sur les différents aspects de leur fonction de MCS et leur ressenti.

Les questions 19 et 20 concernaient quant à elles la recommandation éventuelle de la fonction de MCS à un confrère ainsi que les freins possibles à leur adhésion.

La dernière était un paragraphe de commentaires libres dans l'éventualité où les répondants auraient des précisions à apporter.

3) Objectifs

L'Objectif principal de ce travail était de recueillir le ressenti des MCS exerçant dans l'Indre et ce que cela avait changé dans leur pratique quotidienne.

L'objectif secondaire était de définir, s'il existait, un profil de MCS.

II Résultats :

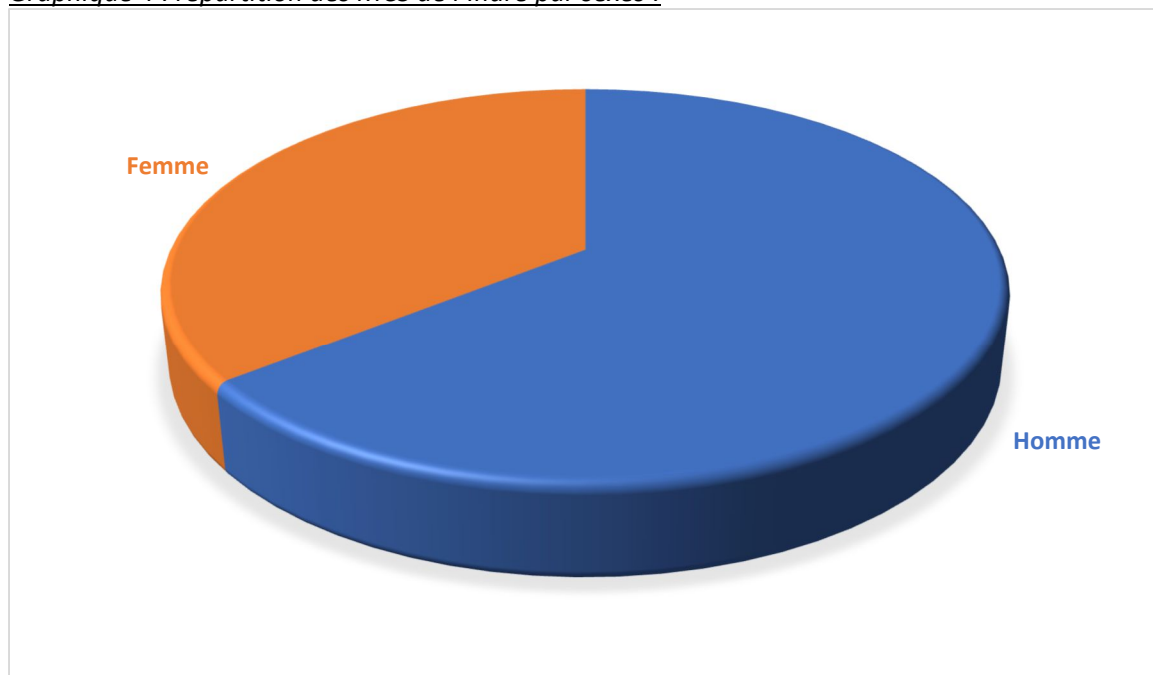
1) Caractéristiques des MCS (âge, sexe, mode d'exercice, ...)

Sexe :

Il y avait en tout 10 femmes et 18 hommes MCS

Soit respectivement 35.7 et 64.3%

Graphique 4 : répartition des MCS de l'Indre par sexes :

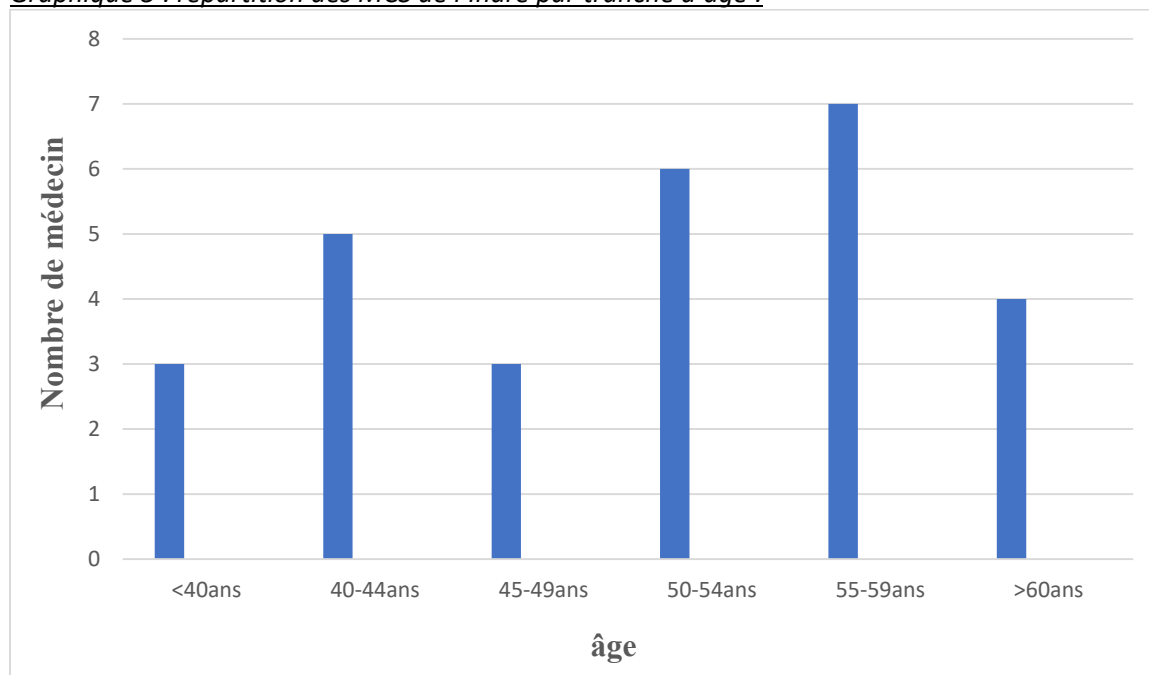


Âge :

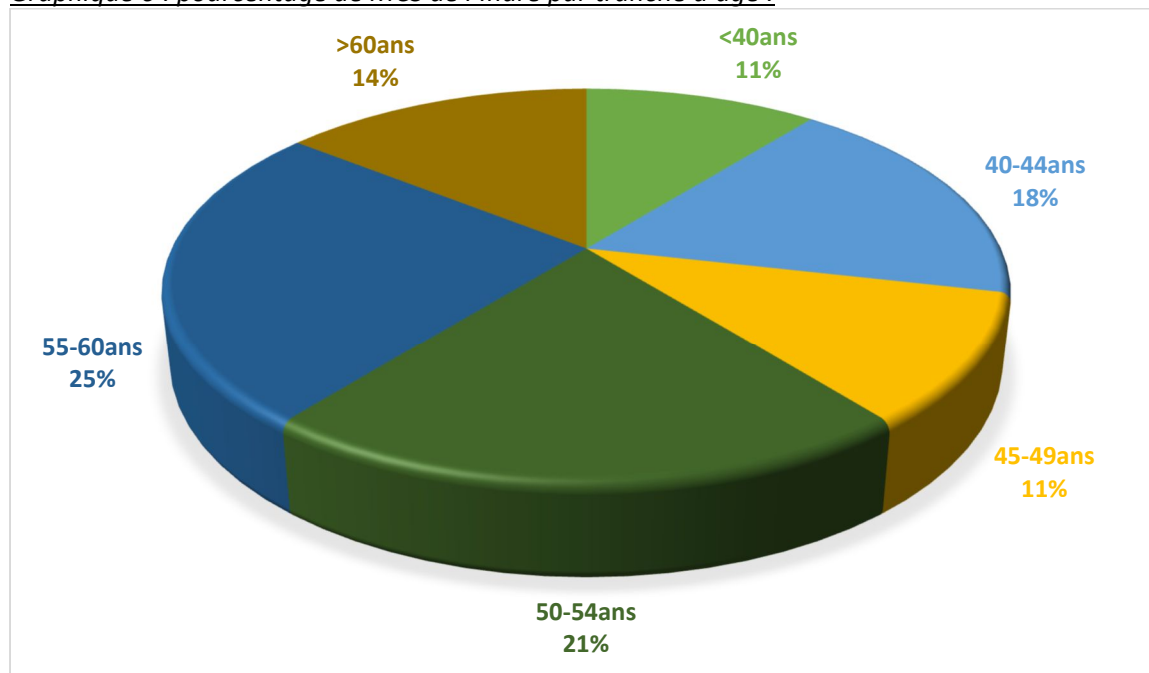
La moyenne d'âge des répondants était comprise entre 51 et 52 ans (51,25 ans). L'âge étant demandé uniquement en années. Le plus jeune avait 36 ans, le plus âgé 66.

Plus de la moitié des MCS avaient plus de 50 ans (60%). Parmi eux 11 avaient 55 ans ou plus (55 ans étant l'âge moyen des médecins généralistes de l'Indre) soit 39% dont seulement 4 avaient plus de 60 ans soit environ 14%.

Graphique 5 : répartition des MCS de l'Indre par tranche d'âge :



Graphique 6 : pourcentage de MCS de l'Indre par tranche d'âge :

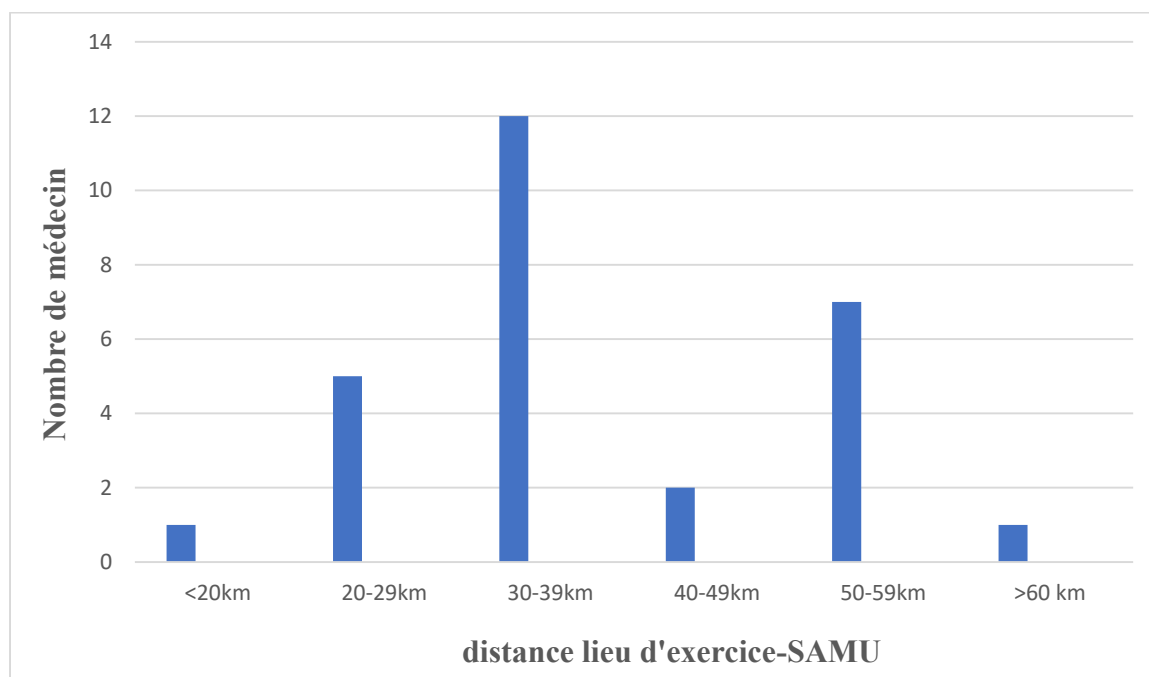


Distance du SAMU :

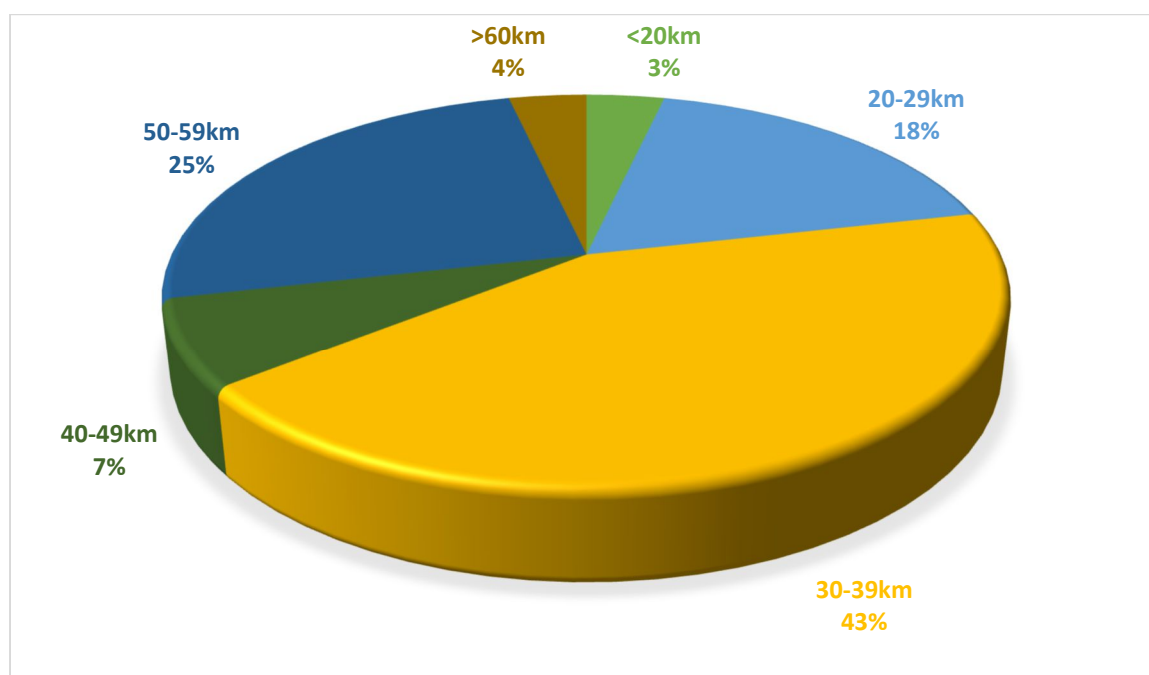
Les MCS interrogés étaient en moyenne installés à 38,39 km du SAMU. Le plus proche se trouvant à 14 km, le plus éloigné à 65 km.

A noter que la tranche de distance la plus représentée se trouvait également entre 30 et 39 km avec 12 MCS soit 43%, la seconde est la tranche 50-59 km avec 7 MCS soit 25%. 1 seul MCS exerçait à moins de 20 km du SAMU, de même 1 seul des MCS exerçait à plus de 60 km.

Graphique 7 : répartition des distances entre les lieux d'exercice des MCS et le SAMU de Châteauroux :



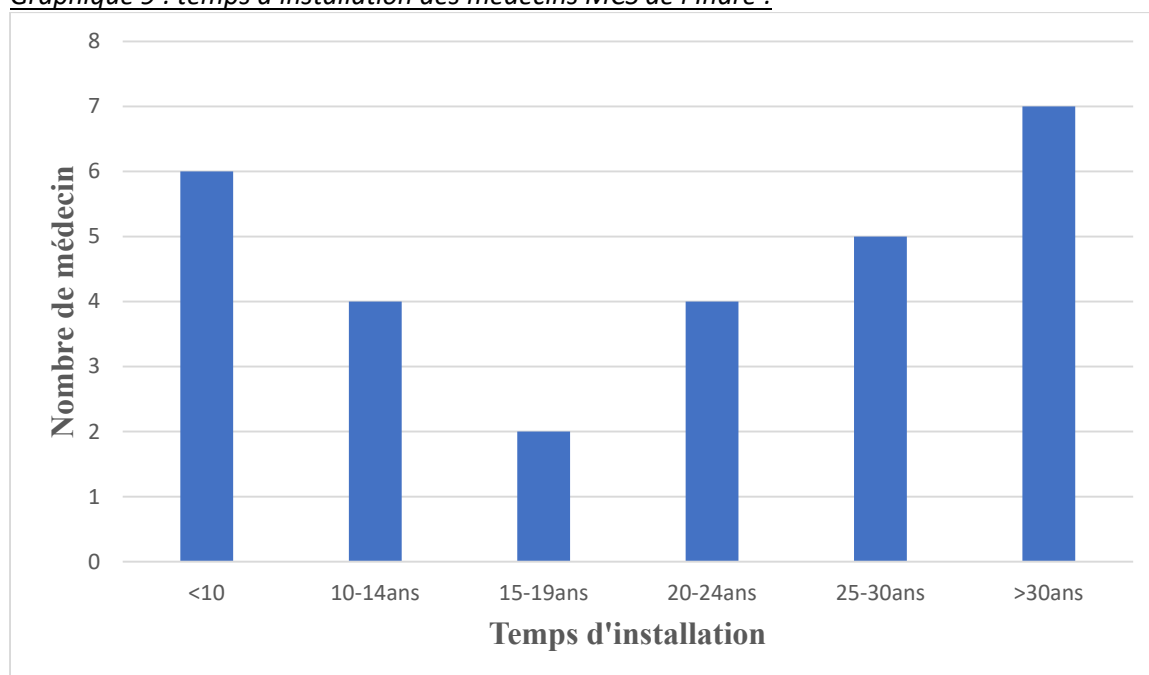
Graphique 8 : pourcentage de répartition des distances entre les lieux d'exercice des MCS et le SAMU de Châteauroux :



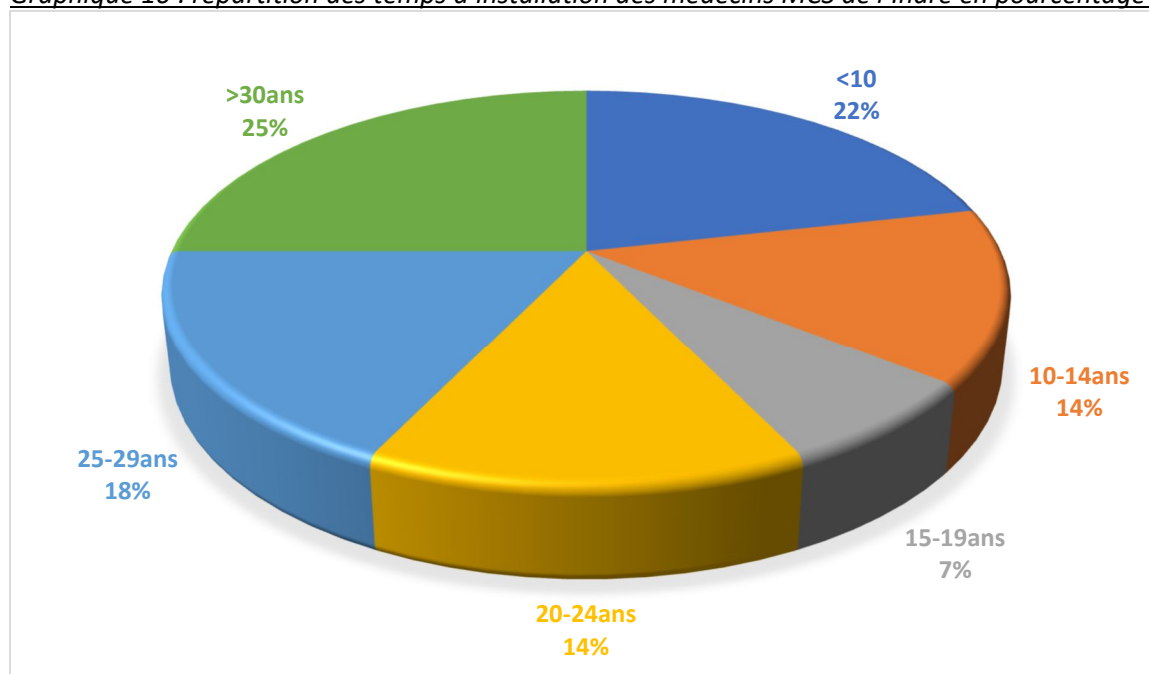
Temps d'installation :

Les MCS interrogés étaient installés en moyenne depuis 20,18ans (20 ans et 2 mois). Le plus jeune était installé depuis 4 ans, le plus ancien depuis 37 ans.

