

**THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'État
Mention DES de Médecine Générale

PAR

Cédric MENTZ
Né le 4 mars 1989 à INGWILLER (67)

**Médecin Correspondant du SAMU
dans la vallée de la Bruche :**
Évaluation du dispositif et étude des freins à la
participation des médecins généralistes libéraux

Président de thèse : Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Julien DENIS (généraliste, urgentiste)



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition SEPTEMBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général :
M. GALY Michaël

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|--|--------------|--|---|
| ADAM Philippe P0001 | NRP0 NCS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP | 50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| AKLADIOS Cherif P0191 | NRP0 CS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP | 54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique |
| ANDRES Emmanuel P0002 | NRP0 CS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC | 53.01 Option : médecine Interne |
| ANHEIM Mathieu P0003 | NRP0 NCS | • Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre | 49.01 Neurologie |
| ARNAUD Laurent P0186 | NRP0 NCS | • Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre | 50.01 Rhumatologie |
| BACHELLIER Philippe P0004 | RP0 CS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP | 53.02 Chirurgie générale |
| BAHRAM Seiamak P0005 | NRP0 CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté | 47.03 Immunologie (option biologique) |
| BALDAUF Jean-Jacques P0006 | NRP0 NCS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre | 54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique |
| BAUMERT Thomas P0007 | NRP0 CU | • Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC | 52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie |
| Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170 | NRP0 NCS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.03 Biologie cellulaire (option biologique) |
| BEAUJEU Rémy P0008 | NRP0 Resp | • Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre | 43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| BECMEUR François P0009 | RP0 NCS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre | 54.02 Chirurgie infantile |
| BERNA Fabrice P0192 | NRP0 CS | • Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil | 49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes |
| BERTSCHY Gilles P0013 | NRP0 CS | • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil | 49.03 Psychiatrie d'adultes |
| BIERRY Guillaume P0178 | NRP0 NCS | • Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre | 43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique) |
| BILBAULT Pascal P0014 | NRP0 CS | • Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre | 48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence |
| BLANC Frédéric P0213 | NRP0 NCS | - Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau | 53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement |
| BODIN Frédéric P0187 | NRP0 NCS | • Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil | 50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie |
| BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215 | NRP0 NCS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre | 54.01 Pédiatrie |
| BONNOMET François P0017 | NRP0 CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP | 50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BOURCIER Tristan P0018 | NRP0 NCS | • Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil | 55.02 Ophtalmologie |
| BOURGIN Patrice P0020 | NRP0 NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil | 49.01 Neurologie |
| Mme BRIGAND Cécile P0022 | NRP0 NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP | 53.02 Chirurgie générale |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités | |
|--|-------------|---|--|--|
| BRUANT-RODIER Catherine P0023 | NRP0 CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP | 50.04 | Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique |
| Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171 | NRP0 NCS | • Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC | 52.03 | Néphrologie |
| CASTELAIN Vincent P0027 | NRP0 NCS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre | 48.02 | Réanimation |
| CHAKFE Nabil P0029 | NRP0 CS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC | 51.04 | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire |
| CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172 | NRP0 NCS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mme CHARLOUX Anne P0028 | NRP0 NCS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 | Physiologie (option biologique) |
| Mme CHARPIOT Anne P0030 | NRP0 NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP | 55.01 | Oto-rhino-laryngologie |
| Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041 | NRP0 CS | • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre | 42.03 | Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique) |
| CLAVERT Philippe P0044 | NRP0 CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP | 42.01 | Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique) |
| COLLANGE Olivier PO193 | NRP0 NCS | • Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC | 48.01 | Anesthésiologie-Réanimation : Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique) |
| CRIBIER Bernard P0045 | NRP0 CS | • Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil | 50.03 | Dermato-Vénérologie |
| de BLAY de GAIX Frédéric P0048 | RP0 CS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.01 | Pneumologie |
| de SEZE Jérôme P0057 | NRP0 NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre | 49.01 | Neurologie |
| DEBRY Christian P0049 | NRP0 CS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP | 55.01 | Oto-rhino-laryngologie |
| DERUELLE Philippe P0199 | NRP0 NCS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre | 54.03 | Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique |
| DIEMUNSCH Pierre P0051 | RP0 CS | • Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre | 48.01 | Anesthésiologie-réanimation (option clinique) |
| Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054 | NRP0 CS | • Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre | 47.04 | Génétique (type clinique) |
| EHLINGER Matfnieu P0188 | NRP0 NCS | • Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre | 50.02 | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique |
| Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059 | NRP0 NCS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre | 54.01 | Pédiatrie |
| Mme FACCA Sybille P0179 | NRP0 NCS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mme FAFI-KREMER Samira P0060 | NRP0 CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté | 45.01 | Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique |
| FAITOT François PO216 | NRP0 CS | • Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP | 53.02 | Chirurgie générale |
| FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052 | NRP0 NCS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| FORNECKER Luc-Matthieu P0208 | NRP0 NCS | • Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre | 47.01 | Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie |
| GALLIX Benoit P0214 | NCS | • IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale |
| GANGI Afshin P0062 | RP0 CS | • Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| GAUCHER David P0063 | NRP0 NCS | • Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil | 55.02 | Ophtalmologie |
| GENY Bernard P0064 | NRP0 CS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 | Physiologie (option biologique) |
| GEORG Yannick P0200 | NRP0 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC | 51.04 | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire |
| GICQUEL Philippe P0065 | NRP0 CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre | 54.02 | Chirurgie infantile |
| GOICHOT Bernard P0066 | RP0 CS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP | 54.04 | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| Mme GONZALEZ Maria P0067 | NRP0 CS | • Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC | 46.02 | Médecine et santé au travail Travail |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités | |
|--------------------------------------|-------------|--|--|---|
| GOTTENBERG Jacques-Eric P0068 | NRP0 CS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre | 50.01 | Rhumatologie |
| HANNEDOUCHE Thierry P0071 | NRP0 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil | 52.03 | Néphrologie |
| HANSMANN Yves P0072 | NRP0 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil | 45.03 | Option : Maladies infectieuses |
| Mme HELMS Julie M0114 / P0209 | NRP0 NCS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil | 48.02 | Médecine Intensive-Réanimation |
| HERBRECHT Raoul P0074 | RP0 NCS | • Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre | 47.01 | Hématologie ; Transfusion |
| HIRSCH Edouard P0075 | NRP0 NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre | 49.01 | Neurologie |
| IMPERIALE Alessio P0194 | NRP0 NCS | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre | 43.01 | Biophysique et médecine nucléaire |
| ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189 | | • Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau | 49.05 | Médecine Physique et Réadaptation |
| JAULHAC Benoît P0078 | NRP0 CS | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd. | 45.01 | Option : Bactériologie -virologie (biologique) |
| Mme JEANDIDIER Nathalie P0079 | NRP0 CS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC | 54.04 | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| Mme JESEL-MOREL Laurence P0201 | NRP0 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.02 | Cardiologie |
| KALTENBACH Georges P0081 | RP0 CS | • Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau | 53.01 | Option : gériatrie et biologie du vieillissement |
| Mme KESSLER Laurence P0084 | NRP0 NCS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC | 54.04 | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| KESSLER Romain P0085 | NRP0 NCS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.01 | Pneumologie |
| KINDO Michel P0195 | NRP0 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087 | NRP0 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC | 47.03 | Immunologie (option clinique) |
| KREMER Stéphane M0038 / P0174 | NRP0 CS | • Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| KUHN Pierre P0175 | NRP0 NCS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre | 54.01 | Pédiatrie |
| KURTZ Jean-Emmanuel P0089 | NRP0 CS | • Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre | 47.02 | Option : Cancérologie (clinique) |
| Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202 | NRP0 NCS | • Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil | 49.03 | Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie) |
| LANG Hervé P0090 | NRP0 NCS | • Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil | 52.04 | Urologie |
| LAUGEL Vincent P0092 | NRP0 CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre | 54.01 | Pédiatrie |
| Mme LEJAY Anne M0102 / P0217 | NRP0 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC | 51.04 | Option : Chirurgie vasculaire |
| LE MINOR Jean-Marie P0190 | NRP0 NCS | • Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre | 42.01 | Anatomie |
| LIPSKER Dan P0093 | NRP0 NCS | • Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil | 50.03 | Dermato-vénéréologie |
| LIVERNEAUX Philippe P0094 | NRP0 CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| MALOUF Gabriel P0203 | NRP0 NCS | • Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre | 47.02 | Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie |
| MARK Manuel P0098 | NRP0 NCS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre | 54.05 | Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique) |
| MARTIN Thierry P0099 | NRP0 NCS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC | 47.03 | Immunologie (option clinique) |
| Mme MASCAUX Céline P0210 | NRP0 CS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.01 | Pneumologie ; Addictologie |
| Mme MATHELIN Carole P0101 | NRP0 NCS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil | 54.03 | Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités | |
|---|-------------|---|--|--|
| MAUVIEUX Laurent P0102 | NRP0 CS | • Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine | 47.01 | Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique |
| MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103 | RP0 CS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| MERTES Paul-Michel P0104 | NRP0 CS | • Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil | 48.01 | Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte) |
| MEYER Nicolas P0105 | NRP0 NCS | • Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil | 46.04 | Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique) |
| MEZIANI Ferhat P0106 | NRP0 NCS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil | 48.02 | Réanimation |
| MONASSIER Laurent P0107 | NRP0 CS | • Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil | 48.03 | Option : Pharmacologie fondamentale |
| MOREL Olivier P0108 | NRP0 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.02 | Cardiologie |
| MOULIN Bruno P0109 | NRP0 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil | 52.03 | Néphrologie |
| MUTTER Didier P0111 | RP0 CS | • Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC | 52.02 | Chirurgie digestive |
| NAMER Izzie Jacques P0112 | NRP0 CS | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC | 43.01 | Biophysique et médecine nucléaire |
| NOEL Georges P0114 | NCS | • Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie | 47.02 | Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique |
| NOLL Eric M0111 / PO218 | NRP0 NCS | • Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP | 48.01 | Anesthésiologie-Réanimation |
| OHANA Mickael P0211 | NRP0 CS | • Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| OHLMANN Patrick P0115 | NRP0 CS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.02 | Cardiologie |
| Mme OLLAND Anne P0204 | NRP0 NCS | • Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| Mme PAILLARD Catherine P0180 | NRP0 CS | • Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre | 54.01 | Pédiatrie |
| PELACCIA Thierry P0205 | NRP0 NCS | • Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP | 48.05 | Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences |
| Mme PERRETTA Silvana P0117 | NRP0 NCS | • Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC | 52.02 | Chirurgie digestive |
| PESSAUX Patrick P0118 | NRP0 NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC | 53.02 | Chirurgie Générale |
| PETIT Thierry P0119 | CDp | • Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique | 47.02 | Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique |
| PIVOT Xavier P0206 | NRP0 NCS | • Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique | 47.02 | Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique |
| POTTECHER Julien P0181 | NRP0 NCS | • Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre | 48.01 | Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique) |
| PRADIGNAC Alain P0123 | NRP0 NCS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP | 44.04 | Nutrition |
| PROUST François P0182 | NRP0 CS | • Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre | 49.02 | Neurochirurgie |
| Pr RAUL Jean-Sébastien P0125 | NRP0 CS | • Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine | 46.03 | Médecine Légale et droit de la santé |
| REIMUND Jean-Marie P0126 | NRP0 NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP | 52.01 | Option : Gastro-entérologie |
| Pr RICCI Roméo P0127 | NRP0 NCS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.01 | Biochimie et biologie moléculaire |
| ROHR Serge P0128 | NRP0 CS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP | 53.02 | Chirurgie générale |
| Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196 | NRP0 CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre | 54.01 | Pédiatrie |
| ROUL Gérard P0129 | NRP0 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.02 | Cardiologie |
| Mme ROY Catherine P0140 | NRP0 CS | • Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale (opt clinique) |
| SANANES Nicolas P0212 | NRP0 CS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP | 54.03 | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités | |
|---------------------------------------|-----------------------|---|--|---|
| SAUER Arnaud P0183 | NRPô NCS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil | 55.02 | Ophtalmologie |
| SAULEAU Erik-André P0184 | NRPô NCS | • Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC | 46.04 | Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique) |
| SAUSSINE Christian P0143 | RPô CS | • Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil | 52.04 | Urologie |
| Mme SCHATZ Claude P0147 | RPô CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil | 55.02 | Ophtalmologie |
| SCHNEIDER Francis P0144 | RPô CS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre | 48.02 | Réanimation |
| Mme SCHRÖDER Carmen P0185 | NRPô CS | • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil | 49.04 | Pédopsychiatrie ; Addictologie |
| SCHULTZ Philippe P0145 | NRPô NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP | 55.01 | Oto-rhino-laryngologie |
| SERFATY Lawrence P0197 | NRPô NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP | 52.01 | Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie |
| SIBILIA Jean P0146 | NRPô NCS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre | 50.01 | Rhumatologie |
| STEIB Jean-Paul P0149 | NRPô CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| STEPHAN Dominique P0150 | NRPô CS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil | 51.04 | Option : Médecine vasculaire |
| THAVEAU Fabien P0152 | NRPô NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC | 51.04 | Option : Chirurgie vasculaire |
| Mme TRANCHANT Christine P0153 | NRPô CS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre | 49.01 | Neurologie |
| VEILLON Francis P0155 | NRPô CS | • Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| VELTEN Michel P0156 | NRPô NCS CS | • Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques | 46.01 | Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique) |
| VETTER Denis P0157 | NRPô NCS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC | 52.01 | Option : Gastro-entérologie |
| VIDAILHET Pierre P0158 | NRPô NCS | • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil | 49.03 | Psychiatrie d'adultes |
| VIVILLE Stéphane P0159 | NRPô NCS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine | 54.05 | Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique) |
| VOGEL Thomas P0160 | NRPô CS | • Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau | 51.01 | Option : Gériatrie et biologie du vieillissement |
| WEBER Jean-Christophe Pierre P0162 | NRPô CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil | 53.01 | Option : Médecine Interne |
| WOLF Philippe P0207 | NRPô NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU | 53.02 | Chirurgie générale |
| Mme WOLFF Valérie P0001 | NRPô NCS | • Pôle Tête et Cou - Service Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre | 49.01 | Neurologie |

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CJ : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|--|------------|---|--|
| A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES | | | |
| HABERSETZER François | CS | Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC | 52.01 Gastro-Entérologie |
| CALVEL Laurent | NRPô CS | Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC | 46.05 Médecine palliative |
| SALVAT Eric | | Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur | |

| | | | |
|--------------|---|--|--|
| MO135 | B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH) | | |
|--------------|---|--|--|

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|--------------------------------------|---|--|--|
| AGIN Arnaud M0001 | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre | | 43.01 Biophysique et Médecine nucléaire |
| Mme ANTAL Maria Cristina M0003 | • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie | | 42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique) |
| Mme ANTONI Delphine M0109 | • Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss | | 47.02 Cancérologie ; Radiothérapie |
| Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117 | • Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine | | 48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale |
| Mme BIANCALANA Valérie M0008 | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil | | 47.04 Génétique (option biologique) |
| BLONDET Cyrille M0091 | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre | | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique) |
| BOUSIGES Olivier M0092 | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme BUND Caroline M0129 | • Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire (ICANS) | | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| CARAPITO Raphaël M0113 | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil | | 47.03 Immunologie |
| CAZZATO Roberto M0118 | • Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC | | 43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| Mme CEBULA Héléne M0124 | • Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP | | 49.02 Neurochirurgie |
| CERALINE Jocelyn M0012 | • Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP | | 47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique) |
| CHOQUET Philippe M0014 | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP | | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| COLLONGUES Nicolas M0016 | • Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP | | 49.01 Neurologie |
| DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017 | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC | | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| DELHORME Jean-Baptiste M0130 | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP | | 53.02 Chirurgie générale |
| DEVYS Didier M0019 | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil | | 47.04 Génétique (option biologique) |
| Mme DINKELACKER Vera M0131 | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre | | 49.01 Neurologie |
| DOLLÉ Pascal M0021 | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC | | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme ENACHE Irina M0024 | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | | 44.02 Physiologie |
| Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034 | • Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine | | 46.03 Médecine Légale et droit de la santé |
| FILISSETTI Denis M0025 | • Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté | | 45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| FOUCHER Jack M0027 | • Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil | | 44.02 Physiologie (option clinique) |
| GANTNER Pierre M0132 | • Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté | | 45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique |
| GRILLON Antoine M0133 | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd. | | 45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique) |
| GUERIN Eric M0032 | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | | 44.03 Biologie cellulaire (option biologique) |
| GUFFROY Aurélien M0125 | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC | | 47.03 Immunologie (option clinique) |
| Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119 | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Hautepierre | | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| HUBELE Fabrice M0033 | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC | | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| JEHL François M0035 | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté | | 45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique) |
| KASTNER Philippe M0089 | • Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil | | 47.04 Génétique (option biologique) |
| Mme KEMMEL Véronique M0036 | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités | |
|---|-----|---|--|---|
| KOCH Guillaume M0126 | | - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine | 42.01 | Anatomie (Option clinique) |
| Mme KRASNY-PACINI Agata M0134 | | • Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau | 49.05 | Médecine Physique et Réadaptation |
| Mme LAMOUR Valérie M0040 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.01 | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme LANNES Béatrice M0041 | | • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre | 42.02 | Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique) |
| LAVAUZ Thomas M0042 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.03 | Biologie cellulaire |
| LENORMAND Cédric M0103 | | • Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil | 50.03 | Dermato-Vénérologie |
| Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine | 45.02 | Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| LHERMITTE Benoît M0115 | | • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre | 42.03 | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LUTZ Jean-Christophe M0046 | | • Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC | 55.03 | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| MEYER Alain M0093 | | • Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 | Physiologie (option biologique) |
| MIGUET Laurent M0047 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC | 44.03 | Biologie cellulaire (type mixte : biologique) |
| Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049 | CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim | 54.05 | Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique) |
| MULLER Jean M0050 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil | 47.04 | Génétique (option biologique) |
| Mme NICOLAE Alina M0127 | | • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre | 42.03 | Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique) |
| Mme NOURRY Nathalie M0011 | | • Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC | 46.02 | Médecine et Santé au Travail (option clinique) |
| PENCREAC'H Erwan M0052 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil | 44.01 | Biochimie et biologie moléculaire |
| PFAFF Alexander M0053 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS | 45.02 | Parasitologie et mycologie |
| Mme PITON Amélie M0094 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC | 47.04 | Génétique (option biologique) |
| Mme PORTER Louise M0135 | | • Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre | 47.04 | Génétique (type clinique) |
| PREVOST Gilles M0057 | | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté | 45.01 | Option : Bactériologie -virologie (biologique) |
| Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil | 47.03 | Immunologie (option biologique) |
| Mme REIX Nathalie M0095 | | • Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine | 43.01 | Biophysique et médecine nucléaire |
| ROGUE Patrick (cf. A2) M0060 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC | 44.01 | Biochimie et biologie moléculaire (option biologique) |
| Mme ROLLAND Delphine M0121 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre | 47.01 | Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie) |
| ROMAIN Benoît M0061 | | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP | 53.02 | Chirurgie générale |
| Mme RUPPERT Elisabeth M0106 | | • Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil | 49.01 | Neurologie |
| Mme SABOU Alina M0096 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine | 45.02 | Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| Mme SCHEIDECKER Sophie M0122 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil | 47.04 | Génétique |
| SCHRAMM Frédéric M0068 | | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté | 45.01 | Option : Bactériologie -virologie (biologique) |
| Mme SOLIS Morgane M0123 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre | 45.01 | Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|--|-----|---|--|
| Mme SORDET Christelle M0069 | | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre | 50.01 Rhumatologie |
| TALHA Samy M0070 | | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie (option clinique) |
| Mme TALON Isabelle M0039 | | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre | 54.02 Chirurgie infantile |
| TELETIN Marius M0071 | | • Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim | 54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique) |
| VALLAT Laurent M0074 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre | 47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique |
| Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil | 45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique |
| Mme VILLARD Odile M0076 | | • Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac | 45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| Mme WOLF Michèle M0010 | | • Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil | 48.03 Option : Pharmacologie fondamentale |
| Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116 | | • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre | 54.01 Pédiatrie |
| ZOLL Jeffrey M0077 | | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC | 44.02 Physiologie (option clinique) |

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

| | | | |
|--------------------|-------|---|---|
| Pr BONAH Christian | P0166 | Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine | 72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques |
|--------------------|-------|---|---|

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

| | | | |
|-----------------------|-------|---|---|
| Mr KESSEL Nils | | Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine | 72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques |
| Mr LANDRE Lionel | | ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine | 69. Neurosciences |
| Mme THOMAS Marion | | Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine | 72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques |
| Mme SCARFONE Marianna | M0082 | Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine | 72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques |

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

| | | |
|------------------------|-------|--|
| Pr Ass. GRIES Jean-Luc | M0084 | Médecine générale (01.09.2017) |
| Pr GUILLOU Philippe | M0089 | Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016) |
| Pr HILD Philippe | M0090 | Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016) |
| Dr ROUGERIE Fabien | M0097 | Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017) |

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

| | | |
|---------------------|-------|--------------------------------------|
| Dre CHAMBE Juliette | M0108 | 53.03 Médecine générale (01.09.2015) |
| Dr LORENZO Mathieu | | |

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

| | | |
|------------------------------|-------|--|
| Dre BERTHOU anne | M0109 | Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018) |
| Dre BREITWILLER-DUMAS Claire | | Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019) |
| Dre SANSELME Anne-Elisabeth | | Médecine générale |
| Dr SCHMITT Yannick | | Médecine générale |

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

| | | |
|-----------------------------|-------|--|
| Mme ACKER-KESSLER Pia | M0085 | Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03) |
| Mme CANDAS Peggy | M0086 | Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99) |
| Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle | M0087 | Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11) |
| Mme JUNGER Nicole | M0088 | Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09) |
| Mme MARTEN Susanne | M0098 | Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14) |

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

| | | |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Dr ASTRUC Dominique | NRPô CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre |
| Dr ASTRUC Dominique (par intérim) | NRPô CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre |
| Dr CALVEL Laurent | NRPô CS | • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre |
| Dr DELPLANCQ Hervé | NRPô CS | - SAMU-SMUR |
| Dr GARBIN Olivier | CS | - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim |
| Dre GAUGLER Elise | NRPô CS | • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil |
| Dre GERARD Bénédicte | NRPô CS | • Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil |
| Mme GOURIEUX Bénédicte | RPô CS | • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil |
| Dr KARCHER Patrick | NRPô CS | • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau |
| Pr LESSINGER Jean-Marc | NRPô CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre |
| Mme Dre LICHTBLAU Isabelle | NRpô Resp | • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim |
| Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine | NRPô CS | • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau |
| Dr NISAND Gabriel | RPô CS | • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil |
| Dr REY David | NRPô CS | • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil |
| Dr TCHOMAKOV Dimitar | NRPô CS | • Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP |
| Mme Dre TEBACHER-ALT Martine | NRPô NCS Resp | • Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil |
| Mme Dre TOURNOUD Christine | NRPô CS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil |

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

| | |
|------------------------------|--|
| Dr BRAUN Jean-Jacques | ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016) |
| Pr CHARRON Dominique | Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018) |
| Mme GUI Yali | (Shaanxi/Chine) (2016-2017) |
| Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès | Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015) |
| Dr JENNY Jean-Yves | Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018) |
| Mme KIEFFER Brigitte | IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017) |
| Dr KINTZ Pascal | Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018) |
| Dr LAND Walter G. | Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017) |
| Dr LANG Jean-Philippe | Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018) |
| Dr LECOCQ Jehan | IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018) |
| Dr REIS Jacques | Neurologie (2017-2018) |
| Pr REN Guo Sheng | (Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017) |
| Dr RICCO Jean-Baptiste | CHU Poitiers (2017-2018) |

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

| | |
|---|--|
| ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94 | KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08 |
| BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01 | KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07 |
| BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12 | KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98 |
| BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95 | LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98 |
| BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10 | LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11 |
| BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16 | LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19 |
| BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18 | LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95 |
| BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04 | LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10 |
| BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17 | LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16 |
| BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95 | MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03 |
| BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20 | MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13 |
| BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03 | MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16 |
| BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19 | MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14 |
| BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99 | MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94 |
| BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10 | MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19 |
| BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02 | MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16 |
| BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86 | MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99 |
| BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18 | MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07 |
| CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15 | MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13 |
| CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15 | MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10 |
| CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95 | MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93 |
| CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18 | MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11 |
| CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20 | MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09 |
| CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12 | MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09 |
| CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16 | OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13 |
| COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00 | PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15 |
| CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98 | PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15 |
| CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11 | Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11 |
| DANION Jean-Marie (Psychiatrie) / 01.09.20 | PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19 |
| DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17 | POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18 |
| DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17 | REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98 |
| DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19 | RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02 |
| DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13 | RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10 |
| EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10 | SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14 |
| FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02 | SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20 |
| FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16 | SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04 |
| FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09 | SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95 |
| GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13 | SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01 |
| GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04 | SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11 |
| GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97 | SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12 |
| GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03 | SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87 |
| GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18 | SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06 |
| GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14 | STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10 |
| HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18 | STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09 |
| HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06 | STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15 |
| HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04 | STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03 |
| IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09 | TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06 |
| IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98 | TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02 |
| JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17 | TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08 |
| JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11 | VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16 |
| JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11 | VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13 |
| JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04 | VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08 |
| KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18 | WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09 |
| KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06 | WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11 |
| KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95 | WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13 |
| KREMER Michel / 01.05.98 | WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15 |
| KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18 | WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96 |
| KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07 | WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96 |

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strausz" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

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

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

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT,

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et de juger notre travail. Vous avez marqué votre enthousiasme à propos de ce sujet. Nous vous prions de recevoir l'expression de toute notre reconnaissance et de notre respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Thierry PELACCIA,

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Nous vous remercions sincèrement de l'intérêt que vous portez à cette thèse et sommes ravis de vous compter parmi nous.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Julien POTTECHER,

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse et nous vous en sommes très reconnaissants. Recevez le témoignage de tout notre respect.

A notre Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Julien DENIS,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse et de me guider dans ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre implication et votre accompagnement bienveillant. Que ce travail soit l'expression de mon immense reconnaissance.

A tous les médecins qui ont contribué à ma formation lors de mes études de médecine,

Je vous remercie d'avoir formé le médecin que je suis à mon tour aujourd'hui. Chaque rencontre a été humainement et professionnellement très enrichissante.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de me consacrer du temps lors de la réalisation de ce travail, je vous remercie pour l'honnêteté de vos propos et la richesse de nos échanges.

A mes collègues de travail de la clinique Saint-Luc de Schirmeck : Dr Scheer, Marie, Jérôme, Julien, Nicolas et Guillaume.

Soyez assurés de ma reconnaissance et de ma gratitude pour votre accompagnement et votre soutien lors de ce travail.

Spécialement à toi Guillaume, qui m'a mis sur la voie du sujet de la seconde étude et à toi Marie pour ton encadrement précieux dans la démarche qualitative.

J'ai également une pensée pour tout le reste du personnel de la clinique Saint-Luc ainsi que pour les soignants qui y partagent mon quotidien.

A mes parents,

Je vous remercie pour votre soutien et vos encouragements tout au long de ces années. C'est grâce à votre éducation et aux valeurs que vous m'avez transmises que j'en arrive ici aujourd'hui.

Pour toi, Papa.

Tu nous as quitté beaucoup trop tôt, mais je sais que tu veilles désormais sur Maman et nous tous de là-haut. Ta vie a été un exemple de sincérité, d'amour et de bienveillance que je m'attache à prendre en modèle. La présentation de ce travail, à laquelle tu souhaitais tant participer, t'est tout particulièrement dédiée.

A ma Sœur, Laetitia,

Je remercie la vie de nous permettre de partager une belle amitié fraternelle, si précieuse et chère à mes yeux. Nous traversons les joies et les peines, en confiance, avec l'assurance d'un soutien réciproque et sans faille. Merci à toi et à la si belle personne que tu es !

A mes Grands-Parents,

Etoiles bienveillantes, vous m'avez guidé et accompagné dans les premières étapes de ma vie. Par votre présence à mes côtés, vous avez contribué à forger la personne que je suis aujourd'hui et je sais que vous continuerez de veiller sur nous.

A mes Beaux-Parents, à Marine, à ma belle-famille

Merci de m'avoir accueilli dans votre famille, pour tout ce que vous avez fait et faites toujours pour nous. Je vous remercie pour votre bienveillance et votre appui indéfectible.

A ma famille,

Dont les liens de la vie sont entretenus par la tendresse et la gentillesse. Merci pour votre présence à mes côtés.

A mes amis de divers horizons :

A Thomas, mon crapaud adoré, depuis les années de lycée, j'ai toujours pu compter sur ton humour et ta bienveillance à mes côtés. Je n'oublierai assurément pas la date d'anniversaire de votre fille !

A Yvan, notre amitié s'est forgée au fil des années sur les bancs de la faculté. Aujourd'hui, nous avons la chance de partager la sympathie et la complicité qui nous lie. Je te remercie tout particulièrement pour l'aide précieuse que tu m'as apportée dans l'élaboration des statistiques

de ce travail.

A Elsa, je te remercie pour la contribution que tu as apportée dans ce travail et ai hâte de pouvoir partager à nouveau un séjour au ski.

A Guillaume, Stéphane et Simon, avec qui j'ai partagé d'innombrables moments sur les bancs de la faculté (et ailleurs !).

A mes amis de Bitschhoffen, avec qui j'ai grandi et évolué. Nos rencontres sont toujours un plaisir et essentielles à mon équilibre.

Enfin à toi, Carole, mon Amour,

Merci pour l'indéfectible soutien que tu m'apportes, ta présence au quotidien, ta bienveillance et ton amour.

Je mesure chaque jour la chance de t'avoir à mes côtés. Merci d'être la si belle personne que tu es.

Nous nous sommes dit Oui pour la vie.

Je l'espère de tout cœur belle et longue ensemble !

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|---------------|
| LISTE DES ABREVIATIONS / GLOSSAIRE | - 32 - |
| INTRODUCTION | - 35 - |
| CONTEXTE..... | - 39 - |
| I. DISPOSITIF DE MEDECIN CORRESPONDANT DU SAMU | - 39 - |
| I.1 Origine..... | - 39 - |
| I.2 Un dispositif s'intégrant dans l'Aide Médicale Urgente (AMU) | - 40 - |
| I.3 Cadre législatif..... | - 42 - |
| I.4 Contexte politique..... | - 43 - |
| I.5 Mise en application du dispositif..... | - 44 - |
| I.5.1 Généralités | - 45 - |
| I.5.2 Conditions d'intervention | - 45 - |
| I.5.3 Équipement | - 47 - |
| I.5.4 Formation..... | - 47 - |
| I.5.5 Cadre juridique interventionnel | - 49 - |
| I.5.5.1 Couverture assurantielle du MCS..... | - 49 - |
| I.5.5.2 Les modes d'exercices du MCS | - 49 - |
| a) Participation d'un médecin libéral..... | - 49 - |
| b) Participation d'un médecin salarié | - 50 - |
| c) Participation d'un praticien hospitalier..... | - 50 - |
| I.5.6 Mode de financement..... | - 50 - |
| II. CONTEXTE LOCAL DANS LA VALLEE DE LA BRUCHE | - 52 - |
| II.1 Rappels géographiques et administratifs..... | - 52 - |
| II.2 Rappels de politique sanitaire locale | - 54 - |
| II.3 Etat Sanitaire de la VdB avant le contrat local de santé..... | - 56 - |
| II.4 Offre de soins du territoire | - 58 - |
| II.4.1 Médecins libéraux..... | - 58 - |
| II.4.1.1 Médecins généralistes | - 58 - |
| II.4.1.2 Spécialistes et paramédicaux..... | - 60 - |
| II.4.2 Clinique Saint-Luc..... | - 60 - |
| II.4.3 Autres ressources disponibles | - 62 - |
| II.4.3.1 Soins de suite et de réadaptation (SSR) | - 62 - |
| II.4.3.2 Centre médico-psychologique de Schirmeck..... | - 63 - |
| II.4.3.3 Établissement pour Personnes Âgées Dépendantes | - 63 - |
| II.5 Objectifs du Contrat Local de Santé..... | - 64 - |
| II.6 Problématique de la prise en charge de l'urgence sur le territoire de la VdB (mise en place du MCS) | - 64 - |
| III. PRESENTATION DU DISPOSITIF MIS EN PLACE DANS LA VALLEE DE LA BRUCHE..... | - 67 - |
| III.1 La mise en place du dispositif à la clinique Saint-Luc | - 67 - |
| III.2 La couverture opérationnelle | - 68 - |
| III.2.1 Le territoire concerné..... | - 68 - |
| III.2.2 La couverture temporelle du dispositif | - 70 - |
| III.3 Les acteurs du dispositif..... | - 70 - |
| III.3.1 Les partenaires institutionnels..... | - 70 - |
| III.3.1.1 Agence Régionale de Santé d'Alsace..... | - 70 - |
| III.3.1.2 La communauté des communes de la VdB | - 72 - |
| III.3.1.3 Hôpitaux Universitaires de Strasbourg | - 73 - |
| III.3.1.4 Groupe Hospitalier Saint-Vincent..... | - 73 - |
| III.3.2 Les médecins participant au dispositif..... | - 74 - |
| III.3.2.1 Les médecins salariés de la clinique Saint Luc | - 74 - |
| III.3.2.2 Les médecins généralistes libéraux du secteur..... | - 75 - |
| III.4 Formation et responsabilité professionnelle des MCS..... | - 75 - |
| III.4.1 Formation initiale..... | - 75 - |
| III.4.1.1 Formation théorique initiale | - 76 - |
| III.4.1.2 Formation pratique initiale..... | - 77 - |
| III.4.1.3 Formation à la conduite d'urgence..... | - 78 - |
| III.4.2 Formation continue | - 78 - |
| III.4.3 Responsabilité médicale..... | - 78 - |
| III.5 Équipement alloué au dispositif..... | - 79 - |
| III.5.1 Véhicule | - 79 - |
| III.5.2 Équipement non médical..... | - 80 - |

| | | |
|-----------|--|--------|
| III.5.2.1 | Dispositif d'appel et de communication..... | - 80 - |
| III.5.2.2 | Tenues vestimentaires | - 81 - |
| III.5.3 | Équipement médical..... | - 81 - |
| III.5.4 | Médicaments et gestion de la pharmacie | - 84 - |
| III.5.5 | La signature des contrats..... | - 86 - |
| III.5.5.1 | La convention cadre | - 86 - |
| III.5.5.2 | Convention individuelle | - 86 - |
| III.5.6 | Rappel des objectifs du MCS..... | - 86 - |
| III.5.7 | Modalités de déclenchement du MCS | - 87 - |
| III.5.8 | Conduite du véhicule | - 88 - |
| III.5.9 | Coordination de l'intervention..... | - 88 - |
| III.6 | <i>Le financement du dispositif</i> | - 89 - |
| III.6.1 | Subvention locale de la communauté de communes de la vallée de la Bruche..... | - 89 - |
| III.6.2 | ARS : Fonds D'Intervention Régional (FIR)..... | - 90 - |
| III.6.3 | Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg | - 91 - |
| III.7 | <i>Articulation avec le dispositif d'Infirmier Sapeur-Pompier (ISP) à la clinique Saint-Luc de Schirmeck</i> | - 91 - |

ÉVALUATION DU DISPOSITIF MIS EN PLACE DANS LA VALLÉE DE LA BRUCHE : ÉTUDE QUANTITATIVE - 95 -

| | | |
|-----------|---|---------|
| I. | INTRODUCTION..... | - 95 - |
| II. | MATERIEL ET METHODE | - 96 - |
| II.1 | <i>Type d'étude</i> | - 96 - |
| II.2 | <i>Objectifs</i> | - 96 - |
| II.3 | <i>Critères d'inclusion</i> | - 97 - |
| II.4 | <i>Critère de jugement principal</i> | - 97 - |
| II.5 | <i>Critères de jugement secondaires</i> | - 98 - |
| II.6 | <i>Données recueillies</i> | - 99 - |
| II.6.1 | Pour le MCS..... | - 99 - |
| II.6.2 | Pour le SAMU..... | - 100 - |
| II.7 | <i>Territoire concerné et sectorisation</i> | - 101 - |
| II.8 | <i>Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) et diagnostics principaux</i> | - 103 - |
| II.9 | <i>Analyse statistique</i> | - 105 - |
| II.9.1 | Analyse descriptive | - 105 - |
| II.9.2 | Analyse comparative..... | - 106 - |
| II.9.2.1 | Données quantitatives | - 106 - |
| II.9.2.2 | Données qualitatives | - 107 - |
| II.10 | <i>Données exclues</i> | - 107 - |
| II.11 | <i>ETHIQUE</i> | - 107 - |
| III. | RESULTATS (DESCRIPTIF DES INTERVENTIONS) | - 108 - |
| III.1 | <i>Interventions MCS et SMUR (organigramme)</i> | - 108 - |
| III.2 | <i>Critère principal : délai d'intervention du MCS et du SMUR, l'objectif des « 30 minutes »</i> .- | - 109 - |
| III.2.1 | Délai d'intervention du MCS..... | - 109 - |
| III.2.1.1 | Délai d'intervention global du MCS | - 109 - |
| III.2.1.2 | Délai d'intervention du MCS sur secteur et dans la tranche horaire 8h-20h | - 110 - |
| III.2.1.3 | Délai d'intervention selon le lieu de départ du MCS | - 111 - |
| a) | En garde : clinique Saint-Luc à Schirmeck | - 112 - |
| b) | En astreinte : domicile du MCS..... | - 112 - |
| c) | Comparaison du délai d'intervention du MCS en astreinte et en garde | - 112 - |
| III.2.2 | Délai d'intervention du SAMU sur le territoire..... | - 113 - |
| III.2.2.1 | Sur la période complète de l'étude | - 113 - |
| III.2.2.2 | Sur la tranche horaire 8h-20h de la période d'étude | - 114 - |
| III.2.3 | Comparaison non appariée des délais d'intervention du MCS et du SAMU sur le secteur MCS entre 8h et 20h | - 115 - |
| III.2.4 | Comparaison appariée des délais d'intervention du MCS et du SAMU sur le secteur MCS entre 8h et 20h | - 116 - |
| III.2.5 | Taux de délais d'intervention de moins de 30 minutes..... | - 116 - |
| III.2.5.1 | Pour le MCS | - 116 - |
| a) | Toutes interventions | - 116 - |
| b) | Interventions sur secteur MCS et entre 8h et 20h..... | - 117 - |
| III.2.5.2 | Pour le SAMU | - 117 - |
| a) | Toutes interventions | - 117 - |
| b) | Interventions sur secteur et sur la période 8h-20h..... | - 118 - |
| III.2.5.3 | Comparaison des taux d'intervention de moins de 30 minutes pour le MCS et le SAMU..... | - 118 - |
| a) | Comparaison toutes interventions MCS et SAMU..... | - 118 - |

| | | |
|--------------|--|----------------|
| b) | Comparaison entre les interventions MCS et SAMU sur secteur MCS entre 8h et 20h..... | - 118 - |
| <i>III.3</i> | <i>Critère secondaire : évaluation du recours au MCS.....</i> | <i>- 119 -</i> |
| III.3.1 | Taux de recours au MCS par le SAMU sur la période 8h-20h sur le secteur MCS | - 119 - |
| III.3.2 | Délai de recours au MCS par le SAMU..... | - 119 - |
| III.3.3 | Temps passé sur place par le MCS avant l'arrivée du SMUR..... | - 120 - |
| III.3.4 | Sollicitations du SAMU non validées par le MCS | - 121 - |
| III.3.5 | Respect du cadre conventionnel..... | - 121 - |
| III.3.5.1 | Taux d'intervention selon le cadre conventionnel | - 121 - |
| III.3.5.2 | Raisons des interventions hors convention | - 122 - |
| a) | L'absence de déclenchement de SMUR associé au MCS | - 122 - |
| b) | Gravité clinique faible | - 122 - |
| c) | Les interventions hors secteur MCS..... | - 123 - |
| d) | Les interventions hors horaires d'astreinte..... | - 123 - |
| e) | Médicalisation du transport | - 123 - |
| f) | Mode de déclenchement | - 123 - |
| III.3.6 | Collaboration MCS-ISP en intervention..... | - 123 - |
| <i>III.4</i> | <i>Critère secondaire : évaluation de l'activité du MCS dans le temps</i> | <i>- 125 -</i> |
| III.4.1 | Répartition de l'activité MCS | - 125 - |
| III.4.1.1 | Sur la période d'évaluation | - 125 - |
| III.4.1.2 | Mensuelle | - 126 - |
| III.4.1.3 | Journalière | - 127 - |
| III.4.1.4 | Horaire..... | - 128 - |
| III.4.2 | Répartition de l'activité du SAMU | - 129 - |
| III.4.2.1 | Sur la période d'évaluation | - 129 - |
| III.4.2.2 | Mensuelle | - 130 - |
| III.4.2.3 | Journalière | - 131 - |
| III.4.2.4 | Horaire..... | - 132 - |
| III.4.3 | Disponibilité calendaire du MCS sur la période d'évaluation..... | - 133 - |
| III.4.3.1 | Quantification de l'indisponibilité du MCS..... | - 133 - |
| III.4.3.2 | Détail des indisponibilités et causes..... | - 133 - |
| III.4.4 | Proportion des urgences préhospitalières couvertes par le MCS sur son secteur au cours de la période d'évaluation..... | - 135 - |
| <i>III.5</i> | <i>Critère secondaire : évaluation géographique de l'activité du MCS.....</i> | <i>- 135 -</i> |
| III.5.1 | Localisation des interventions MCS par secteur..... | - 135 - |
| III.5.1.1 | Entrée de vallée | - 137 - |
| III.5.1.2 | Centre-Bourg..... | - 137 - |
| III.5.1.3 | Haut de vallée..... | - 138 - |
| III.5.2 | Délais d'intervention par secteur sur la période d'évaluation | - 138 - |
| III.5.2.1 | Pour le MCS | - 138 - |
| a) | Entrée de vallée | - 138 - |
| b) | Centre-bourg..... | - 139 - |
| c) | Haut de vallée | - 139 - |
| III.5.2.2 | Pour le SAMU..... | - 139 - |
| a) | Entrée de vallée | - 139 - |
| b) | Centre-Bourg | - 140 - |
| c) | Haut de vallée | - 140 - |
| III.5.2.3 | Pour DRAGON (moyen SMUR hélicopté)..... | - 141 - |
| a) | Entrée de vallée | - 141 - |
| b) | Centre-Bourg | - 141 - |
| c) | Haut de vallée | - 142 - |
| III.5.3 | Comparaison des délais d'intervention sur les secteurs..... | - 143 - |
| III.5.3.1 | Représentations graphiques..... | - 143 - |
| a) | Entrée de vallée | - 143 - |
| b) | Centre-bourg | - 143 - |
| c) | Haut de vallée | - 144 - |
| III.5.3.2 | Comparaison MCS-SMUR | - 144 - |
| a) | Entrée de vallée | - 144 - |
| b) | Centre-bourg | - 145 - |
| c) | Haut de vallée | - 145 - |
| III.5.3.3 | Comparaison MCS-DRAGON..... | - 145 - |
| a) | Entrée de vallée | - 146 - |
| b) | Centre-bourg | - 146 - |
| c) | Haut de vallée | - 146 - |
| <i>III.6</i> | <i>Critère secondaire : évaluation du type d'activité du MCS</i> | <i>- 147 -</i> |
| III.6.1 | Classification CCMU des interventions..... | - 147 - |
| III.6.2 | Répartition par pathologie des interventions | - 148 - |

