



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2023 N° 081

**QUELLES SONT LES ÉVOLUTIONS DES CURRICULUM VITAE DES
MÉDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU DE LA RÉGION AUVERGNE
RHÔNE-ALPES DEPUIS LA CRÉATION DU RÉSEAU EN 2003 ?**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 1^{er} juin 2023
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

LEYGNIER Mathilde Adriana Yanneth

Née le 14/09/1987 à Ibagué (Colombie)

**Sous la direction de Monsieur le Maître de Conférence Dr ZORZI
Frédéric et Monsieur le Dr BOUQUET Sylvain**

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

Faculté de médecine Lyon-Est
Liste des enseignants 2022/2023

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 2

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
BORSON-CHAZOT	FRANCOISE	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques – Gynécologie médicale.
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d'urgence
CLARTIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d'adulte – Addictologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DU CERF	CHRISTIAN	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LACHAUX	ALAIN	Pédiatrie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
REVEL	DIDIER	Radiologie et imagerie médicale
RIVOTRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
VANDENESCH	FRANÇOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 1

ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie
BERTRAND	YVES	Pédiatrie
CHEVALLER	PHILIPPE	Cardiologie
COTTIN	VINCENT	Pneumologie - Addictologie
DELAHAYE	FRANÇOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophthalmologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie

EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FALVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur – Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUEYFFIER	FRANCOIS	Pharmacologie fondamentale – Pharmacologie clinique – Addictologie.
JULLIEN	DENIS	Dermatologie – Vénérologie
KODJIKIAN	LAURENT	Ophthalmologie
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie générale
MERTENS	PATRICK	Anatomie
MORELON	EMMANUEL	Néphrologie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale
VUKUSIC	SANDRA	Neurologie

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d’urgence
BERTHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING-BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANCOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d’urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d’urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HOT	ARNAUD	Médecine interne
HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et de réadaptation
JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie

KROLAK-SALMON	PIERRE	Médecine Interne - Gériatrie et biologie du vieillissement - Médecine générale - Addictologie
LEJEUNE	HERVE	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MICHEL	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie Infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation - Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
ROY	PASCAL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THALINAT	OLIVIER	Néphrologie
VANHEMS	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	JUSTINE	Pédiatrie
BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine Intensive de réanimation
CRÓUZET	SEBASTIEN	Urologie
CUCHERAT	MICHEL	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie Clinique - Addictologie
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUCRAY	FRANCOIS	Neurologie
DURUISSEAUX	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et Imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
HENAINÉ	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire

LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZ- NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAUT	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

Professeur des universités Classe exceptionnelle 1

PERRU	OLIVIER	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
-------	---------	---

Professeur des universités - Médecine générale Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT
-------------	---------

Professeurs associés de Médecine générale

FARGE	THIERRY
LAINE	XAVIER
PIGACHE	CHRISTOPHE

Maitres de conférences - Praticiens hospitaliers Hors Classe

BENCHAIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction - Gynécologie médicale
CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie
HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie

PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
STREICHENBERGER	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VERONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

Maitres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe – Echelon Exceptionnel

BRINGUIER	PIERRE	Cytologie et histologie
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

Maitres de conférences – Praticiens hospitaliers
Première classe

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SEBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AURORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
HAESEBAERT	JULIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JOSET	LAURENCE	Bactériologie virologie Hygiène hospitalière
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

Maitres de conférences – Praticiens hospitaliers
Seconde classe

BAUDIN	FLORENT	Pédiatrie
BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AURORE	Chirurgie infantile
CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
KOENIG	ALICE	Immunologie
LACON REYNAUD	QUITTERIE	Médecine Interne - Gériatrie - Addictologie
LJLOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pédiatrie
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VILLANI	AXEL	Dermatologie - Vénérologie

Maitres de conférence

Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

Maîtres de conférences

Classe normale

DALIBERT	LUCIE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

Maîtres de conférences de Médecine Générale

CHANELIERE	MARC
LAMORT-BOUCHE	MARION

Maîtres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

Maîtres de conférences associés Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et de réadaptation
------------	--------	--------------------------------------

Professeurs émérites

BEZIAT	JEAN LUC	Chirurgie maxillo faciale et Stomatologie
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé
DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine Intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction - Gynécologie médicale
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
LERMUSIAUX	PATRICK	Chirurgie vasculaire
MAUGUIERE	FRANCOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVIE	Cancérologie - Radiothérapie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques

RUDIGOZ	RENE-CHARLES	Gynécologie - Obstétrique
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAINÉ	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

Remerciements

A mon Président du jury, Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE, je vous remercie infiniment de l'honneur que vous me faites, en acceptant de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Thierry FARGE et le Professeur Christophe PIGACHE, je vous adresse mes plus sincères remerciements pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail. Recevez pour cela le témoignage de toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Guillaume DEBATY, membre invité du Jury, j'ai passé beaucoup de temps dans votre service du CHU de Grenoble en tant qu'externe, aux urgences, au SAMU et au SMUR. Je me souviendrais toujours de l'enseignement dont j'ai pu bénéficier « chez vous ». Par ailleurs, en raison de votre implication dans le réseau MCS, c'était pour moi une évidence de vous proposer d'expertiser mon travail. Je vous remercie d'avoir accepté ma demande. Recevez en ces termes ma plus profonde gratitude.

A mon directeur de thèse, le Maître de Conférence Frédéric ZORZI, je vous remercie infiniment de m'avoir guidée et soutenue tout au long de ce travail qui marque la fin de mes études. Cela a été un véritable plaisir d'échanger avec vous. Votre écoute, votre rapidité, et votre implication m'ont permis d'avancer rapidement en toute sérénité.

A Monsieur le Docteur Sylvain BOUQUET, je te dois une grande partie de cette scolarité médicale. Avant même de faire partie des vôtres, tu m'as fait confiance et tu m'a soutenue dans ce projet fou de la passerelle. Grâce à tes conseils, grâce à ton écoute, j'ai pu aller jusqu'au bout de cette magnifique aventure. Mentor, maître de stage puis dernièrement directeur de thèse, je te suis profondément reconnaissante de tout ce que tu as fait pour moi.

A Docteur Romain SCALLE du département des biostatistiques des HCL pour votre aide précieuse à l'étude de mes chiffres et de mes analyses statistiques. Merci pour votre implication. Je vous remercie sincèrement.

Je tiens à remercier l'ensemble des médecins qui ont répondu à mon questionnaire ainsi qu'à Aurélie et Marie, pour le temps qu'elles ont pris pour me transmettre l'intégralité des informations du réseau MCS nécessaire à ce travail.

A tous les médecins que j'ai rencontrés au cours de ce projet et qui ont fait de moi le médecin que je serai demain, je veux citer :

Le Professeur Morelon du service des Greffes d'HEH

Le Dr Nicoli de l'Ordre de Malte ainsi que Raphaëlle Oudart,

Les médecins de Lamastre, particulièrement les Docteurs Madame et Monsieur Bouit.

Le Dr Morin, le Dr Alogna, le Dr Benazouz, le Dr Chelimi de la PDS/SAMU de l'Ardèche

Le Dr Proust qui m'a formée à l'entretien pour la passerelle

Le Professeur Schwebel, chef de service de la réanimation du CHU de Grenoble,

Le Dr Jospin du Smur de Grenoble
Le Dr Coclitu et le Dr Khane de la neurologie de CHU de Grenoble,
Le Dr Larue, ma tutrice, pour sa patience sans faille avec nous les étudiants,
Le Dr Zamour, cheffe de service des urgences de Valence,
Les Dr Restier, Rimet, Leguen, Delassara des urgences de Valence,
Les Dr Roux et Bertrand du service de gynécologie et d'obstétrique de Valence,
Le Dr Audigier de la cardiologie d'Aubenas
Le Dr Piazza et le Dr Cardi de Corse
Le Dr Lagier de la pédiatrie de Vienne.
Chacun de vous a eu un impact positif sur mon cursus, je ne l'oublierais pas.

A mon fiancé, qui sans lui, toute cette aventure médicale n'aurait jamais existée. Tu as cru en moi et tu m'as permis de me dépasser et d'arriver au bout. Tu as dû assumer tant de choses notamment sur le plan familial pour me permettre de m'épanouir dans les études et mon futur métier. Avec toi maintenant, commence une nouvelle vie. Je t'Aime.

A Antonino, notre fils, qui a été LA motivation à avancer vite, le plus vite possible pour t'accueillir confortablement dans notre nouvelle vie. Pour ce travail, j'ai dû me séparer de toi tant de fois. J'espère que tu ne m'en voudras pas. Ta Maman qui t'Aime.

A mes parents qui m'ont transmis la valeur du travail et de l'écoute. Vous m'avez beaucoup aidé à tenir la fonction d'étudiante et Maman à la fois. A mon frère, qui de part ses conseils avisés à toujours su me guider.

A Papi et à Mamie, des oreilles attentives et bienveillantes, toujours à l'affût de mes avancées et de mon bien-être dans ce que j'entreprenais. Un lien si fort nous unissait et nous unis encore !

A mon parrain et Marie Madeleine qui m'ont soutenus à chaque étape de ce long périple. Vos sourires et votre soutien m'ont été très précieux.

A ma marraine qui a toujours cru en moi, par tes petits mots, je savais que j'empruntais le bon chemin.

A toute ma famille et ma Belle-Famille, qui, par leur bienveillance m'ont soutenu dans ce projet.

A notre groupe de 4, tous passerelliens, Ana, Sandrine, Sylvain sans qui l'externat n'aurait jamais eu la même saveur.

A Simone, des rires et des larmes mais surtout des rires. Les difficultés ça renforce les liens ! A tous les internes qui ont croisé ma route et que je ne peux pas citer.

A l'équipe de la pharmacie Championnet de Grenoble qui ont toujours été d'un soutien sans faille dans mon projet. Que de bons souvenirs !

A tous mes ami(e)s qui m'ont soutenus dans cette belle aventure. A plusieurs, on va plus loin.

A toutes celles et ceux que je ne peux pas nommer qui ont été de près ou de loin important dans tout ce cheminement. Je vous remercie sincèrement.

Abréviations

ACLS : Advanced Cardiac Life Support
AMU : Aide Médicale Urgente
ARM : Agent de Régulation Médical
ARS : Agence Régionale de Santé
AuRA : Auvergne Rhône Alpes (Région)
AVP : Accident de la Voie Publique
BNSSA : Brevet National de Sécurité et de Sauvetage Aquatique
CAMU : Capacité de Médecine d'Urgences
CESU : Centre d'Enseignements de Soins d'Urgence
CRRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels
CV : Curriculum Vitae
DES : Diplôme d'Etude Spécialisé
DESC : Diplôme d'études spécialisé complémentaire
DESMU : Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine d'Urgences
D(I)U : Diplôme (Inter) Universitaire
ECN : Examen Classant National
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HPST : Hopital, Patient, Santé, Territoire
IDE/IBODE/IAD/ISP : Infirmière Diplômé d'Etat/de Bloc/d'Anesthésie/Sapeur Pompier
MCS : Médecin Correspondant du SAMU
MG : Médecin Généraliste
PDS(A) : Permanence des Soins (Ambulatoires)
PTHLS : Pré Hospital Trauma Life Support
RANP : Réanimation Avancée Néonatale et Pédiatrique
SAS : Service d'Accès au Soins
SAMU : Service d'Aide Médical Urgente
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR : Service Mobile d'Urgence et Réanimation
SP : Sapeur Pompier
SPP : Sapeur Pompier Professionnel
SPV : Sapeur Pompier Volontaire
SSSM : Service de Santé et de Secours Médical
SSR : Soins de suite et de réadaptation
TC : Traumatisme Crânien

Table des matières

Remerciements	11
Abréviations	14
Table des matières	16
Table des tableaux	19
Table des illustrations et schémas	20
Table des schémas	20
Table des graphiques	20
Avant-Propos	21
Introduction	22
A. Organisation de la Santé en France	22
1. Le ministère de la santé et de la prévention	22
2. Les Agences régionales de santé (ARS)	22
3. Les effecteurs de l'Aide Médicale d'Urgence (AMU)	23
a. Centre de régulation des appels / SAMU (15)	23
b. SMUR	24
c. Sapeurs-Pompiers (SP)/SDIS (18)	24
d. Ambulances privées	25
e. Police et gendarmerie (17)	25
f. Médecins généralistes libéraux	25
4. Les Réformes des études en Santé	25
B. La prise en charge de l'urgence sur le secteur Auvergne Rhône-Alpes	28
1. Géographie	28
2. Les SAMU et SMUR	29
3. Les Médecins généralistes et MCS en AuRA	31
C. Les Médecins correspondant du SAMU	33
1. L'Histoire	33
2. Le cadre légal	33
3. Le déploiement géographique	35
a. En France	35
b. En Rhône Alpes	35
4. Les MCS de la région AuRA	36
a. Caractéristiques du réseau MCS Nord-Alpin et Auvergne	37
b. Caractéristiques du réseau MCS Drôme/Ardèche	38
5. Leurs missions	39
6. La formation	39
7. Le matériel et les médicaments	40
8. L'inventaire MCS/SMUR : les différences	41
D. Le contexte de l'étude	43
Matériel et méthode	46
A. Matériel	46
1. Le type d'étude	46

2. L'échantillonnage	46
B. Méthode	46
1. Stratégie documentaire	46
2. Mode de recueil des données	47
3. Le questionnaire	47
4. Exclusion des données	48
5. Analyses statistiques	48
6. Ethique	49
Résultats	51
A. Les données globales et épidémiologiques	51
1. Inclusion et exclusion des données	51
2. Les Données épidémiologiques	52
B. Section 1 : Parcours personnel jusqu'à la fin de l'externat	52
1. Les engagements personnels péri-scolaire(s)	52
2. Le parcours d'externe sur l'approche de l'urgence	53
C. Section 2 : Parcours personnel jusqu'à la fin de l'internat	53
1. A quelle période avez-vous passé le concours de l'internat	53
2. Les stages de l'internat en lien avec l'urgence vitale	54
3. L'année de la thèse	55
4. Le choix du diplôme d'état médical ou de la spécialité	55
D. Section 3 : Parcours professionnel après l'internat	56
E. Section 4 : Formation complémentaire à l'urgences	57
1. Les formations donnant accès à la qualification d'urgentiste : CAMU ou « Capa », DESC	57
2. Les autres formations d'urgences « non qualifiantes »	57
F. Section 5 : Parcours atypique	58
1. Les différents parcours atypiques	58
2. Médecins de montagne	58
G. Section 6 : Importance du parcours dans le choix de devenir MCS	59
1. Les éléments décisifs du parcours dans le choix de devenir MCS	59
2. La notion d'obligation de « service public »	59
3. Choix de parcours uniquement en vue de devenir MCS	60
H. Section 7 : Le statut professionnel des MCS	60
1. Le statut actuel	60
2. Le mode d'exercice	61
I. Catégorie 8 : MCS	62
1. Evaluation de la formation continue MCS dispensée en AuRA	62
2. A quelle période du parcours la formation MCS a été réalisée	62
3. Depuis combien de temps, exercez-vous la fonction de MCS ?	63
4. Le statut actif ou démissionnaire	63
5. Les causes de démissions	63
J. Section 9 : épidémiologie /réponses libres	64
K. Résultats statistiques des clés d'agrégation	64
L. Analyse transversale	65
Discussion	68

A. Caractéristiques de la population	68
1. Genre et âge	68
2. Thèse	68
3. Statut d'inscription à l'Ordre des Médecins	69
4. Les MCS démissionnaires et les retraités	69
5. Durée d'engagement des MCS	70
B. Description des CV	70
C. Les étapes clés pour devenir MCS	73
D. Les données des clés d'agrégation	76
E. Les données de l'analyse transversale	77
F. Les perspectives de l'étude	79
G. Les critiques de l'étude	81
Conclusion	83
Le Serment d'Hippocrate	85
Bibliographie	86
Annexes	90
Annexe 1 : Dotation MCS	90
Annexe 2 : Questionnaire	95
Annexe 3 : Ensemble des mentions écrites à la question « Pouvez-vous précisez quel(s) type(s) de formation(s) avez-vous réalisé(s) (DU, CESU ou autre) »	98
Annexe 4 : Ensemble des mentions écrites à la question « Décrivez votre parcours atypique »	101
Annexe 5 : Ensemble des mentions écrites à la question « si vous souhaitez préciser des éléments, c'est à vous »	102
Abstract	106
Signatures	107

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques d'âge des nouveaux inscrits au réseau MCS Auvergne Nord-Alpin entre 2017 et 2022.....	p.37
Tableau 2 : Caractéristiques d'âge des nouveaux inscrits au réseau MCS Drôme/Ardèche entre 2017 et 2022.....	p.38
Tableau 3 : Principales différences de dotation entre les MCS du réseau Drôme/Ardèche et le SMUR de Valence.....	p.41-42
Tableau 4 : Clés d'agrégation des variables analysées.....	p.49
Tableau 5 : Répartition des activités péri-scolaires pratiquées par les MCS.....	p.53
Tableau 6 : Les parcours d'urgence lors de l'externat.....	p.53
Tableau 7 : Répartition des MCS selon la période de leur internat.....	p.54
Tableau 8 : Les parcours d'urgences lors de l'internat.....	p.55
Tableau 9 : Liste des spécialités sélectionnées par les MCS pour le 3ème cycle des études médicales.....	p.56
Tableau 10 : Parcours professionnel post-universitaire des MCS.....	p.56
Tableau 11 : Parcours de formations complémentaires diplômantes en urgence réalisés par les MCS.....	p.57
Tableau 12 : Ensemble des formations complémentaires en urgence réalisées par les MCS.....	p.58
Tableau 13 : Dénomination et nombre des principaux parcours atypiques réalisés par les MCS.....	p.58
Tableau 14 : Importance du parcours dans le choix de devenir MCS.....	p.59
Tableau 15 : Importance de la notion de service public dans le choix de devenir MCS.....	p.60
Tableau 16 : Choix de parcours délibéré pour devenir MCS.....	p.60
Tableau 17 : Statut d'inscription au Tableau de l'Ordre des médecins des MCS.....	p.61
Tableau 18 : Modes d'exercice des MCS.....	p.61
Tableau 19 : Période de réalisation de la première formation MCS.....	p.63
Tableau 20 : Durée d'engagement dans le réseau MCS.....	p.63
Tableau 21 : Les causes de démissions.....	p.64
Tableau 22 : Distribution des types de formations initiales et continues en fonction du régime de formation initiale.....	p.64
Tableau 23 : Distribution des types de formations initiales et continues en fonction du sexe.....	p.65
Tableau 24 : Représentation des étudiants en première année d'internat d'urgence sur leur future carrière.....	p.64

Table des illustrations et schémas

<i>Illustration 1 : Les départements et les massifs montagneux de la région AuRA</i>	p.29
<i>Illustration 2 : Les groupements hospitaliers de la région AuRA</i>	p.31
<i>Illustration 3 : Cartographie des réseaux MCS de France</i>	p.35
<i>Illustration 4 : Le réseau MCS en AURA</i>	p.36
<i>Illustration 5 : Le rôle des MCS</i>	p.39
<i>Illustration 6 : Représentation des étudiants en première année d'internat d'urgence sur leur future carrière</i>	p.72

Table des schémas

<i>Schéma 1 : Inclusion des données</i>	p.51
---	------

Table des graphiques

<i>Graphique 1 : Pyramide des âges des MG au national en 2022</i>	p.32
<i>Graphique 2 : Pyramide des âges des MG en AURA en 2017</i>	p.32
<i>Graphique 3 : Pyramide des âges des MCS en 2022</i>	p.52
<i>Graphique 4 : Diagramme représentant la répartition ainsi que le nombre de MCS selon les années de thèse</i>	p.55
<i>Graphique 5 : Impact de la formation continue MCS dans le choix de maintenir l'engagement et la fonction de MCS</i>	p.62
<i>Graphique 6 : Courbe des moyennes d'âge selon le parcours professionnel/formation(s) en urgences</i>	p.66
<i>Graphique 7 : Courbe des pourcentages des expériences professionnelles/formations en urgence réalisées en fonction du sexe des MCS</i>	p.66
<i>Graphique 8 : Courbe des pourcentages des différents parcours des MCS selon le régime de formation initiale</i>	p.67

Avant-Propos

Dans cette période où la désertification médicale est un sujet d'actualité^[1], les médecins généralistes (MG) dans les zones rurales doivent faire face à de nombreuses difficultés et parmi elles : les patients en situation d'urgence vitale.

En région Auvergne Rhône Alpes (AuRA), plusieurs associations regroupées sous le terme de Médecin Correspondant du SAMU (MCS) se sont créées, permettant au médecins généralistes volontaires d'être davantage formés à la prise en charge des patient en situation de détresse vitale.

Dans les zones reculées, la problématique est le temps d'arrivée d'une équipe du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Selon le type de route, les conditions météorologiques, il peut mettre plus de 30 minutes pour arriver auprès de la victime avec une perte de chance considérable pour le patient. Le MCS, effecteur de proximité intervient pendant le délai d'attente du SMUR afin de prodiguer les premiers soins, de mieux aiguiller le médecin régulateur du SAMU sur les besoins médicaux nécessaires et de gérer les équipes de secours sur place.

Introduction

A. Organisation de la Santé en France

1. Le ministère de la santé et de la prévention

Le ministre de la Santé et de la Prévention prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement dans les domaines de la santé publique et de l'organisation du système de santé [2].

Sous réserve des compétences du ministre de l'Action et des Comptes publics, il prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement dans le domaine de la protection sociale.

De manière plus précise, le ministre et son ministère gèrent la prévention en santé et les soins en santé. Pour cela, grâce à différentes instances dépendantes du ministère, ils doivent élaborer et mettre en œuvre la politique de protection de la santé. C'est depuis le ministère qu'émanent les décisions qui vont intervenir sur les professions médicales, paramédicales et les agents de la fonction publique hospitalière. Ils participent à la recherche et la promotion de l'innovation dans le domaine de la santé[2].

Conjointement avec le ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, ils mettent en place les règles relatives aux régimes et à la gestion des organismes de sécurité sociale ainsi qu'aux organismes complémentaires, en matière d'assurance vieillesse, de prestations familiales, d'assurance maladie et maternité[2]. En lien avec le Ministère du Travail, ils traitent en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Enfin, conjointement avec le Ministère de l'Economie, ils sont chargés de la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale et du suivi de son exécution[2].

Le ministère a autorité sur de nombreuses structures, dont les agences régionales de santé (ARS), établissements publics en charge de la politique de santé dans les régions et de son financement[2].

2. Les Agences régionales de santé (ARS)

Les ARS ont été instaurées par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » HPST du 21 juillet 2009[3]. Elles ont pour missions principales de piloter et de réguler l'offre de soins dans chaque région. Elles sont au nombre de 17 depuis la fusion de certaines régions.

Les ARS ont pour objectifs[3] :

- La veille, la sécurité sanitaire et l'observation de la santé
- La définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé. Elle s'occupe des services médico-sociaux

- L'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le Préfet

Les ARS gèrent les budgets et la coordination de projets de soins.

Dans le cadre du dispositif MCS, c'est l'ARS Auvergne Rhône-Alpes qui a eu pour mission de coordonner les différents effecteurs (Hopital/SAMU/associations) et d'adapter les besoins selon les territoires. Elle finance le dispositif de manière pérenne.

3. Les effecteurs de l'Aide Médicale d'Urgence (AMU)

a. Centre de régulation des appels / SAMU (15)

Le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) est un service hospitalier départemental. Chaque SAMU possède un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) ou « centre 15 ». Il abrite aussi souvent un CESU (centre d'enseignement des soins d'urgences).

Le SAMU a pour mission d'assurer ^[4] :

- 24/24h une réception des appels et la possibilité de donner un avis médical dans le cadre de l'AMU (Aide Médicale Urgente) ou de la PDSA (Permanence Des Soins Ambulatoires).
- Un moyen de transport d'hospitalisation public ou privé adapté aux mieux à l'état de santé du patient et des véhicules disponibles
- Un lieux d'accueil d'hospitalisation en fonction de l'état de santé du patient
- La continuité du suivi médical du patient de son lieu d'appel à sa prise en charge par une équipe soignante
- De coordonner les moyens de transports
- De coordonner les moyens de secours entre SAMU en cas de plan blanc sur le secteur considéré.

Pour remplir l'ensemble des missions, le centre 15 est pourvu d'Assistants de Régulation Médicale (ARM) qui réceptionnent les appels puis les orientent en fonction de la demande du requérant. Ils ont l'obligation d'identifier et de localiser la victime, d'analyser le degré d'urgence et la nature de la demande. Leur formation leur permet de déclencher eux-même le SMUR ou les pompiers en « départ réflexe » en cas d'ACR et autres situations très graves prédéfinies par des protocoles. Dans tous les cas, ils réfèrent au(x) médecin(s) régulateur(s) ou médecin(s) de la PDSA présents sur la plateforme.

Le médecin régulateur est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (SMUR, pompiers, ambulanciers, médecins généralistes) en vue d'apporter la réponse la plus adaptée à l'état du patient et de veiller à ce que les soins nécessaires lui soient prodigués.

Il doit estimer le degré de gravité clinique avérée ou potentielle du patient, l'apprécier en fonction du contexte, des délais d'intervention et des ressources disponibles.

Depuis peu existe une nouvelle entité dénommée SAS « Service d'Accès aux Soins », qui a pour but d'apporter plus de solutions de prise en charge médicale aux patients qui appellent le SAMU^[5]. Il apporte des financements complémentaires au SAMU.

b. SMUR

Le SMUR est un service hospitalier qui possède une ou plusieurs unités mobiles intervenant 24/24h, sur décision du médecin régulateur, en tous lieux et sur l'ensemble du territoire pour des motifs d'urgences vitales.

L'équipe est composée selon les régions et les SMUR, d'un(e) médecin dit « urgentiste », d'un(e) infirmier(e), de 1 à 2 ambulancier(s). Il existe des véhicules de transport de victimes ainsi que des véhicules de transport d'équipe et/ou matériels.

L'équipe SMUR peut se rendre au chevet d'un particulier dans une maison individuelle, comme il peut se rendre dans un établissement de soins (EHPAD, SSR, etc). Il peut également faire du transport médicalisé entre deux hôpitaux.

Il existe des unités spécialisées comme par exemple la cellule de néonatalogie qui gère les transferts des nouveaux-nés et nourrissons jusqu'à leur 28^{ème} jour de vie.

c. Sapeurs-Pompiers (SP)/SDIS (18)

Les sapeurs-pompiers sont des maillons de la chaîne de l'urgence médicale. Ils étaient 252.700 au 31 janvier 2021 avec majoritairement des pompiers volontaires^[6]. De par leur nombre, leur formations et leur répartition sur le territoire, ils sont en capacité de répondre à de très nombreuses demandes.

Ils interviennent dès qu'il y a notion d'urgence vitale. Ce sont toujours les premiers effecteurs sur le terrain.

Leurs connaissances leur permettent d'être à même de demander des moyens médicaux supplémentaires en cas de besoin.

Ils sont sollicités pour des urgences relatives, nécessitant une prise en charge secouriste.

d. Ambulances privées

Les ambulanciers bénéficient d'une formation de 6 mois avec l'obligation de réussir la formation aux gestes de premiers secours.

Les sociétés d'ambulance privées assurent 3 types de transports.