Graphique 9 : temps d'installation des médecins MCS de l'Indre :



Graphique 10 : répartition des temps d'installation des médecins MCS de l'Indre en pourcentage :



Temps après formation :

Il y a eu en tout 4 sessions de formations initiales de MCS dans l'Indre : en 2006, 2007, 2010 et 2015.

Les médecins interrogés étaient en moyenne MCS depuis 7,57ans

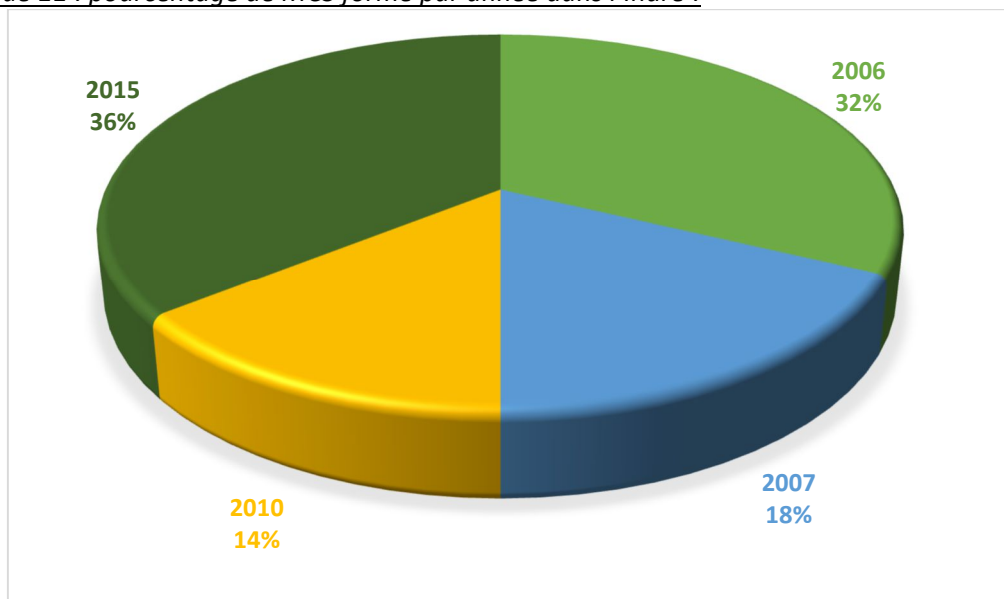
9 depuis 2006

5 depuis 2007

4 depuis 2010

10 depuis 2015

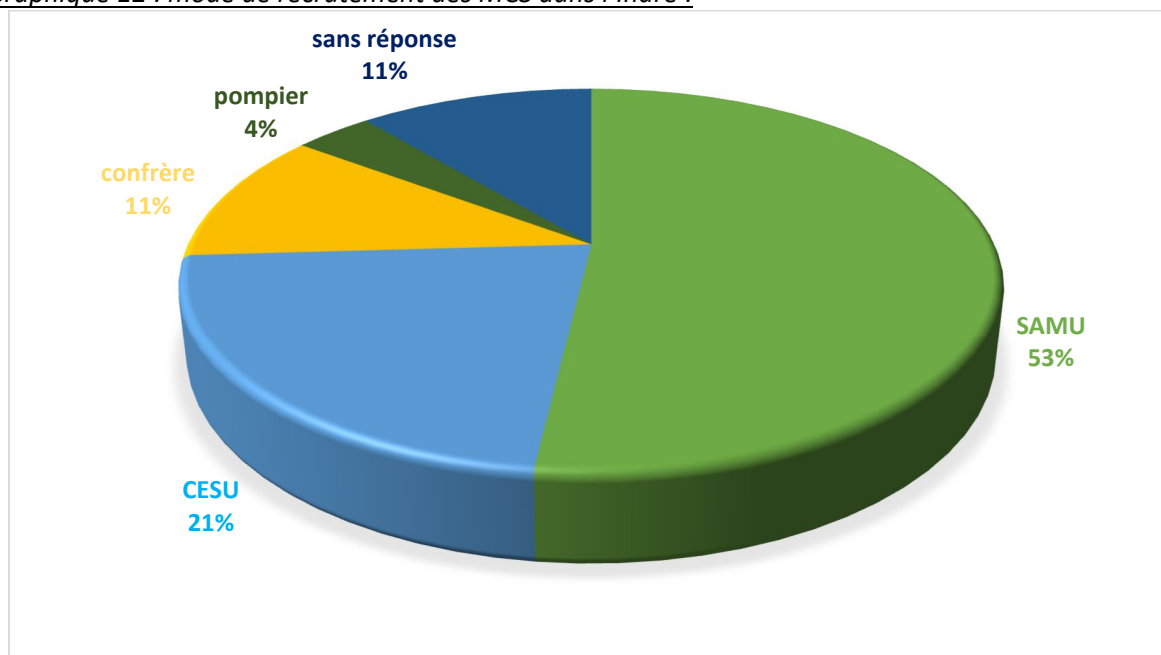
Graphique 11 : pourcentage de MCS formé par année dans l'Indre :



Recrutement :

Parmi les répondants, 15 ont été recrutés via le SAMU, 6 via le CESU, 3 via un confrère, 1 via les médecins sapeurs-pompiers, 3 n'ont pas répondu.

Graphique 12 : mode de recrutement des MCS dans l'Indre :



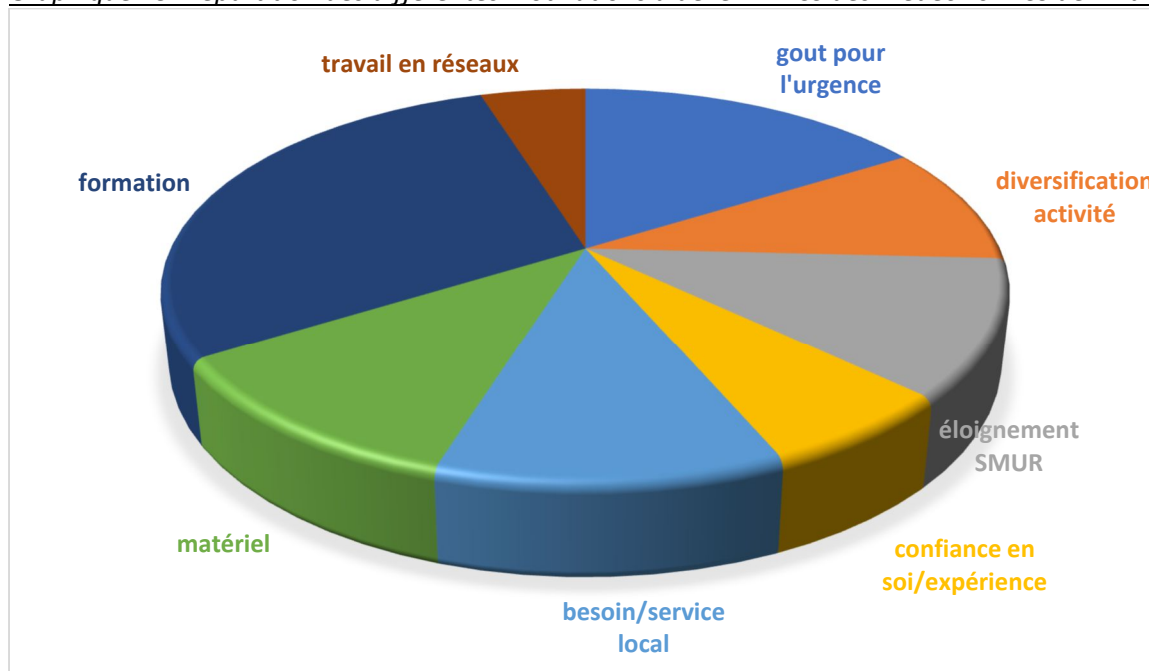
Les motivations pour devenir MCS :

Pour cette question, plusieurs réponses étaient acceptées.

Les réponses qui ressortent du questionnaire sont :

- | | |
|--|------------------------------|
| - le gout pour l'urgence : 10 réponses | - besoin/service local : 7 |
| - diversification d'activité : 6 | - matériel : 7 |
| - éloignement du SMUR : 7 | - formation à l'urgence : 18 |
| - prise de confiance en soi/expérience : 4 | - travail en réseaux : 3 |

Graphique 13 : répartition des différentes motivations à devenir MCS des médecins MCS de l'Indre :



2) Interventions :

En ce qui concerne le nombre d'interventions, il semblait y avoir un écart conséquent entre ce qu'estimaient les différents médecins et le nombre de sollicitations réelles recensées par le SAMU.

Selon le questionnaire, les MCS estimaient intervenir en moyenne entre 8.9 et 11.4 fois par an. Alors que selon les données du SAMU, ils seraient intervenus en moyenne 4.9 fois en 2017 et 5.9 fois en 2016. Soit environ 2 fois moins que ce qui était estimé par les principaux intéressés.

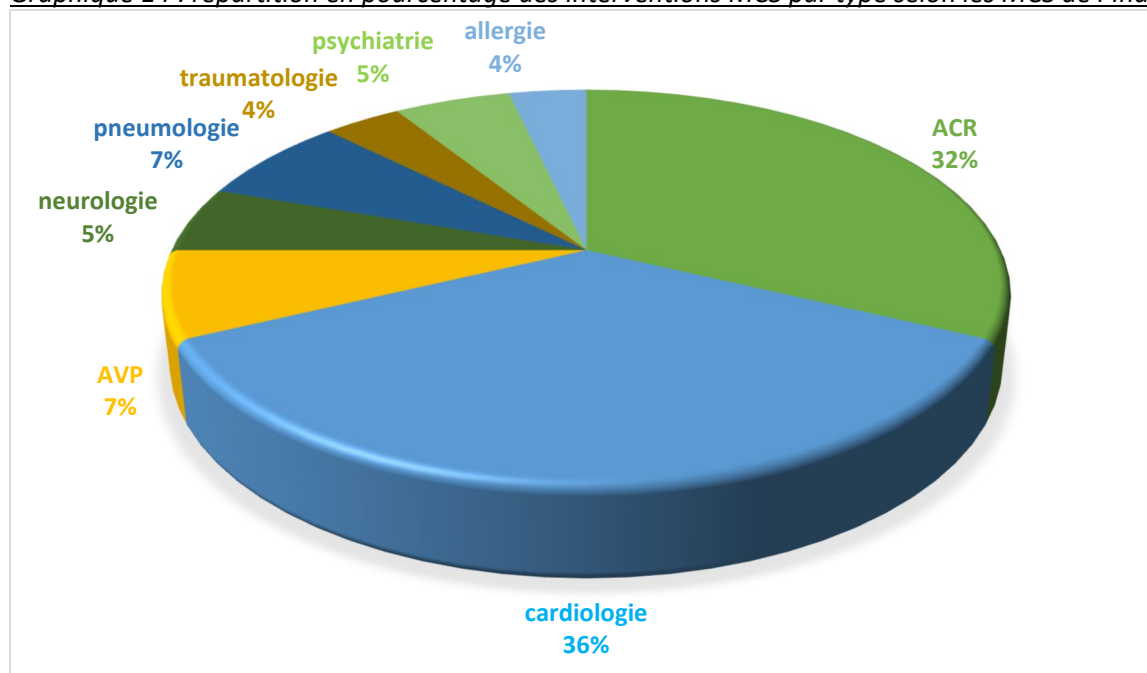
Les types d'interventions :

Les MCS déclaraient intervenir majoritairement sur :

- Arrêt cardio-respiratoire (ACR) : 18
- Problème cardiaque : 20
- Accident de voie publique (AVP) : 4
- Neurologie : 3
- Pneumologie : 4
- Traumatologie : 2
- Psychiatrie : 3
- Allergie : 2

Ce qui était globalement cohérent avec les données du SAMU

Graphique 14 : répartition en pourcentage des interventions MCS par type selon les MCS de l'Indre :



Arrivée du SAMU :

A la question : le SAMU arrive-t-il rapidement (moins de 30 min) ?

68% (19/28) des répondants estimaient que oui, 21% (6/28) estimaient que non et 11% (3/28) ont répondu « autre » précisant que ce temps était variable d'une intervention à l'autre ou que parfois le SMUR ne venait pas (annulation car patient laissé sur place, décédé ou ne nécessitant pas un transport médicalisé)

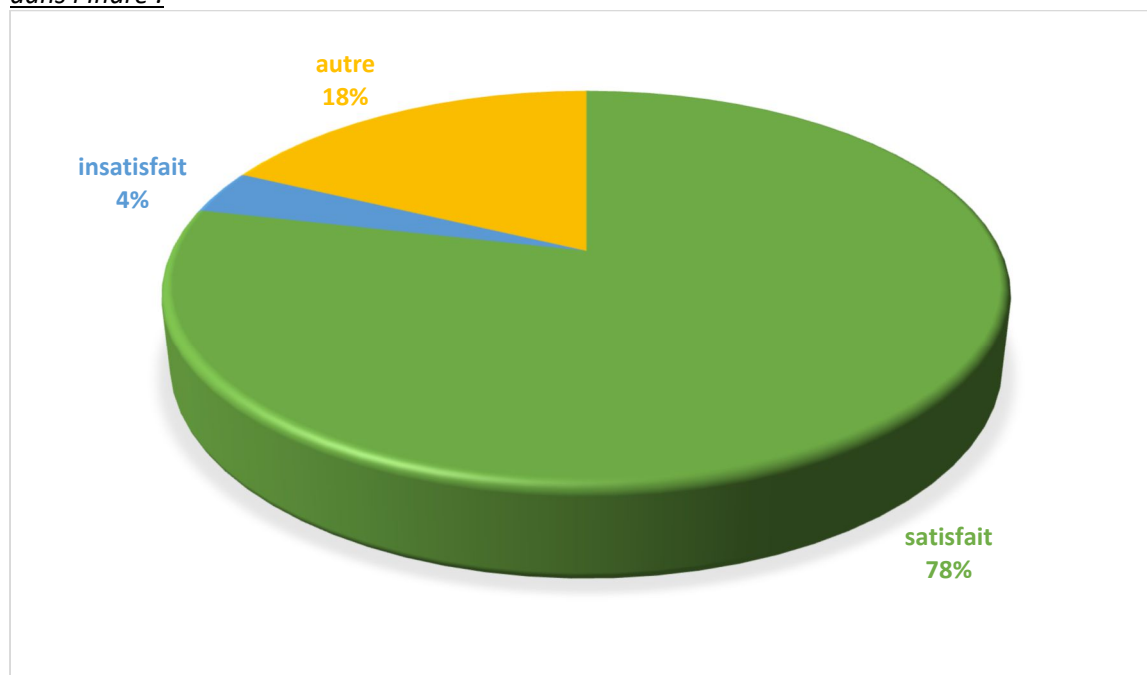
Matériel :

En ce qui concerne le réapprovisionnement du matériel les avis étaient plus mitigés. Si tous étaient d'accords pour dire que ce matériel était un élément précieux dans leurs interventions sur les urgences vitales, 54% (15/28) des répondants trouvaient son renouvellement / réapprovisionnement difficile contre 46% (13/28) qui estimaient ne pas avoir de difficulté. Les principaux motifs invoqués dans la difficulté du réapprovisionnement : étaient l'éloignement par rapport au SAMU (« *Aller à Châteauroux c'est loin* » MCS n°21) et la gestion des périmés qui prenait du temps (« *Vérifier les péremptions prend beaucoup de temps* » MCS n°9, « *Pas toujours le temps faire le tri et renouveler le stock* » MCS n°21). Un des médecins a eu du mal à récupérer du matériel au niveau de la pharmacie de l'hôpital (« *45min pour prendre 1 seringue d'Anapen* » MCS n°23). 2 médecins évoquaient des difficultés à être réapprovisionné par les équipes SMUR à leur arrivée sur les lieux (« *refus ambulances SAMU de me réapprovisionner en consommables* » MCS n°1), alors que c'est une chose inscrite dans le manuel des MCS. Ils peuvent ainsi, en théorie, récupérer directement auprès des équipes SMUR, le matériel qu'ils ont utilisé en attendant leur arrivée.

Rémunération :

Pour ce qui est de la rémunération : 22 des 28 MCS interrogés soit 78%, se disaient satisfaits de la rémunération des interventions. 1 seul médecin se disait insatisfait et 5 MCS (18%) avaient répondu « autre » (2 ne se prononçaient pas, 1 trouvait le système opaque et 2 trouvaient que « *ce n'est pas le problème* » MCS n°19 et qu'« *elle n'est ni un motif de stimulation, ni d'abandon* » MCS n°18)

Graphique 15 : pourcentage de satisfaction concernant la rémunération des interventions des MCS dans l'Indre :



Formation :

Cette question mettait tout le monde d'accord puisque tous les MCS répondants, disaient suivre régulièrement les formations continues et 100% les trouvaient utiles, voir indispensables.

3) Les avantages avancés par les MCS

La formation aux prises en charges urgentes : Les situations urgentes étaient par nature angoissantes. Comment pourrait-il en être autrement quand la vie d'une autre personne dépend des décisions que vous alliez prendre. Apprendre quoi faire dans telle ou telle situation était donc rassurant. Le mettre régulièrement en pratique par la suite permettrait d'être plus à l'aise et de prendre confiance en soi. « *diminution appréhension face aux urgences, la conduite à tenir est plus claire* » MCS n°3, « *nécessite d'être formé pour les gestes d'urgences, avec cette formation moins de stress lors des interventions* » MCS n°5, « *meilleure formation face à l'urgence donc un peu moins de stress* » MCS n°8, « *l'avantage principal est la répétition de geste lors des cours, qui apportent sérénité face aux urgences* » MCS n°20, « *L'urgence vitale était déjà une activité incontournable pour un médecin de campagne mais nous n'étions pas vraiment compétents.* » MCS n°23.

Mise à disposition de matériel : Gratuit pour le praticien. Adapté aux prises en charge urgente. En concordance avec les protocoles enseignés. Matériel souvent non accessible aux médecins de « ville ». « *Dotation d'un sac d'urgence avec pas mal de matériel et médoc qu'on ne trouve pas en pharmacie de ville.* » MCS n°16, « *Avoir le matériel nécessaire à la prise en charge des cas urgents.* » MCS n°24.

Au-delà du côté matériel on notait dans les réponses obtenues le côté rassurant pour les praticiens d'avoir ce matériel à portée de mains « au cas où », y compris dans leur pratique quotidienne, car l'urgence pouvait surgir à tout moment, et n'importe où et pas seulement sur appel du SAMU. « *La possibilité d'utiliser le matériel pour sa propre pratique* » MCS n°20.

Diversification de l'activité : La médecine générale avait beau être la spécialité médicale ayant le champ d'activité le plus large et le plus varié, puisqu'elle avait pour vocation de prendre en charge le patient dans sa globalité et sur le long terme, malgré tout, comme dans tout métier, une certaine routine pouvait s'installer. L'urgence par son côté imprévisible et exceptionnel pouvait venir rompre cette routine. « *Sortir du cabinet médical ; un peu de stress ne fait pas de mal* » MCS n°11, « *C'est varié, ça maintient dans le mouvement.* » MCS n°19, « *Diversification activité* » MCS n°1-6-14-15-17-22-25-28.

Travail en réseaux : Malgré la tendance qui poussait les professionnels de santé à se regrouper, la médecine générale restait un mode d'exercice plutôt solitaire. Un isolement encore renforcé en milieu rural où les praticiens étaient peu nombreux et la distance avec les hôpitaux les isolaient encore plus. Faire partie d'un réseau permettrait de travailler en équipe et de recréer un lien entre les différents professionnels du secteur et avec le SAMU. « De rencontrer et échanger avec ceux qui jusqu'à présent n'étaient au mieux, qu'une voix au téléphone ou une vague présence à proximité. Mettre un visage sur un nom ça le rend plus réel » (Dr Megy Michoux). « *Intérêt de se retrouver à 2 médecins pour le diagnostic* » MCS n°2, « *Cela permet de rencontrer d'autres médecins généralistes et d'être moins isolé.* » MCS n°16, « *Faire partie d'un réseau.* » MCS n°24, « *Travail d'équipe avec pompiers et IDE.* » MCS n°25.