| | | |
|---|--|----------------|
| III.7 | <i>Critère secondaire : impact du MCS sur le SMUR</i> | - 149 - |
| III.7.1 | Annulations de SMUR par le MCS | - 149 - |
| III.7.2 | Durée d'intervention | - 150 - |
| III.7.2.1 | Du MCS..... | - 150 - |
| III.7.2.2 | Du SMUR sans MCS | - 150 - |
| III.7.2.3 | Du SMUR avec MCS..... | - 151 - |
| III.7.2.4 | Comparaison des durées d'interventions du SMUR avec ou sans MCS..... | - 151 - |
| IV. | DISCUSSION..... | - 153 - |
| IV.1 | <i>Délais d'intervention du MCS et du SMUR : l'objectif des « 30 minutes »</i> | - 153 - |
| IV.1.1 | Justification du critère..... | - 153 - |
| IV.1.2 | Délai d'intervention pris en compte..... | - 154 - |
| IV.1.3 | Délais d'intervention du MCS et du SAMU..... | - 155 - |
| IV.1.3.1 | Délais d'intervention du MCS..... | - 155 - |
| a) | Délai d'intervention global du MCS | - 155 - |
| b) | Délai d'intervention du MCS sur secteur et dans la tranche horaire 8h-20h..... | - 156 - |
| c) | Délais d'intervention selon le lieu de départ du MCS..... | - 157 - |
| IV.1.3.2 | Délais d'intervention du SAMU sur le territoire..... | - 159 - |
| a) | Sur la période complète de l'étude | - 159 - |
| b) | Sur la tranche horaire 08h-20h | - 160 - |
| IV.1.4 | Comparaison des délais d'intervention du MCS et du SAMU sur le secteur entre 8h et 20h | - 161 - |
| IV.1.5 | Taux de délais d'intervention en moins de 30 minutes..... | - 162 - |
| IV.1.6 | Biais, manque de données..... | - 162 - |
| IV.1.7 | Comparaison à la littérature | - 163 - |
| IV.2 | <i>Évaluation du recours au MCS</i> | - 164 - |
| IV.2.1 | Taux de recours au MCS par le SAMU sur la période 8h-20h sur le territoire MCS..... | - 164 - |
| IV.2.2 | Délai de recours | - 165 - |
| IV.2.3 | Temps passé sur place par le MCS avant l'arrivée du SMUR..... | - 166 - |
| IV.2.4 | Sollicitations du SAMU non validées par le MCS | - 167 - |
| IV.2.5 | Respect du cadre conventionnel..... | - 167 - |
| IV.2.5.1 | Absence de déclenchement de SMUR associé au MCS | - 168 - |
| IV.2.5.2 | Motifs d'intervention inadaptés | - 169 - |
| IV.2.5.3 | Interventions hors secteur MCS | - 169 - |
| IV.2.5.4 | Les interventions hors horaires d'astreinte..... | - 170 - |
| IV.2.5.5 | Médicalisation du transport..... | - 171 - |
| IV.2.6 | Collaboration MCS-ISP | - 172 - |
| IV.3 | <i>Évaluation de l'activité du MCS dans le temps</i> | - 173 - |
| IV.3.1 | Répartition de l'activité MCS | - 173 - |
| IV.3.1.1 | Sur la période d'évaluation | - 173 - |
| IV.3.1.2 | Mensuelle | - 174 - |
| IV.3.1.3 | Journalière | - 174 - |
| IV.3.1.4 | Horaire..... | - 175 - |
| IV.3.2 | Répartition de l'activité SAMU | - 175 - |
| IV.3.2.1 | Sur la période d'évaluation | - 175 - |
| IV.3.2.2 | Mensuelle | - 175 - |
| IV.3.2.3 | Journalière | - 176 - |
| IV.3.2.4 | Horaire..... | - 176 - |
| IV.3.3 | Disponibilité calendaire du MCS sur la période d'évaluation | - 177 - |
| IV.3.4 | Proportion des urgences préhospitalières couvertes par le MCS sur la période d'évaluation et sur le secteur MCS..... | - 178 - |
| IV.4 | <i>Évaluation géographique de l'activité du MCS</i> | - 179 - |
| IV.4.1 | Entrée de vallée..... | - 180 - |
| IV.4.2 | Centre-bourg | - 182 - |
| IV.4.3 | Haut de vallée | - 184 - |
| IV.5 | <i>Évaluation du type d'activité du MCS</i> | - 187 - |
| IV.5.1 | Classification CCMU | - 187 - |
| IV.5.2 | Répartition par pathologie..... | - 188 - |
| IV.6 | <i>Impact du MCS sur le SAMU/SMUR</i> | - 190 - |
| IV.6.1 | Annulations de SMUR par le MCS | - 190 - |
| IV.6.2 | Durée d'intervention | - 191 - |
| V. | CONCLUSION..... | - 194 - |
| | | |
| FREINS A LA PARTICIPATION AU DISPOSITIF DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU SECTEUR : ÉTUDE QUALITATIVE | | - 197 - |
| I. | INTRODUCTION..... | - 197 - |
| II. | MATERIEL ET METHODE | - 198 - |

| | | |
|----------|---|----------------|
| II.1 | Choix de la méthode : étude qualitative | - 198 - |
| II.2 | Population étudiée | - 198 - |
| II.2.1 | Les modalités de recrutement | - 198 - |
| II.2.2 | Les critères d'inclusion | - 198 - |
| II.3 | Méthodologie des entretiens | - 199 - |
| II.3.1 | L'enquête par entretien semi-dirigé | - 199 - |
| II.3.2 | L'élaboration du guide d'entretien (Annexe n°2) | - 199 - |
| II.3.3 | Conduite des entretiens | - 199 - |
| II.3.4 | Le nombre d'entretiens | - 200 - |
| II.4 | Méthodologie de recueil et d'analyse des données | - 201 - |
| II.4.1 | Recueil des données | - 201 - |
| II.4.2 | Analyse des données | - 201 - |
| III. | RESULTATS | - 203 - |
| III.1 | Population étudiée et caractéristiques principales | - 203 - |
| III.2 | Connaissance du dispositif MCS | - 204 - |
| III.2.1 | Dispositif national | - 204 - |
| III.2.2 | Dispositif local | - 205 - |
| III.3 | Opinion du dispositif MCS | - 206 - |
| III.3.1 | Intérêt du dispositif | - 206 - |
| III.3.2 | Pertinence du dispositif | - 208 - |
| III.4 | Les freins à l'adhésion au dispositif pour les MGL | - 210 - |
| III.4.1 | Rapport à la prise en charge des urgences vitales | - 210 - |
| III.4.2 | Organisation de l'urgence : rôle des MGL | - 212 - |
| III.4.3 | Relation avec l'ARS | - 214 - |
| III.4.4 | Pratique libérale | - 216 - |
| III.4.5 | Formation | - 218 - |
| III.4.6 | Rémunération | - 219 - |
| III.4.7 | Géographie | - 220 - |
| III.4.8 | Logistique | - 221 - |
| III.4.9 | Organisation | - 222 - |
| III.4.10 | Partage institutionnel du dispositif | - 223 - |
| III.4.11 | Régulation médicale du SAMU | - 224 - |
| III.4.12 | Responsabilité professionnelle | - 225 - |
| III.4.13 | Conditions d'engagement | - 225 - |
| III.4.14 | Aspect personnel/privé | - 226 - |
| III.5 | Pistes d'amélioration | - 227 - |
| IV. | DISCUSSION | - 230 - |
| IV.1 | Méconnaissance du dispositif de MCS | - 230 - |
| IV.2 | Opinion du dispositif | - 231 - |
| IV.3 | Rapport à l'urgence | - 232 - |
| IV.4 | Formation MCS et responsabilité médicale | - 233 - |
| IV.5 | Pratique libérale, charge de travail et démographie médicale | - 235 - |
| IV.6 | Rivalités institutionnelles et difficultés logistiques | - 237 - |
| V. | CONCLUSION | - 239 - |
| | CONCLUSION | - 243 - |
| | ANNEXES | - 249 - |
| I. | ANNEXE 1 : CONVENTION DU MCS DE LA VdB | - 249 - |
| II. | ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN DE L'ETUDE QUALITATIVE | - 256 - |
| III. | ANNEXE 3 : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES INTERVIEWES DE L'ETUDE QUALITATIVE | - 259 - |
| IV. | ANNEXE 4 : CD-ROM | - 260 - |
| IV.1 | Verbatim des entretiens de l'étude qualitative | - 260 - |
| IV.2 | Grille d'analyse thématique de l'étude qualitative | - 260 - |
| | REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | - 263 - |
| | DECLARATION SUR L'HONNEUR | - 269 - |

LISTE DES ILLUSTRATIONS

- **FIGURES :**

| | |
|---|---------|
| Figure 1: Organigramme d'intervention du MCS..... | - 46 - |
| Figure 2: Géolocalisation de la vallée de la Bruche sur une carte de France | - 52 - |
| Figure 3: Représentation de la sectorisation de la vallée de la Bruche et géolocalisation sur une carte du Bas-Rhin..... | - 53 - |
| Figure 4: Carte des Territoires de Démocratie Sanitaire du Grand Est | - 54 - |
| Figure 5: Carte des Groupements Hospitaliers de Territoire en région Grand Est..... | - 55 - |
| Figure 6: Carte des densités lissées de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants..... | - 59 - |
| Figure 7: Géolocalisation de la VdB sur une carte du Bas-Rhin et territoire couvert par le MCS (Annexe 2 de la convention MCS) | - 68 - |
| Figure 8: Temps d'accès des communes d'Alsace aux soins urgents en 2012 | - 71 - |
| Figure 9: Véhicule MCS de la vallée de la Bruche | - 80 - |
| Figure 10: Sac de secours THOMAS du MCS de la VdB..... | - 82 - |
| Figure 11: Véhicule ISP à gauche (VL INF) et véhicule MCS à droite devant la polyclinique de la clinique Saint-Luc de Schirmeck..... | - 92 - |
| Figure 12: Géolocalisation de la VdB sur une carte du Bas-Rhin et territoire couvert par le MCS..... | - 102 - |
| Figure 13: Représentation de la sectorisation de la VdB et géolocalisation sur une carte du Bas-Rhin | - 103 - |
| Figure 14: Organigramme de distribution des interventions du MCS et du SMUR | - 108 - |
| Figure 15: Diagramme représentant les délais d'intervention globaux du MCS..... | - 110 - |
| Figure 16: Diagramme représentant les délais d'intervention du MCS sur secteur et entre 08h et 20h..... | - 111 - |
| Figure 17: Diagramme représentant les délais d'intervention du SAMU pour toutes les interventions situées sur le territoire du MCS de la VdB..... | - 114 - |
| Figure 18: Diagramme représentant les délais d'intervention du SAMU pour les interventions situées sur le territoire du MCS de la VdB entre 08h et 20h..... | - 115 - |
| Figure 19: Diagramme représentant les motifs de recours au MCS hors convention du MCS de la VdB | - 122 - |
| Figure 20: Histogramme de répartition annuelle de l'activité du MCS | - 125 - |
| Figure 21: Histogramme de répartition mensuelle de l'activité du MCS..... | - 126 - |

Figure 22: Histogramme de répartition journalière de l'activité du MCS..... - 127 -

Figure 23: Répartition horaire des interventions MCS..... - 128 -

Figure 24: Histogramme de répartition annuelle de l'activité du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB - 129 -

Figure 25: Histogramme de répartition mensuelle de l'activité du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB - 130 -

Figure 26: Histogramme de répartition journalière de l'activité du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB - 131 -

Figure 27: Histogramme de répartition horaire de l'activité du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB - 132 -

Figure 28: Répartition des indisponibilités du MCS par motifs..... - 134 -

Figure 29: Représentation graphique des délais d'intervention du MCS, du SAMU/SMUR et de DRAGON 67 en entrée de vallée - 143 -

Figure 30: Représentation graphique des délais d'intervention du MCS, du SAMU/SMUR et de DRAGON 67 dans le centre-bourg - 143 -

Figure 31: Représentation graphique des délais d'intervention du MCS, du SAMU/SMUR et de DRAGON 67 dans le haut de vallée - 144 -

Figure 32: Diagramme représentant la répartition par groupes de pathologies prises en charge par le MCS de la VdB - 149 -

Figure 35: Schéma de synthèse des relations entre intervenants de la mise en place du MCS de la VdB - 238 -

• **TABLEAUX :**

Tableau 1: Formation initiale théorique des MCS de la vallée de la Bruche..... - 77 -

Tableau 2: Annexe 3 de la convention MCS de la vallée de la Bruche référençant le matériel mis à disposition du MCS - 83 -

Tableau 3: Annexe 3 de la convention MCS de la vallée de la Bruche référençant les classes thérapeutiques requises pour l'intervention du MCS..... - 85 -

Tableau 4: Détail des indisponibilités du MCS..... - 133 -

Tableau 5: Répartition des interventions MCS par secteur de la VdB et représentation graphique - 136 -

Tableau 6: Recensement de population couvert par le MCS de la VdB en 2017 - 136 -

Tableau 7: Délais moyens d'intervention pour le MCS et le SMUR sur les 3 secteurs de la VdB - 144 -

Tableau 8: Délais moyens d'intervention pour le MCS et DRAGON 67 sur les 3 secteurs de la VdB - 146 -

Tableau 9: Gravité clinique des patients pris en charge par le MCS selon la classification CCMU..... - 147 -

Tableau 10: Tableau de synthèse des freins à la participation au MCS des MGL - 227 -

LISTE DES ABREVIATIONS / GLOSSAIRE

ADRU : Association Départementale de Réponse à l'Urgence

AMU : Aide Médicale Urgente

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMU : Capacité de Médecine d'Urgence

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLS : Contrat Local de Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Alertes

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPC : Développement Professionnel Continu

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPSAN : Établissement Public de Santé Alsace Nord

ETP : Équivalent Temps Plein

FIR : Fond d'Intervention Régional

GHSV : Groupe Hospitalier Saint-Vincent

GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire

HUS : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ISP : Infirmier Sapeur-Pompier

MCS : Médecin Correspondant du SAMU

MGL : Médecins Généralistes Libéraux

MSP : Médecin Sapeur-Pompier

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PISU : Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

RCP : Responsabilité Civile Professionnelle

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SDIS : Services Départementaux d'Incendie et de Secours

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UGECAM : Union pour la Gestion des Établissements de Caisses d'Assurance Maladie

UV : Urgence vitale

VdB : Vallée de la Bruche

VL INF : Véhicule Léger Infirmier

ZP : Zone de Proximité

INTRODUCTION

L'accès aux soins médicaux d'urgence en moins de 30 minutes sur le territoire national est une volonté politique et sanitaire affirmée à de multiples reprises, notamment lors du mandat présidentiel de François Hollande(1)(2)(3).

Dans certaines zones géographiques, l'offre de soins existante ne permet pas cet accès aux secours médicaux dans le temps imparti, entraînant des inégalités territoriales dans le domaine de l'accessibilité aux soins d'urgence.

Le rôle central de l'organisation de la prise en charge des urgences médicales préhospitalières est confié au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) (4).

Le Médecin Correspondant du SAMU (MCS) est un dispositif décentralisé de la prise en charge de l'urgence vitale, légiféré à partir de 2007 (5).

Il permet à tout médecin, quel que soit son mode d'exercice ou sa spécialité, de participer en avant-coureur de la Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), à la couverture des soins urgents préhospitaliers.

Ce relais du SAMU permet donc de réduire les inégalités de l'accès aux soins sur les territoires isolés. Les médecins généralistes libéraux en sont les principaux acteurs (6).

La question de l'accessibilité aux soins urgents en moins de 30 minutes se pose pour le territoire isolé de la Vallée de la Bruche (VdB) situé dans le département du Bas-Rhin.

En mai 2015 est mis en place le dispositif de MCS au sein de la clinique Saint-Luc de Schirmeck dans le cadre d'une convention entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) Alsace

(ARS Grand-Est depuis 2016), le Groupe Hospitalier Saint-Vincent (GHSV) et les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG (HUS). Elle assure la disponibilité d'un MCS de 08H00 à 20H00, 7 jours sur 7, grâce à la participation de 6 médecins généralistes salariés de la clinique.

Cependant, le dispositif mis en place n'a pas su intégrer les Médecins Généralistes Libéraux (MGL) du secteur, n'offrant en conséquence qu'une couverture partielle sur le territoire par ce dispositif.

Après un rappel contextuel, ce travail propose une étude combinant l'évaluation quantitative du dispositif de MCS mis en place dans la VdB (étude rétrospective), avec une analyse qualitative des freins rencontrés par les MGL du secteur pour la participation à ce dispositif.

CONTEXTE

I. Dispositif de Médecin Correspondant du SAMU

I.1 Origine

Face au défi géographique de la couverture des soins dans les territoires reculés et accidentés des montagnes alpines, avec le développement de la pratique des sports de montagne et la nécessité de répondre aux demandes d'urgences médicales et traumatologiques de la population locale et saisonnière, est créée en 1953 la « Société française des médecins de stations de sports d'hiver » (association déclarée loi 1901).

Elle est formée de médecins généralistes installés en stations et spécialisés dans la traumatologie du ski.

En 1998, l'association change de nom et devient « Médecins de Montagne » (7).

Elle est le précurseur des regroupements de médecins hospitaliers et libéraux qui vont se former dans les territoires isolés à partir des années 1990, en concertation avec le SAMU, dans le but d'assurer une égalité de l'accès aux soins d'urgence dans leur secteur de patientèle.

Le 4 novembre 2011 est finalement créée la Fédération MCS France (8) qui a pour vocation de regrouper l'ensemble des réseaux de MCS au sein d'une représentation nationale, renforçant le rôle du MCS dans la chaîne de prise en charge préhospitalière, et facilitant la création de nouveaux réseaux ainsi que le maillage du territoire.

I.2 Un dispositif s'intégrant dans l'Aide Médicale Urgente (AMU)

En raison de la forte hausse de la mortalité routière secondaire à la démocratisation de l'automobile en France à partir des années 1960, les autorités sanitaires et politiques nationales prennent conscience de la nécessité d'une organisation des services de secours préhospitaliers.

Le 16 juillet 1968, sous l'égide du Pr Lareng, anesthésiste réanimateur au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse, naît le SAMU, un service hospitalier innovant garantissant la médicalisation rapide de l'urgence extrahospitalière (9).

La circulaire en date du 6 février 1979 relative à l'AMU (10), signée par Simone Veil, Ministre de la santé, crée les « centres 15 départementaux », chargés de la régulation médicale des appels d'urgence.

Les SAMU et les SMUR, en pleine expansion, sont finalement légiférés par la loi du 6 janvier 1986 relative à l'AMU et aux transports sanitaires (11), dont le Pr Lareng, devenu député, fut le rapporteur.

Elle rappelle que l'«AMU a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.» (11).

Cette loi constitue la pierre angulaire de l'organisation des secours en France et assure la coordination des différents acteurs de l'urgence préhospitalière en fonction du lieu de

l'intervention, de sa nature et de la gravité de la pathologie :

- Les SAMU, qui disposent d'un Centre de Réception et de Régulation des Alertes (CRRRA), dont le rôle est d'apporter les moyens techniques et humains les mieux adaptés aux situations d'urgence, dans un délai réduit ; ceux-ci sont déterminés par un médecin régulateur qui peut déclencher un SMUR en cas de médicalisation précoce nécessaire ou solliciter l'aide des autres effecteurs de secours ;
- Les SMUR, dont l'objectif est d'apporter les soins médicaux délocalisés d'urgence ou de réanimation nécessaires au patient, sur décision du médecin régulateur du SAMU.
- Les pompiers des Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) fournissent des équipages de secouristes soustrayant les victimes du danger avant de les rediriger vers les structures médicales adaptées. Ils bénéficient également du soutien des Infirmiers Sapeurs-Pompiers (ISP) et des Médecins Sapeur-Pompiers (MSP) regroupés au sein du Service de Santé et de Secours Médical ;
- Les ambulanciers privés, titulaires du certificat de capacité d'ambulancier, pouvant participer à la prise en charge et au transport de patients sur décision du SAMU ;
- Enfin, les médecins généralistes libéraux, qui assurent une Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Ils bénéficient d'une régulation médicale libérale en collaboration avec le SAMU. Ils peuvent également dans certains cas (médecins volontaires MSP ou MCS) intervenir dans le cadre de l'AMU.

Une ébauche de coordination européenne a également vu le jour sur décision du conseil communautaire européen, le 29 juillet 1991(12) par la création d'un numéro d'urgence commun : le « 112 ».

Cette décision est appliquée en France par la circulaire du 21 avril 1995(13) sans que ce

numéro ne se substitue aux numéros préexistants « 15 », « 17 », «18 ».

I.3 Cadre législatif

Le dispositif de MCS fait son apparition dans la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (4), visant à « développer la mise en réseau des professionnels de l'urgence ».

Le rôle central de la prise en charge des urgences vitales reste confié 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 de possibles « relais dans la prise en charge de l'urgence vitale »(4).

La place du MCS dans le « réseau de prise en charge des urgences » est confirmée par le Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 (14) relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique .

Enfin, l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (5) fixe le cadre réglementaire de ce nouveau statut de manière officielle :

- Le MCS est un relais du SAMU intervenant dans la prise en charge de l'urgence vitale (soins médicaux urgents ou réanimation) hors de son établissement de rattachement, sur un territoire identifié et sur régulation médicale du SAMU ;
- Un SMUR est déclenché simultanément et de manière systématique ; les moyens engagés sont secondairement adaptés au premier bilan du MCS ;
- La zone couverte par le MCS correspond à une zone où le SMUR n'est pas en capacité d'intervenir dans un délai adapté à l'urgence.
- Le MCS signe un contrat avec l'établissement siège du SAMU fixant les conditions

d'intervention, la formation, le matériel et les médicaments nécessaires ;

Il est formé à l'urgence par le service hospitalo-universitaire de rattachement et ses partenaires (SAMU, Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU), SMUR, services d'urgences) ;

- Une évaluation annuelle du dispositif est prévue.

I.4 Contexte politique

Le développement du MCS prend son essor suite à l'élection présidentielle de François Hollande en 2012.

En effet, l'engagement 19 de son programme présidentiel (1) stipule : « Je fixerai un délai maximum d'une demi-heure pour accéder aux soins d'urgence ».

Pour se faire, l'instruction du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de 30 minutes à des soins urgents (15) ordonne à toutes les ARS d'établir les diagnostics territoriaux précis et de proposer des solutions à mettre en œuvre pour améliorer les délais.

En décembre 2012, Marisol Touraine, Ministre de la Santé, dévoile le Pacte Territoire Santé (2) qui oriente les priorités politiques de santé publique.

Parmi les thèmes prioritaires, l'engagement 9 promet l'accès aux soins d'urgence en moins de 30 minutes pour tous les Français d'ici 2015.

2 Millions de Français étaient situés en zone blanche médicale (dans un territoire situé à plus de 30 minutes d'accès d'une prise en charge médicale d'urgence vitale).

Le MCS était alors considéré comme un des leviers permettant de répondre à cet objectif (outre la création de nouvelles antennes SMUR ou l'amélioration du maillage territorial des services d'urgences).

En novembre 2015, alors qu'un million de Français est encore situé en zone blanche médicale, le 2^{ème} volet du Pacte Territoire et Santé (3)(16) réaffirme cette volonté de renforcer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes (engagement 4).

Le MCS est ainsi considéré comme un dispositif à privilégier afin de remplir cet objectif. Le déploiement de 700 MCS était prévu à l'horizon 2017 sur le territoire national.

Sous l'impulsion ministérielle et des ARS, le nombre de médecins formés aux fonctions de MCS a rapidement progressé, passant de 150 en 2012 à 580 fin 2016. Ceci a permis d'améliorer la couverture médicale des urgences vitales pour 1,1 million de Français fin 2016 (16).

En région Grand-Est, ce sont 28 médecins qui ont adhéré au dispositif de MCS fin 2016. 97,3 % de sa population est ainsi située à moins de 30 minutes d'une structure de médecine d'urgence (17).

6 de ces MCS sont implantés depuis mai 2015 à la clinique Saint-Luc de Schirmeck (Bas-Rhin).

I.5 Mise en application du dispositif

Ainsi, l'instruction du 6 juin 2013 (18) visant à clarifier le cadre juridique et financier des MCS aboutit à la publication par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du guide de déploiement du MCS (19) en juillet 2013.

L'objectif de ce guide est de présenter le dispositif aux professionnels médicaux de la santé afin de les inciter à participer à la couverture des soins urgents préhospitaliers sur l'ensemble du territoire national.

1.5.1 Généralités

Le MCS est un médecin investi d'une mission de service public en participant à l'AMU. Les praticiens sont recrutés sur la base du volontariat.

Il s'agit d'un dispositif accessible à tout professionnel médical, quel que soit son statut ou son mode d'exercice, la fonction de MCS ne se substituant pas à ces derniers.

La fonction de MCS n'est pas exclusive des autres missions du médecin sur le territoire, notamment celles de la PDSA ou de la fonction de MSP.

Un contrat est obligatoirement établi entre le MCS et l'établissement siège du SAMU afin de définir les conditions d'interventions dans le cadre de la fonction de MCS (formation, équipement...). Ce contrat fonctionnel est sans impact sur l'activité habituelle du praticien.

Les territoires d'implantation des MCS sont déterminés par les ARS en lien avec les SAMU et les professionnels de santé locaux à partir du diagnostic des territoires et populations situés à plus de 30 minutes d'accès aux soins urgents (instruction du 3 juillet 2012 (15)).

L'objectif est donc l'amélioration de la prise en charge de l'urgence vitale dans les territoires isolés.

La régulation médicale par les centres 15 selon le degré d'urgence permet de réguler l'activité des MCS, mais la sollicitation au titre de l'AMU reste en tout état de cause prioritaire.

1.5.2 Conditions d'intervention

La sollicitation du MCS par les centres 15 se fait en parallèle du déclenchement

systematique d'un SMUR, les moyens pouvant être secondairement adaptés à l'état du patient suite à un premier bilan du MCS au SAMU.

Le SAMU-centre 15 coordonne l'intervention du MCS et lui apporte le soutien éventuel d'équipes de secouristes locales afin d'assurer les gestes en équipes en attendant l'arrivée sur place de l'équipe du SMUR

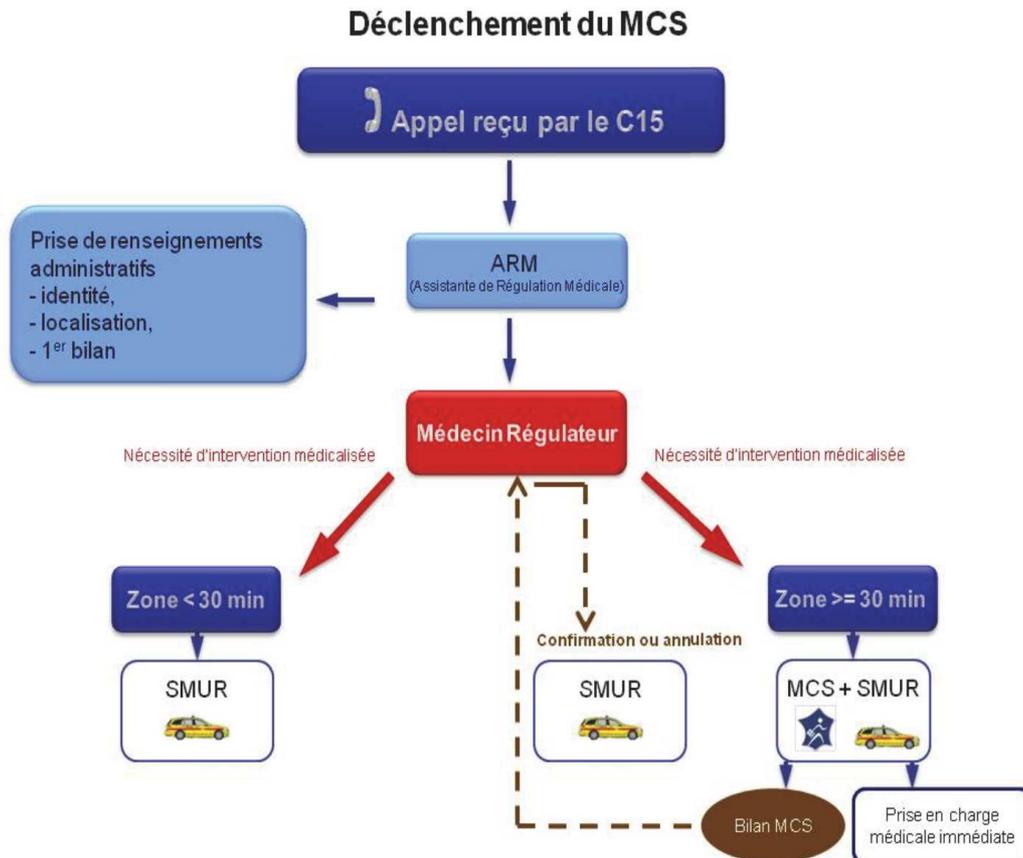


Figure 1: Organigramme d'intervention du MCS

Source(20)

L'objectif est d'assurer une couverture permanente par le MCS dans les zones isolées.

Néanmoins, l'aspect volontaire de la participation au dispositif ne permet pas d'imposer au praticien un système de gardes ou d'astreintes réglementaires.

Il revient à l'ARS et au SAMU de mettre en place des solutions sur les périodes éventuellement non couvertes par le dispositif.

Selon les ressources médicales disponibles sur le territoire et l'intensité de l'activité de PDSA, les astreintes MCS et PDSA peuvent être combinées par un même praticien. Une rémunération de ces astreintes doit favoriser l'attractivité du dispositif et éviter une perte de revenus.

1.5.3 Équipement

Le matériel et les médicaments sont mis à disposition par l'établissement siège du SAMU avec lequel le praticien signe le contrat. Il doit être adapté à l'urgence, à l'activité des MCS signataires, harmonisé avec les équipements des SMUR locaux ainsi qu'avec l'enseignement dispensé aux MCS au cours de leur formation.

La liste complète du matériel mis à disposition ainsi que les conditions de son entretien sont consignées dans le contrat signé avec l'établissement siège du SAMU.

Le contenu de la « trousse MCS » est validé localement sur chaque territoire. Certains équipements peuvent être mutualisés sur un même territoire d'intervention entre les différents MCS.

Un dispositif de communication permettant un contact permanent du MCS avec le SAMU doit notamment être assuré.

1.5.4 Formation

La formation est assurée sous l'autorité du CHU de rattachement en lien avec le CESU, le SAMU, les SMUR et les services d'urgences.

Elle est assurée sous la responsabilité de l'université, selon les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence et validée par le Collège Français de Médecine d'Urgence.

Les modalités de formation sont consignées dans le contrat signé par le MCS.

Elle est accessible à tout professionnel médical de santé, notamment les médecins généralistes installés et leurs remplaçants (ainsi que les internes titulaires d'une licence de remplacement de médecine générale) et débouche sur l'obtention d'un diplôme (Diplôme Universitaire ou Diplôme Inter-Universitaire) ou d'une qualification (attestation de formation).

L'objectif de la formation est d'acquérir les compétences dans la prise en charge des 30 premières minutes des situations d'urgence vitale, en attendant l'arrivée de l'équipage du SMUR.

Elle s'articule autour d'une formation initiale théorique et pratique, puis d'une mise à niveau annuelle des compétences.

Un support pédagogique comportant les protocoles de prise en charge validés par les sociétés savantes et le SAMU doit également être fourni aux futurs MCS.

Une évaluation des acquis valide la formation.

La formation initiale comporte les volets théoriques et pratiques balayant 6 modules (organisation de l'urgence et missions du MCS, module cardio-respiratoire, troubles de la conscience, traumatologie et analgésie, module obstétrical, module technique) avec recours à la simulation pédagogique. Elle dure 2 jours et est assurée par les CESU.

Elle se poursuit par une formation pratique de 48 heures dans une structure d'urgence du centre hospitalier du SAMU de rattachement, en binôme avec un médecin urgentiste référent, dans le but de se familiariser avec les procédures de prise en charge de l'urgence ainsi que du matériel à disposition.

Enfin, la formation annuelle de maintien des acquis d'une durée d'une demi-journée à une journée permet la mise à jour des connaissances et compétences.

I.5.5 Cadre juridique interventionnel

I.5.5.1 Couverture assurantielle du MCS

Le MCS participant à la mission de service public de l'AMU, sur demande de la régulation médicale du centre 15-SAMU auquel il est lié par contrat, la couverture assurantielle de l'établissement siège du SAMU s'étend à lui dans le cadre de l'exercice de ses fonctions de MCS, quel que soit le mode d'intervention choisi par le praticien.

Les clauses du contrat d'assurance sont annexées au contrat fonctionnel établi avec l'établissement siège du SAMU.

I.5.5.2 Les modes d'exercices du MCS

Selon son mode d'exercice habituel, le praticien volontaire aux fonctions de MCS aura le choix entre différents modes d'interventions qui sont également stipulés dans le contrat fonctionnel établi avec l'établissement siège du SAMU.

Le choix du mode d'intervention aura un impact sur le mode de rémunération du MCS.

a) Participation d'un médecin libéral

- **Maintien du mode d'exercice libéral**

Ce mode d'exercice implique une facturation directe des actes et consultations réalisés au patient, avec majoration d'urgence, sans dépassement d'honoraire.

- **Contrat d'admission des médecins libéraux en établissement public de santé (article L. 6146-2 du Code de la Santé Publique)**

Ce contrat permet à l'établissement siège du SAMU d'admettre des médecins libéraux afin de participer à des missions de service public ainsi qu'à l'activité de l'établissement.

Une facturation libérale des actes réalisés par le médecin libéral à la sécurité sociale est réalisée par l'établissement siège du SAMU.

Les honoraires seront finalement reversés au MCS après application d'une redevance

stipulée au contrat par l'établissement.

- **Praticien attaché (Article R. 6152-601 et suivants du Code de la Santé Publique)**

Ce type de contrat implique une régularité du médecin dans sa pratique de MCS puisqu'elle implique au minimum une demi-journée par semaine consacrée à l'activité de MCS.

Une rémunération mensuelle selon l'ancienneté est prévue à cet effet.

En pratique, une intervention MCS donne lieu à une rémunération comptant pour une demi-journée de service.

b) Participation d'un médecin salarié

Il n'existe pas d'obstacle à la participation d'un médecin salarié d'une structure médicale ou d'un autre établissement de santé s'il s'inscrit dans le respect du droit commun de l'exercice salarié.

Une convention tripartite sera alors élaborée entre le MCS, l'établissement siège du SAMU et la structure employeur du praticien permettant de faciliter le dédommagement de cette dernière (le praticien intervenant lors de son temps de travail habituel dans la structure).

c) Participation d'un praticien hospitalier

Une convention d'activité partagée entre établissement publics de santé permet de définir les conditions de travail et de rémunération du praticien dans le cadre de son activité MCS.

1.5.6 Mode de financement

Le financement du dispositif dépend du Fonds d'Intervention Régional (FIR) alloué par les ARS.

Ce dispositif finance des actions et des expérimentations en faveur de la performance, la

qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire.

Dans le cadre de l'activité MCS, il est destiné à rétribuer l'ensemble des acteurs participants (médecins, établissements de santé) pour la mise en œuvre du dispositif : acquisition et entretien du matériel et des médicaments, rémunération des astreintes, des interventions et des formations des MCS.

II. Contexte local dans la Vallée de la Bruche

II.1 Rappels géographiques et administratifs

La VdB est un territoire français de moyenne montagne appartenant au massif des Vosges et situé dans le département du Bas-Rhin (67).

Cette zone forestière et touristique alsacienne correspond au bassin de la Bruche, rivière qui en parcourt son territoire.



Figure 2: Géolocalisation de la vallée de la Bruche sur une carte de France

Source(21)

Cette entité géographique est située en région Grand-Est au sud-ouest de l'arrondissement de Molsheim et appartient au canton de Mutzig.

Elle correspond globalement au territoire de la communauté de communes de la VdB dont le siège est établi à SCHIRMECK et qui regroupe 26 communes : Schirmeck, Barembach, Bellefosse, Belmont, Blancherupt, Bourg-Bruche, La Broque, Colroy-La-Roche, Fouday,

Grandfontaine, Lutzelhouse, Muhlbach-Sur-Bruche, Natzwiller, Neuville-La-Roche, Plaine, Ranrupt, Rothau, Russ, Saâles, Saint-Blaise-La-Roche, Saulxures, Solbach, Urmatt, Waldersbach, Wildersbach, Wisches.

Une sectorisation en 3 zones est habituellement admise sur le territoire selon la représentation ci-contre :

- L'entrée de vallée
- Le centre-bourg
- Le haut de vallée

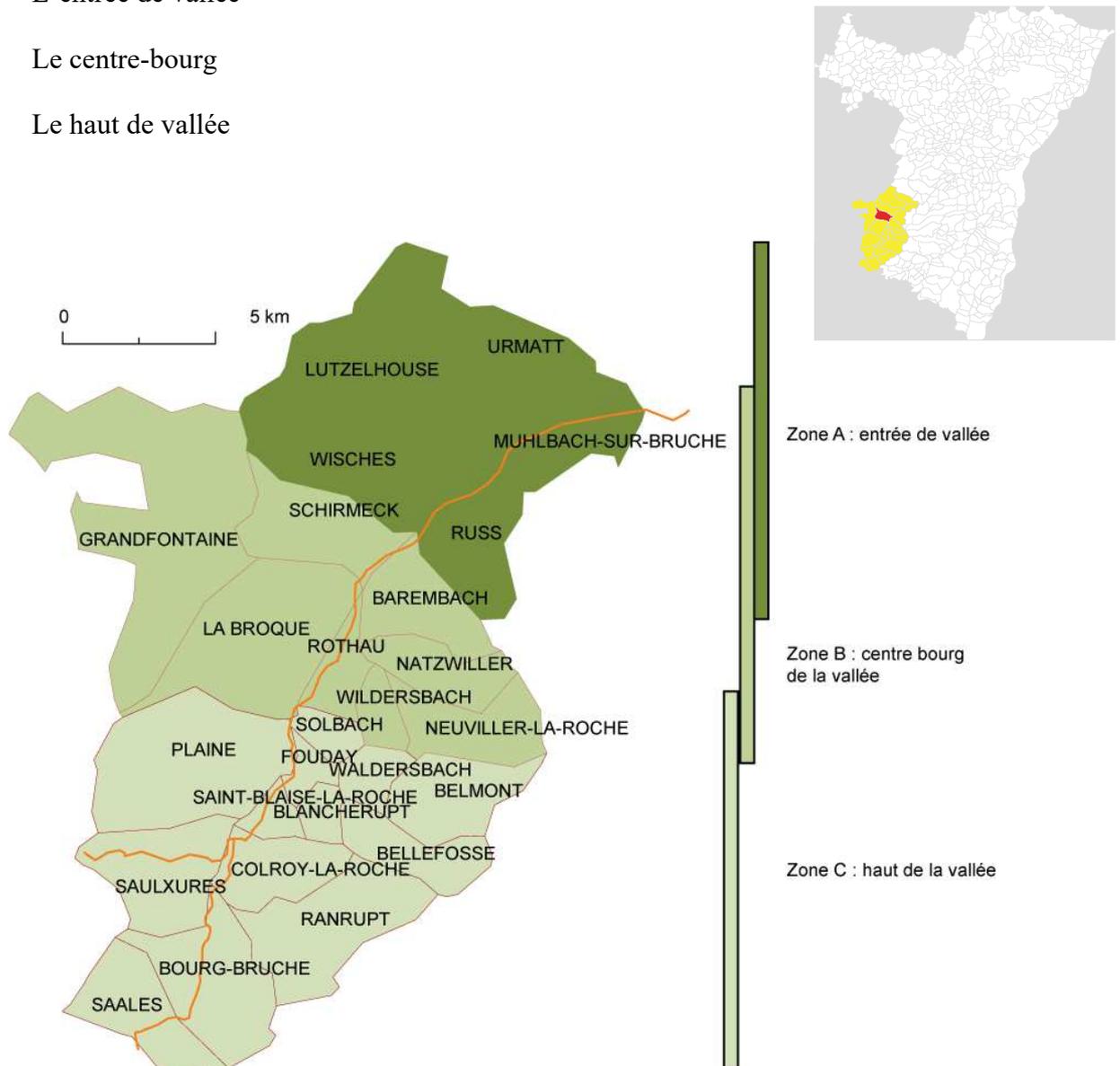


Figure 3: Représentation de la sectorisation de la vallée de la Bruche et géolocalisation sur une carte du Bas-Rhin

Source(22)(23)

II.2 Rappels de politique sanitaire locale

Sur le plan de la politique sanitaire en région Grand-Est, la VdB appartient au Territoire de Démocratie Sanitaire n° 4 qui veille à assurer la mise en cohérence des projets de l'ARS, des professionnels, des collectivités territoriales et des usagers du système de santé.



Figure 4: Carte des Territoires de Démocratie Sanitaire du Grand Est

Source(24)

Concernant l'organisation des soins, le territoire est intégré au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) N° 10 « Basse-Alsace Sud-Moselle », qui veille à coordonner une stratégie de prise en charge commune et graduée entre les établissements de santé publics par une mutualisation des moyens et une complémentarité dans la prise en charge médicale sur le territoire.