- Les courses « taxi » pour des RDV programmés (consultation, pré-hospitalisation)
- Les courses « ambulance » couchées pour les personnes impotentes vers des RDV programmés.
- Les ambulances couchées assurent aussi le transport des requérants au SAMU lors de besoin de transfert de patient vers une structure de soins quand ils ne sont pas en état de se déplacer seuls.

e. Police et gendarmerie (17)

Il sont des effecteurs des urgences « civiques ». Ils peuvent être amenés à intervenir sur des situations d'urgences médicales en association avec les pompiers et /ou avec le SMUR en cas de complications comme un refus de coopération, la mise en danger des équipes, en cas de mort suspecte et pour les accidents/incidents sur voie publique.

f. Médecins généralistes libéraux

L'ensemble des MG voient environ 2 millions de patients par jour dont 19% des demandes de soins correspondent à des motifs d'urgence^[7].

Les médecins libéraux sont sollicités par les SAMU. Ils peuvent être contactés par appel direct du médecin régulateur dans le cadre de la permanence de soins. Ils peuvent aussi être sollicités dans le cadre de l'urgence si ces derniers sont inscrits au réseau MCS de leur région ou département.

Les médecins libéraux participent à la permanence de soins (PDS). La PDS est accueillie en maison médicale de garde ou en cabinet selon l'organisation locale.

4. Les Réformes des études en Santé

Un peu d'Histoire^{[8][9]} :

« Napoléon Bonaparte crée le concours républicain des études de médecine.

La date officielle de la création de l'Internat des hôpitaux de Paris est le 4 ventôse de l'an X, soit, le 10 février 1802. Cette publication présente 121 articles qui décrivent l'essentiel des caractéristiques, qui perdurent pendant deux siècles, de cette école de médecine. Il existe alors une pratique hospitalière indépendante des examens de faculté qu'il est nécessaire de passer avec succès pour avancer dans le cursus universitaire. Cette épreuve, qui répond au souci républicain d'écartier tout favoritisme et qui est maintenue jusqu'à la dernière réforme de 2020, a conduit à la suppression de toutes épreuves orales. Le premier concours de l'internat de Paris a été organisé le 13 septembre 1802 (26 fructidor an X). Rapidement, les hôpitaux de Provinces s'organisent de la même manière.

Le « Règlement général pour le Service de Santé » du 4 Ventôse précise le mode de recrutement et l'attribution du rôle des futurs internes. Ce règlement a permis de codifier un mode d'apprentissage qui était déjà très largement pratiqué. Depuis plusieurs siècles, de jeunes médecins appelés communément « compagnons internes » aident les médecins et les chirurgiens dans les hospices. Ils sont communément appelés internes car ils vivent sur place dans l'hôpital ce qui permet d'avoir une permanence médicale 24/24h. Par leur présence journalière, ils peuvent à la fois servir et apprendre ».

On parlera d' « internat hospitalier » de 1802 à 1982 car les épreuves sont organisées par les hôpitaux et non par les facultés.

Au cours de ces années, une première révolution opère. C'est l'admission des femmes au concours de l'internat. Dès 1883, les femmes sont autorisées à participer au concours de l'Internat. Cependant, la première femme à réussir le concours de l'Internat des Hôpitaux de Paris et à être acceptée parmi les hommes, est l'américaine Augusta KLUMPKE, future grande neurologue^[10]. La première femme à réussir le concours de l'Internat de province est Glafira ZIEGELMANN à Montpellier en 1897^[11].

A partir de 1948, on permet aux internes intéressés de participer à des projets de recherches en même temps que leur internat afin d'attirer des jeunes médecins dans un cursus double et ainsi d'augmenter les chances de découvertes médicales ou scientifiques sur le territoire qui ont parfois fait défaut lors de la Seconde Guerre mondiale^{[8][9]}.

La seconde révolution, c'est la création en 1958 des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU), qui instaure le plein temps hospitalier et intègre dans un même corps les enseignants de médecine et les médecins des hôpitaux publics désormais recrutés par un concours commun sur titres dans chaque spécialité, le CES ou certificat d'études spécialisées^{[8][9]}.

A la suite des grèves de mai 1968 auxquelles participent les étudiants en médecine, l'Internat n'est pas remis en cause. En revanche, le concours de l'externat, lui, est supprimé pour permettre à tous les étudiants, et en particulier aux stagiaires d'autrefois de bénéficier, sous le nom d'étudiants hospitaliers, de la formation pratique qui était apportée par l'Externat. Cette réforme a eu pour conséquence d'attirer un grand nombre d'étudiants et d'aboutir à la création du Numérus Clausus en fin de première année de médecine en 1971^{[8][9]}.

A partir de 1982, on passe dans la période dite de l'« internat universitaire ». Les épreuves qualifiantes pour aboutir au titre de médecin sont dorénavant organisées par les universités et non plus par les hôpitaux. Dès lors, le seul moyen d'accéder aux spécialités médicales, y compris les spécialités non soignantes comme la santé publique est de passer le concours de l'internat. Ceux qui

ne veulent ou ne peuvent pas passer le concours de l'Internat se tournent vers la médecine générale. Ils prennent le nom de résidents pour éviter toute confusion avec celui d'interne^[12].

La suite logique est l'apparition des DES (Diplôme d'études spécialisés) qui constituent alors un complément du Diplôme de Docteur en Médecine.

A noter que cette loi promulguée en 1982 est seulement mise en application en 1985. Il est également instauré avec cette loi l'obligation de faire quelques semestres en centre hospitaliers périphériques^[12].

Le décret n°91-1135 du 28 octobre 1991 définit le temps de résidanat pour les futurs médecins généralistes à 2 ans puis ce temps est régulièrement rallongé jusqu'aux promotions de 2001 où le résidanat dure 3 ans.

En 2004 est créé l'examen classant national^[13]. Cet examen est obligatoire pour tous les étudiants quelque soit la spécialité choisie. Tous les étudiants en médecine désormais sont obligés de devenir internes des Hôpitaux. L'ancien résidanat devient alors l'internat de médecine générale, dans le cadre du processus de revalorisation de cette profession désertée de façon inquiétante.

En 2010, il est décidé une fusion de la première année du premier cycle d'études médicales avec la pharmacie et devient la PACES. (Première année commune aux études de Santé : kinésithérapie, sage femme, pharmacie, dentaire).

L'Arrêté du 12 avril 2017 n°0089 publié au Journal Officiel, portant sur l'organisation du troisième cycle des études de médecine apporte une refonte complète de l'internat^[14]. Les formations médicales, chirurgicales et biologiques durent désormais entre trois et six ans à compter de la septième année des études de médecine. Le troisième cycle est séparé en 3 phases : la phase socle pendant un an, la phase d'approfondissement pendant deux à trois ans selon la spécialité et la phase de consolidation, elle, dure, un ou deux ans selon la spécialité avec l'apparition du statut de Dr Junior.

Certains nouveaux DES (Diplôme d'Etat de Spécialité) voient le jour, c'est le cas notamment du DES de médecine d'Urgences. Avec cette nouvelle réforme, on tend vers l'hyper-spécialisation.

De ce fait, jusqu'en novembre 2017 pour obtenir un statut d'urgentiste et travailler dans des urgences/SMUR, il fallait suivre le DES de Médecine Générale puis des formations complémentaires en urgences comme la capacité d'urgences (CAMU) ou le DESC d'urgences (Diplôme d'études spécialisées) ou un DU (diplôme universitaire) et un parcours hautement tourné vers l'urgence.

En toute logique, la réforme de 2017 a supprimé le DESC d'urgences, la CAMU. La seule voie d'accès à l'Urgence est désormais le DES de Médecine d'Urgence (DESMU).

B. La prise en charge de l'urgence sur le secteur Auvergne Rhône-Alpes

1. Géographie

La région Auvergne Rhône Alpes dite AuRA comprend actuellement deux entités administratives régionales qui se sont regroupées en 2016 réparties en 12 départements^[15].

- Rhône-Alpes : regroupant 8 départements et 3 grandes agglomérations, Lyon, Grenoble et St Etienne.
 - Département de L'Ain (01)
 - Département de l'Ardèche (07)
 - Département de la Drome (26)
 - Département de l'Isère (38)
 - Département de la Loire (42)
 - Département du Rhône (69)
 - Département de la Savoie (73)
 - Département de la Haute-Savoie (74)

- L'Auvergne constituée autour de la zone d'influence économique de Clermont-Ferrand et comprenant 4 départements :
 - Département de l'Allier (3)
 - Département du Cantal (15)
 - Département de la Haute-Loire (43)
 - Département du Puy de Dôme (63)

La région AuRA est une grande collectivité territoriale qui comprend un conseil régional avec un Président et un conseil économique, social, environnemental, régional, organe non élu et aux attributions consultatives.

Cette région représente un total de 7 877 698 habitants. Elle est répartie sur un territoire de 69 711 km², structurée par des massifs montagneux qui encadrent des secteurs de plaines^[16].

A l'Ouest, se trouve le Massif Central, ancienne région volcanique qui s'étend du Cantal à l'Ardèche et qui explique la formation de nombreuses vallées reculées d'accessibilité compliquée.

Au nord, on trouve le massif Jurassien qui étend une partie de ses reliefs sur le département de l'Ain.

A l'est et sud-est, les Alpes dont ses contreforts (notamment du Vercors) couvrent la totalité des départements de la Savoie et de la Haute Savoie et une partie des départements de la Drome et de l'Isère. Dans l'ensemble de ces départements, il existe des zones particulièrement difficiles d'accès et pourtant relativement peuplées.

La région AuRA offre des particularités démographiques et géographiques qui peuvent expliquer un essor important du réseau MCS.

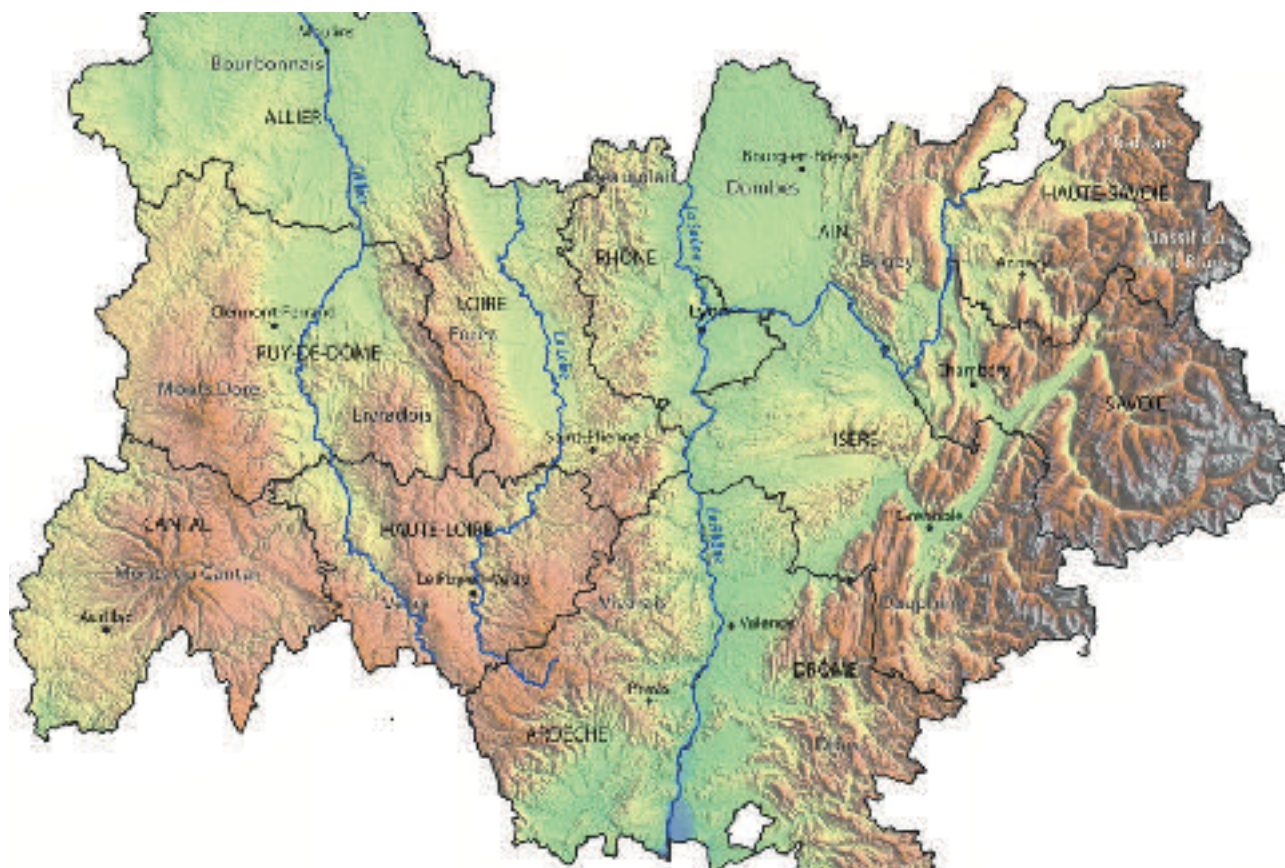


Illustration 1 : Les départements et les massifs montagneux de la région AuRA

2. Les SAMU et SMUR

La région Auvergne Rhône-Alpes compte 234 établissements de santé de courts séjours en médecine, chirurgie et obstétrique, dont 165 hôpitaux publics, centres hospitaliers et 69 cliniques privées dont 90 établissements possédant un service d'accueil d'urgence^{[17][18][19]}.

En Rhône - Alpes

- Département de l'Ain (01)
 - 1 SAMU
 - 1 CESU
 - 3 SMUR (Amberieu, Bellay, Oyonnax)
 - 5 Services d'Urgences
- Département de l'Ardèche (07)
 - 1 SAMU (Privas)
 - 1 CESU
 - 2 SMUR (Annonay, Aubenas)
 - 4 Services d'Urgences
- Département de la Drome (26)
 - 1 SAMU (Valence)
 - 1 CESU
 - 3 SMUR (Valence, Romans, Montélimar)
 - 6 services d'Urgence
- Département de l'Isère (38)
 - 1 SAMU (Grenoble)
 - 1 CESU
 - 4 SMUR + 1 antenne Médical de Secours en Montagne (Grenoble, Voiron, Vienne et Bourgoin)
 - 10 services d'Urgences
- Département de la Loire (42)
 - 2 SAMU (ST Etienne, Roanne)
- 1 CESU
- 4 SMUR (Feur, Montbrison, St Etienne, Roanne)
- 10 services d'Urgences
- Département du Rhône (69)
 - 1 SAMU (Lyon)
 - 1 CESU
 - 5 SMUR (Hopitaux de Lyon, Villefranche, Tarrare) et 2 SMUR pédiatrique/néonatal (Hôpitaux de Lyon)
 - 21 Services d'Urgences
- Département de la Savoie (73)
 - 1 SAMU (Chambery)
 - 1 CESU
 - 5 SMUR (Chambéry, Aix les bains, ST Jean de Maurienne, Albertville, Bourg St Maurice)
 - 7 Services d'Urgence
- Département de la Haute Savoie (74)
 - 1 SAMU
 - 1 CESU
 - 5 SMUR (Annecy, Annemasse, Salanches, Thonnon les bains)
 - 8 Services d'Urgences

En Auvergne

- Département de l'Allier (3)
 - 1 SAMU
 - 1 CESU
 - 2 SMUR (Montluçon, Vichy)
 - 4 services d'Urgences
- Département du Cantal (15)
 - 1 SAMU
 - 1 CESU
 - 2 SMUR (Mauriac, St Flour)
 - 3 services d'Urgences
- Département de la Haute-Loire (43)
 - 1 SAMU (Le puy-en-Velay)
 - 1 CESU
 - 2 SMUR (Brioude, Puy-en-Velay)
 - 2 Services d'Urgence
- Département du Puy de Dôme (63)
 - 1 SAMU
 - 1 CESU
 - 5 SMUR (Clermont Ferrand, Riom, Thiers, Ambert, Issoire)
 - 8 services d'urgences

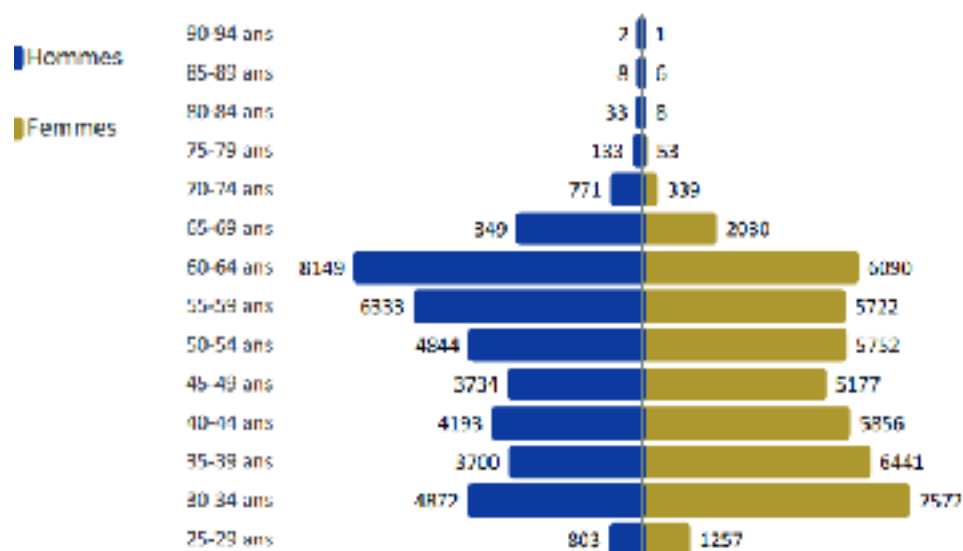
Les effecteurs de soins d'urgences sont répartis sur l'ensemble du territoire mais les caractéristiques de la région AuRA créent une inégalité d'accès aux soins dans les territoires ruraux ou montagneux.



Illustration 2 : Les groupements hospitaliers de la région AuRA

3. Les Médecins généralistes et MCS en AuRA

A l'échelle nationale, au 1er janvier 2022, il était dénombré 84.133 médecins généralistes inscrits en activité régulière au Tableau de l'Ordre des Médecins (tous modes d'exercices confondus)^[19]. La moyenne d'âge était de 50 ans en 2022. La répartition des sexes était de 52,5% de femmes, 47,5% d'hommes. L'effectif des femmes de moins de 40 ans (15.968) est un tiers au dessus des hommes (10150) témoignant de la féminisation de la profession. Graphique 1 : Pyramide des âges des MG au national en 2022

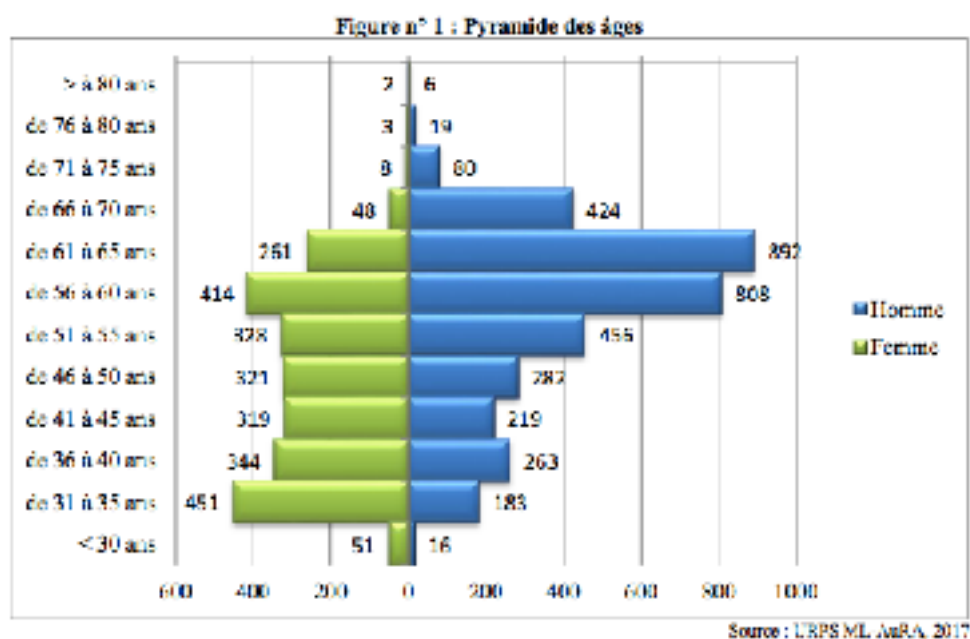


Graphique 1 : Pyramide des âges des MG au national en 2022

A l'échelle régionale, les particularités de la population des MG sont les suivantes.

Elle comprend 12.252 praticiens en 2022^[20].

La moyenne d'âge des médecins pour la population des 12 départements de la région AuRA est de 48,3 ans. Le département où les médecins sont les plus jeunes est le Puy-de-Dôme avec une moyenne d'âge de 46,3 ans et le département où ils sont les plus âgés est l'Ardèche avec une moyenne d'âge de 51,4 ans^[20].



Graphique 2 : Pyramide des âges des MG en AURA en 2017

C'est dans le Rhône qu'on dénombre le plus de MG (3248) et dans le Cantal où on en dénombre le moins (231)^[20].

Au 1er janvier 2018, la médecine générale dans la région AuRA était majoritairement pratiquée par des médecins généralistes-hommes libéraux (58,9%)^[21]. Parmi ces médecins, certain(e)s deviennent médecins correspondants du SAMU.

C. Les Médecins correspondant du SAMU

1. L'Histoire

C'est grâce à des médecins généralistes pratiquant dans des territoires isolés qu'émerge la notion de médecin correspondant du SAMU^[22].

Dès les années 1950, les médecins sur les secteurs de montagnes sont de plus en plus nombreux à se mobiliser pour la prise en charge des soins d'urgence. La catastrophe de Noël 1958 (Affaires Vincendon et Henry) a mis en lumière la nécessité de s'organiser afin de mieux répondre à des demandes urgentes^[23]. En parallèle dans les Pyrénées et dans les Alpes, le secours en montagne se professionnalise avec l'apparition de formations médicales dédiées accessibles dans plusieurs facultés de France (Diplôme inter-universitaire de médecine de montagne).

En 1990 est officiellement créée la première association des Médecins de montagne^[24]. Elle a aujourd'hui une portée internationale. Dans d'autres zones rurales ou zones blanches, c'est-à-dire difficile d'accès, des médecins assurent parfois 7 jours sur 7, une disponibilité pour des besoins d'urgence vitale en « nuit profonde » (au delà de 22h). Dès les premières impulsions politiques en faveur de l'accès aux soins d'urgences notamment en Moselle et en AuRA, ces gardes de « nuit profonde » sont maintenues sous la nouvelle étiquette « Médecin correspondant du SAMU ». En région Rhône Alpes, c'est l'association des Médecins de Montagne qui a été la structure « porteuse » du projet.

2. Le cadre légal

Le dispositif MCS fait son apparition dans la circulaire ministérielle du 16 avril 2003 (DHOS/O1 n°2003-195) relative à la prise en charge des urgences et qui développe la mise en réseau des professionnels de l'urgence .

Le rôle central de la prise en charge des urgences vitales reste confiée au SAMU et au SMUR mais dans les départements où la dispersion de la population et la limitation des moyens de secours soulèvent des difficultés, les MCS sont évoqués comme possible « relais dans la prise en charge d'urgences vitales ».

Le décret n°2006-576 du 22 mai 2006 du Code de la Santé Publique confirme la place du MCS dans le « réseau de prise en charge des urgences ».

Le cadre réglementaire de ce nouveau statut officiel est fixé par l'arrêté du 12 février 2007, publié au Journal officiel. Il précise le rôle des MCS, les missions et les modalités d'intervention. Le principe de « correspondant » a été posé par l'article L.6112-5 du Code de la santé publique, issu des ordonnances du 4 septembre 2003 et du 1er septembre 2005 relatif aux médecins correspondants du service médical urgent.

Sous la présidence de Mr HOLLANDE le développement des réseaux MCS s'accélère. Dans le cadre de sa campagne politique puis de son mandat, il souhaite que toute la population Française, quelque soit son lieu d'habitation, se situe à maximum 30 minutes d'un service d'accès aux soins d'Urgences.

L'instruction du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de 30 min des soins urgents ordonne à toutes les ARS d'établir les besoins territoriaux précis et de proposer des solutions à mettre en oeuvre pour améliorer les délais^[26].

En décembre 2012, la Ministre de la Santé, Mme TOURRAINE, dévoile la loi HPST qui donne les priorités de Santé Publique dont fait parti le développement des réseaux MCS^[26].

L'instruction du 6 juin 2013 vise à clarifier le cadre juridique et financier des MCS.

Le Guide de déploiement du MCS est publié en juillet 2013 par la Direction Générale de l'Offre de Soins^[27].

Le référentiel national MCS qui a été rédigé par l'Association MCS France et les associations MCS AuRA en lien avec la commission d'évaluation et de la qualité de la SFMU en 2020 a été validé le 1er juin 2020 par les membres du Conseil d'Administration de la SFMU^[28].

L'objectif de ce référentiel est de définir la fonction du MCS, ses modalités d'accompagnement, d'engagement et de reconnaissance au sein des territoires d'intervention.

Il s'agit d'un complément sur les aspects pratiques et organisationnels, prenant en compte l'évolution du concept suite aux retours des principaux réseaux existants.

Pour tenir la fonction de MCS, le médecin doit signer un contrat d'engagement avec l'ARS ainsi qu'avec le siège du SAMU de son département. L'intervention du MCS est obligatoirement déclenchée par le SAMU-Centre 15, de manière simultanée à celle du SMUR.

3. Le déploiement géographique

a. En France

En 2012, on dénombre 150 MCS. L'objectif présidentiel était de déployer plus de 700 MCS sur l'ensemble de la France dès 2015. A cette date, 2 millions de français se situent en zone blanche médicale, c'est à dire dans un territoire situé à plus de 30 minutes d'un accès aux soins d'urgence. Grâce à l'impulsion politique et locale, plusieurs réseaux MCS se développent en parallèle. On atteint le nombre de 580 MCS en 2016 sur l'ensemble du territoire Français^[29].

Fin 2016, 97,3 % de la population française est couverte par un accès aux soins d'urgences en moins de 30 min.

Les territoires d'implantation sont définis par les ARS et les centres 15 selon les besoins de la population, des professionnels de santé et des particularités départementales. Ils tiennent comptes des zones PDSA et sont en adéquation avec le Schéma Régional d'Organisation des Soins et Projet de Santé^{[17][27]}.

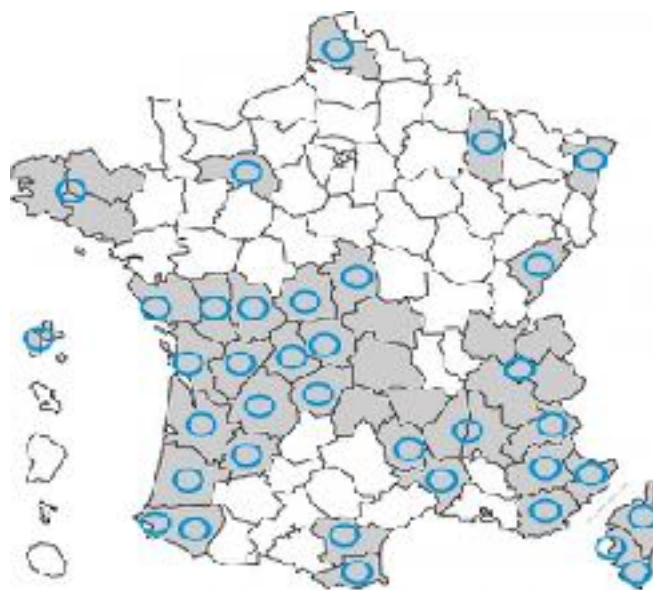


Illustration 3 : Cartographie des réseaux MCS de France

b. En Rhône Alpes

En Rhône Alpes, il existait le réseau des Médecins de Montagne Nord Alpin. Au Cheylard (Ardèche) des médecins généralistes avaient déjà mis en place une formation à l'urgence en territoire isolé. Ils ont rejoint le réseau MCS dès le commencement. Le département de l'Ain a rejoint le dispositif en 2015. Avec la fusion des régions Auvergne et Rhône Alpes, les départements de l'Auvergne ont intégré le réseau MCS Rhône Alpes, créant le réseau MCS AuRA^[29].