Contact avec le SAMU : les MCS étaient par définition des médecins exerçant à distance du SAMU et avaient donc souvent peu de rapport avec lui. De plus les Relations ville-hôpital était parfois tendues avec souvent une dévalorisation de la médecine générale au détriment de la médecine hospitalière. Le fait de se connaître et de travailler ensemble aurait tendance à améliorer les relations. « *Cela permet de rencontrer les médecins urgentiste qui font la*

formation et de connaître certains médecins des urgences qu'on a ensuite au téléphone. MCS n°16, « Contact régulier avec les équipes du SAMU et les formateurs du CESU. » MCS n°24.

Service rendu : à la population locale et à leurs patients en offrant un service de proximité en cas d'urgence vitale. *« Service indispensable à la population en désert médical. » MCS n°1, « Utilité pour les personnes en détresse éloignées du SMUR » MCS n°2.*

Diminution de l'anxiété face à l'urgence et prise de confiance en soi : La formation, la mise à disposition de matériel, la pratique et le travail en réseau permettraient aux médecins généralistes d'être plus à l'aise face aux urgences vitales. *« Je me sens beaucoup plus en sécurité lors de mes interventions grâce à la formation, l'équipement, la protocolisation et l'assurance qui concerne cette activité. » MCS n°23.*

Autre : goût pour l'urgence (*« attiré par l'urgence » MCS n°18*), sécurisation des interventions (*« pas seul » MCS n°25, « assuré pendant les interventions » MCS n°23*), participation à l'effort collectif MCS n°26.

4) Les inconvénients

Si 6 d'entre eux trouvaient qu'il n'y en avait aucun *« puisqu'on n'est pas obligé d'accepter l'intervention si on n'est vraiment pas disponible » MCS n°3*, il existait tout de même quelques contraintes liées notamment au caractère imprévisible de l'urgence.

Désorganisation du temps de travail : Les urgences pouvaient donc surgir n'importe quand pendant les consultations, désorganisant la journée en cours, obligeant à « abandonner » ses patients le temps de l'intervention, prendre du retard dans son travail, ... *« Retard dans son activité libérale » MCS n°2, « appel n'importe quand » MCS n°4, « le seul inconvénient est celui de l'urgence (elle n'est pas programmée) à gérer lorsque l'on est seul dans son cabinet, isolé ...le temps d'intervenir et le temps de trajet perturbe l'organisation de la journée de travail. Mais c'est le lot de toutes les visites urgentes... » MCS n°8.*

Irruption dans la vie personnelle : Les urgences pouvaient également survenir pendant les « temps de repos » la nuit, le week-end ou pendant les congés, interférant ainsi avec la vie privée du médecin. *« Réveil nocturne. » MCS n°2, « Devoir sortir de chez soi en week end. » MCS n°4.*

Surcharge de travail : Elles entraînaient également un surcroît de travail dans un emploi du temps déjà très chargé. *« Avoir une charge de travail car nos patients attendent quand on part en intervention. » MCS n°10, « L'irruption de l'urgence dans une journée déjà surbookée » MCS n°21.*

Manque de disponibilité : Les emplois du temps souvent déjà chargés, accentué par le manque de professionnels de santé dans l'Indre, laisserait peu de place pour une activité supplémentaire. *« Pas toujours disponible » MCS n°6, « De plus en plus de difficulté à concilier avec l'activité libérale en augmentation constante. » MCS n°28.*

Activité chronophage : Si les interventions prenaient du temps, il fallait également en trouver pour se former, pour faire le tri dans les médicaments et matériels périmés, se déplacer jusqu'à Châteauroux pour le remplacer, ... *« Intervention parfois longue. Avec le temps de*

trajet en prime » MCS n°8, « se rendre sur Châteauroux, se former, gérer les périmés, renouveler les stocks, ...ça prend du temps » MCS n°21, « activité chronophage » MCS n° 19 et 28.

Augmentation du Stress : malgré l'ensemble des avantages décrits plus haut, l'urgence vitale restait un événement grave, potentiellement mortel pour le patient, se présentant de façon inopinée, auquel la personne n'avait pas le temps de se préparer, nécessitant une intervention immédiate ainsi que des décisions rapides et efficaces. L'ensemble de ces éléments étant pourvoyeur d'anxiété. Ainsi, malgré toute la préparation en amont l'urgence restait une situation stressante. De plus il était bien connu qu'on ne faisait bien que ce que l'on faisait souvent. Les MCS pouvaient alors craindre de ne pas faire « bien ». *« Être toujours stressé quand on part en intervention. » MCS n°10.*

Culpabilité : si cela ne semblait pas déranger certains médecins pour d'autres, refuser une intervention était source de culpabilité. En effet, les médecins abordant le sujet, culpabilisaient de privilégier leur vie privée, alors qu'une personne proche de chez eux était en détresse. Ils se sentaient donc obligés d'accepter. *« Se sentir obligé de dire oui » MCS n°10, « on peut aussi refuser mais c'est plus délicat, culpabilité ++ » MCS n°22, « Se sentir coupable ou fautif en cas de refus » MCS n°26.*

Sentiment de solitude : certains répondants exprimaient leur sentiment de se sentir un peu seul en attendant les renforts sur une intervention. Certains points étant vraiment très éloignés d'un SMUR, et le temps semblant souvent plus long pendant une situation anxiogène. *« Parfois on se sent seule. Certaines interventions sont « surchargées » (pompiers, SAMU, médecin traitant, MCS) et d'autres où on est vraiment seul. » MCS n°25.*

- Autres : Enfin quelques points étaient abordés de façon plus anecdotique (arriver peu de temps avant le SAMU, manque de pratique, pas assez appelé, déclenchement tardif, problème de logistique : salissant, imprécision des adresses, pas de signalisation comme étant service d'urgence (gyrophare), nécessité de respecter des limitations de vitesse, assujettie aux contraventions.)

5) Influence sur la pratique quotidienne

A la question : le fait d'être MCS a-t-il modifié votre pratique de médecin généraliste ?

57% (16/28) estimaient que non
7% (2/28) ne se prononçaient pas
36% (10/28) pensaient que oui :

+ Ils estimaient que cela avait amélioré leur prise en charge des urgences, *« amélioration prise en charge des urgences. » MCS n°15, « Reconnaître plus vite l'urgence. Plus à l'aise face aux techniques de réa. » MCS n°1.*

+ Qu'ils étaient d'ailleurs plus attentifs à certains signes pouvant indiquer un problème urgent *« plus méfiants face à une douleur thoracique » MCS n°12.*

+ Qu'ils étaient plus sereins lorsqu'une situation d'urgence arrivait au cabinet *« beaucoup moins d'appréhension quand un patient fait un ACR au cabinet » MCS n°11.*

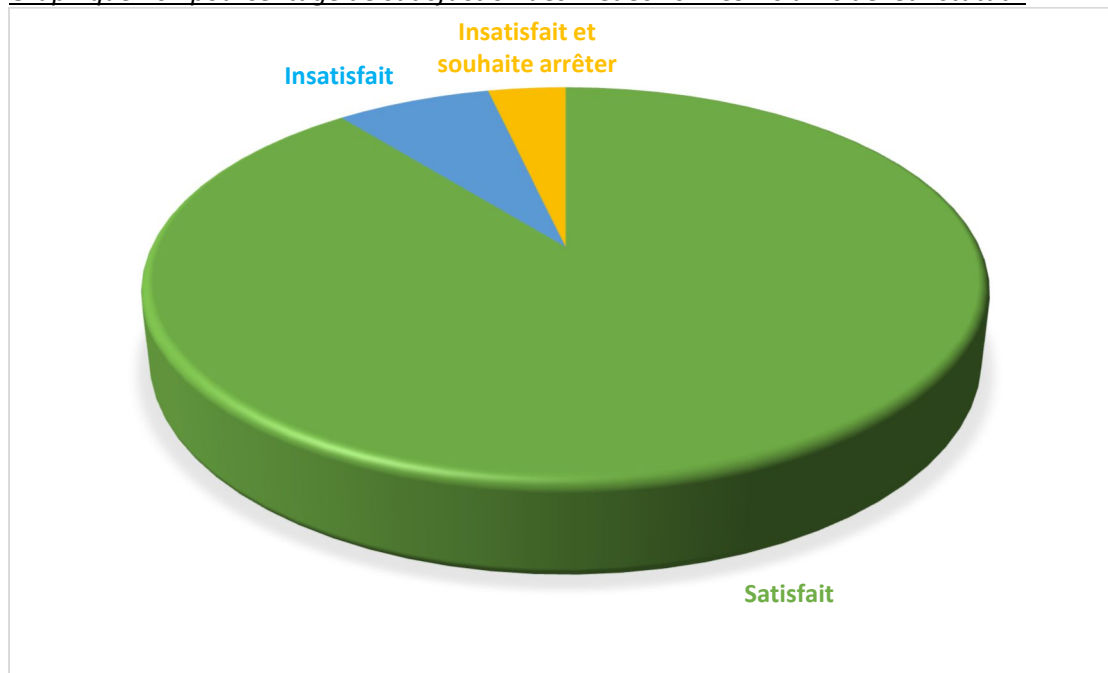
+ Que le matériel mis à leur disposition (notamment l'appareil ECG) leur servait à prendre en charge leur propre patient. « *Pratique plus fréquente d'ECG lors des consultations* », MCS n°9.

+ Cela aurait aussi eu pour certain, l'effet d'améliorer leur relation avec le SAMU. « *Oui du point de vu relation avec le SAMU* » MCS n°6.

6) Satisfaction

25 des 28 MCS (= 89%) se disaient satisfaits de leur statut de MCS, 3 se disaient insatisfaits soit 11% et l'un d'entre eux souhaiterait arrêter (=3,6%).

Graphique 16 : pourcentage de satisfaction des médecins MCS vis à vis de leur statut :



A la question, « recommanderiez-vous à un confrère de devenir MCS ? » :

26 répondaient oui (92.8%), 1 non, et un autre : « *ni oui, ni non, je lui expliquerais mon vécu et le laisserait décider* » MCS n°26.

Partie II :
Le point de vue des
médecins généralistes
non correspondants
du SAMU de l'Indre
sur le dispositif

I Matériel et méthode

1) Population cible

Les médecins généralistes exerçant en libéral dans le département de l'Indre qui n'étaient pas médecins correspondants du SAMU à l'exception des médecins exerçant la majorité du temps une autre spécialité que la médecine générale (allergologue, médecin homéopathe, angiologue, ...). Il a été décidé en accord avec mon directeur de thèse de ne pas exclure les médecins exerçant à proximité du SAMU (ce qui était son cas) considérant que ne pas être éligible à la fonction ne les empêchaient pas de s'y intéresser et d'avoir un avis constructif sur le sujet.

2) Méthode

Le recueil d'opinion a été réalisé par questionnaire envoyé par mail le 3 septembre 2018 par l'intermédiaire du conseil de l'ordre départemental de Châteauroux. Le conseil de l'ordre n'ayant pu transférer le mail qu'aux médecins ayant donné leur accord pour recevoir des questionnaires de thèse, seul une trentaine de médecins l'ont reçu, et seulement 7 ont répondu. Un questionnaire papier a donc été distribué aux autres médecins généralistes du département (110 questionnaires distribués) ayant permis de recueillir 51 réponses supplémentaires et 2 questionnaires ont été renvoyés avec une note indiquant que les médecins étaient toujours actifs mais s'estimaient trop âgés pour être concernés. Soit 60 réponses en tout dont 58 exploitables. Ce qui faisait un taux de réponse de 54.5% et un taux de réponse exploitable de 52,7%.

Ce questionnaire comportait 23 questions :

- Les 5 premières concernaient l'étude de population (âge, sexe, ville, ...)
- Les questions 6 à 18 étaient essentiellement des questions fermées portant sur la connaissance du dispositif et l'intérêt que pourrait susciter ses différents aspects.
- La question 19 portait sur les freins possibles à l'adhésion et la 20 sur les améliorations que les médecins pourraient vouloir apporter au dispositif. Ces deux questions étaient ouvertes afin de ne pas influencer les réponses.
- Les questions 21 et 22 visaient à savoir si les médecins interrogés souhaitaient un complément d'information et si, intégrer le dispositif pourrait les intéresser.
- La dernière était un paragraphe d'expression libre, afin de laisser la possibilité aux répondants d'ajouter des commentaires.

3) Objectifs

Evaluer la connaissance du dispositif des MCS auprès des médecins généralistes n'exerçant pas cette fonction dans un département où celui-ci est relativement bien développé depuis plus de 10 ans.

Connaitre les freins à l'adhésion afin de trouver d'éventuelles solutions.

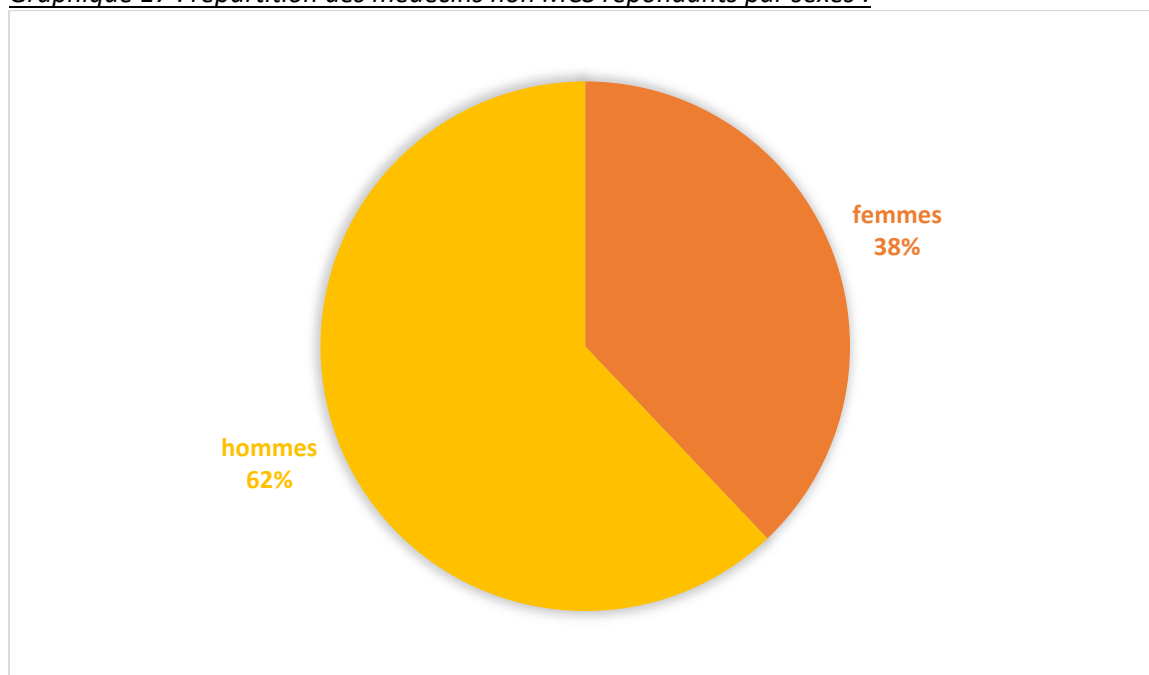
II Résultats :

1) Caractéristiques des médecins généralistes non MCS dans l'Indre

Sexe :

Sur les 58 répondants 22 étaient des femmes et 36 des hommes.

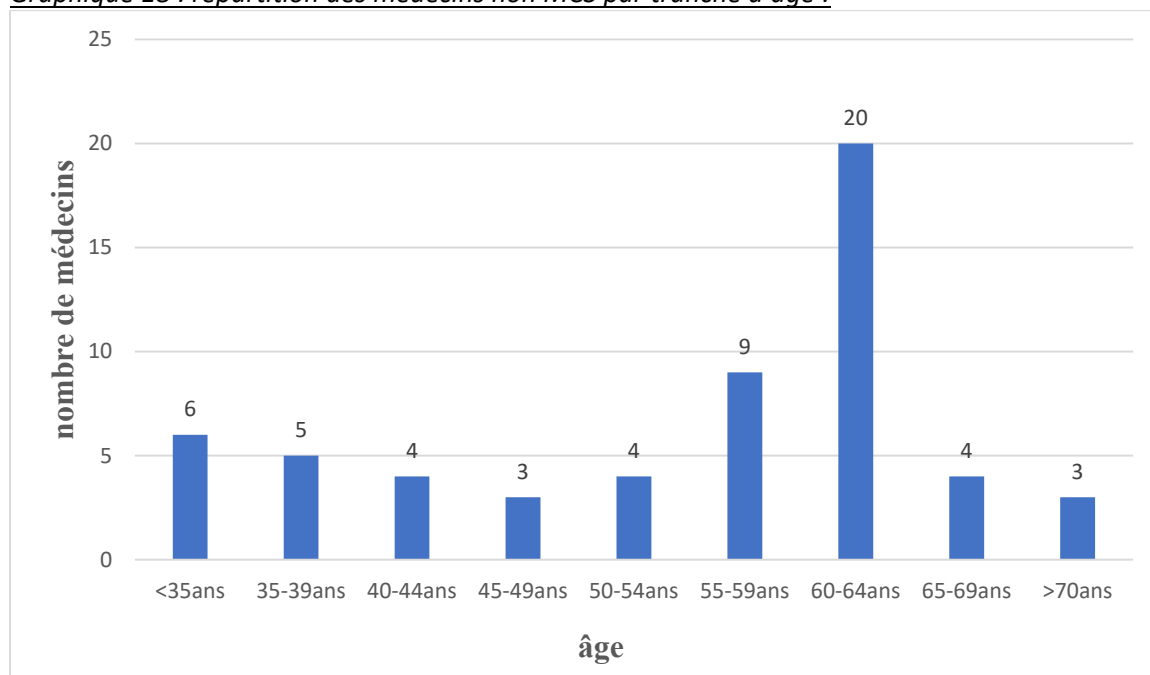
Graphique 17 : répartition des médecins non MCS répondants par sexes :



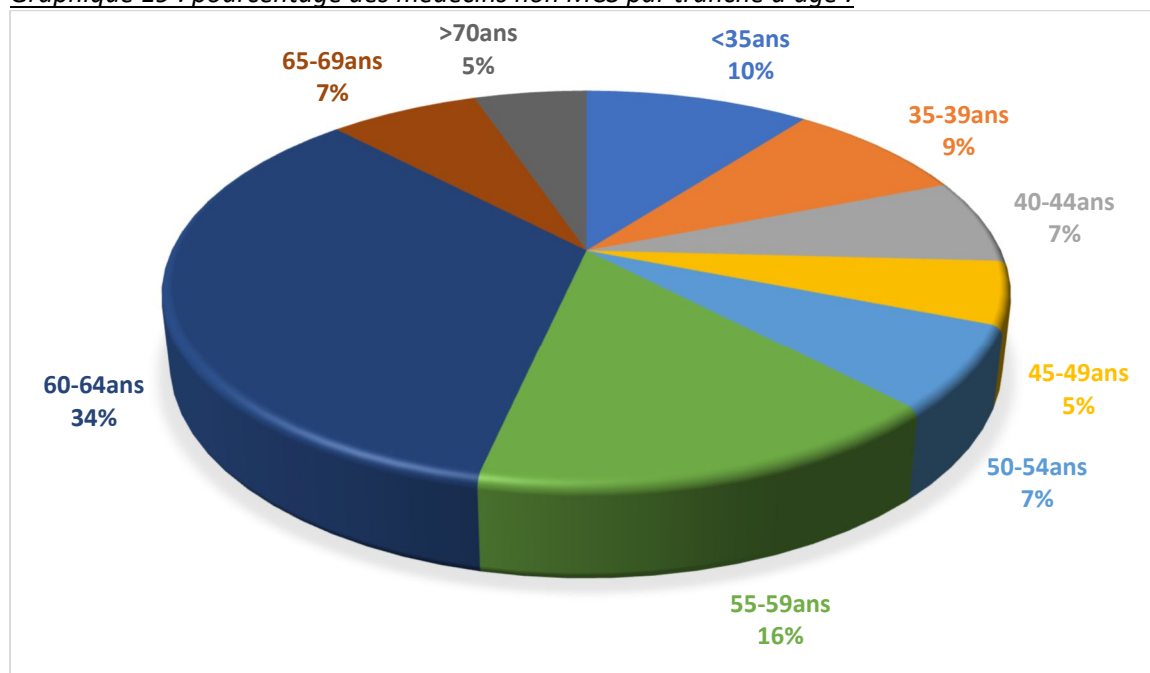
Âge :

La moyenne d'âge était de 54,16 ans, soit une moyenne légèrement inférieure à la moyenne du département. Le plus jeune avait 32 ans et le plus âgé 75 ans.