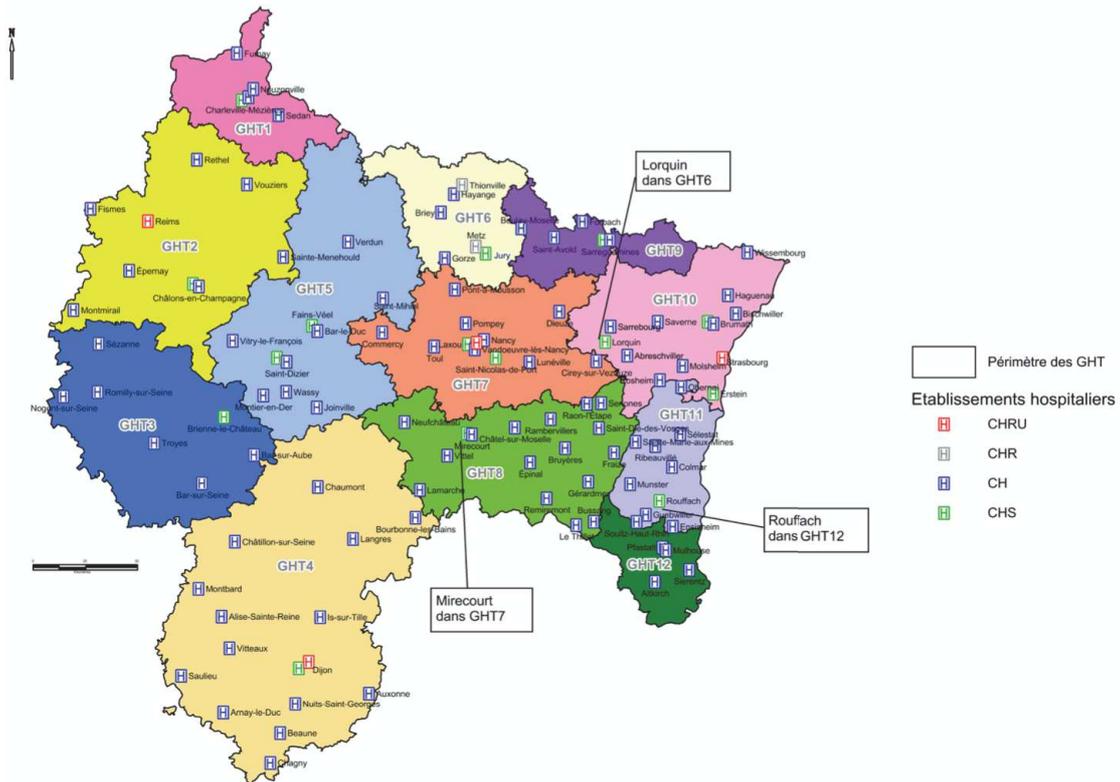


Figure 5: Carte des Groupements Hospitaliers de Territoire en région Grand Est

Source(25)

A ce titre, le centre hospitalier public référent du territoire est le CHU de Strasbourg (47km du centre-bourg, Schirmeck).

Il en résulte un isolement sanitaire territorial posant notamment la problématique du délai de prise en charge des urgences vitales, le SMUR référent le plus proche étant également situé à Strasbourg.

Notons néanmoins le rôle important dans ce territoire de la Clinique Saint-Luc à Schirmeck (clinique appartenant au GHSV), établissement de santé privé à but non lucratif), qui maintient une offre de soins de proximité de premier recours.

En 2013, le territoire de la VdB est reconnu comme territoire de santé prioritaire en raison d'indicateurs socio-économiques et de mortalité défavorables par rapport à la région (26).

C'est à ce titre qu'est établi le 8 mars 2013 un Contrat Local de Santé (CLS) (23). L'objectif principal de ce type de dispositif est de réduire les inégalités territoriales de santé par une mobilisation des politiques d'organisation sanitaire des instances locales et nationales (collectivités territoriales, ARS, État, partenaires).

L'un des axes prioritaires de ce contrat était l'amélioration du recours aux soins sur le territoire de la VdB, notamment celui de la prise en charge des urgences les plus graves.

II.3 Etat Sanitaire de la VdB avant le contrat local de santé

En préalable à l'élaboration du CLS de la VdB en 2013 (23), l'Institut Régional d'Éducation et de Promotion de la Santé Alsace et l'Observatoire Régional de la Santé Alsace avaient établi un diagnostic de l'état de santé de la population sur le territoire en 2012 (26), grâce aux résultats du recensement de la population en 2008 par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE).

En 2008, la Communauté de communes de la VdB comptait 21 622 habitants, soit 1,2 % de la population de l'ancienne région Alsace (1 837 087 personnes) (26).

La densité de population était de 71 habitants au km² (221 habitants au km² en Alsace, deux fois supérieure à la moyenne nationale) (26).

Le territoire dispose d'un bon dynamisme démographique, principalement dû au solde migratoire, avec une croissance de la population de +16 % de 1990 à 2008 (deux fois supérieur à celui de l'Alsace) (26).

Le territoire se caractérise néanmoins par des indicateurs de mortalité et socio-économiques défavorables (26) :

- Sur la période 2002-2007, on note une surmortalité de 15% sur le territoire par rapport

- au reste de l'Alsace, grim pant à 21% pour les décès prématurés avant 65 ans (surmortalité précoce exacerbée dans le territoire B : +43% sur la période 1998-2007).
- La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est de 19% supérieure à celui de l'Alsace et la mortalité par accidents, traumatismes et empoisonnements de 30% supérieure sur la période 1998-2007 (respectivement 20% et 42% pour les décès des seules personnes de moins de 65 ans).
 - 8,7 % des habitants de la communauté de communes est âgée de 75 ans ou plus contre 7,5 % pour la Zone de Proximité (ZP) Molsheim-Schirmeck et de l'Alsace. Cette proportion est légèrement supérieure à la moyenne nationale (8,5%), l'Alsace étant la troisième région de France la moins âgée.
 - 34% de la population non scolarisée de 15 ans ou plus résidant sur le territoire ne possède aucun diplôme ou seulement le certificat primaire d'étude en 2008, ce qui est nettement supérieur à la ZP Molsheim-Schirmeck (25%) et à l'Alsace (29%).
 - La population ouvrière est surreprésentée au sein des actifs (40 % en 2008, 27% pour la ZP Molsheim-Schirmeck et 30% pour l'Alsace) et il y a très peu de cadres (7 %, contre 15 % pour la ZP de rattachement et 13 % pour la région).
 - En 2008, le taux de chômage est néanmoins légèrement inférieur par rapport à la région sauf pour le chômage féminin qui rejoint la moyenne régionale (12% contre 7% pour les hommes).
 - Le territoire comporte également un taux de foyers fiscaux non imposables particulièrement élevé en 2008 : 47 % contre 42 % pour la région et 36 % pour la ZP Molsheim-Schirmeck.
 - Le revenu médian est également plus faible en raison d'une faible proportion de hauts revenus : 17 663 €, près de 2 000 € en-dessous de la valeur régionale (19 608 €).
 - Une caractéristique de la VdB est sa grande capacité de places en familles d'accueil : le

nombre de places en famille d'accueil pour 100 enfants de moins de 18 ans est de 3,6% (jusqu'à 6% dans le haut de vallée), contre 0,5% dans le Bas-Rhin, amenant à une proportion élevée d'enfants connaissant des difficultés familiales.

II.4 Offre de soins du territoire

II.4.1 Médecins libéraux

II.4.1.1 Médecins généralistes

Sur la base des données de l'ARS Alsace disponibles pour le territoire, 23 médecins étaient en exercice en 2010, ce qui correspond à une densité de 1,06 médecins pour 100 000 habitants. Cette densité médicale est similaire à la ZP Molsheim-Schirmeck (1,07/100 000), mais néanmoins inférieure à la moyenne régionale (1,13 médecins pour 100 000 habitants)(26).

En 2018, le territoire compte 20 omnipraticiens (27).

Notons également les disparités entre les 3 secteurs de la VdB : l'entrée de vallée et le centre-bourg bénéficient de densités supérieures (respectivement 1,23 et 1,27 médecins pour 100 000 habitants), comparativement au fond de vallée nettement moins favorisé (densité de 0,41 pour 100 000 habitants)(26).

Notons également le vieillissement du corps médical, puisque 9 des 23 médecins étaient âgés de 55 ans ou plus en 2010 (26). A l'échelle du territoire de la VdB, le non remplacement de médecins partant en retraite peut lourdement impacter les densités médicales évoquées.

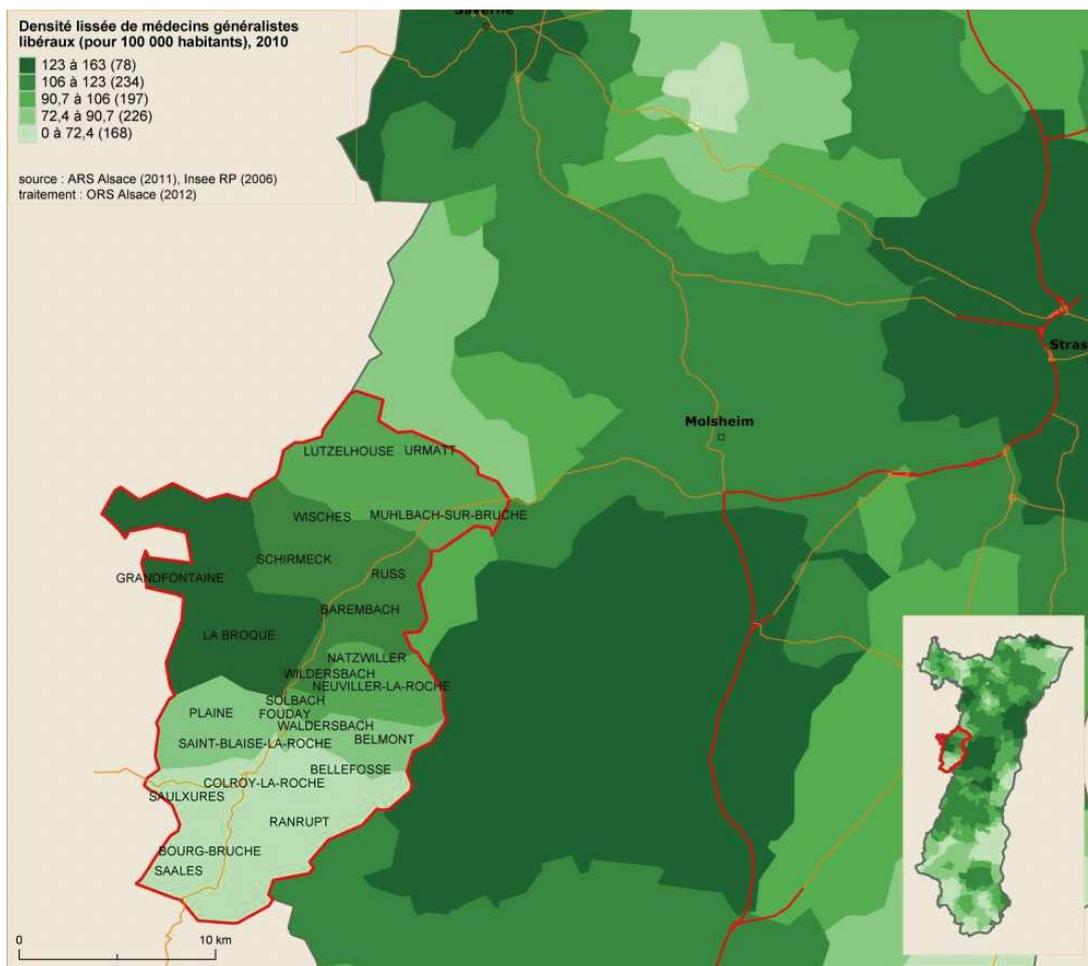


Figure 6: Carte des densités lissées de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants

Source(26)

La proportion élevée des personnes de plus de 75 ans sur le territoire amène à une demande médicale importante.

L'offre de soins de médecine générale reste donc fragile sur le territoire.

Notons néanmoins l'ouverture de la maison de santé du Bergopré à Schirmeck depuis avril 2011, qui regroupe médecins généralistes, ophtalmologue, infirmières, et kinésithérapeutes.

La structure permet de consolider l'offre de soins de médecine générale sur le centre-bourg, puisqu'elle propose des conditions d'exercice attractives pour les plus jeunes

générations et permet ainsi le renouvellement de la démographie médicale.

Par ailleurs, en prenant en compte les 3 communes limitrophes de la VdB également intégrées au dispositif de MCS (Grendelbruch, Niederhaslach, Oberhaslach) ce sont 5 praticiens supplémentaires qui viennent renforcer les effectifs médicaux précédemment décrits (données 2018 (28,29)).

II.4.1.2 Spécialistes et paramédicaux

Le déficit de l'offre de soins spécialisée libérale est nettement plus marqué.

Le territoire de la VdB comporte un cardiologue, un hépato-gastro-entérologue et un ophtalmologue, tous installés dans le centre-bourg de la VdB.

Nous pouvons en outre noter l'absence de cabinet de radiologie libérale, de gynécologie, de pédiatrie.

Cette faiblesse de l'offre libérale est néanmoins compensée par la présence sur le territoire de la clinique Saint-Luc à Schirmeck, qui permet à la population de bénéficier d'une offre de consultations libérales spécialisées de premier recours.

Concernant les chirurgiens-dentistes comme les masseurs-kinésithérapeutes, ceux-ci sont absents du haut de vallée.

L'offre en infirmiers libéraux est quant à elle mieux répartie sur l'ensemble du territoire (26).

II.4.2 Clinique Saint-Luc

La clinique Saint-Luc appartient au GHSV qui est un des principaux effecteurs de santé hospitalière de la ville de Strasbourg et filiale hospitalière de la Fondation Saint-Vincent de Paul.

C'est un Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif situé à Schirmeck, dans le centre-bourg de la VdB, qui assure une mission de service public et développe de nombreuses activités de soins.

Elle propose un service de proximité essentiel pour les habitants du territoire et élargit grandement les ressources médicales disponibles dans la VdB.

On y retrouve (30) :

- Un service d'hospitalisation de court séjour de médecine polyvalente et de chirurgie.
- Une polyclinique permettant l'accueil de consultations médicales 24h/24, sans statut officiel d'urgence. Environ 10 000 passages par an témoignent de l'importance de cette structure médicale qui travaille en collaboration avec les professionnels de santé du secteur et le SAMU. Elle s'appuie sur un service de radiologie conventionnelle grâce à la permanence de radiologues libéraux de Molsheim.
- Un MCS depuis mai 2015, de 8h à 20h, 7 jours sur 7, fruit d'une convention (31) entre l'ARS Alsace, le CHU de Strasbourg et le GHSV qui permet d'assurer une médicalisation rapide des urgences préhospitalières en collaboration avec le SAMU 67.
- Un ISP depuis août 2016, posté en polyclinique, disponible dans le cadre d'un partenariat avec le Service Départemental d'Incendie et de Secours du Bas-Rhin (SDIS 67).
- Un service d'hospitalisation à domicile (Bruche, Mossig, Piémont), permettant une prise en charge des patients nécessitant des soins complexes à domicile depuis 2007.
- Un service de chirurgie ambulatoire (chirurgie générale et digestive, endoscopie digestive, gynécologie, angiologie, urologie, dentaire).
- Un hôpital de jour d'oncologie, permettant aux patients du territoire atteints d'un cancer de bénéficier du suivi et des traitements de chimiothérapie grâce à la

collaboration des oncologues de la clinique Sainte-Anne de Strasbourg.

- Un pôle de gériatrie proposant un hôpital de jour gériatrique et une unité mobile de gériatrie, assurant les évaluations gériatriques dans le but de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées fragiles. Un Établissement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) complète l'offre disponible pour les personnes les plus dépendantes de l'établissement.
- Un centre périnatal de proximité, permettant le suivi de grossesse, du post-partum et du nouveau-né grâce à une équipe pluridisciplinaire (sages-femmes, gynécologues, diététicienne, assistante sociale, psychologue, pédopsychiatre). Des consultations de gynécologie sont également proposées hors grossesse.
- Une unité d'addictologie accompagne les personnes présentant une conduite addictive.
- Un ensemble de consultations de spécialités permet de compléter l'offre de soins proposée aux habitants de la VdB par le biais de praticiens libéraux en urologie, oto-rhino-laryngologie, gynécologie, oncologie médicale, angiologie, vasculaire et orthopédie.

II.4.3 Autres ressources disponibles

II.4.3.1 Soins de suite et de réadaptation (SSR)

L'Union pour la Gestion des Établissements de Caisses d'Assurance Maladie (UGECAM) Alsace est également présente sur le territoire de la VdB par le biais de 2 établissements de soins.

En premier lieu, le Centre Médical de Saâles (32), qui a opéré en avril 2019 une reconversion en structure médico-sociale. Historiquement, l'établissement menait une activité sanitaire et de SSR.

Désormais, elle est composée d'une Maison d'Accueil Spécialisée permettant l'accueil de 30 adultes polyhandicapés et dépendants ainsi que d'un EHPAD de 45 places.

En second lieu, le Centre de Réadaptation Fonctionnelle de Schirmeck (33), qui dispose de 81 lits de SSR polyvalent et qui est spécialisé dans la prise en charge des pathologies respiratoires.

II.4.3.2 Centre médico-psychologique de Schirmeck

Le Centre Médico-Psychologique de Schirmeck est l'effecteur principal de soins dans le domaine de la santé mentale sur le territoire de la VdB.

Il dépend de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN) et constitue le pivot du dispositif de soins dans le secteur de psychiatrie sur le territoire.

Une permanence médicale est assurée par les psychiatres de l'EPSAN. Des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile y sont organisées.

II.4.3.3 Établissement pour Personnes Âgées Dépendantes

Lors de la réalisation du diagnostic local de santé en 2012, le territoire de la communauté de communes de la VdB comptait 282 places en EHPAD, dont 8 places en unité Alzheimer ainsi que 4 places d'hébergement temporaire (26).

L'ensemble est réparti sur 7 sites situés à Saâles, Plaine, Rothau, Schirmeck et Lutzelhouse.

II.5 Objectifs du Contrat Local de Santé

Suite à la publication des résultats du Diagnostic Local de Santé, le comité de pilotage du CLS (23) a retenu 4 axes prioritaires, en adéquation avec le Projet Régional de Santé de l'ARS:

- La santé des enfants et des adolescents : couverture de la pédopsychiatrie, conduites à risques et addictions ;
- Le recours aux soins et la problématique de la prise en charge des urgences sur le territoire : soutien à l'offre de soins proposée par la clinique Saint-Luc et amélioration de l'offre de médecins généralistes sur le haut de vallée ;
- La prévention en santé avec notamment la question des dépistages organisés des cancers et la question du surpoids et de l'obésité ;
- La prise en charge des personnes âgées et handicapées : maintien à domicile, accueil de jour, aide aux aidants, déplacements, EHPAD.

II.6 Problématique de la prise en charge de l'urgence sur le territoire de la VdB (mise en place du MCS)

Comme évoqué précédemment, le territoire de la communauté de commune de la VdB dépend du GHT n° 10.

A ce titre, le centre hospitalier référent est le CHU de Strasbourg.

Concernant la prise en charge des urgences préhospitalières, il s'agit également du SMUR de Strasbourg qui intervient sur ce territoire.

La clinique Saint-Luc dispose d'une polyclinique accueillant des consultations 24h/24 mais

ne dispose néanmoins pas du statut de Service d'Accueil des Urgences (SAU) au sein de l'organisation territoriale des soins.

Le territoire de la VdB est donc confronté à une réelle problématique en ce qui concerne la prise en charge des urgences médicales les plus graves en raison de son éloignement géographique de Strasbourg :

- Le SMUR de Strasbourg est distant de 49,3 km de Schirmeck, le centre-bourg de la VdB, ce qui correspond à 40 minutes de trajet terrestre en conditions de circulation normales (34).
- Le territoire de la VdB s'étend d'Urmatt à Saâles, distants de 39,4 km et 68,2 km de Strasbourg, soit respectivement 30 et 55 minutes d'accès par voie terrestre (34).
- Notons également que la saturation du réseau routier de l'agglomération strasbourgeoise accroît les délais d'intervention terrestre du SMUR en heures de pointe.
- Au sud-ouest de ce territoire, le SMUR de Saint-Dié, situé dans le département voisin des Vosges (88), permet dans certaines situations de raccourcir les délais d'intervention sur le haut de vallée : l'accès à Saâles depuis Saint-Dié est possible en 24 minutes (20,1 km)(34). Néanmoins, la couverture par le SMUR de Saint-Dié est également très limitée, puisque le centre-bourg de Schirmeck est situé à 40,4 km, soit 45 minutes (34). Ce délai peut encore être rallongé en période hivernale en raison des conditions de circulation pouvant être détériorées (neige, verglas).
- Le recours à un transport hélicoptéré, permet de réduire dans certaines situations ces délais. Mais le relief accidenté de la VdB complique également les conditions de vol et d'atterrissage. Les conditions météorologiques ainsi que la disponibilité en vol de l'hélicoptère ne permettent par ailleurs pas d'envisager ce moyen de transport comme

moyen d'intervention systématique sur ce territoire.

C'est au vu de ces éléments que le CLS s'attache à l'objectif de trouver une solution pour améliorer le recours aux soins d'urgence sur le territoire de la VdB.

III. Présentation du dispositif mis en place dans la vallée de la Bruche

III.1 La mise en place du dispositif à la clinique Saint-Luc

Le 18 mai 2015, le dispositif de MCS démarre son activité à la clinique Saint-Luc de Schirmeck.

Il découle de la volonté politique locale de l'ARS Alsace ainsi que de la communauté de communes de la VdB d'apporter une solution à la problématique de l'amélioration de la prise en charge des urgences vitales préhospitalières dans ce territoire. Il s'agissait de l'un des axes prioritaires identifiés dans le CLS (23) signé le 08 mars 2013.

Il concrétise également sur ce territoire, la volonté gouvernementale d'assurer à l'ensemble de la population française l'accès aux soins d'urgence en moins de 30 minutes (Pactes Territoire et Santé) (2,3,16) par le biais du déploiement et du développement prioritaire du dispositif de MCS.

La position centrale de la Clinique Saint-Luc sur le territoire de la VdB est un atout stratégique majeur. Les localités situées aux 2 extrémités de la VdB, Saâles au sud-ouest et Urmatt au nord-est, sont respectivement situées à 24 minutes (distance de 20 km) (34) et 13 minutes (distance de 11,5 km) (34) de trajet terrestre depuis Schirmeck.

Une amélioration des délais d'interventions pour la prise en charge des urgences préhospitalières par le biais du MCS stationné à Schirmeck est donc attendue.

III.2 La couverture opérationnelle

III.2.1 Le territoire concerné

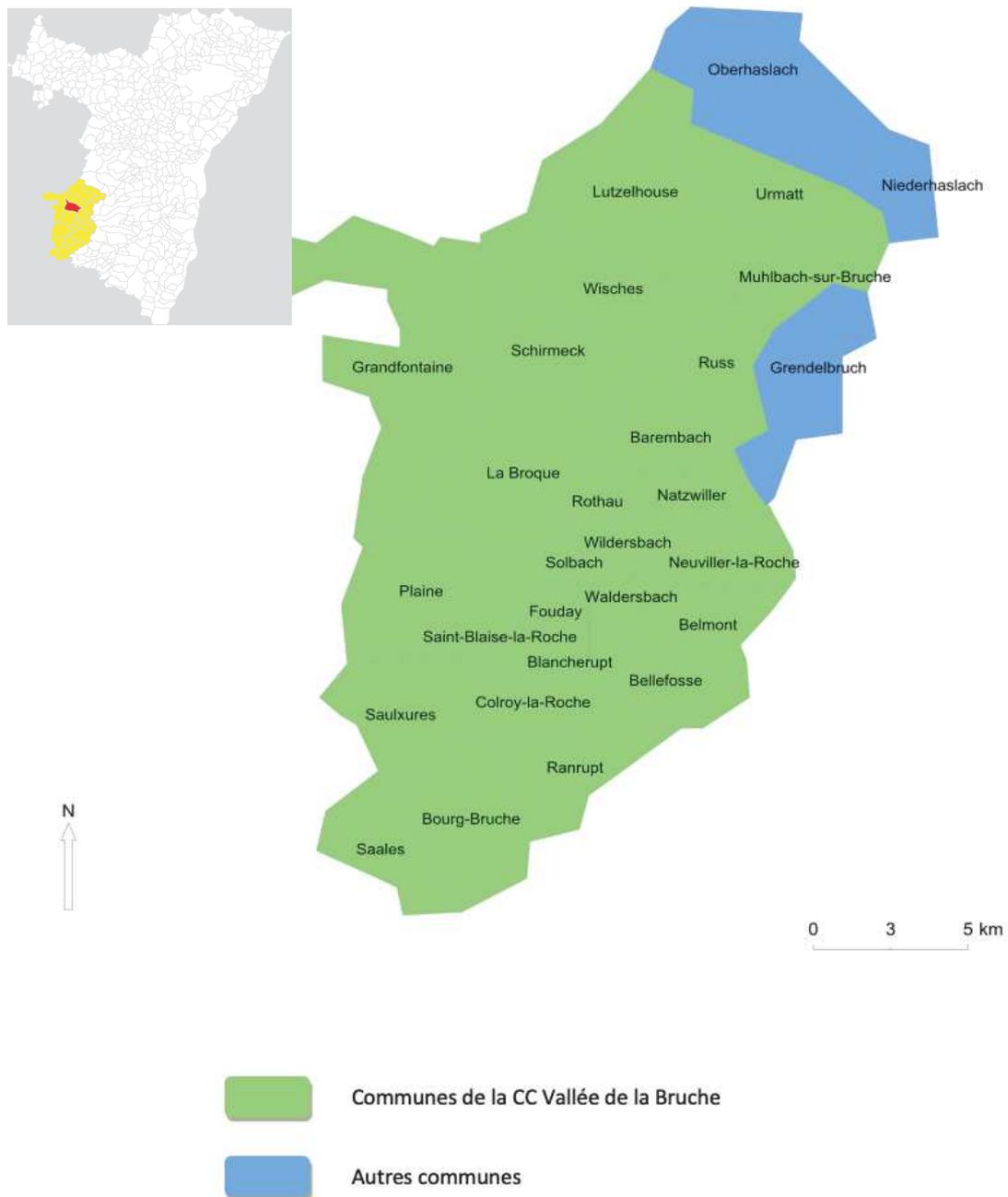


Figure 7: Géolocalisation de la VdB sur une carte du Bas-Rhin et territoire couvert par le MCS (Annexe 2 de la convention MCS)

Source(31,35)

Le MCS intervient sur l'intégralité des 26 communes que composent la communauté de communes de la VdB, à savoir : Barembach, Bellefosse, Belmont, Blannerupt, Bourg-

Bruche, Colroy-La-Roche, Fouday, Grandfontaine, La Broque, Lutzelhouse, Muhlbach-Sur-Bruche, Natzwiller, Neuviller-La-Roche, Plaine, Ranrupt, Rothau, Russ, Saales, Saint-Blaise-La-Roche, Saulxures, Schirmeck, Solbach, Urmatt, Waldersbach, Wildersbach, Wisches.

Comme nous l'avons évoqué, ce territoire est situé à plus de 30 minutes de trajet par voie terrestre pour le SAMU/SMUR de Strasbourg : l'entrée du territoire, correspondant à la localité d'Urmatt, est située à 39,4 km de Strasbourg, soit 30 minutes de trajet par voie terrestre (34) et Saâles, l'autre extrémité de la VdB, est distant de 68,2 km, soit 55 minutes (34).

A noter qu'une convention relie le SAMU de Strasbourg au SMUR de Saint-Dié (département limitrophe des VOSGES (88)), permettant à ce dernier d'intervenir sur le haut de la VdB à la demande du SAMU 67. L'accès à Saâles depuis Saint-Dié est possible en 24 minutes (20,1 km) (34).

Néanmoins, la disponibilité de ce SMUR est inconstante pour les interventions sur le secteur de la VdB et les conditions météorologiques hivernales dégradées rallongent les délais d'intervention.

A cela se rajoutent les communes de :

- Grendelbruch située à 44,2km de Strasbourg par voie terrestre, soit 37 minutes de trajet (34). Cette localité appartient à la communauté de communes du canton de Rosheim (canton de Molsheim). Depuis Schirmeck, le trajet par la route prend 14 minutes (10,6km) (34) ;
- Niederhaslach et Oberhaslach situées respectivement à 39,5km et 41,1km de trajet terrestre de Strasbourg, soit 30 et 32 minutes respectivement (34). Tous deux sont

rattachées à la communauté de communes de la région de Molsheim-Mutzig (canton de Mutzig). Depuis Schirmeck, le trajet routier se fait respectivement en 19 minutes (15,1 km) et 21 minutes (16,6 km) (34).

III.2.2 La couverture temporelle du dispositif

Selon les modalités de la convention établissant les conditions d'application du dispositif de MCS au sein de la VdB, le GHSV garantit la disponibilité d'un MCS de 8h à 20h, 7 jours sur 7.

Le GHSV assume également la responsabilité du planning de présence des MCS et sa transmission au SAMU.

III.3 Les acteurs du dispositif

III.3.1 Les partenaires institutionnels

La convention relative au dispositif de MCS 67 implanté dans la VdB a été signée le 09 février 2015 (31).

Les signataires de ce contrat sont :

- Le directeur de l'ARS d'Alsace ;
- Le président de la communauté des communes de la VdB ;
- Le directeur des HUS, établissement siège du SAMU 67 ;
- Le directeur du GHSV.

III.3.1.1 Agence Régionale de Santé d'Alsace

Concrétisant la volonté présidentielle de François Hollande en 2012 d'assurer l'accessibilité des soins d'urgence vitale préhospitalière en moins de 30 minutes sur l'ensemble du territoire national (engagement présidentiel n°19 (1)), le gouvernement a

successivement élaboré les Pactes Territoires et Santé 1 et 2 (2,3) qui privilégient le dispositif de MCS pour atteindre cet objectif.

L'ARS Alsace a donc dû établir un diagnostic des territoires situés à plus de 30 minutes de des SMUR(15) ; le territoire de la VdB en fait partie comme l'illustre la figure ci-dessous :

Temps d'accès des communes aux soins urgents
- Structures d'urgences générales ou SMUR généraux -

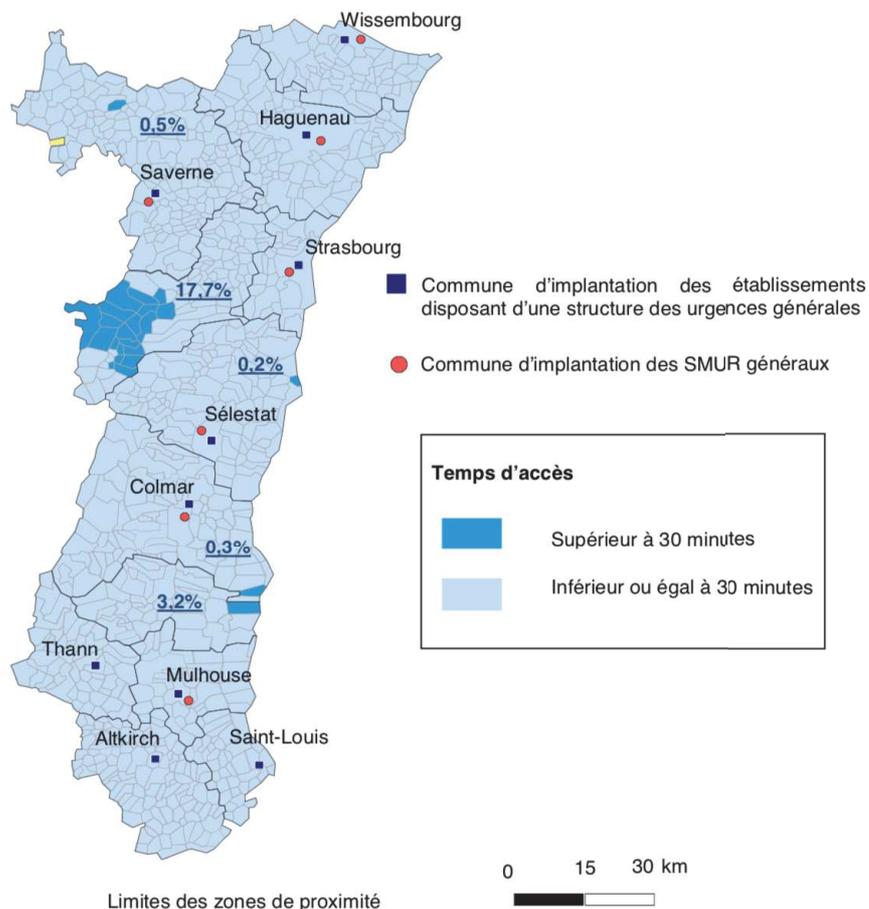


Figure 8: Temps d'accès des communes d'Alsace aux soins urgents en 2012

Source(36)

D'autre part, en raison d'indicateurs socio-économiques défavorables (26), le territoire de la VdB a été mis au rang de territoire prioritaire dans la politique sanitaire régionale.

Le CLS a été établi le 8 mars 2013 pour le territoire de la VdB (23), après une étape préalable diagnostique (26). Celle-ci mettait en avant la problématique de l'accessibilité des soins sur ce territoire, plus particulièrement pour la prise en charge des soins urgents préhospitaliers.

Plusieurs réunions de travail ont été menées entre l'ARS, l'intercommunalité et les professionnels de santé locaux sur ces thématiques.

Finalement, le dispositif de MCS mis en place à la clinique Saint-Luc de Schirmeck concrétise cette action politique sanitaire de l'ARS et de ses partenaires.

L'ARS assure par ailleurs la pérennité du dispositif : elle supporte les coûts de fonctionnement du MCS en assurant un financement au GHSV au titre du FIR.

III.3.1.2 La communauté des communes de la VdB

La communauté de communes de la VdB est l'organisation politique locale qui a contribué à la création du dispositif de MCS à la clinique Saint-Luc de Schirmeck.

En effet, l'intercommunalité a piloté le Diagnostic Local de Santé sur son territoire (26) et a ensuite élaboré le CLS (23), en partenariat avec l'ARS.

L'accessibilité des soins sur le territoire était un des principaux points de travail. La problématique spécifique de l'amélioration de la prise en charge de l'urgence vitale préhospitalière était une priorité de ce contrat.

Le MCS, dispositif porté par le président et son gouvernement, a finalement apporté une solution au problème local des délais locaux de prise en charge de l'urgence préhospitalière.

L'intercommunalité a apporté un soutien financier primordial lors de la mise en place du

dispositif : une subvention de 50 000 € a été attribuée au GHSV dans le but d'acquérir un véhicule dédié et d'en permettre son aménagement opérationnel.

III.3.1.3 Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Le centre hospitalier de référence le plus proche du GHT 10 dont fait partie la VdB est le CHU de Strasbourg.

Le SAMU 67 et le SMUR de Strasbourg sont chargés de la prise en charge des urgences vitales préhospitalières sur ce territoire.

Le CHU de Strasbourg et ses différents services ont participé activement à la mise en place du MCS au sein de la VdB.

Outre la signature de la convention actant la mise en place du MCS (31) par le directeur du CHU, la structure a joué un rôle fondamental en assurant la formation des MCS par le biais du CESU ainsi que du SAMU/SMUR.

L'établissement fournit également une partie de l'équipement utilisé par le MCS, notamment les sacs de secours ainsi que le scope multiparamétrique.

De plus, le SAMU assure l'articulation opérationnelle et la collaboration du MCS et des SMUR intervenant sur le secteur grâce à une harmonisation des protocoles médicaux.

III.3.1.4 Groupe Hospitalier Saint-Vincent

Le dispositif de MCS est basé à la clinique Saint-Luc de Schirmeck, établissement appartenant au GHSV.

Rappelons que cette clinique possède une polyclinique accueillant une activité de consultations et d'urgences 24/24h (accueil de 8560 premiers passages en 2015).

La structure ne possède pas d'unité d'hospitalisation post-urgence mais travaille en

collaboration avec le service de court séjour de médecine qui assure la prise en charge hospitalière des patients.

Cinq médecins de ces deux services se relayent pour assurer l'astreinte de MCS (de 8h à 20h, 7 jours sur 7).

Le GHSV est donc le principal acteur du dispositif de MCS dans la VdB :

- Il a assuré l'achat, la transformation et gère l'entretien du véhicule grâce à la subvention de l'intercommunalité de la VdB ;
- Il met à disposition et assure la rémunération du personnel médical participant ;
- Il gère le matériel et la pharmacie nécessaire au dispositif.

Le GHSV assure cette mission de service public grâce au financement du FIR.

III.3.2 Les médecins participant au dispositif

III.3.2.1 Les médecins salariés de la clinique Saint Luc

Au moment de la mise en place de ce dispositif, ce sont 6 médecins salariés de la clinique Saint-Luc qui permettent d'assurer une astreinte MCS de 8h à 20h, 7 jours sur 7 : 5 médecins généralistes ayant réalisé la formation de MCS et un médecin urgentiste.

Une permanence postée à la clinique Saint-Luc avec obligation contractuelle de départ en moins de 5 minutes est assurée par les médecins salariés lors de leurs horaires habituels de travail.

Des astreintes peuvent être assurées depuis le domicile du MCS le soir (18h-20h) et les weekends. Le domicile du médecin est situé à moins de 30 minutes de la clinique Saint-Luc par voie de contrat.

Suite au départ de l'un des médecins salariés en 2017, il ne reste plus que 5 médecins formés assurant les gardes et astreintes du MCS.

III.3.2.2 Les médecins généralistes libéraux du secteur

La participation des médecins généralistes libéraux (MGL) du territoire était également envisagée pendant leurs horaires de PDSA pour compléter le dispositif (20h-00h ou 20h-8h selon le secteur).

Des réunions de travail organisées par l'intercommunalité, rassemblant les représentants de l'ARS, du SDIS 67, du GHSV ainsi que les professionnels de santé du territoire ont été organisées afin de discuter des modalités d'amélioration de la prise en charge des urgences vitales de la VdB par le biais du MCS.

Finalement, le dispositif de MCS mis en place n'a pas su intégrer les MGL exerçant sur le territoire malgré la participation de quatre d'entre eux à la formation organisée par le CESU et suivie par les médecins de la clinique Saint-Luc.

La troisième partie de cette thèse vise à mettre en évidence les freins rencontrés par les MGL en vue de leur intégration au dispositif.

III.4 Formation et responsabilité professionnelle des MCS

III.4.1 Formation initiale

Les candidatures aux fonctions de MCS ont été soumises à l'accord du chef de service du SAMU.

Les 5 médecins généralistes salariés de la clinique Saint-Luc ainsi que 4 MGL ont

bénéficié de la formation MCS assurée par les HUS par le biais du CESU, du SAMU67 et du SMUR de Strasbourg.

Le médecin urgentiste salarié a été dispensé de cette formation en raison de sa compétence antérieure à la prise en charge de l'urgence préhospitalière.

Cette formation s'est déroulée en plusieurs étapes selon les directives du guide de déploiement national du MCS (19) établi par le Ministère de la Santé et la DGOS:

- Une formation initiale théorique de 2 jours ;
- Une formation pratique par le biais d'un stage en immersion avec le SMUR ;
- Une formation continue annuelle de remise à niveau des acquis.

La formation MCS a débouché sur la délivrance d'une attestation de participation au programme de Développement Professionnel Continu (DPC) des HUS pour les médecins ayant suivi l'intégralité de la formation.

Les frais pédagogiques ainsi que la rémunération des participants ont été pris en charge par l'organisme gestionnaire du DPC, l'ARS Alsace et par le GHSV.

III.4.1.1 Formation théorique initiale

La formation théorique initiale a été assurée par le CESU du CHU de Strasbourg. Elle s'est tenue sur une durée de 2 jours.

Elle aborde les points essentiels de l'organisation des secours en France, les gestes techniques nécessaires à la prise en charge initiale de l'urgence vitale (intubation, abords veineux) ainsi que les principaux modules cliniques pouvant être rencontrés par le MCS dans son activité.

Des ateliers de simulation permettent aux médecins participants de se mettre à l'épreuve

dans des mises en situation clinique.

Tableau 1: Formation initiale théorique des MCS de la vallée de la Bruche

Formation Initiale d'Application des MEDECINS CORRESPONDANTS SAMU



| J1 matin | | | J2 matin | | |
|---------------------------|-------|--|---------------------------|-------|--|
| 08:30 | | Accueil Objectifs QCM | 08:30 | MES 2 | CAT devant des troubles de la conscience |
| 09:30 | | Organisation des secours Bilan au C 15 | 09:30 | MES 3 | CAT devant une douleur thoracique |
| 11:00 | | Protocoles Médicaments de l'urgence | 11:00 | MES 4 | CAT devant un choc |
| J1 après-midi | | | J2 après-midi | | |
| 14:00 | AT 1 | Abord veineux Sacs d'intervention Monitoring | 14:00 | MES 5 | CAT devant une détresse respiratoire de l'adulte |
| 15:00 | AT 2 | Abord des VAS (intubation, Fastrach, surveillance) | 15:00 | AT 3 | Techniques d'immobilisation |
| 16:30 | MES 1 | CAT devant un ACR | 16:30 | MES 6 | CAT un traumatisme grave |
| | | | | | QCM |
| 17:30 Bilan de la journée | | | 17:30 Bilan de la journée | | |

Source : Annexe 4 de la convention du MCS de la VdB(31)

III.4.1.2 Formation pratique initiale

Un stage d'immersion de trois gardes au SMUR de Strasbourg a ensuite été organisé pour la seconde partie pratique de la formation.

Cette étape correspond à l'application pratique de la formation théorique, une mise en situation clinique au cœur de l'organisation des secours préhospitaliers. Elle permet la prise en main du matériel médico-technique utilisé par le MCS et harmonisé avec celui du SMUR.

Cette formation est assurée en binôme : le MCS est encadré par un tuteur urgentiste,

permettant l'implication directe du MCS en parfaite condition de sécurité.

III.4.1.3 Formation à la conduite d'urgence

Le MCS se rendant seul sur les lieux de l'intervention, il est amené à conduire le véhicule dédié (4x4).

Le gabarit de celui-ci, ainsi que le type de conduite qui en découle (terrains ou conditions de circulation difficiles : conduite en forêt, sur neige, verglas) peuvent constituer une difficulté supplémentaire pour le MCS.

C'est pour cette raison que le GHSV a organisé un stage de formation en sécurité routière et de conduite de véhicule d'urgence pour l'ensemble de son équipe MCS.

III.4.2 Formation continue

Une formation de mise à niveau des acquis de 4h est organisée annuellement par le CESU afin de permettre le maintien des compétences du MCS autour de thèmes ciblés et pouvant présenter des difficultés pour lui. Celle-ci est obligatoire pour l'ensemble des MCS en activité.

Des exercices spécifiques sont également organisés régulièrement sur le territoire de la VdB avec les partenaires du secours préhospitalier (SDIS, gendarmerie, autorités publiques...) dans le cadre de la coordination des équipes de secours.

III.4.3 Responsabilité médicale

Dans le cadre de son intervention, le MCS est placé sous la responsabilité du médecin régulateur du SAMU dès son déclenchement.

L'articulation du MCS et du médecin de l'équipage SMUR arrivant sur place secondairement se fait selon les codes de déontologie médicale.

Le MCS exerce une mission de service public dans le cadre de cette activité spécifique.

A ce titre, la responsabilité du CHU de Strasbourg en tant qu'établissement public de santé siège du SAMU de référence, s'étend à lui dans le cadre de ses fonctions de MCS (responsabilité médicale administrative et Responsabilité Civile Professionnelle (RCP)).

Les dommages causés ou subis par le MCS dans le cadre de ses fonctions sont couverts par le CHU de Strasbourg (accident de circulation, blessures lors de son intervention, ...).

Le matériel est également assuré par l'établissement fournisseur (GHSV/HUS) en cas de vol.

Néanmoins, les voies de recours à l'encontre du SAMU et des HUS n'excluent pas la mise en œuvre d'action de responsabilité civile à titre personnel de ses salariés et collaborateurs. Une RCP à titre individuel est donc également nécessaire au MCS.