En 2017, il a été décidé une harmonisation du dispositif sur l'ensemble du réseau, particulièrement sur le versant de la formation (initiale et complémentaire), des procédures, du matériel et des médicaments. En 2018 est créé le site internet dédié au réseau MCS mcs-aura.fr^[30]. Régulièrement des nouveaux secteurs d'intervention MCS sont créés. L'ensemble de ce travail aboutit en 2019 au cahier des charges régionales^[30].

4. Les MCS de la région Aura

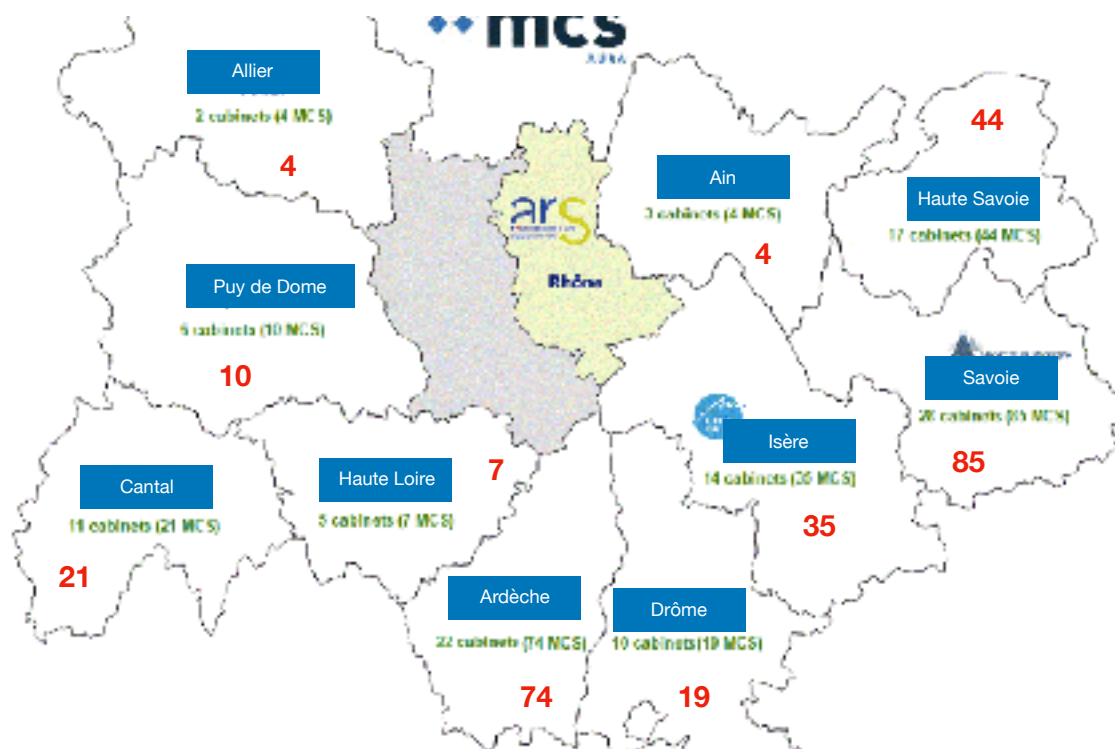


Illustration 4 : Le réseau MCS en AuRA

Actuellement, le dispositif MCS Auvergne-Rhône-Alpes, est porté par 2 associations territoriales dont les missions sont bien définies :

- [Médecins de Montagne Rhône-Alpes](#) pour les MCS des Alpes du Nord (01-38-73-74) et de l'Auvergne (03-15-43-63) pour la formation et le biomédical.
- [Association Drôme-Ardèche](#) pour les MCS 26-07 et l'Auvergne pour les liquidations de forfaits d'astreintes et de missions.

Au total, sur l'ensemble des 10 départements couverts par le réseau, il y a 324 médecins MCS actifs.

a. Caractéristiques du réseau MCS Nord-Alpin et Auvergne

D'après l'association des Médecins Correspondants du SAMU au 14 aout 2022, il y avait dans ce réseau :

- 227 MCS actifs
- 133 MCS qui ont démissionnés du dispositif depuis 2009.
- Soit 360 candidatures depuis 2009 dont 36,9% de MCS démissionnaires.

L'évolution du recrutement des nouveaux médecins correspondants du SAMU est notifiée dans le tableau suivant (selon les chiffres officiels transmis par le réseau). La moyenne d'âge des nouveaux actifs est stable sur la dernière année.

Nouveaux inscrits	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Moyenne des Années de Naissance (AN)	1983	1985	1987	1991	1988	1989	1987
Moyenne d'âge à la date de l'inscription	34	33	32	29	32	33	32
Moyenne d'âge par rapport à 2022	39	37	35	31	34	33	34,8
AN du plus jeune	1990	1991	1993	1993	1995	1996	+
AN du plus âgé	1953	1966	1959	1988	1961	1970	+
MCS né entre 1950-1959	1	0	1	0	0	0	2
MCS né entre 1960-1969	1	2	0	0	1	0	4
MCS né entre 1970-1979	0	4	0	0	4	2	10
MCS né entre 1980-1989	13	14	13	3	10	5	58
MCS né entre 1990-1993	2	14	16	13	22	15	82
MCS né entre Après 1994	0	0	0	0	3	7	10
Nombre total d'inscription	17	34	30	16	40	29	166

Tableau 1 : Caractéristiques d'âge des nouveaux inscrits au réseau MCS Auvergne Nord-Alpin entre 2017 et 2022

b. Caractéristiques du réseau MCS Drôme/Ardèche

D'après les chiffres recensés par l'association des Médecins Correspondants du SAMU au 14 août 2022, il y avait dans ce réseau :

- 97 MCS actifs
- 107 démissions depuis 2015,
- Soit 204 candidatures dont 52% de démissionnaires.

L'évolution du recrutement des nouveaux MCS est notifiée dans le tableau suivant (selon les chiffres officiels transmis par le réseau). A noter que la moyenne d'âge des nouveaux actifs s'élève sur la dernière année.

Nouveaux inscrits	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Moyenne des Années de Naissance (AN)	1973	1990	1981	1989	1991	1988	1985
Moyenne d'âge à la date d'inscription	44	28	38	31	30	34	34
Moyenne d'âge par rapport à 2022	49	32	41	33	31	34	36,6
AN du plus jeune	1990	1991	1991	1994	1995	1994	+
AN du plus âgé	1958	1990	1965	1978	1983	1953	+
MCS né entre 1950-1959	1	0	0	0	0	1	2
MCS né entre 1960-1969	2	0	1	0	0	0	3
MCS né entre 1970-1979	1	0	1	1	0	0	3
MCS né entre 1980-1989	2	0	1	2	3	5	13
MCS né entre 1990-1993	1	2	3	5	5	4	20
MCS né entre Après 1994	0	0	0	1	3	5	9
Nombre total d'inscription	7	2	6	9	11	15	50

Tableau 2 : Caractéristiques d'âge des nouveaux inscrits au réseau MCS Ardèche/Drôme entre 2017 et 2022

5. Leurs missions

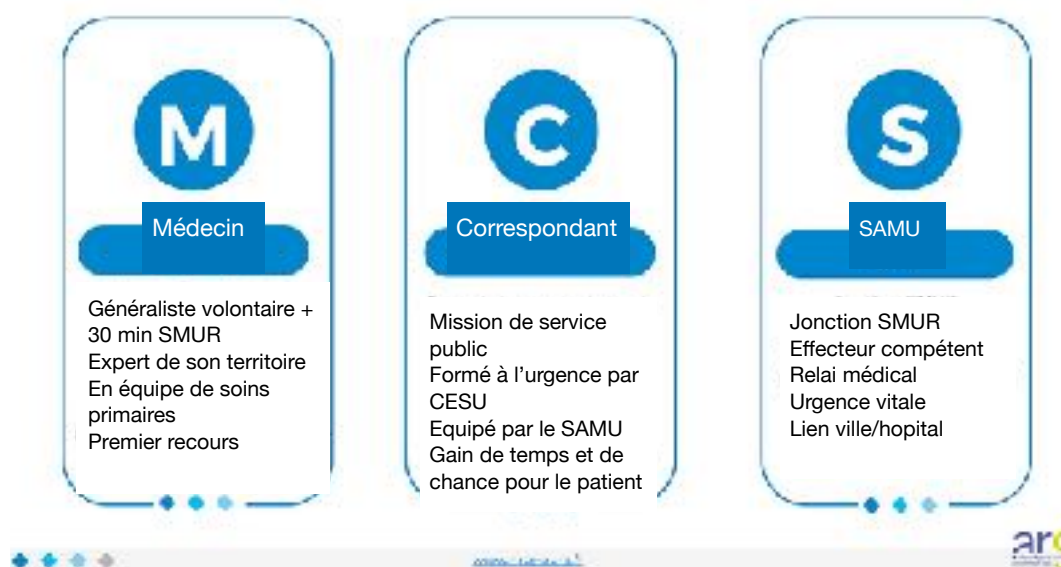


Illustration 5 : Le rôle des MCS

Le MCS est un médecin de premier recours, formé à l'urgence, qui intervient en amont du SMUR, sur demande de la régulation médicale^[27] par le « 15 », dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes. L'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient.

La fonction de MCS repose sur le volontariat des médecins. Le médecin qui remplit les fonctions de MCS conserve son mode d'exercice habituel. Il participe à une mission de service public.

Il est doté d'un sac de matériel d'urgence composé de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) et d'un équipement biomédical. Lorsqu'un MCS effectue une intervention qui entre dans le cadre des missions MCS, il devra saisir son intervention dans la base de données MCS, registre de l'activité des MCS.

6. La formation

Depuis 2018, la formation initiale de l'ensemble des médecins correspondant du SAMU en région AuRA est uniformisée. Elle est portée par la commission de formation régionale et réalisée par les

CESU partenaires. Elle a pour but une remise à jour des connaissances et la pratique des gestes d'urgence.

Elle comporte 4 ateliers réalisés sur 2 jours :

- Atelier ACR
- Atelier Cardiologie
- Atelier traumatisé sévère
- Un 4^{ème} atelier est consacré à une thématique variant en fonction des années.

Cette formation annuelle est obligatoire et indemnisée pour les praticiens installés. Légalement, il est impossible de tenir la fonction de MCS sans avoir participé à cette formation.

Il est proposé à l'ensemble des adhérents de manière gratuite et volontaire des formations complémentaires qui répondent à des besoins plus spécifiques (technique, éthique, par exemple) tout au long de l'année et animées par les différents CESU des territoires.

De nombreuses études ou travaux de thèses sont réalisés par des étudiantes ou des adhérents ayant pour objectif de décrire l'activité ou d'améliorer les pratiques.

La formation n'est pas uniformisée sur l'ensemble du territoire français. Chaque réseau décide de la durée de ces formations. La durée de la formation initiale varie entre 2 jours à 2 semaines^[33].

7. Le matériel et les médicaments

Le matériel est mis à disposition par l'établissement siège du SAMU avec lequel le MCS a passé la convention. La liste précise du matériel fournie 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^[34].

Les listes des matériels et médicaments mis à disposition du MCS sont annexés au contrat « fonctionnel » conclu entre le MCS et l'établissement siège du SAMU. Si plusieurs MCS exercent sur un même site (par exemple en maison de santé), il y a mutualisation du matériel.

Le contrat ou son annexe mentionne :

- le lieu de mise à disposition du matériels et des médicaments
- les modalités de mise à jour et d'entretien du matériels et des médicaments
- la personne responsable de la constitution des sacs et de leur entretien
- les modalités de vérification de la trousse lors de la remise
- le lieu de conservation et de mise à disposition de la trousse d'urgence.

Pour la région AuRA, l'ensemble des médicaments est fourni par un circuit local. Pour les dispositifs médicaux et appareillages ceux ci sont fournis par le réseau régional. C'est le CHU de Grenoble qui est l'hôpital de référence.

8. L'inventaire MCS/SMUR : les différences

Le guide de déploiement des MCS daté de 2020 propose une liste de matériel et de médicaments à mettre à disposition des MCS à titre d'exemple mais chaque réseau MCS est libre de modifier cette dotation.

En annexe 1, se trouve les listes précises de dotation pour les MCS 26/07.

Le tableau ci-dessous récapitule les différences majeures en termes de dotation (médicaments et matériels) entre la dotation MCS 26/07 et la dotation du SMUR de Valence.

	MCS	Dotation supplémentaire retrouvée au SAMU 26
Hémorragie haute d'origine gastrique ou externe /AVP/TC	Acide traxenamique Mannitol Chlorure de sodium Garrot tourniquet Cathéter intra-osseux Cathéter IV	IPP Octréotide Glypressine Drain thoracique Transfuseur accéléré Sondes gastriques Aspirateur de mucosité Pansements américains Sac de dotation : « dammage controle »
ACR	Adrénaline cordarone Sonde d'intubation SCOPE/DSA	Mandrin souple et rigide d'intubation Sac de matériel pédiatrique Plus de matériel de sondes d'intubation Capteur de capnie
Intubation	midazolam Celocurine Laryngoscope Canule de guedel Fast track	Etomidate Propofol Atracurium Thiopental
État de choc	Chlorure de sodium	Noradrenaline Dobutamine Pousse-seringue Ringer lactate

	MCS	Dotation supplémentaire retrouvée au SAMU 26
Cardiologie/ infarctus/AVC	Ephedrine Aspegic Adrenaline Corderone Adenosine Lasilix Diltiem Clopidogrel Natispray Lovenox Métalyse Atropine SCOPE/DSA	Isuprel (isoprenaline) Nicardipine Noradrenaline Prasugrel Risordan (dinitrate d'isosorbide) Urapidil Atenolol Calcium chlorure Magnesium chlorure Potassium chlorure Dopamine
Détresse respiratoire	Salbutamol Ipratropium BAVU adulte et enfant	bethametasone Budesonide Respirateur VNI
Douleurs	Morphine Kétamine Profenid	Spasfon Paracétamol nalbuphine Meopa
Épilepsie	Rivotril	Prodilantin (fosphenytoine) Gardenal (phenobarbital)
Intoxication	Flumazenil Naloxone	Cyanokit Contrathion Toxicarb
Infectieux	Rocephine	Amoxicilline-acide clavulanique
Etat de grossesse	ocytocine	Atosiban
Allergie	Methylprednisolone	Hydroxyzine Polaramine
Etat d'agitation	Loxapac (loxapine)	Prazepam
Diabète/ hypoglycémie	Glucagen Glucose	Insuline
Plaies	Betadine Set à suture Xylocaine	Bandes extensibles Pansements grands Brulés
Autre	Intralipides	Hydrocortisone

Tableau 3 : Principales différences de dotation entre les MCS du réseau Drôme/Ardèche et le SMUR de Valence

Le matériel fourni au MCS permet d'appréhender les situations d'urgences vitales les plus souvent attendues en termes de prévalances. Le MCS se doit d'être formé sur l'ensemble de la dotation qu'il possède.

Il doit savoir coordonner une équipe de soignants (SP, infirmier(e)s) et connaître les gestes d'urgence vitale. Il doit savoir rendre compte pour le médecin régulateur ainsi que pour le médecin du SMUR qui prend la suite.

D. Le contexte de l'étude

Depuis quelques années de nombreuses thèses sur les MCS ont été produites dans toute la France ne permettant pas de dessiner un descriptif précis du parcours des MCS. Cependant, la revue systématique de la littérature a permis de mener à quelques constats évidents :

- Les MCS sont majoritairement des hommes,
- La moyenne d'âge est autour de 50 ans,
- 40% d'entre eux environ sont formés à l'urgences avant de devenir MCS.

Dans la thèse de Mme Laura BORTHOMIEU portant sur les MCS de la région de la Nouvelle Aquitaine, l'ensemble des MCS interrogés sont des hommes et 40% d'entre eux sont détenteurs de la CAMU^[35].

Dans la thèse de Mme Laurence REGGIORI portant sur la progression de l'action d'un MCS, elle rapporte que l'ensemble du groupe de travail sont des hommes, anciens urgentistes et ou smuristes, des médecins hautement formés à l'urgences^[36].

Dans la thèse de Mme Lucie RIGAUD, portant sur les ressources mobilisées en intervention par les MCS, elle retrouve une population constituée de 65% d'hommes et 38,9% des intervenants avaient déjà pratiqué du SMUR. 29% d'entre eux avaient une formation spécifique en urgence^[37].

Dans la thèse de Mr Lucas MARTIN portant sur les interventions obstétricales faites par les MCS de la région PACA, il retrouve sur la population étudiée 42% d'hommes interrogés avec une moyenne d'âge de 48 ans et 75% des MCS exerçaient une activité mixte aux urgence dont 25% d'urgentistes^[38].

Dans la thèse de Mme Celine POLI portant sur l'amélioration de l'accès au soins d'urgence en Corse, la population de MCS était constituée de 90% d'hommes, avec 35% d'anciens urgentistes et 50% ont (eu) une activité mixte en lien avec les urgences^[39].

Dans la thèse de Mr Clément BASILE portant sur l'évaluation du réseau MCS des Hautes Alpes, il retrouve une population de MCS principalement féminine à 65%, un âge moyen de 45 ans, un quart avait validé l'ancienne Capacité de Médecine d'Urgence (CAMU), 60 % exerçaient ou avaient exercé aux urgences/SAMU^[40].

Dans la thèse de Mr Cédric MENTZ portant sur le réseau MCS de la vallée de la Bruche en Alsace, l'ensemble des MCS ont tous une activité aux urgences dans une polyclinique et 20% sont d'anciens urgentistes^[41].

Dans la thèse de Mr Cyril MOESCH qui porte sur les médecins sapeurs pompiers volontaires et les MCS, étude menée dans le Limousin, plus de 60% des médecins interrogés sont des hommes de plus de 55 ans, détenteurs d'un diplôme d'urgences (DU, CAMU, DES, DIU SSSM, etc)^[39]

Dans la thèse de Mr Julien GÉRARD portant sur l'apport du système MCS dans la gestion de la douleur en Languedoc Roussillon, 70% des MCS interrogés sont des hommes. 70% de l'effectif global est formé à l'urgence (DU, urgentiste, médecin pompier)^[40].

Dans la thèse de Mme Caroline BARTHET-BARATEIG portant sur l'élaboration d'un référentiel pour les MCS sur 9 départements du sud-est de la France, elle retrouve une population parfaitement mixte de MCS âgée en moyenne de 49,5 ans, dont 78% sont déjà médecins pompiers et retrouve 11% d'urgentistes de formation^[44].

Dans la thèse de Mme Marie PICARD et Lucie GALETTI portant sur les compétences des MCS dans les départements du sud est de la France, on retrouve 66,6% d'hommes MCS pour une moyenne d'âge de 41,7 ans et dont 41,7% ont une activité mixte dans des urgences avec 20% d'ancien urgentistes^[45].

Dans la thèse de Mme Noémie KERAVEC portant sur les médecins insulaires de la Bretagne, 40% des MCS interrogés sont formés à l'urgence ou ont une forte activité en urgence^[46].

Dans la thèse de Mr Thomas BORDIER portant sur le ressenti des MCS dans l'Aude, on découvre que 100% des MCS sont des hommes et que, pour la grande majorité, ils ont plus de 50 ans. La moitié d'entre eux sont des anciens urgentistes dont 75% possèdent la CAMU^[47].

Dans la thèse de Mme Amandine COLLIN portant sur la mise en place des MCS en Martinique, les médecins intéressés à intégrer le dispositif sont des hommes et 40% d'entre eux ont une formation à l'urgence ou sont d'anciens urgentistes ou médecins pompiers^[48].

L'ensemble de ces données issues de la littérature (travaux réalisés entre 2016 et 2022) décrivent approximativement le parcours des MCS.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les Curriculum Vitae (CV) de l'ensemble des MCS sur la région AuRA en activité et démissionnaires depuis la création du réseau MCS en 2003.

L'étendue des âges des MCS implique que les parcours de formations et professionnels sont variés. Les réformes médicales successives s'appliquent sur les différentes promotions d'étudiants. Elle se répercutent ensuite sur les parcours des médecins en activité.

C'est pourquoi, la question s'est posée si l'ensemble des réformes médicales ont pu modifier les CV des MCS en activité quant à leur formation et/ou leur parcours universitaire et/ou leur parcours professionnel.

L'hypothèse formulée est que l'évolution des études médicales et l'accès à certaines formations ont modifié le profil des médecins recrutés MCS.

Ces modifications ont eu un impact sur le nombre d'inscrit au réseau MCS.

Les objectifs secondaires de l'étude sont :

- Connaître le niveau de formation en urgence des MCS,
- Repérer une différence de formation entre l'ancienne génération de MCS et la nouvelle.

Matériel et méthode

A. Matériel

1. Le type d'étude

C'est une étude descriptive transversale déclarative. Cette méthode permet de quantifier exactement le nombre de médecin(s) présentant une caractéristique définie auparavant.

2. L'échantillonnage

Le réseau MCS dénombre 564 médecins, 324 membres actifs (57,4%) et 240 démissionnaires (42,6%).

Sont exclus de ces listes, les internes n'ayant pas signé de contrat avec l'ARS et le SAMU.

Ce sont les coordinatrices des réseaux qui se sont chargées d'envoyer le lien du questionnaire via leurs mailists à l'ensemble du réseau MCS.

La population cible mentionnée sur la page d'accès au questionnaire était la suivante :

- Remplaçant/Docteur,
- qui a validé la formation MCS de 2 jours,
- qui a signé/qui a été signataire d'une convention MCS en région AuRA,
- qui est membre actifs ou démissionnaire du réseau MCS AuRA.

Le nombre de sujets nécessaires a été défini pour un taux de 25% de réponses sur l'ensemble des MCS concernés. Le recrutement s'est arrêté après 1 mois sans nouvelle réponse à l'issue de la dernière relance.

B. Méthode

1. Stratégie documentaire

Le travail a été réalisé en 3 temps :

- Une première revue de littérature a été faite dès 2020. Celle-ci a permis de soulever la question de recherche et d'établir un premier questionnaire.

- Pour recentrer le questionnaire sur la question de recherche, une seconde revue de la littérature a été effectuée en janvier 2022. Ce travail a abouti au questionnaire final.
- Une dernière revue de la littérature a été menée à partir d'octobre 2022 lors de la phase de discussion des résultats.

Les mots-clés utilisés sont « Médecins correspondants SAMU », « DESC », « CAMU », « sapeur-pompier », « DESMU », « SMUR », « urgences », « parcours professionnel », « internat ».

Ces recherches bibliographiques ont été réalisées via le portail de recherche de l'université Lyon 1 par les moteurs de recherche mis à disposition. Les bases de données CAIRN, SUDOC, CISMef, Pubmed, Google et ont été utilisées. Le site internet MCS-AURA a été une ressource bibliographique importante car elle met à disposition les thèses en lien avec le sujet.

Pour établir la bibliographie au format Vancouver, le logiciel de gestion de références Zotero® ainsi que le site Scribb ont été utilisés.

2. Mode de recueil des données

L'enquête a été proposée sous forme d'un questionnaire standardisé auto-administré (déclaratif) en ligne. Il a été créé sur la plateforme LimeSurvey®.

Un premier envoi a été réalisé en juillet 2022 et un second en novembre 2022.

L'ensemble des résultats des questionnaires sont disponibles directement sur la plateforme LimeSurvey®, sous forme de fiches PDF qui peuvent être téléchargées.

2 étapes de validations du questionnaire ont été nécessaires :

- Une validation interne avec les deux directeurs de thèse
- Une validation externe par 5 MCS ardéchois.

3. Le questionnaire

Le questionnaire comprend 23 items répartis dans 9 sections. (Annexe 2)

- **Section 1 : Parcours personnel jusqu'à la fin de l'externat**
- **Section 2 : Parcours personnel jusqu'à la fin de l'internat**
- **Section 3 : Parcours professionnel**
- **Section 4 : Formations complémentaires à l'urgence**
- **Section 5 : Parcours atypiques**
- **Section 6 : Importance du parcours**
- **Section 7 : Votre statut actuel**

- **Section 8 : Médecin correspondant SAMU**
- **Section 9 : Données épidémiologiques**

4. Exclusion des données

Tout questionnaire où il manquait une section complète a été exclu systématiquement. Sur 3 questionnaires, il manquait une seule question à une section. Ceux-ci ont été maintenus.

5. Analyses statistiques

Les réponses ont été extraites à la clôture du questionnaire et analysées *post hoc* par calcul de pourcentages, moyennes, et médianes. Les résultats obtenus pour chaque questionnaire ont été notifiés au fur et à mesure dans le logiciel « numbers » sur Mac/Apple.

Chaque donnée a été enregistrée comme une variable binaire : Oui = 1 / Non = 0 avec le numéro et le nom correspondant au questionnaire sur le logiciel LimeSurvey®.

Chaque section de questions avait sa lettre définie (A à I). Chaque question avait son chiffre défini (de 1 à 6). Chacune des propositions des questions étaient précisées par des initiales ou des mots.

- C1 SMUR = 3ème section (parcours professionnel, 1^{ère} question, proposition : SMUR)
- E1 MM = 5ème section (parcours atypique, 1^{ère} question, proposition : Médecin Militaire)

Les données quantitatives, années de thèse, années des ECN et âges ont été enregistrées directement comme une donnée numérique dans le tableau.

L'étude comprend 160 médecins sur lesquels il est dénombré 94 occurrences.

Avec un taux de réponse à 28,3% pour une population initiale de 564 participants, cela permettait d'avoir une représentativité suffisante des participants et une validité « de facto » des résultats obtenus pour les données non sensibles (hors question de thèse).

Pour l'étude, il avait été créé 4 groupes :

- Les médecins qui n'ont pas réalisé d'internat (ou seulement un résidanat)
- Les médecins qui ont réalisé un internat et qui ont passé les ECN avant 2017,
- Les médecins qui ont réalisé un internat et qui ont passé les ECN dès 2017,
- Les médecins qui n'ont pas réalisé leur internat en France.

Devant l'étendue des réponses à analyser et le nombre de médecins considérés, il a été décidé de faire appel au service des biostatistiques des HCL par l'intermédiaire du Dr Nicolas ROMAIN-SCELLE.

Afin de répondre au mieux à l'hypothèse de thèse, des clés d'agrégation pour chaque variable de formation analysée ont été créées comme présenté ci-dessous.

La population des médecins n'ayant pas fait leur internat en France a été intégrée dans le groupe « sans internat ».

Il a été défini un un parcours « simple ou non qualifiant » noté « 1 » et un parcours « complexe ou qualifiant » noté « 2 » pour chaque étape du cursus des MCS.

Le seuil de 5% a été retenu pour définir une différence significative.