Graphique 18 : répartition des médecins non MCS par tranche d'âge :



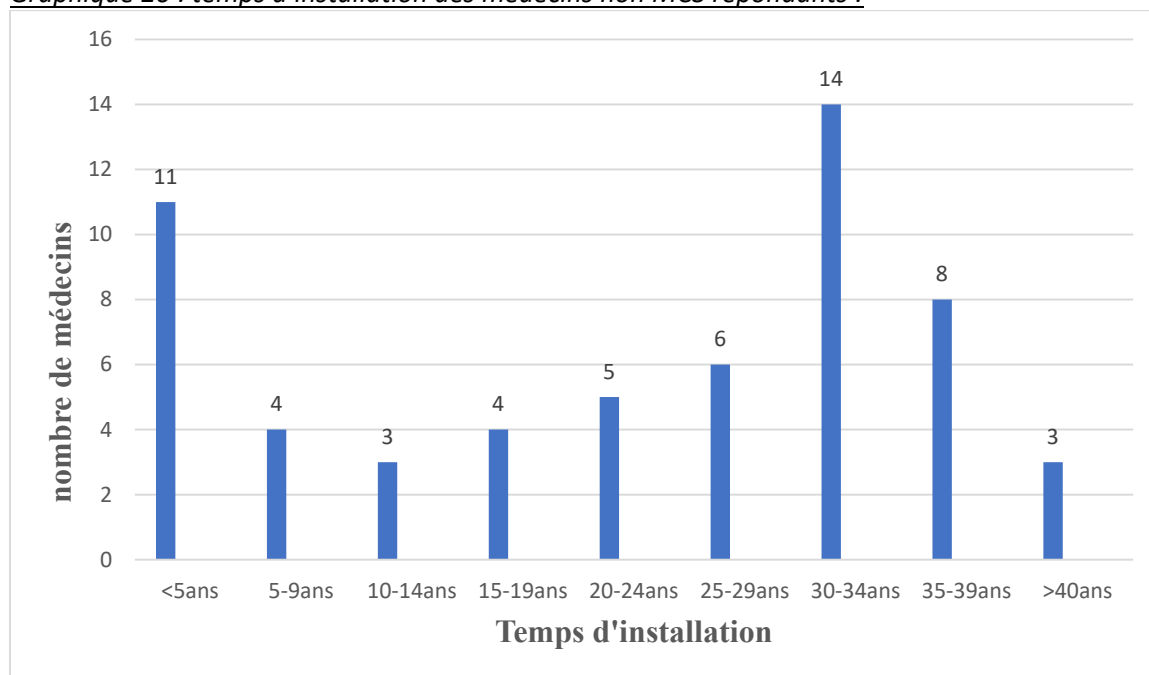
Graphique 19 : pourcentage des médecins non MCS par tranche d'âge :



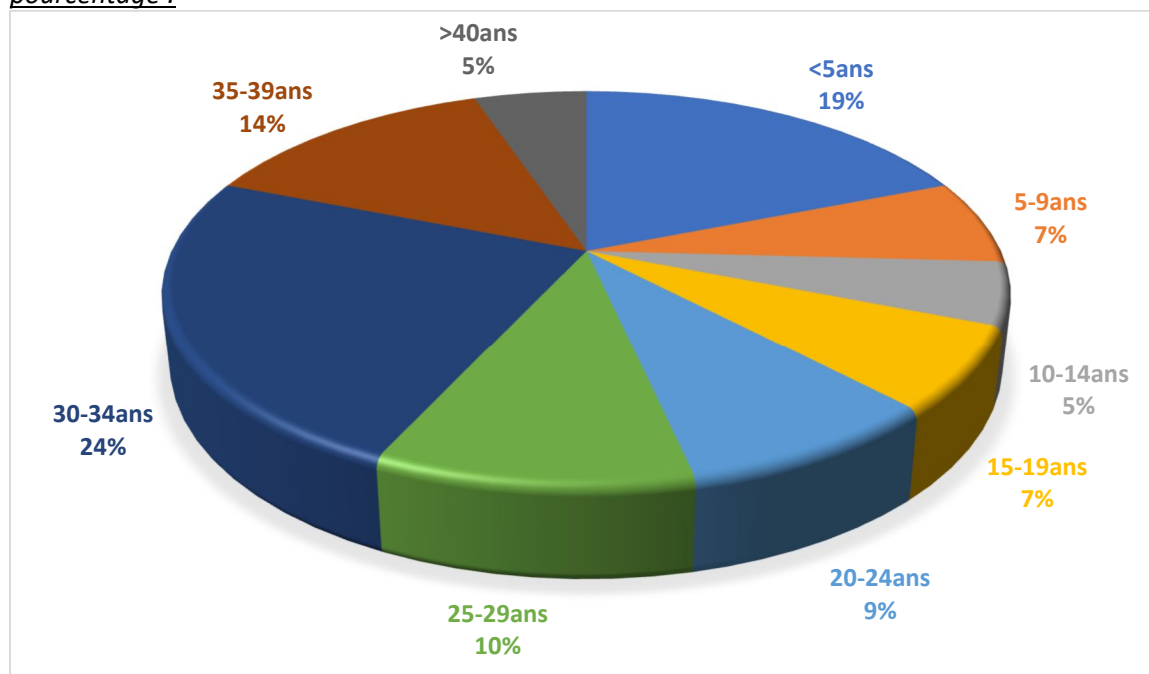
Temps d'installation :

Les médecins répondants étaient en moyenne installés depuis 22,76 ans, les réponses allant de 0 à 43 ans d'installation.

Graphique 20 : temps d'installation des médecins non MCS répondants :



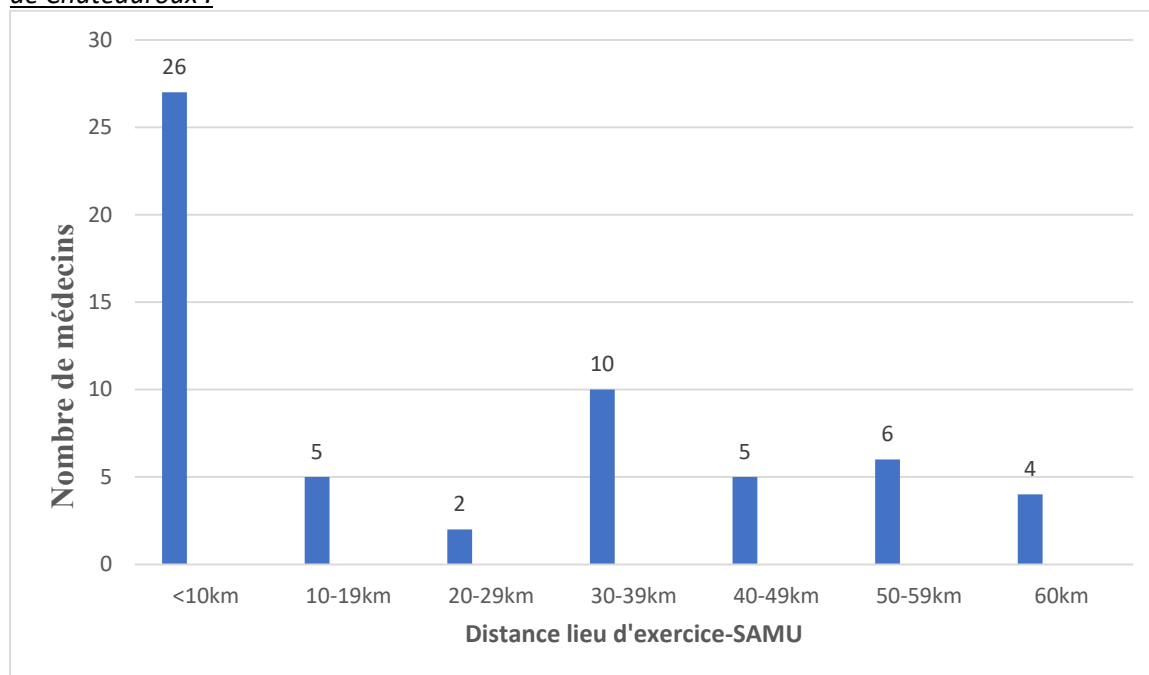
Graphique 21 : répartition des temps d'installation des médecins non MCS répondants en pourcentage :



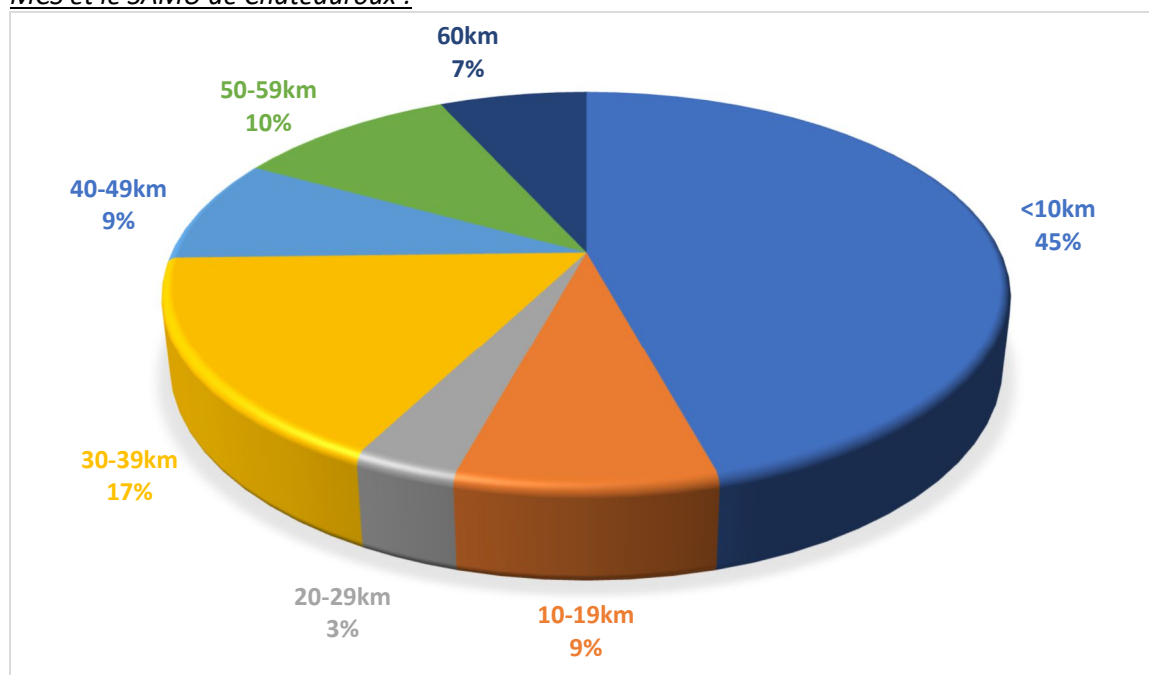
Distance du SAMU :

Ils étaient installés en moyenne à 21,84km du SAMU, ces distances allant de 0 à 60 km, en sachant que 20 des 58 répondants exerçaient à Châteauroux. Si on ne prenait en compte que les réponses des médecins exerçant en dehors de Châteauroux, la moyenne montait à 32,24km.

Graphique 22 : répartition des distances entre les lieux d'exercice des médecins non MCS et le SAMU de Châteauroux :



Graphique 23 : pourcentage de répartition des distances entre les lieux d'exercice des médecins non MCS et le SAMU de Châteauroux :



A noter que certains des médecins répondant exerçaient à distance du SAMU mais à proximité d'un SMUR :

- 3 à Issoudun et 1 à Sainte Lizaigne à environ 9km
- 2 à Le Blanc

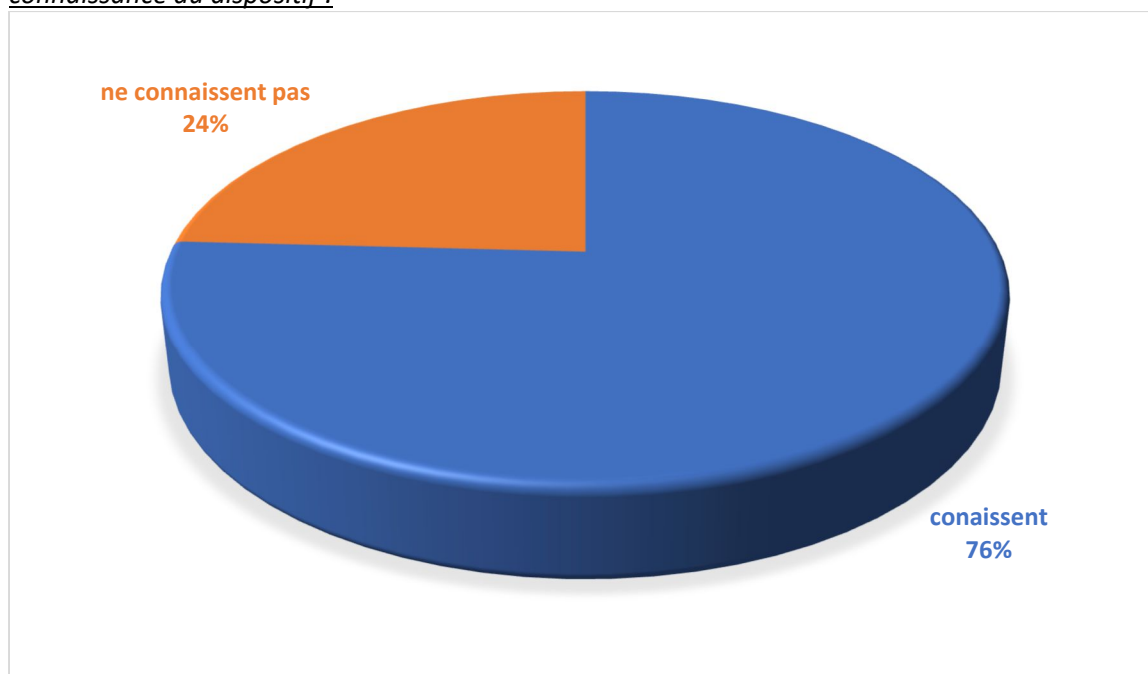
Cependant c'était aussi le cas de certain MCS, notamment 2 d'entre eux qui exerçaient également au Blanc.

2) Connaissance du dispositif

Connaissance du dispositif :

44 des 58 médecins répondants disaient connaître le dispositif des MCS.

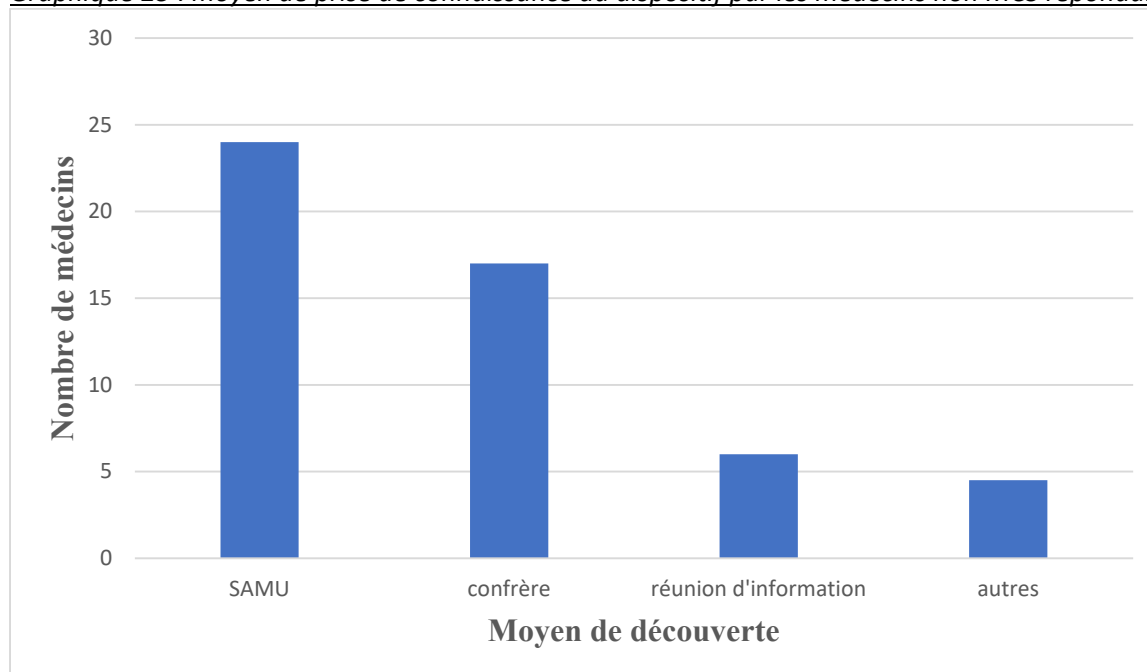
Graphique 24 : pourcentage des médecins non correspondants du SAMU répondants ayant connaissance du dispositif :



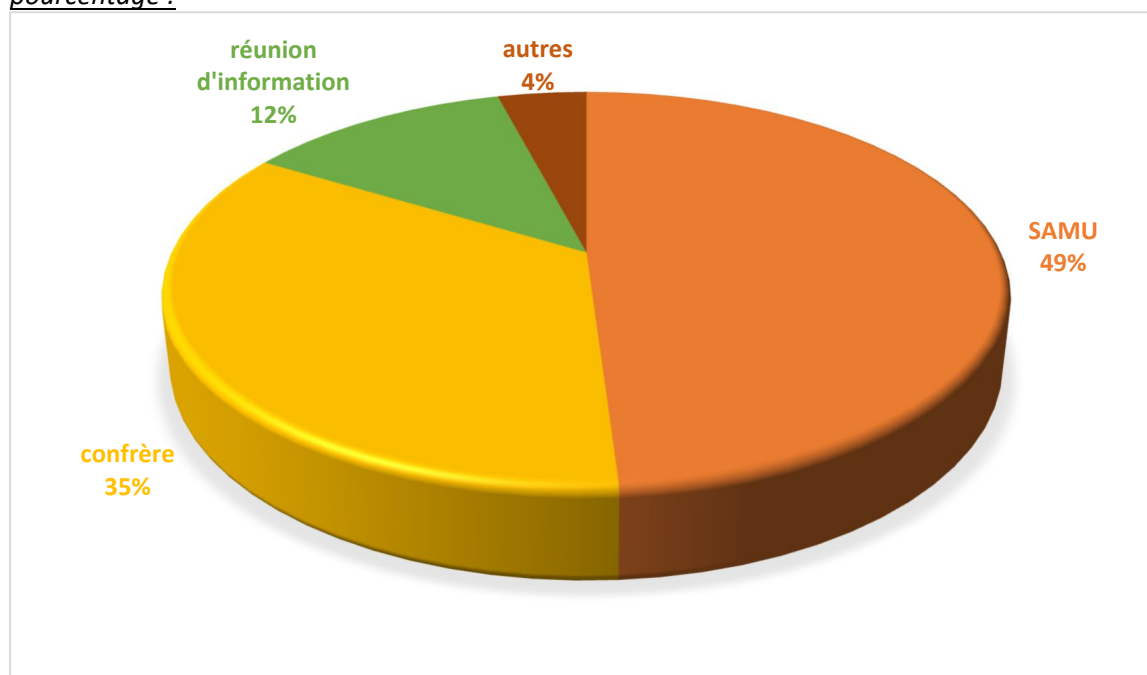
Moyen d'information :

24 le seraient par le biais du SAMU, 17 par un confrère, 6 lors d'une réunion d'information, 2 autres (1 par la régulation libérale et 1 ancienne urgentiste). Le nombre de réponses s'expliquait par le fait que plusieurs médecins avaient coché plusieurs réponses (jusqu'à 3, exemple : SAMU, confrère et réunion d'information).