Celle-ci est par ailleurs déjà assurée par le GHSV pour ses médecins salariés et obligatoire pour les médecins en exercice libéral.

III.5 Équipement alloué au dispositif

III.5.1 Véhicule

Un véhicule d'intervention, stationné à la clinique Saint-Luc de Schirmeck, est mis à disposition du MCS par le GHSV.

Ce véhicule, de type 4x4, a été acquis par le GHSV, transformé en véhicule de secours en assurant un agencement rationnel du matériel médical. Le GHSV assure par ailleurs son entretien, les frais d'assurance et de carburant.

Ceci a été permis par la subvention financière votée par la communauté de communes de la VdB.



Figure 9: Véhicule MCS de la vallée de la Bruche

III.5.2 Équipement non médical

III.5.2.1 Dispositif d'appel et de communication

Un contact permanent est nécessaire entre le SAMU et le MCS.

Il permet d'une part l'appel et le déclenchement du MCS, d'autre part de maintenir un contact en cours d'intervention avec la régulation médicale.

Cette liaison est assurée par un téléphone portable dédié à la fonction MCS, fournie par le GHSV.

III.5.2.2 Tenues vestimentaires

L'activité du MCS au sein de la chaîne de secours préhospitalier nécessite une tenue formalisée, afin qu'il puisse être facilement identifiable par les autres équipes de secours.

De plus, cette tenue doit constituer un élément de protection individuelle pour le MCS en raison de la variété des terrains d'intervention.

Cet équipement est fourni par le GHSV à l'ensemble des médecins salariés participant au dispositif.

III.5.3 Équipement médical

L'équipement médical du MCS est fourni grâce au partenariat établi entre le GHSV et le SAMU de Strasbourg.

Le matériel mis à disposition du MCS est similaire à celui utilisé au cours de sa formation ainsi qu'à celui utilisé par le SMUR de Strasbourg, permettant une harmonisation des protocoles de prise en charge. Il est adapté à la prise en charge de l'urgence vitale préhospitalière qui constitue l'activité du MCS.

Les modalités de sa mise à disposition, son entretien et son renouvellement sont définis par voie conventionnelle (cf. Tableau n°2 : Annexe 3 de la convention MCS référençant le matériel alloué au dispositif).

Deux sacs d'intervention comprenant le matériel technique et médicamenteux de premier secours médical sont disposés à la clinique Saint-Luc de Schirmeck.



Figure 10: Sac de secours THOMAS du MCS de la VdB

Tableau 2: Annexe 3 de la convention MCS de la vallée de la Bruche référençant le matériel mis à disposition du MCS

| Matériel | Fournit, entretenu et renouvelé par |
|--|--|
| Sac d'intervention | SAMU |
| Stéthoscope | GHSV |
| Tensiomètre (adulte+enfant) | GHSV |
| Ciseaux | GHSV |
| Lampe | GHSV |
| Scope multiparamétrique | SAMU |
| Saturomètre (adulte+enfant) | GHSV |
| Appareil de mesure de la glycémie capillaire | GHSV |
| Matériel abord vasculaire périphérique, pousse-seringue | GHSV |
| Matériel pose de voie intra osseuse adulte et pédiatrique | GHSV |
| Sac bouteille d'oxygène à manodétendeur intégré + masque | GHSV |
| Ventilation | |
| Insufflateur (BAVU) + poche réservoir (adulte+enfant) | GHSV |
| Masques oxygénothérapie (adulte+enfant) | GHSV |
| Sondes d'intubations + filtres (adulte+enfant) | GHSV |
| Masques nébulisation (adulte+enfant) | GHSV |
| Aspirateur de mucosité | GHSV |
| Protection des Voies Aériennes | |
| Canules de Guedel (adulte+enfant) | GHSV |
| Sondes gastriques (adulte+enfant) | GHSV |
| Sondes d'aspiration (adulte+enfant) | GHSV |
| Matériel Pansements Sutures Hémostase | |
| Compresse | GHSV |
| Pansement hémostatique d'urgence type CHUT | GHSV |
| Antiseptiques | GHSV |
| Agrafes | GHSV |
| Champs stériles | GHSV |
| Fil suture | GHSV |
| Sparadrap | GHSV |
| Tenues | |
| 1 tenues complète/médecin | GHSV |
| 1 casque | GHSV |
| Moyens de communication | |
| GSM | GHSV |
| Divers | |
| Sac poubelle DASRI | GHSV |
| Gants à usage unique | GHSV |
| Gants stériles | GHSV |
| Fiches d'intervention suicide | GHSV |
| Protocoles SAMU | SAMU |

Source : Annexe 3 de la convention du MCS de la VdB (31)

III.5.4 Médicaments et gestion de la pharmacie

La pharmacie permettant l'approvisionnement en spécialités thérapeutiques du MCS est gérée par le GHSV et est basée à la Clinique Saint-Luc de Schirmeck.

La dotation, précisant les spécialités retenues, leurs dosages, leurs formes d'administration et les quantités nécessaires a été fixée par l'équipe pharmaceutique du GHSV, l'équipe du SAMU et les MCS. Les conditions de stockage et de réapprovisionnement ont également été définies dans le cadre de la convention MCS.

Une réévaluation annuelle de la composition de la dotation permet de s'adapter aux recommandations de prise en charge thérapeutique.

Afin de sécuriser l'utilisation de ces médicaments, le SAMU met à disposition des MCS un guide pratique des médicaments d'urgence qui reprend l'ensemble des spécialités retenues en détaillant les protocoles d'administration (indications, posologies adulte/enfant, contre-indications et surveillances particulières).

Ce partenariat pharmaceutique couplé à la formation du MCS dispensée par le CESU et le SAMU permet une harmonisation des pratiques et des protocoles médicaux entre le MCS et le SMUR et une continuité dans la prise en charge de l'aide médicale urgente préhospitalière sur le territoire de la VdB.

Ci-dessous la liste des classes thérapeutiques mises à disposition du MCS de la VdB :

Tableau 3: Annexe 3 de la convention MCS de la vallée de la Bruche référençant les classes thérapeutiques requises pour l'intervention du MCS

| Classes thérapeutiques requises pour l'intervention du médecin correspondant du SAMU | | |
|--|---|--------------------------|
| Classes thérapeutiques | Sous classes thérapeutiques | Fournit et renouvelé par |
| Analgésie | | |
| Analgésique d'action périphérique prépondérante | analgésiques-antipyrétiques purs (palier I) (<i>paracétamol</i>) | GHSV |
| | analgésiques-antipyrétiques pur et anti-inflammatoires (palier I) (<i>acétylsalicylate de lysine</i>) | GHSV |
| | anti-inflammatoires non stéroïdiens utilisés comme analgésiques (<i>ketoprofène</i>) | GHSV |
| Analgésique d'action centrale prépondérante | analgésiques morphiniques majeurs (palier III) (<i>morphine sulfate</i>) | GHSV |
| Gastro-Entérologie | | |
| Antispasmodique | antispasmodiques musculotropes (<i>phloroglucinal</i>) | GHSV |
| Antiémétique | antagoniste de la sérotonine (<i>ondansétron</i>) | GHSV |
| Cardiologie | | |
| Antiagrégants plaquettaires | antiagrégants plaquettaires classiques (<i>clopidogrel</i>) | GHSV |
| Thrombolytiques | activateur du plasminogène (<i>altéplase</i>) | GHSV |
| Anticoagulant | héparines ou HBPM | GHSV |
| Antihypertenseur | dérivés nitrés (<i>dinitrate d'isosorbide</i>) | GHSV |
| | alpha 1-bloquants (<i>urapidil</i>) | GHSV |
| | antihypertenseur anticalcique (<i>nicardipine</i>) | GHSV |
| Antiarythmique | classe Ib de Vaughan-Williams (<i>lidocaïne</i>) | GHSV |
| | classe III de Vaughan-Williams (<i>amiodarone</i>) | GHSV |
| | classe IV de Vaughan-Williams (<i>diltiazem</i>) | GHSV |
| | antiarythmique actifs uniquement à l'étage supraventriculaire (<i>adénosine</i>) | GHSV |
| Correcteurs de bradycardies | anticholinergique (<i>atropine</i>) | GHSV |
| | sympathomimétique bêta-adrénergique (<i>isoprénaline</i>) | GHSV |
| Correcteurs des hypotensions | sympathomimétique indirect (<i>épinéphrine</i>) | GHSV |
| | sympathomimétique direct alpha-adrénergique (<i>adrénaline</i>) | GHSV |
| | autres produits : solutés de remplissage vasculaire | GHSV |
| Magnésium | sulfate de Mg | GHSV |
| Diurétiques hypokaliémiants | diurétique de l'anse injectable (<i>furosémide</i>) | GHSV |
| Anesthésie - réanimation | | |
| Myorelaxant d'action périphérique - curarisant | <i>suxamethonium chlorure</i> | GHSV |
| Anesthésique général non barbiturique | <i>étomidate</i> | GHSV |
| | <i>kétamine</i> | GHSV |
| Hypnotiques | benzodiazépines utilisés comme hypnotiques (<i>midazolam</i>) | GHSV |
| Gynécologie-Obstétrique | | |
| Ocytiques | analogues de l'ocytocine post-hypophysaire (<i>ocytocine</i>) | GHSV |
| Pneumologie-Allergologie | | |
| Bronchodilatateurs et antiasthmatiques | bronchodilatateurs bêta 2 stimulants (<i>salbutamol</i>) | GHSV |
| | bronchodilatateurs anticholinergiques (<i>ipratropium</i>) | GHSV |
| | bétastimulant injectable (<i>salbutamol</i>) | GHSV |
| Anti-inflammatoires stéroïdiens ou corticoïdes | corticoïdes systémiques (<i>méthylprednisolone</i>) | GHSV |
| | antihistaminique oral (<i>cétirizine</i>) | GHSV |
| Toxicologie | | |
| Antidotes injectables | des benzodiazépines (<i>fumazénil</i>) | GHSV |
| | des opiacés (<i>naloxone</i>) | GHSV |
| Neurologie | | |
| Antiépileptiques | antiépileptique benzodiazépine (<i>clonazépam</i>) | GHSV |
| | antiépileptiques sans action sur les absences (<i>phénobarbital</i>) | GHSV |
| Psychiatrie et addictologie | | |
| Neuroleptiques | neuroleptiques (<i>loxapine</i>) | GHSV |
| Antibiotiques | | |
| Béta lactamines | pénicilline à spectre antibactérien très large (<i>Amax-Clav</i>) | GHSV |
| Céphalosporines | céphalosporines de troisième génération (<i>ceftriaxone</i>) | GHSV |
| Solutés de perfusion | | |
| Apport d'eau, d'ions et apports d'oligo éléments | solutés glucosés injectables (<i>glucosé 30%</i>) | GHSV |
| | solutés salés isotoniques | GHSV |
| | solutés alcalinisants injectables (bicarbonate de sodium) 8,4% | GHSV |
| Solutés de remplissage vasculaire | gélamines fluides | GHSV |
| Eau pour préparation injectable | pour reconstitution | GHSV |
| Gaz à usage médical | | |
| Oxygène | oxygène (bouteille) | GHSV |

Source : Annexe 3 de la convention du MCS de la VdB (31)

III.5.5 La signature des contrats

III.5.5.1 La convention cadre

La convention actant la mise en place du dispositif de MCS à la clinique Saint-Luc de Schirmeck a été signée le 09 février 2015 par les différents partenaires (ARS Alsace, communauté des communes de la VdB, HUS, GHSV) et précise les modalités de mise en place du dispositif.

III.5.5.2 Convention individuelle

Parallèlement à la convention cadre, chaque médecin participant au dispositif a signé une convention individuelle le liant avec les HUS.

En effet, dans le cadre de cette activité, le MCS exerce sous la responsabilité de l'établissement siège du SAMU de rattachement tout en gardant sa qualité de salarié du GHSV par lequel il est rémunéré pour cette activité.

III.5.6 Rappel des objectifs du MCS

La convention signée pour la mise en place du dispositif de MCS à la clinique Saint-Luc de Schirmeck (31) rappelle les principes généraux du dispositif adaptés localement.

Le MCS est un médecin volontaire qui :

- Participe à la mission de service public d'aide médicale urgente ;
- Est formé à l'urgence ;
- Est un relais compétent des SAMU-Centre 15 pour la médicalisation des urgences vitales dans l'attente de l'arrivée du SMUR ;
- Agit en priorité dans des zones isolées ou dans des zones où les délais d'intervention du SMUR dépassent les 30 minutes ;
- Permet ainsi de réduire les délais de réponse à l'urgence par une prise en charge de

proximité et de qualité.

III.5.7 Modalités de déclenchement du MCS

La convention cadre rappelle que le MCS est obligatoirement déclenché par le médecin régulateur du SAMU. Ce dernier doit déclencher simultanément un SMUR ainsi que tous les moyens adaptés à la prise en charge du patient.

L'engagement du MCS est prévu dès que son délai de route est plus court que celui du SMUR, permettant une médicalisation de proximité en attendant l'arrivée de l'équipe hospitalière.

Le MCS est déclenché dans le cadre d'atteintes vitales avérées ou de probabilité forte, ainsi que dans le cadre de circonstances à forte probabilité d'atteinte vitale.

Le déclenchement est assuré par le biais d'une ligne téléphonique dédiée (téléphone portable) à laquelle le MCS reste joignable lors de ses horaires de permanence transmis au centre 15.

L'Assistant de Régulation Médicale (ARM) du Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) lui transmet les informations utiles concernant l'intervention : adresse, précisions géographiques, nom du patient, âge, sexe, pathologie suspectée ou circonstances motivant le départ, moyens de secours engagés.

Un bordereau d'alerte est également transmis par télécopie à la clinique Saint-Luc à des fins d'archivage et de traçabilité.

La mission du MCS prime sur l'activité de médecin de la clinique Saint-Luc, sauf s'il est déjà engagé dans la prise en charge d'une urgence vitale dans le cadre de son activité de médecin salarié à la clinique Saint-Luc.

Le MCS est tenu de rester disponible pour permettre un départ en intervention dans un délai cohérent avec la prise en charge d'une urgence vitale (un délai optimal de 5 minutes ayant été fixé).

III.5.8 Conduite du véhicule

Le MCS dispose d'un véhicule dédié pour se rendre sur les lieux de l'intervention.

En l'absence d'autre membre d'équipage, il conduit lui-même ce véhicule.

Il s'engage à arriver sur le lieu de l'intervention dans les meilleurs délais selon les conditions de circulation rencontrées et en s'assurant l'absence de préjudice pour sa propre sécurité.

Sa conduite est soumise au respect des règles établies par le décret n° 86-1263 du 9 décembre 1986 portant modification de certaines dispositions du code de la route et relatif aux véhicules d'intervention urgente (37).

Le contrat individuel signé par le MCS nécessite qu'il dispose d'un permis de catégorie B valide de plus de 2 ans (les évolutions de validité de ce permis de conduire doivent être signalées au HUS).

III.5.9 Coordination de l'intervention

Au cours de son intervention, le MCS est un maillon à part entière de la chaîne des secours préhospitaliers : il participe activement à la prise en charge médicale du patient, selon les protocoles conjoints établis avec le SAMU qui lui ont été enseignés au cours de sa formation au CESU.

Il renseigne la fiche médicale standardisée des services de secours (modèle régional

SAMU-SDIS- Association Départementale de Réponse à l'Urgence (ADRU)).

Une copie est conservée dans les archives du MCS et transmise au SAMU.

La transmission médicale entre le MCS et l'équipe hospitalière du SMUR se fait selon les règles habituelles établies par le code de déontologie médicale.

Le MCS ne participe pas au transport du patient et reste sur le secteur d'intervention prédéfini.

Dès le retour d'intervention, le MCS assure le réarmement de son véhicule et du matériel médical afin de se rendre à nouveau opérationnel et disponible.

Tout incident rencontré (d'ordre technique, relationnel ou administratif) doit être signalé au SAMU dans les 24h.

III.6 Le financement du dispositif

Au vu de la mission de service public accomplie par le MCS sur le territoire de la VdB et de l'investissement matériel et humain du GHSV, le financement est assuré par voie de subventions publiques.

III.6.1 Subvention locale de la communauté de communes de la vallée de la Bruche

Le contrat local de santé piloté par la communauté de communes et l'ARS Alsace mettait en évidence la problématique de la prise en charge des urgences médicales sur le territoire de la VdB.

Un des objectifs prioritaires du contrat local de santé était d'améliorer l'offre de soins sur le territoire, en particulier de trouver une solution concernant la prise en charge des urgences

vitales préhospitalières.

A ce titre, la communauté des communes de la VdB a participé à la mise en place du dispositif de MCS.

Elle a donc apporté un financement initial de 50 000 € par le biais d'une subvention votée à l'ordre du GHSV, permettant l'acquisition d'un véhicule léger, ainsi que sa transformation opérationnelle en véhicule de secours à disposition du MCS.

III.6.2 ARS : Fonds D'Intervention Régional (FIR)

Le MCS est financé au long cours par une subvention relevant du FIR, alloué par l'ARS Alsace, puis l'ARS Grand-Est depuis 2016.

Ce fonds peut être attribué par les ARS dans le cadre de financement d'actions et d'expérimentations de santé « en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire »(38).

Par le biais des Pactes Territoire Santé (2,3) du gouvernement de François Hollande (2012-2017), l'objectif de garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes à l'ensemble de la population française était recherché. Le développement prioritaire des MCS était le moyen choisi pour y parvenir.

Ainsi, le dispositif mis en place dans la VdB répond pleinement à cet objectif d'amélioration de la sécurité sanitaire et peut donc bénéficier du FIR.

Cette subvention reconduite annuellement permet le financement du personnel médical mis à disposition par le GHSV pour assurer le dispositif : 1,20 Équivalent Temps Plein (ETP) de médecin (soit 129 840 €) et 0,55 ETP pour le surcoût lié à l'astreinte médicale (59 510 €).

L'entretien du véhicule MCS, l'équipement personnel des MCS (tenues, équipements de protection individuelle) est financé à hauteur de 5910 €.

Le forfait médicament annuel (2 755 €) et pour les bouteilles d'oxygène (1 265 €) permet l'approvisionnement et le renouvellement du matériel médical et de la pharmacie mis à disposition du MCS.

III.6.3 Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Enfin, les HUS sont également impliqués financièrement, puisqu'ils mettent à disposition du MCS une partie du matériel médico-technique, notamment le scope multiparamétrique et les sacs d'intervention.

III.7 Articulation avec le dispositif d'Infirmier Sapeur-Pompier (ISP) à la clinique Saint-Luc de Schirmeck

Depuis le 1er août 2016, un partenariat est établi entre le GHSV et le SDIS 67, permettant le déploiement d'un ISP supplémentaire sur le secteur de la VdB, basé à la polyclinique de la Clinique Saint-Luc de Schirmeck.

Il bénéficie d'un Véhicule Léger Infirmier (VL INF) mis à disposition par le SDIS 67.

Ce dispositif vient en complément de l'ISP volontaire d'astreinte sur le secteur disposant également d'un véhicule, afin de renforcer la couverture opérationnelle et l'offre de soins d'urgence sur le territoire.



Figure 11: Véhicule ISP à gauche (VL INF) et véhicule MCS à droite devant la polyclinique de la clinique Saint-Luc de Schirmeck

Un système de gardes postées à la polyclinique de la clinique Saint-Luc est organisé en concertation avec le second ISP d'astreinte sur le secteur, afin de renforcer de manière optimale la disponibilité au sein de la VdB :

- Gardes de jour en semaine (de 7h00 à 19h00) ;
- Gardes de nuit le weekend (de 19h00 à 07h00).

Les ISP viennent renforcer l'effectif infirmier de polyclinique lorsqu'ils ne sont pas sollicités par le SDIS 67 en lien avec le SAMU pour la prise en charge d'urgences (accident sur la voie publique, intoxication à la fumée, détresses vitales).

Deux infirmiers salariés de la clinique Saint-Luc participent à ce dispositif. Ils ont bénéficié de la formation d'ISP du SDIS et interviennent selon les Protocoles Infirmiers de Secours d'Urgence (PISU) définis au niveau national.

Ce dispositif est complémentaire du MCS mis en place un an auparavant.

Il est courant qu'ils soient combinés afin de permettre d'apporter une réponse optimale à la prise en charge précoce des urgences vitales sur le territoire en attendant l'arrivée des équipes du SMUR.

Le GHSV, qui salarie les 2 ISP participants à ce dispositif (2 ETP) bénéficie d'un financement complémentaire au titre du FIR évoqué précédemment pour le MCS : 1,36 ETP pour permettre la couverture paramédicale soit 60 942 €.

ÉVALUATION DU DISPOSITIF MIS EN PLACE DANS LA VALLÉE DE LA BRUCHE : ÉTUDE QUANTITATIVE

I. INTRODUCTION

Après avoir présenté la création et l'évolution du dispositif du MCS sur le plan national et l'adaptation locale au territoire de la VdB, nous allons évaluer dans une seconde partie de travail sa mise en place à la clinique Saint-Luc de Schirmeck.

Nous nous intéresserons aux trois premières années d'activité du MCS dans la VdB. Pour rappel, l'activité du MCS y a débuté le 18 mai 2015.

Les données MCS recueillies ont été mises en parallèle de celles issues du SAMU 67 qui régule l'activité du SMUR de Strasbourg intervenant sur le territoire de la VdB.

Le MCS est un dispositif développé principalement pour réduire les délais de prise en charge de l'urgence vitale préhospitalière avec un objectif affiché de moins de 30 minutes.

Nous allons donc comparer dans un premier temps les délais nécessaires au MCS et au SMUR de Strasbourg pour débiter la médicalisation des urgences vitales préhospitalières sur le secteur.

Dans un second temps, nous évaluerons le recours au MCS par le SAMU, l'activité du MCS selon des critères temporels, géographiques, les types d'intervention effectuées, ainsi que l'impact du MCS sur l'activité du SMUR.

II. Matériel et méthode

II.1 Type d'étude

Afin de mener l'évaluation du MCS de la VdB, nous avons eu recours à une étude épidémiologique, observationnelle, rétrospective et descriptive des interventions du MCS et du SMUR sur une période de trois ans, à partir du 18 mai 2015 (date de la mise en place du MCS de la VdB) jusqu'au 17 mai 2018.

II.2 Objectifs

L'objectif principal de l'étude était de déterminer si le MCS était réponse pertinente à la problématique de la prise en charge de l'urgence vitale préhospitalière en moins de 30 minutes sur le territoire de la VdB.

Les délais d'intervention du MCS ont ainsi été comparés à ceux du SMUR de Strasbourg grâce aux données recueillies auprès du SAMU 67 pour les interventions sur le territoire de la VdB au cours de la période d'intérêt.

Les objectifs secondaires de l'étude étaient d'évaluer :

- Le recours au MCS par le SAMU : taux de recours, délais de recours, durée de présence sur intervention en attendant le SMUR, validation des sollicitations par le MCS, respect du cadre conventionnel ;
- L'activité du MCS et du SAMU selon une répartition annuelle, mensuelle, hebdomadaire et horaire, la disponibilité calendaire du MCS, la proportion d'urgences couvertes sur le territoire par le MCS pendant la période totale d'évaluation ;

- L'activité géographique du MCS par secteurs dans la VdB avec étude des délais d'intervention spécifiques ;
- Le type d'activité rencontrée (classification CCMU et répartition des diagnostics par groupes de pathologie) ;
- L'impact du MCS sur le SMUR : annulations de SMUR par le MCS, durées d'intervention.

II.3 Critères d'inclusion

Les données MCS incluses dans l'étude correspondent à toutes les interventions MCS qui se sont tenues au cours des trois premières années de la mise en œuvre du dispositif.

La période couverte s'étalait donc du 18 mai 2015 au 17 mai 2018.

Concernant le SAMU, ce sont les interventions situées sur le territoire d'intervention du MCS de la VdB qui ont été intégrées dans l'étude pour la même période.

II.4 Critère de jugement principal

Rappelons que l'objectif premier du MCS est de réduire les délais d'intervention pour la prise en charge de l'urgence préhospitalière dans les territoires isolés, avec une cible affichée de moins de 30 minutes sur l'ensemble du territoire national.

Le critère de jugement principal de cette étude était donc le délai d'intervention, c'est à dire le temps entre le déclenchement du moyen de secours et l'arrivée sur les lieux de l'intervention.

Les délais ont été calculés pour le SMUR d'une part et pour le MCS d'autre part.

Les délais ainsi obtenus ont été comparés entre eux, afin de déterminer si la différence était significative.

Les données horaires des interventions n'étant pas exhaustives, l'analyse comparative entre le SMUR et le MCS a été réalisée sur les seules interventions aux données complètes.

II.5 Critères de jugement secondaires

D'autres critères ont été secondairement pris en compte pour compléter l'étude.

Premièrement, le recours au MCS par le SAMU a été évalué : taux de recours au MCS dans la tranche horaire 08h-20h, délai de recours moyen, de même que le temps passé par le MCS auprès de la victime en attendant l'arrivée du SMUR. Le taux de sollicitations du SAMU validées par le MCS, la proportion d'intervention MCS respectant le cadre conventionnel ainsi que le taux de collaboration du MCS avec l'ISP ont également été déterminés.

Deuxièmement, une analyse descriptive temporelle de l'activité du MCS ainsi que du SAMU sur le territoire de la VdB a été réalisée. La disponibilité calendaire effective du MCS a été déterminée et nous avons calculé la proportion globale d'urgences couverte par le MCS sur la période de l'étude (nycthémère complet).

Dans un troisième temps, l'activité du MCS a été analysée selon un critère géographique.

L'activité du MCS a été répartie en 3 secteurs (entrée de vallée, centre-bourg et haut de vallée). Les délais d'intervention ont été calculés spécifiquement par secteur et comparés à ceux du SAMU et à son moyen hélicopté DRAGON dans le but de déterminer la pertinence

du dispositif par secteur géographique.

Dans un quatrième temps, le type d'activité du MCS a été classé selon la gravité de prise en charge (classification CCMU) et une répartition par groupes de pathologie principale a été effectuée.

Pour finir, l'impact de l'activité du MCS sur celle du SMUR a été analysé selon les critères d'annulation de SMUR par le MCS lors d'interventions communes, de durée passée en intervention par le SMUR selon que le MCS soit présent ou non.

II.6 Données recueillies

II.6.1 Pour le MCS

Les données du MCS ont été recueillies pour les interventions couvrant la période d'étude de 3 ans, depuis la mise en place du dispositif le 18 mai 2015 jusqu'au 17 mai 2018.

Les renseignements des interventions MCS étaient centralisés à la clinique Saint-Luc par le responsable des MCS dans un tableur Excel.

Les informations étaient collectées à partir des fiches de déclenchement d'intervention envoyées par le SAMU par télécopie, de la feuille d'intervention standardisée partagée par les services de secours du Bas-Rhin (dont fait partie le MCS), le rapport mensuel envoyé au responsable MCS par le secrétariat du SAMU 67 ainsi que le carnet de bord renseigné par les MCS en retour d'intervention.

Les données recueillies pour le MCS sont donc :

- La date de l'intervention ;
- L'identification d'intervention (numéro CENTAURE du SAMU) ;
- L'heure d'appel du MCS ;
- Le lieu de départ en intervention du MCS (domicile du médecin ou clinique Saint-Luc) ;
- L'horaire de départ du MCS ;
- Le lieu de l'intervention ;
- L'horaire d'arrivée sur les lieux de l'intervention ;
- Le motif principal d'intervention (pathologie dominante) ainsi que sa classification CCMU ;
- L'horaire de fin de médicalisation du MCS ;
- Le respect de la convention MCS concernant les conditions d'intervention ;
- La présence de l'ISP et du SMUR au cours de l'intervention ;
- Si le SMUR était annulé par le MCS.

II.6.2 Pour le SAMU

Les informations recueillies pour le SAMU concernaient les interventions sur le territoire de la VdB entre le 18 mai 2015 et le 17 mai 2018.

Après contact auprès du responsable de service, les données souhaitées ont été transmises sous forme de tableau Excel à partir du logiciel de régulation CENTAURE, utilisé par le SAMU pour la gestion des dossiers de régulation médicale pendant la période de l'étude.

Les données suivantes ont été récoltées :

- Le numéro d'intervention (logiciel CENTAURE) ;
- La date de l'intervention ;
- Le lieu de l'intervention ;
- Le moyen SMUR engagé ;
- L'horaire de déclenchement ;
- L'heure de départ ;
- L'heure d'arrivée sur les lieux ;
- L'heure de fin d'intervention ;
- Le motif principal d'intervention (pathologie dominante) ainsi que la classification CCMU.

II.7 Territoire concerné et sectorisation

Le territoire couvert par le MCS de la VdB correspond aux localités situées à plus de 30 minutes d'un SMUR.

Ceux-ci ont été déterminés lors de la mise en place du dispositif par l'ARS Alsace et ses collaborateurs.

La communauté de communes de la VdB ainsi que 3 localités adjacentes sont concernées : Grendelbruch, Niederhaslach et Oberhaslach.

Le schéma ci-dessous rappelle le territoire géographique couvert :

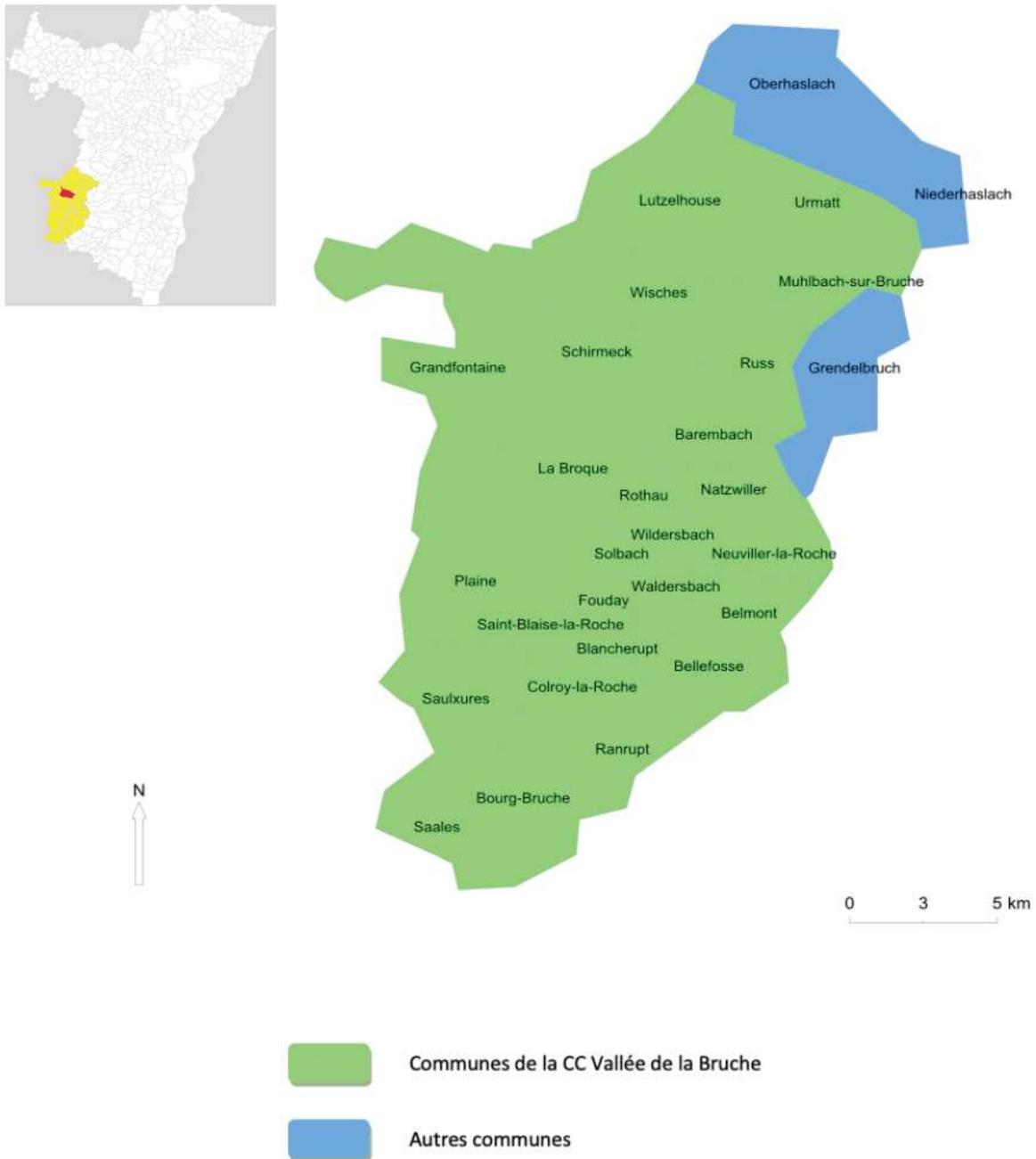


Figure 12: Géolocalisation de la VdB sur une carte du Bas-Rhin et territoire couvert par le MCS

Source : (22), Annexe 2 de la convention MCS (31)

S’inspirant du contrat local de santé préalablement établi en 2012, nous pouvons partager le territoire couvert par le MCS en 3 secteurs : secteur de haut de vallée, centre-bourg et entrée de vallée.

Les trois localités adjacentes qui ne font pas partie de la communauté de communes de la VdB mais qui sont rattachées au territoire couvert par le MCS pourront être associées au secteur d'entrée de vallée en raison de leur localisation.

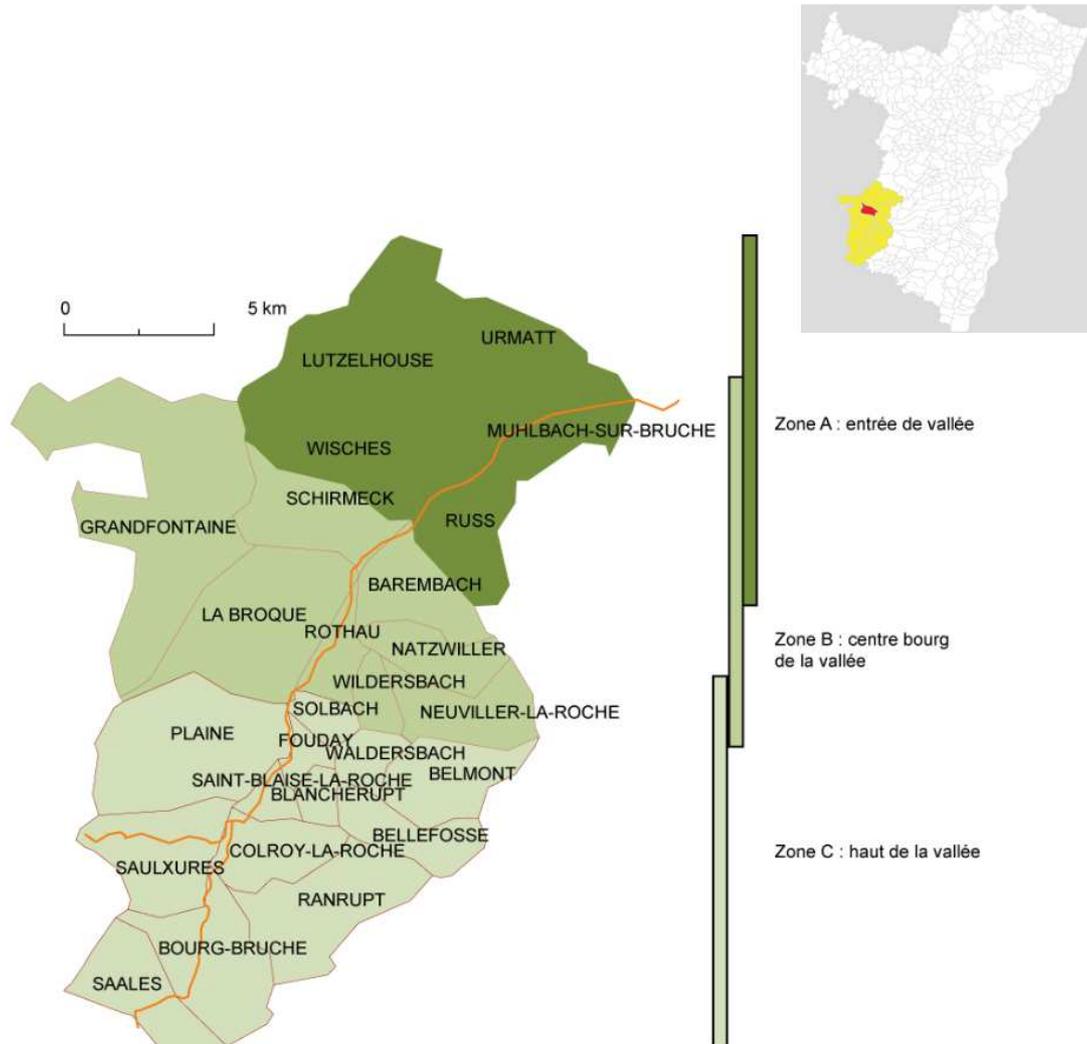


Figure 13: Représentation de la sectorisation de la VdB et géolocalisation sur une carte du Bas-Rhin

Source : (22,26)

II.8 Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) et diagnostics principaux

Afin de procéder à l'étude du type d'activité rencontré dans le cadre du MCS, nous avons évalué d'une part la gravité des situations cliniques par le biais de la classification CCMU,

puis dans un second temps, déterminé les situations cliniques principales rencontrées en intervention.

La classification CCMU est une codification déterminée par le médecin à la fin de l'examen médical, permettant d'évaluer la gravité clinique d'un patient ainsi que son pronostic médical.

On y dénombre 7 classes :

- CCMU P : pathologie psychiatrique dominante sans trouble somatique instable associé ;
- CCMU 1 : état clinique stable, prise en charge clinique sans exploration complémentaire ;
- CCMU 2 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable, nécessité d'un acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique ;
- CCMU 3 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel pouvant s'aggraver sans mise en jeu du pronostic vital ;
- CCMU 4 : pathologie engageant le pronostic vital sans geste de réanimation immédiat ;
- CCMU 5 : Pronostic vital engagé, nécessité immédiate de manœuvres de réanimation ;
- CCMU D : patient décédé, pas de réanimation entreprise.

Les classes CCMU 1 et 2 peuvent être considérées de gravité faible. À partir de la classe CCMU 3, une prise en charge hospitalière spécialisée paraît souhaitable.

Les diagnostics principaux issues des situations cliniques rencontrées lors de la prise en charge médicale précoce ont ensuite été regroupés par groupes de pathologie principale.

7 groupes de pathologie principale ont été établis pour l'analyse de l'activité du MCS :

- Pathologie neurologique ;
- Pathologie cardiaque ;
- Pathologie respiratoire ;
- Pathologie traumatologique ;
- Pathologie gynéco-obstétricale ;
- Pathologie psychiatrique ;
- Pathologie médicale autre.

II.9 Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées à partir du recueil des données du MCS et du SAMU/SMUR de Strasbourg pour le territoire VdB pendant la période concernée.

Ces données ont été centralisées dans deux tableurs Excel.

Nous nous sommes appuyés du site de biostatistiques BiostaTGV (39) pour le choix des tests statistiques adéquats.

L'analyse a ensuite été réalisée grâce au logiciel de statistiques RStudio (40) après rédaction d'un script d'analyse de données.

Dans un premier temps, une analyse descriptive a été réalisée, puis nous avons procédé à une analyse comparative pour certaines des données issues du MCS et du SAMU.

II.9.1 Analyse descriptive

Les données qualitatives ont été décrites grâce à l'évaluation des effectifs ainsi que des

pourcentages associés.

Les données quantitatives ont été décrites par des moyennes (accompagnées des écarts-types, des variances et des intervalles de confiance) et des médianes (accompagnées de l'intervalle de distribution des valeurs).

II.9.2 Analyse comparative

Une analyse comparative a été effectuée à l'aide du logiciel de statistiques RStudio (40).

Nous avons comparé entre elles les données obtenues pour le SAMU/SMUR et le MCS pour :

- Les délais d'intervention du SAMU/SMUR et du MCS ;
- Les taux de délais d'intervention en moins de 30 minutes pour le SAMU/SMUR et MCS ;
- Les délais d'intervention par secteurs entre le MCS, le SMUR et DRAGON ;
- Les durées d'intervention pour le SMUR selon la présence ou non du MCS.

II.9.2.1 Données quantitatives

La comparaison des données quantitatives issues du SAMU/SMUR et du MCS a été réalisée grâce à l'utilisation du test de Student, du test de Welch (test de Student adapté à des suites statistiques de variances inégales) ou du test de Student apparié.

La normalité de la distribution des valeurs nécessaires pour l'utilisation de ces tests a été admise d'après le théorème central limite au vu des effectifs suffisamment importants analysés (>30).

Un seuil de significativité de 5% a été retenu pour l'analyse de ces données.

II.9.2.2 Données qualitatives

La comparaison des données qualitatives (taux d'intervention en moins de 30 minutes) a quant à elle été permise par l'utilisation du test de Fischer.

Un seuil de significativité de 5% a été retenu pour l'analyse de ces données.

II.10 Données exclues

Le calcul des délais d'intervention et de la durée d'intervention nécessitait de disposer des horaires de début/déclenchement d'intervention, d'arrivée sur les lieux et/ou de fin d'intervention/médicalisation.

Les interventions du MCS et du SAMU/SMUR 67 pour lesquelles le recueil des données était incomplet pour les horaires nécessaires ont été retirées de l'analyse.

II.11 Éthique

Il n'a pas été nécessaire de solliciter l'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) pour la réalisation de cette étude, celle-ci portant sur l'utilisation de données rétrospectives.

Une autorisation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'a également pas été nécessaire pour cette étude au vu de l'absence de données d'identification de patient et de l'utilisation de données principalement logistiques tirées d'interventions anonymisées.