Catégories	Sélection des données obtenues											
Parcours universitaire 1	B2 ND	B2 D	B2 PU	B2 MCS1	B2 MCS2	B2 AF	B2 NC					
Parcours universitaire 2	B2 SMUR	B2 SD	B2 réa									
Parcours professionnel 1	C1 UND	C1 UD	C1 PU	C1 NC								
Parcours professionnel 2	C1 SMUR	C1 Réa	C1 décho	C1 USIC	C1 SOS	C1 Regul	C1 SP	E1 MED Mont	E1 MM	E1 SPP	E1 SPV	
Parcours complémentaire 1	D1 DU	D1 CESU										
Parcours complémentaire 2	D1 DESC	D1 CAMU	D1 CAPA									

Tableau 4 : Clés d'agrégation des variables analysées

ND/UND = Urgence avec/sans déchocage

D/UD = Service de déchocage

PU = Post-urgences/UHCD

MSC1/MCS2 = 1 stage avec MCS/2 stages avec MCS

AF = Auto-formation

SP = Garde Sapeur pompier

SPP = Sapeur pompier professionnel

SPV = Sapeur pompier volontaire

MM = Médecin militaire

DU = Diplôme universitaire

CESU = Formation en centre CESU (quelque soit le nombre)

NC = Non concerné

Les analyses ont été effectuées en utilisant le logiciel R, version 4.2.3, avec la référence suivante : R Core Team (2023). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

6. Ethique

Cette étude n'a pas nécessité d'avis auprès du comité des protections des personnes ni d'assurance. Les intervenants n'étant pas des usagers de la santé, elle n'est pas concernée par la loi Jardé n°2012-300 du mars 2012, modifiée par l'ordonnance N°2016-800 du 16 juin 2016 relative aux recherches impliquant la personne humaine.

Elle n'a pas nécessité non plus l'accord de la part d'un comité éthique car elle ne comporte ni recueil de données sensibles sur l'orientation sexuelle ou la religion, ni entretien avec des personnes mineures ou majeures sous mesure de protection.

Les données manuscrites ont été anonymisées de telle manière qu'aucun praticien ne soit identifiable, conformément au règlement général sur la protection des données du 14 avril 2016. Pour cela, il a été retiré les notions de date, de durée et de lieu aux données manuscrites.

Les éléments de langage faisant référence à des difficultés liées aux réseaux, à un intérêt (ou non) pour l'urgence ont été maintenues. Le terme « retraite » pour activité a également été maintenu.

Les données sensibles comme « enfants, notion sur le conjoint, mariage, divorce, autres éléments personnels évoquées par le médecin » ont été traitées et notifiées comme « contraintes personnelles ».

Toutes les données privées ou personnelles pouvant permettre l'identification d'un médecin ont été supprimées.

Résultats

A. Les données globales et épidémiologiques

1. Inclusion et exclusion des données

564 médecins peuvent répondre au questionnaire.

196 réponses ont été recueillies (34,7%).

A la lecture des résultats, toute section intégralement non remplie a été exclue automatiquement.

3 personnes ont partiellement répondu à la section « MCS ». Les questions sans réponse sont : « Le nombre d'année dans le réseau MCS » et « à quelle période du parcours ils avaient fait la formation MCS ».

Ces items n'étant pas en lien direct avec la question de recherche, ces questionnaires ont été conservés pour l'analyse globale des données.

Au total, il y a eu 160 réponses analysables (28,3 %).

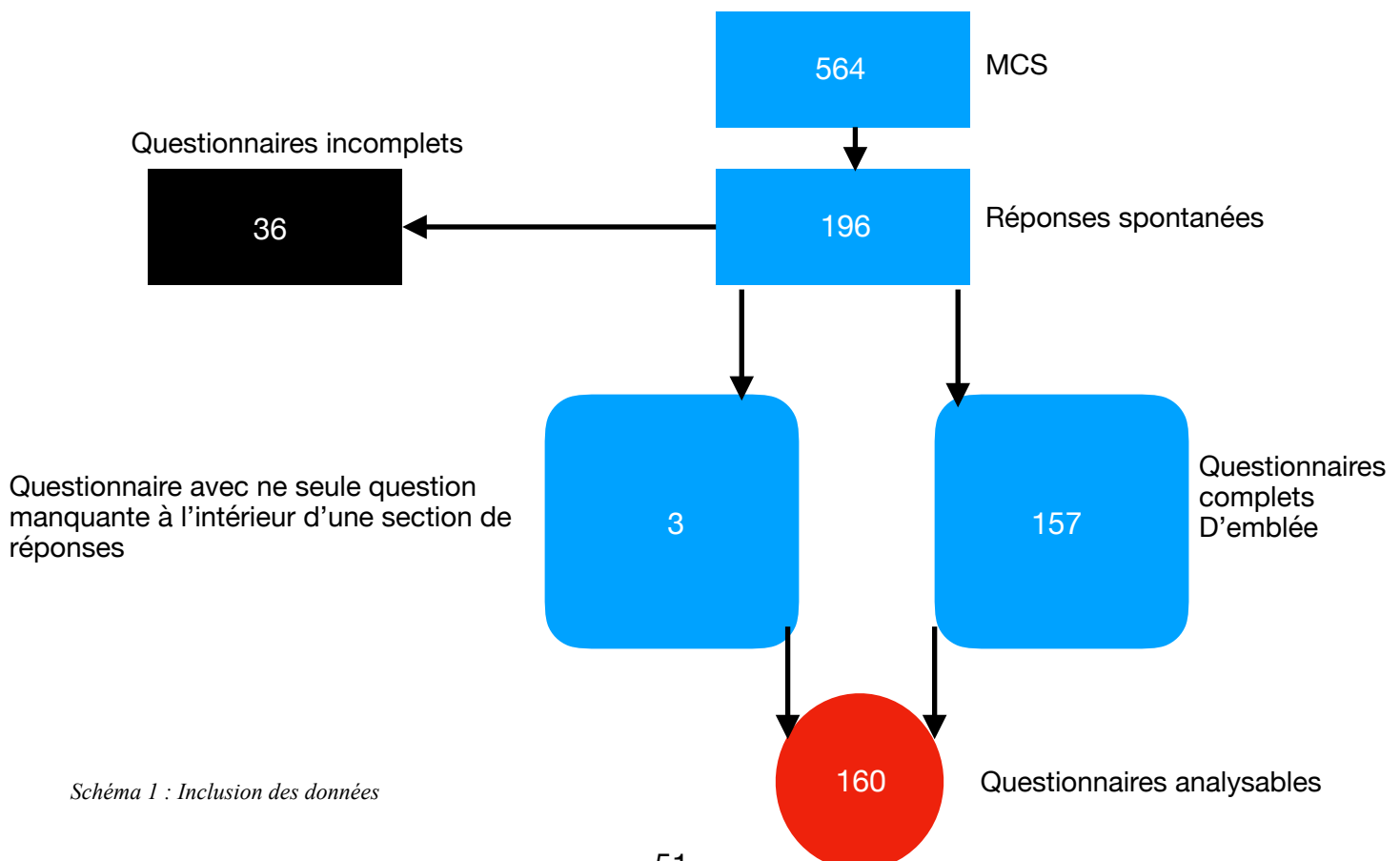


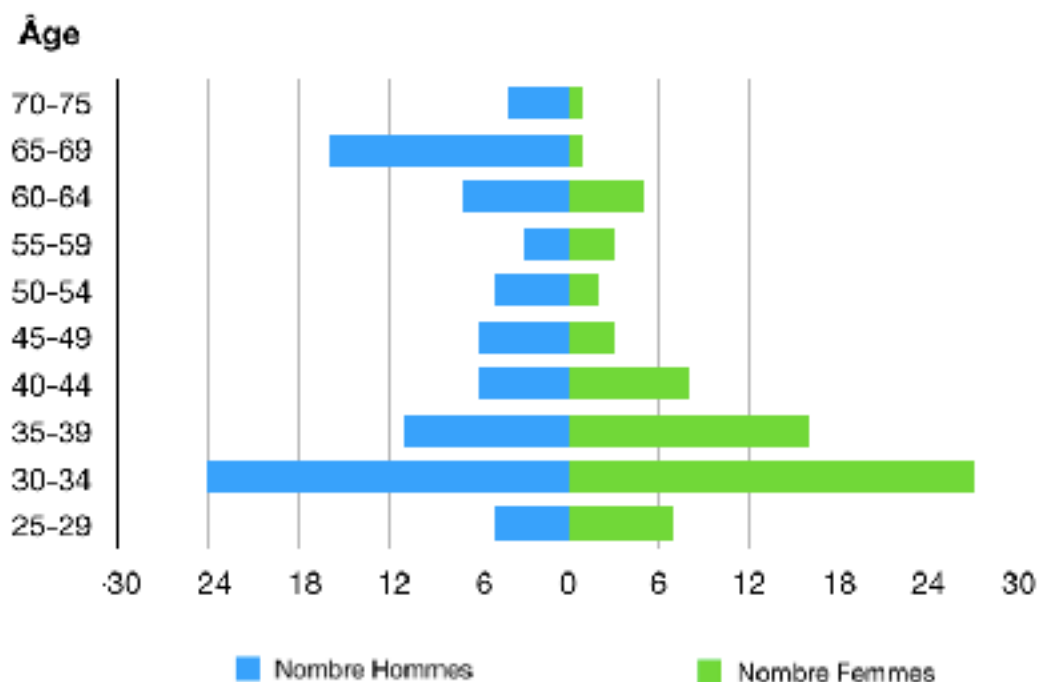
Schéma 1 : Inclusion des données

2. Les Données épidémiologiques

• Le genre et l'âge

72 femmes (45%) et 88 hommes (55%) ont répondu au questionnaire.

L'âge moyen de la population de MCS est de 42,3 ans. L'âge médian est de 38 ans.



Graphique 3 : Pyramide des âges des MCS

B. Section 1 : Parcours personnel jusqu'à la fin de l'externat

1. Les engagements personnels péri-scolaire(s)

Pour rappel, les choix proposés sont :

- Secouriste bénévole
- Sapeur-Pompier volontaire
- Sapeur-pompier volontaire au SSSM
- Autre activité/engagement en lien avec l'urgence ou le secours (Ex : BNSSA, etc..)

42 personnes ont rapporté avoir eu une activité bénévole en rapport avec le soins et l'urgence dans la période péri-scolaire, soit 26% des MCS sollicités.

Plusieurs MCS ont été bénévoles dans plusieurs activités périscolaires à la fois en rapport avec l'urgence. 29 hommes pour 13 femmes ont eu une activité périscolaire en lien avec l'urgence.

	Secouriste	Sapeur pompier volontaire	Sapeur pompier au SSSM	Autre activité en lien avec l'urgences (ex : BNSSA)
Nombre	12	7	12	20

Tableau 5 : Répartition des activités périscolaires pratiquées par les MCS

2. Le parcours d'externe sur l'approche de l'urgence

Pour rappel, les choix proposés sont les suivants :

- Une formation complémentaire/optionnelle en urgences/secours (en dehors des gardes et des stages obligatoires)
- Une stage de découverte de la médecine ambulatoire chez un MCS
- Non concerné(e)

La répartition se fait comme indiqué dans le tableau :

Externat	En nombre	En pourcentage
Formation complémentaire en urgence	25	16,3 %
Stage de découverte MCS	11	5,6 %
Cumul des 2 pendant l'externat	1	0,6 %
Total des formations complémentaires en urgence pendant l'externat	37	23,1 %
MCS non concernés	123	77,9 %

Tableau 6 : Les parcours d'urgence lors de l'externat

C. Section 2 : Parcours personnel jusqu'à la fin de l'internat

1. A quelle période avez-vous passé le concours de l'internat

Les MCS sont réparties en 4 groupes selon la période de l'internat

- Internat réalisé avec ECN passés dès 2017
- Internat réalisé avec ECN passés avant 2017
- L'internat n'existait pas ou n'était pas obligatoire à mon époque (résidanat)

- *Je n'ai pas fait mon internat en France*

Les résultats obtenus sont notés dans le tableau ci-après.

	Sans internat (ou résidanat)		Internat avec ECN avant 2017		Internat avec ECN dès 2017		Internat non réalisé en France	
Nombre	48		87		19		6	
Pourcentage	30,0 %		54,3 %		11,9 %		3,8 %	
Moyenne d'âge	60,8		36,3		29,1		47,6	
Sexe F/H	F : 9	H : 39	F : 50	H : 37	F : 11	H : 8	F : 2	H : 4
Pourcentage	18,8 %	81,2 %	57,5 %	42,5 %	57,9 %	41,1 %	33,3 %	66,7 %

Tableau 7 : Répartition des MCS selon la période de leur régime de formation initiale (internat)

2. Les stages de l'internat en lien avec l'urgence vitale

Pour la période de l'internat, les participants ont les possibilités de réponses suivantes :

- *Un stage (ou plus) aux urgences avec plusieurs passages volontaires/obligatoires au déchocage. (UD)*
- *Un stage (ou plus) dans un service d'urgences sans passage ni au déchocage ni au SMUR. (UND)*
- *Un stage (ou plus aux urgences et au SMUR (avec ou sans déchocage)) (SMUR)*
- *Un stage (ou plus) en unité d'hospitalisation de courtes durée (UHCD) ou post-Urgences. (PU)*
- *Un stage (ou plus) en service de décochage (Décho)*
- *Un stage (ou plus) en réanimation ou unité de soins continus (USC) (Réa)*
- *Un seul stage en médecine ambulatoire chez un MCS (MCS1)*
- *2 stages ambulatoires ou plus chez un MCS (MCS2)*
- *Auto-formation à des gestes techniques ou à des prises en charge d'urgence en plus de mes stages (AF)*
- *Je ne suis pas concernée (NC)*

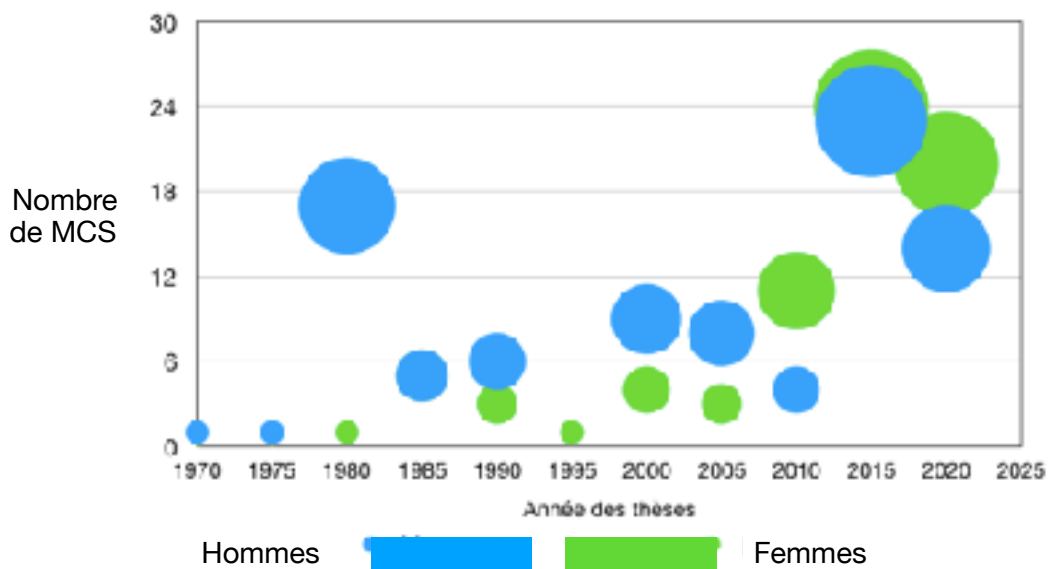
Les résultats obtenus sont les suivants :

	UND	UD	SMUR	PU	Décho	Réa	MCS1	MCS2	AF	NC
En nombre	38	72	64	46	5	27	38	18	28	8
En Pourcentage (%)	23,7	45,0	40,0	28,7	3,1	16,8	23,7	11,2	17,5	5,0

Tableau 8 : Les parcours d'urgence lors de l'internat

3. L'année de la thèse

La moyenne des années de thèse correspond à 2007 avec une dispersion des années de thèse de 1972 à 2023. L'âge médian de la thèse est 2015.



Graphique 4 : Diagramme représentant la répartition ainsi que le nombre de MCS selon les années de thèse

4. Le choix du diplôme d'état médical ou de la spécialité

13 participants soit 8% des médecins ont déclaré n'avoir pas choisi la spécialité de médecine générale en premier lieu.

Spécialité	Médecin Tropical et du sport et biologiste	Anesth-réa	Gynécologue et stomatologue	Médecin urgentiste « oxyologie »	Non précisé	Médecine générale
Nombre	5	1	2	4	1	147
Pourcentage	3,1 %	0,6 %	1,3 %	2,5 %	0,6 %	91,9 %

Tableau 9 : Liste des spécialités sélectionnées par les MCS pour le 3ème cycle des études médicales

D. Section 3 : Parcours professionnel après l'internat

Pour le parcours professionnel en urgence des MCS, les propositions sont les suivantes :

- Urgences adultes/pédiatriques sans déchocage (**UND**)
- Urgences adultes/pédiatriques avec déchocage (**UD**)
- SMUR (**SMUR**)
- Post urgences/UHCD/USC (**PU**)
- Réanimation (**Réa**)
- Service de déchocage (trauma center) (**décho**)
- Unité de soins intensifs cardiologiques/Unité neuro-vasculaires (**USIC**)
- SOS médecin (**SOS**)
- Médecin régulateur (PDS inclus) (**Régul**)
- Sur un secteur de gardes en nuit profonde (hors réseau MCS, hors médecin pompier) pour des motifs d'urgences vitales (**NP**)
- Je fais/j'ai fait des garde de médecin pompier (à partir du grade de capitaine) (**SP**)
- Je ne suis pas concerné(e) (**NC**)

La répartition en nombre des MCS selon leur parcours professionnel est comme suit :

	UND	UD	SMUR	Réa	PU	décho	USIC	SOS	Regul	NP	SP	NC
En nombre	33	38	31	10	26	4	1	21	28	61	23	41
En pourcentage (%)	20,6	23,1	19,3	6,2	16,2	2,5	0,6	13,1	17,5	38,1	14,3	26,2

Tableau 10 : Parcours professionnels post-universitaires des MCS

E. Section 4 : Formation complémentaire à l'urgences

1. Les formations donnant accès à la qualification d'urgentiste : CAMU ou « Capa », DESC

Les formations « diplômantes » donnant droit à la qualification d'urgentistes sont au nombre de 2 : la CAMU appelée communément « Capa » et le DESC d'urgence.

Les MCS qui ont réalisés une des ces formations sont notés dans le tableau ci-dessous :

	DESC	CAMU ou « Capa »	Total des Médecins ayant fait une des ces 2 formations	Non concerné
En nombre	7	12	19	141
En pourcentage			11,9 %	88,1 %

Tableau 11 : Parcours de formations complémentaires diplômantes en urgence réalisé par les MCS

2. Les autres formations d'urgences « non qualifiantes »

54 personnes ont réalisé une formation complémentaire à l'urgence.

Dans la population des personnes ayant fait une autre formation qualifiante dans le domaine de l'urgence, il est retrouvé les caractéristiques suivantes :

- Âge moyen de la population concernée : 41,2 ans
- Avec une dispersion importante des âges de 28 à 69 ans.
- Nombre de femmes : 22
- Nombre d'hommes : 32

A cette question, les participants pouvaient noter de manière manuscrite le nom des formations complémentaires à l'urgence qu'ils avaient réalisées.

L'ensemble des réponses manuscrites sont notées en Annexe 3.

Les principales formations sont notées dans le tableau ci-dessous :

	Formations complémentaires				Sans formation complémentaire
En pourcentage	33,8 %				66,2 %
Données manuscrites	DU/DIU	RANP/PHTLS/ACLS	CESU	Non précisé	
En pourcentage	31 %	10,5 %	40,3 %	18 %	

Tableau 12 : Ensemble des formations complémentaires en urgence réalisées par les MCS

F. Section 5 : Parcours atypique

1. Les différents parcours atypiques

5 parcours atypiques sont prédéfinis :

- *Médecin militaire*
- *Médecin pompier professionnel*
- *Médecin pompier volontaire (à partir du grade de capitaine)*
- *IDE/IBODE/IADE/ISP*
- *J'ai un autre parcours atypique non précisé ci-dessus*
- *Je ne suis pas concerné(e)*

42 MCS soit 26,3% des MCS ont eu un parcours atypique dont 5 personnes qui cumulent plusieurs items. La moyenne d'âge des MCS au parcours atypique est de 52,3 ans.

La répartition dans les différents catégories se fait comme suit sur le graphique ci dessous :

Médecin militaire	Sapeur-pompier professionnel	Sapeur-pompier volontaire	Infirmier	Autre parcours atypique
4	6	18	2	15

Tableau 13 : Dénomination et nombre des principaux parcours atypiques réalisés par les MCS

A cette question, les participants pouvaient noter précisément l'ensemble de leur parcours atypique. 22 MCS ont apporté des précisions.

L'ensemble des réponses manuscrites sont notées en Annexe 4

2. Médecins de montagne

Suite aux réponses écrites des participants, il est retrouvé un parcours atypique prédominant, celui de Médecin de Montagne.

13 MCS sont médecins de montagne (8,2%) pour une moyenne d'âge de 48,3 ans. Il y a seulement 2 femmes dans cette catégorie qui ont 30 ans chacune.

La moyenne d'âge des hommes « médecins de montagne » est de 54 ans.

G. Section 6 : Importance du parcours dans le choix de devenir MCS

1. Les éléments décisifs du parcours dans le choix de devenir MCS

Pour cette question, l'objectif est d'explorer quel élément du parcours incite le plus les médecins à devenir MCS. La liste des éléments de parcours est la suivante :

- *Les activités extra-scolaires/universitaires ou les engagements (Extra-scolaire)*
- *L'externat*
- *L'internat*
- *Les formations complémentaires (FC)*
- *Le/les stage(s) chez les praticiens MCS (Stage MCS)*
- *Le parcours professionnel dans son ensemble post internat (PPPI)*
- *Aucune étape en particulier, j'ai un attrait pour l'urgences depuis toujours (attrait)*
- *Je ne suis pas concerné(e)*

Pour cette partie de questionnaire, il n'avait pas été défini de nombre de réponses maximales. En revanche, il fallait cocher au moins une réponse pour accéder à la section suivante.

Les résultats sont notés ci-après :

	Extra-scolaire	Exernat	Internat	Stage MCS	FC	PPPI	Attrait	Non concerné
Nombre	8	7	35	41	15	62	33	2
Pourcentage	5 %	4,4 %	21,8 %	25,6 %	9,4 %	38,8 %	20,6 %	1,3 %

Tableau 14 : Importance du parcours dans le choix de devenir MCS

2. La notion d'obligation de « service public »

Les médecins acceptent-ils la mission de MCS par obligation de « service public » :

- « *contraint* » par la localisation de leur cabinet
- « *contraint* » par devoir envers la population

Presque la moitié des médecins rapportent qu'il sont devenus MCS par obligation de « service public ».

	Zone	Devoir	Zone + devoir	Nombre total
Démissionnaires	13 (17% des médecins « contraints »)			
Hommes	12	18	7	37
Femmes	14	10	13	37
Moyenne d'âge	43,4 ans	50,4 ans	43,9 ans	
Moyenne d'âge des hommes	44,1	54,2	52,1	
Moyenne d'âge des femmes	42,8	43,6	39,4	
Nombre de MCS concernés	26	28	20	74
En pourcentage	16,3 %	17,5 %	12,5 %	46,2 %

Tableau 15 : Importance de la notion de service public dans le choix de devenir MCS

3. Choix de parcours uniquement en vue de devenir MCS

15 participants ont fait des choix délibérés de parcours uniquement en vue de devenir MCS.

1/3 de ces MCS proviennent de la génération des ECN dès 2017.

	Oui	Non
Nombre	15	145
	Hommes : 9 Femmes : 6	
	Âge moyen de cette catégorie : 34,4 ans	
Pourcentage	9,3 %	90,7 %

Tableau 16 : Choix de parcours délibérés pour devenir MCS

H. Section 7 : Le statut professionnel des MCS

1. Le statut actuel

3 catégories de professionnels (selon le statut d'inscription à l'Ordre des Médecins) ont été définies :

- Médecin non thésé(e) remplaçant(e)

- Médecin thésé(e) remplaçant(e)
- Médecin thésé(e) installé(e)

Dans la population étudiée, la répartition se fait comme suit :

	Remplaçant non thésé	Remplaçant thésé	Médecin installé thésé
Nombre	10	32	117
Pourcentage	6,3 %	20,1 %	73,6 %

Tableau 17 : Statut d'inscription au Tableau de l'Ordre des médecins des MCS

2. Le mode d'exercice

Les modes d'exercice(s) pouvant correspondre à la population des MCS sont indiqués ci-après :

- *Activité libérale*
- *Activité Mixte*
- *Seul(e)*
- *En groupe*
- *En rural*
- *En semi urbain*
- *En urbain*
- *Accueil d'interne*
- *Installé(e) depuis moins de 5 ans (I < 5 ans)*
- *Installé(e) depuis plus de 5 ans (I > 5 ans)*
- *Non concerné(e)*

Pour cette partie de questionnaire, il n'avait pas été défini de nombre de réponses maximales. En revanche, il fallait cocher au moins une réponse pour accéder à la section suivante.

Les résultats sont les suivants :

	Seul	En groupe	En rural	En semi urbain	En urbain	En libéral	Activité mixte	I < 5 ans	I > 5 ans	Interne	NC
Nombre	22	88	82	9	2	50	22	26	80	63	47
Pourcentage (%)	13,6	55	51,3	5,6	1,3	31,3	13,8	16,3	50	39,4	29,4

Tableau 18 : Modes d'exercice des MCS

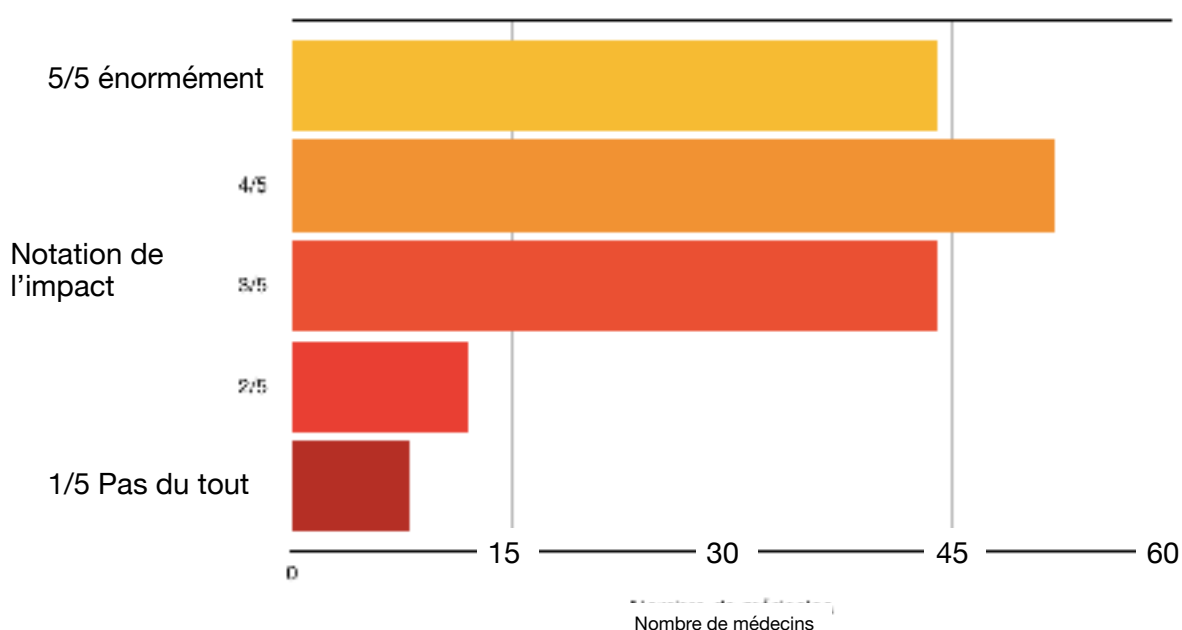
I. Catégorie 8 : MCS

1. Evaluation de la formation continue MCS dispensée en AuRA

L'impact de la formation MCS sur le choix de rester dans le réseau MCS et donc de continuer d'exercer la fonction de MCS a été évalué. La question était posée comme suit :

Diriez-vous que vos compétences en urgences obtenues grâce à votre formation MCS vous ont motivées/vous motiveraient à participer activement au réseau ?