Graphique 25 : moyen de prise de connaissance du dispositif par les médecins non MCS répondants :



Graphique 26 : moyen de prise de connaissance du dispositif par les médecins non MCS répondants en pourcentage :

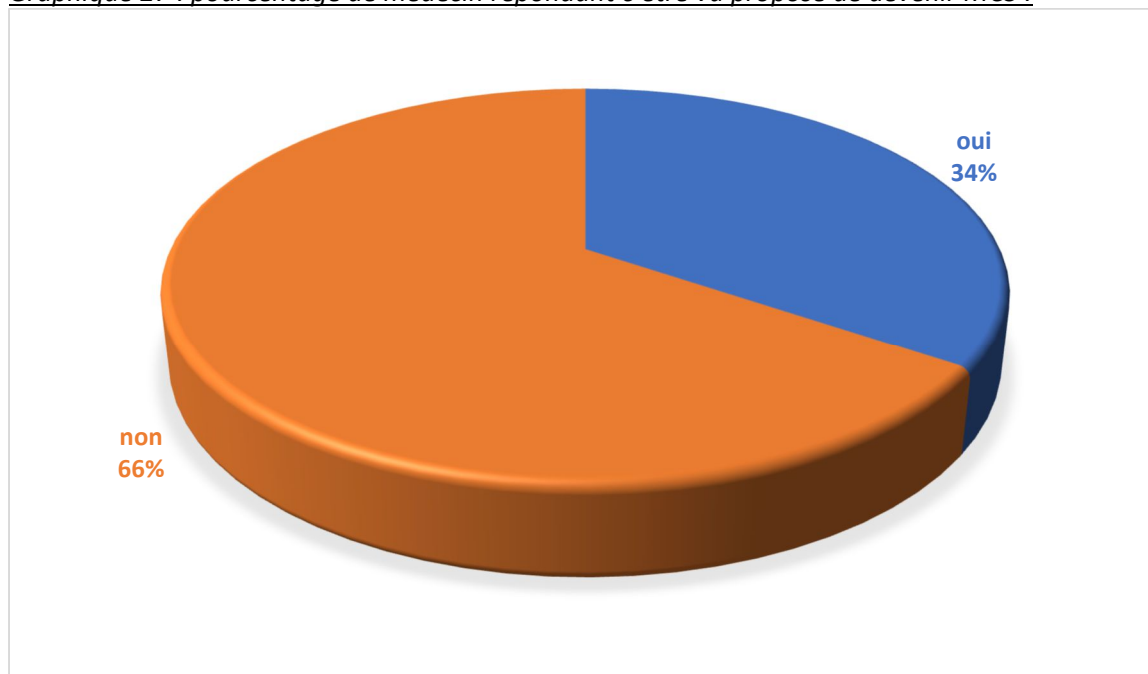


3) Avis sur le dispositif

Proposition antérieure :

A la question « vous a-t-on déjà proposé d'être MCS ? » : 20 ont répondu « oui » et 38 « non ».

Graphique 27 : pourcentage de médecin répondant c'être vu proposé de devenir MCS :



Les raisons invoquées pour le refus étaient :

- La Proximité avec le SAMU (« *installation proche de Châteauroux* » médecin n°58)
- Le Manque de temps / disponibilité (« *déjà beaucoup de travail, patientèle très importante* » médecin n°26, « *beaucoup trop de travail la journée actuellement* » médecin n°49, ...)
- Le Manque de goût pour les urgences (« *peu de goût pour la gestion des urgences vitales* » médecin n°7)
- Ne se sentaient pas compétent (« *ma formation dans ce domaine est trop ancienne* » médecin n°7, « *je ne me sens pas à l'aise de faire du SAMU, je n'ai plus les compétences.* » médecin n°26)
- Le Manque de confraternité avec le SAMU (« *chef de service non confraternel* » médecin n°24, « *En plus rapport avec le SAMU parfois tendus.* » médecin n°55)
- Se sent trop âgé (« *Je suis trop âgée pour m'intéresser à ça maintenant* » médecin n°5, « *J'ai déjà donné. Place aux jeunes !* » médecin 48)
- Plusieurs médecins exprimaient clairement leur manque d'envie (« *Pas le genre d'intervention que j'ai envie de faire.* » médecin n°49, « *pas envie. Trop contraignant.* » médecin n°55.)
- Certains étaient déjà médecin sapeur-pompier et ne souhaitaient pas cumuler les deux activités. (« *Médecin pompiers pendant 21ans* » médecin n°27, « *déjà médecin pompier* » médecin n°48).
- 1 médecin attendait la prochaine session de formation (« *Je n'ai pas refusé ! j'attends toujours une date pour la formation initiale des futures MCS.* » médecin n°23)

Rémunération :

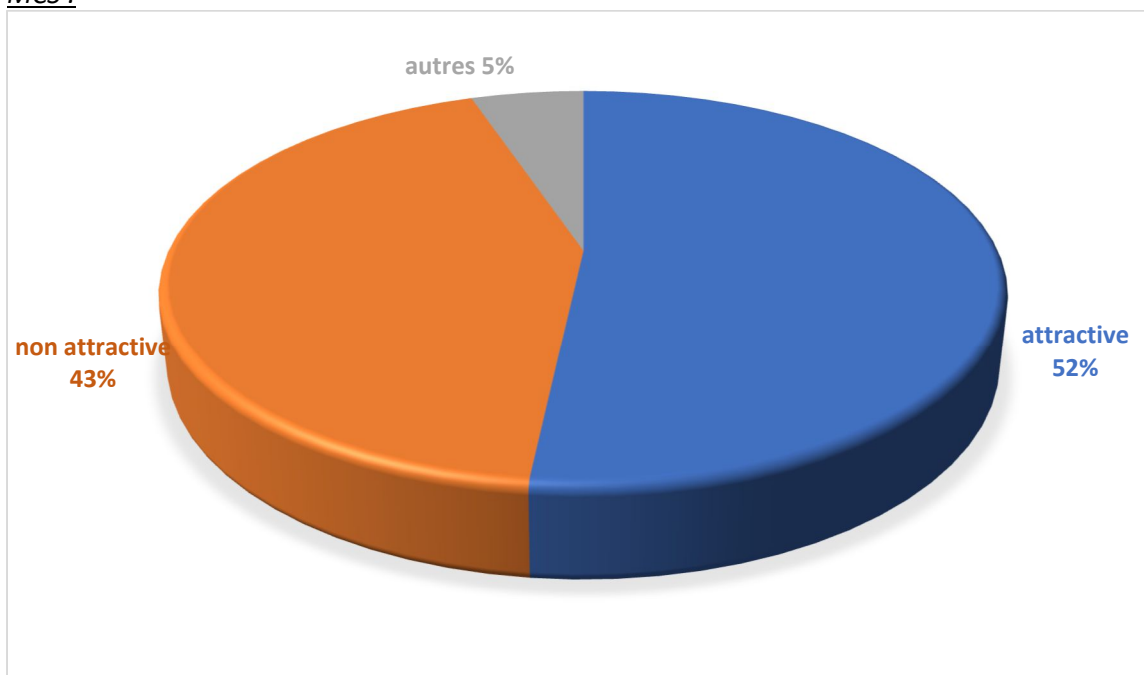
En ce qui concernait la rémunération les avis étaient partagés :

30 médecins la trouvaient attractive, 25 non et 3 avaient répondu « autre » (2 avis neutre : « *pas d'opinion sur le sujet.* » médecin n°4, « *ne se prononce pas* » médecins n° 11 et 12)

2 des répondants avaient ajouté un commentaire négatif : « *Peu importante la rémunération : je n'ai pas la compétence, le savoir et l'endurance au stress.* » médecin n°26 « *Ne suffit pas à enlever le stress* » médecin n°49.

1 autre un commentaire positif : « *C'est Byzance ! médecin sapeur-pompier c'est 16 € de l'heure* » médecin n°48.

Graphique 28 : opinion des médecins non MCS répondants sur la rémunération des interventions MCS :

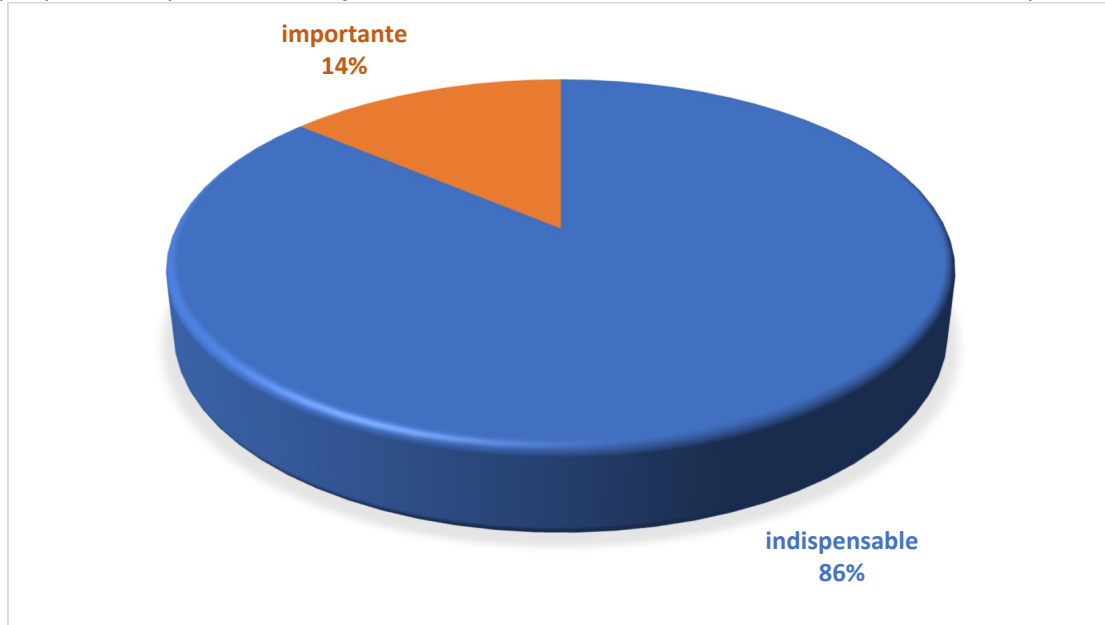


Formation :

Les 2 questions suivantes évaluaient l'intérêt que les médecins portaient à la formation de MCS (initiale et continue). Pour cela ils devaient choisir entre 5 propositions (formation : indispensable, importante, moyennement importante, peu importante, inutile)

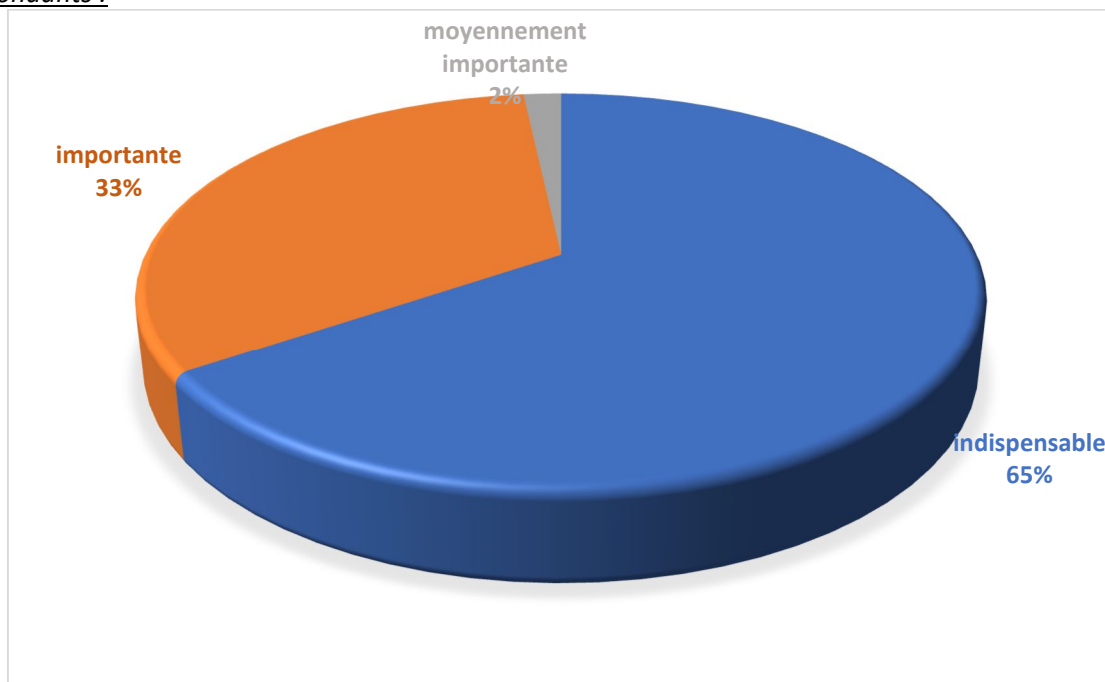
En ce qui concernait la formation initiale : 86% des répondants (soit 50 réponses) la trouvaient indispensable et 14% importante (8 réponses).

Graphique 29 : importance de la formation initiale des MCS selon les médecins non MCS répondants :



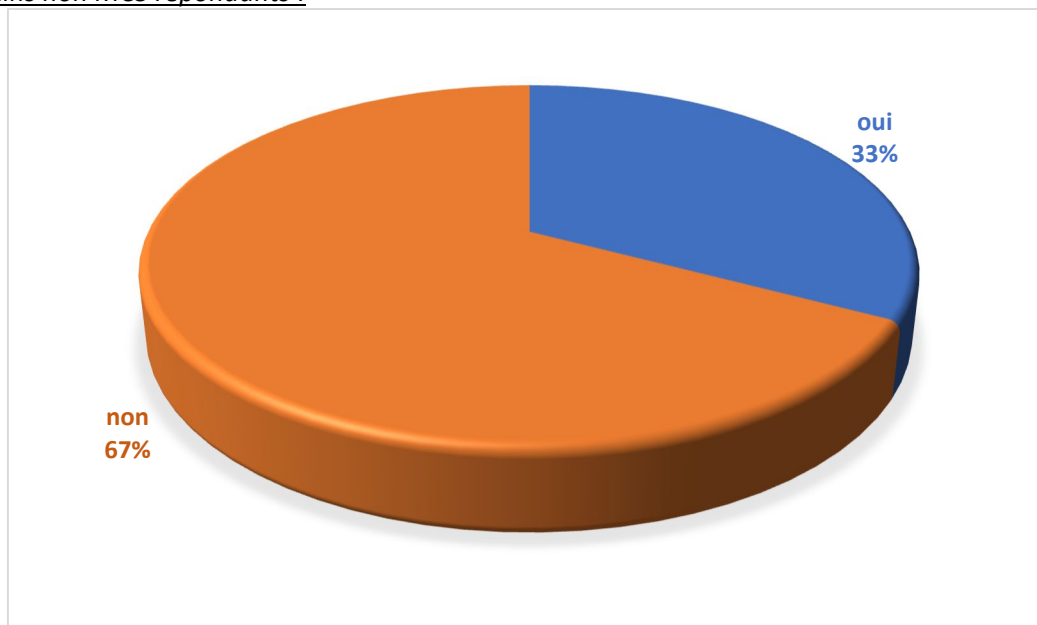
Quant à la formation continue : 65% la jugeaient indispensable (38 réponses), 33% importante (19 réponses), 2% moyennement importante (1 réponse)

Graphique 30 : importance de la formation continue des MCS selon les médecins non MCS répondants :



En revanche seul 33% des répondants (19 réponses) pourraient être influencés positivement par le fait d'être formé à l'urgence. Pour les 67% restant être formé à l'urgence ne serait pas suffisant pour les inciter à devenir MCS.

Graphique 31 : impact de la formation à la gestion de l'urgence sur la décision à devenir MCS chez les médecins non MCS répondants :

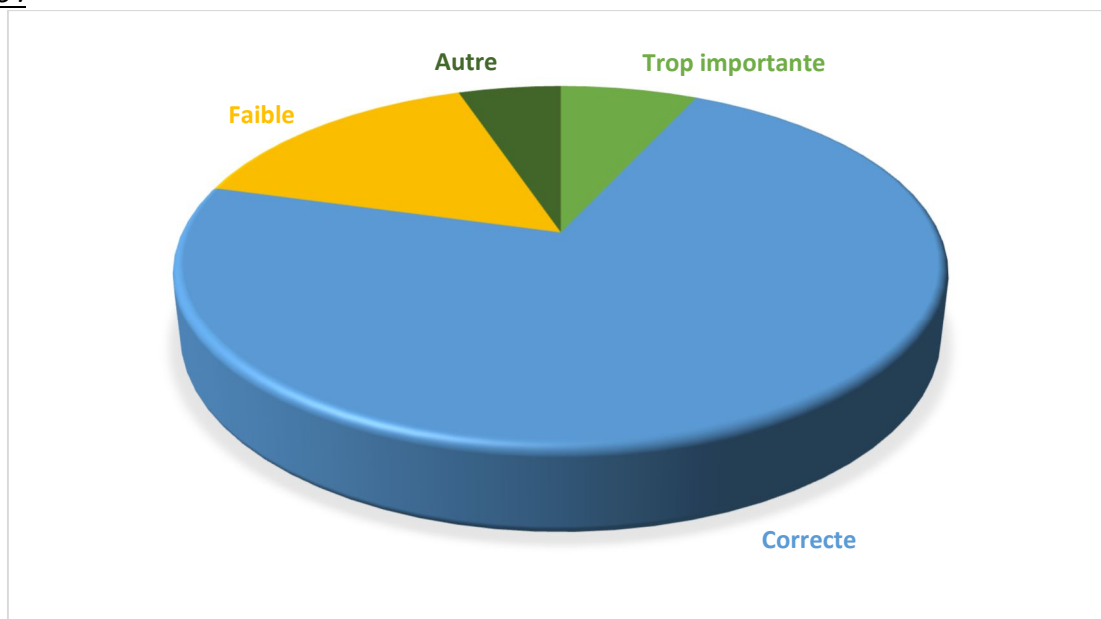


Sollicitation :

Les MCS de l'Indre seraient déclenchés en moyenne 5 fois par an. Les répondants trouvaient cette fréquence :

- 72,4% correcte
- 15.5% faible
- 6.9% trop importante
- 5.2% autre : sans opinion/ne se prononçaient pas

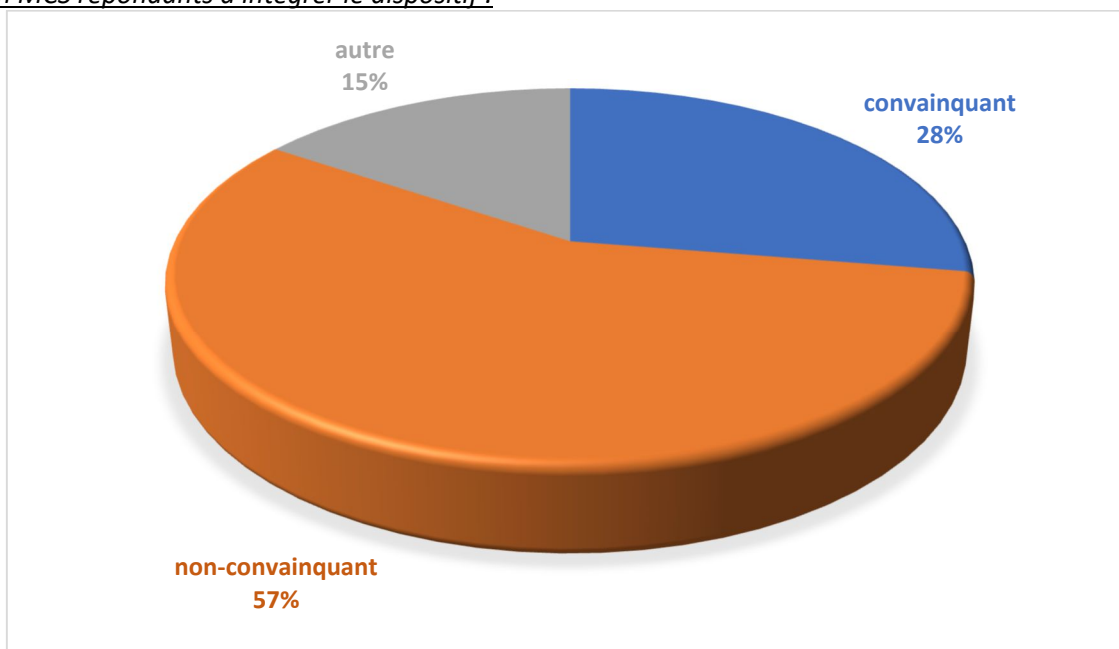
Graphique 32 : opinion des médecins non MCS répondants sur la sollicitation annuelle des médecins MCS :



Le droit de refuser d'intervenir :

67% des médecins interrogés ne savaient pas qu'un MCS pouvait refuser d'intervenir, sans avoir besoin de se justifier et sans qu'aucune sanction ne puisse lui être appliquée. Malgré cela 57% déclaraient que cela ne pourrait pas participer à les convaincre de s'engager, 28% trouvaient cet élément convaincant et 15% ne se prononçaient pas.