III. Résultats (Descriptif des interventions)

III.1 Interventions MCS et SMUR (organigramme)

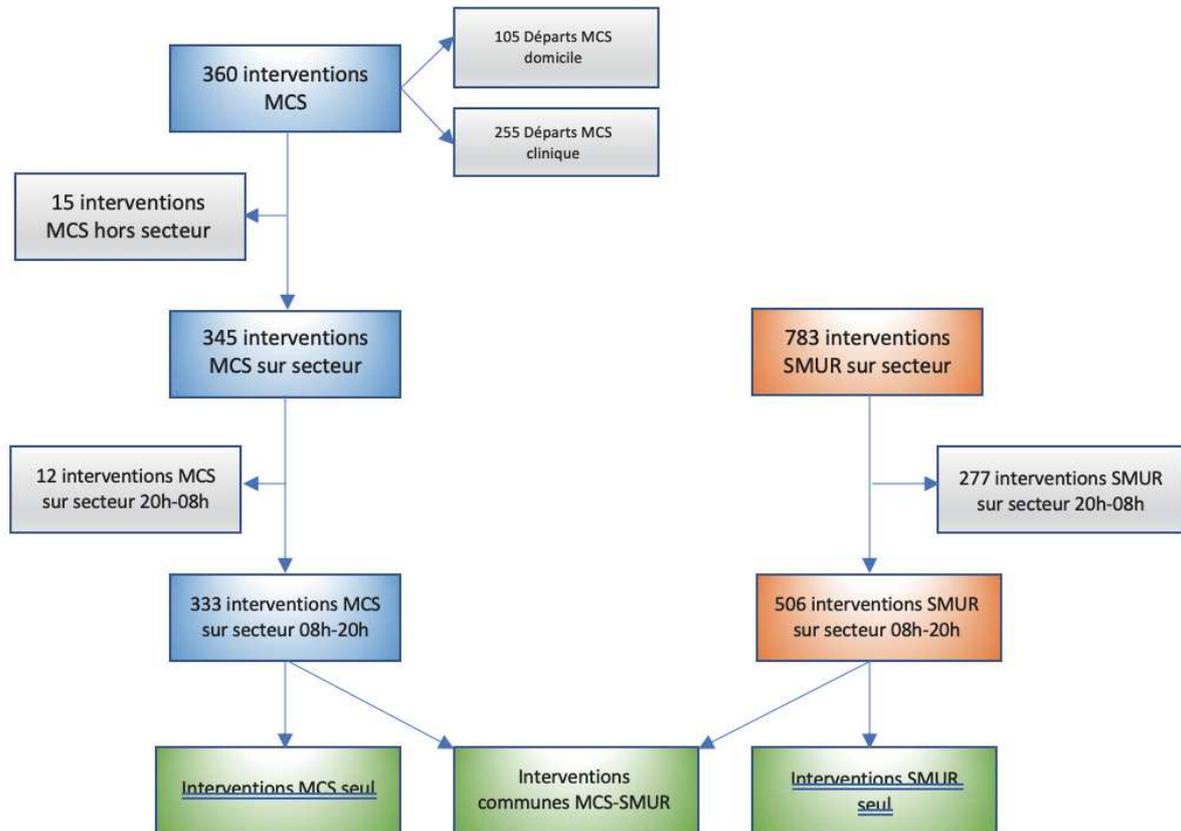


Figure 14: Organigramme de distribution des interventions du MCS et du SMUR

Pour le MCS, certaines interventions non conventionnelles se sont tenues en dehors du secteur d'intervention prévu et en dehors de la tranche horaire 08h-20h.

Pour le SMUR, les interventions recueillies ne concernaient que celles effectuées sur le territoire d'intervention prévu pour le MCS de la VdB.

Les analyses suivantes étaient susceptibles d'exclure certaines interventions ne suivant pas

les règles issues de la convention du MCS de la VdB (interventions hors secteur ou hors horaires d'astreinte) pour aboutir à des données plus justement comparables selon la situation.

III.2 Critère principal : délai d'intervention du MCS et du SMUR, l'objectif des « 30 minutes »

III.2.1 Délai d'intervention du MCS

Le calcul du délai d'intervention a été effectué en appliquant la différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux de l'intervention du MCS et l'heure d'appel du MCS par le SAMU.

III.2.1.1 Délai d'intervention global du MCS

Nous avons tout d'abord cherché à établir le délai d'intervention global de l'ensemble des interventions du MCS.

Ce délai comportait également les interventions du MCS réalisées hors secteur conventionnel et en-dehors des horaires prévus d'astreinte.

En prenant en compte les 360 interventions du MCS, nous avons recueilli 352 données complètes pour les 2 horaires cités précédemment, ce qui correspondait à 97,8% des données totales.

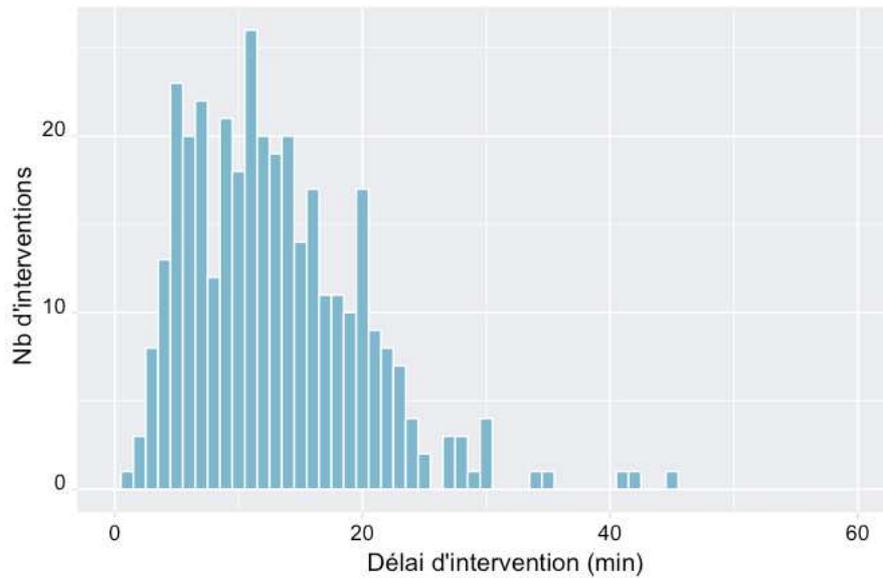


Figure 15: Diagramme représentant les délais d'intervention globaux du MCS

Le délai moyen d'intervention du MCS, toutes interventions confondues, était donc de 13,0 minutes. L'écart-type était de 7,0 minutes (variance à 49,4). L'intervalle de confiance à 95% de la moyenne était de [12,2 ;13,7].

Le délai médian d'intervention du MCS de toutes interventions était de 12 minutes. Les valeurs étaient comprises dans l'intervalle [1 ;45].

III.2.1.2 Délai d'intervention du MCS sur secteur et dans la tranche horaire 8h-20h

Nous avons ensuite calculé le délai d'intervention du MCS pour les interventions situées sur le secteur défini par la convention et dans les horaires d'astreintes prévus de 8h à 20h uniquement.

Les interventions hors secteur et en-dehors de l'horaire 8h-20h ont été retirées.

Sur les 360 interventions totales, il restait donc 333 interventions (92,5%) remplissant ces conditions.

Parmi ces dernières, nous disposons des horaires nécessaires aux calculs des délais

d'intervention pour 329 interventions (soit 98,8%).

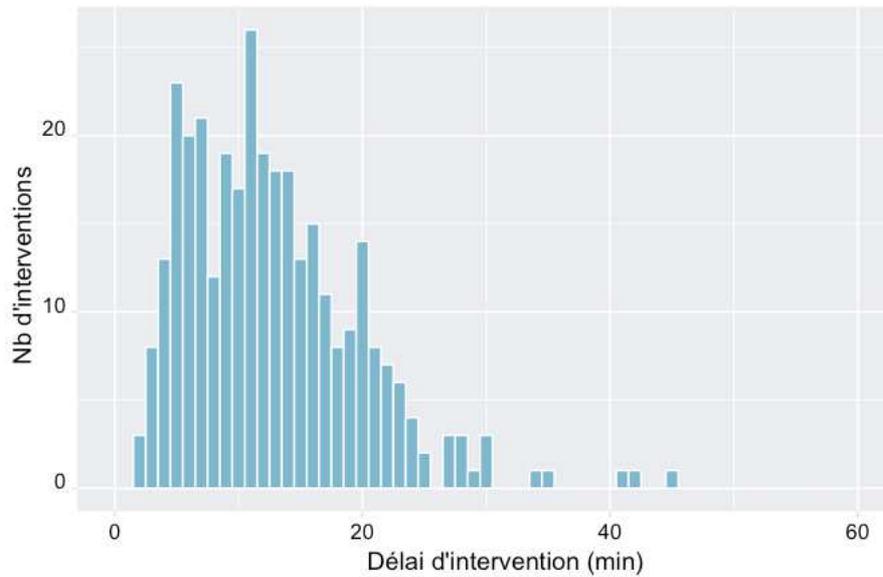


Figure 16: Diagramme représentant les délais d'intervention du MCS sur secteur et entre 08h et 20h

Le délai d'intervention moyen du MCS sur le secteur et dans la tranche horaire définie s'établissait donc à 12,8 minutes. L'écart-type était de 7,0 minutes (variance à 49,7). L'intervalle de confiance à 95% était [12,0 ;13,6].

Le délai médian d'intervention du MCS sur le secteur entre 8h et 20h était de 12 minutes. Les valeurs étaient comprises dans l'intervalle [2 ;45].

III.2.1.3 Délai d'intervention selon le lieu de départ du MCS

Le MCS est de garde à la clinique Saint-Luc de Schirmeck de 9h à 18h en semaine, mais une astreinte peut être réalisée au domicile du médecin entre 8h-9h, 18h-20h en semaine ainsi que l'intégralité du weekend.

Nous avons donc comparé les délais d'intervention du MCS en astreinte postée à la clinique Saint-Luc et au domicile du médecin, afin de déterminer s'il existait une différence significative selon le lieu de départ en intervention du MCS.

a) *En garde : clinique Saint-Luc à Schirmeck*

Sur les 360 interventions totales, le MCS était parti de la clinique Saint-Luc de Schirmeck à 255 reprises, soit 70,8% des interventions.

Les horaires nécessaires aux calculs des délais étaient complets pour 251 de ces interventions (98,4%).

Le délai moyen d'intervention du MCS depuis la clinique Saint-Luc était de 11,9 minutes. L'intervalle de confiance à 95% était [11,1 ; 12,7]. L'écart type était de 6,6 minutes (variance de 43,8).

Le délai médian d'intervention du MCS depuis la clinique Saint-Luc était de 11 minutes, avec une distribution dans l'intervalle [1 ; 45].

b) *En astreinte : domicile du MCS*

Le MCS était parti en intervention depuis son domicile à 105 reprises, soit 29,2% des 360 interventions totales.

Les horaires nécessaires aux calculs des délais d'intervention étaient complets pour 101 de ces interventions (96,2%).

Le délai moyen d'intervention du MCS depuis son domicile était de 15,6 minutes. L'écart-type était de 7,3 minutes (la variance est de 54,0). L'intervalle de confiance à 95% était [14,2 ; 17,1].

Le délai médian d'intervention du MCS depuis son domicile était de 15 minutes. La distribution des valeurs était comprise dans l'intervalle [4 ; 42].

c) *Comparaison du délai d'intervention du MCS en astreinte et en garde*

Nous avons comparé le délai d'intervention du MCS depuis le domicile à celui depuis la clinique Saint-Luc.

Comme exposé précédemment, le délai moyen d'intervention du MCS depuis le domicile

s'élevait à 15,6 minutes, contre 11,9 minutes pour un départ de Schirmeck.

Le delta moyen s'établissait donc à 3,7 minutes en faveur du départ depuis la clinique Saint-Luc. L'intervalle de confiance à 95% du delta moyen était [2,0 ; 5,4].

Il s'agissait d'une différence significative ($p=1,9.10^{-5}$) d'après le test de Welch réalisé.

III.2.2 Délai d'intervention du SAMU sur le territoire

Le calcul du délai d'intervention du SAMU a été établi en appliquant la différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux de l'intervention du SMUR et l'heure de début d'intervention (heure du déclenchement) du SMUR par le SAMU.

III.2.2.1 Sur la période complète de l'étude

En prenant en compte l'ensemble des interventions effectuées par le SAMU 67 sur le territoire de la VdB au cours de la période d'étude (sur le nyctémère complet), nous dénombrions 783 interventions.

De nombreuses données étaient néanmoins manquantes dans l'analyse des délais d'intervention en raison du recueil incomplet des horaires d'arrivée sur les lieux de l'intervention, non relevés et enregistrés de manière systématique par l'équipage du SMUR.

Ainsi, nous comptons 486 données complètes, ce qui représentait seulement 62,1% des interventions au total.

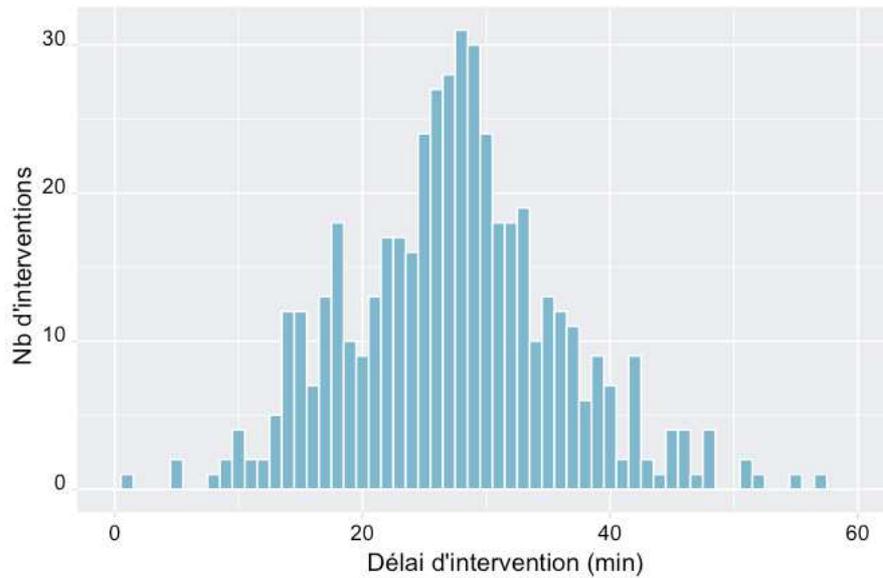


Figure 17: Diagramme représentant les délais d'intervention du SAMU pour toutes les interventions situées sur le territoire du MCS de la VdB

Le délai moyen d'intervention du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB sur la période de l'étude était de 27,8 minutes. L'écart-type était de 10,0 minutes (variance de 99,1). L'intervalle de confiance à 95% était [27,0 ; 28,7].

Le délai médian d'intervention du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB était de 28 minutes. La distribution des valeurs se faisait dans l'intervalle [1 ;116].

III.2.2.2 Sur la tranche horaire 8h-20h de la période d'étude

En prenant en compte uniquement les interventions comprises dans la tranche horaire allant de 08h à 20h (horaires d'astreinte du MCS), le SAMU 67 avait effectué 506 interventions sur le territoire du MCS de la VdB (64,6% du total des 783 interventions du SAMU 67 sur la période d'étude).

A nouveau, nous dénombrions d'importantes pertes de données, puisque seules 281 interventions avaient des données complètes permettant le calcul des délais d'intervention (55,5% des 506 interventions).

La perte de données concernait également majoritairement les horaires d'arrivée sur les lieux de l'intervention du SMUR.

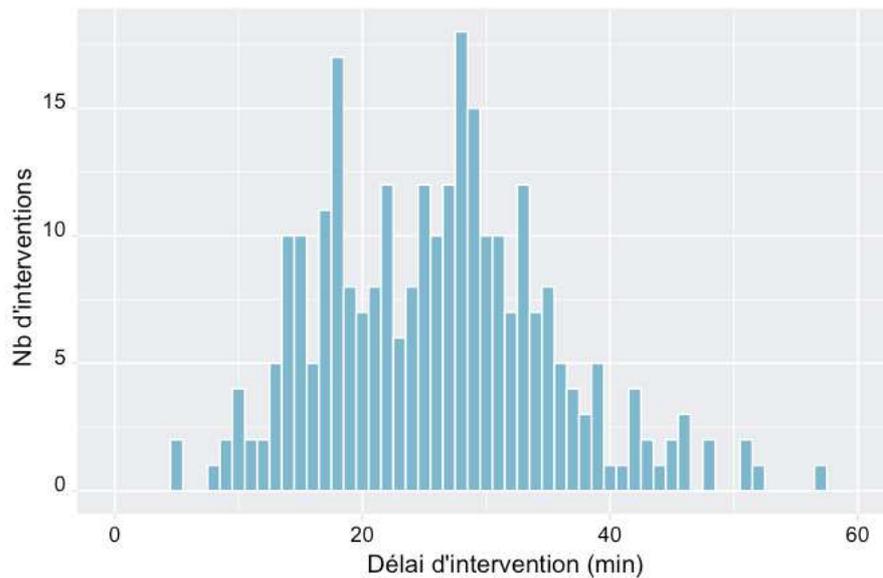


Figure 18: Diagramme représentant les délais d'intervention du SAMU pour les interventions situées sur le territoire du MCS de la VdB entre 08h et 20h

Le délai moyen d'intervention du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB entre 08h et 20h était de 26,6 minutes. L'écart-type était de 11,2 minutes (la variance est de 126,5). L'intervalle de confiance à 95% de la moyenne était [25,3 ; 27,9].

Le délai médian d'intervention du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB entre 08h et 20h était de 26 minutes. La distribution des valeurs était comprise dans l'intervalle [5 ; 116].

III.2.3 Comparaison non appariée des délais d'intervention du MCS et du SAMU sur le secteur MCS entre 8h et 20h

Une comparaison statistique non appariée a été réalisée dans un premier temps entre les délais moyens d'intervention du MCS et ceux du SAMU pour les interventions réalisées sur le secteur défini pour le MCS de la VdB entre 08h et 20h.

Pour rappel, le délai d'intervention global du MCS était de 12,8 minutes et celui du SAMU

était de 26,6 minutes.

La différence moyenne s'établissait à 13,8 minutes en faveur du MCS avec un intervalle de confiance à 95% de [12,3 ; 15,3].

Le test de Welch réalisé confirmait la significativité de cette différence ($p < 2.2 \cdot 10^{-16}$).

III.2.4 Comparaison appariée des délais d'intervention du MCS et du SAMU sur le secteur MCS entre 8h et 20h

Dans un second temps, nous avons réalisé une comparaison statistique appariée pour les interventions communes au MCS et au SAMU sur secteur MCS entre 08h-20h, dont les délais ont pu être précédemment calculés.

Un test de Student apparié a donc permis l'analyse statistique des données de 145 interventions communes.

Le délai moyen pour ces 145 interventions communes était de 12,5 minutes pour le MCS contre 28,9 minutes pour le SAMU.

La différence des délais moyens d'intervention était de 16,4 minutes en faveur du MCS. L'intervalle de confiance à 95% de cette différence de délais moyens était [14,2 ; 18,6].

Cette différence était significative ($p < 2.2 \cdot 10^{-16}$).

III.2.5 Taux de délais d'intervention de moins de 30 minutes

III.2.5.1 Pour le MCS

a) Toutes interventions

Nous comptons 360 interventions du MCS de la VdB.

352 délais d'intervention ont pu être calculés (97,8%).

Nous relevons 343 interventions avec délais d'intervention de moins de 30 minutes.

Le taux de délais d'intervention de moins de 30 minutes pour le MCS s'établissait donc à 97,4% (rapport entre le nombre d'interventions avec délai de moins de 30 minutes (343) et le nombre d'interventions avec délai calculé (352)).

b) Interventions sur secteur MCS et entre 8h et 20h

Sur les 360 interventions du MCS, 333 (92,5%) ont été réalisées sur le secteur et pendant les horaires définis par la convention du MCS (08h-20h).

329 délais d'intervention ont pu être calculés (98,8% des 333 interventions).

321 interventions bénéficiaient d'un délai d'arrivée sur les lieux de moins de 30 minutes.

Le taux de délais d'intervention de moins de 30 minutes pour les interventions du MCS réalisées sur secteur et dans les horaires définis par la convention MCS était de 97,6% (rapport entre le nombre d'interventions avec délai de moins de 30 minutes (321) et le nombre d'interventions avec délai calculé (329)).

III.2.5.2 Pour le SAMU

a) Toutes interventions

Nous relevons 783 interventions du SAMU sur le secteur du MCS de la VdB lors de la période de l'étude.

Seules 486 interventions (62,1%) disposaient des données nécessaires pour le calcul des délais d'intervention (heure de départ, heure d'arrivée sur les lieux).

314 interventions se sont tenues dans un délai de moins de 30 minutes.

Le taux de délais d'intervention du SAMU de moins de 30 minutes s'établissait à 64,6% (rapport entre le nombre d'interventions en moins de 30 minutes (314) et le nombre d'interventions avec délai calculé (486)).

b) Interventions sur secteur et sur la période 8h-20h

506 interventions du SAMU se sont tenues sur le secteur du MCS de la VdB et entre 08h et 20h (64,6% des 783 interventions totales).

281 interventions entre 08h et 20h avaient des délais d'intervention calculables (55,5%).

Le délai d'intervention était inférieur à 30 minutes pour 191 de ces interventions.

Le taux de délais d'intervention de moins de 30 minutes pour les interventions réalisées par le SAMU sur le secteur du MCS de la VdB entre 08h et 20h était de 68,0% (rapport entre le nombre d'interventions avec délai de moins de 30 minutes (191) et du nombre d'interventions avec délai calculable (281)).

III.2.5.3 Comparaison des taux d'intervention de moins de 30 minutes pour le MCS et le SAMU

a) Comparaison toutes interventions MCS et SAMU

97,4% des interventions MCS bénéficiaient d'un délai d'intervention de moins de 30 minutes contre 64,6% pour le SAMU.

Le test de Fischer réalisé confirmait un taux de délais d'intervention en moins de 30 minutes significativement plus élevé pour le MCS que pour le SMUR ($p=7,7.10^{-36}$).

Le rapport des cotes (odds ratio) était de 20,8 (intervalle de confiance à 95% : [10,5 ; 47,1]).

b) Comparaison entre les interventions MCS et SAMU sur secteur MCS entre 8h et 20h

97,6% des interventions MCS de la VdB sur secteur et entre 08h et 20h se sont tenues dans un délai de moins de 30 minutes contre 68,0% pour le SAMU.

Le test de Fischer réalisé confirmait une différence significative ($p=2,4.10^{-25}$).

Le rapport des cotes (odds ratio) était de 18,8 (intervalle de confiance à 95% : [8,9 ; 45,9]).

III.3 Critère secondaire : évaluation du recours au MCS

III.3.1 Taux de recours au MCS par le SAMU sur la période 8h-20h sur le secteur MCS

Le taux de recours au MCS sur le secteur MCS entre 08h et 20h correspondait au rapport du nombre d'interventions réalisées par le MCS sur le nombre d'interventions préhospitalières sur le territoire.

Sur la période de l'étude, nous dénombrions 333 interventions du MCS sur le secteur et dans la tranche horaire prévue de 8h à 20h.

D'autre part, nous relevions 576 interventions préhospitalières sur ce territoire pendant la même période. Ce nombre comprenait les interventions du MCS seul, du SAMU/SMUR seul et les interventions communes.

Ce taux de recours au MCS par le SAMU sur le secteur du MCS de la VdB et entre 08h et 20h était donc de 57,8%.

III.3.2 Délai de recours au MCS par le SAMU

Le délai de recours au MCS par le SAMU a été défini par la soustraction de l'horaire d'appel du MCS pour son déclenchement par le SAMU à l'horaire de déclenchement du SMUR par le SAMU.

270 interventions communes au MCS et au SMUR avaient des données complètes pour ces horaires.

Le délai moyen de recours était calculé à -2,0 minutes ce qui signifiait que le MCS était

déclenché en moyenne 2 minutes avant le SMUR. L'écart-type était de 9,6 minutes (variance de 91,3 minutes) et l'intervalle de confiance à 95% était [-3,2 ; -0,9].

Le délai médian de recours était de 0 minutes, pour une distribution globale suivant l'intervalle [-105 ; +25].

III.3.3 Temps passé sur place par le MCS avant l'arrivée du SMUR

Le temps passé sur place par le MCS avant l'arrivée du SMUR a été obtenu par la soustraction de l'horaire d'arrivée sur les lieux du MCS à l'horaire d'arrivée sur les lieux du SMUR.

270 interventions étaient communes sur le secteur du MCS de la VdB.

Parmi elles, les données d'arrivée sur les lieux d'intervention du MCS et du SMUR étaient complètes pour 151 interventions, soit 55,9% des interventions communes. Les interventions avec annulation du SMUR par le MCS étaient de fait exclues.

La moyenne du temps passé sur place par le MCS avant l'arrivée du SMUR s'élevait à 17,8 minutes. L'écart-type était de 16,2 minutes (variance 262,3 minutes). L'intervalle de confiance à 95% de la moyenne était [15,2 ; 20,4].

La valeur médiane de temps passé sur place par le MCS avant l'arrivée du SMUR était de 16 minutes, les valeurs se situaient dans l'intervalle [-26 ; 118] (la valeur négative -26 s'explique par la présence plus précoce de 26 minutes du SMUR).

III.3.4 Sollicitations du SAMU non validées par le MCS

Au cours de la période de l'étude, une seule sollicitation du SAMU n'avait pas été honorée par le MCS le 17/04/2016. Cela correspondait à 0.3% du total des interventions réalisées par le MCS au cours de la période de l'étude.

Après enquête interne auprès des deux services du SAMU et du MCS de la clinique Saint-Luc, il s'avérait que le protocole de déclenchement du MCS n'avait pas été respecté : seule une télécopie était parvenue à la clinique Saint-Luc en guise de déclenchement du MCS, alors que ce dernier devait être prévenu par voie téléphonique.

III.3.5 Respect du cadre conventionnel

III.3.5.1 Taux d'intervention selon le cadre conventionnel

La sollicitation du MCS par le SAMU est encadrée par la convention du MCS de la VdB (Cf Annexe 1).

Sur les 360 interventions effectuées par le MCS, 68 ne respectaient pas les conditions conventionnelles, soit 19% des sollicitations.

III.3.5.2 Raisons des interventions hors convention

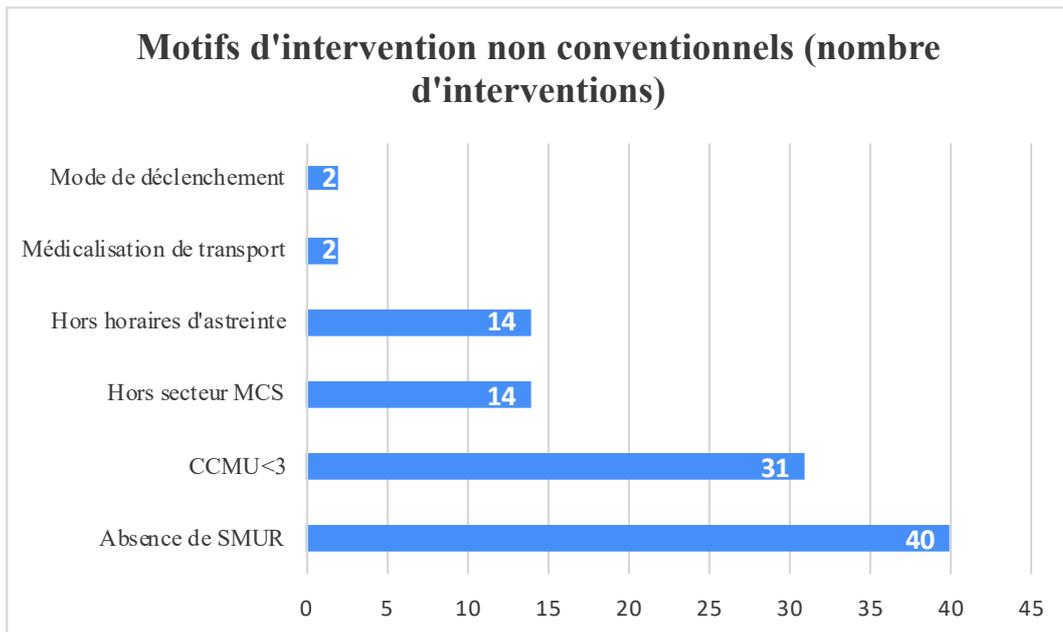


Figure 19: Diagramme représentant les motifs de recours au MCS hors convention du MCS de la VdB

Les raisons plaçant ces interventions hors cadre conventionnel sont classées par ordre d'importance.

Certains déclenchements pouvaient cumuler plusieurs motifs de non-respect conventionnel.

a) L'absence de déclenchement de SMUR associé au MCS

40 interventions MCS n'ont pas bénéficié d'un déclenchement SMUR associé, ce qui correspondait à 11% de la totalité des interventions du MCS sur la période.

1 intervention MCS supplémentaire n'avait pas bénéficié d'un déclenchement de SMUR immédiat, celui-ci ayant été déclenché secondairement.

b) Gravité clinique faible

31 interventions du MCS correspondaient à des sollicitations pour des situations cliniques de gravité faible.

Il s'agissait de 2 interventions classées CCMU1 et 29 interventions CCMU2.

De plus, une sollicitation du MCS correspondait à un défaut de recours à la PDSA.

c) Les interventions hors secteur MCS

14 déclenchements du MCS ont été observés pour des interventions localisées en dehors du secteur conventionnel du MCS de la VdB.

Les localités concernées appartenaient néanmoins à des territoires limitrophes de la VdB (2 interventions au Hohwald, 1 à Dorlisheim, 8 à Still, 1 à Raon-Sur-Plaine (département des Vosges), 1 à Mutzig et 1 à Heiligenberg).

d) Les interventions hors horaires d'astreinte.

14 recours au MCS se sont tenus en-dehors des horaires d'astreinte prévus (entre 08h et 20h).

Nous dénombrions 13 recours au MCS entre 07h et 08h et 1 entre 20h et 21h.

e) Médicalisation du transport

Le MCS a médicalisé le transport de 2 patients au cours de la période d'étude.

f) Mode de déclenchement

2 interventions n'ont pas été déclenchées de manière conventionnelle.

1 intervention a été déclenchée par le MCS lui-même (constatation d'une nécessité de secours) et 1 intervention n'avait pas bénéficié d'un appel téléphonique de déclenchement mais de la simple transmission d'une télécopie, ne permettant pas de prévenir le MCS de manière adéquate.

III.3.6 Collaboration MCS-ISP en intervention

Nous avons ensuite analysé le taux de collaboration en intervention de l'ISP du SDIS 67 et du MCS de la VdB.

Au total, sur les 360 interventions effectuées par le MCS sur la période de l'étude, l'ISP était également présent à 258 reprises.

L'ISP était donc présent sur 72% des interventions du MCS de la VdB.

III.4 Critère secondaire : évaluation de l'activité du MCS dans le temps

III.4.1 Répartition de l'activité MCS

III.4.1.1 Sur la période d'évaluation

L'évaluation du dispositif couvrait la période du 18 mai 2015 au 17 mai 2018, soit une durée de 3 années pleines.

360 interventions ont été réalisées par le MCS, soit une moyenne de 120 interventions par an.

La deuxième année d'activité a été la plus importante, avec 129 interventions (36% des interventions de la période d'étude).

La troisième année présentait quant à elle l'activité la plus faible avec 105 interventions seulement (29% des interventions de la période d'étude).

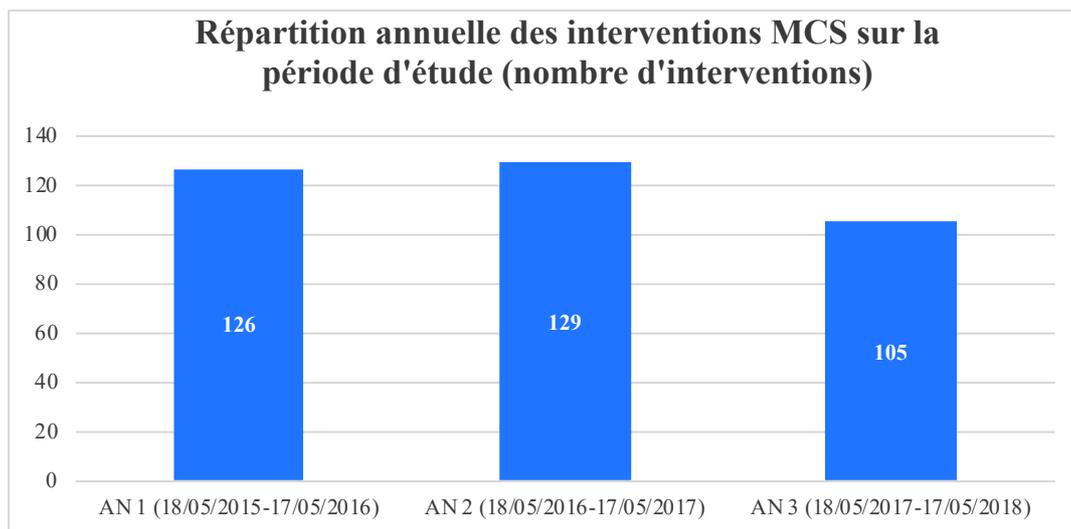


Figure 20: Histogramme de répartition annuelle de l'activité du MCS

III.4.1.2 Mensuelle

Nous avons ensuite poursuivi l'étude de l'activité du MCS en réalisant une analyse mensuelle de l'activité.

Le MCS a réalisé 360 interventions lors des 36 mois de l'étude, soit une moyenne de 10 interventions par mois.

L'activité la plus faible était constatée lors des mois de mars, avec 23 interventions réalisées au total (7,7 par an en moyenne).

Cette activité était globalement croissante au fil des mois.

Le pic d'activité était rencontré en février avec 38 interventions au total (12,7 par an en moyenne).

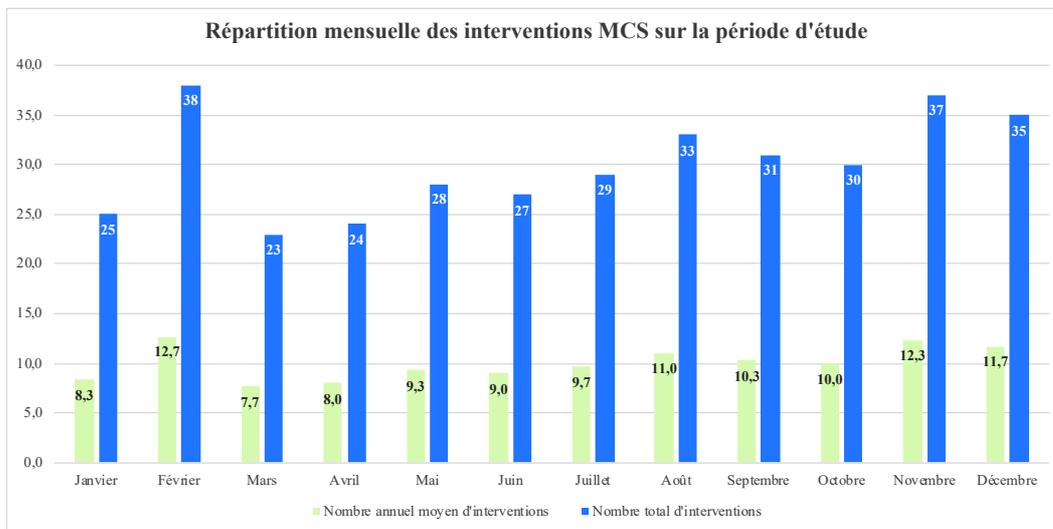


Figure 21: Histogramme de répartition mensuelle de l'activité du MCS

III.4.1.3 Journalière

La fréquence journalière des interventions s'établissait à 0,33 intervention par jour, correspondant à une intervention tous les 3 jours en moyenne.

Le jour de la semaine présentant l'activité la plus importante était le lundi : 60 interventions (20 par an en moyenne) soit 17% du total.

Le mardi présentait l'activité quotidienne la plus faible avec seulement 39 interventions (13 par an en moyenne) soit 11% du total.

L'activité du weekend était intermédiaire : 45 interventions le samedi (13% du total) et 53 interventions le dimanche (15% du total).

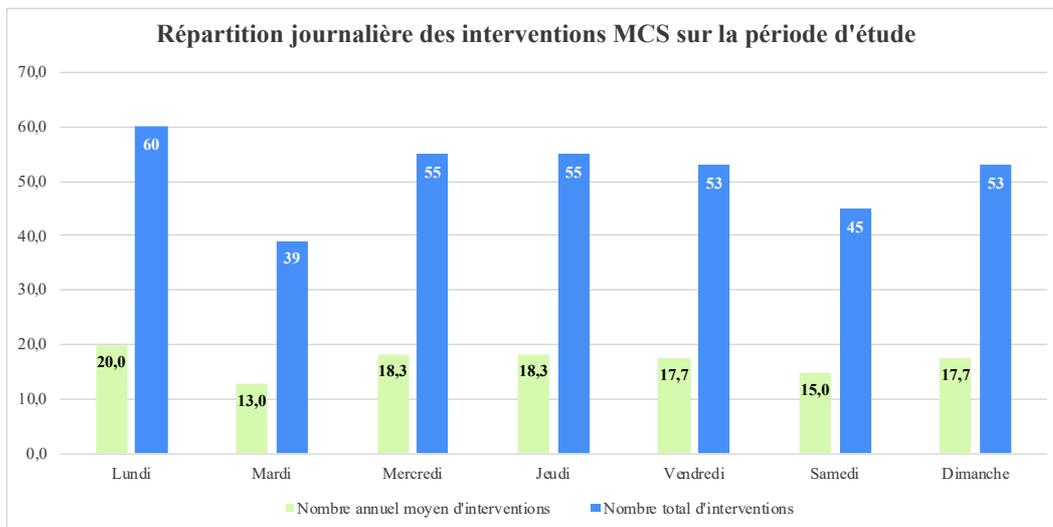


Figure 22: Histogramme de répartition journalière de l'activité du MCS

III.4.1.4 Horaire

Concernant la répartition horaire des interventions, nous constatons tout d'abord que 346 déclenchements (96% du total) s'étaient tenus entre 08h et 20h, correspondant aux horaires d'astreinte du MCS.

Néanmoins, 14 sollicitations du SAMU (4% du total) se sont tenues en dehors de ces horaires d'astreinte, principalement entre 07h et 08h (13 interventions).

Les pics de sollicitations étaient retrouvés vers 09h, 14h et 18h.

L'activité la plus faible se retrouvait vers 11h et 16h.

| Répartition horaire des interventions MCS sur la période d'étude | | |
|--|------------------------|--------------|
| Créneau horaire | Nombre d'interventions | Pourcentages |
| 08H-20H | 346 | 96% |
| 20H-08H | 14 | 4% |
| TOTAL | 360 | 100% |

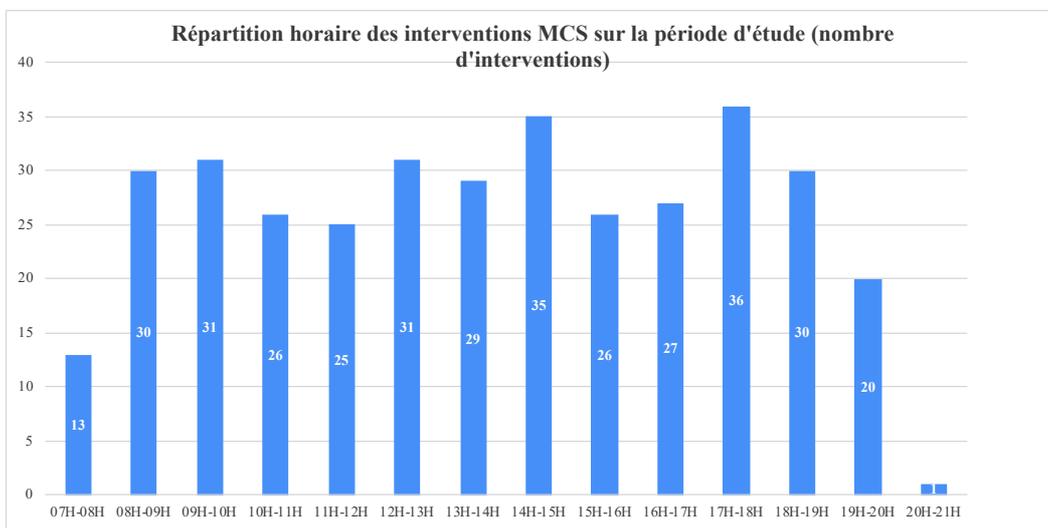


Figure 23: Répartition horaire des interventions MCS

III.4.2 Répartition de l'activité du SAMU

III.4.2.1 Sur la période d'évaluation

Au cours des trois années de l'évaluation du dispositif de MCS, le SAMU était intervenu 783 fois sur le territoire de la VdB, soit 261 interventions par an en moyenne.

L'activité était en augmentation : 239 interventions (31% du total) lors de la première année de mise en œuvre du dispositif de MCS (2015-2016) contre 277 interventions (35% du total) au cours de la troisième année (2017-2018).

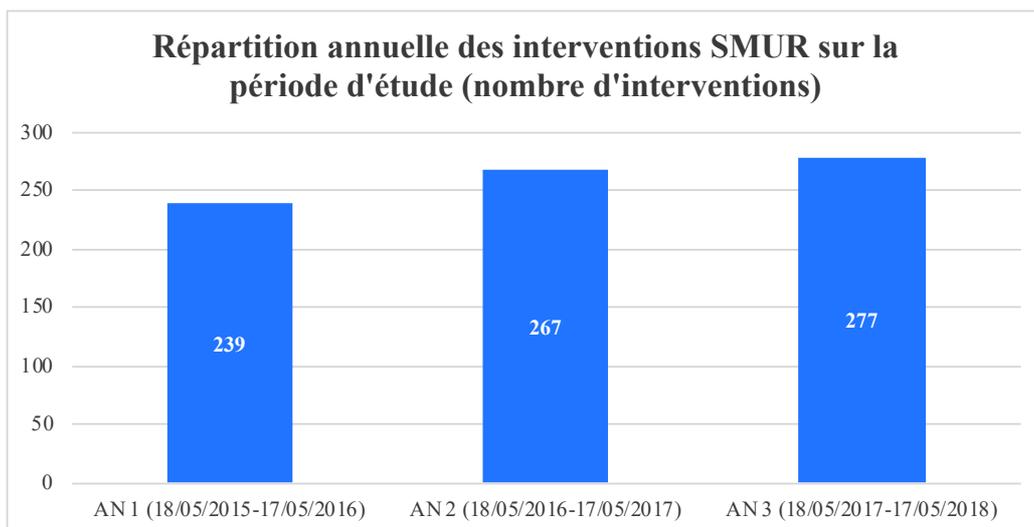


Figure 24: Histogramme de répartition annuelle de l'activité du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB

III.4.2.2 Mensuelle

L'activité mensuelle moyenne du SAMU sur le territoire de la VdB était de 21,8 interventions par mois.

Le pic d'activité se situait en février, avec 83 interventions (27,7 par an en moyenne).

Aux mois de mars, l'activité était la plus faible avec 54 interventions (18,0 par an en moyenne).

Le reste de l'année, l'activité était intermédiaire avec une fluctuation aléatoire.