Réponse selon une échelle de Likert notée de 1 (pas du tout) à 5 (énormément)



Graphique 5 : Impact de la formation continue MCS dans le choix de maintenir l'engagement et la fonction de MCS

2. A quelle période du parcours la formation MCS a été réalisée

La formation continue MCS est officiellement ouverte qu'aux médecins thésés installés, mais certaines dérogations ont permis aux internes et permettent encore aux remplaçants dans certains secteurs d'y participer. Les 3 possibilités ont donc été maintenues pour le questionnaire.

Les réponses obtenues sont décrites dans le tableau ci-après :

	Interne	Médecin remplaçant	Médecin installé	Sans réponse
Nombre	19	61	79	1
Pourcentage	11,9 %	38,1 %	49,4 %	0,6 %

Tableau 19 : Période de réalisation de la première formation MCS

3. Depuis combien de temps, exercez-vous la fonction de MCS ?

Trois choix sont proposés :

- *Moins d'un an*
- *De 1 à 5 ans*
- *Plus de 5 ans*

La répartition se fait comme suit pour les 158 réponses (2 questionnaires).

	Moins d'un an	De 1 à 5 ans	Plus de 5 ans
Nombre	31,0	59,0	68,0
Pourcentage (%)	19,6	37,3	43,0

Tableau 20 : Durée d'engagement dans le réseau MCS

4. Le statut actif ou démissionnaire

Il y a 36 démissionnaires (22,5%) au réseau MCS et 124 actifs (77,5%).

La moyenne d'âge des démissionnaires est de 49,9 ans. La moyenne d'âge de démission pour les femmes est de 40,5 ans et pour les hommes, elle est de 54,7 ans.

12 femmes et 24 hommes (âge moyen) ont démissionné.

5. Les causes de démissions

Il a été proposé la question suivante :

Pouvez-vous-nous dire si le fait d'avoir été en difficulté en intervention a motivé votre décision de quitter le réseau MCS ?

- *Oui, lié à difficultés en intervention*
- *Non*
- *Je compte revenir dans le réseau ultérieurement*

Les réponses à cette question sont obtenues de 2 manières différentes. Soit par réponse directe au questionnaire, soit par complément manuscrit. Les résultats sont les suivants :

	En difficulté	sans difficulté
MCS	5 (3,1%)	28 (17,5%)
MCS qui reviendront ultérieurement	0	5

Tableau 21 : Les causes de démissions

J. Section 9 : épidémiologie /réponses libres

La dernière question de cette section laisse le champs libre aux participants. Ils peuvent noter les informations complémentaires dont ils souhaitent faire part. 45 personnes ont écrit un commentaire

L'ensemble des « compléments d'informations » sont notées en annexe 5.

K. Résultats statistiques des clés d'agrégation

La première analyse a consisté à évaluer la différence statistique des parcours universitaires, professionnelles et de formation(s) complémentaire(s) en urgence selon les 3 groupes définis. (Pour rappel, le groupe n'ayant pas fait son internat en France a été intégré au groupe n'ayant pas fait d'internat). Le seuil de 5% permet de témoigner d'une différence significative entre les groupes.

Les p-values présentées ci-dessous testent s'il existe une différence significative en fonction du régime de formation initiale, pour chaque variable.

Variable	Régime de formation initiale					p-value
	N	Overall, N=160 ¹	Pas d'internat N=54	Avant 2017 N=87	Après 2017 N= 19	
Formation universitaire 1, n (%)	160	140 (88)	41 (76)	81 (93)	18 (95)	0,013 ²
Formation universitaire 2, n (%)	160	79 (49)	30 (56)	43 (49)	6 (32)	0,20 ³
Parcours professionnel 1, n (%)	160	106 (66)	23 (43)	67 (77)	16 (84)	<0,001 ³
Parcours professionnel 2, n (%)	160	88 (55)	43 (80)	37 (43)	8 (42)	<0,001 ³
Parcours complémentaire 1 , n(%)	160	49 (31)	9 (17)	36 (41)	4 (21)	0,005 ³
Parcours complémentaire 2, n(%)	160	19 (12)	10 (19)	9 (10)	0 (0)	0,086 ²

¹ n(%)

²Fisher's Exact test for Count Data with stimulated p-value (based on 1000 replicates)

³Pearson's Chi-squared test

Tableau 22 : Distribution des types de formations initiales et continues en fonction du régime de formation initiale

La seconde analyse a consisté à évaluer la différence statistique des parcours universitaires/ professionnelles et de formation(s) complémentaire(s) en urgence selon le sexe.

Les p-values présentées ci-dessous testent s'il existe une différence significative en fonction du sexe, pour chaque variable liée à la formation des MCS.

Variable	Sexe				p-value
	N	Overall, N=160 ¹	Femme N=72	Homme N=87	
Parcours universitaire 1, n (%)	160	140 (88)	67 (93)	73 (83)	0,055 ²
Parcours universitaire 2, n (%)	160	79 (49)	27 (38)	52 (59)	0,007 ²
Parcours professionnel 1, n (%)	160	106 (66)	56 (78)	50 (57)	0,005 ²
Parcours professionnel 2, n (%)	160	88 (55)	27 (38)	61 (69)	<0,001 ²
Parcours complémentaire 1, n(%)	160	49 (31)	20 (28)	29 (33)	0,048 ²
Parcours complémentaire 2, n(%)	160	19 (12)	4 (5,6)	15 (17)	0,025 ²

¹ n(%)

² Pearson's Chi-squared test

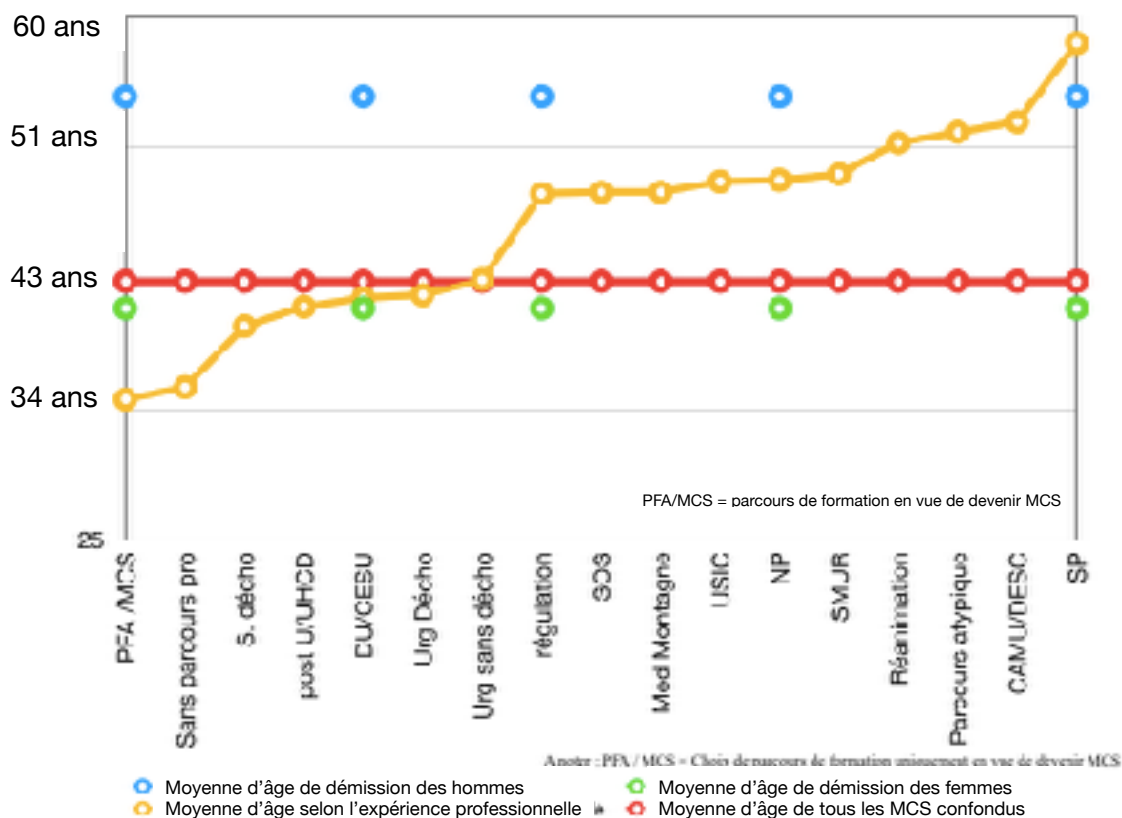
Tableau 23 : Distribution des types de formations initiales et continues en fonction du sexe

L. Analyse transversale

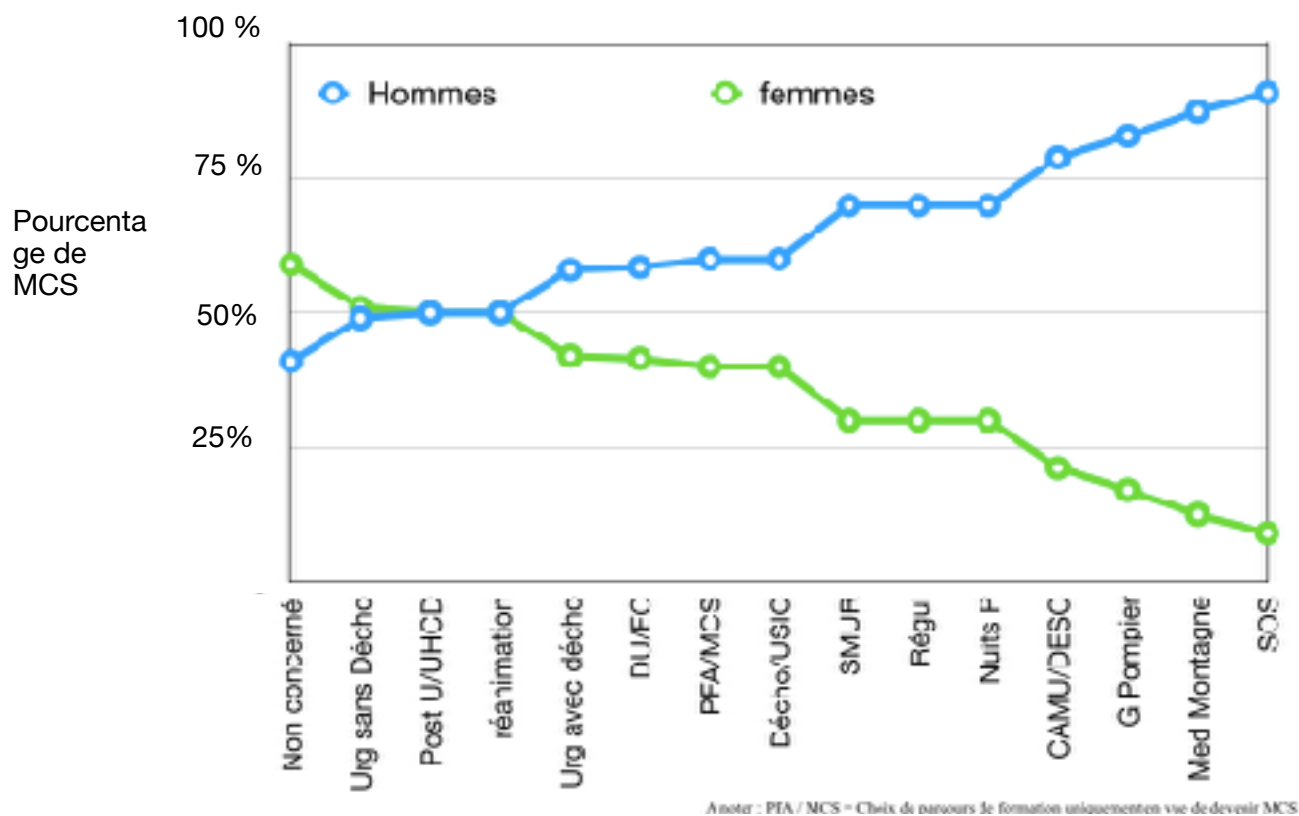
Les données des 9 sections sont analysées selon 3 critères :

- L'âge des participants
- Le sexe des participants
- Régime de formation initiale

Moyenne d'âge des MCS

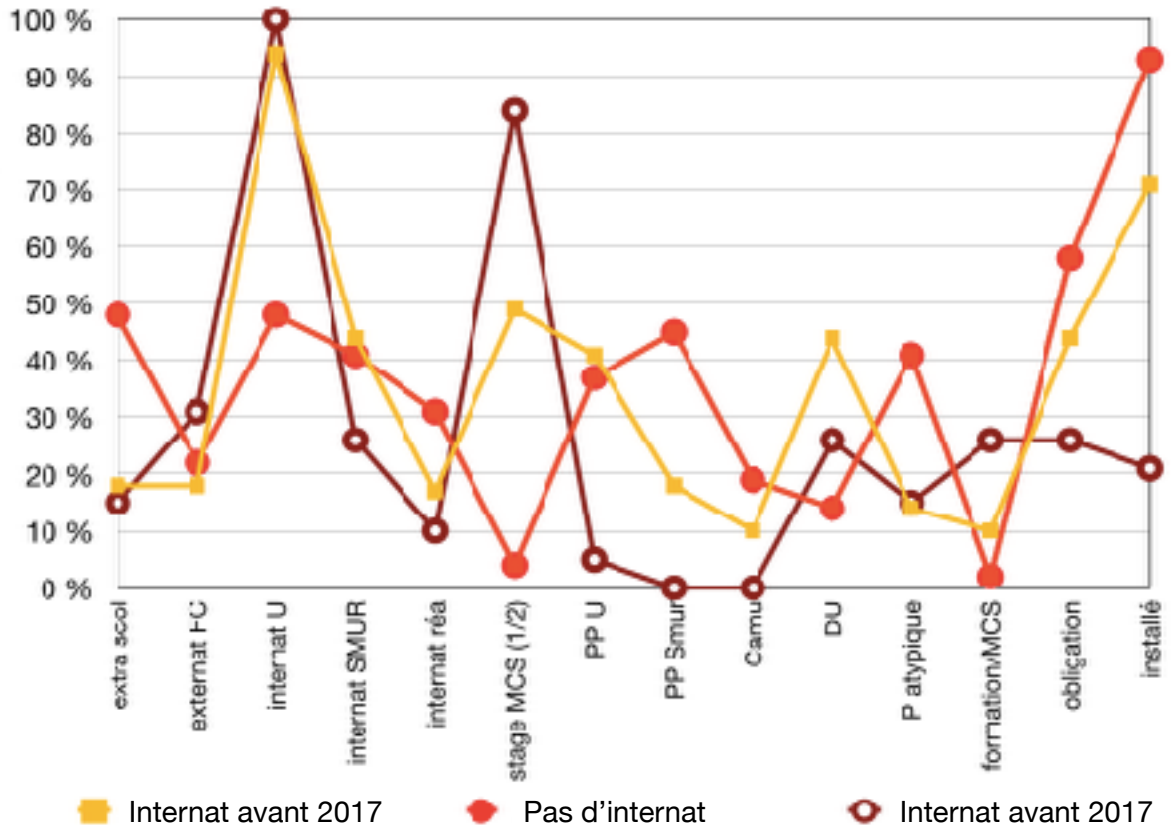


Graphique 6 : Courbe des moyennes d'âge selon le parcours professionnel/et de formation(s) complémentaires en urgences.



Graphique 7 : Courbe des pourcentages Femmes/Hommes selon le type de parcours en urgence

Pourcentage de MCS



Graphique 8 : Courbe des pourcentages des différents parcours des MCS selon le régime de formation initiale. Les données des MCS n'ayant pas fait leur internat en France n'ont pas été intégrées.

Discussion

A. Caractéristiques de la population

1. Genre et âge

Le genre féminin est minoritaire et correspond à 45% de l'effectif des MCS. Au niveau national, il est de 52,5%^[19] en 2022. En AuRA, en 2017, il était de 41,5%^[21]. (Absence de chiffre plus récent pour la région).

La moyenne d'âge de l'ensemble des MCS est de 42,3 ans. En comparaison, la moyenne d'âge des médecins généralistes en activité au national est de 50,2 ans^[19] et la moyenne d'âge en AuRA est de 48,3 ans^[20]. Les hommes MCS de l'étude sont en moyenne plus âgés de 8 ans (H : 46,9 ans versus F : 38,6 ans) avec une dispersion des âges identiques dans les 2 groupes (27-72 ans). La population des MCS est donc globalement plus jeune que la population des MG en activité.

Les pyramides des âges, au national, en AuRA et dans l'étude montrent un pic masculin dans la tranche d'âge des 55-65 ans identique et une féminisation importante des médecins de moins de 50 ans. Au niveau national, pour les moins de 40 ans, la féminisation est de 60%^[19]. Dans l'étude, on retrouve 56% de femmes MCS de moins de 40 ans. Une différence notable concerne la tranche d'âge des 30-35 ans qui est relativement masculinisée dans l'étude (45% d'hommes) alors qu'au national dans cette tranche d'âge, le pourcentage d'hommes MG est de l'ordre de 30%^[19].

D'après les chiffres transmis par le réseau MCS sur les 6 dernières années, il existe un pic d'inscription pour les médecins nés entre 1980 et 1993 (29-42 ans) et plus particulièrement entre 1990-1993 (29-32 ans). La majorité de ces médecins sont passés avant la réforme des études médicales de 2017.

Ces résultats concordent parfaitement avec la pyramide des âges des MCS dans la tranche d'âge des 30-35 ans de l'étude. On note donc que malgré de nombreuses nouvelles inscriptions, le choix de devenir MCS se fait rarement dès le début de la carrière, probablement pour des besoins de formation et d'expériences professionnelles préalables.

2. Thèse

Les différences d'âge entre les 2 populations se répercutent sur l'âge moyen de la soutenance de thèse avec une moyenne de l'année de thèse en 2003 pour les hommes et en 2012 pour les femmes. Il existe une différence de 4 ans entre la moyenne des âges des deux sexes et la moyenne des thèses dont on a pas d'explication ici hormis des suppositions (contraintes familiales ?).

3. Statut d'inscription à l'Ordre des Médecins

Deux populations se partagent la fonction de MCS, les médecins installés thésés et les médecins remplaçants (thésés ou non).

Le pourcentage de MCS remplaçants de l'étude est de 26% ce qui correspond exactement au pourcentage de médecins avec activité intermittentes au niveau de l'Ordre^[19].

Les MCS ayant une activité mixte sont de l'ordre de 13% dans l'étude alors que pour l'ensemble des MG, on retrouve le chiffre de 25% au national. Cette différence peut s'expliquer par le fait que la fonction de MCS s'adresse particulièrement à une population définie à l'avance par l'ARS, les médecins installés libéraux et que la fonction de MCS est plus compatible avec ce mode d'exercice. Les chiffres se rejoignent pour l'activité libérale qui représente plus de 50% de l'effectif de l'étude comme au national (56,2%). Nombreux sont ceux qui ont une activité en groupe pluriprofessionnel ce qui rejoint le rapport gouvernemental sur l'explosion du nombre des maisons de santé pluridisciplinaires ces 5 dernières années^[1]. L'exercice groupé favorise l'engagement des médecin dans le réseau MCS

Parmi les médecins installés, plus de 50% d'entre eux sont installés depuis plus de 5 ans.

Les MCS interrogés sont nombreux à accueillir des internes (40%). C'est une donnée intéressante.

4. Les MCS démissionnaires et les retraités

Pour rappel, dans l'ensemble des MCS AuRA interrogés, 43% sont démissionnaires. Dans l'étude, la proportion est moindre avec seulement 22,5% de démissionnaires qui ont répondu à l'étude.

Il existe une grande différence d'âge entre les hommes et les femmes concernant la moyenne d'âge de démission (delta de 13 ans).

Les causes sont variées et sont aussi « genrées » :

12 femmes ont démissionné. Les raisons qui poussent les femmes à quitter le réseau MCS sont d'abord liées à des « contraintes personnelles » ou des difficultés en missions. A noter que 3 des démissionnaires ont rejoint la famille des urgentistes. Une femme a mentionné avoir quitté le réseau par modification de zonage et une femme n'a pas donné de raison mais son âge de 69 ans pourrait laisser penser que la cause est la retraite.

Les femmes ayant mentionné des contraintes personnelles ont précisé souhaiter revenir dans le réseau ultérieurement.

24 hommes ont démissionné. Les raisons qui poussent les hommes à démissionner sont différentes. Pour la plupart, la retraite est le premier élément mentionné, un retour vers l'urgence, et enfin une

déception liée au réseau. Un seul d'entre eux à mentionné des difficultés en intervention. 7 ont prévu de revenir ultérieurement sans donner la cause de la démission. Aucun homme n'évoque les « contraintes personnelles » dans la décision d'arrêter.

La population masculine étant plus âgée que la population féminine, le nombre de démissions liées au départ à la retraite peut aisément s'expliquer.

Au total, dans les démissionnaires, 7 MCS sont finalement (re)devenus urgentistes

5. Durée d'engagement des MCS

En moyenne, la durée de l'engagement des MCS est majoritairement supérieure à 5 ans.

Il faut rappeler que la moyenne d'âge des femmes dans le réseau MCS est de 38,6 ans et la moyenne d'âge de leur démission est de 40,5 ans. La durée d'engagement d'une femme MCS dans le réseau sera probablement beaucoup plus courte que celle des hommes ce qui est corroboré par nos résultats. Seulement 1/4 des participantes interrogées ont une durée d'engagement supérieure à 5 ans dans le réseau MCS.

1/5 des MCS sont des nouveaux arrivants (<1 an d'engagement).

La population des MCS en « poste » depuis moins d'1 an présente les caractéristiques suivantes. Ils sont 31 dont une grande majorité de femmes. La moyenne d'âge est de 31,7 ans. Une petite moitié n'a jamais pratiqué l'urgence en dehors de l'internat et on dénombre 3 démissions pour difficultés liées aux missions dans cet effectif. L'autre grande moitié est formée à l'urgence soit par des formations complémentaires soit par des expériences multiples en urgences. On compte une démission pour devenir urgentiste et une démission avec un retour prévu dans le réseau ultérieurement sans cause définie.

B. Description des CV

- **Bénévolat et activité de secourisme**

1/4 des MCS ont réalisé dans leurs activités péri-scolaires des activités en lien avec l'urgence comme secouriste, sapeur-pompier volontaire, sapeur-pompier au SSSM ou d'autres activités comme le BNSSA, etc.

Ce sont majoritairement des hommes. Plusieurs ont multiplié les activités.

- **L'internat**

50% des MCS sont passés dans un service d'urgence avec ou sans la possibilité d'accéder à la salle de déchocage interne au service d'urgence.

Pour les autres services comme le SMUR, la réanimation, le service de déchocage en trauma center, les stages chez les MCS les chiffres divergent selon les générations. Pour l'accès en stage chez un MCS, en raison de la jeunesse du réseau MCS, seuls les médecins de la génération avec internat obligatoire ont pu en bénéficier.

L'auto-formation aux geste d'urgence est un moyen de formation utilisé par les MCS au cours de l'internat pour 17,5% d'entre eux.

- **DES initial**

Dans la très grande majorité, le DES de médecine générale a été choisi initialement.

L'ancienne génération sans DES obligatoire a validé des « spécialités » qui n'existent plus aujourd'hui comme l'oxyologie (apparentée à la médecine d'urgence), la médecine tropicale. Ce sont tous des praticiens de plus de 63 ans.

Dans les autres spécialités, on retrouve des médecins biologistes, un gynécologue, un stomatologue et un anesthésiste-réanimateur. Ce sont des « jeunes » praticiens de moins de 50 ans.

Quelques médecins du sport pratiquent également la fonction de MCS.

- **Le parcours professionnel post-universitaire**

Les parcours professionnels post-universitaires sont extrêmement variés et multiples.

La moitié des MCS ont une activité professionnelle aux urgences (avec ou sans déchocage) et/ou en post-urgences et/ou en UHCD et/ou en SMUR. Cependant, ils sont seulement 10% à se dire « urgentistes » par notes manuscrites.

Ils sont à peine 10% à avoir une activité de « réanimation » en service de réanimation et/ou de déchocage et/ou en unité de soins intensifs cardiologiques/neurologiques.

Ils sont environ 13,1 % à avoir une activité apparentée à l'urgence dans des structures telles que « SOS médecin ».

Ils sont 17,5 % a pratiqué la régulation PDS

Ils sont presque la moitié à avoir réalisé auparavant des gardes dites de « nuit profonde » sur leur secteur. Ils sont plusieurs à avoir mentionné que l'apparition du réseau MCS mettait un cadre « protecteur et légal » autour de cette pratique d'où la raison de leur bascule.

- **Médecins de montagne**

Ils sont 8,2% à se dire « Médecins de Montagne » soit du fait de leur parcours, soit du fait de leur lieu d'exercice.

- **Parcours atypique**

Dans la population de l'étude, ils sont 26% à avoir eu un parcours atypique. Les parcours les plus souvent cités sont :

- Médecins militaires notamment en raison de l'armée obligatoire auparavant
- Médecin pompier professionnel
- Médecin pompier volontaire
- Médecin humanitaire
- Médecin d'évacuation sanitaire
- Médecins de missions de service civique
- Médecins hospitaliers (oncologue, soins palliatifs)
- Moniteur de plongée
- Ingénieur
- Pharmaciens
- Infirmier

Il est intéressant de comparer ces parcours professionnels à la lumière des intentions de carrière de la première génération d'internes issue du nouveau DESMU (Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine d'Urgence) de 2017^[49] comme l'indique le tableau suivant :

Représentation des étudiants sur leur future carrière	Nombre	%
Lieu d'exercice envisagé		
Humanitaire, hôpital militaire, cabinet d'urgence en montagne, cabinet d'urgentistes, centre de santé etc.	14	4
Type d'exercice envisagé		
Mixte Urgences + SAMU	345	92
SAMU/SMUR	97	26
Urgences	63	17
Urgences pédiatriques	58	15
Réanimation, Unité de soins continus ou intensifs	10	3
Humanitaire	8	2
SOS médecin	2	0,5
Médecine de montagne	2	0,5
Services post-urgences	1	0,3
Total d'étudiants	377	

Tableau 24 : Représentation des étudiants en première année d'internat d'urgence sur leur future carrière

Les parcours de certains MCS sont relativement proches des intentions de carrières des jeunes internes qui font le DES de médecine d'urgence existant depuis la promotion de novembre 2017.

- **Les formations complémentaires**

11,9% des MCS ont réalisé une formation complémentaire qualifiante permettant d'accéder au statut d'urgentiste, c'est-à-dire, le DESC ou la CAMU.

Ils sont 33,8% à avoir réalisé des formations complémentaires en urgences de type DU/DIU, CESU, formations américaines ou d'autres formations d'urgences.

Les formations les plus citées pour les DU/DIU sont :

- Traumatologie à l'usage de l'urgentiste
- Initiation à la médecine d'urgence
- Médecine de catastrophe
- DIU SSSM ou médecin pompier
- Thérapies infectieuses à l'usage de l'urgentiste
- Traumatologie du sport
- Echographie à l'usage de l'urgentiste
- Réanimation néonatale
- Urgences pédiatriques et adultes

Les CESU les plus cités sont :

- ACR
- Haute fidélité
- Accouchement inopiné
- Intubation

Peu de MCS ont réalisé les formations « américaines » de type RANP, ACLS, PHTLS

Au total, ce sont plus de 150 de formations en urgence qui ont été citées par les MCS car ils sont nombreux à les avoir cumulées (plusieurs DU, plusieurs CESU, etc ...)