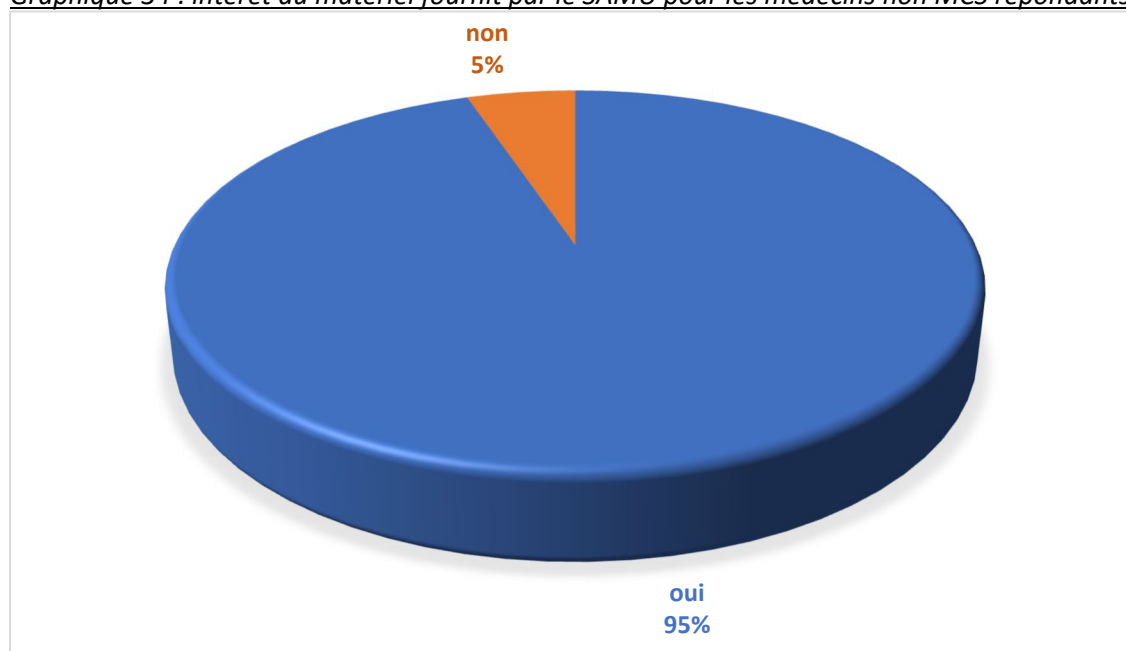
Graphique 33 : influence du droit de refuser une sollicitation du SAMU sur la décision des médecins non MCS répondants à intégrer le dispositif :



Matériel :

55 répondants (soit 95%) estimaient que le fait d'avoir du matériel fourni par le SAMU était un plus, pour certains c'était même « une nécessité obligatoire. ». 3 (soit 5%) trouvaient que non.

Graphique 34 : intérêt du matériel fournit par le SAMU pour les médecins non MCS répondants :



Recommandations par un confrère :

74% des médecins trouvaient que le fait que les MCS étaient majoritairement satisfaits de leur statut et le recommanderaient à un confrère encourageant. 17% n'étaient pas convaincus et 9% ne se prononçaient pas.

Graphique 35 : impact de la recommandation du dispositif par les MCS sur la décision pour les médecins non MCS répondants, d'adhérer au dispositif :



4) Les freins à l'adhésion

Les freins avancés par les médecins interrogés étaient :

- **L'âge** : en effet 27 répondants, soit 47% avaient plus de 60 ans et ne se sentaient plus l'énergie ou même l'envie de se lancer dans une nouvelle activité. (*« je ne me sentais plus apte compte tenu de mon âge à participer à cette fonction (aptitudes physiques et réactivité face à l'urgence) pour les mêmes raisons j'ai arrêté ma participation à 65 ans aux gardes de médecine générale. » médecin n°32*). Beaucoup ne pensaient plus avoir les capacités physiques et ne plus être assez à jour dans leurs connaissances des prises en charge d'urgences vitales, malgré la formation prévue. (*« Je n'ai plus les compétences. Ma formation est trop ancienne » médecin n°26*). Enfin une grande partie s'estimaient en fin de carrière et ne voyaient pas l'utilité de se lancer dans une nouvelle activité aussi près de la retraite. (*« je suis trop âgée pour m'intéresser à cela maintenant » médecin n°5*, *« je suis à quelques années de la retraite (max 3 ans), je désire donc limiter mon activité (je suis au double de la moyenne nationale) et ne recherche aucune activité complémentaire » médecin n°15*)
- **La proximité du SAMU** : Nous avons déjà abordé le fait que 20 des médecins répondants exerçaient à Châteauroux même, et quelques autres dans la périphérie proche, donc à moins de 30 min du SAMU. Dans ce cas de figure en effet aucun intérêt pour eux de devenir MCS, puisqu'ils auraient à peine le temps d'arriver sur les lieux que le SMUR serait déjà là. *« Peu d'intérêt si proximité du SAMU » médecin n°58*. Rappelons également qu'un MCS exerçant à Déols avait d'ailleurs rendu son matériel en 2017 car n'était jamais déclenché. *« J'ai été MCS lorsque je remplaçais*

sur le département quand je me suis installée à Déols, la proximité du SAMU aidant, j'ai arrêté d'être MCS » médecin n°2.

- **Manque de goût pour l'urgence** : les médecins généralistes avaient une vision de leur métier qui n'incluait pas forcément la prise en charge des urgences. *« Pas d'intérêt personnel pour la médecine d'urgence » médecin n°4.* Même s'ils considéraient ces 2 activités complémentaires, ils ressentaient une appréhension et un inconfort. Ils se sentaient incompetents dans la gestion des urgences, ce qui génèrait un sentiment de frustration et ne les incitait pas à intervenir. Ils n'avaient pas envie de se mettre en difficulté. En outre les autorités publiques ont fait de l'urgence une spécialité à part entière. Mesure encore renforcée par la décision récente de créer un DES d'urgence séparé de la médecine générale. *« Désintérêt du médecin généraliste pour les urgences SMUR. Création du DES d'urgence qui va permettre d'avoir plus d'urgentiste capables d'assurer sur le terrain » médecin n°20.* Ce qui a eu pour conséquence un sentiment d'exclusion et d'incompétence chez certains médecins généralistes, peu compatible avec le développement des réseaux MCS car certains médecins généralistes l'ont entendu comme *« vous n'êtes pas compétents pour les urgences, laissez faire les pro » médecin n°28.*
- **Manque de disponibilité/charge de travail importante** : Les médecins dans l'Indre étaient peu nombreux, avec des patientèles très importantes. Certains évoquaient donc des journées déjà surchargées, avec des praticiens qui commençaient leurs consultations tôt le matin, avaient peu de temps pour déjeuner et finissaient tard le soir. *(« mes horaires 7h30-20h30 en moyenne. Je suis à saturation » « 35-40 consultations par jour, 6 jours par semaine, laisse peu de temps à la MCS. » médecin n°15)* Dans ces conditions, où assumer les soins courants était déjà compliqué, difficile d'imaginer pouvoir prendre une activité supplémentaire, même si c'était peu souvent et même si cela pouvait être un plus pour la population locale *(« nécessité de se spécialiser en gynécologie, en rhumatologie pour faire des infiltrations à nos patients, en dermatologie, en psychiatrie, faire des psychothérapies, ... » médecin n°19).* Ils avaient déjà atteint les limites de ce qu'ils pouvaient faire. Une journée ne fait toujours que 24h, même pour les soignants *(« horaires déjà en surcharge de travail » médecin n°46).* De plus du fait du peu de nouvelles installations dans le département en comparaison au nombre de médecins partant en retraite, le problème ne semblait pas près d'être résolu. *(« Sollicitation croissante avec la pénurie médicale » médecin n°3).*
- **Augmentation du stress** : Il s'agissait de situations où le pronostic vital du patient était en jeu et où les décisions du médecin pouvaient avoir de lourdes conséquences. Peu de situations pouvaient être plus stressantes que d'être responsable de la vie de quelqu'un d'autre. C'était bien sûr presque toujours le cas en médecine, cependant les situations d'urgences vitales entraînaient une notion d'immédiateté. Pas le temps de réfléchir ou de se tromper. *(« augmentation du stress » médecin n°18).* De plus certains médecins estimaient que la faible fréquence de sollicitation ne suffisait pas à les rassurer *(« la faible fréquence ne suffit pas à prendre confiance dans ce type d'intervention » médecin n°21).*
- **Relation conflictuelle avec le SAMU** : les médecins généralistes se plaignaient d'un manque de confraternité entre eux et leurs confrères hospitaliers. *(« Relations*

conflictuelles avec le SAMU » médecin n°28, « chef du SAMU non confraternel » médecin n°24). Les relations étaient perçues comme dégradées, que ce soit avec les équipes de SMUR, les structures d'urgences hospitalières ou la régulation du SAMU hors régulation ambulatoire. Ils se sentaient souvent dévalorisés et ils percevaient une réelle condescendance de la part de leurs confrères hospitaliers. De plus si la médecine générale est aujourd'hui reconnue comme une spécialité à part entière, les vieux préjugés sont difficiles à faire disparaître. Persistait alors un sentiment de dévalorisation de la médecine générale par rapport à la médecine de spécialité et encore plus par rapport à la médecine hospitalière. Comme s'il existait différents niveaux de médecins. (« Depuis toujours on nous fait comprendre qu'on n'est pas au niveau. Et subitement on a besoin de nous » médecin n°18).

5) Suggestions pour l'amélioration de ces freins

Assez peu d'améliorations étaient proposées à travers ce questionnaire, mais comme l'avaient noté certains répondants, ils ne s'étaient jamais penchés sur la question jusqu'à présent et donc les idées ne venaient pas.

Les quelques idées exposées étaient :

- *« Lien entre les MCS et la CPTS » médecin n°3.*
- Certains médecins exerçant en maison de santé pluridisciplinaire s'étaient organisés afin d'assurer les urgences du jour à tour de rôle. Un médecin (n°20) proposait donc que le médecin qui assurait les urgences ce jour-là soit le médecin qui se déplacerait en tant que MCS. *« Avec l'organisation des MSP n'être MCS que les jours où le médecin prend en charge les urgences non programmées, afin de ne pas perturber les soins de suivi. »*
- *« Etendre le dispositif afin d'avoir des IDE correspondants du SAMU. On n'a pas 36 bras. On ne peut pas tout faire tout seul. Le SMUR c'est tout une équipe. » médecin n°44.*
- Certains évoquaient de façon ironique leur charge de travail : *« ne pas voire plus de 25 patients par jour », médecin n°52*

6) Envie d'adhésion éventuelle

Suite à ce questionnaire, 8 médecins, soit environ 14% des répondants, se disaient potentiellement intéressés pour intégrer le dispositif, dont notamment un médecin à Chatillon sur Indre qui attendait déjà la prochaine formation de MCS. Celle-ci aura lieu lorsque suffisamment de Médecins se seront inscrits.

Parmi eux, il y avait 7 hommes et 1 femme entre 34 et 62 ans pour une moyenne d'âge de 44,5 ans.

Parmi eux 1 exerçait à Châteauroux et 2 autres dans la périphérie proche (< 5 km). Ils ne seraient donc pas éligibles. En ce qui concernait les 5 autres, la moyenne de distance était de 34,2 km, le plus éloigné exerçant à 55 km, le plus proche à 14 km. Il s'agirait donc de 5 médecins potentiellement éligibles.

3 autres médecins auraient pu être intéressés, cependant l'un d'entre eux est trop âgé (75 ans), les 2 autres, des femmes dont 1 ancienne urgentiste exerçaient à proximité du SAMU.

Discussion

Les Biais :

Biais interne :

Des questions supplémentaires auraient pu être ajoutées aux 2 questionnaires afin de s'intéresser entre autres choses à la vie privée des médecins généralistes et qui pourrait avoir un impact sur leurs choix professionnels. Par exemple le fait d'avoir des enfants en bas âge. Cependant ces points n'ont pas non plus été abordés par les médecins répondants. De plus, ces questionnaires qui visaient à connaître le sentiment des médecins généralistes de l'Indre sur la fonction de MCS n'avaient pas pour vocation d'être trop intrusif.

Quant aux participants, leurs réponses ont pu être incomplètes, soit parce que comme l'a justement fait remarquer l'un des répondants, ils n'y avaient pas réfléchi jusque-là, soit parce qu'ils n'ont pas osé développer toutes leurs pensées malgré un relatif anonymat. Il est vrai que le nom du médecin n'était pas demandé. En revanche la ville d'exercice était l'une des questions. Les médecins exerçant seul ou en petit nombre dans une ville pourrait alors être reconnu.

Biais de sélection :

Il a été décidé au début de cette recherche de thèse d'inclure les médecins non MCS exerçant à moins de 30 minutes d'un SMUR considérant que le fait de ne pas être éligible à la fonction n'empêchait pas ces médecins d'avoir un avis constructif sur le dispositif.

En revanche, il a été décidé de ne pas inclure les médecins généralistes exerçant une autre spécialité que la médecine générale. Ceux-ci étaient au nombre de 4 (2 allergologues, 2 angiologues), et tous exerçaient dans une ville siège d'un SMUR : 3 à Châteauroux centre et 1 à Issoudun.

17 médecins n'ont pas reçu le questionnaire car ils n'exerçaient plus à l'adresse indiquée par le conseil de l'ordre. Soit ils avaient changé de lieu d'exercice, soit ils avaient pris leur retraite.

Biais d'interprétation :

Les réponses ayant été écrites, elles sont privées de l'intonation faisant toute la nuance du langage oral. De plus aucune précision n'a pu être demandée par la suite. Ainsi, certaines réponses ont pu être interprétées différemment de ce que le répondant avait voulu exprimer.

Les points positifs :

Thèse originale :

En effet aucune thèse ne s'était intéressée au point de vue des médecins généralistes sur le réseau de MCS de l'Indre alors qu'ils sont les premiers concernés, le dispositif étant basé sur le volontariat.

La seule autre thèse réalisée sur les MCS de l'Indre a été réalisée en 2007 lors de la création du réseau (12). Elle portait sur les secteurs des MCS et avait pour but d'estimer leur activité future en se basant sur les archives du SAMU.

Double étude médecins MCS et non MCS :

L'ensemble des thèses portant sur le dispositif de MCS réalisées en France s'intéressent seulement à l'un ou à l'autre de ces groupes. Les MCS ou les non MCS. Or qu'ils soient MCS ou non ce sont tous des médecins généralistes. Les interroger tous me semblait donc pertinent afin d'obtenir une vision plus globale.

Les questionnaires :

S'ils ont bien évidemment des inconvénients, ils ont l'avantage d'être facilement diffusable et de pouvoir obtenir d'avantage d'avis différents, en permettant à chaque personne d'exprimer son opinion personnelle. Même s'ils n'offrent pas la possibilité d'approfondir certaines réponses, ils permettent de poser exactement les mêmes questions, de la même façon, à tous les répondants.

Partie 1 : Les médecins correspondants du SAMU dans l'Indre :

Suite à ce questionnaire, le profil du médecin correspondant du SAMU dans l'Indre serait : Un homme, d'environ 51 ans (ce qui est plus jeune que la moyenne des médecins généralistes de l'Indre) installé depuis environ 20 ans et exerçant à 38 km du centre du SAMU, formé depuis environ 8 ans. Il a été recruté par le SAMU et sa motivation principale pour devenir MCS serait l'accès à une formation sur les prises en charge urgentes.

La plupart des MCS de l'Indre semblent relativement satisfaits d'être MCS et souhaitent poursuivre l'expérience, malgré le surcroît de travail que cela peut leur occasionner. Un seul des médecins interrogés à exprimer le souhait d'arrêter.

Quelques points logistiques, tel que le renouvellement du matériel périmé ou usagé, pourraient peut-être être améliorés afin de faciliter la vie des MCS, mais rien d'insurmontable semble-t-il. Les solutions proposées pourraient être :

- Rappeler aux équipes de SMUR, qu'elles sont censées, sauf en cas de manquement pouvant mettre en danger la vie du patient, échanger du matériel neuf contre le matériel utilisé par le MCS pendant son intervention.
- Un problème souvent évoqué est celui de gestion des périmés, avec la difficulté à se rendre à l'hôpital, du fait de l'éloignement et d'horaires de travail importants. Les formations MCS se déroulant le soir à une heure où la pharmacie de l'hôpital est fermée. Il pourrait y avoir un référent matériel au CESU, à qui les médecins pourraient envoyer un mail afin que celui-ci récupère le matériel dont ils ont besoin et leur échange lors des formations par exemple.

La formation semble en revanche être un point positif important, et paraît satisfaire tant sur le fond que sur la forme puisque la plupart des médecins la jugent indispensable.

La rémunération ne semble pas non plus être un problème, 78% des répondants la trouvant suffisante. De plus un seul des répondants l'a jugée insuffisante, le même qui déclare vouloir arrêter et ne pas recommander à un confrère de s'engager dans le dispositif.

Les différents avantages pointés par les MCS dans cette étude sont :

- la formation à la prise en charge d'urgences vitales
- l'accès au matériel
- la diversification d'activité
- le travail en réseaux/être moins isolé
- le service rendu à la population
- le contact avec le SAMU
- la diminution de l'anxiété face à l'urgence et l'augmentation de la confiance en soi
- autres : goût pour l'urgence, participation à l'effort collectif, sécurisation des interventions.

Les inconvénients :

Le principal inconvénient pointé est la désorganisation de l'emploi du temps de la journée, avec toutes les conséquences que cela entraîne : interruption des consultations, abandon de sa propre patientèle, retard pris dans le travail habituel, ...

Ensuite sont pointés : la surcharge de travail, les problèmes de disponibilité, l'appel sur les temps de repos, le stress supplémentaire, la culpabilité en cas de refus d'intervention, le caractère chronophage de l'activité, le sentiment d'être seul face à l'urgence parfois.

Autres : arrivée peu de temps avant le SAMU, manque de pratique, pas assez appelé, déclenchement tardif, salissant, manque de signalétique, imprécision des adresses.

6 médecins considèrent qu'il n'y a aucun inconvénient à être MCS.

Un élément semble toutefois peu exprimé, il s'agit de la charge mentale engendrée par cette activité. Le poids psychologique pourrait peut-être expliquer pourquoi les MCS de l'Indre ont la sensation d'être sollicité 2 fois plus souvent que ce qu'ils ne le sont en réalité.

Malgré tout, pour ces médecins les avantages semblent l'emporter sur les inconvénients puisque la quasi-totalité se disent satisfaits de leur situation et recommanderaient le statut de MCS à un confrère.

Partie 2 : les médecins généralistes non correspondants du SAMU dans l'Indre :

Les médecins ayant répondu à ce questionnaire sont majoritairement des hommes, la moyenne d'âge est d'environ 54 ans et ils sont installés depuis environ 23 ans à 22 km du SAMU. Cette distance passant à 32 km en excluant les médecins exerçant à Châteauroux, ville siège du SAMU. Une bonne partie des répondants respectent donc les critères de distance nécessaire au réseau MCS.

L'Indre ayant un réseau de MCS relativement développé depuis plus de 10 ans, la plupart des répondants ont une connaissance plus ou moins vague du dispositif. 20 des répondants se seraient d'ailleurs déjà vu proposer d'adhérer au dispositif mais la quasi-totalité a refusé. 1 seul médecin répond attendre la prochaine session de formation. Le SAMU semble être au centre de l'information, le bouche à oreille a fait le reste. De là à dire que cette connaissance est bonne, cela ne semble pas être le cas.