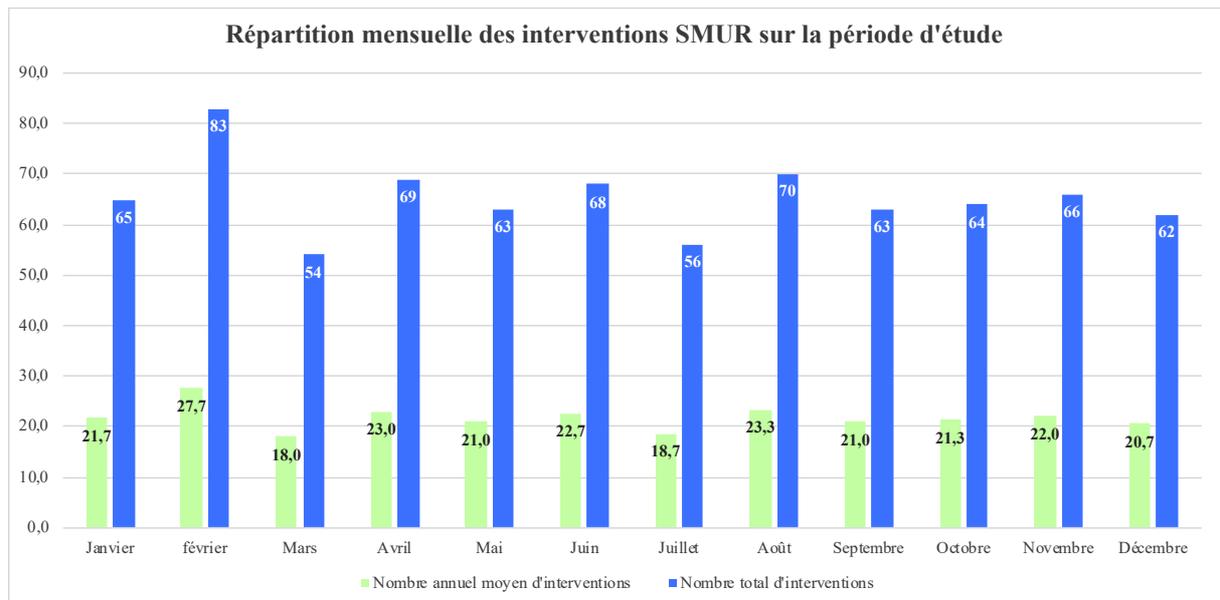


Figure 25: Histogramme de répartition mensuelle de l'activité du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB

III.4.2.3 Journalière

La fréquence journalière des interventions du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB s'établissait à 0,72 intervention par jour, correspondant à 5 interventions par semaine environ.

L'activité la plus importante était retrouvée le dimanche : on dénombrait 125 interventions du SMUR (41,7 par an en moyenne) ce jour-ci, soit 16 % du total des interventions du SAMU sur le territoire MCS.

Le mardi était également la journée la moins chargée : seulement 97 interventions (32,3 par an en moyenne) ont eu lieu ce jour-là, soit 12% du total.

Il n'était pas noté de variation importante de l'activité au cours de la semaine.

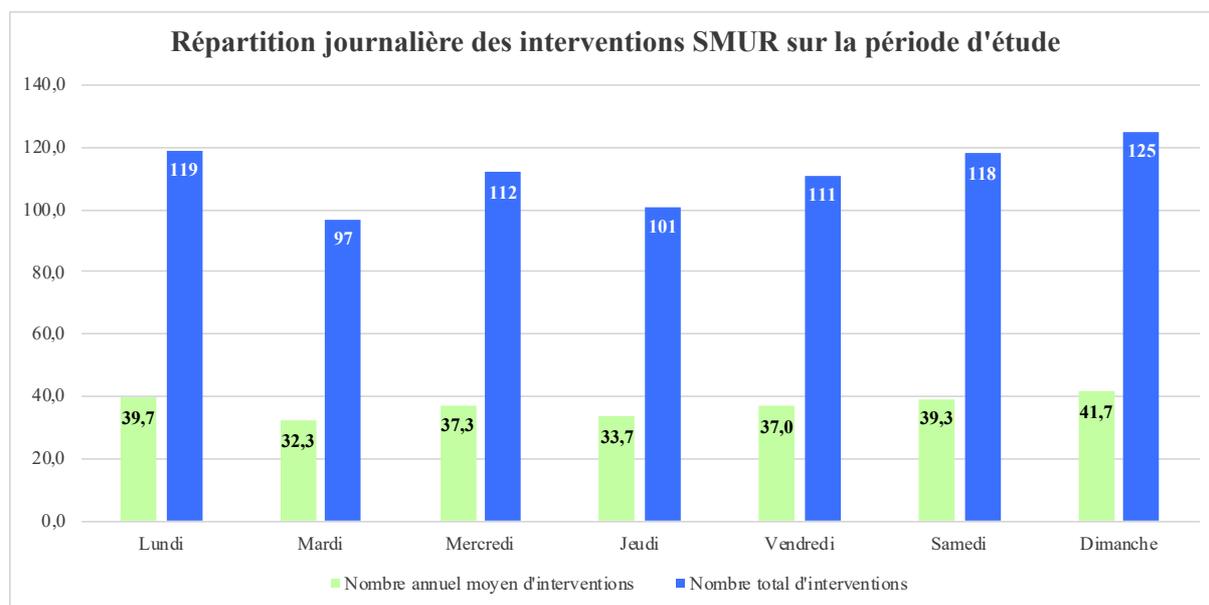


Figure 26: Histogramme de répartition journalière de l'activité du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB

III.4.2.4 Horaire

Concernant la répartition horaire des interventions SMUR sur le territoire MCS de la VdB, nous constatons que 506 interventions s'étaient déroulées sur le créneau horaire allant de 8h à 20h, soit 65% des interventions totales.

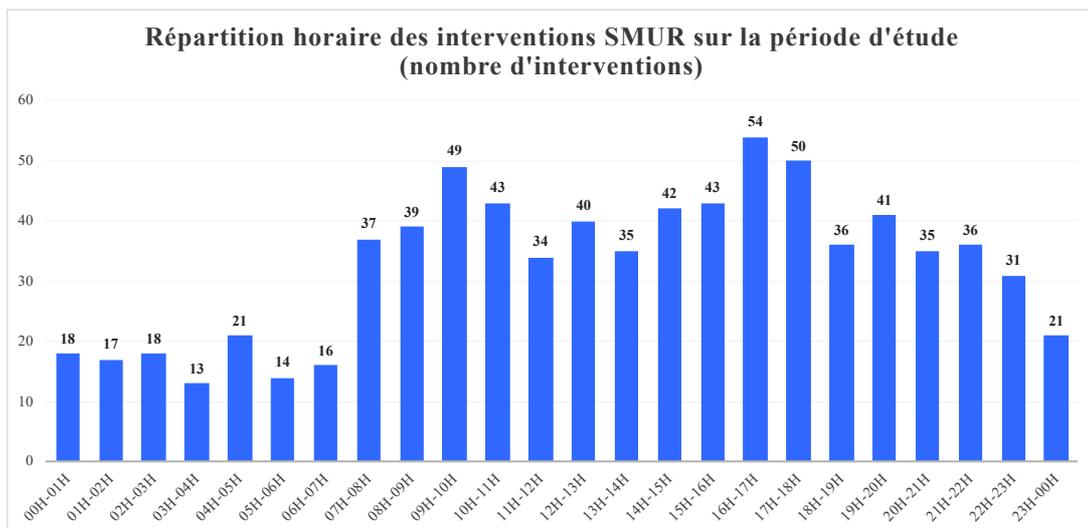
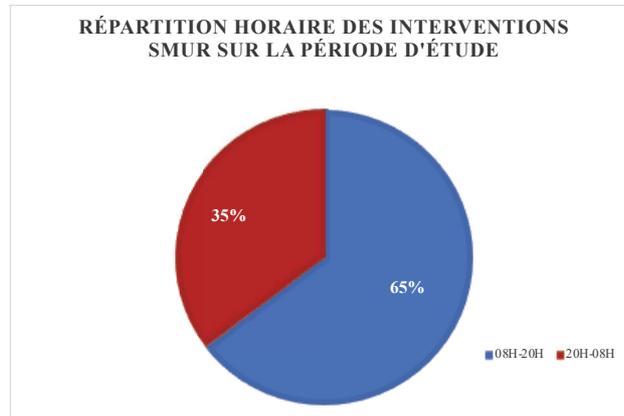


Figure 27: Histogramme de répartition horaire de l'activité du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB

Nous constatons 2 pics d'activité entre 09h et 10h (49 interventions, 6% du total des interventions) et entre 16h et 17h (54 interventions, 7% des interventions totales).

Nous avons également remarqué une activité basale nocturne entre 23h et 07h du matin (de 13 à 21 interventions par créneau horaire) fortement contrebalancée par une activité diurne

bien plus importante entre 07h et 23h (de 31 à 54 interventions par créneau horaire).

III.4.3 Disponibilité calendaire du MCS sur la période d'évaluation

III.4.3.1 Quantification de l'indisponibilité du MCS

Sur la période de l'étude (du 18/05/2015 au 17/05/2018), l'astreinte opérationnelle théorique était de 13140 heures (de 8h à 20h, 7 jours sur 7).

Le MCS n'avait pas honoré l'astreinte opérationnelle pendant 192 heures, soit une indisponibilité représentant 1,46% de la durée d'astreinte théorique totale.

III.4.3.2 Détail des indisponibilités et causes

Tableau 4: Détail des indisponibilités du MCS

| Détail des indisponibilités du MCS | | | | | |
|------------------------------------|------------------|----------------|---------------------------|--------------------------------|----------------|
| Jour | horaire de début | horaire de fin | Motif | Précision motif | Durée (heures) |
| 05/09/2015 | 12:00 | 20:00 | Organisationnel | | 08:00 |
| 08/10/2015 | 08:00 | 15:00 | Entretien véhicule | Changement batterie | 07:00 |
| 09/10/2015 | 08:00 | 10:00 | Entretien véhicule | Réparation pneu crevé | 02:00 |
| 10/11/2015 | 10:45 | 12:00 | Entretien véhicule | Montage pneus hiver | 01:15 |
| 09/12/2015 | 08:00 | 20:00 | Entretien véhicule | Révision annuelle | 12:00 |
| 14/01/2016 | 08:00 | 12:00 | Entretien véhicule | Intervention rampe | 04:00 |
| 10/05/2016 | 14:00 | 15:00 | Entretien véhicule | Montage pneus été | 01:00 |
| 02/06/2016 | 09:00 | 13:00 | Entretien véhicule | Traitement martre | 04:00 |
| 04/08/2016 | 08:00 | 14:00 | Entretien véhicule | Traitement martre | 06:00 |
| 19/10/2016 | 08:30 | 09:15 | Entretien véhicule | Montage pneus hiver | 00:45 |
| 25/11/2016 | 08:00 | 20:00 | Entretien véhicule | Révision annuelle | 12:00 |
| 05/01/2017 | 08:00 | 20:00 | Formation | Formation MCS au CESU 67 | 12:00 |
| 26/04/2017 | 08:00 | 09:30 | Entretien véhicule | Montage pneus été | 01:30 |
| 15/11/2017 | 08:30 | 09:00 | Entretien véhicule | Montage pneus hiver | 00:30 |
| 26/03/2018 | 08:00 | 20:00 | Entretien véhicule | Dégradat carrosserie, révision | 12:00 |
| 27/03/2018 | 08:00 | 20:00 | Entretien véhicule | Dégradat carrosserie, révision | 12:00 |
| 28/03/2018 | 08:00 | 20:00 | Entretien véhicule | Dégradat carrosserie, révision | 12:00 |
| 14/04/2018 | 08:00 | 20:00 | Indisponibilité personnel | Sous-effectif MCS | 12:00 |
| 15/04/2018 | 08:00 | 20:00 | Indisponibilité personnel | Sous-effectif MCS | 12:00 |
| 21/04/2018 | 08:00 | 20:00 | Indisponibilité personnel | Sous-effectif MCS | 12:00 |
| 28/04/2018 | 08:00 | 20:00 | Indisponibilité personnel | Sous-effectif MCS | 12:00 |
| 29/04/2018 | 08:00 | 20:00 | Indisponibilité personnel | Sous-effectif MCS | 12:00 |
| 05/05/2018 | 08:00 | 20:00 | Indisponibilité personnel | Sous-effectif MCS | 12:00 |
| 06/05/2018 | 08:00 | 20:00 | Indisponibilité personnel | Sous-effectif MCS | 12:00 |
| TOTAL D'INDISPONIBILITE | | | | | 192:00 |

Parmi les 192 heures d'astreintes non honorées, l'entretien du véhicule MCS était la raison principale d'indisponibilité, à hauteur de 88h, soit 46% de l'indisponibilité totale du MCS sur la période de l'étude.

La deuxième cause d'indisponibilité était l'indisponibilité du personnel médical assurant la fonction de MCS. 84 heures d'astreintes n'ont ainsi pas été assurées en raison d'un sous-effectif médical, soit 44% de l'indisponibilité totale du MCS.

En effet, suite à la démission d'un des 6 MCS et à un arrêt de travail, la surcharge pour les 4 médecins restants avait nécessité une suspension transitoire de certaines astreintes de weekend, les astreintes de service à la clinique Saint-Luc restant prioritaires.

Enfin, une activité de formation MCS comptant pour 12h d'indisponibilité et une nécessité organisationnelle de 8h complétait la liste des astreintes non validées par le MCS sur la période de l'étude.

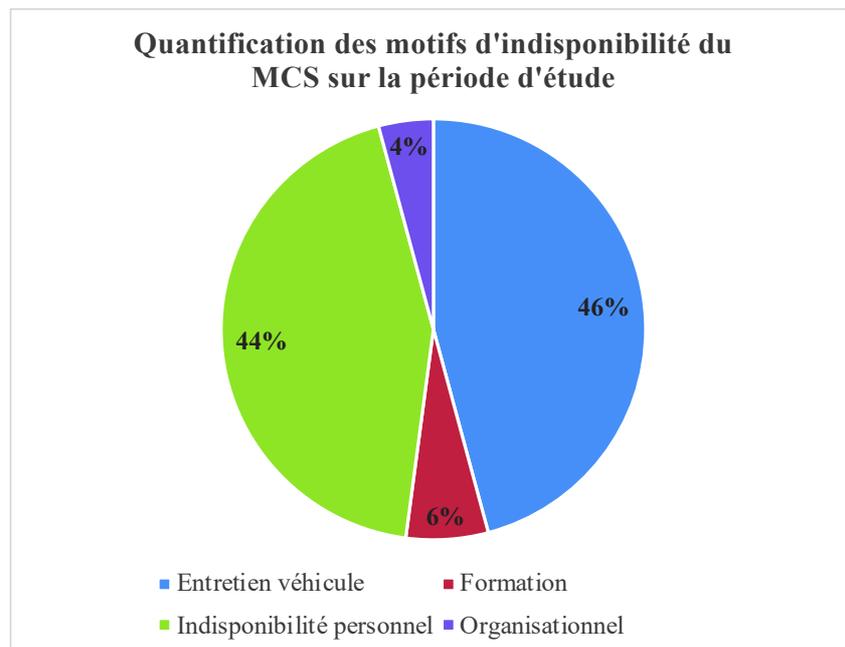


Figure 28: Répartition des indisponibilités du MCS par motifs

III.4.4 Proportion des urgences préhospitalières couvertes par le MCS sur son secteur au cours de la période d'évaluation

La proportion des urgences couvertes par le MCS sur la période d'étude correspondait au rapport entre le nombre d'interventions réalisées par le MCS sur son secteur et le nombre d'interventions préhospitalières médicales totales sur ce secteur (interventions du MCS seul, interventions du SMUR seul et interventions communes).

Lors de la période d'étude, le MCS était intervenu 345 fois sur son secteur (les interventions hors secteur ayant été retirées du compte).

Nous dénombrions au total 855 interventions médicales préhospitalières sur le territoire (interventions MCS seul, intervention SAMU seul et interventions communes).

Au total, le MCS de la VdB couvrait 40,4% de la totalité des interventions préhospitalières sur son territoire.

III.5 Critère secondaire : évaluation géographique de l'activité du MCS

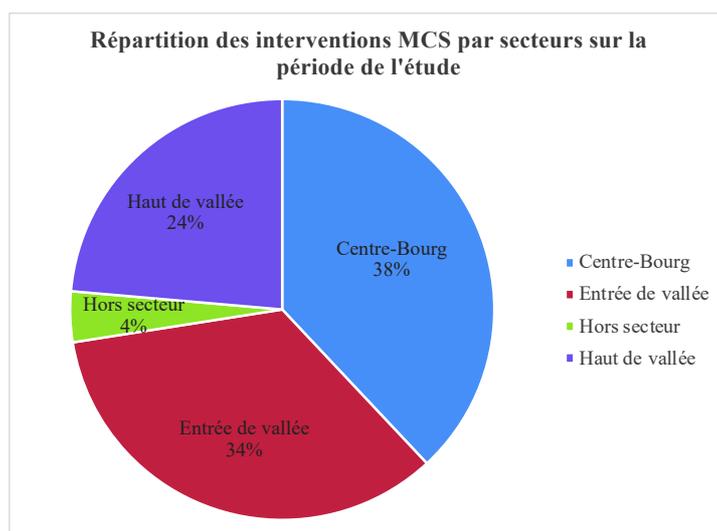
III.5.1 Localisation des interventions MCS par secteur

Nous avons analysé la répartition des interventions MCS par secteur selon le découpage territorial de la VdB en entrée de vallée, centre-bourg et haut de vallée.

Nous pouvons noter dans un premier temps que le MCS a été appelé 14 fois (4% de l'activité) pour des interventions se situant en-dehors de son secteur conventionnel, sur des territoires limitrophes de la VdB.

Tableau 5: Répartition des interventions MCS par secteur de la VdB et représentation graphique

| Répartition des interventions MCS par secteurs sur la période de l'étude | | |
|--|------------------------|--------------|
| Secteur | Nombre d'interventions | Pourcentages |
| Centre-Bourg | 137 | 38% |
| Entrée de vallée | 124 | 34% |
| Hors secteur | 14 | 4% |
| Haut de vallée | 85 | 24% |
| Total | 360 | 100% |



Le nombre d'interventions a ensuite été rapporté à la population recensée par l'INSEE en 2017(41) : le territoire couvert par le MCS de la VdB était composé de 25 901 habitants.

Tableau 6: Recensement de population couvert par le MCS de la VdB en 2017

| ENTRÉE DE VALLÉE | | CENTRE-BOURG | | HAUT DE VALLÉE | |
|---------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Localité | Population (nb d'habitants) | Localité | Population (nb d'habitants) | Localité | Population (nb d'habitants) |
| GREDELBRUCH | 1214 | BAREMBACH | 881 | BELLEFOSSE | 150 |
| LUTZELHOUSE | 1927 | GRANDFONTAINE | 403 | BELMONT | 167 |
| MUHLBACH-SUR-BRUCHE | 695 | LA BROQUE | 2750 | BLANCHERUPT | 41 |
| NIEDERHASLACH | 1419 | NATZWILLER | 550 | BOURG-BRUCHE | 477 |
| OBERHASLACH | 1808 | NEUVILLER-LA-ROCHE | 349 | COLROY-LA-ROCHE | 497 |
| RUSS | 1270 | ROTHAU | 1609 | FOUDAY | 343 |
| URMATT | 1513 | SCHIRMECK | 2232 | PLAINE | 1004 |
| WISCHES | 2134 | WILDERSBACH | 297 | RANRUPT | 333 |
| | | | | SAALES | 849 |
| | | | | SAINT-BLAISE-LA-ROCHE | 228 |
| | | | | SAULXURES | 524 |
| | | | | SOLBACH | 105 |
| | | | | WALDERSBACH | 132 |
| SOUS-TOTAL | 11980 | SOUS-TOTAL | 9071 | SOUS-TOTAL | 4850 |
| TOTAL POPULATION | | | | 25901 | |

Source : (41)

La densité d'intervention moyenne pour le MCS de la VdB était de 4,6 interventions pour 1 000 habitants par an.

III.5.1.1 Entrée de vallée

L'entrée de vallée du territoire MCS comprend les localités suivantes : Grendelbruch, Lutzelhouse, Muhlbach-Sur-Bruche, Niederhaslach, Oberhaslach, Russ, Urmatt, Wisches.

La population totale du secteur était de 11 980 habitants ; il s'agissait de la zone la plus peuplée du territoire MCS.

L'activité du MCS sur ce secteur était intermédiaire, avec 124 interventions, soit 34% de l'activité du MCS sur la période d'étude.

La densité d'intervention pour 1 000 habitants s'avérait la plus faible du territoire MCS avec 3,4 interventions pour 1 000 habitants et par an.

III.5.1.2 Centre-Bourg

Le centre-bourg de vallée du territoire MCS comprend les localités suivantes : Barembach, Grandfontaine, La Broque, Natzwiller, Neuviller-La-Roche, Rothau, Schirmeck, Wildersbach.

La population totale du secteur était de 9 071 habitants.

Le nombre d'interventions du MCS y était le plus élevé des 3 secteurs avec 137 interventions, soit 38% de l'activité du MCS sur la période d'étude.

La densité d'intervention MCS pour 1 000 habitants était intermédiaire avec 5,0 interventions pour 1 000 habitants et par an.

III.5.1.3 Haut de vallée

Le haut de vallée est composé des localités suivantes :

Bellefosse, Belmont, Blancherupt, Bourg-Bruche, Colroy-La-Roche, Fouday, Plaine, Ranrupt, Saales, Saint-Blaise-La-Roche, Saulxures, Solbach, Waldersbach.

La population y était plus faible que celle des 2 autres secteurs avec seulement 4850 habitants.

Le MCS y était intervenu 85 fois seulement, soit 24% des interventions.

Néanmoins, nous constatons que le recours au MCS en rapport avec la population y était le plus élevé du territoire du MCS de la VdB avec 5,8 interventions pour 1 000 habitants par an.

III.5.2 Délais d'intervention par secteur sur la période d'évaluation

III.5.2.1 Pour le MCS

Nous avons calculé les délais d'intervention du MCS, correspondant à la différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux de l'intervention du MCS et l'horaire d'appel du MCS par le SAMU, pour les 3 secteurs du MCS de la VdB.

a) Entrée de vallée

Pour la zone d'entrée de vallée, 124 interventions étaient dénombrées et les données nécessaires au calcul des délais d'intervention étaient toutes disponibles.

Le délai d'intervention moyen sur cette zone était de 11,7 minutes, l'écart-type était de 4,6 minutes (variance de 21,1) et l'intervalle de confiance de la moyenne était [10,9 ;12,5].

Le délai médian d'intervention était de 11 minutes avec une distribution des valeurs dans

l'intervalle [3 ; 23].

b) Centre-bourg

Pour le centre-bourg, 137 interventions étaient dénombrées et les données nécessaires au calcul des délais d'intervention étaient disponibles pour 134 d'entre elles (97,8%).

Le délai d'intervention moyen sur cette zone était de 10,2 minutes, l'écart-type était de 6,5 minutes (variance de 42,7) et l'intervalle de confiance de la moyenne était [9,1 ; 11,3].

Le délai médian d'intervention était de 8 minutes avec une distribution des valeurs dans l'intervalle [2 ; 41].

c) Haut de vallée

Enfin pour le haut de vallée, nous retrouvions 85 interventions. Les données nécessaires au calcul des délais d'intervention étaient complètes pour 80 d'entre elles (94,1%).

Le délai d'intervention moyen sur cette zone était de 19,3 minutes, l'écart-type était de 7,2 minutes (variance de 52,4) et l'intervalle de confiance de la moyenne était [17,7 ; 20,9].

Le délai médian d'intervention était de 18 minutes avec une distribution des valeurs dans l'intervalle [9 ; 45].

III.5.2.2 Pour le SAMU

Les délais d'intervention du SAMU, correspondant à la différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux du SMUR et l'heure de début d'intervention, ont également été calculés tous vecteurs confondus, pour les 3 secteurs géographiques du territoire du MCS de la VdB.

a) Entrée de vallée

Dans la zone d'entrée de vallée, le SAMU était intervenu à 330 reprises. Les données

nécessaires au calcul des délais d'intervention étaient complètes pour 239 interventions (72,4%).

Le délai d'intervention moyen du SAMU sur ce secteur était de 25,6 minutes, l'écart-type était de 7,5 minutes (variance de 56,7) et l'intervalle de confiance de la moyenne était [24,6 ; 26,5].

Le délai médian d'intervention était de 26 minutes avec une distribution des valeurs dans l'intervalle [1 ; 76]. La valeur de 1 correspondait à une intervention où le SMUR était déjà sur place au moment du déclenchement de l'intervention.

b) Centre-Bourg

Dans le centre-bourg, le SAMU était intervenu à 262 reprises. Les données nécessaires au calcul des délais d'intervention étaient complètes pour 147 interventions (56,1%).

Le délai d'intervention moyen du SAMU sur cette zone était de 29,2 minutes, l'écart-type était de 8,4 minutes (variance de 70,8) et l'intervalle de confiance de la moyenne était [27,8 ; 30,5].

Le délai médian d'intervention était de 31 minutes avec une distribution des valeurs dans l'intervalle [5 ; 48].

c) Haut de vallée

Dans le haut de vallée, le SAMU était intervenu à 191 reprises. Les données nécessaires au calcul des délais d'intervention étaient complètes pour 100 interventions (52,4%).

Le délai d'intervention moyen du SAMU sur cette zone était de 31,3 minutes, l'écart-type était de 14,8 minutes (variance de 217,7) et l'intervalle de confiance de la moyenne était

[28,4 ; 34,2].

Le délai médian d'intervention était de 30 minutes avec une distribution des valeurs dans l'intervalle [11 ; 116].

III.5.2.3 Pour DRAGON (moyen SMUR hélicopté)

Enfin, les délais d'intervention des 3 secteurs ont été calculés spécifiquement pour DRAGON 67, le moyen hélicopté du SAMU 67, en appliquant la différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux et l'heure de début d'intervention.

a) Entrée de vallée

Dans le bas de vallée, DRAGON 67 était intervenu à 36 reprises. Les données nécessaires au calcul des délais d'intervention étaient complètes pour 33 interventions (91,7%).

Le délai d'intervention moyen de DRAGON 67 dans ce secteur était de 16,6 minutes, l'écart-type était de 9,9 minutes (variance de 97,6) et l'intervalle de confiance de la moyenne était [13,2 ; 20,0].

Le délai médian d'intervention était de 14 minutes avec une distribution des valeurs dans l'intervalle [5 ; 64].

b) Centre-Bourg

Dans le centre-bourg, DRAGON 67 était intervenu à 89 reprises. Les données nécessaires au calcul des délais d'intervention étaient complètes pour seulement 32 interventions (36,0%).

Le délai d'intervention moyen de DRAGON 67 sur ce secteur était de 20,0 minutes, l'écart-type était de 7,7 minutes (variance de 60,0) et l'intervalle de confiance de la moyenne était [17,3 ; 22,6].

Le délai médian d'intervention était de 18 minutes avec une distribution des valeurs dans l'intervalle [5 ; 48].

c) *Haut de vallée*

Dans le haut de vallée, DRAGON 67 était intervenu à 66 reprises. Les données nécessaires au calcul des délais d'intervention étaient complètes pour 47 interventions (71,2%).

Le délai d'intervention moyen de DRAGON 67 sur ce secteur était de 26,2 minutes, l'écart-type était de 17,4 minutes (variance de 302,8) et l'intervalle de confiance de la moyenne était [21,2 ; 31,2].

Le délai médian d'intervention était de 20 minutes avec une distribution des valeurs dans l'intervalle [11 ; 116].

III.5.3 Comparaison des délais d'intervention sur les secteurs

III.5.3.1 Représentations graphiques

a) *Entrée de vallée*

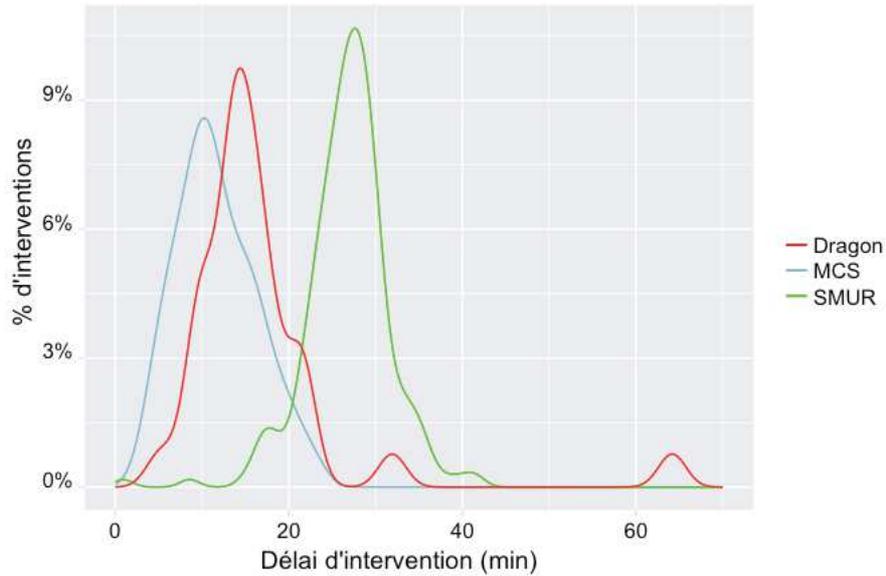


Figure 29: Représentation graphique des délais d'intervention du MCS, du SAMU/SMUR et de DRAGON 67 en entrée de vallée

b) *Centre-bourg*

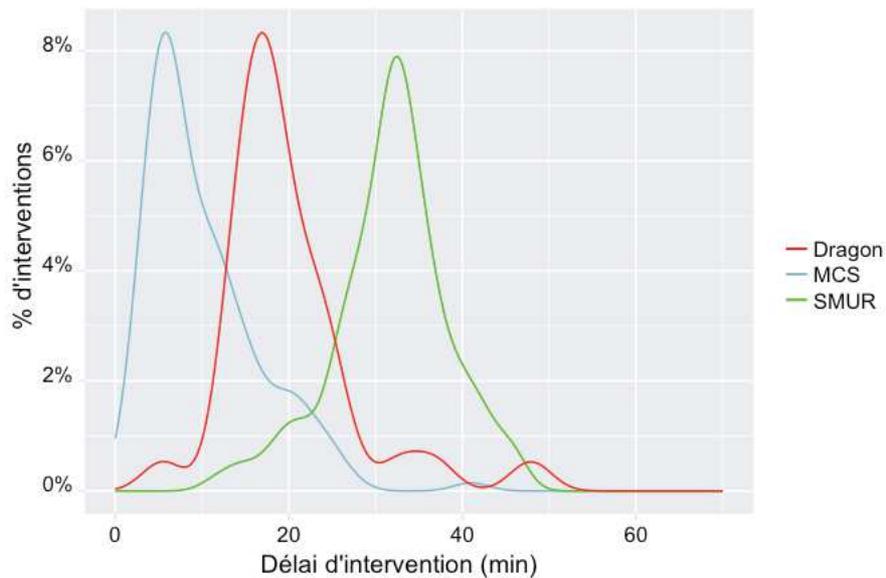


Figure 30: Représentation graphique des délais d'intervention du MCS, du SAMU/SMUR et de DRAGON 67 dans le centre-bourg

c) *Haut de vallée*

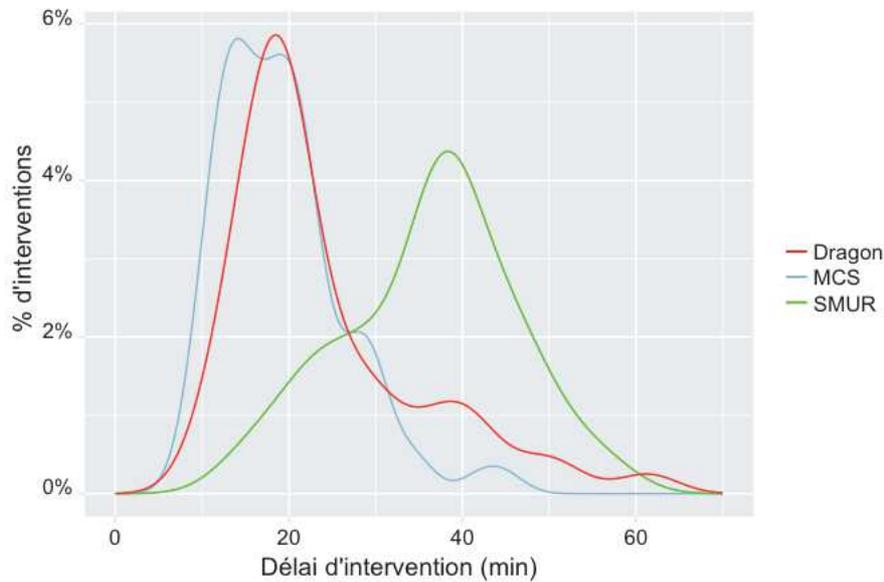


Figure 31: Représentation graphique des délais d'intervention du MCS, du SAMU/SMUR et de DRAGON 67 dans le haut de vallée

III.5.3.2 Comparaison MCS-SMUR

Les délais moyens des interventions du MCS et du SMUR sur les différents secteurs ainsi que le nombre d'interventions aux données complètes pour le calcul des délais d'intervention sont rappelés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 7: Délais moyens d'intervention pour le MCS et le SMUR sur les 3 secteurs de la VdB

| | Entrée de vallée | | Centre-bourg | | Haut de vallée | |
|------|----------------------|-------------|----------------------|-------------|----------------------|-------------|
| | Délai d'inter. (min) | Nb d'inter. | Délai d'inter. (min) | Nb d'inter. | Délai d'inter. (min) | Nb d'inter. |
| MCS | 11,7 | 124 | 10,2 | 134 | 19,3 | 80 |
| SMUR | 25,6 | 239 | 29,2 | 147 | 31,3 | 100 |

a) *Entrée de vallée*

Le différentiel entre le délai d'intervention moyen du MCS en entrée de vallée par rapport à celui du SMUR était de 13,9 minutes (intervalle de confiance à 95% [12,7 ; 15,2]) en faveur du MCS.

Le test de Welch comparant les moyennes des délais d'intervention pour le MCS et le

SMUR retrouvait une différence significative avec $p < 2,2 \cdot 10^{-16}$.

Le MCS y intervenait donc plus rapidement de manière significative.

b) Centre-bourg

Le différentiel entre le délai d'intervention moyen du MCS dans le centre-bourg par rapport à celui du SMUR était de 19,0 minutes (intervalle de confiance à 95% [17,2 ; 20,8]) en faveur du MCS.

Le test de Welch comparant les moyennes des délais d'intervention pour le MCS et le SMUR retrouvait une différence significative avec $p < 2,2 \cdot 10^{-16}$.

Le MCS y intervenait donc plus rapidement de manière significative.

c) Haut de vallée

Le différentiel entre le délai d'intervention moyen du MCS en haut de vallée par rapport à celui du SMUR était de 12,0 minutes (intervalle de confiance à 95% [8,7 ; 15,5]) en faveur du MCS.

Le test de Welch comparant les moyennes des délais d'intervention pour le MCS et le SMUR retrouvait une différence significative avec $p = 3,4 \cdot 10^{-11}$.

Le MCS y intervenait donc plus rapidement de manière significative.

III.5.3.3 Comparaison MCS-DRAGON

Les délais moyens des interventions du MCS et de DRAGON 67 sur les différents secteurs ainsi que le nombre d'interventions aux données complètes pour le calcul des délais d'intervention sont rappelés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 8: Délais moyens d'intervention pour le MCS et DRAGON 67 sur les 3 secteurs de la VdB

| | Entrée de vallée | | Centre-bourg | | Haut de vallée | |
|-----------|----------------------|-------------|----------------------|-------------|----------------------|-------------|
| | Délai d'inter. (min) | Nb d'inter. | Délai d'inter. (min) | Nb d'inter. | Délai d'inter. (min) | Nb d'inter. |
| MCS | 11,7 | 124 | 10,2 | 134 | 19,3 | 80 |
| DRAGON 67 | 16,6 | 33 | 19,9 | 32 | 26,2 | 47 |

a) Entrée de vallée

Le différentiel entre le délai d'intervention moyen du MCS en entrée de vallée par rapport à celui de DRAGON 67 était de 4,9 minutes (intervalle de confiance à 95% [1.3 ; 8,5]) en faveur du MCS.

Le test de Welch comparant les moyennes des délais d'intervention pour le MCS DRAGON 67 retrouvait une différence significative avec $p=0.0087$.

Le MCS y intervenait donc plus rapidement que DRAGON 67 de manière significative.

b) Centre-bourg

Le différentiel entre le délai d'intervention moyen du MCS dans le centre-bourg par rapport à celui de DRAGON 67 était de 9,7 minutes (intervalle de confiance à 95% [6.8 ; 12.8]) en faveur du MCS.

Le test de Welch comparant les moyennes des délais d'intervention pour le MCS et DRAGON 67 retrouvait une différence significative avec $p = 5.3.10^{-8}$.

Le MCS y intervenait donc plus rapidement que DRAGON 67 de manière significative.

c) Haut de vallée

Le différentiel entre le délai d'intervention moyen du MCS en haut de vallée par rapport à celui de DRAGON 67 était de 6,9 minutes (intervalle de confiance à 95% [1.6 ; 12.3]) en faveur du MCS.

Le test de Welch comparant les moyennes des délais d'intervention pour le MCS et DRAGON 67 retrouvait une différence significative avec $p = 0.012$.

Le MCS y intervenait donc plus rapidement que DRAGON 67 de manière significative.

III.6 Critère secondaire : évaluation du type d'activité du MCS

III.6.1 Classification CCMU des interventions

Afin d'évaluer la sévérité clinique des patients pris en charge par le MCS, nous avons eu recours à la classification CCMU.

Tableau 9: Gravité clinique des patients pris en charge par le MCS selon la classification CCMU

| Classification CCMU | Nombre d'interventions MCS | Pourcentages |
|----------------------|----------------------------|--------------|
| CCMU 1 | 2 | 1% |
| CCMU 2 | 29 | 8% |
| CCMU 3 | 141 | 39% |
| CCMU 4 | 93 | 26% |
| CCMU 5 | 70 | 19% |
| CCMU P | 6 | 2% |
| CCMU inconnue | 7 | 2% |
| CCMU D | 12 | 3% |
| Total général | 360 | 100% |

Nous constatons donc que seuls 31 patients ont été classifiés CCMU 1 ou 2, donc de faible sévérité, soit 9% des patients pris en charge par le MCS.

234 patients (65%) étaient classifiés CCMU 3 et 4, donc de sévérité clinique intermédiaire.

70 patients ont nécessité des mesures de réanimation immédiates, correspondant à 19% des interventions du MCS.

6 interventions (2%) relevaient d'une prise en charge psychiatrique.

Enfin, 12 patients sont décédés (3%) lors des interventions.

III.6.2 Répartition par pathologie des interventions

Nous avons classé les motifs principaux d'intervention (pathologie dominante) du MCS en 7 catégories : pathologie cardiaque, traumatologique, respiratoire, neurologique, psychiatrique, gynéco-obstétrique et médicale autre.

Le type de prise en charge le plus rencontré par le MCS était la pathologie cardiaque avec 144 interventions, soit 40 % des interventions. On y retrouvait la prise en charge d'arrêts cardio-respiratoires, de douleurs thoraciques mais également des œdèmes aigus du poumon, des malaises, des syndromes coronariens aigus et des troubles du rythme cardiaque.

Ensuite, la traumatologie (accidents de la voie publique, chutes avec fractures) et les pathologies respiratoires (crises d'asthme, décompensation de BPCO) représentaient chacune 58 interventions soit 16% du total.

L'activité neurologique (convulsions, accidents vasculaire cérébraux, autres troubles de la conscience) correspondait à 54 interventions (15%).

8 interventions relevaient du domaine de la psychiatrie (2%) : hospitalisations sur demande de tiers, tentatives de suicide.

Enfin, 4 interventions relevaient d'une prise en charge gynéco-obstétricale (1%) avec accouchement inopiné notamment.

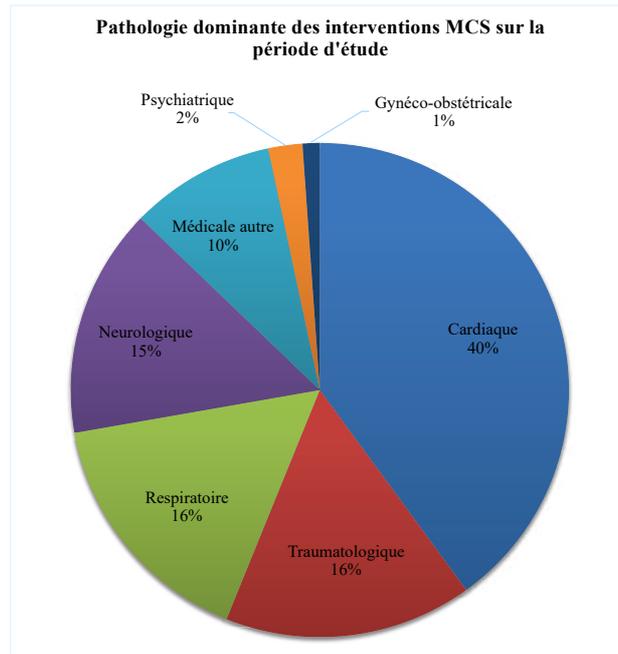


Figure 32: Diagramme représentant la répartition par groupes de pathologies prises en charge par le MCS de la VdB

III.7 Critère secondaire : impact du MCS sur le SMUR

III.7.1 Annulations de SMUR par le MCS

L'intervention du MCS permet d'établir un diagnostic médical précoce et d'administrer les thérapeutiques à la victime.

S'il stabilise la situation clinique de la victime et que des renforts médicaux ne sont plus nécessaires, le MCS a alors la possibilité de solliciter l'annulation du SMUR en route après transmission du bilan médical au SAMU.

Nous avons défini le taux d'annulation de SMUR par le MCS comme le rapport entre le nombre d'interventions comportant une annulation du SMUR par le MCS et le nombre d'interventions totales du MCS.

66 déclenchements du SMUR ont donc été annulés par le MCS, pour 360 interventions

réalisées par le MCS au total.

Le taux d'annulation du SMUR par le MCS était donc de 18%.

III.7.2 Durée d'intervention

III.7.2.1 Du MCS

La durée d'intervention du MCS était définie par la différence entre l'horaire de fin de médicalisation de l'intervention et l'horaire d'arrivée sur les lieux de l'intervention.

Sur les 360 interventions du MCS, nous disposions des horaires nécessaires au calcul de la durée d'intervention pour 355 interventions (98,6%).

La durée moyenne d'intervention s'établissait à 56,0 minutes, avec un écart-type de 27,5 minutes (variance de 753,6). L'intervalle de confiance à 95% était [53,1 ; 58,9].

La médiane de durée d'intervention était de 50 minutes et les valeurs étaient comprises dans l'intervalle [0 ; 197].

III.7.2.2 Du SMUR sans MCS

La durée d'intervention du SMUR correspondait à l'horaire de fin d'intervention du SMUR auquel nous soustrayions l'horaire d'arrivée sur les lieux du SMUR.

Sur les 783 interventions effectuées au total par le SAMU/SMUR 67 sur le territoire du MCS de la VdB au cours de la période d'étude, 510 l'ont été sans la participation du MCS (65,1%).

Nous disposions des horaires nécessaires aux calculs des durées d'intervention pour 329 de ces interventions (64,5% des 510 interventions).

La durée moyenne d'intervention du SMUR sans MCS dans la VdB s'élevait à 82,4

minutes, avec un écart type de 42,6 minutes (variance de 1811,3). L'intervalle de confiance à 95% était [77,8 ; 87,0]

La valeur médiane de durée d'intervention était de 75 minutes, et les valeurs s'échelonnaient dans l'intervalle [0 ; 389].