C. Les étapes clés pour devenir MCS

Peu de MCS ont cité les activités extra-scolaires (5%) comme une étape clé pour devenir MCS.

Ils sont également très peu à avoir cité l'externat comme levier pour devenir MCS (5%). 2/3 des réponses positives pour cette étape appartiennent au groupe ayant passé l'internat après 2017.

Cependant, presque tous les MCS ayant fait un stage chez le MCS en tant qu'externe ont refait 1 ou 2 stages chez un MCS en tant qu'interne. La moitié s'est formée à l'urgence entre-temps. Une moitié d'entre eux se sont installés. Aucun n'a démissionné.

21,3% ont mentionné l'importance de l'internat dans leur choix de devenir MCS.

1/4 des participants ont mentionné l'importance du passage chez un MCS dans le choix de s'investir dans le réseau. Si on rapporte à la population de MCS ayant fait un stage chez un MCS, c'est plus de 74% de médecins interrogés pour qui, le fait d'avoir réalisé un stage chez un MCS les ont motivés à devenir eux-mêmes MCS. D'ailleurs, plusieurs médecins ont précisé de manière manuscrite que la découverte de cette activité MCS les ont motivés à intégrer ou choisir la voie de la MG avec option « MCS ou Médecin de Montagne ».

Ils sont seulement 9,3% à plébisciter leur formation complémentaire dans le choix de devenir MCS ce qui pourrait paraître contradictoire avec le nombre de MCS de notre étude qui s'est formés à la pratique de l'urgence. On peut donc penser que le fait de devenir MCS implique de vouloir ou de devoir se former par la suite.

Ils sont 38,2% à penser que c'est le parcours post-universitaire qui les a poussés à devenir MCS.

Ils sont 20% à dire qu'ils ont un réel attrait pour l'urgence indépendamment de leur parcours. Dans cette catégorie, on retrouve presque la moitié des internes ayant fait leur internat après 2017.

Le levier principal à devenir MCS semble être l'obligation de service publique par localisation ou par devoir. 50% des MCS ont répondu positivement à cette question. Cependant, ces réponses sont à nuancer au regard de l'ensemble des parcours de chaque MCS.

Plusieurs MCS ont coché « par obligation » et dans le même temps ont :

- Coché « aucune étape en particulier, j'ai un attrait pour l'urgence depuis toujours »
- Mentionné d'autres éléments importants du parcours qui ont favorisés un engagement au réseau
- Réalisé un parcours professionnel hautement tourné vers l'urgence
- Mentionné avoir réalisé de nombreuses formations complémentaires en urgence.
- Mentionné avoir été ou être toujours urgentiste par mention manuscrite

A l'inverse, 17 MCS ont mentionné qu'ils n'avaient jamais eu d'attrait pour l'urgence et/ou bien qu'ils avaient démissionné pour difficultés en intervention.

Après relecture des 74 questionnaires à la lumière des autres informations obtenues (chiffrée ou manuscrites), seulement 20 MCS soit 12,5% semblent réellement exercer cette fonction contraints voir forcés. Ce sont principalement des femmes.

Globalement, la formation MCS de 2 jours est perçue comme un bon levier pour faire adhérer ou fidéliser les médecins au réseau MCS. En effet, plus de 75 % des médecins cotent l'impact de cette formation entre 3/5 (moyennement) et 5/5 (énormément) sur le choix de rester dans le réseau.

12,5% des MCS ayant coté l'impact de la formation entre 1 (pas du tout) et 2 (très moyennement), la répartition est identique entre les hommes/femmes avec une moyenne d'âge des participants de 46,4 ans. 6 d'entre eux sont extrêmement bien formés à l'urgence.

27,5% des MCS ont coté l'impact de cette formation à 5/5. La moyenne d'âge dans cette catégorie est de 44,7 ans.

Dans la thèse de Mr Hugo FANTIN du 20 octobre 2016 portant sur la cahier des charges régional, 95% des MCS interrogés avaient exprimé être très satisfaits de la formation de 2 jours^[50].

Dans cette même thèse, les difficultés du temps de formation (continue) pour une activité qui n'est pas l'activité principale du MG sont également soulevées par les libéraux d'où la complexité de multiplier les formations. Cette problématique est récurrente dans les thèses^{[46][50][51][52]}. Les départements où les MCS peuvent réaliser une ou deux journées d'immersion au SMUR/SAMU réfèrent montrent une bonne adhésion des MCS à cette pratique. Cela permet de mieux appréhender les difficultés de chacun et de connaître les équipes. Ce modèle pourrait être proposé en AuRA pour attirer davantage, à condition qu'il soit indemnisé au même titre que la formation initiale^[28].

Dans le groupe de MCS où la formation initiale a été faite la première fois pendant l'internat (19 participants), plus de la moitié des internes se sont installés entre-temps en tant que médecin généraliste, les autres sont devenus remplaçants. 4 ont démissionné du réseau. Ce résultat est à nuancer avec un élément de confusion. Tous les internes qui ont fait la première formation MCS pendant l'internat ont aussi fait, au moins un stage chez un MCS.

L'âge moyen de ce groupe est de 33,9 ans.

Dans le groupe des MCS ayant fait la première formation initiale en tant que remplaçant (60), la moitié se sont finalement installés à ce jour. 12 personnes ont démissionné du réseau (12,5%, toutes causes confondues). Ce groupe de médecin remplaçant est extrêmement jeune avec une moyenne d'âge de 33,3 ans.

Dans le groupe des MCS qui a réalisé la formation initiale en tant qu'installé (80), il y a eu 18 démissions (11,25%) toutes causes confondues (retraite, difficulté sur intervention, difficultés à conjuguer l'activité avec les contraintes personnelles). 4 ont quitté la médecine libérale en tant qu'installé pour redevenir médecin remplaçant.

Pour rappel, lors de la première inscription à l'Ordre des Médecins seulement 11% sont inscrits en tant que médecins libéraux installés. Dans la population MCS, le taux d'installation est bien supérieur.

D. Les données des clés d'agrégation

Pour rappel, 1 signifie parcours « simple ou non qualifiant » et 2 signifie parcours « complexe ou qualifiant ».

Les résultats des clés d'agrégation qui testent une différence de parcours selon la formation initiale (tableau 22) montrent une différence de plus de 5% pour les parcours suivants :

- Parcours universitaire 1
- Parcours professionnel 1
- Parcours professionnel 2

Il n'est pas retrouvé de différence significative de parcours selon les générations de MCS considérés pour le parcours universitaire 2.

L'effectif pour le parcours complémentaire 2 est trop faible pour avoir un résultat interprétable.

Pour les 3 générations de MCS, il existe une disparité de parcours universitaire liés probablement à l'importance des réformes de santé dans les études médicales (apparition de nouveau type de stage, obligation de passer aux urgences). Il n'est pas retrouvé de différence pour le parcours universitaire complexe 2 probablement car l'effectif des MCS de la jeune génération est faible par rapport aux deux autres générations. Les différences les plus importantes concernent le parcours professionnel qu'il soit simple ou complexe. Il y a une proportion plus importante de MCS de la jeune génération engagés dans un parcours professionnel simple en urgence. A l'inverse, les MCS des générations plus âgées sont en proportion plus engagées dans des parcours professionnels complexes. Les MCS de la génération intermédiaire sont en proportion bien mieux formés selon un parcours complémentaire simple que les autres générations. Pour le parcours complémentaire 2, bien que le résultat soit ininterprétable, il ne faut pas oublier qu'aucun des nouveaux MCS de la nouvelle génération ne pourra avoir ce type de formation qualifiante à l'avenir.

Concernant le sexe, les résultats des clés d'agrégation (tableau 23) montrent qu'il existe une différence significative de parcours entre les hommes et les femmes pour les parcours suivants :

- Parcours universitaire 2
- Parcours professionnel 1
- Parcours professionnel 2
- Parcours complémentaire 1

L'effectif pour le parcours complémentaire 2 est trop faible pour avoir un résultat interprétable.

Les femmes sont majoritaires dans les formations « simples, non qualifiantes » et minoritaires dans les formations « complexes ou qualifiantes ». Cette différence existe dès l'internat.

La nouvelle génération de MCS a donc un parcours en urgence global « simple ». Dans le même temps, la nouvelle génération de MCS se féminise. Or, les résultats montrent que les femmes choisissent surtout des parcours d'urgence « simples ».

Les différences de CV entre les générations de MCS et entre les sexes permettent de mener à deux réflexions :

- Est-ce que la nouvelle génération de MCS est/sera suffisamment formée à devenir MCS. A-t-elle les compétences, le recul et l'expérience nécessaires pour intervenir en mission ?
- Est-ce que ce manque de formation risque pas de mener à mettre des jeunes MCS en difficultés lors des intervention et induire des arrêts précoces d'engagement au réseau ?
- Le réseau MCS a-t-il pris en compte la féminisation croissante de son effectif et ces conséquences pour la pérennité du réseau ?

E. Les données de l'analyse transversale

Comme a pu le démontrer les résultats des clés d'agrégation, il existe des disparités de CV parmi les MCS. Les graphiques de l'analyse transversales permettent de discuter des ces différences de CV de l'ensemble des MCS selon 3 critères :

- L'âge
- Le sexe
- Le régime de formation initiale

• Selon l'âge (graphique 6)

L'âge à partir duquel les expériences professionnelles et les formations complémentaires en urgences commencent à être réalisées est autour de la quarantaine. Avant cet âge, les jeunes médecins n'ont pas encore eu le temps de prendre leurs marques dans leurs orientations et leurs parcours professionnels. En tout cas, la pratique de l'urgence ne semble pas être leur priorité. Il est impossible de savoir si c'est le cas pour d'autres « spécialisations » comme la pédiatrie ou la gynécologie par exemple car il n'y a aucune étude sur le sujet. Cette limite d'âge soulève cependant une interrogation. Les femmes démissionnent souvent plus tôt que les hommes justement à l'âge où le CV en urgence commence à être adapté aux besoins de la fonction de MCS.

- **Selon le sexe (graphique 7)**

L'activité « urgence » semble plutôt masculine. Cela était parfaitement visible sur l'ancienne génération. Or, depuis la féminisation des études médicales, les femmes arrivent en force aussi dans le domaine de l'urgence. La première génération d'internes DESMU comptait 51% de femmes. Dans l'étude, les deux plus jeunes générations de MCS comptent majoritairement des femmes. Cette féminisation soulève à nouveau une interrogation.

Les jeunes femmes MCS à venir seront-elles aussi disponibles et seront-elles autant formées que les médecins hommes de l'ancienne génération ? Pour l'instant, l'étude semble montrer le contraire.

- **Selon le régime de formation initiale (Graphique 8)**

Pour la période universitaire, 2 grandes disparités sont retrouvées.

Malgré un internat allégé (résidanat), ils sont entre 30 et 50% à être passés aux urgences, en réanimation ou au SMUR dans le groupe des MCS les plus anciens.

A contrario, dès l'avènement de l'internat, ils sont presque 100% des MCS à avoir fait un semestre d'internat aux urgences.

Pour l'accès à un stage chez un MCS, en raison de la jeunesse du réseau, seuls les médecins de la génération avec internat obligatoire ont pu en bénéficier, (jusqu'à 80% d'entre eux pour la nouvelle génération de MCS).

L'accès au SMUR pour les MCS dès 2017 est plus compliqué car tous les stages aux urgences ne permettent pas l'accès au SMUR. Certains ont mentionné avoir pu accéder au SMUR en dehors du cadre de leur semestre (sur les jours de congés par exemple).

Actuellement, il n'est plus possible de réaliser un stage en réanimation pendant l'internat de MG sauf sur dérogation ou en hors filière (ou en ayant fait un droit au remord).

L'auto-formation aux gestes d'urgences durant l'internat est l'apanage de la jeune génération.

Pour le parcours professionnel post universitaire, dans le groupe des MCS qui ont passé l'internat dès 2017, ils sont toujours moins de 20% avoir eu différentes expériences professionnelles en urgence ou au SMUR. A l'inverse, les deux autres groupes ont un taux d'activité aux urgences de plus de 40%. Presque 50% des MCS de l'ancienne génération ont pratiqué le SMUR et/ou ont eu un parcours atypique en urgence.

Pour les formations complémentaires, il est à noter que la CAMU a été réalisée par presque 20% des MCS de l'ancienne génération mais par aucun MCS d'après 2017. Ce résultat était attendu en raison de la réforme des études médicales de 2015 appliquée en 2017 qui a supprimée ces formations diplômantes au profit du DESMU.

Les DU/CESU sont les méthodes de formation les moins utilisées par l'ancienne génération par contre plus de 40% des MCS « avant 2017 » en ont réalisé.

Pour le choix de parcours en vue de devenir MCS, ils sont presque 30% de la nouvelle génération à avoir fait des choix de parcours en vue de devenir MCS. Alors que pour les autres générations, c'est de 0 à 10% maximum.

F. Les perspectives de l'étude

Grâce à cette étude, il a été mis en évidence une différence de CV dans les 3 générations de MCS étudiées.

Le niveau de formation ou d'expériences dépend aussi de l'âge et du sexe des participants.

Le niveau en urgence semble globalement haut sur l'ensemble des MCS grâce aux parcours universitaires, professionnels puis complémentaires. Ceci rejoint la thèse de Mme CHALIMON et Mr LEDERMANN, où il avait été retrouvé une concordance de 69% des prises en charges faites par les MCS avec les référentiels d'urgences pour les pathologies vitales bien codifiées mais avec des discordances plus importantes dans des situations plus complexes comme les traumatisés graves^[53]. La thèse de Mr FROMENT montrent que les MCS sont rapides et performants pour dépister les FV à grosses mailles et les TV, mais ils demeurent cependant moins performants pour la reconnaissance des DEM, des asystolies et des FV petites mailles. Les résultats restent en dessous des recommandations d'usages des DAE (défibrillateurs automatisés externes)^[54].

Cependant, aux vues des disparités de CV entre les 3 générations, il est possible de se demander si les prises en charge de la détresse vitale par la jeune génération de MCS sera toujours autant efficiente.

La problématique de formation initiale est mentionnée dans de très nombreuses thèse. Elle est notée comme un frein important à l'installation et à l'engagement des médecins généralistes dans le réseau ^{[39][42][47][48][51]}. A contrario, comme le constate Mr Moesch dans sa thèse, 55% des internes seraient intéressés de rentrer dans un réseau d'urgences (MCS/pompier) pour pouvoir accéder à des formations de bonne qualité non délivrées à la faculté ^[42]. Il existe une ambivalence parmi les MCS car beaucoup voudraient être mieux formés en urgences en formation continue mais ils sont nombreux à dire aussi qu'il existe des difficultés pour le faire (manque de temps, difficultés financières, difficulté à trouver un remplaçant, etc)^{[39][42][46][47][48][51][55][56]}.

Il est difficile de savoir si le niveau de formation initial en urgence peut engendrer des baisses d'engagement dans le réseau MCS. Plusieurs éléments apportent des réponses sans certitude.

Les chiffres officiels du réseau MCS AuRA montre qu'il y a toujours des nouvelles adhésions mais le réseau attire davantage des médecins déjà d'un certain âge appartenant à la génération « avant 2017 ». Les chiffres de l'étude corroborent cette tendance. En revanche, c'est plus de 20% de la jeune génération des MCS qui ont fait des choix de parcours en vue de devenir MCS (contre moins

de 5% pour les autres générations) et « seulement » 20% d'entre eux intègrent le réseau par « obligation » contre 50% dans les générations plus âgées.

La formation initiale de 2 jours obligatoire annuelle apparaît être un excellent levier pour maintenir les MCS dans leur fonction. Elle permet de maintenir les acquis ou pour la jeune génération d'obtenir des compétences qu'elle n'a pas toujours eu dans sa formation universitaire.

Cependant, il est licite de se poser la question suivante :

Est-ce que 2 jours de formation à l'urgence pour des personnes qui n'ont aucun autre bagage en urgence qu'un semestre d'interne aux urgences est suffisant pour être efficient en intervention ? Y a-t-il un risque de mettre en difficulté un jeune MCS avec comme conséquence de démissionner plus vite du réseau ?

Grâce à cette étude se dégage des éléments de réponses qui permettraient de pérenniser le réseau en termes de temps et d'efficience.

L'accès à un stage chez un MCS lors de l'internat semble essentiel pour faire découvrir le réseau et créer des « vocations ». La thèse de Mme BRIZARD et Mme DURAND avait déjà noté l'importance de ce compagnonnage en 2016 dans la création des vocations^[51].

Il faudrait renforcer le maillage MSU parmi les MCS installés et faire davantage participer les internes à l'exercice de cette fonction et aux interventions dès le premier stage de niveau 1. Il faudrait également faire connaître le réseau directement dans les facultés. 40% des répondants aux questionnaires sont MSU ce qui est un signe positif de pérennité.

La formation initiale obligatoire n'est pas accessible aux internes pour des raisons de responsabilités depuis l'uniformisation du réseau AuRA. En effet, cette formation s'inscrit dans le cadre du DPC (développement professionnel continu) obligatoire par décret préalablement à toute signature de contrat MCS entre le professionnel, l'association MCS, les ARS et les SAMU. La responsabilité des hôpitaux est engagée à chaque intervention, c'est pourquoi aucun interne n'est autorisé à partir seul(e) en intervention et donc de signer un contrat de MCS.

Cependant, aux vues des notes sur l'impact de la formation quand à la décision de rester dans le réseau dans la population ayant fait la première formation MCS en tant qu'interne, (4/5 et 5/5 pour plus de 80% d'entre eux), cette dernière apparaît aussi comme un atout majeur pour attirer les jeunes internes dans les territoires isolés.

Faudrait-il alors proposer cette formation à tous les internes ? Particulièrement à ceux qui auraient un projet sur un territoire MCS, sans signer de contrat dans un premier temps ? Faudrait-il proposer des formations aussi abouties que celle proposée par le réseau MCS dans un cadre universitaire pour les étudiants intéressés par l'exercice en territoire isolé ?

Dans les possibilités à envisager, il pourrait être proposé aux médecins qui vont s'installer dans des territoires éligibles MCS, une formation spécialisée transversale d'urgences dite FST, comme il en

existe dans d'autres domaines (médecine du sport, l'allergologie, soins palliatifs, etc) ou bien de renforcer la formation en urgence des jeunes internes qui ont un projet d'installation sur la dernière année d'internat. (Par exemple, proposer quelques jours au SMUR ou quelques formations CESU sur leur temps de travail d'interne avant la signature du contrat MCS).

A noter que plusieurs facultés commencent à proposer des DU d'initiation à l'urgence pour « remplacer » la CAMU qui a été supprimée mais ces formations sont en plus de la formation initiale universitaire et souvent lourdes en termes d'investissement personnel et financier.

Enfin, devant la féminisation importante du réseau, il faudrait peut-être envisager d'adapter les conditions d'exercice de la fonction MCS. En effet, elles sont peu nombreuses à s'engager pour plus de 5 ans et démissionnent souvent autour de 40 ans. Les contraintes familiales sont mises en avant. Pour éviter la fuite de ce vivier d'acteurs de terrain, on pourrait envisager de limiter les obligations de services qu'imposent le réseau MCS dans certains secteurs pour un service plus adapté aux exigences familiales qui, comme le montre notre thèse, incombent encore aux femmes.

G. Les critiques de l'étude

Le taux de participation à 28,3% est convenable grâce à une population cible initiale conséquente (564 MCS). Toutefois, l'effectif total des sujets ayant répondu reste assez faible. Certains tests statistiques n'ont pas pu être réalisés et parfois les résultats ne sont pas fiables en raison du trop petit nombre de participants.

Le fait d'avoir réalisé l'étude en AuRA est une force. Bien que le dispositif MCS soit un dispositif national, l'association MCS AuRA est la plus développée de France et c'est celle qui comprend le plus d'adhérents. Une étude sur l'ensemble du territoire aurait été difficile à mettre en œuvre car peu de réseaux MCS régionaux ou départementaux sont aussi bien structurés que celui de l'AuRA avec une certaine complexité pour joindre chacun des MCS. Cependant, en raison du nombre de MCS actifs interrogés (127) sur le nombre de MCS actifs en France, (environ 650), l'extrapolation à l'ensemble des MCS est envisageable.

Enfin, l'obtention de résultats très similaires aux résultats des nombreuses thèses qui ont exploité le sujet des MCS permet d'assurer une cohérence externe aux résultats. En utilisant des méthodologies différentes, les résultats obtenus sont sensiblement identiques à d'autres études.

La limite principale de l'étude est sa méthodologie.

En effet, la méthodologie sous forme de questionnaire implique des biais de mémoire et de sélection. Il est possible que les médecins qui ont répondu se sentent particulièrement investis (positivement ou négativement) dans le réseau d'où leurs choix de répondre.

Il existe aussi un biais de recrutement pour une bonne représentativité de l'échantillon. Effectivement, il n'a pas été demandé l'origine géographique des participants. Il est donc difficile

de savoir si le pourcentage des MCS qui ont répondu à l'étude sont représentatifs de leur nombre dans chaque département du réseau AuRA.

Le fait d'avoir positionné les données de genres et d'âge en fin de questionnaire pour faciliter les réponses des MCS interrogés a également fortement limité le nombre de réponses analysables et donc la puissance de l'étude.

Enfin, il n'a pas été possible de répondre avec certitude à l'hypothèse de thèse. L'impact des réformes des études médicales sur le nombre d'inscrit au réseau n'est pas quantifiable d'autant plus qu'il existe des facteurs de confusion (sexe et âge des participants).

Conclusion

Il existe des disparités de Curriculum Vitae en rapport avec l'urgence selon les générations de MCS.

Ces différences ont 3 sources.

Elles sont liées aux modifications apportées par les réformes des études médicales redessinant les parcours universitaires des MCS.

Elles sont liées à l'âge des MCS. Plus un MCS est âgé, plus il a eu le temps de choisir son orientation, de se former et d'avoir de nouvelles expériences professionnelles en ce sens. Globalement, l'expérience en urgences s'acquiert autour de la quarantaine dans la population de l'étude.

Elles sont liées à la féminisation de la profession. Il apparaît que les femmes MCS se forment moins dans le domaine de l'urgence que les hommes.

La jeune génération de MCS, c'est-à-dire celles et ceux qui ont passé les ECN dès 2017 ont comme principal levier à devenir MCS, leur(s) semestre(s) d'interne chez un MCS.

La génération des MCS où l'internat n'existait pas encore ou uniquement sous forme de résidanat a comme principal levier à devenir MCS le parcours professionnel post-universitaire.

Pour la génération intermédiaire qui a connu l'internat et passé les ECN jusqu'en 2016 inclus, on ne retrouve pas de levier majoritaire à devenir MCS mais plus un ensemble d'éléments de parcours qui les a poussés à intégrer le réseau.

Les MCS de la jeune génération sont tous passés dans un service d'urgences. Ils sont plus de 70% à avoir réalisé un stage chez un MCS au cours de leur internat. Ils sont 20% à avoir une expérience du SMUR au cours de leur internat. Ils sont moins de 10% à avoir une expérience professionnelle en urgences ou avoir effectué une formation complémentaire en urgences de type DU ou CESU.

La moitié des MCS de l'ancienne génération a pu réaliser un stage aux urgences, au SMUR ou en réanimation au cours de leur « résidanat ». La moitié des MCS a eu une expérience professionnelle

en service d'urgences ou un parcours atypique tourné vers l'urgence. 20% d'entre eux ont eu accès à la CAMU ou au DESC d'urgences. Cette génération compte très peu de titulaires de DU ou CESU.

Pour la génération avec internat comprenant les ECN de 2016, nous retrouvons toujours des chiffres intermédiaires aux deux autres populations des MCS, sauf pour 3 données. Ils ont pu accéder au SMUR en tant qu'interne autant que l'ancienne génération. Ils ont autant d'expériences professionnelles aux urgences que l'ancienne génération. Les parcours atypiques tournés vers l'urgence dans cette catégorie sont rares.

La féminisation des professionnels du réseau le fragilise. Les MCS femmes sont moins bien formées, moins disponibles et s'engagent sur le court terme dans les réseaux (moins de 5 ans). La pyramide des âges montre que 20% des MCS sont proches de la retraite.

Renforcer la connaissance du réseau MCS auprès des internes en médecine générale qui ont prévu une installation en territoire isolé semble un levier à développer dans les facultés. Des parcours de formation spécifiques sont à créer.

Le Serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

Bibliographie

- [1] GAROT, G. (2022) « Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de la loi d'urgences contre le désertification médicale », *Assemblée nationale*, 12 janvier. Disponible sur : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/opendata/RAPPANR5L15B4895.html> (Consulté le : 30 mars 2023)
- [2] *Missions du ministère – Ministère de la Santé et de la Prévention* (2023). Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/ministere/missions-du-ministere/>.
- [3] *Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône Alpes* (2022). Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/> (Consulté le : 22 octobre 2022).
- [4] HAS (2011) *Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale*, Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1061039/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale (Consulté le : 4 août 2022).
- [5] *Ministère de la santé et de la prévention*, Agence du numérique en santé, *Service d'accès aux soins (SAS)*. Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/sas> (Consulté le : 26 mars 2023).
- [6] Direction générale de la sécurité et de la gestion des crises (2022) *Les statistiques des services d'incendie et de secours pour l'année 2021.*, Ministère de l'intérieur et des outre mers. Disponible sur : <https://mobile.interieur.gouv.fr/Publications/Statistiques/Securite-civile/2021>.
- [7] *Le Quotidien du Médecin* (2/05/2017) « 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes ». Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>.
- [8] Association amicale des anciens internes des hôpitaux de Paris (2004) *AAIHP - Histoire de l'Internat*. Disponible sur : <https://www.aaihp.fr/Histoire.php>. (Consulté le 28/11/202)
- [9] Fabiani-Salmon, J. -n. (2022) « Histoire de l'internat des hôpitaux (1802–2005) », *Bulletin De L Academie Nationale De Medecine*, 206(9), p. 1269–1275. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.07.029>.
- [10] Contributeurs aux projets Wikimedia (2022) « Augusta Dejerine-Klumpke », *Wikipedia*, 16 novembre. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Augusta_Dejerine-Klumpke&oldid=198725408 (Consulté le : 12 décembre 2022).
- [11] Contributeurs aux projets Wikimedia (2023) *Glafira Ziegelmann*. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Glafira_Ziegelmann.
- [12] Hardy-Dubernet, A.-C., Chantal Horellou-Lafarge, Fabienne Le Roy, Marie-Anne Blanc *et al.* (2001) *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*. Rapport de recherche. Laboratoire Georges Friedmann Laboratoire d'économie et de sociologie du travail.
- [13] *Ministère des Affaires Sociales et de la Santé*. Décret n° 2010-700 du 25 juin 2010 modifiant le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. Journal officiel, n°0147 du 27 juin 2010, [Consulté en ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000022400979/2010-06-28/>
- [14] *Ministère de de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, des affaires sociales et de la santé et al.* Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Journal officiel, n°0089 du 14 avril 2017, [Consulté en ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758>
- [15] *Accueil | Région Auvergne-Rhône-Alpes*. Disponible sur : <https://www.auvergnerhonealpes.fr/>. (Consulté le : 26 octobre 2022)
- [16] Insee (2023) « Dossier complet – Région d'Auvergne-Rhône-Alpes (84) | Insee », *Insee*, 23 janvier. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-84> (Consulté le : 4 février 2023).
- [17] *Assurer l'accès aux soins urgents* (2019). Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/50212/download?inline>.