En ce qui concerne la rémunération, les avis sont partagés, cependant elle ne semble pas être un élément déterminant dans le choix d'adhérer ou non au dispositif.

Pour ce qui est de la formation en revanche la grande majorité des répondants la juge indispensable, en particulier la formation initiale qui semble répondre aux inquiétudes de certains quant à leur « manque de compétence » face à l'urgence. 33% estiment même que cette formation est un point fort qui pourrait les inciter à sauter le pas.

Par ailleurs le taux de déclenchement des MCS dans l'Indre, c'est-à-dire environ 5 fois par an, semble être correcte pour la plupart des médecins interrogés. Cependant cela reste trop fréquent pour 4 d'entre eux, et 9 pensent que « *ce n'est pas suffisant notamment pour prendre confiance en soi* » ou encore que « *c'est beaucoup d'investissement pour si peu* ». 3 n'ont pas d'opinion sur le sujet.

Connaissance parcellaire du dispositif oblige, 67% des répondants ignoraient qu'un MCS peut refuser d'intervenir sans se justifier et sans risquer aucune sanction. Malgré tout, seul 28% trouvent cet argument convaincant.

En revanche La quasi-totalité des répondants sont convaincus du caractère indispensable de la mise à disposition de matériel.

Enfin pour 74% d'entre eux la recommandation du dispositif par un confrère MCS est un critère encourageant.

Les freins à l'adhésion invoqués par les médecins non MCS sont :

- un âge élevé
- la proximité du SAMU
- le manque de goût pour l'urgence
- le manque de disponibilité/ charge de travail importante
- l'augmentation du stress, également évoqué par les MCS
- des relations conflictuelles avec le SAMU

Les améliorations proposées par les médecins non MCS sont aux nombres de 4 :

- lien avec la CPTS, malheureusement l'idée n'a pas été davantage explicitée.
- organisation en maison de santé ou en cabinet de groupe avec une gestion des urgences à tour de rôle.
- inclusion des IDE libérale dans le dispositif
- allègement de l'emploi du temps

Au final sur les 58 médecins ayant répondu à ce questionnaire, 8 pourraient envisager de devenir MCS. Soit environ 14%.

L'Indre est un département où le réseau MCS est déjà bien développé. De plus, c'est un département où les médecins sont plus âgés et moins nombreux que sur le reste du territoire national. Dans ces conditions, il semble difficile de développer davantage le dispositif même si plusieurs médecins pourraient être intéressés. Peut-être qu'à l'avenir, avec l'installation de jeunes médecins au fil des années, d'autres volontaires pourraient se présenter.

Les améliorations possibles :

Suite à cette thèse voici quelques pistes de travail concernant les freins à l'adhésion, cependant certains obstacles semblent difficiles à contourner.

En effet, en ce qui concerne le problème de l'âge, on voit mal par quel moyen le résoudre. De même que pour la proximité avec le SAMU.

L'argument du manque de goût pour l'urgence semble également difficile à combattre. Cependant derrière ce soi-disant manque d'intérêt se dissimule peut-être pour quelques-uns, une certaine peur de l'urgence. Mais difficile de le démontrer avec ce questionnaire.

L'augmentation du stress est inévitable, les MCS eux même l'ont souligné. Malgré tout, la formation, le matériel et le travail en équipe semble avoir permis aux MCS de le limiter. Les médecins non MCS ont par ailleurs souligné leur intérêt pour ces aspects du dispositif. Ce sont donc des axes à mettre en avant dans la promotion du dispositif.

La charge de travail est également un problème compliqué à résoudre, du fait de la faible ressource médicale, aucun relai ne semble possible. Le retard pris dans le travail quotidien pour gérer l'urgence semble inévitable en l'état actuel des choses.

Pourtant la solution a été évoquée : voir moins de patient par jour. L'idée paraît simpliste exprimée de cette façon, et elle a je pense été notée de façon ironique, mais elle est au cœur du problème. Si le nombre de médecin ne va pas augmenter du jour au lendemain, des solutions pourraient être trouvées afin de dégager, au moins un peu, de temps médical. Notamment avec la création récente des postes d'assistants médicaux et d'infirmiers en pratique avancée, qui, s'ils sont dans l'impossibilité de recevoir tous les patients, pourraient tout de même alléger un peu l'emploi du temps des médecins. Les interventions MCS étant relativement peu fréquentes, les rendez-vous non urgents pourraient alors être reportés aux jours suivants afin d'étaler la charge de travail, ou être assurés par l'assistant médical ou l'infirmier en soins avancés lorsqu'ils existent et que cela est possible. Ne resterait alors pour le médecin à son retour, que les soins aigus et nécessitant vraiment son intervention.

Une éducation auprès de la patientèle est également nécessaire. En effet il s'agit d'interventions sur des urgences vitales, ce sont donc des interventions non programmées, qui

ne peuvent pas attendre et qui sont par conséquent une priorité d'un point de vue médical. Il pourrait ainsi être bon de rappeler aux patients qu'ils pourraient eux aussi un jour en avoir besoin.

Comme évoqué par un médecin non MCS : inclure des IDE libérales au dispositif pourrait également être un plus. Selon la loi c'est possible puisque tout professionnel de santé peut intégrer le dispositif, mais ce système n'est pas développé dans le 36 pour le moment. Cette idée permettrait cependant aux professionnels d'exercer en équipe, un peu comme celle du SMUR. Cela permettrait au médecin de se sentir moins seul et d'avoir de l'aide pour être plus efficace et moins stresser.

Une autre solution a été avancée par un médecin non MCS. Celle-ci consiste en une organisation interne des maisons de santé ou des cabinets regroupant plusieurs médecins avec une gestion des urgences à tour de rôle en suivant un planning préétabli. C'est une idée intéressante mais cela nécessiterait plusieurs choses : tout d'abord cela impliquerait que tous les médecins de la maison de santé soit MCS. Ensuite il faudrait que la majorité des cabinets du département fonctionnent sur ce modèle. Malheureusement cette organisation est loin d'être la majorité dans l'Indre, où beaucoup de médecins exercent seuls ou en petit groupe ce qui n'est pas compatible avec cette façon de faire. En revanche, intégrer cette idée dans la création de futures MSP et inciter les médecins exerçant déjà en MSP à fonctionner sur ce modèle pourrait être une idée d'amélioration.

Enfin concernant les relations conflictuelles avec le SAMU, faire connaissance et créer du lien entre les médecins du SAMU et les médecins MCS semblent avoir amélioré leurs relations. Permettre des rencontres pourrait donc améliorer ce point.

Et Ensuite :

1) Une méconnaissance du dispositif :

L'Indre a beau être un département où les MCS sont relativement nombreux et actifs, 24% des médecins généralistes non MCS répondants ne connaissaient pas le dispositif, soit environ 1 sur 4.

Même chez ceux ayant répondu connaître le dispositif, cette connaissance est souvent incomplète et approximative.

On peut donc imaginer que dans des départements où le dispositif n'existe pas, cette connaissance soit encore moindre. Idée renforcée par mon expérience personnelle. En réalisant cette thèse j'ai pu m'apercevoir que beaucoup de personnes avec lesquelles j'ai eu l'occasion de discuter de mon sujet ne savaient pas du tout de quoi il s'agissait.

En effectuant mes recherches, j'ai également trouvé 2 thèses réalisées en 2012 et 2013 portant pour l'une sur le département de l'Aude (« déterminants de la mise en place d'un réseau MCS dans l'Aude » (17)) et pour l'autre sur la région Auvergne (« aide médicale d'urgence en Auvergne : pourquoi les médecins généralistes Auvergnats ne s'engagent-ils pas dans un dispositif de médecins correspondants du SAMU » (18)). Dans les deux cas le manque d'information des médecins généralistes était un des premiers facteurs retrouvés.

La loi fondatrice des réseaux MCS a été mise en place en 2007, elle a par la suite été renforcée par le pacte santé en 2012. Ce n'est donc pas une idée nouvelle, cependant assez peu de promotion semble avoir été faite auprès des principaux intéressés : les médecins. Un guide de déploiement a pourtant été publié et mis en ligne sur le site solidarite-sante.gouv.fr, cependant celui-ci a d'une part été peu promulgué et d'autre part il fait 44 pages. Ce qui est je pense, un peu trop long et est probablement un frein à sa lecture et donc à la découverte du dispositif par le plus grand nombre.

Une étude sur la connaissance nationale du dispositif pourrait d'ailleurs être l'objet d'une prochaine thèse. Un travail de promotion pourrait également être réalisé en collaboration avec les ARS avec des fiches plus courtes et synthétiques que ce qui a déjà été proposé afin de présenter le projet aux médecins. Ils auraient un aperçu des différents éléments et par la suite ils pourraient approfondir leurs connaissances. Pour avoir tenté l'expérience, les principales informations à connaître peuvent tenir sur une page format A4.

Dans le cas où le dispositif serait étendu, une formation universitaire pourrait être proposée aux étudiants qui le souhaitent. Cela permettrait, entre autres, d'étendre la connaissance du dispositif chez les futurs médecins.

2) Une Carence en Médecin et une surcharge de travail :

Selon le plan ministériel de 2013, la création ainsi que l'étoffement des réseaux MCS était « LA » solution à la désertification médicale et à la fermeture d'hôpitaux de proximité dans les territoires se trouvant à plus de 30 minutes d'un service de SMUR.

Cependant cette tâche est compliquée car les départements comme l'Indre ne souffrent pas uniquement d'un manque de MCS mais d'un déficit en professionnels de santé en générale. Comment demander alors à des médecins débordés de se charger de missions

supplémentaires. En particulier à une époque où ceux-ci revendiquent le droit à une vie personnelle, comme tout un chacun.

3) Un manque de données :

Une partie de mes recherches nécessitait une collecte d'informations auprès du SAMU de Châteauroux. Si cela m'a permis de trouver des informations sur le nombre et le type d'interventions globales et par MCS j'ai également pu constater qu'aucune analyse du dispositif n'avait été réalisée dans le département depuis sa création. Il n'existe par exemple aucune donnée sur les temps de prise en charge des patients, ni s'il existe une amélioration de celui-ci depuis la mise en route du dispositif. Pas de donnée non plus de l'impact des MCS sur la morbi-mortalité. La logique voudrait qu'une prise en charge plus rapide soit bénéfique au patient. Cependant, actuellement aucun chiffre ne permet de le quantifier. Cela pourrait donc faire l'objet d'une future thèse. Il est vrai que l'étude de ce paramètre nécessiterait un gros travail d'investigation afin de connaître le devenir des patients après les interventions. Sur la base de cette interrogation j'ai fait des recherches afin de savoir si cette question avait déjà été traitée ailleurs en France. Il est vrai que l'idée qu'un temps de prise en charge plus court soit associé à une amélioration de la morbi-mortalité semble logique, cependant aucune étude n'a démontré que l'intervention des MCS en avant-coureur du SMUR avait un impact quelconque sur l'avenir des patients pris en charge. Et si cet impact existe quel est-il ? Cette notion me semble essentielle car la formation et le déploiement de médecins MCS à un coût, monétaire bien sûr mais aussi en investissement des professionnels qui prennent sur leur temps pour se former et enfin en temps médical puisque pendant que le médecin intervient sur l'urgence, il ne peut consulter à son cabinet (où il aurait probablement pu voir plusieurs patients sur le même temps). Il serait donc intéressant de connaître l'impact réel du dispositif d'un point de vue de santé publique.

Bibliographie :

1. Objectifs & Historique / Samu - Urgences de France [Internet]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/sudf/objectifs>
2. 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 22, 2006.
3. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU).
4. DGOS. 2012 : Pacte territoire santé 2012-2015 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-2012-2015>
5. Médecins correspondants du SAMU : Instruction du 6 juin 2013 - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Gestion-du-personnel-medical/Medecins-correspondants-du-SAMU-Instruction-du-6-juin-2013>
6. Professionnel ME. Médecin correspondant du SAMU [Internet]. macsf-exerciceprofessionnel.fr. Disponible sur: <http://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Cadre-general/medecin-correspondant-samu-urgence>
7. santé gouv. Guide_MCS_31-07-13.pdf [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf
8. CESU36 [Internet]. Disponible sur: <http://www.ch-chateauroux.fr/cesu>
9. Emploi-Collectivités. Grille indiciaire hospitalière : praticien attaché tout grade - fph [Internet]. Emploi-collectivités. 2012. Disponible sur: <https://www.emploi-collectivites.fr/grille-indiciaire-hospitaliere-praticien-attache/6/6204.htm>
10. Comparateur de territoire | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-36+FRANCE-1+REG-24>
11. Département de l'Indre (36) – COG | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/cog/departement/DEP36-indre>
12. Bouilleau G. Mise en place des médecins correspondants du SAMU pour la prise en charge des détresses vitales dans l'Indre: Objectifs à atteindre et pertinence [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2007.
13. service mobile d'urgence et de réanimation SMUR [Internet]. Disponible sur: http://www.ch-chateauroux.fr/index.php?option=com_flexicontent&view=items&id=67:le-service-mobile-durgence-et-de-reanimation-smur

14. SAS Output [Internet]. Disponible sur:
<http://stats.arsducentre.fr/bdv/STATISTIQUES%20DEPARTEMENT%20REGION%20.htm>
15. Foucaud I de. Baisse généralisée du nombre de médecins libéraux en France [Internet]. Le Figaro.fr. 2016. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2016/03/31/20002-20160331ARTFIG00167-baisse-generalisee-du-nombre-de-medecins-liberaux-en-france.php>
16. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 6. AGE MOYEN DES MEDECINS par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe [Internet]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
17. Khan N, Gorin de Ponsay E, Université de Montpellier I, Faculté de médecine. Les déterminants de la mise en place d'un réseau MCS dans l'Aude: point de vue des médecins généralistes. [S.l.]: [s.n.]; 2014.
18. 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 ? [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand, France]: Université de Clermont I; 2013.
19. Jomin E. Place des médecins correspondants du SAMU dans l'organisation des urgences pré-hospitalières du Sud meusien. 2001;114.
20. Mauvais F. Enquête du ressenti auprès des Médecins Correspondants du SAMU, 18 mois après la mise en action de l'actuelle convention [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2012.
21. Christian SJ. MEMOIRE DE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE MEDECINE GENERALE. :46.
22. Matulic M. Evaluation d'un projet de réseau de Médecins Correspondants du SAMU dans 4 secteurs de grande ruralité de Corse du Sud: Ota, Cargèse, Vico, Haut-Taravo [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2012.
23. Villatte E. Efficience du dispositif médecin correspondant du SAMU dans la réponse à l'aide médicale urgente. 29 janv 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02000676>

ANNEXES

Annexe 1 : Nombres de médecins par spécialité en région Centre Val de Loire :

Statistiques sur le type d'exercice des médecins libéraux en Région Centre-Val de Loire

Données mises à jour le 9 mars 2018 Données mises à jour le 9 mars 2018

	18	28	35	37	41	45	Région Centre
Ann. cyto pathologique	2	8	1	5	2	3	21
Anesthésiste-Réanimateur	9	9	4	30	12	27	91
Cardiologue	17	31	5	51	16	37	162
Chirurgie Générale	7	8	3	6	6	11	39
Chirurgie Infantile	1	2	1	1	3	2	2
Chirurgie Maxillo-Faciale/Stomatologie	10	11	5	16	7	5	28
Chirurgie Orthopédique traumatologie	2	1	5	23	7	25	80
Chirurgie plastique	2	1	1	8	3	5	19
Chirurgie Thoracique Cardio-vasculaire	2	7	2	12	2	10	35
Chirurgie Urologique	2	4	2	4	2	3	13
Chirurgie vasculaire	2	3	10	10	3	7	23
Chirurgie viscérale digestive	5	9	6	35	8	17	79
Dermatologue	1	6	2	9	1	10	28
Endocrinologue	5	8	6	22	6	18	65
Gastro-entérologue	212	276	159	565	258	455	1907
Généraliste				1	1		2
Génétique		1					1
Gériatrie	6	6	1	17	5	13	49
Gynécologue médicale	13	15	6	22	7	27	90
Gynécologue Obstétrique				3	2		4
Hématologie				13	7	14	49
Médecin Biologiste	4	7	4	2	1	3	8
Médecin Interne	5	4	2	2	1	13	28
Médecine Nucléaire	1	1	1	3	2	6	22
Medecins Physiques Réadaptation	3	4	3	3	5	6	28
Néphrologue	3	3	2	14	1	5	28
Neurologie Neurochirurgie	3	8	7	8	4	7	30
Oncologie Radiothérapie	13	18	7	44	24	37	139
Ophthalmologue	9	12	4	19	8	13	65
ORL, Chir.Cervico-faciale	7	4	1	30	8	19	69
Pédiatre	3	4	2	9	9	9	35
Pneumologue	15	11	8	61	34	30	159
Psychiatre	19	32	8	62	18	69	181
Rhumatologue	7	10	3	18	5	11	54
Santé Publique							1
Total	388	622	248	1137	470	911	3504

Annexe 2 : Décision MCS dans l'Indre

DECISION n° XX du XX 2018

Le directeur-adjoint en charge de la stratégie, des ressources médicales et du territoire du centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc,

VU

- le code de la santé publique,
- le décret n° 2006- 576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence,
- l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondant du service d'aide médicale urgente,
- la circulaire n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences,
- la circulaire DHOS/01/2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences,
- la circulaire n° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013,
- l'instruction n° DGOS/R2/2012/267 du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de trente minutes à des soins urgents,
- l'instruction n° DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS)
- la proposition de M. le Dr. XX, responsable du pôle « médecine d'urgence »,
- l'avis favorable du président de la C.M.E.,
- les dossiers des intéressés,

DECIDE :

Article 1^{er} : Sont inscrits sur la liste des médecins correspondants du S.A.M.U. autorisés à participer à la prise en charge des urgences au titre de l'année 2018 :

- Dr. XXX
- Dr. XXX
- Etc. (liste de tous les médecins)

Article 2 : Ces médecins correspondants du S.A.M.U. sont recrutés en qualité de **praticien attaché 3^{ème} échelon**.

Article 3 : Leur rémunération se fait à la fin de chaque trimestre. Elle est calculée en fonction du nombre d'interventions réalisées. Chaque intervention donne lieu au paiement de quatre demi-journées.

Article 4 : La direction de la stratégie, des ressources médicales et du territoire ainsi que M. le receveur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente décision.

Le directeur-adjoint en charge de la stratégie,
des ressources médicales et du territoire,

Cédric MARECHAL

Destinataires :

- ☐ Registre des décisions.
- ☐ Dossier « médecins correspondants S.A.M.U. ».
- ☐ M. le receveur.

Annexe 3 : Listes des médecins correspondants du SAMU dans l'Indre :

Dr Astier Claudine	Sainte Sévère sur Indre
Dr Barbier Thierry	Saint Benoît sur Sault
Dr Boyer Pierre	Neuvy Saint Sépulcre
Dr Brule Jean Pierre	Eguzon Chantome
Dr Cluzeau Frédéric	Chatillon sur Indre
Dr Durand Pierre Yves	Saint Gaultier
Dr Duthoit Nicolas	Le Blanc
Dr Dureau Jérôme	Levroux
Dr Ellé Pierre	Niherne
Dr Eyraud Sophie	Saint Gaultier
Dr Gaimon Marina	Clion sur Indre
Dr Garnier Frédéric	Neuvy saint sépulcre
Dr Gauduchon Thierry	Azay le Ferron
Dr Guesne Patrice	Argenton sur Creuse
Dr Krzemien Nicolas	Sainte Sévère sur Indre
Dr Lamarque Brigitte	Vendœuvres
Dr Legargason Benoit	Villedieu sur Indre
Dr Lyon Didier	Tournon saint martin
Dr Mathieu Anne	Mézières en Brenne
Dr Moulene Philippe	Le Blanc
Dr Noel Valérie	La Châtre
Dr Proutière Jean Pierre	Vatan
Dr Proutière Olympe	Vatan
Dr Reulier Amélie	La Châtre

Dr Ruiz Christophe	Neuvy saint sépulcre
Dr Scoccimaro Alexandre	Buzançais
Dr Thoyer Laetitia	Saint Gaultier
Dr Turpin Guy	Chatillon sur Indre

Annexe 4 : Bilan d'activité 2017 du SAMU 36 – centre 15 - SMUR :

S.A.M.U. 36 – CENTRE 15 - S.M.U.R.