III.7.2.3 Du SMUR avec MCS

Sur les 783 interventions effectuées au total par le SAMU/SMUR 67 sur le territoire du MCS de la VdB au cours de la période d'étude, 270 l'ont été avec la collaboration du MCS (34,5%).

Nous disposions des données nécessaires aux calculs des durées d'intervention pour 150 de ces interventions (55,6% des 270 interventions communes).

La durée moyenne d'intervention du SMUR en collaboration avec le MCS était de 76,7 minutes, avec un écart type de 35,7 minutes (variance de 1272,8). L'intervalle de confiance à 95% était [71,0 ; 82,5]

La valeur médiane de durée d'intervention était de 75 minutes, et les valeurs s'échelonnaient dans l'intervalle [0 ; 256].

III.7.2.4 Comparaison des durées d'interventions du SMUR avec ou sans MCS

Nous avons comparé les durées d'interventions du SAMU/SMUR 67 sur le territoire du MCS de la VdB pour voir si l'activité du MCS impactait la durée des interventions du SMUR.

La durée d'intervention du SMUR était de 76,7 minutes en moyenne lorsqu'il collaborait avec le MCS et de 82,4 minutes en moyenne lorsque le MCS ne participait pas à l'intervention. L'intervention du SMUR était donc en moyenne plus courte de 6,1 minutes en

présence du MCS. L'intervalle de confiance à 95% de ce différentiel était [-13.1 ; 1.7].

Le test de Welch appliqué révélait une puissance statistique insuffisante pour affirmer une différence significative ($p=0,128$).

Nous pouvons donc conclure que le MCS n'impacte pas de manière significative la durée d'intervention du SMUR sur le territoire de la VdB.

IV. Discussion

IV.1 Délais d'intervention du MCS et du SMUR : l'objectif des « 30 minutes »

IV.1.1 Justification du critère

« Le MCS constitue un relais pour le SAMU dans la prise en charge de l'urgence vitale » (article premier de l'arrêté du 12 février 2007(5) relatif au MCS).

Il est employé dans des territoires bien définis par les autorités de santé lorsque le délai de prise en charge n'est pas adapté à l'urgence vitale.

En 2012, lors de la campagne présidentielle de François Hollande, l'engagement 19 promet d'assurer la prise en charge de l'urgence vitale en moins de 30 minutes sur l'ensemble du territoire national (1).

A travers les Pactes Territoire et Santé I (2) en 2012 et II (3) en 2015, le déploiement et le développement du dispositif de MCS est la solution choisie par l'exécutif afin de remplir cet objectif.

Le territoire de la VdB avait été identifié par l'ARS Alsace (devenue ARS Grand-Est) comme situé à plus de 30 minutes du SMUR référent de Strasbourg.

Ainsi, le MCS de la VdB a été mis en place à la clinique Saint-Luc de Schirmeck à la suite d'une convention établie entre l'ARS, les HUS, le GHSV et la communauté des communes de la VdB en février 2015 (31).

L'objectif principal du dispositif de MCS était de réduire les délais d'intervention du SAMU pour la prise en charge de l'urgence vitale sur le territoire de la VdB et de valider l'objectif affiché des 30 minutes.

Le délai d'intervention pour la prise en charge de l'urgence vitale est donc devenu tout naturellement le principal élément d'évaluation dans ce travail.

L'étude comparative des délais d'intervention pour la prise en charge de l'urgence vitale du SAMU 67 d'une part et du MCS de la VdB d'autre part, s'avérait donc justifiée pour juger de la pertinence et de l'efficacité du dispositif mis en place.

L'objectif était en effet de démontrer que le délai d'intervention du SAMU/SMUR de Strasbourg était inadapté à la prise en charge de l'urgence vitale sur ce territoire isolé et que le MCS permettait de réduire ce délai à des temps plus acceptables, sous la barre des 30 minutes.

IV.1.2 Délai d'intervention pris en compte

Le délai d'intervention a été défini dans cette étude comme la différence entre l'horaire d'arrivée sur les lieux de l'intervention et l'horaire de déclenchement du moyen étudié.

L'horaire de déclenchement correspondait donc soit à l'horaire d'appel du MCS par le SAMU, soit à l'horaire de déclenchement du SMUR par le SAMU.

Ce délai était un critère quantifiable grâce à la traçabilité informatique des interventions au SAMU ainsi qu'à la retranscription des horaires d'arrivée sur les lieux de l'intervention par les équipages de secours médical au moyen des fiches standardisées.

Il permettait de comparer de manière objective le temps nécessaire au moyen SMUR ou au MCS pour rejoindre les lieux de l'intervention et d'apporter secours à la victime.

Néanmoins ce critère n'était pas parfait pour juger du délai de prise en charge de l'urgence vitale.

En effet, nous pouvons tout d'abord souligner que le délai de prise en charge médicale

d'une urgence vitale était supérieur au délai d'intervention du moyen de secours médical.

Le délai de prise en charge de l'urgence vitale comprenait le temps initial de constatation de la détresse vitale par les témoins, le temps de l'appel au SAMU, la prise de coordonnées par l'opérateur de régulation et la régulation médicale pour aboutir au déclenchement du moyen de secours médical adapté avec son délai d'arrivée sur place.

Le délai de déclenchement de la chaîne de secours était plus difficile à quantifier de manière objective et était proportionnellement moins important que le délai d'intervention du moyen de secours médical. Le délai d'intervention restait donc une mesure acceptable du délai de la prise en charge de l'urgence vitale préhospitalière.

D'autre part, les horaires de déclenchement n'étaient pas toujours simultanés pour une même intervention entre le MCS et pour le SMUR.

L'opérateur de régulation médicale déclenchait les moyens de secours médicaux successivement, ce qui pouvait amener à un décalage dans le temps des interventions supposées simultanées du MCS et du SAMU/SMUR.

IV.1.3 Délais d'intervention du MCS et du SAMU

IV.1.3.1 Délais d'intervention du MCS

a) Délai d'intervention global du MCS

Sur les 360 interventions du MCS pendant la période de l'étude, nous avons recueilli 352 données complètes pour le calcul des délais d'intervention, soit 97,8% des données totales.

Les données du MCS concernant les délais d'intervention étaient donc fiables en raison du faible taux de perte de données.

Le MCS mettait en moyenne 13,0 minutes pour arriver sur les lieux de l'intervention

(médiane de 12 minutes).

Le paramètre de dispersion de la moyenne représenté par l'écart-type était de 7,0 minutes, donc plutôt faible, ce qui témoignait d'une relative régularité de ce délai sur le territoire.

La valeur extrême basse de 1 minute était due au déclenchement de l'intervention par le MCS lui-même, témoin de la situation d'urgence ; la valeur extrême haute de 45 minutes était liée à la difficulté d'accès du lieu de l'intervention en zone forestière et montagneuse.

Le MCS remplit donc largement l'objectif de la prise en charge de l'urgence vitale sur le territoire de la VdB en moins de 30 minutes.

b) Délai d'intervention du MCS sur secteur et dans la tranche horaire 8h-20h

Certaines interventions se sont tenues en-dehors du territoire défini par la convention du MCS de la VdB probablement en raison de carences de moyens du SAMU sur des zones proches de la VdB ou en cas de nécessité de renfort médical pour le SAMU.

D'autres interventions se sont tenues en-dehors des horaires d'astreinte définis par cette même convention (de 08h à 20h).

En conséquence, les délais d'intervention du MCS pouvaient être rallongés pour ces interventions, en raison d'un temps de trajet supérieur (interventions hors secteur) ou d'un départ retardé si le MCS n'était pas immédiatement prêt au départ (interventions hors horaires d'astreinte habituels).

Nous avons donc souhaité calculer les délais d'intervention du MCS en excluant ces interventions susceptibles de rallonger le délai d'intervention moyen du MCS.

27 interventions ont ainsi été exclues. Sur les 333 interventions restantes, les délais ont pu

être calculés pour 329 interventions (98,8%), avec un délai moyen qui ne s'abaissait qu'à 12,8 minutes contre 13,0 minutes pour le délai d'intervention moyen global (médiane de 12 minutes identique).

Les interventions hors territoire MCS et en dehors des horaires d'astreinte prévus n'impactaient donc pas de manière importante le délai d'intervention moyen global du MCS.

c) Délais d'intervention selon le lieu de départ du MCS

Le MCS est de garde du lundi au vendredi de 09h à 18h à la clinique Saint-Luc à Schirmeck qui occupe une position centrale stratégique sur le territoire de la VdB.

De 08h à 09h et de 18h à 20h en semaine ainsi que le weekend de 08h à 20h, le médecin peut effectuer son astreinte MCS depuis son domicile. Celui-ci est situé à moins de 30 minutes de la clinique Saint-Luc par voie contractuelle mais peut néanmoins être situé en-dehors du territoire du MCS de la VdB.

Théoriquement, c'est ainsi jusqu'à 46% du temps d'astreinte total du MCS qui peut être réalisé en astreinte à domicile, éventuellement en-dehors du territoire MCS.

Les trajets pour se rendre en intervention et donc les délais d'intervention pouvaient être rallongés, entraînant une perte d'efficacité du dispositif.

Nous avons donc comparé les délais d'intervention du MCS, selon que le départ se fasse depuis la clinique Saint-Luc de Schirmeck ou depuis le domicile du médecin d'astreinte pour déterminer si le lieu de départ en intervention affectait de manière significative les délais d'intervention du MCS.

Le délai moyen d'intervention du MCS en garde à la clinique Saint-Luc de Schirmeck était de 11,9 minutes (médiane de 11 minutes) et correspondait à 70,8% des interventions totales

du MCS.

Le délai moyen d'intervention était rallongé à 15,6 minutes (médiane de 15 minutes) lorsque le MCS était d'astreinte depuis son domicile. Les départs en astreinte à domicile correspondaient à 29,2% de l'activité du MCS sur la période.

Le MCS est plus rapide de 3,7 minutes en moyenne lors d'un départ de la clinique Saint-Luc par rapport à un départ depuis son domicile (différence significative avec $p=1,9.10^{-5}$) en raison de la position stratégique qu'occupe Schirmeck sur le territoire.

Néanmoins, la différence de délai d'intervention moyen restait assez faible (3,7 minutes) d'autant plus que les départs du domicile ne représentaient qu'une faible partie des interventions totales du MCS (29,2%).

D'autre part, le délai moyen d'intervention depuis le domicile du MCS (15,6 minutes) remplissait toujours l'objectif affiché des 30 minutes pour la prise en charge de l'urgence vitale et restait toujours inférieur à celui du SAMU 67.

Cette faible différence de délai paraît donc acceptable au vu de la surcharge de travail que peut représenter l'activité d'astreinte de MCS pour les médecins de la clinique Saint-Luc qui assurent par ailleurs un second tableau de permanence (gardes et astreintes) dans le cadre de leur activité médicale à la clinique Saint-Luc.

Cette concession peut même paraître indispensable au vu du faible effectif de MCS (6 médecins salariés du GHSV, puis 5 après le départ d'un praticien) afin d'éviter une fatigue excessive et un épuisement professionnel.

Nous pouvons d'emblée mentionner ici la problématique du recrutement de médecins pour les fonctions de MCS dans la VdB et également l'absence des MGL du territoire qui ne permet pas de renforcer et pérenniser le dispositif.

Ce dernier élément sera l'objet de l'étude développée dans la troisième partie de ce travail.

IV.1.3.2 Délais d'intervention du SAMU sur le territoire

a) Sur la période complète de l'étude

783 interventions du SMUR se sont tenues sur la période totale d'étude. Seules 486 d'entre elles (62,1%) bénéficiaient de données complètes pour les horaires nécessaires au calcul des délais d'intervention.

Nous constatons donc une importante perte de données entraînant une perte de fiabilité des valeurs obtenues.

Les valeurs manquantes correspondaient principalement aux horaires d'arrivée sur les lieux de l'intervention, qui n'ont pas toujours été consignées par les équipages du SMUR ou transmises à la régulation du SAMU.

Le délai d'intervention moyen global du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB était donc de 27,8 minutes (médiane de 28 minutes) avec une dispersion plus importante que pour le MCS (écart-type de 10,0 minutes contre 7,0 minutes pour le MCS).

Les délais d'intervention s'échelonnaient entre 1 minute lorsque le SMUR était déjà présent sur les lieux de l'intervention au moment du déclenchement de l'alerte et 116 minutes dans le cadre d'un déclenchement secondaire du SMUR qui n'était pas disponible au moment du recours au MCS.

Le délai d'intervention moyen était tout juste inférieur à l'objectif des 30 minutes souhaité par François Hollande.

Néanmoins, comme nous l'avons évoqué précédemment, si nous prenons en compte le délai de déclenchement des secours médicaux (temps de réaction des témoins, prise de l'appel

et régulation par le SAMU), nous sommes bien dans une situation de prise en charge de l'urgence préhospitalière supérieure à 30 minutes, ce qui justifie bien le dispositif de MCS sur ce territoire.

Il est également à noter que pour arriver à tenir ces délais d'intervention, le SMUR n'était pas dans des conditions de circulation normales.

Les risques éventuels pris en circulation par les SMUR terrestres pour eux-mêmes ainsi que pour les autres usagers de la route pour contenir les délais d'intervention justifient également la mise en place du MCS sur le territoire de la VdB.

b) Sur la tranche horaire 08h-20h

Sur la tranche horaire couverte par le MCS, de 08h à 20h, nous dénombrons 506 interventions du SAMU soit 64,6% du total de ses interventions pour la période d'étude.

Seules 281 d'entre elles bénéficiaient des horaires nécessaires au calcul des délais d'intervention (55,5% des 506 sollicitations), aboutissant à une perte majeure de données.

Le délai moyen d'intervention entre 08h et 20h s'établissait à 26,6 minutes (contre 27,8 minutes sur la période complète d'étude), avec une médiane de 26 minutes.

Nous pouvons donc supposer que le départ en intervention de l'équipage du SMUR est probablement plus rapide en journée que la nuit.

L'utilisation du moyen hélicoptère en journée permet certainement de réduire les délais d'intervention. Son utilisation la nuit est plus délicate.

Néanmoins, l'importante perte de données concernant les horaires d'arrivée sur les lieux des SMUR (seules 62,1% des données complètes sur la période totale et 55,5% des données

complètes sur la période 08h-20h) nécessite d'interpréter avec précaution ces délais d'intervention.

La circulation au sein de l'agglomération strasbourgeoise étant plus dense en journée, nous aurions pu penser que le délai d'intervention moyen en journée aurait été majoré.

In fine, ces valeurs de délais d'intervention, même inférieures à 30 minutes, s'avéraient clairement inadaptées pour la prise en charge des urgences vitales les plus graves.

IV.1.4 Comparaison des délais d'intervention du MCS et du SAMU sur le secteur entre 8h et 20h

Pour détecter une différence des délais d'intervention constatée entre le MCS et le SAMU sur le territoire du MCS, nous avons procédé à une comparaison statistique.

Pour l'ensemble des interventions du MCS et du SMUR sur le secteur MCS entre 08h et 20h (interventions non appariées), le MCS intervenait en moyenne 13,8 minutes plus rapidement que le SMUR (délai du MCS de 12,8 minutes contre 26,6 minutes pour le SMUR).

En ne prenant en compte que les données appariées pour les interventions où le SMUR et le MCS intervenaient simultanément, cette différence moyenne de délai d'intervention se majorait à 16,4 minutes en faveur du MCS (délai du MCS à 12,5 minutes contre 28,9 minutes pour le SMUR).

La significativité était établie statistiquement dans les 2 situations par un test de Welch établissant $p < 2,2 \cdot 10^{-16}$.

Cette différence de délai d'intervention était très conséquente en regard des valeurs à l'étude.

Dans certaines situations cliniques d'urgence vitale, la prise en charge diagnostique et thérapeutique précoce est fondamentale pour la suite du pronostic vital (arrêt cardio-respiratoire notamment).

La réduction des délais d'intervention s'avère donc fondamentale et le rôle du MCS dans la prise en charge médicale précoce prend tout son sens.

IV.1.5 Taux de délais d'intervention en moins de 30 minutes

Sur l'ensemble des interventions du MCS, 97,4% des délais d'intervention étaient inférieurs à 30 minutes, alors qu'ils n'étaient que de 64,6% pour le SAMU (différence significative du test de Fischer, $p=7,7.10^{-36}$, odds ratio de 20,8).

En ne prenant en compte que les interventions sur le secteur MCS et entre 08h et 20h, ce sont 97,6% des interventions du MCS dont le délai était inférieur à 30 minutes contre 68,0% pour le SAMU (différence significative établie par le test de Fischer, $p=2,4.10^{-25}$, odds ratio de 18,8).

Ainsi, nous pouvons constater que le MCS remplit de manière quasi systématique l'objectif de prise en charge de l'urgence vitale en moins de 30 minutes sur son territoire et conforte donc la stratégie nationale de son utilisation dans des territoires isolés où le SAMU n'est pas en mesure d'intervenir dans des délais adaptés. Il permet donc de réduire les inégalités d'accès aux soins d'urgence sur le territoire national.

IV.1.6 Biais, manque de données

Nous avons montré que le MCS remplissait l'objectif d'abaisser le délai de prise en charge de l'urgence vitale préhospitalière à moins de 30 minutes sur le territoire de la VdB.

Les données manquantes pour le MCS étaient rares, puisque 97,8% des délais

d'intervention ont pu être calculés (352 données complètes sur les 360 interventions).

Nous pouvons donc conclure à la solidité des résultats concernant les délais d'intervention obtenus pour le MCS.

A l'inverse, le calcul des délais d'intervention du SAMU souffrait d'une perte de données importante en raison d'un défaut de consignation systématique ou de transmission des horaires d'arrivée sur les lieux de l'intervention par le SMUR.

En effet, sur les 783 interventions du SAMU sur le secteur du MCS de la VdB, seuls 486 délais ont pu être calculés, correspondant à 62,1% des interventions seulement.

Cette perte de données aboutissait donc à une perte de puissance des résultats de délai d'intervention pour le SAMU et des biais était susceptible d'être introduits.

Il était probable que le délai d'intervention moyen du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB puisse être majoré par rapport aux résultats obtenus. Il est possible que la perte de données ait préférentiellement concerné les délais d'intervention les plus longs. Effectivement, l'ensemble du territoire avait été identifié par l'ARS à plus de 30 minutes du SMUR de Strasbourg (ce qui est confirmé par une analyse territoriale avec le moteur de recherche Google Maps (34)).

D'autre part, les conditions de circulation dégradées lors des heures de pointe dans l'agglomération strasbourgeoise aggravaient probablement encore la situation.

IV.1.7 Comparaison à la littérature

Nous pouvons constater que les résultats obtenus dans ce travail sont similaires à des travaux de thèse d'exercice de médecine réalisés sur le sujet du MCS dans d'autres régions françaises.

Concernant les données manquantes pour les délais d'intervention du SAMU, la thèse de

Camille Deprez évaluant à un an la mise en place d'un dispositif MCS dans le Pas-de-Calais (42) retrouvait également une absence d'information à hauteur de 19,4%.

Elle établissait ensuite le délai d'intervention à 10 minutes pour le MCS et à 27 minutes pour le SMUR sur le territoire MCS. Dans cette région, le MCS était donc légèrement plus rapide.

Dans la thèse de Mathilde MINET(6) soutenue en 2013, une évaluation nationale des dispositifs de MCS mettait en évidence des délais d'intervention des MCS et les SMUR plus élevés : 22 minutes pour les MCS et 44 minutes pour les SMUR.

Nous pouvons supposer que le développement du dispositif de MCS au niveau national a conduit à améliorer progressivement le maillage territorial et a abouti à la couverture par les MCS de territoires moins étendus géographiquement et progressivement moins isolés, expliquant la réduction des délais observés.

De la même manière, le taux d'intervention en moins de 30 minutes pour le MCS retrouvé dans notre travail (97,4%) était également supérieur à celui retrouvé par Mathilde MINET dans son recueil national en 2013 (68,9%).

IV.2 Évaluation du recours au MCS

IV.2.1 Taux de recours au MCS par le SAMU sur la période 8h-20h sur le territoire MCS

Le taux de recours au MCS par le SAMU pour la prise en charge préhospitalière urgente sur le territoire du MCS de la VdB entre 8h et 20h était de 57,8% (333 sorties MCS sur secteur sur 576 interventions préhospitalières).

Le SAMU n'avait donc pas recours au MCS pour 42,2% de ses interventions sur le

territoire de la VdB alors que le MCS était opérationnel.

Ceci témoignait d'une nette sous-utilisation du MCS par le SAMU.

Nous pouvons nous interroger sur les raisons de cette sous-utilisation du MCS par le SAMU.

S'agissait-il d'un manque d'information et de communication autour du dispositif auprès des régulateurs médicaux ?

Le recours à un déclenchement spécifique par téléphone complexifiait-il sa sollicitation lors des pics d'activité à la régulation du SAMU ?

S'agissait-il d'oublis de déclenchement du MCS en raison de la spécificité locale du dispositif ou d'une mauvaise connaissance du territoire de la VdB ?

S'agissait-il éventuellement d'une économie de moyens engagés par le SAMU ?

Une étude auprès des opérateurs de régulation du SAMU dans un objectif d'amélioration des pratiques serait intéressante pour établir les raisons de la sous-utilisation du MCS.

Une marge importante de progression est donc possible pour améliorer le taux de recours au MCS.

IV.2.2 Délai de recours

Le délai de recours moyen au MCS était de -2 minutes, la médiane était de 0 minutes.

La négativité de ce délai signifiait que lorsque le MCS était déclenché par l'opérateur du SAMU, il l'était en moyenne 2 minutes avant le déclenchement du SMUR. Il n'y avait donc pas de retard au déclenchement du MCS.

Les valeurs extrêmes [-105 ; +25] n'impactaient pas grandement la moyenne, puisque la

valeur médiane était à 0 et l'écart-type restait contenu (9,6 minutes).

La valeur -105 minutes était due à un déclenchement du SMUR secondairement, après une intervention primaire par le MCS seul.

Le délai de +25 minutes correspondait à un déclenchement retardé du MCS, ayant pour conséquence une arrivée sur les lieux retardée, après celle du SAMU.

Nous pouvons donc conclure que le déclenchement du MCS, s'il a lieu, n'était pas retardé par rapport à celui du SMUR par le SAMU. La valeur ajoutée du MCS en termes de délai d'intervention était donc conservée.

IV.2.3 Temps passé sur place par le MCS avant l'arrivée du SMUR

La donnée du temps passé seul auprès de la victime par le MCS pour les interventions communes entre MCS et SAMU/SMUR était intéressante car elle traduisait le bénéfice réel ressenti par le patient en termes de plus-value de rapidité d'intervention du MCS par rapport au SAMU/SMUR.

Le MCS était en moyenne 17,8 minutes seul médecin auprès du patient, jusqu'à l'arrivée du renfort médical du SMUR (médiane de 16 minutes).

Cette valeur n'était pas identique à la différence de délai d'intervention pour les interventions appariées MCS-SAMU, car elle prenait en compte le délai de recours au MCS.

Le déclenchement du MCS et du SMUR n'était pas simultané, ce qui entraînait un léger décalage dans le temps entre l'intervention du MCS et celle du SMUR

Il était ainsi mis en évidence un avantage indéniable pour le patient qui bénéficiait d'une

prise en charge médicale plus précoce de 17,8 minutes en moyenne.

Celle-ci s'avérerait cruciale dans les situations cliniques les plus graves telles que les arrêts cardio-respiratoires, les accidents vasculaires cérébraux ou les syndromes coronariens aigus, où la rapidité d'initiation thérapeutique conditionne le pronostic ultérieur du patient.

IV.2.4 Sollicitations du SAMU non validées par le MCS

Le dispositif du MCS de la VdB ne notait qu'une unique sollicitation du SAMU non honorée, ce qui correspondait à 0,3% des 360 interventions totales réalisées.

Une anomalie dans la procédure de déclenchement du MCS était à l'origine de la carence évoquée : seule une télécopie avait été transmise à la clinique Saint-Luc et le MCS n'avait pas été informé directement. Le MCS étant habituellement déclenché par un appel téléphone du SAMU sur un téléphone portable dédié.

D'après ces données, nous pouvons supposer que le MCS est un partenaire fiable du SAMU pour la prise en charge de l'urgence vitale préhospitalière.

Nous pouvons tout de même nous interroger sur la fiabilité du mode de déclenchement du MCS : les problèmes de réseau téléphonique, l'autonomie des appareils utilisés et d'autres impondérables matériels peuvent certainement être à l'origine d'autres appels manqués non comptabilisés.

Les données concernant les carences du MCS ont été recueillies par le biais du MCS. Il serait intéressant de recouper ces informations avec la base de données du SAMU afin de comparer ce nombre de sollicitations non validées.

IV.2.5 Respect du cadre conventionnel

La convention du MCS de la VdB (31) (Annexe 1) définit les modalités de recours au

dispositif. 68 interventions du MCS ne respectaient pas les règles établies, soit 19% des interventions totales du MCS.

IV.2.5.1 Absence de déclenchement de SMUR associé au MCS

L'absence de déclenchement simultané de SMUR constituait la principale cause de recours non conventionnel au MCS par le SAMU.

40 interventions se sont tenues sans SMUR déclenché ce qui correspondait à 11% des interventions totales.

Le MCS est un appui du SAMU afin de limiter les délais d'intervention des SMUR sur certains territoires isolés. Dans l'arrêté du 12 février 2007 qui pose les fondements de la fonction de MCS, il est précisé que le « SAMU déclenche systématiquement et simultanément l'intervention du MCS et du SMUR chargés de prendre en charge le patient » (5).

Le MCS paraît donc être ici un élément permettant de pallier à certaines carences de moyen du SAMU 67, puisqu'il n'a pas vocation à intervenir seul en intervention de manière réglementaire.

Nous pouvons également supposer que pour certaines interventions, l'engagement du MCS seul est lié à une logique d'économie des moyens SMUR engagés par le SAMU décidée par le médecin régulateur.

Ce mésusage du MCS est un facteur d'insécurité pour le MCS, puisqu'il ne dispose pas forcément de la formation d'urgentiste et peut donc être pris en défaut dans la gestion de situations complexes dont il n'a pas l'habitude.

Ceci peut également constituer un frein pour le recrutement de nouveaux médecins assurant cette fonction et donc déstabiliser la pérennité du dispositif.

IV.2.5.2 Motifs d'intervention inadaptés

« Le MCS constitue un relais pour le SAMU dans la prise en charge de l'urgence vitale »
(5).

De ce fait, une gravité clinique faible du patient pris en charge, correspondant aux niveaux 1 et 2 de la classification CCMU (état lésionnel ou pronostic fonctionnel stable), pourrait donc être considérée comme non conventionnelle.

2 interventions MCS ont été classées en CCMU1 et 29 en CCMU2 soit 8,9% des interventions totales du MCS.

Notons néanmoins que la gravité clinique initiale du patient est estimée lors de la régulation médicale par le SAMU. Il s'agit d'un exercice complexe puisque le médecin doit apprécier au plus juste l'état clinique du patient grâce aux informations cliniques transmises par les témoins donnant l'alerte ou les secouristes présents sur place.

Les moyens engagés doivent être raisonnés et adaptés à la situation de la victime afin d'éviter une perte de chance si le secours médical n'est pas engagé, tout en évitant les carences de moyens pouvant résulter d'une sollicitation excessive des moyens médicaux disponibles du SAMU.

Dans ce type de situation, l'apport du MCS est intéressant, puisqu'il permet de corriger une éventuelle estimation initiale erronée de la gravité clinique d'un patient et donc d'adapter les moyens médicaux engagés secondairement à l'état clinique réel du patient déterminé par le MCS (annulation de moyens non nécessaires ou apport d'un renfort médical adapté).

IV.2.5.3 Interventions hors secteur MCS

14 interventions (3,9% du total) se sont tenues en-dehors du territoire défini pour le MCS.

La question du découpage territorial décidé lors de la mise en place du MCS peut être discutée.

Certaines communes limitrophes au territoire du MCS de la VdB, situées à moins de 30 minutes du SMUR restent difficiles d'accès depuis Strasbourg et le MCS de la VdB y intervient plus rapidement.

C'est le cas notamment de la commune de Still, située à 33,7km du SAMU de Strasbourg soit 28 minutes de trajet (34) et qui concentrait plus de la moitié des interventions hors secteur du MCS de la VdB (8 des 14 interventions hors secteur). Le MCS était souvent sollicité dans cette commune car il permettait d'y réduire le délai de prise en charge médicale.

D'autres interventions MCS hors secteur correspondaient à la nécessité d'un renfort médical pour le SMUR dans des communes limitrophes du territoire de la VdB. En cas de victimes multiples notamment, l'action du MCS en renfort du SMUR permettait l'économie du recours à un second SMUR et évitait de désarmer le reste du territoire en cas d'urgence vitale supplémentaire à prendre en charge.

Néanmoins, l'utilisation du MCS hors secteur doit rester exceptionnelle car elle entraîne une augmentation des délais d'intervention du MCS et met à nouveau le territoire de la VdB en situation de vulnérabilité.

De plus, une intervention MCS hors secteur peut également s'avérer stressante pour le médecin qui ne connaît pas nécessairement le secteur géographique sur lequel il est sollicité, celui-ci étant seul dans son véhicule pour se rendre sur intervention.

IV.2.5.4 Les interventions hors horaires d'astreinte

14 déclenchements du MCS se sont tenus en-dehors des horaires conventionnels d'astreinte de 08h à 20h et 13 d'entre eux étaient dans le créneau horaire de 07h à 08h.

Nous pouvons nous poser la question s'il est justifié d'élargir les horaires d'astreinte du MCS.

Comme nous le rediscuterons plus tard, l'activité nocturne concernant les urgences préhospitalières était plus faible que l'activité diurne (données du SAMU).

Le dispositif de MCS mis en place à la clinique Saint-Luc couvre la période 8h-20h qui regroupe la majeure partie de l'activité préhospitalière sur le territoire de la VdB (65% du total des interventions du SAMU sur la période d'étude).

Une couverture plus large du dispositif par le GHSV paraît délicate au vu de l'effectif restreint de ses médecins participants (6 puis 5 médecins).

Néanmoins, lors de la mise en place du dispositif, il a été discuté d'intégrer les MGL du territoire de la VdB, en leur réservant notamment les créneaux de PDSA en soirée et éventuellement en nuit profonde.

La problématique du manque d'effectif médical pour assurer le MCS de la VdB est donc réelle. La pérennité du dispositif est de ce fait remise en question.

L'absence d'intégration des MGL du territoire de la VdB ne permet donc qu'une couverture temporelle partielle par le dispositif en place. Certaines tranches horaires où l'activité préhospitalière reste conséquente ne sont donc pas couvertes.

La troisième partie de notre travail s'attachera à établir les principales raisons de l'absence des MGL du MCS.

IV.2.5.5 Médicalisation du transport

Le MCS de la VdB a assuré la médicalisation du transport de 2 patients pendant la période de l'étude.

Dans la convention du MCS de la VdB (31) (Annexe 1), il est spécifié que le MCS ne

participe pas au transport du patient pris en charge.

Nous pouvons discuter le fait que la médicalisation du patient peut s'avérer utile dans une situation précise : lorsque l'état du patient pris en charge par le MCS de la VdB nécessite la réalisation d'un bilan hospitalier susceptible d'être réalisé à la clinique Saint-Luc de Schirmeck et qu'il est stabilisé sur le plan clinique.

Dans ce cas, le renfort du SMUR ne paraît plus indispensable et le MCS peut alors demander son annulation dans l'objectif d'une économie de moyens. Il peut alors médicaliser le transport du patient jusqu'à la clinique Saint-Luc pour assurer la surveillance de ce dernier.

Cette prise en charge locale permet également de décharger les urgences du CHU de Strasbourg de la prise en charge de ces patients.

Néanmoins, cette pratique n'a pas vocation à être généralisée.

IV.2.6 Collaboration MCS-ISP

L'ISP était présent sur 72% des interventions du MCS (257 interventions sur 360).

Rappelons que le MCS intervient seul contrairement au SMUR dont l'équipage comprend un ambulancier (ou un équipage de vol pour DRAGON 67), un infirmier et un médecin.

D'autre part, il existe un partenariat entre le GHSV et le SDIS 67 depuis le 01 août 2016 qui a permis la création d'une ligne d'astreinte ISP supplémentaire pour la VdB basée à la policlinique de la clinique Saint-Luc de Schirmeck.

Dans certaines situations d'urgence vitale, la présence d'un médecin seul ne permet pas d'assurer une prise en charge optimale du patient s'il n'est pas accompagné d'autres secouristes ou soignants (par exemple, lors d'un arrêt cardio-respiratoire nécessitant un

massage cardiaque, le médecin ne pourra pas mettre en place les thérapeutiques médicales indispensables).

De plus, le MCS étant avant tout médecin généraliste, il ne dispose pas nécessairement de l'expérience de tous les gestes techniques de la prise en charge de l'urgence vitale préhospitalière car elle n'est pas son activité quotidienne. L'ISP peut alors apporter son expertise dans certains de ces domaines, par exemple la pose des abords veineux ou l'aide à l'intubation.

La collaboration du MCS avec l'ISP est donc une association de proximité particulièrement efficace et adaptée à la gestion de l'urgence vitale sur des territoire isolés comme ceux de la VdB.

IV.3 Évaluation de l'activité du MCS dans le temps

IV.3.1 Répartition de l'activité MCS

360 interventions se sont tenues sur la période d'étude allant du 18 mai 2015 au 17 mai 2018, soit une moyenne annuelle de 120 interventions par an, 10 interventions par mois et d'une intervention tous les 3 jours.

IV.3.1.1 Sur la période d'évaluation

Nous observons une activité relativement stable au cours des 2 premières années du dispositif (année 1 : 126 interventions ; année 2 : 129 interventions) et une baisse de l'activité au cours de la troisième année (105 interventions réalisées seulement).

Parallèlement, le SAMU connaissait une activité croissante constante.

La troisième année d'activité du MCS correspondait à l'année où l'indisponibilité du MCS

pour les astreintes (08h-20h) a été la plus importante.

Elle était liée à un sous-effectif médical secondaire à la démission d'un des praticiens participants ainsi que l'absence temporaire d'un second praticien. Il ne restait donc plus que 4 médecins assurant l'activité de MCS en parallèle de l'activité de garde et d'astreinte à la clinique Saint-Luc.

Nous notons donc à nouveau la fragilité du dispositif MCS de la VdB en lien avec le faible effectif de médecins participants.

IV.3.1.2 Mensuelle

L'activité du MCS a été la plus forte en février (38 interventions au total) et la plus faible en mars (23 interventions).

L'activité MCS fluctuait sans élément remarquable à signaler hormis une légère tendance croissante de l'activité à partir de mars jusqu'à la fin de l'année.

IV.3.1.3 Journalière

La journée présentant l'activité la plus importante était le lundi (60 interventions au total sur la période) et l'activité la moins importante était celle du mardi (39 interventions), proportionnellement au niveau d'activité observé pour le SAMU/SMUR.

Nous constatons que l'activité du weekend était intermédiaire et représentait 28% de l'activité du MCS (98 interventions) : l'activité du dimanche (53 interventions au total) était notamment supérieure à la moyenne journalière lissée de 51,4 interventions sur la période. L'activité du SAMU s'avérait quant à elle être maximale le dimanche.

Cette donnée justifie donc la nécessité de poursuivre l'astreinte du MCS le weekend sur le secteur de la VdB.

IV.3.1.4 Horaire

96% des interventions ont bien eu lieu entre 08h et 20h (346 interventions), témoignant d'un respect global des horaires d'astreinte du MCS par le SAMU. Les pics d'activité étaient relevés à 9h, 14h et 18h. Nous constatons que l'activité du MCS était globalement proportionnelle à celle du SAMU.

Les interventions en-dehors des horaires d'astreinte concernaient 14 interventions (4% du total) et était un des motifs d'intervention non conventionnelle. Parmi elles, 13 étaient comprises dans le créneau horaire 07h-08h, précédant immédiatement le début de l'astreinte du MCS.

La question de l'élargissement à cette tranche horaire pouvait donc être posée afin d'améliorer la couverture des urgences préhospitalières du territoire de la VdB par le MCS.

IV.3.2 Répartition de l'activité SAMU

783 interventions du SAMU/SMUR se sont tenues sur le territoire de la VdB lors de la période d'évaluation de notre étude, soit 261 par an en moyenne, 21,8 par mois et 5 interventions par semaine en moyenne.

IV.3.2.1 Sur la période d'évaluation

Contrairement au MCS, nous observons bien une activité croissante sur le territoire de la VdB avec une progression de 16% du nombre d'interventions entre l'année 1 (239 interventions) et 3 (277 interventions).

L'évolution de l'activité du MCS était donc bien en rupture avec celle du SAMU lors de la troisième année d'activité notamment.

IV.3.2.2 Mensuelle

L'activité maximale du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB était enregistrée en

février (83 interventions) et l'activité minimale en mars (54 interventions). La fluctuation mensuelle était aléatoire.

Logiquement, l'activité du MCS suit donc de manière proportionnelle celle du SAMU.

IV.3.2.3 Journalière

L'activité maximale du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB était celle du dimanche (125 interventions, 16% du total).

L'activité du SAMU était plus intense le weekend que la semaine. Elle représentait 31% de l'activité totale du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB pendant la période (243 interventions).

L'astreinte du weekend est donc justifiée pour le MCS puisqu'elle suit proportionnellement celle du SAMU sur son secteur.

IV.3.2.4 Horaire

Les interventions entre 08h et 20h représentaient 65% de l'activité totale du SAMU sur le territoire du MCS de la VdB (506 interventions).

Les pics d'activités se situaient en milieu de matinée (09h-10h) et d'après-midi (16h-17h).

Globalement, nous constatons une période d'activité basale nocturne entre 23h et 07h du matin (de 13 à 21 interventions comptabilisées par créneau horaire), contrebalancée par une activité diurne beaucoup plus importante (de 31 à 54 interventions par créneau horaire).

L'astreinte du MCS couvre la période 08h-20h.

Nous constatons 2 créneaux d'activité forte pour le SAMU qui ne sont donc pas couverts par l'astreinte du MCS de la VdB : le créneau horaire 07h-08h et la tranche 20h-23h.

L'effectif de médecins de la clinique Saint-Luc participant au MCS étant restreint, il est difficile d'envisager un élargissement des horaires d'astreinte du MCS dans les conditions

actuelles.

L'intégration au dispositif des MGL du secteur permettrait d'élargir les horaires d'astreinte du MCS aux horaires de PDSA sans rentrer en conflit avec l'activité libérale des MGL en journée.

IV.3.3 Disponibilité calendaire du MCS sur la période d'évaluation

Sur les 13 140 heures théoriques d'astreinte du MCS sur la période, 192 heures d'indisponibilité du MCS étaient relevées soit 1,46% du temps d'astreinte théorique total.

Ce faible taux d'indisponibilité témoigne de la fiabilité opérationnelle du dispositif et du sérieux de ce partenaire du SAMU pour la prise en charge de l'urgence vitale préhospitalière sur le territoire de la VdB.

L'étude du détail des indisponibilités mettait en évidence les différentes causes :

- L'entretien du véhicule (révisions, changements de pneumatiques, réparations) représentait 46% de l'indisponibilité totale (192 heures). Dans l'organisation du MCS de la VdB, le véhicule dédié est indispensable au MCS puisqu'il transporte le matériel médical et médicamenteux pour la prise en charge médicale précoce du patient. Les indisponibilités sont organisées et optimisées avec le garagiste afin d'être les plus courtes possible (une seule indisponibilité de plus de 24 heures liée à un dégât de carrosserie). Cet entretien du véhicule est indispensable afin de garantir les conditions de sécurité au MCS.
- La seconde cause de carence était liée à l'indisponibilité du personnel MCS (84 heures, 44% de l'indisponibilité). Comme nous l'avons évoqué précédemment, 2017 a été marqué par la démission d'un MCS de la clinique Saint-Luc et un second médecin a été indisponible au cours du premier semestre 2018. Il ne restait alors plus que 4 médecins

participant aux astreintes MCS. Celles-ci sont assurées en parallèle d'obligations d'astreintes et de gardes de service à la clinique Saint-Luc restant prioritaires. Afin d'éviter un épuisement professionnel du personnel restant, 4 astreintes de weekend n'ont pas été réalisées entre avril et mai 2018. Le recrutement et la formation de nouveaux praticiens pour renforcer l'effectif MCS et pérenniser le dispositif paraît donc être une priorité.

- Enfin, l'activité de formation des MCS (12 heures d'indisponibilité soit 6% du total) et une nécessité organisationnelle (8 heures d'indisponibilité soit 4% du total) étaient les autres causes annexes d'indisponibilité.

IV.3.4 Proportion des urgences préhospitalières couvertes par le MCS sur la période d'évaluation et sur le secteur MCS

La proportion des urgences préhospitalières couvertes par le MCS de la VdB sur son secteur lors la période complète d'étude n'était que de 40,4% (345 interventions MCS contre 855 interventions préhospitalières au total).

2 raisons principales peuvent expliquer ce très faible taux de couverture :

- Tout d'abord, l'astreinte du MCS ne couvre que la période de 08h à 20h. Cette période comprend les pics d'activité, mais 35 % des interventions réalisées par le SAMU sur le territoire du MCS de la VdB se sont tenues entre 20h et 08h (277 interventions) et n'ont donc pas été couvertes par le MCS. 139 d'entre elles se sont tenues entre 07h-08h et 20h-23h, horaires pour lesquels l'activité reste élevée pour le SAMU sur le territoire MCS et pourraient être couverts par la PDSA des MGL.
- Ensuite, nous avons pu constater que le recours au MCS n'était pas systématique et largement sous-utilisé par le SAMU puisque seuls 57,8% des interventions

préhospitalières sur le territoire du MCS de la VdB entre 08h et 20h avaient effectivement abouti au déclenchement du MCS.

Les astreintes de MCS effectuées par les médecins de la clinique Saint-Luc couvrent donc la période comprenant l'activité préhospitalière la plus forte sur le territoire de la VdB entre 08h et 20h. Cette période d'astreinte paraît difficile à concilier avec l'activité libérale intense rencontrée par les MGL sur le territoire.

Néanmoins, sans leur renfort au cours des horaires de PDSA, un élargissement de l'astreinte MCS aux horaires de soirée (activité préhospitalière restant importante) et aux horaires de nuit (persistance d'une activité basale) paraît délicat car les médecins de la clinique Saint-Luc doivent par ailleurs satisfaire à leurs gardes et astreintes de service.

Enfin, l'absence de recours systématique au MCS lors de sa période d'astreinte pose la question des raisons de cette sous-utilisation : mauvaise information et communication autour de ce dispositif spécifique à la VdB auprès des opérateurs de régulation médicale du SAMU ? Mauvaise connaissance géographique du territoire concerné ? Oubli de déclenchement du MCS en l'absence d'astreinte permanente disponible ? Mode de déclenchement inhabituel complexifiant son utilisation ? Économie territoriale volontaire des moyens de secours engagés ?