- [18] *Hôpitaux / Cliniques Auvergne, Rhône-Alpes : 216 établissements- Sanitaire-social* (2019). Disponible sur : <https://www.sanitaire-social.com/annuaire-etablissements-de-sante/hopitaux-cliniques/liste-auvergne-rhone-alpes>.
- [19] *Structures d'urgence / Samu - Urgences de France*. Disponible sur : <https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/sudf/annuaires/autres/>.
- [20] Arnault, F. (2022) *Atlas de la démographie médicale en France, Ordre National des Médecins*. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf (Consulté le : 23 février 23)..
- [21] Egora.fr (2022) « Le département où il y a le moins de généralistes est... », 13 juillet. Disponible sur : <https://www.egora.fr/actus-pro/demographie-medicale/75123-le-departement-ou-il-y-a-le-moins-de-generalistes-est>.
- [22] URPS (2018) *Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes, URPS*. Disponible sur : https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/08/URPS_ML_AuRa_MG_rapport_2018.pdf (Consulté le : 4 janvier 2023).
- [23] Lecarme, V. (2021c) *Sentiers de vie : Récits d'un médecin de montagne*.
- [24] Rocourt, F. (2014) « Histoire et évolution du secours en montagne », *Société Française de Médecine d'Urgences*. Disponible sur : https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2014/donnees/pdf/037.pdf (Consulté le : 26 octobre 2022).
- [25] *Médecins de Montagne - MDEM* (2019). Disponible sur : <https://www.mdem.org/>. (Consulté le : 12 octobre 2022)
- [26] *Ministère des Affaires Sociales et de la Santé*. Direction Générale de l'Offre de Soins. Sous-direction de la régulation de l'offre de soins. Bureau premier recours. Instruction N°DGOS/R2/2012/267 du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de trente minutes à des soins urgents.
- [27] *Ministère des solidarités et de la santé*. 2012 : Pacte territoire santé 2012-2015 Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet] [cité 14 fev 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-2012-2015>
- [28] Direction générale de l'offre de soins (2013) *Médecins correspondants du SAMU Guide de déploiement, Ministère de la Santé*. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf (Consulté le : 24 octobre 2022).
- [29] SFMU et al. (2020) *Médecin Correspondant du SAMU (MCS) : Référentiel et évaluation*. Disponible sur : https://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/medecin-correspondant-du-samu-mcs-ref_id/43 (Consulté le : 24 mars 2023).
- [30] Hidoux M-A.(29/01/2022) *Médecins correspondants de SAMU : urgences médicales en zone isolée*. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/medecins-correspondants-de-samu-une-reponse-aux-urgences-en-zone-isolee>.
- [31] *Médecin correspondant du SAMU Auvergne Rhône-Alpes* (2019). Disponible sur : <https://www.mcs-aura.fr/>.
- [32] Direction générale de l'offre de soins et al. (2019, 2021) *Comité de Pilotage régional MCS, MCS Aura*. Disponible sur : <https://prod.mcs-aura.fr/sites/default/files/documents/Diaporama%20COPIL%20MCS%20AURA%202021%20CR.pdf> (Consulté le : 26 octobre 2022).
- [33] Ollivier, P. (2021) *Analyse des modalités organisationnelles des dispositifs Médecins Correspondant du SAMU de France en 2020 : une enquête descriptive déclarative nationale et perspectives d'évolutions*. Thèse d'exercice en Médecine Générale. Grenoble.
- [34] Guevara, F. et Bailly-Beauregard, L. (2018) *Gestion de la dotation des médecins correspondants du SAMU du réseau Nord-Alpin : difficultés et solutions*. Thèse d'exercice de Médecine Générale. Université de Lyon.
- [35] Borthomieu, L. (2019) *Evaluation de l'activité des médecins correspondants SAMU et retour d'expérience des acteurs intervenant dans ce dispositif en Vienne entre 2015 et 2018*. Thèse d'exercice en Médecine générale. Université de Poitiers.
- [36] Reggiori, L. (2015) *Elaboration d'une fiche de synthèse de la progression de l'action d'un MCS lors d'intervention d'aide médicale urgente dans le cadre du réseau MCS alpes du nord*. Thèse d'exercice en Médecine générale. Université de Grenoble.

- [37] Rigaud, L. (2018) *Ressources mobilisées par les médecins correspondants du SAMU dans la région Auvergne-Rhône-Alpes*. Thèse de Médecine Générale. Université de Lyon.
- [38] Martin, L. (2022) *Quelles sont les compétences développées en pratique par les médecins correspondant du SAMU (MCS) lors d'interventions portant sur les urgences obstétricales, pédiatriques et les pathologies circonstancielles en vue de l'élaboration d'un référentiel de compétences intégré ?* Thèse d'exercice de Médecine Générale. Université d'Aix-Marseille.
- [39] Poli, C. et Robaglia, A. (2015) *Amélioration de l'accès aux soins urgents dans les déserts médicaux en Corse : Perception et ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du dispositif « Médecins Correspondants du SAMU »*. Thèse d'exercice de Médecine Générale. Université d'Aix-Marseille.
- [40] Basile, C. (2022) *Évaluation du réseau des Médecins correspondants du SAMU des Hautes-Alpes*. Thèse d'exercice en Médecine Générale. Université d'Aix Marseille.
- [41] Mentz, C. (2020) *Médecin Correspondant du SAMU dans la vallée de la Bruche : Evaluation du dispositif et études des freins à la participation des médecins généralistes libéraux*. Thèse d'exercice de Médecine Générale. Université de Strasbourg.
- [42] Moesch, C. (2017) *Médecin Sapeur-Pompier Volontaire / Médecin Correspondant du SAMU : antagonisme ou synergie ? Evaluation menée sur le Limousin*. Thèse d'exercice de Médecine générale. Université de Limoges.
- [43] Gerard, J. (2016) *Etude qualitative sur l'apport du système médecin correspondant du SAMU dans la prise en charge de la douleur aigue intense en médecine générale rurale isolée en Languedoc-Roussillon*. Thèse d'exercice en Médecine générale. Université de Montpellier.
- [44] Barthet-Barateig, C. (2019) *Vers un référentiel de compétences intégré pour les Médecins Correspondants du SAMU : Quelles compétences intégrées pour le cardio-respiratoire ?* Thèse d'exercice. Université d'Aix Marseille.
- [45] Picard, M. et Galetti, L. (2020) *Quelles compétences utilisées par les Médecins correspondants SAMU en intervention (hors pathologies cardio respiratoires), en vue de l'élaboration d'un Référentiel de compétences Intégrées MCS*. Thèse d'exercice de Médecine Générale. Université d'Aix-Marseille.
- [46] Keravec, N. (2016) *La médecine insulaire : Perception des médecins généralistes exerçant sur les îles du Ponant*. Thèse d'exercice en Médecine générale. Université de Rennes.
- [47] Bordier, T. (2029) *Le ressenti des médecins correspondants du SAMU l'Aude*. Thèse d'exercice en Médecine générale. Université de Montpellier.
- [48] Villatte, E. (2019) *Efficiencce du dispositif médecin correspondant du SAMU dans la réponse à l'aide médicale urgente*. Thèse d'exercice en Médecine en Médecine Générale. Université de Grenoble.
- [49] Baron, M., Hausfater, P. et Yordanov, Y. (2018) « Caractéristiques de la première promotion nationale d'internes du nouveau diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence », *Annales françaises de médecine d'urgence*, 92(8), p. 289-294. Disponible sur : <https://doi.org/10.3166/afmu-2018-0092>.
- [50] Fantin, H. (2016) *Cahier des charges régional des Médecins Correspondants du SAMU (MCS) : intérêts et limites pour le praticien*. Thèse d'exercice en Médecine générale. Université de Grenoble.
- [51] Brizard, N. et Durand, M. (2016) *Déterminants à l'installation en cabinet de médecine de montagne chez les jeunes installés et les internes en médecine générale du secteur alpin*. Thèse d'exercice en Médecine Générale. Université de Grenoble.
- [52] Seewald, E. (2020) *Évaluation du réseau Médecins correspondants du SAMU des Alpes-Maritimes après un an et demi de fonctionnement, d'août 2018 à janvier 2020*. Thèse d'exercice de Médecine Générale. Faculté de Médecine de Nice.
- [53] Chalimon, O. et Ledermann, U. (2020) *Évaluation de la prise en charge des patients graves par les Médecins Correspondants du SAMU : adéquation avec les recommandations de bonne pratique et pistes d'amélioration*. Thèse d'exercice en Médecine Générale. Université de Grenoble.
- [54] Froment, G. (2021) *SIMULCHOC : les praticiens choquent-ils les arrêts cardiaques choquables ?* Thèse d'exercice en Médecine. Université Paris Sud.

[55] Grisoni, A. (2019) *Les motivations et les freins à l'exercice de Médecin correspondant du SAMU : étude descriptive qualitative auprès des internes de médecine générale du Poitou Charentes*. Thèse d'exercice en Médecine Générale. Université de Poitiers.

[56] Rajoelison, P. et Tellier, L. (2021) *Quels sont les facteurs de motivation et les freins à devenir Médecin Correspondant du SAMU dans les Hautes Alpes ?* Thèse de Médecine Générale. Université d'Aix-Marseille.

[58] Frappé P. *Initiation à la recherche*. 2e éd. Saint-Cloud [Paris]: Global média santé CNGE productions; 2018. 224 p. 16.

Annexes

Annexe 1 : Dotation MCS

PRODUITS DE SANTE délivrés aux MCS par les CENTRES HOSPITALIERS référents (circuit local)

Version 2022 (validation 06/2022 en COPIL Formation MCS - rectificatif ligne 22 : 05/12/2022)

CABINET MEDICAL : Dr : Date de délivrance :

MEDICAMENTS		Dot de réf	Quantité demandée	Motif		Quantité délivrée
DCI	Spécialité de référence			Utilisé	Périmé	
Acide acétylsalicylique 250mg voie orale	Aspegic® 250mg poudre orale sachet	10				
Acide acétylsalicylique 500mg/5ml pdr inj	Aspegic® 500mg/5ml pdr inj	8				
Acide tranéxamique 500mg/5ml sol inj	Exacyl® 500mg/5ml sol inj	10				
Adénosine 6mg/2ml sol inj	Krenosin® 6mg/2ml sol inj	6				
Adrénaline 1mg/1ml sol inj		5				
Adrénaline 5mg/5ml sol inj		10				
Amiodarone 150mg/3ml sol inj	Cordarone® 150mg/3ml sol inj	6				
Atropine sulfate 0,5mg/1ml sol inj		2				
Calcium gluconate 10% 10ml sol inj (ou Calcium Chlorure 10% selon pratiques SMUR local)		2				
Ceftriaxone 1g/10ml pdr inj	Rocéphine® 1g/10ml pdr inj	2				
Clonazepam 1mg/1ml sol inj à diluer	Rivotril® 1mg/1ml sol inj à diluer	6				
Clopidogrel 75mg cpr	Plavix® 75mg cpr	10				
Clopidogrel 300mg cpr	Plavix® 300mg cpr	10				
Diltiazem 25mg pdr inj	Tildiem® 25mg pdr inj	2				

Enoxaparine 10000UI/1ml sol inj	Lovenox® 10000UI/1ml sol inj	10				
Emulsion lipidique 20% 500ml poche pr perf	Intralipide 20%® préconisé (posologies différentes entre spécialités)	1				
Ephédrine Chlorhydrate 30mg/10ml sol inj		3				
Flumazénil 1mg/10ml sol inj	Anexate® 1mg/10ml sol inj	1				
Furosémide 20mg/2ml sol inj	Lasilix® 20mg/2ml sol inj	8				
Glucose 30 % 10ml sol inj		5				
Ipratropium Enfant 0,25mg/1ml sol pr inhal	Atrovent® Enfant 0,25mg/1ml sol pr inhal	10				
Ipratropium Adulte 0,50mg/2ml sol pr inhal	Atrovent® Adulte 0,50mg/2ml sol pr inhal	10				
Kétoprofène IV 100mg	Profenid® IV 100mg	8				
Lidocaïne 1% 200mg/20ml ss conserv sol inj	Xylocaine® 1% 200mg/20ml ss conserv sol inj	2				
Loxapine 50mg/2ml sol inj	Loxapac® 50mg/2ml sol inj	5				
Méthylprednisolone 120mg/2ml pdr inj	Solumedrol® 120mg/2ml pdr inj	10				
Midazolam 5mg/5ml sol inj	Hypnovel® 5mg/5ml sol inj	5				
Naloxone 0,4mg/1ml sol inj	Narcan® 0,4mg/1ml sol inj	2				
Polyvidone iodée alcoolique unidoses 10ml	Bétadine® alcoolique unidoses 10ml	10				
Salbutamol 100µg/dose susp pr inhal fl	Ventoline® 100µg/dose susp pr inhal fl	1				
Salbutamol Adulte 5mg/2,5ml sol pr inhal	Ventoline® Adulte 5mg/2,5ml sol pr inhal	10				
Salbutamol Enfant 2,5mg/2,5ml sol pr inhal	Ventoline® Enfant 2,5mg/2,5ml sol pr inhal	10				
Ténectéplase 10000U/10ml pdr et solv inj	Métalyse® 10000U/10ml pdr et solv inj	1				
Trinitrine 0,30mg/dose sol pr pulv buccale	Natispray®	1				

REFRIGERATEUR (entre +2°C et +8°C)

STUPEFIANTS SOLUTES

Glucagon 1mg/1ml pdr et solv inj	Glucagen® 1mg/1ml pdr et solv inj	1				
Oxytocine 5UI/1ml sol inj	Syntocinon® 5UI/1ml sol inj	8				
Suxaméthonium 100mg/2ml sol inj	Célocurine® 100mg/2ml sol inj	3				

Kétamine 250mg/5ml sol inj		10à2 0				
Morphine Chlorhydrate 10mg/ 1ml sol inj		10à2 0				

Glucose 5% 100ml sol inj

Mannitol 20% 250ml sol inj

Sodium chlorure 0,9% 10ml sol inj

Sodium chlorure 0,9% 100ml sol inj

Sodium chlorure 0,9% 500ml sol inj

Aiguille 18G 40mm (rose)

Seringue 3P 5ml Luer Lock

Aiguille 21G 40mm IM (vert)

Seringue 3P 10ml Luer Lock

Bistouri n° 11

Seringue 3P 20ml Luer Lock

Perfuseur pré-monté avec 2 robinets 3V

Set de suture fine

Seringue 1ml

Sonde aspiration buccale CH26

Sonde aspiration trachéale CH10 ou CH12 (choix selon pratiques SMUR local)

Sonde aspiration trachéale CH16 ou CH18 (choix selon pratiques SMUR local)

Sonde intubation Taille 3 non armée avec ballonnet

Sonde intubation Taille 4 non armée avec ballonnet

Sonde intubation Taille 5 non armée avec ballonnet

Sonde intubation Taille 6 non armée avec ballonnet

Sonde intubation Taille 7 non armée avec ballonnet

Sonde intubation Taille 7,5 non armée avec ballonnet

Sonde intubation Taille 8 non armée avec ballonnet

DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES (DMS)

Canule rectale enfant

Cathéter sécurisé sans site 16G (gris)

Cathéter sécurisé sans site 18G (vert)

Cathéter sécurisé sans site 20G (rose)

Cathéter sécurisé sans site 22G (bleu)

Cathéter sécurisé sans site 24G (jaune)

Fil de suture cutanée Monofil non résorbable 3/0, Aiguille courbe 30mm 3/8

Pansement adhésif type "Opsite" ou "Tegaderm" 10cm x 12cm

Canule oropharyngée Taille 2

Canule oropharyngée Taille 3

Lacette (Tresse coton pour maintien sonde intubation)

AUTRES DISPOSITIFS MEDICAUX (DM)

Lunettes à oxygène

Mandrin d'intubation rigide 65cm CH12 Adulte (choix taille selon pratiques SMUR local)

Mandrin d'intubation rigide 40cm CH8 Enfant (choix taille selon pratiques SMUR local)

Masque aérosol avec nébuliseur Adulte

Masque aérosol avec nébuliseur Enfant

Masque à oxygène Haute Concentration Adulte

Masque à oxygène Haute Concentration Enfant

BIOMEDICAL et CONSOMMABLES ASSOCIES, DIVERS

F	Electrodes défibrillation adultes/pédiatriques pour USA/AD PLUS	1				
F	Electrodes défibrillation adultes/pédiatriques pour DSA/AD 10	1				
	Electrodes défibrillation adultes/pédiatriques pour Lifecare 2 et Touch Seven	1				
C	Electrodes ECG pour Lifecare 2 et Touch Seven	1				
	Electrodes ECG moniteur Welch Alyn	1				
I	Embout ETCOP	1				
A	Papier ECG Lifecare 2	2 (1 fois)				
A	Papier ECG Touch Seven	2 (1 fois)				
A	Papier ECG Comipocket	2 (1 fois)				
A	Papier ECG Argus LDM Plus	2 (1 fois)				
A	Piles DSA AD 10	1				
B	Piles DSA AD PLUS	1				

	Masque laryngé UMA Fastrach® usage unique Taille 4	1				
	Masque laryngé UMA Fastrach® usage unique Taille 5	1				
	Matrasement compressif (type "israélien")	2				
	Prolongateur 2V avec valve anti reflux D=1mm	10				
	Sonde Intubation armée Taille 6	1				
	Sonde Intubation armée Taille 7,5	1				

AUTRES DISPOSITIFS MEDICAUX (DM)

	Glaçons type Ivesco (pour découpe vêtements)	1				
	Filtre antibactérien antiviral (pour Insufflateur)	2				
	Garnit toumoquant Adulte	1				
	Insufflateur manuel avec prise oxygène Adulte	1				
	Insufflateur manuel avec prise oxygène Enfant	1				
	Lame Macintosh laryngoscope Usage Unique Taille 2	2				
	Lame Macintosh laryngoscope Usage Unique Taille 3	2				
	Lame Macintosh laryngoscope Usage Unique Taille 4	2				
	Lamelles de protection	1				
	Manche lame laryngoscope Usage Multiple Adulte	1				
	Masque anatomique facial Usage Unique (2 nourrisson)	1				

Annexe 2 : Questionnaire

Le questionnaire comprend 20 items répartis dans 9 sections :

Section 1 : Parcours personnel jusqu'à la fin de l'externat

- Mon parcours d'activités ou d'engagements personnels periscolaire(s) m'a permis d'être :
 - Secouriste bénévole
 - Sapeur Pompier volontaire
 - Sapeur pompier volontaire au SSM
 - Autre activité/engagement en lien avec l'urgence ou le secours (Ex : BNSSA, etc..)
- Mon parcours de formation universitaire en tant qu'externe m'a permis de faire :
 - Une formation complémentaire/optionnelle en urgences/secours (en dehors des gardes et des stages obligatoires)
 - Une stage de découverte de la médecine ambulatoire chez une MCS
 - Non concerné(e)

Section 2 : Parcours personnel jusqu'à la fin de l'internat

- A quelle période avez-vous passé le concours de l'internat
 - Après 2017
 - Avant 2017
 - L'internat n'existait pas ou n'était pas obligatoire à mon époque
 - Je n'ai pas fait mon internat en France
- Mon parcours d'interne m'a permis de faire un semestre
 - Un stage (ou plus) aux urgences avec plusieurs passages volontaires/obligatoires au décrochage^{oo}.
 - Un stage (ou plus) dans un service d'urgences sans passage ni au décrochage^{oo} ni au SMUR.
 - Un stage (ou plus) aux urgences et au SMUR (avec ou sans décrochage)
 - Un stage (ou plus) en unité d'hospitalisation de courtes durée (UHCD) ou post-Urgences.
 - Un stage (ou plus) en service de décrochage
 - Un stage (ou plus) en réanimation ou unité de soins continus (USC)
 - Un seul stage en médecine ambulatoire chez un MCS
 - 2 stages ambulatoires ou plus chez un MCS
 - Auto-formation à des gestes techniques ou à des prises en charge d'urgence en plus de mes stages
 - Je ne suis pas concernée
- En quelle année avez-vous passé votre thèse/ou devez-vous la passer ?
 - Date :
- Quelle spécialité aviez-vous validée initialement
 - Mention écrite :

Section 3 : Parcours professionnel

- Mon parcours professionnel en tant que médecin remplaçant et/ou docteur m'a permis de travailler dans les services ou les postes suivants :
 - Urgences adultes/pédiatriques sans décrochage
 - Urgences adultes/pédiatriques avec décrochage
 - Post urgences/UHCD/USC
 - Réanimation
 - Service de décrochage (trauma center)
 - Unité de soins intensifs cardiologiques/Unité neuro-vasculaires

- *SOS médecin*
- *Médecin régulateur (PDS inclus)*
- *Sur un secteur de gardes en nuit profonde (hors réseau MCS, hors médecin pompier) pour des motifs d'urgences vitales*
- *Je fais/j'ai fait des garde de médecin pompier (à partir du grade de capitaine)*
- *Je ne suis pas concerné(e)*

Section 4 : Formations complémentaires à l'urgence

- Mon parcours professionnel en tant qu'interne/médecin remplaçant et/ou docteur en médecine m'a permis de faire la(les) formation(s) complémentaire(s) suivante(s) :
 - *DESC d'urgences*
 - *CAMU*
 - *Capacité d'urgences*
 - *Aucune de cette liste*
- Si vous avez fait un/des DU en rapport avec l'urgence (Ex : médecine de catastrophe, de fast écho, etc ...) OU d'autres formations validantes en rapport avec l'urgence (ex RAMP, etc ...) OU des formations en CESU (formation gestes techniques, etc...), merci de noter le/lesquels ?
 - *Mention écrite*

Section 5 : Parcours atypiques

- J'ai (eu) un parcours atypique en tant que :
 - *Médecin militaire*
 - *Médecin pompier professionnel*
 - *Médecin pompier volontaire (à partir du garde de capitaine)*
 - *IDE/IBODE/IADE/ISP*
 - *J'ai un autre parcours atypique non précisé ci-dessus*
 - *Je ne suis pas concerné*
- Précisez votre parcours atypique si celui-ci n'est pas mentionné au dessus
 - *Mention écrite*

Section 6 : Importance du parcours

- Grâce à vos différents choix de parcours, vous avez acquis des compétences en urgences. Pouvez-vous nous préciser quel(s) moment(s) de votre parcours a été/ont été décisif(s) dans votre décision de devenir MCS ?
 - *Vos activités extra-scolaires/universitaires ou vos engagements*
 - *L'externat*
 - *L'internat*
 - *Les formations complémentaires*
 - *Les stages chez les praticiens MCS*
 - *Le parcours professionnel dans son ensemble*
 - *Aucune étape en particulier, j'ai un attrait pour l'urgences depuis toujours*
 - *Uniquement parce que je suis installée en zone éligible MCS*
 - *Uniquement parce que je me sens le devoir pour la population d'apporter cette plus-value.*
- Avez-vous fait certains choix de parcours uniquement en vue de devenir MCS
 - *Oui*
 - *Non*

Section 7 Votre statut actuel

- Actuellement, vous êtes :
 - *Médecin remplaçant non thèse*

- *Docteur remplaçant*
- *Docteur installé*
- Concernant votre installation, vous exercez :
 - *Seul*
 - *En groupe*
 - *En rural*
 - *En semi urbain*
 - *En urbain*
 - *En libéral*
 - *En activité mixte*
 - *Vous accueillez des internes*
 - *Vous est installés depuis moins de 5 ans*
 - *Vous est installés depuis moins de 5 ans*
 - *Vous n'etes pas concerné*

Section 8 : Médecin correspondant SAMU

- Diriez-vous que vos compétences en urgences obtenues grâce à votre formation de 2 jours annuels obligatoires proposés par le réseau MCS vous motiveraient/ou vous a motivé à participer activement au réseau.
 - *1 pas du tout*
 - *2*
 - *3*
 - *4*
 - *5 énormément*
- Pouvez-vous nous préciser à quel moment de votre parcours vous avez réalisé la première formation MCS
 - *En tant qu'interne*
 - *En tant que remplaçant*
 - *En tant qu'installé*
- Je suis MCS depuis/j'ai été MCS pendant :
 - *Moins d'un an*
 - *Entre 1 à 5 ans*
 - *5 ans et plus*
- Actuellement, vous êtes MCS
 - *Actif*
 - *demissionnaire*
- Vous êtes démissionnaire du réseau MCS : Pouvez-vous nous dire le fait d'avoir été en difficulté en intervention a motivé votre décaissement de quitter le réseau MCS.
 - *Oui, liées à des difficultés*
 - *Non*
 - *Je compte revenir dans le réseau ultérieurement*

Section 9 : Données épidémiologiques

- Vous êtes
 - *Une Femme*
 - *Un Homme*
- Quel est votre âge
 - *Mention écrite :*
- Vous souhaitez préciser une/des informations concernant votre CV, c'est à vous :
 - *Mention écrite*

Annexe 3 : Ensemble des mentions écrites à la question « Pouvez-vous précisez quel(s) type(s) de formation(s) avez-vous réalisé(s) (DU, CESU ou autre) »

Questionnaire 6 : « *Formation gestes techniques, urgence vitales adultes, urgences vitales pédiatriques, facteurs humains, communication diagnostics difficiles* » H, 32 ans.

Questionnaire 7 : « *DU : échographie clinique. CESU : gestes techniques, réanimation adulte* » H, 32 ans

Questionnaire 8 : « *DU Initiation à la médecine d'urgences. DU urgences traumatiques. DU médecine subaquatique et hyperbare (qui contient la prise en charge en urgences des accidents de plongée)* » F, 30 ans

Questionnaire 10 : « *DU de simulation et actualités en médecine d'urgence. Formation CESU (formation gestes techniques, simulation adulte et pédiatrique)* » F, 30 ans

Questionnaire 11 : « *DU Thérapeutiques et Urgences* » F, 35 ans

Questionnaire 13 : « *Plusieurs participations en CESU, pathologies variées* » H, 30 ans

Questionnaire 15 : « *CESU* » H, 65 ans

Questionnaire 20 : « *DU CATA
DIU échographie générale
Formateur soins d'urgences en CESU* » H, 49 ans

Questionnaire 25 : « *CESU accouchement inopiné. CESU urgences pédiatriques* » H, 33 ans

Questionnaire 26 : « *DU traumatologie* » F, 32 ans

Questionnaire 28 : « *En CESU, formations MCS Complémentaire accouchement en pré hospitalier, ateliers de simulation haute fidélité* » H, 33 ans

Questionnaire 29 : « *RAMP, Formation base de l'écho d'urgences, base echo interventionnelle, gestion situation de crise en urgence, intubation difficile* », F 39 ans

Questionnaire 35 : « *DIU echo et multiples formation d'echo* » M, 47 ans

Questionnaire 36 : « *Formation RAMP, CESU simulation haute fidélité* » H, 32

Questionnaire 55 : « *Échographie d'urgence, Traumatisés sévères, Réanimation avancée néonatale et pédiatrique* » H, 35 ans

Questionnaire 61 : « *Formations organisées par le SSSM : Traumato, Accouchements.
- PHTLS organisé par le SSSM
- Diverses formations CESU (Pédiatrie, Obstétrique)* » F, 63 ans

Questionnaire 67 : « *DU. Échographie générale, MF1. Moniteur instructeur plongée sous marine, Formateur RIFAP. / accident plongée* » H, 68 ans.