Responsable du pôle « Médecine d'urgence » : Dr SOULAT (jusqu'en avril 2017)/ Dr MANSOUR (à partir du 03 avril 2017)

Chef de service : Dr MANSOUR

Cadres de santé : M. DESFOSSES, Mme LACHAISE et Mme NAIME

Praticiens hospitaliers :

Praticiens adjoints contractuels :

Attachés :

} Médecins communs avec les Urgences et S.M.U.R.

COMMENTAIRE DU RESPONSABLE DE POLE

L'analyse des statistiques de l'activité du Centre de Réception de Traitement des Appels ainsi que de l'Activité SMUR Primaire et Secondaire et du Service d'Accueil et de Traitement des Urgences permet d'identifier :

1°) Une augmentation significative + 16,9 % des dossiers de régulation médicale traités avec une majoration très importante des appels traités par la régulation médicale hospitalière + 23 % ce qui reflète la désertification sanitaire du territoire et le recours au Centre 15 en première intention pour toute demande de prise en charge et avis médical.

Cet élément est un indicateur de précarité sanitaire et met en danger le fonctionnement du C. R. P. R. car le sous-effectif médical et la présence d'un seul médecin à la régulation hospitalière sur la tranche horaire de 0 heure à 20 heures, en semaine du lundi au vendredi, rend cet exercice relativement difficile.

2°) Une augmentation significative des transports sanitaires vers l'établissement hospitalier avec une évolution de + 6,4 % qui reflète une majoration et une migration des soins primaires vers le Centre Hospitalier avec une majoration de + 84 % des transferts effectués par les sapeurs pompier déclenchés par carence d'ambulances privées.

3°) Une augmentation du transport sanitaire hélicoptéré de + 10 % en exercice primaire et de 13 % en transfert secondaire avec une collaboration avec le SAMU 18 en hausse de 12.8 %.

4°) Stabilisation du nombre de passages au SAU environ 48 700 passages avec une forte augmentation de passages pour la tranche d'âge des personnes âgées de plus de 80 ans de 18 %.

AUDIT :

Les projets 2017 :

1°) dématérialiser progressivement le dossier médical avec l'intégration du DRM (Dossier Régulation Médicale du Centre 15) dans le dossier patient (problème survenu lors du passage à la nouvelle version V5), généralisation de la prescription informatisée avec l'ensemble de l'établissement.

2°) Envoi systématique de la synthèse du passage et de l'hospitalisation aux urgences et à l'UHCD au médecin traitant et au patient.

3°) Se mettre en conformité avec les recommandations de la procédure d'accréditation du mois de Janvier 2017 concernant la zone d'accueil avec la réintroduction du poste de MAO selon l'effectif médical et l'amélioration des conditions de confidentialité et d'intimité des zones dites d'attente.

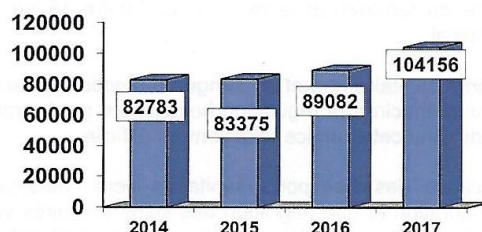
4°) Réactualiser les protocoles de soins du SAU et du SMUR sous forme d'ateliers médicaux et paramédicaux en bénéficiant de temps non clinique médical instauré sur l'établissement le 1^{er} septembre 2017 avec le passage en conformité des recommandations concernant le travail hebdomadaire aux 39 heures de travail posté et 9 heures de temps non clinique.

5°) Etablir un plan de formation semestriel dans le cadre du projet pédagogique de service en collaboration avec les spécialistes du Centre Hospitalier et du Département de Formation du troisième cycle des internes de la Faculté de Médecine de TOURS.

Activité Régulation SAMU 36 / Centre 15

	2014	2015	2016	2017	Evolution
Appels décrochés	263 800	207 876	210 289	172 443	-17.9%
Dossiers de Régulation	134 355	142 560	152 046	158 687	+ 4.3%
Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	82 783	83 375	89 082	104 156	+ 16.9%
DRM Régulation PDS	21 820 26,4%	20 167 24,5%	20 564 23,1%	19 930 19.1%	-3 %
DRM Régulation AMU	60 963 73,6	63 208 75,5%	68 464 76,9%	84 226 80.9%	+23 %

Evolution du nombre des dossiers de régulation médicale (DRM)



Evolution des demandes de transports sanitaires par le SAMU / Centre 15

	2014	2015	2016	2017	Evolution
Total Interventions Ambulances Privées A la demande du SAMU	14 434	15 345	15 408	16 402	+6.4%
Carences AP avec déclenchement des SP	64	73	150	276	+84%

Bilan Interconnexion 15 / 18

	2014	2015	2016	2017	Evolution
Nombre Total Appels en Interconnexion	10 055	10 609	10 371	11 394	+9.8%
Interconnexion 18 vers 15	8268	8562	8270	9299	+12.4%
Départ. Réflexe (déclenchés par CTA)	5666	5922	5647	6646	+17.7%
Nombre Total Interventions VSAB	7675	7912	7748	8741	+12.8%
VSAB déclenchés à la demande du Centre 15	1743	1917	1951	2095	+ 7.3 %
VSAB déclenchés par carence AP	64	73	150	276	+84%

Activité Régulation libérale et permanence des soins

Horaires de présence en régulation au Centre 15:

Horaires jours ouvrables

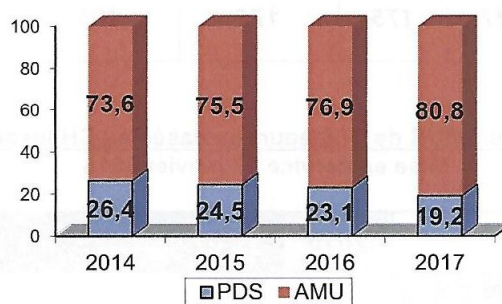
20 heures à minuit

Horaires Samedi -dimanches et jours fériés

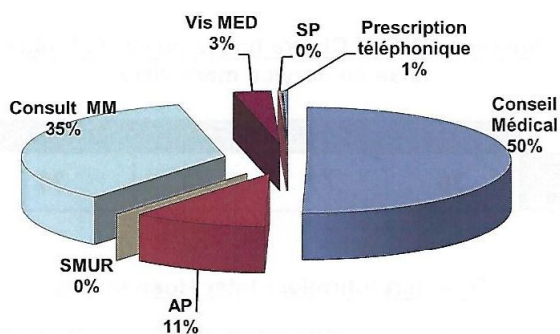
8 heures à minuit

	2014	2015	2016	2017	Evolution
Nombre affaires régulées	21 820	20 167	20 546	19 930	-2.9%

Proportion des appels régulés par les médecins libéraux

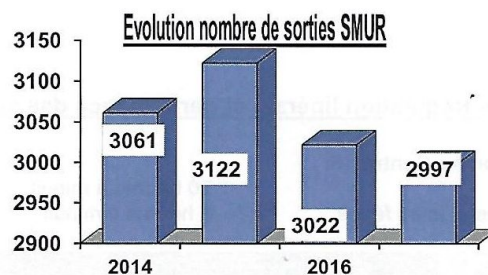


Répartition des principales décisions 2016 prises par PDS



Activité SMUR de CHATEAUROUX

	2014	2015	2016	2017	Evolution
Nombre Total Interventions	3061	3122	3022	2997	-0.8%
SMUR Primaires	1966	2149	2124	1738	-18.1%
SMUR Secondaires Inter CH	771	665	902	1261	+ 39.8 %
SMUR secondaires Intra CH	315	308			



Antenne SMUR de Châteauroux basée au CH le Blanc
Mise en service 15 octobre 2006

	2014	2015	2016	2017	Evolution
Interventions Antenne SMUR le Blanc	147	175	175	189	+8%

Antenne SMUR de Châteauroux basée au CH Issoudun
Mise en service 17 janvier 2016

	2015	2016	2017	Evolution
Interventions Antenne SMUR Issoudun	X	126	108	-14.2%

Antenne UMC la Châtre basée au CH la Châtre
Mise en service mars 2012

	2014	2015	2016	2017	Evolution
Interventions UMC la Châtre	36	71	53	35	-33.9 %

Transfert Infirmiers Inter Hospitaliers

	2014	2015	2016	2017	Evolution
T2IH	235	310	266	250	-6%

Interventions Médecins Correspondants du SAMU 36 (MCS 36)

Ils sont 33 médecins généralistes actifs formés par le CESU et équipés de matériel d'intervention d'urgence qui interviennent après déclenchement par le SAMU 36, et avec l'engagement simultané d'un SMUR pour les interventions éloignées. Ces médecins peuvent mettre en place les techniques et soins d'urgence pendant la première demi-heure, dans l'attente de l'arrivée de l'équipe du SMUR. En 2009 les MCS ont changé de statut et sont devenus des praticiens extérieurs attachés au Centre Hospitalier de Châteauroux.

	2014	2015	2016	2017	Evolution
MCS	154	175	165	136	-17.5%

SMUR primaires et secondaires extérieurs

Il s'agit des interventions SMUR primaires et secondaires réalisés par les SMUR extérieurs à la demande du SAMU 36.

	2014	2015	2016	2017	Evolution
SMUR Secondaires extérieurs	30	28	40	59	+47.5%
SMUR Primaires extérieurs	13	15	9	10	+11%

L'Hélicoptère du SAMU 36

L'hélicoptère sanitaire du SAMU 36 été mis en service le 17 mars 2003.

	2014	2015	2016	2017	Evolution
HELICO SAMU 36	611	596	582	652	+12%
Primaires	223	260	217	239	+10.1%
Secondaires	388	336	365	413	+13.1%
HELICOS Gendarmerie Primaires	5	21	11	7	-30%
TOTAL Interventions SMUR Hélicoptées	616	617	593	659	+11.1%

Déclenchement Hélicoptères autres SAMU

	2014	2015	2016	2017	Evolution
Hélicos SMUR Ext Primaires	0	0	0	0	0
Hélico SMUR Ext secondaires	22	20	26	49	+88.4%

Interventions Héli SMUR 36 et demandes SAMU extérieurs -

	2014	2015	2016	2017	Evolution
Interventions Héli SMUR 36 Primaires	223	260	217	239	+10.1%
SAMU 36	212	253	213	232	+8.9%
SAMU 18	4	4	3	6	na
Autre Dpts région	0	0	0	0	na
SAMU Hors région	7	3	1	1	na
Hélico SMUR Ext secondaires	388	336	365	413	+13.1 %
SAMU 36	255	216	242	274	+13.2%
SAMU 18	121	113	117	132	+12.8%
Autres SAMU région	3	1	1	5	na
SAMU hors région	9	6	5	2	na
Nombre d'heures de vol	485	478	482	544	+12.8%

Annexe 5 : Questionnaire d'opinion médecins correspondants du SAMU

Ce questionnaire est destiné aux médecins correspondants du SAMU (=MCS) exerçant dans l'Indre.

Madame / Monsieur,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse ayant pour sujet les MCS dans l'Indre.

Je vous remercie par avance de bien vouloir m'accorder quelques minutes afin de partager votre expérience du dispositif.

Vous souhaitant bonne réception et une bonne fin de journée

Charley Leroux

1 – Quel âge avez-vous ?

2 - Êtes-vous un homme ou une femme

- Femme
- Homme

3 - Où exercez-vous ? (Ville)

4 - A quelle distance du SAMU exercez-vous ? (Km)

5 - En quelle année vous êtes-vous installé ?

6 - Depuis quand êtes-vous médecin correspondant du SAMU ? (Année)

7 - Comment avez-vous été recruté ?

8 - Qu'est-ce qui vous a motivé à devenir MCS ?

9 - A quelle fréquence environ intervenez-vous en tant que MCS ?

10 - Pour quels types d'interventions êtes-vous sollicité le plus souvent ?

11 - Le SAMU arrive-t-il rapidement (moins de 30 min) ? (Délai moyen d'arrivée sur les lieux)

- Oui
- Non
- Autre

12 - Avez-vous des difficultés pour renouveler/réapprovisionner le matériel fourni au MCS ? si oui lesquelles ?

13 - Trouvez-vous la rémunération reçue suffisante par rapport à votre investissement ?

- Oui
- Non
- Autre

14 - Suivez-vous les cours organisés par le CESU ? Les trouvez-vous utiles ?

15 - Merci de donner en quelques mots les avantages éventuels d'être MCS (diversification activité, diminution appréhension face aux urgences, augmentation confiance en soi, ...)

16 - De la même façon pourriez-vous décrire les inconvénients éventuels ?

17 - Le fait d'être MCS a-t-il modifié votre pratique de médecin généraliste et si oui en quoi ?

18 - Êtes-vous satisfait de votre statut de MCS ou bien envisagez-vous d'arrêter ?

- Satisfait(e)
- Non Satisfait(e)
- Non satisfait(e) et Souhaite arrêter

19 - Voyez-vous des freins possibles à l'adhésion de nouveaux MCS ? Si oui lesquels ?

20 - Recommanderiez-vous à un confrère/une consœur de devenir MCS ?

- Oui
- Non

21 - Avez-vous quelque chose à ajouter sur le sujet ?

Annexe 6 : Questionnaire d'opinion médecins généralistes non correspondants du SAMU

Madame / Monsieur,

Ce questionnaire est destiné aux médecins généralistes exerçant dans l'Indre et qui n'exercent pas les fonctions de médecin correspondant du SAMU.

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse ayant pour sujet les médecins correspondants du SAMU dans l'Indre et dirigé par le Dr Bertrou.

Je vous remercie par avance de bien vouloir m'accorder quelques minutes afin de m'aider à progresser dans cette tâche essentielle pour mon cursus.

Ce questionnaire a été pensé pour être le plus rapide possible à remplir et n'a pas pour vocation de vous convaincre de quoi que ce soit. Son but est d'évaluer la connaissance du dispositif et de tenter de lister ses points forts et ses points faibles.

Vous souhaitant bonne réception et une bonne fin de journée

Charley Leroux

Questionnaire Thèse Médecin non MCS

1- Êtes-vous ?

- une femme
- un homme

2- Quel âge avez-vous ?

3- Où exercez-vous ? (Ville)

4- En quelle année vous êtes-vous installé ?

5- A quelle distance du SAMU exercez-vous? (en km)

6- Connaissez-vous les médecins correspondants du SAMU (=MCS) ?

- Oui
- Non

7- Si oui comment avez-vous découvert le dispositif ?

- par un confrère
- lors d'une réunion d'information
- par les médias
- par le SAMU
- Autre

8- Vous-a-t-on déjà proposé d'être MCS ?

- oui
- non

9- Si oui pourquoi avez-vous décliné la proposition ?

10- Trouvez-vous que la rémunération brute de 190€ (environ) par intervention soit attractive ?

- oui
- non
- Autre

11- Les médecins correspondants du SAMU bénéficient d'une formation initiale générale se composant de 6 séances de 4h afin de balayer l'ensemble des situations pouvant être rencontrées classiquement en interventions. L'accent est mis sur la mise en pratique des connaissances acquises et l'utilisation du matériel à la disposition des MCS. Trouvez-vous que cette formation initiale est :

- indispensable
- importante
- moyennement importante
- peu importante
- inutile

12- Des formations continues sont ensuite organisées tous les 3 mois (1 soirée) pour approfondir/réactualiser les connaissances et permettre des échanges sur les situations rencontrées (difficultés rencontrées, améliorations à prévoir, ...). 2 séances par an sont recommandées. De la même façon, trouvez-vous que cette formation est :

- indispensable
- importante
- moyennement importante
- peu importante
- inutile

13- Le fait d'être formé à la gestion des situations d'urgences pourrait-il vous inciter à devenir MCS ?

- oui
- non

14- les MCS seraient déclenchés en moyenne 5 fois par an. Le nombre d'intervention variant en fonction de la distance par rapport à un SMUR. Pensez-vous que cette sollicitation soit :

- Faible
- correcte
- trop importante
- Autre

15- Un MCS peut tout à fait refuser d'intervenir ou demander à n'être appelé qu'à certaines heures. Aucune sanction ne pourra lui être appliqué en cas de refus ou d'impossibilité d'intervention. Le MCS est là en complément du SMUR. S'il n'est pas disponible l'intervention se passera sans lui. Le saviez-vous ?

- oui
- non

16- Cela pourrait-il participé à vous convaincre ?

- oui
- non
- Autre

17- les MCS sont équipés d'un sac contenant du matériel et des médicaments leur permettant d'assurer les premiers soins dans l'attente de l'arrivée du SMUR, ainsi qu'une valise ECG permettant la télétransmission. Ce matériel est fourni et remplacé de façon gratuite par le SAMU. Cela vous paraît-il être un plus ?

- oui
- non
- Autre

18- La plupart des MCS interrogés se disent satisfaits et recommanderaient à un collègue d'adhérer au dispositif. Cela vous paraît-il encourageant ?

- oui
- non
- Autre

19- Quels seraient selon vous les freins à l'adhésion au dispositif ?

20- Voyez-vous des améliorations possibles ?

21- Souhaiteriez-vous d'avantage d'informations sur le sujet ?

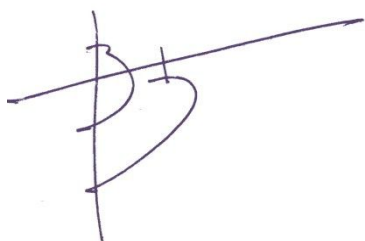
- oui
- non

22- Devenir MCS pourrait-il vous intéresser ?

- oui
- non
- Autre

23- Commentaire libre

Vu, le Directeur de Thèse



DR LAITE VINDOOREN
MEDECIN GENERALISTE
10101736295

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**



LEROUX Charley

101 pages – 2 tableaux – 1 figures – 35 graphiques – 3 illustrations – 3 cartes

Résumé :

Afin d'offrir à chaque français l'accès aux soins d'urgence en moins de 30 minutes, les réseaux de médecins correspondants du SAMU (MCS) ont été identifiés comme un élément à mettre en avant. Cependant plus de 10 ans après leur création officielle le système semble avoir du mal à se répandre. Cette étude avait donc pour objectif d'évaluer le ressenti des médecins généralistes de l'Indre sur le dispositif de MCS, qu'ils en fassent ou non partie, dans un département où celui-ci est relativement bien développé depuis 2007 afin d'identifier auprès des principaux intéressés les avantages et inconvénients du dispositif ainsi que les freins à l'adhésion. La méthode a consisté en une étude qualitative réalisée par questionnaires (1 pour les MCS et 1 pour les non MCS) contenant des questions ouvertes et fermées, diffusés auprès des différents médecins généralistes du département. L'ensemble des 28 MCS du département a répondu au questionnaire et 60 réponses de médecins non MCS ont été recueillies dont 58 exploitables sur les 110 questionnaires distribués. 89% des MCS de l'Indre semblent satisfaits du dispositif et 1 seul souhaitait arrêter. Les avantages pointés par les MCS étaient la formation, le matériel, la diversification d'activité, le travail en équipe, le service rendu, la diminution de l'anxiété alors que les inconvénients avancés étaient tous inhérents aux interventions d'urgence vitale. Concernant les médecins non MCS, seuls 14% des répondants se disaient intéressés pour intégrer le dispositif. Pour les autres, les freins énoncés étaient l'âge, un manque de goût pour l'urgence ainsi qu'un manque de temps, le stress, la proximité et de mauvaise relation avec le SAMU.

Mots clés :

Médecins correspondants du SAMU, Médecins généralistes, Indre, soins d'urgences, réseaux, avantages / inconvénients, freins à l'adhésion.

Jury :

Président du Jury :	Professeur Saïd LARIBI
<u>Directeurs de thèse :</u>	Docteur Jacques BERTROU et Docteur Maïté VANDOOREN
Membres du Jury :	Professeur Denis ANGOULVANT
:	Professeur Franck PERROTIN
:	Docteur Christophe RUIZ
:	
: Date de soutenance :	5 mars 2020