Questionnaire 68 : « *Formations CESU (gestes techniques, urgences vitales pédiatriques et adultes, accouchement à domicile), Du d'échographie (dont fast echo)* » F, 31 ans

Questionnaire 71 : « *UNIQUEMENT DANS LE CADRE MCS j'ai fait des formation CESU complémentaires gestes technique et simulation haute qualité des urgences vitales adultes et pédiatriques* » F, 40 ans

Questionnaire 72 « *J'ai pu faire l armée une fois le doctorat acquis en tant que médecin SMUR après une formation accélérée au chu Et pendant mon installation en montagne j'ai été MCS* »

Questionnaire 74 : « *cours de secourisme avec la croix rouge à l'externat* » F,49 ans

Questionnaire 76 : « *traumatologie à l'usage de l'urgentiste, ACLS, PHTLS* » H, 45 ans

Questionnaire 80 : « *DIU médecine urgence en montagne. CESU: Atelier simulation HF pédiatrique* » H, 37 ans

Questionnaire 87 : « *formation MCS 2 jours chaque année depuis 2003 - formation CESU 2x 1 jour* » H, 63 ans

Questionnaire 90 : « *DU Thérapeutiques anti infectieuses à l'usage de l'urgentiste DU Traumatologie à l'usage de l'urgentiste* » H, 32 ans

Questionnaire 94 : « *DU de medecine d'urgence avec les pompier et maintenant de nombreux jour de formation MCS* » F, 43 ans

Questionnaire 103 : « *DIU du SSSM (medecin pompiers)* » F, 54 ans

Questionnaire 106 : « *Formation hypnose analgésie cesu Chambéry* » F, 34 ans

Questionnaire 110 : « *DIU medecin pompier ensosp* » F, 54 ans

Questionnaire 112 : « *DU médecine d urgence, DU médecine de catastrophe* » H, 65 ans

Questionnaire 113 : « *ACLS, PHTLS, écho premier recours, stages médecine / alpinisme, formations CESU et DPC* » H, 45 ans

Questionnaire 115 : « *DU traumatologie à l'usage de l'urgentiste* » H, 30 ans

Questionnaire 116 : « *Cesu acr* » H, 54 ans

Questionnaire 117 : « *Formation MCS complémentaire CESU 73* » H, 33 ans

Questionnaire 124 : « *DU d'urgences traumatiques* » F, 31 ans

Questionnaire 129 : « *DU traumatologie à l'usage de l'urgentiste* », H,37

Questionnaire 130 : « *DU traumatologie du sport (mais c'est pas vraiment des urgences vitales) 2 jours de DPC sur les gestes d'urgence au cabinet Formations complémentaires MCS au CESU (gestes, simulation adulte et pédiatre, annonce, communication thérapeutique)* » F, 37 ans

Questionnaire 134 : « *DU traumatologie à l'usage de l'urgentiste* » H, 37 ans

Questionnaire 146 : "*DIU médecin pompier PHTLS Formations à l' ENSOSP sans précision CESU (accouchements hors mat) CESU (urgences pédia)*» F, 63 ans

Questionnaire 150 : « *Du secours en montagne, Du traumato urgentiste, Du traumato sport, Diu traumatise severe, Diu echo urgentiste* » H, 49 ans

Questionnaire 151 : « *CESU* » (sans précision) H, 36 ans

Questionnaire 153 : « *DU de traumatologie non vitale, de traumatisme vitale et DU d'échographie à l'usage de l'urgentiste* » F, 32 ans

Questionnaire 156 : « *CESU et DESU échographie pour le Med G dont fast echo* » H, 37 ans

Questionnaire 157 : « *communication thérapeutique et introduction à l'hypnose, approfondissement de l'obstétrique d'urgence* », F, 34 ans

Questionnaire 170 : « *CESU atelier geste, simulation haute fidélité adulte et pédiatrique, communication thérapeutique, facteurs humains* » F, 32 ans

Questionnaire 176 « *médecine de montagne* » H, 58 ans

Questionnaire 177 : « *DU de médecine d'urgence en Montagne DUMU* » H, 40 ans

Questionnaire 185 : « *DIU urgences AVC, traumatisé sévère, DIU urgences ped, EPLs, RAMP, ETLs, initiation echo* » F, 39 ans

Questionnaire 186 : « *formation accouchement et et geste technique* » F, 29 ans :

Questionnaire 195 : « *AFGSU et fast echo* » H, 33 ans

Questionnaire 197 : « *DIU SSSM et éhoscopie* » H, 28 ans

Annexe 4 : Ensemble des mentions écrites à la question « Décrivez votre parcours atypique »

Questionnaire 8 : « Médecin de Montagne »

Questionnaire 15 : « EVACUATIONS SANITAIRES ET URGENCES »

Questionnaire 42 : « Je suis médecin SP depuis un 1 an (mcs depuis plus) » F, 41 ans

Questionnaire 44 : « Recherche et développement pharma » F, 58 ans

Questionnaire 56 : « Médecin de Montagne avec formation à la traumatologie, aux urgences, à la régulation ...+ Diplôme InterUniversitaire de Médecine et de Secours en Montagne » H, 69 ans

Questionnaire 67 : « Volontaire service national au titre de la coopération » H, 68 ans

Questionnaire 69 : « médecin anesthésiste pendant plusieurs années »

Questionnaire 80 : « DESC médecine du sport » H, 37 ans

Questionnaire 92 : « pharmacien » F, 34 ans

Questionnaire 110 : « médecin pompier DIU complet ensosp » F, 47 ans

Questionnaire 112 : « ex médecine militaire avec expériences sur zones diverses dont la BSPP (médecin pompier à Paris) , de conflits hors de France, en situation d'isolement médical » H, 65 ans

Questionnaire 114 : « Plusieurs années de médecine humanitaire », H 34 ans

Questionnaire 127 : « Armée dans un SMUR (quand le service militaire était obligatoire) » H, 67 ans

Questionnaire 129 : « Médecin en mission Volontaire service civique à l'étranger » H, 37 ans

Questionnaire 134 : « Médecin Volontaire service Civique post-internat » H, 37 ans

Questionnaire 137 : « Médecine de montagne en station de ski » H, 30 ans

Questionnaire 150 : « Médecin urgentiste hospitalier (smur/sau/usc /uhcd). En parallèle de la médecine de montagne »

Questionnaire 142 : « Je me suis installée en moyenne montagne et pendant plusieurs années, j'ai été de garde toutes les nuits et un week-end sur 2, parfois pour des choses bénignes, parfois pour des vraies urgences vitales y compris pédiatriques, avec un SMUR à plus d'une heure l'hiver avec la neige, surtout la nuit. Et sans formation spécifique, à part un passage dans des Urgences » F, 52 ans

Questionnaire 157 : « médecine générale initialement, stage SASPAS en station de sports d'hiver. Puis travail aux urgences, une saison en station de sport d'hiver comme Docteur. Reprise des urgences et passage en réanimation, pour validation des acquis en médecine d'urgence » F, 32 ans

Questionnaire : « j'ai fait plusieurs années d'hospitalier en gériatrie où j'étais seule dans un établissement . Je prenais donc en charge des urgences vitales en attendant le SMUR. Je suis installée en libérale depuis quelque temps »

Questionnaire 153 : « Ingénieur puis reprise d'étude pour médecine » F, 44 ans

Questionnaire 187 : « service militaire ENORSSA, médecin militaire SMUR » H, 60 ans

Annexe 5 : Ensemble des mentions écrites à la question « si vous souhaitez préciser des éléments, c'est à vous »

Questionnaire 8 : « Dans mon cas, c'est la découverte de la médecine de montagne lors de mon externat, chez des médecins MCS qui m'a donné envie de faire cette formation. Si je n'avais pas fait la médecine de montagne, je serai probablement devenue médecin urgentiste. »

Questionnaire 10 : « Activité partagée médecine de montagne (adjoint saisonnier en hiver) et urgences périphérique (le reste de l'année) »

Questionnaire 15 : « URGENTISTE INTERIMAIRE »

Questionnaire 29 : « J'ai fait la CAMU après avoir été MCS, j'ai eu du mal à remplir le questionnaire, je ne savais pas si je devais répondre oui ou non pour les formations d'urgence. Je travaille actuellement exclusivement dans un service d'urgence »

Questionnaire 31 : « Je ne travaille plus comme MCS ou urgentiste mais comme PH en oncologie aigue hospitalière » F

Questionnaire 37 : « Je suis consciente de mes lacunes en urgences. C'est donc pour cela que je me suis tournée vers la formation MCS car je me dois d'être compétente en exerçant à 40 min du CH. » F, 38 ans

Questionnaire 39 : « Je suis à la retraite depuis 1an ???? » H,70

Questionnaire 41 : « Parcours atypique ds le sens que après un internat orienté urgence Smur, je me suis passionnée pour la médecine de montagne et de station que j'ai exercée comme remplaçant. Malheureusement pour contraintes personnelle j'ai du renoncer à une installation en montagne. J'ai ensuite passé la Camu pour travailler plusieurs années aux SAU-SMUR. J'ai été aussi SOS médecin plusieurs années. Depuis peu, je suis devenue MCS remplaçante. A noter que j'ai trouvé cette formation de 2 jrs par an passionnante et très bien organisée, pratique meilleure qu'aucune reçue par moi auparavant (il fait dire que les moyens ont progressé : mannequins divers, camions vidéos dédiés à la formation des CESU...etc) mais en tant qu'urgentiste hospitalier, je n'ai jamais à eu de formation continue aussi bonne que celle des MCS donc bravo ! »

Questionnaire 42 : « Tout les médecins installés dans mon territoire sont mcs. C'est presque un devoir dans mon secteur éloigné! J'étais pas de tout à l'aise avec les urgences avant, ça vient avec le temps et la formation » F, 41 ans

Questionnaire 47 : « Je n'avais aucun attrait pour l'urgence, ce n'est pas mon CV ni mes goûts qui m'ont fait mcs. En exerçant en zone rurale éloignée j'ai senti que c'était nécessaire de me former et une plus-value à moyen terme pour mon bassin de population. » H, 41 ans

Questionnaire 51: « j'ai arrêté d'être mcs car installée dans une zone non mcs mais uniquement PDS. »

Questionnaire 54 : « Retraite avec remplacements et activité salariée partielle en centre de santé communal. » H, 69

Questionnaire 56 : « actuellement en retraite depuis peu d'années » H,69 ans

Questionnaire 57 : « Je n'avais aucun attrait pour l'urgence. Je peux même dire que je ne me sentais pas concerné. J'étais orienté vers la fin de vie gériatrie, soins palliatifs. Je ne pensais, pas exercer en milieu rurale et m'impliquer dans l'urgence. C'est arrivé sans que je sois active dans ce choix ». F, 45 ans

Questionnaire 61 : « C'est mon recrutement en tant que médecin pompier qui m'a orienté vers l'urgence, à l'âge de 40 ans.

Cette orientation ne faisait pas partie de mes projet en tant que jeune médecin, car elle n'était pas compatible avec la première partie de ma vie professionnelle (cabinet chargé, vie de famille exigeante) » F, 63 ans

Questionnaire 62 : « Je suis à la retraite depuis 2017 de mon activité professionnelle de médecin généraliste en montagne. Je suis à la retraite de mon activité de pompier volontaire. Je n'ai pas démissionné de mon activité de MCS, je n'ai pas été reconduit du fait de ma prise de retraite de médecin généraliste. J'ai cédé mon cabinet à plusieurs confrères généralistes »

Questionnaire 67: « Médecin retraite réinstallé - formateur echo. encore pompier » H, 68 ans

Questionnaire 69 : « Médecin anesthésiste pendant plusieurs années »

Questionnaire 71 : « MCS n'existait pas lors de mon installation, nous intervenions sur le même type d'urgences sans matériel ni formation ni paiement. La mise en place de ce système a permis d'améliorer grandement cette prise en charge. » F, 40 ans

Questionnaire 72 : « Médecin retraité actif et régulateur au 15 » H, 68 ans

Questionnaire 73 : « DU traumatologies à l'usage de l'urgentiste » F, 31 ans

Questionnaire 74 : « Études de médecine en université européenne hors france, Diplôme médecine générale 2003
Installation dans la drome

Lorsque la nuit profonde a été supprimé la CPAM nous a proposé de rejoindre les MCS. J'ai quitté les MCS Lorsque j'ai quitté le cabinet ou je pratiquais pour un territoire ou il n'y avait pas de dispositif MCS

Ma décision de déplacer mon activité libérale et mon lieu d'implantation a été choisie avec pour principal critère les contraintes personnelles. »

Enfin. Si ce problème n'a pas en soi motivé ma sortie du dispositif MCS c'est un problème qui a long terme n'est pas gerable et surtout qui peut poser en raison de contraintes personnelles.

Enfin, lorsque le dispositif à été mis en place dans le secteur il y avait des craintes que l'existence d'un réseau MCS permette de justifier la fermeture de l'hôpital local et de sa maternité en particulier. Or le MCS n'a pas vocation à remplacer les dispositif d'urgence hospitaliers ! » F, 49 ans

Questionnaire 83 : « J'ai toujours eu à gérer des urgences vitales depuis toutes ces années d'installation et un jour on nous a dit que nous n'aurions plus le droit de faire de l'urgence si nous ne devenions pas MCS, alors j'ai commencé les formations, mais c'est très frustrant car les secteurs sont mal définis et on me sollicite rarement, souvent loin alors que le SMUR arrive avant moi, et pas à côté de chez moi car ce n'est pas repéré comme mon secteur, alors que c'est là que mon intervention pourrait apporter un plus! » F, 59 ans

Questionnaire 84 : « Avoir accès à la formation mcs en tant qu' interne est une richesse et une opportunité sans laquelle je ne me saurai jamais senti en confiance en ruralité isolée. De plus ce offrait une activité de garde supervisée qui est un exercice idéal pour se mettre en confiance en fin d'internat.

Pour lutter contre les désert médicaux ruraux il faut augmenter le nombre de stages qui offrent une formation mcs dans ces territoires. » H, 31 ans

Questionnaire 87 : « Impliqué Dans le réseau MCS alpes du nord avec l'association Médecin de Montagne depuis sa création motivé par l'isolement et les situations d'urgence rencontrées soit en garde soit en traumatologie. » H, 63 ans

Questionnaire 89 : « initialement Médecin de montagne, Puis collaborateur en Ardèche (mcs), également, médecin en dispensaire en outre Mer Actuellement en médecine hospitalière » H, 35 ans

Questionnaire 90 : « DESC MU (cours & stage SMUR effectués)
Assistanat de traumatologie (2 ans) en CHU avant reprise activité MCS »

Questionnaire : 91 « *La pratique, La prise De poste dans des services en dom Tom.* » H,61 ans.

Questionnaire 94 : « *je n'avais vraiment aucun attrait (voire une certaine anxiété ...) à l'urgence avant de venir m'installer . La formation m'a permis de me sentir bien plus l'aise avec l'urgence* » F, 43 ans

Questionnaire 97 : « *MCS remplaçante puis installée dans la vallée du Rhône. Arrêt des MCS pour contraintes personnelles. Je reprendrais plus tard* » F, 39 ans

Questionnaire 105 : « *J'ai fait MCS le temps de licencier du personnel que je payais avant avec les indemnités d'astreinte nuit noire. Je n'ai aucun attrait pour les urgences . Ma zone d'exercice rendait cet exercice superflu (le SAMU sera là plus vite que moi si je dois me lever la nuit). En 2 ou 3 ans de MCS, je n'ai été appelé pour rien d'intéressant ou urgent (si la régulation ressentait l'urgence, le samu se déplaçait, je n'étais mobilisée que pour « vérifier qu'effectivement c'est pas grave »)* » H, 50 ans

Questionnaire 109 : « *Je suis MCS depuis 3 ans mais j'ai eu des contraintes personnelles pendant ces 3 années, donc il y a quelques trous dans le planning et actuellement je suis seule sur mon secteur* » F, 37 ans

Questionnaire 112 : « *le médecin militaire reçoit, de par sa formation medico militaire qui est complémentaire aux études médicales universitaires classiques, un enseignement spécifique assez standardisé en médecine générale, tropicale et d'urgence (de guerre, de catastrophe, d'épidémie etc.). Il est aussi un médecin instructeur au secourisme, activité qui fédère car il est naturellement amené à travailler en " équipe " sur tous types de terrains.* » H, 65 ans

Questionnaire 114 : « *Actuellement, employé dans un service d'urgence depuis le début de la saison d'été, après avoir réalisé une saison d'hiver en station* » H, 35 ans

Questionnaire 118 : « *Retraité depuis un an* » H, 70 ans

Questionnaire 119 : « *formation médicale faite en université européenne hors France* » H, 31 ans

Questionnaire 129 : « *médecin hospitalier en soins palliatifs avec capacité douleur. J'avais effectué qq remplacement mcs il y a quelques années* » H, 37 ans

Questionnaire 130 : « *Pour la petite histoire: j'ai fait plein de stage au SMUR et en réa quand j'étais externe. Je voulais être réanimateur et j'adorais le SMUR (mais pas les urgences hospitalières) mais je me suis tournée vers la MG car j'étais mal classée au concours de l'internat ; j'ai complètement laissé tomber l'idée et fait de la médecine de ville, puis décidé de partir à la montagne, c'est là que j'ai découvert l'activité de MCS que je ne connaissait pas du tout et ça m'a bien plu; j'ai refait plein de formation complémentaires pour me mettre à niveau et je compte continuer à être MCS en raison du service rendu aux habitants des zones isolées* » F, 37 ans

Questionnaire 140 : « *La formation initiale MCS ne m'a pas fourni assez de compétences pour me sentir à l'aise dans cette fonction. Il faudrait des formations complémentaires (qui existent, mais je ne me suis pas encore lancée, peut être parce que je n'ai pas été assez confrontée au Samu pendant mes études ? La médecine d'urgence n'est pas mon point fort, notamment sur la partie technique)* » F, 32 ans

Questionnaire : « *Après nous avoir contraint à être de garde tout le temps l'Ordre des Médecins ou la régulation du 15 a décrété un jour que nous ne devons plus participer aux gardes ni aux urgences localement si nous n'avions pas une formation complémentaire, d'où mon inscription à la formation MCS* » F, 59 ans

Questionnaire 146 : « *J'ai été recrutée comme médecin pompier assez tardivement, sans bien savoir à quoi je m'engageais.*

J'ai trouvé l'expérience et les formations très intéressantes.

Lorsque la possibilité de MCS s'est ouverte, le fonctionnement était déjà bien acquis dans ma vie professionnelle. »

Questionnaire 161 : « *Faire un stage d'internat en mcs et avoir la formation mcs en même temps ça change tout !* » H, 31 ans

Questionnaire 173 : « *Je suis devenue MCS car je me suis installée en station de ski... je ne savais pas ce que c'était avant, je me suis installée en station de ski car j'ai toujours voulu pratiquer ce type d'activités (urgences / traumatologie). Mais j'avoue que je n'ai jamais été à l'aise avec la gestion de l'ACR....malgré les formations très sérieuses que nous recevions tous les ans. Actuellement je travaille en soins non programmés, avec pratique de "petites" urgences...non vitales et d'avoir été MCS a été un plus pour être acceptée sur ce poste, et du coup je stresse moins par rapport aux urgences non vitales.* » F, 49 ans

Questionnaire 178 : « *DU pratiques addictives* » H, 31 ans

Questionnaire 189 : « *activité libéral et urgentiste* » H, 44 ans

Abstract

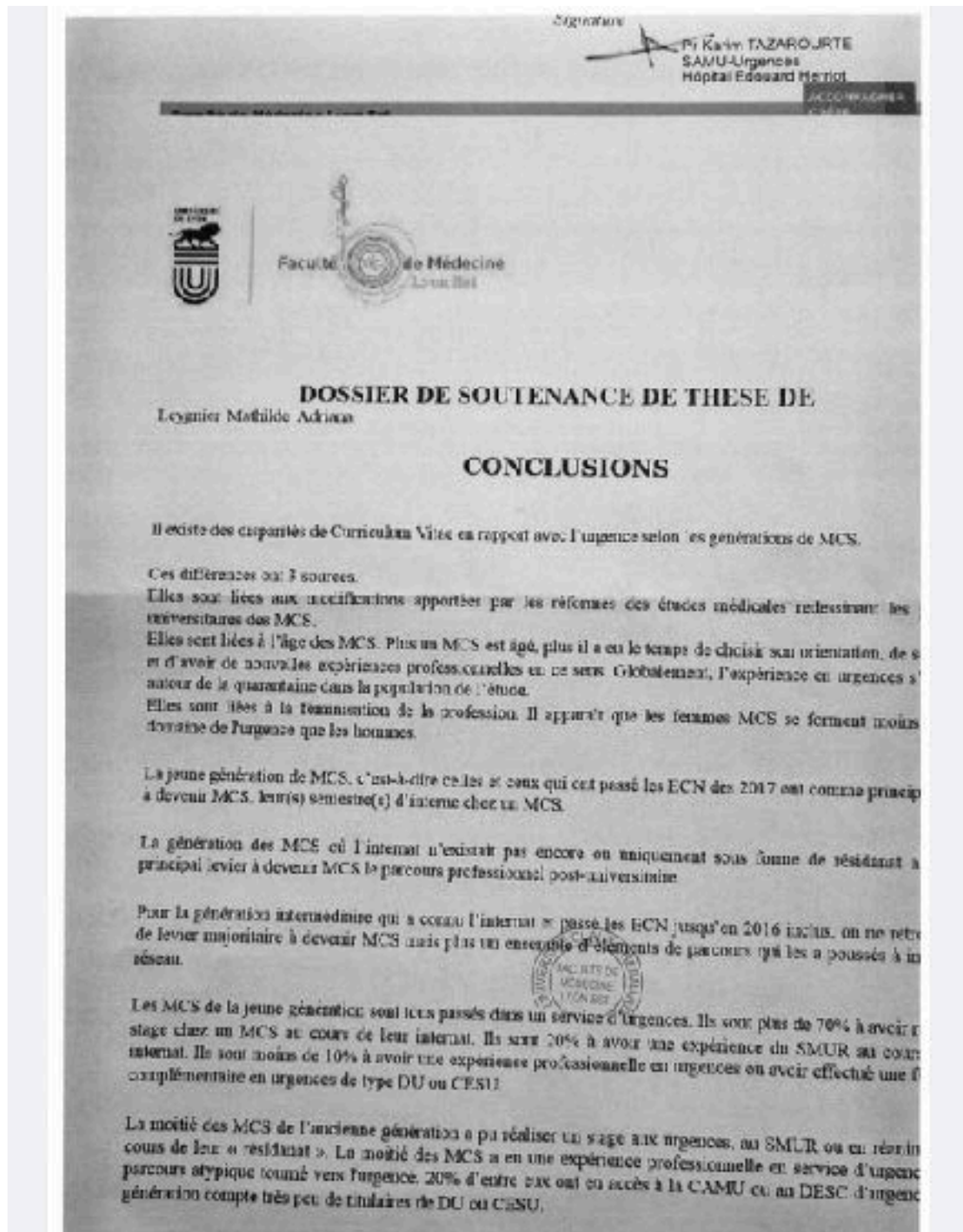
Introduction : The french corresponding physicians for emergency medical services networks (so-called « MCS » for « médecin correspondant du samu » or PRIME general practitioner) are links in the emergency chain in areas located more than 30 minutes from an emergency medical service. To exercise this function, what path did the MCS have before? The objective is to precisely describe the Curriculum Vitae of the MCS since the creation of the network in 2003.

Materials and method : Declarative cross-sectional descriptive study carried out in 2022 using an online questionnaire with the 564 MCS of the network whether they are active or resigned. The analyzes were carried out by subgroups according to the date of the internship using a method by comparison and by aggregation keys.

Results : 160 MCS responded. It is a younger population than the national population, with a varied mode of exercise and emergency experience which depends on 3 factors: initial training, age and sex. The youngest population of MCS has little experience, the intermediate population is better trained, in particular thanks to additional emergency training and a rich professional activity. The older generation has evolved a lot in « emergency transport » and many of them have undergone qualifying emergency training.

Conclusion : There is a disparity of CV according to the generations of MCS. Young people are less well trained in emergency, women too. But there are more and more of them. To sustain the network, appropriate training must be provided. The MCS course is an important lever to promote installations in isolated areas.

Signatures



... pour la génération avec un bon compromis les ECN de 2010, mais retrouvent toujours des difficultés...
aux deux autres populations des MCS, sauf pour 3 données. Ils ont pu accéder au SMUR en tant qu'intern
que l'ancienne génération. Ils ont autant d'expériences professionnelles aux urgences que l'ancienne gé
Les parcours atypiques tournés vers l'urgence dans cette catégorie sont rares.

ACCOMPAGNE
CHIFFRE



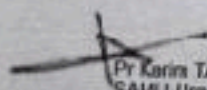
La féminisation des professionnels du réseau le fragilise. Les MCS-femmes sont moins bien formées,
disponibles et s'engagent sur le court terme dans les réseaux (moins de 5 ans). La pyramide des âges ma
20% des MCS sont proches de la retraite.

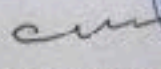

Renforcer la connaissance du réseau MCS auprès des internes en médecine générale qui ont prévu une in
en territoire isolé semble un levier à développer dans les facultés. Des parcours de formation spécifique
créer.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Cacher et Signature
Professeur Karim TAZAROURTE



Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Ly


Pr Karim TAZAROURTE
SAMU-Urgences
Hôpital Edouard Belin
Lyon



Professeur Gilles RODE Vu
et permis d'imprimer Lyon, le
26 AVR. 2023



Leygnier Mathilde Adriana Yaneth. Quelles sont les évolution des curriculum vitae des médecins correspondants du SAMU de la région Rhône Alpes Auvergne depuis la création du réseau en 2003 ?

RESUME

Introduction : Les Médecins Correspondants SAMU (MCS) sont des maillons de la chaîne d'urgence dans les zones situées à plus de 30 minutes d'un SMUR. Pour exercer cette fonction, quel parcours les MCS ont ils eu auparavant ? L'objectif est de décrire précisément les Curriculum Vitae des MCS depuis la création du réseau en 2003.

Matériels et méthode : Étude descriptive transversale déclarative réalisé en 2022 à l'aide d'un questionnaire en ligne auprès des 564 MCS du réseau qu'ils soient actifs ou démissionnaires. Les analyses ont été réalisées par sous groupes selon la date de l'internat en utilisant une méthode par comparaison et par clés d'agrégation.

Résultats : 160 MCS ont répondu. C'est une population plus jeune que la population nationale, avec un mode d'exercice varié et une expérience en urgence qui dépend de 3 facteurs : la formation initiale, l'âge et le sexe. La population de MCS la plus jeune a peu d'expérience, la population intermédiaire est mieux formée notamment grâce à des formations complémentaires en urgence et une activité professionnelle riche. L'ancienne génération a beaucoup évolué en SMUR et ils sont nombreux à avoir passé une formation qualifiante en urgence.

Conclusion : Il existe une disparité de CV selon les générations de MCS. Les jeunes sont moins bien formés en urgence, les femmes également. Or, elles sont de plus en plus nombreuses. Pour pérenniser le réseau, il faut prévoir des formations adaptées. Le stage MCS est un levier important pour favoriser des installations en secteur isolé.

MOTS CLES

Médecin correspondant du SAMU, curriculum vitae, urgences, parcours professionnel

JURY

Président : Monsieur le Professeur TAZAROURTE Karim

Membres :

Monsieur le Professeur FARGE

Monsieur Docteur BOUQUET

Monsieur le Professeur PIGAGE

Monsieur Le Professeur DEBATY (Invité)

Monsieur le Maitre de Conférence ZORZI

DATE DE SOUTENANCE : le 1^{er} juin 2023

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR VOTRE EMAIL

m.leygnier@gmail.com

135 hameau de Propriano, 20110 Propriano