IV.4 Évaluation géographique de l'activité du MCS

Le MCS de la VdB a réalisé 14 interventions en dehors de son territoire lors de la période d'étude (4% du total des interventions du MCS).

IV.4.1 Entrée de vallée

L'entrée de vallée a bénéficié de 124 interventions du MCS sur la période (34% du total) ; le SAMU était intervenu à 330 reprises.

Rapporté à sa population qui est la plus importante de la VdB (11 980 habitants en 2017 (41)), la densité d'intervention annuelle moyenne du MCS était au final la plus faible de la VdB avec 3,4 interventions pour 1 000 habitants par an, en-dessous de la moyenne de 4,6 interventions pour 1 000 habitants par an du territoire du MCS de la VdB.

Pour le SAMU, la densité moyenne était de 9,2 interventions pour 1 000 habitants par an, 2,7 fois supérieure à celle du MCS sur ce secteur et légèrement supérieure à la densité nationale d'intervention moyenne annuelle de 8,7 interventions pour 1 000 habitants par an (44).

Le MCS a mis en moyenne 11,7 minutes pour se rendre sur les lieux de l'intervention (valeur médiane de 11 minutes).

Le SAMU (tous moyens confondus) a eu un délai moyen d'intervention de 25,6 minutes (médiane de 26 minutes). 239 délais d'intervention étaient calculables (72,4% des 330 interventions).

DRAGON 67 avait un délai d'intervention moyen de 16,6 minutes (médiane de 14 minutes). 33 délais d'intervention calculables ont pu être calculés sur 36 interventions (91,7%).

Le MCS intervenait de manière significativement plus rapide sur ce secteur d'entrée de VdB que le SMUR (différentiel de 13,9 minutes, $p < 2,2 \cdot 10^{-16}$) et que DRAGON 67 (différentiel de 4,9 minutes, $p = 0,0087$).

Nous constatons une dispersion assez faible des délais d'intervention du MCS sur ce

secteur (écart-type de 4,6 minutes) : ceci témoignait d'une bonne régularité du délai d'intervention du MCS sur ce secteur.

En effet, le secteur d'entrée de vallée est situé géographiquement entre Schirmeck où est basé le MCS et la zone Molsheim-Mutzig d'où partent en intervention plusieurs MCS au cours de leurs astreintes à domicile.

Le diagnostic local de santé de la VdB (26) avait établi que les marqueurs socio-économiques de ce territoire étaient les plus favorables de la VdB et que l'indice de mortalité prématuré ne différait pas des valeurs régionales de référence contrairement aux autres secteurs du territoire de la VdB moins favorisés.

Nous constatons donc que la densité d'intervention du SAMU (9,2 interventions pour 1000 habitants par an) était similaire à la densité d'intervention nationale.

Pour le MCS, cette densité était la plus faible des 3 secteurs de la VdB, en-dessous de la moyenne du territoire, témoignant d'une faible utilisation du dispositif sur ce secteur (3,4 interventions pour 1 000 habitants par an). Le SAMU intervenait 2,7 fois plus que le MCS sur ce secteur, ce rapport était le plus important des 3 secteurs du MCS de la VdB

Le SAMU 67 y affichait des délais d'intervention plus courts que sur les autres secteurs en raison de sa plus grande proximité géographique avec Strasbourg.

L'éloignement plus faible de ce secteur par rapport au SAMU/SMUR de Strasbourg semblait donc aboutir à une utilisation plus faible du MCS sur ce secteur en raison de délai d'intervention moins longs pour le SAMU.

C'est très probablement pour cette raison également que nous observions une faible utilisation du moyen hélicoptère DRAGON sur ce secteur, qui nécessitait une logistique plus importante (décollage, recherche de zone d'atterrissage, transport secondaire éventuel de l'équipage médical sur les lieux de secours) avec un coût supérieur pour un bénéfice limité

par rapport au SMUR terrestre.

IV.4.2 Centre-bourg

Le centre-bourg était le secteur qui concentrait le plus d'intervention du MCS de la VdB : 137 interventions soit 38% du total de ses interventions ; le SAMU était intervenu à 262 reprises.

Rapporté à sa population de 9 071 habitants en 2017 (41), la densité d'intervention annuelle était intermédiaire à 5,0 pour 1 000 habitants par an, au-dessus de la moyenne du territoire de la VdB de 4,6 pour 1 000 habitants par an.

Pour le SAMU, la densité d'intervention était de 9,6 interventions pour 1 000 habitants par an, 1,9 fois supérieure à celle du MCS.

Le délai d'intervention moyen du MCS sur ce secteur était de 10,2 minutes (médiane de 8 minutes). Le délai extrême de 41 minutes correspondait à une intervention en zone forestière comportant des difficultés d'accès importantes.

Le délai d'intervention moyen du SAMU (tous moyens confondus) sur ce secteur était de 29,2 minutes pour un délai médian de 31 minutes (147 délais d'intervention calculable sur 262 interventions totales, soit 56,1%).

Enfin, DRAGON 67 a mis en moyenne 20,0 minutes pour intervenir sur le secteur (délai médian de 18 minutes (89 interventions mais seuls 32 délais ont pu être déterminés (36%)).

Le MCS était donc significativement plus rapide que le SMUR (tous vecteurs confondus) sur ce secteur ($-19,0$ minutes, $p < 2,2 \cdot 10^{-16}$) et que DRAGON ($-9,7$ minutes, $p = 5,3 \cdot 10^{-8}$).

Le territoire du centre-bourg comporte Schirmeck qui est le chef-lieu de la VdB et accueille la clinique Saint-Luc où est stationné le MCS de la VdB.

Le positionnement central de ce secteur sur le territoire de la VdB ainsi que la proximité de la base du MCS permettent des délais d'intervention raccourcis pour le MCS.

C'est sur ce secteur que les différences de délai d'intervention étaient les plus importants avec le SMUR et DRAGON et que la significativité statistique était la plus importante.

La valeur ajoutée du MCS paraît donc y être la plus importante d'autant plus que la part des interventions sur ce secteur est le plus important de la VdB (38%).

C'est également sur ce secteur que le MCS était le plus sollicité par le SAMU puisque le rapport entre l'activité du SAMU et du MCS sur le secteur de 1,9 était ici le plus faible des 3 territoires. La proximité géographique semble donc entrer en compte pour le déclenchement du MCS par le SAMU.

Nous constatons une très faible proportion de délais d'intervention calculable pour DRAGON 67 sur ce secteur (36%).

Ceci est probablement lié aux difficultés rencontrées par DRAGON pour trouver un terrain d'atterrissage dans cette zone plus densément peuplée du territoire ; il atterrit donc à distance (terrain de football, terrain vague à proximité) et nécessite l'intervention d'un transport secondaire (VSAV des pompiers principalement) afin de se rendre sur les lieux précis de l'intervention.

Malgré des délais d'intervention significativement plus longs pour DRAGON que pour le MCS, il conserve son utilité sur ce secteur car il permet un rapatriement de la victime dans les meilleurs délais jusqu'aux services spécialisés du CHU. Le recours à DRAGON sur ce secteur restait donc élevé par le SAMU, puisque ce sont 34% des interventions du SAMU sur le secteur qui ont été assurées par DRAGON.

IV.4.3 Haut de vallée

On dénombrait seulement 85 interventions MCS sur le haut de vallée. Il s'agissait du secteur bénéficiant de la plus faible part des interventions MCS (24% du total des interventions MCS). Rapporté à sa faible population (4 850 habitants), nous constatons que la densité annuelle d'interventions du MCS y était néanmoins la plus forte des 3 secteurs avec 5,8 interventions/1000 habitants.

Pour le SAMU, 191 interventions se sont tenues, soit une densité moyenne de 13,1 interventions pour 1 000 habitants par an.

L'activité du SAMU était donc 2,2 fois supérieure à celle du MCS (valeur intermédiaire par rapports aux deux autres secteurs).

Le délai d'intervention moyen du MCS sur ce secteur était de 19,3 minutes (médiane de 18 minutes).

Le SAMU (tout vecteurs confondus) était intervenu en moyenne en 31,3 minutes sur ce secteur (médiane de 30 minutes). 100 délais étaient calculables sur 191 (52,4%, perte de donnée importante induisant une perte de puissance).

Enfin, DRAGON 67 affichait un délai moyen d'intervention à 26,2 minutes sur le secteur, avec une médiane de 20 minutes. 47 délais ont pu être calculés sur 66 interventions (71,2%).

Le MCS intervenait donc plus rapidement sur ce secteur que le SAMU (-12 minutes, $p=3,4.10^{-11}$) et que DRAGON (-6,9 minutes, $p=0,012$).

Premièrement, nous constatons que le délai d'intervention moyen du MCS était le plus long des 3 secteurs.

Ce secteur est en effet le plus montagneux de la VdB induisant des aléas climatiques compliquant la circulation hivernale. C'est également un secteur étendu avec une faible

densité et une dispersion importante de sa population.

Depuis Schirmeck, la durée de trajet en condition de circulation normale est de 24 minutes jusqu'à Saâles (20 km de distance) qui est la localité située à l'extrémité sud-ouest du territoire du MCS de la VdB (en comparaison, 19 minutes et 20 km séparent Schirmeck d'Oberhaslach en entrée de vallée) (34).

De plus, lors des astreintes à domicile, le délai d'intervention du MCS peut être d'avantage majoré selon le lieu du domicile du médecin.

Il s'agit également logiquement du secteur au délai d'intervention le plus long pour le SAMU en raison de son éloignement géographique plus important.

La part des interventions DRAGON était la plus importante du territoire pour le SAMU, puisque 35% des urgences préhospitalières sur ce secteur bénéficiaient de l'intervention de DRAGON 67 (66 interventions DRAGON sur un total de 191 sorties SMUR sur le secteur). Le moyen hélicoptéré permettait une baisse des délais d'intervention pour le SAMU.

A noter que la valeur extrême haute du délai d'intervention du DRAGON sur ce secteur était responsable d'une dispersion importante des valeurs (écart-type de 17,4 minutes, valeurs s'échelonnant de 11 minutes à 116 minutes pour une intervention avec départ retardé de DRAGON). Ceci entraînait une hausse sensible de la moyenne des délais d'intervention à 26,2 minutes. La médiane, moins affectée par les valeurs extrêmes n'était que de 20 minutes, ce qui était proche de la valeur de 18 minutes observée pour le MCS.

Nous constatons une densité d'intervention qui était la plus élevée du territoire du MCS de la VdB pour le MCS ainsi que pour le SAMU. Cette dernière était même largement supérieure à la moyenne nationale de 8,7 interventions pour 1 000 habitants par an (44).

Nous pouvons nous interroger sur les raisons de la sur-sollicitation des moyens de secours

préhospitaliers sur ce secteur de la VdB.

Nous avons constaté précédemment que les indices sociodémographiques et de mortalité du centre-bourg et du haut de vallée étaient moins favorables qu'en entrée de vallée (26). Cela traduit un état de santé de la population plus dégradé dans ces secteurs. Néanmoins, nous constatons que la densité d'intervention du haut de vallée se détachait encore largement de celle du centre-bourg.

En observant la densité médicale, le diagnostic local de santé avait mis en évidence une nette carence dans le haut de vallée par rapport au reste du territoire de la VdB (cf Figure 6 représentant les densités lissées de MGL par rapport à la population). Ainsi, il est aisé de concevoir que la difficulté d'accès aux soins ambulatoires sur ce secteur peut être une des raisons pour expliquer la présence plus importante d'urgences médicales préhospitalières.

En résumé, le MCS était statistiquement plus rapide que le SAMU en raison des distances de trajet d'intervention.

Néanmoins, DRAGON rivalisait avec le MCS car le délai moyen du MCS était le plus élevé de la VdB sur ce secteur et les valeurs extrêmes rencontrées pour DRAGON perturbaient à la hausse les valeurs moyennes de délais d'intervention. La significativité de l'avantage du MCS sur le DRAGON dans ce secteur, qui était la plus faible du territoire (-6,9 minutes, $p=0,012$), serait encore affaiblie si ces valeurs extrêmes n'avaient pas été prises en compte. Les médianes, moins affectées par ces valeurs extrêmes était d'ailleurs très similaires pour le MCS et DRAGON (18 et 20 minutes respectivement). De plus, le retour dans les services spécialisés sera beaucoup plus rapide par voie hélicoptérée, ce qui est indispensable dans les pathologies où le délai de prise en charge s'avère essentiel (syndrome coronariens, accidents vasculaires cérébraux).

Enfin, la fiabilité inconstante du recours au moyen hélicoptéré liée aux variations de

météorologie reste un élément important qui plaide en faveur du recours au MCS.

IV.5 Évaluation du type d'activité du MCS

IV.5.1 Classification CCMU

« Le MCS constitue un relais pour le service d'aide médicale urgente dans la prise en charge de l'urgence vitale »(5).

Ainsi, nous constatons que les interventions nécessitant des actes de réanimation immédiats (CCMU5) représentaient 19% des interventions du MCS (70 interventions).

Les interventions engageant le pronostic vital sans manœuvre immédiate de réanimation (CCMU 4) représentaient également 26% des sorties du MCS (93 interventions).

Au total, les interventions du MCS qui prenaient en charge les victimes « graves » (CCMU 4 et 5) représentaient donc 45% des interventions (163 interventions) du MCS, soit une part très importante de son activité.

La prise en charge de victimes « intermédiaires », représentées par le groupe CCMU 3 (état susceptible de s'aggraver sans mise en jeu du pronostic vital), représentait la deuxième part d'activité du MCS en termes de volume d'interventions : 141 interventions, soit 39%.

Enfin le groupe de victimes « légères », correspondant aux catégories CCMU 1 et 2 représentaient une partie moins importante des prises en charges : 31 patients soit 9% des interventions.

Nous constatons donc que le MCS est utilisé à bon escient :

- La part des victimes « graves » était majoritaire parmi les prises en charge du MCS. C'est là que son utilité est la plus importante, puisque la rapidité de réalisation des gestes thérapeutiques ou de réanimation conditionne le pronostic ultérieur de la victime ;
- Les patients « intermédiaires » représentaient la seconde part d'activité du MCS. L'intervention précoce du MCS permet de confirmer l'état clinique du patient et d'adapter les moyens engagés au plus juste et de libérer le cas échéant les renforts médicaux qui ne s'avèrent pas nécessaires ;
- Enfin, le groupe de patients « légers » ne représentait que 9% des interventions. L'exercice de la régulation médicale au SAMU est très complexe : un déclenchement « excessif » peut avoir lieu lorsque les informations transmises par les témoins ou les secouristes majorent faussement la gravité de l'état clinique de la victime. Le déclenchement « en excès » est alors corrigé par le MCS qui redresse la situation et libère les moyens engagés en excès par le SAMU.

Les autres prises en charge regroupent :

- Le groupe de patients CCMU P (6 interventions, 2% du total) correspondant à une prise en charge psychiatrique sans affection somatique relevant plutôt de la médecine libérale de garde ;
- Le groupe de patients CCMU D pour les patients décédés à l'arrivée des secours et sans réanimation entreprise où le MCS garde son utilité pour confirmer rapidement le décès et l'absence de réanimation à entreprendre.

IV.5.2 Répartition par pathologie

L'activité principale du MCS était la prise en charge de pathologie cardiaque qui

représente 40 % de son activité totale soit 144 interventions.

Le diagnostic local de santé du territoire de la VdB établi en 2013 avait effectivement mis en évidence une surmortalité cardio-vasculaire de 20% sur le territoire de la VdB par rapport à la moyenne régionale (26) et constituait un point prioritaire du contrat local de santé (23).

L'intérêt du MCS est primordial dans la pathologie cardio-vasculaire aigüe puisqu'il permet de compléter précocement le dispositif de prompt-secours des sapeurs-pompiers par une réanimation médicale cardio-pulmonaire en cas d'arrêt cardio-respiratoire. Pour les autres pathologies cardiaques (douleurs thoraciques et syndrome coronarien notamment), il permet d'établir un diagnostic précoce, d'administrer la thérapeutique médicamenteuse essentielle et d'orienter le patient le plus rapidement possible vers le centre spécialisé référent (unité de coronarographie).

Ces éléments sont concordants avec d'autres travaux de thèse sur le sujet du MCS qui retrouvent également une prédominance de la pathologie cardiaque (23,3% d'ACR et 16,9% de douleurs thoraciques dans la thèse de Laura Borthomieu (45) évaluant l'activité des MCS en Vienne entre 2015 et 2018 ; 34% de prise en charge cardiologique dans la thèse de Camille DEPRESZ (42) évaluant en 2017 la place d'un dispositif MCS dans le Pas-de-Calais).

Nous retrouvons ensuite les causes traumatologiques à hauteur de 16% des interventions (58 interventions).

Le diagnostic local de santé avait souligné la surmortalité locale par morts violentes traumatiques et par empoisonnement de 30% par rapport aux valeurs régionales de référence (26).

Le MCS permet une prise en charge médicale précoce gage d'un meilleur pronostic et peut assurer une antalgie rapide adaptée dans ces situations.

Notons également l'utilité du MCS dans la prise en charge de la pathologie neurologique, représentant 15% de l'activité (54 interventions). La présence du MCS permet de limiter les séquelles neurologiques du patient par le diagnostic et une orientation précoces en filière thrombolyse dans le cadre des accidents vasculaires cérébraux, l'administration précoce d'anticonvulsivants, etc...

IV.6 Impact du MCS sur le SAMU/SMUR

IV.6.1 Annulations de SMUR par le MCS

Le critère d'annulation de SMUR par le MCS était une donnée intéressante puisqu'il permettait d'évaluer l'économie de moyen SMUR réalisé par le SAMU grâce au MCS.

En effet, le MCS doit être déclenché en même temps qu'un moyen SMUR. Du fait de sa proximité, le MCS arrive sur les lieux de l'intervention avant le SMUR. Après l'examen initial de la victime, le MCS transmet son bilan au SAMU.

Dans les situations d'urgence préhospitalière ne nécessitant pas de renfort médical supplémentaire après la prise en charge initiale par le MCS, il peut solliciter en concertation avec le médecin régulateur du SAMU l'annulation du renfort médical SMUR en route. Le MCS assure alors seul la prise en charge du patient médicalement stable et libère précocement un moyen SMUR pouvant être redéployé ailleurs.

Cette situation permet une économie des moyens SMUR engagés par le SAMU particulièrement bienvenue en cas de pic d'activité pour éviter d'éventuelles carences de moyens SMUR sur le territoire géré par le SAMU.

Dans notre cas, 66 interventions avaient abouti à une annulation du SMUR soit 18% des interventions du MCS de la VdB.

Nous pouvons évoquer ici les situations où le MCS est déployé seul, sans déclenchement simultané de SMUR.

Ces situations qui ne sont pas dans les prérogatives légales du MCS traduisent néanmoins les situations de tension de moyens préhospitaliers qui peuvent exister au cours de certaines périodes. En cas d'indisponibilité de moyen SMUR, le MCS évite alors une carence dans la prise en charge médicale préhospitalière sur le territoire de la VdB au SAMU.

Dans notre étude, 40 interventions MCS n'ont pas bénéficié d'un déclenchement SMUR associé, soit 11% du total des déclenchements MCS.

IV.6.2 Durée d'intervention

Nous avons calculé la durée d'intervention moyenne du MCS, celle du SMUR sans l'intervention du MCS et celle du SMUR en présence du MCS. La durée d'intervention correspondait au temps passé par l'équipage médical auprès du patient.

Nous avons cherché à savoir si la présence du MCS permettait de raccourcir la durée d'intervention du SMUR grâce à la prise en charge médicale débutée par le MCS.

La durée moyenne d'intervention du MCS s'établissait à 56 minutes (médiane de 50 minutes).

Sans la présence du MCS, la durée moyenne d'intervention du SMUR était de 82,4 minutes (médiane de 75 minutes).

En présence du MCS, la durée moyenne d'intervention du SMUR était de 76,7 minutes, (médiane de 75 minutes également).

Nous constatons que la durée moyenne d'intervention du MCS était plus faible que pour le SMUR.

De même, la dispersion des valeurs de durée d'intervention était moins importante pour le MCS que le SMUR (écart-type à 27,5 minutes pour le MCS, 42,6 minutes pour le SMUR sans MCS et 35,7 minutes pour le SMUR avec MCS).

Le MCS ne participant pas à la médicalisation du transport du patient, les durées d'interventions sont alors plus contenues et la dispersion des valeurs de durée d'intervention également moins importante.

Nous constatons ensuite que la présence du MCS n'impactait pas de manière significative la durée d'intervention du SMUR : les durées médianes étaient identiques dans les 2 situations (75 minutes), la durée moyenne d'intervention était plus courte de 6,1 minutes en présence du MCS en raison d'un différentiel important de valeur maximale (maximum de 389 minutes de durée d'intervention pour le SMUR en absence de MCS contre 256 minutes seulement en présence du MCS). Le test de Welch réalisé ne permettait pas de mettre en évidence de significativité de la différence ($p=0,128$).

Les valeurs sont à interpréter avec précaution car nous avons constaté une perte de donnée importante pour les calculs de durées d'interventions des SMUR liée au fait que les horaires d'arrivée sur les lieux ne sont pas relevés, consignés ou transmis au SAMU de manière systématique : jusqu'à 45% des durées d'intervention ne pouvaient ainsi pas être calculées, induisant une perte de puissance statistique.

Nous pouvons supposer que la présence du MCS en intervention permet bien une médicalisation plus précoce. Cependant, comme c'est le SMUR qui médicalise le transport, celui-ci doit reconditionner le patient avec son propre matériel pour procéder au transport. Ceci annule le bénéfice initial de la médicalisation précoce par le MCS.

D'autre part, le temps de transport du patient relativement long et incompressible à la charge du SMUR a tendance à modérer l'avance permise par la médicalisation précoce du MCS.

Enfin, nous pouvons nous poser la question si la présence du MCS pouvait également être le reflet d'un état clinique plus sévère du patient nécessitant alors une prise en charge plus longue ? Le gain de médicalisation précoce apporté par le MCS serait alors perdu dans une durée de prise en charge rallongée du patient.

V. Conclusion

Nous avons démontré que le MCS basé à la clinique Saint-Luc de Schirmeck permet d'améliorer le délai de prise en charge de l'urgence vitale de 8h à 20h sur le territoire de la VdB lors de la période d'étude du 18 mai 2015 au 17 mai 2018. Il permet de remplir localement l'objectif national d'assurer la prise en charge de l'urgence vitale en moins de 30 minutes.

En effet, le délai d'intervention moyen du MCS était de 13 minutes contre 28 minutes pour le SAMU/SMUR de STRASBOURG. 97,8% des interventions du MCS affichaient un délai d'intervention de moins de 30 minutes contre seulement 64,6% pour le SAMU/SMUR de STRASBOURG. Le MCS était présent auprès du patient en moyenne 17,8 minutes avant le SMUR pour les interventions communes.

La rapidité d'intervention du MCS permettait d'établir un diagnostic médical précoce, de débiter les gestes de réanimation ou d'instaurer les thérapeutiques médicales plus précocement, ce qui est déterminant pour le pronostic ultérieur de la victime dans les pathologies les plus graves (arrêt cardio-respiratoire, accidents vasculaires cérébraux, syndrome coronariens aigus. La pathologie cardiovasculaire constituait la principale activité du MCS (40% des interventions)).

Nous avons pu constater la fiabilité du dispositif (1 demande du SAMU non validée), sa faible indisponibilité (1,46% du total opérationnel théorique) et sa rapidité particulière sur le secteur du centre-bourg.

Les évaluations médicales précoces du MCS permettaient également dans 18% des cas une annulation du renfort médical du SMUR qui était alors disponible pour une autre mission.

Son utilisation non conventionnelle sans déclenchement associé du SMUR (11% des interventions MCS) semblait également nous indiquer qu'il était employé occasionnellement pour couvrir les carences de moyens du SAMU. La collaboration avec l'ISP de la VdB paraissait alors essentielle.

Néanmoins, malgré le recours au MCS par le SAMU en moyenne 2 minutes avant celui au SMUR, nous devons noter une réelle sous-utilisation du dispositif : le MCS de la VdB n'a été déclenché que pour 58% des interventions préhospitalières sur son territoire entre 8h et 20h et il ne couvre ainsi que 40% de l'ensemble des interventions préhospitalières sur la période totale d'évaluation. L'étude des raisons de cette sous-utilisation auprès des opérateurs du SAMU paraîtrait intéressante dans un souci d'amélioration des pratiques professionnelles.

D'autre part, le dispositif n'offrait qu'une couverture partielle du territoire de 08h à 20h. L'absence d'astreinte nocturne ne permettait pas de couvrir 35% des interventions du SAMU.

Enfin, le manque d'effectif médical était le point de fragilité le plus important du dispositif et comptait pour 44% des indisponibilités du MCS. Ainsi, les astreintes réalisées à domicile par les médecins de la clinique Saint-Luc pouvaient soulager les équipes médicales d'astreinte et n'avaient qu'un impact modéré sur les délais d'intervention, rallongés de 3,7 minutes. C'était principalement sur le secteur de haut de vallée que l'impact était important, là où les performances du MCS étaient les moins bonnes.

L'intégration des MGL du territoire de la VdB, initialement envisagée par l'ARS, aurait pu permettre de renforcer le dispositif en place et de soutenir l'effort des médecins de la clinique Saint-Luc. La troisième partie de ce travail vise donc à étudier les freins à la participation au MCS par les MGL du secteur.

FREINS A LA PARTICIPATION AU DISPOSITIF DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU SECTEUR : ÉTUDE QUALITATIVE

I. Introduction

Après avoir étudié le dispositif MCS mis en place à la clinique Saint-Luc de Schirmeck, nous allons maintenant nous intéresser aux raisons de l'échec d'intégration des MGL du territoire de la VdB.

En effet, lors de la phase initiale de projet du MCS, l'intégration des MGL était envisagée par l'ARS, afin de permettre une couverture opérationnelle plus large, notamment lors des horaires de PDSA des MGL.

Malheureusement, aucun MGL n'a pris de fonction de MCS, malgré la participation de certains à la formation organisée par l'ARS au CESU de Strasbourg ainsi qu'au SAMU.

La participation de ces MGL aurait permis de renforcer voire de développer le dispositif mis en place.

C'est dans ce contexte que nous avons décidé d'entreprendre l'étude des principaux freins à l'adhésion au dispositif du MCS pour les MGL de la VdB après avoir étudié leurs profils professionnels, leurs opinions et connaissances du dispositif.

II. Matériel et méthode

II.1 Choix de la méthode : étude qualitative

Afin de comprendre les freins qu'ont pu rencontrer les MGL du secteur de la VdB à l'adhésion au dispositif de MCS mis en place au printemps 2015, de préciser leurs connaissances et opinions du dispositif, une étude qualitative paraissait la mieux adaptée.

II.2 Population étudiée

II.2.1 Les modalités de recrutement

Dans le cadre de cette étude, j'ai directement contacté 12 MGL installés sur le territoire de la VdB couvert par le dispositif MCS.

Après un premier contact téléphonique où j'ai succinctement présenté les objectifs de mon étude, nous avons convenu d'un rendez-vous physique afin de procéder à l'entretien.

Un médecin ayant refusé l'interview, j'ai donc réalisé 11 entretiens dans le cadre de mon étude. Le premier entretien s'est tenu le 28/05/2019 ; le dernier entretien a été réalisé le 01/07/2019.

II.2.2 Les critères d'inclusion

Seuls les MGL installés (non remplaçants) sur le territoire de la VdB au moment de la mise en place du dispositif de MCS, en mai 2015 étaient susceptibles d'être inclus dans l'étude.

II.3 Méthodologie des entretiens

II.3.1 L'enquête par entretien semi-dirigé

L'entretien est utilisé comme « instrument de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal » (46). Il permet en effet de générer des données à partir du recueil d'un discours subjectivé par l'interviewé.

L'entretien semi-dirigé était ici particulièrement adapté à notre étude, laissant une liberté de parole importante à l'interlocuteur, il permettait néanmoins d'aborder les thèmes précis au cœur de l'étude.

II.3.2 L'élaboration du guide d'entretien (Annexe n°2)

L'élaboration du guide d'entretien a été un travail préalable à la réalisation des entretiens. Il m'a servi de support de travail afin d'aborder les différents thèmes que je souhaitais développer au contact des interviewés.

Il s'agissait d'un support malléable qui était adapté selon l'interaction avec l'interlocuteur.

II.3.3 Conduite des entretiens

L'entretien a débuté par une présentation personnelle ainsi que celle de l'objectif de l'étude.

Dans un premier temps, j'ai cherché à établir un profil socio-professionnel des praticiens par l'intermédiaire de questions précisant leur âge, durée d'installation, mode d'exercice et orientation des pratiques professionnelles.

Leur participation à la PDSA était recherchée, de même qu'une éventuelle activité de MSP.

Enfin, j'ai cherché à savoir si le praticien avait une appétence à la prise en charge de

l'urgence vitale et s'il avait suivi des formations dans ce domaine.

Dans un second temps, les connaissances concernant le dispositif national puis local de MCS étaient évaluées. Des rappels concernant chacun d'eux effectués.

Enfin leurs opinions étaient recueillies concernant le dispositif.

Dans un troisième temps les freins à l'adhésion au dispositif pour les MGL ont été évoqués avec les praticiens.

Liberté d'expression était donnée à l'interviewé, puis des questions de relance ont été posées afin d'aborder différentes problématiques lorsqu'elles n'étaient pas évoquées spontanément : relation avec l'ARS, aspect financier, responsabilité médicale, interaction avec la médecine libérale, rapport à l'urgence, aspect organisationnel et logistique.

Enfin les pistes d'amélioration étaient envisagées avec les praticiens.

II.3.4 Le nombre d'entretiens

Le nombre d'entretiens à réaliser n'a pas été fixé à l'avance. Celui-ci a été déterminé au cours du recueil des données.

En effet l'analyse des données a été effectuée en parallèle de la réalisation des entretiens. Il est arrivé un moment où l'étude de tout nouvel entretien ne permettait plus d'obtenir d'information nouvelle, ce qui m'a permis de savoir que j'étais arrivé à la saturation des données.

C'est ainsi que j'ai donc stoppé mon étude après réalisation de 11 entretiens.

II.4 Méthodologie de recueil et d'analyse des données

II.4.1 Recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone (logiciel d'un téléphone portable) après obtention du consentement de l'interviewé en début d'entretien. Le caractère confidentiel de l'entretien était assuré et le praticien était informé de sa retranscription complète et de son anonymisation.

La retranscription la plus fidèle des entretiens a été rédigée dans le logiciel WORD afin de constituer le verbatim, base de travail de l'étude. Certains tics de langages ont été modifiés, les pauses et interruptions restent signifiées.

L'anonymisation des entretiens numérotés MG1 à MG11 a été assurée en remplaçant les noms et les villes par respectivement X et Y (excepté les noms des villes en rapport avec le dispositif de MCS).

II.4.2 Analyse des données

L'analyse des données s'est faite selon la méthode de la théorisation ancrée, développée en 1967 par les sociologues GLASER et STRAUSS dans « The Discovery Of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research » (47).

A la différence de la méthode hypothético-déductive qui vise à tester une hypothèse dans un cadre scientifique, l'approche qualitative inductive vise à comprendre un phénomène social ou humain sans chercher à le quantifier.

L'objectif étant d'en construire une « théorie qui soit ancrée dans les faits » (47), par l'analyse et l'interprétation des données issues des entretiens: il s'agit là du principe de

conceptualisation.

Il est important que l'investigateur se détache de ses idées et connaissances préalables afin d'éviter les biais de préconception.

L'analyse progressive des données des entretiens permet de dégager les nœuds de sens produits par le discours de l'interlocuteur en leur attribuant un code.

Cette première étape du codage ouvert sera suivie par un codage plus sélectif permettant de regrouper les codes entre eux et de parvenir à une catégorisation, permettant de donner un sens plus général à ces éléments du corpus, par le biais de la comparaison continue.

La mise en relation de ces différentes catégories permet in fine l'élaboration d'une théorie.

Cette étape du codage a été réalisée à l'aide du logiciel EXCEL, permettant de créer un tableur regroupant ces différents éléments (Annexe CD-ROM : Grille d'analyse thématique). Celui-ci est utilisé comme base pour la présentation des résultats.

III. Résultats

III.1 Population étudiée et caractéristiques principales

J'ai réalisé 11 entretiens au total d'une durée moyenne de 34 minutes (entre 23 et 62 minutes, durée médiane : 32 minutes). 10 d'entre eux (91%) se sont tenus au cabinet du MGL interviewé, un seul (9%) s'est tenu dans un restaurant.

9 des médecins rencontrés (82%) étaient des hommes. L'âge moyen était de 53,3 ans (entre 35 et 67 ans, médiane 52 ans). 8 d'entre eux (73%) étaient domiciliés dans le secteur de la vallée de la Bruche.

La durée moyenne d'installation des MGL rencontrés était de 21,5 ans (entre 5 et 38 ans, médiane 20 ans). Le mode d'installation le plus fréquent était la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) avec 5 représentants (45%), 2 médecins étaient installés de manière isolée (18%) et 4 autres étaient associés (36%).

Un seul médecin ne participait pas à la PDSA (9%), et 5 d'entre eux (45%) assuraient encore les permanences de nuit profonde (20h à 08h).

5 MGL ont eu une activité de MSP au cours de leur carrière (45%) et un seul d'entre eux est encore en activité.

5 médecins décrivaient une appétence pour la prise en charge des urgences (45%), 3 d'entre eux ne se sentaient pas à l'aise (27%), les autres avaient une position intermédiaire. Tous les médecins ont été formés à l'urgence lors de leur formation universitaire (stages/gardes d'urgence, SAMU, policlinique ou réanimation).

Enfin tous les praticiens centraient leur activité sur une omni-pratique, l'orientation spécifique la plus représentée était la médecine du sport (2 MGL, 18%) et l'ostéopathie (2MGL, 18%).

III.2 Connaissance du dispositif MCS

III.2.1 Dispositif national

Un manque d'intérêt au dispositif voire une absence de connaissance a pu être constatée chez certains praticiens :

- *"Non, ça ne m'intéresse pas" V9p62 ;*
- *"National, je connais pas" V10p70.*

La majorité des MGL avait une connaissance très partielle du dispositif de MCS :

- Relais du SAMU dans les zones isolées :
 - *"un dispositif qui permet de palier ce délai qui était trop long (...). Donc prendre le relais du SAMU" V4p29 ;*
- Sur des territoires identifiés :
 - *"C'est sur certains territoires, en montagne principalement" V5p35 ;*
- Dispositif visant à la réduction des délais d'intervention :
 - *" ça découle de la volonté à une époque que chaque patient soit pris en charge dans un délai de moins de 30 minutes" V7p48 ;*
- Couverture de la responsabilité médicale par le SAMU :
 - *"Par rapport à la responsabilité, c'était pris en charge par le SAMU " V7p48.*

III.2.2 Dispositif local

Une connaissance sur certains points plus précis est cette fois ci relevée, mais reste encore partielle :

- Le secteur géographique :
 - *"on parle du secteur qui va d'Oberhaslach jusqu'à Saâles" V8p54 ;*
- La formation ouverte aux MGL :
 - *" vous êtes tous formés et recyclés régulièrement" V7p48 ;*
 - *"Je sais que j'ai des collègues qui ont fait les formations à Strasbourg" V5p35 ;*
- Le mode de déclenchement :
 - *"c'est effectivement le médecin régulateur du SAMU à Strasbourg qui déclenche et qui envoie à ce moment-là une équipe SMUR en même temps que vous" V8p54 ;*
- Les horaires d'astreinte :
 - *"un médecin qui fait 8h00-20h00 tous les jours, les weekends compris" V1p4 ;*
- Le financement politique local :
 - *"Je crois que le financement a été un peu partagé par des politiques locaux" V4p29 ;*
 - *" ils ont un véhicule à disposition financé par la COM-COM" V7p48 ;*
- Le rôle central de la clinique Saint-Luc :
 - *"c'était assuré par la clinique Saint-Luc principalement, il y a un relais, ils ont un véhicule" V6p42 ;*
 - *"ce sont les médecins de la clinique Saint-Luc qui font ça et je ne crois pas qu'il y ait des médecins généralistes qui interviennent, autant que je sache" V11p78.*

Pour certains praticiens néanmoins, des affirmations erronées sont relevées :

- *"Je sais qu'ils sont là 24h/24" V3p19.*

III.3 Opinion du dispositif MCS

L'opinion globale des MGL interrogés est positive :

- *"j'ai plutôt une bonne opinion du dispositif" V8p53 ;*
- *"Moi je trouve ça très positif" V11p78.*

III.3.1 Intérêt du dispositif

Plusieurs MGL soulignent le rôle fondamental du médecin généraliste dans la prise en charge des urgences vitales :

- *"le médecin est là pour pallier aux urgences vitales" V3p22 ;*
- *"ça fait partie du service public et de ce qu'on nous demande" V7p50 ;*
- *"je pense qu'écarter le médecin des urgences ce n'est pas bien" V11p79.*

La diversification de l'activité des MGL est également évoquée comme intéressante :

- *"être en première ligne de soins un peu urgents, un peu d'adrénaline, changer son quotidien" V4p32.*

Pour les médecins plus expérimentés, la poursuite d'une activité en début de retraite était évoquée :

- *"une occasion, de continuer un peu après encore" V10p75.*

Le MCS est décrit comme un soutien sanitaire pour les MGL, éventuellement au cabinet libéral :

- *"on a l'impression d'être un peu moins loin du SMUR. Donc il y a moins de stress" V5p36 ;*
- *"on a tout de suite une aide et c'est quand même beaucoup plus confortable" V5p36.*

La collaboration médicale est décrite comme un atout du dispositif :

- *"on a effectivement rapidement l'appui d'un médecin urgentiste, c'est pas mal" V6p43 ;*
- *"il y a toujours eu de bonnes transmissions, on ne s'est jamais marché dessus" V7p51.*

Le dispositif permet également aux médecins participants de poursuivre leur formation médicale continue :

- *"ça m'a permis pendant 2-3 ans après ma formation initiale, de continuer à me former et de continuer à faire des gardes au SAMU" V3p23.*

La mise en place du dispositif a également permis de délester des urgences vitales les MGL :

- *"On nous enlève une épine du pied" V1p5 ;*
- *"On n'est pas bousculé par des urgences vitales sans arrêt" V6p43.*

Le MCS présente l'intérêt de faire disposer au SAMU d'un interlocuteur référent formé pour la prise en charge des urgences vitales sur le territoire :

- *"Quand tu ne te sens pas compétent pour assurer les urgences, tu dis qu'il faut envoyer quelqu'un d'autre. En ça je pense que le MCS est un bon système" V3p20 ;*
- *"il y des gens qui sont officiellement désignés pour faire ça" V11p78.*

Le MCS paraît également être un dispositif palliant aux indisponibilités des MGL :

- *"on ne pouvait pas toujours compter sur le médecin traitant, quand il y en a un, et quand il n'y en a pas dans ces zones, c'est encore plus compliqué" V4p30 ;*

- *"à force de solliciter des médecins qui ne répondent pas" V10p76.*

Il paraît y avoir moins de dysfonctionnements dans la prise en charge des urgences vitales, qui se trouve renforcée :

- *"il y a moins de couacs au niveau des urgences qu'avant" V2p13 ;*
- *"ça permet quand même de renforcer, quoi qu'on en dise, la prise en charge des urgences vitales dans la vallée de la Bruche, (...) ils ont quand même amené quelque chose, une plus-value" V3p21.*

Et le délai de prise en charge des urgences vitales est réduit :

- *"c'était plus rapide que d'avoir quelqu'un qui vient de Strasbourg" V6p42 ;*
- *"l'intervention est plus rapide" V6p43 ;*
- *"ça réduit le délai d'intervention" V8p55.*

III.3.2 Pertinence du dispositif

Les MGL trouvent globalement le dispositif pertinent :

- *"Je pense que c'est pertinent" V2p11 ;*
- *"ça me semble tout à fait justifié" V6p43 ;*
- *"c'est quelque chose de positif et de nécessaire" V5p36.*

Certains MGL trouvent le dispositif moins pertinent que l'ancien maillage par les MGL :

- *"si on avait su maintenir et favoriser l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des urgences à l'époque, ça aurait fait un maillage beaucoup plus pertinent, beaucoup plus réactif" V3p21.*

Un objectif principalement politique est évoqué pouvant amener à une redondance des moyens médicaux :

- *"c'est une réponse à une demande politique principalement" V4p30 ;*
- *"promesse de campagne de François Hollande, (...) tout ressortissant français sur le territoire français serait à une demi-heure d'un service médical urgent" V3p22 ;*
- *"Si je suis appelé, si on déclenche un MCS, des fois je trouve que ça fait doublon (...) c'est bien, mais des fois c'est redondant" V4p30.*

Le territoire sélectionné pour le dispositif paraît pertinent géographiquement vu sa taille et de la distance au SAMU :

- *"C'est un territoire assez grand, et puis quand même à 60 kilomètres du CHU" V6p43.*

La position centrale de la clinique Saint-Luc est évoquée comme stratégique :

- *"c'est pour ça que la clinique Saint-Luc c'est pas mal, parce que c'est relativement au centre du secteur" V6p45.*

Le dispositif permet donc la couverture des urgences en moins de 30 minutes :

- *"le SAMU qui intervient met jusqu'à 30 minutes ! Là, nous, c'est 15-20 minutes maximum, donc c'était ça le but !" V10p76.*

L'association des 2 secteurs de garde (Schirmeck et Urmatt) paraît également logique :

- *"ça me paraît pertinent car on ne peut pas mettre logiquement 2 MCS si on parle de la nuit" V7p49.*

La régulation médicale du dispositif paraît perfectible : le MGL de garde de secteur n'est plus appelé pour les UV alors qu'il peut être à proximité :

- *"qu'on soit de garde en tant que médecin du secteur et qu'on ne soit pas appelé par rapport à une urgence juste à côté, c'est quand même parfois un peu frustrant" V7p48 ;*

Dans d'autres cas, le recours au MCS est défaillant :

- *"Et parfois, ils n'appellent pas le MCS alors qu'il y en aurait besoin. La régulation est parfois un peu limite" V7p49.*

III.4 Les freins à l'adhésion au dispositif pour les MGL

III.4.1 Rapport à la prise en charge des urgences vitales

Certains praticiens ont décrit une relation positive à la prise en charge des urgences vitales au cours de leur carrière :

- *"j'aime bien les urgences, j'ai l'impression de faire de la médecine comme je l'ai apprise à la fac" V3p21 ;*
- *"ça m'a toujours plu de faire de l'urgence et des choses comme ça" V10p74.*

Ils intégraient cet aspect de la pratique à la déontologie médicale :

- *"je l'avais intégré dans mon éthique et ma déontologie médicale : le médecin est là pour pallier aux urgences vitales" V3p22.*

La gestion du stress et l'aspect technique n'étaient pas des freins, notamment grâce à l'activité MSP :

- *"À l'époque chez les pompiers, il n'y avait pas forcément d'infirmière, donc tout ce qui était piquer, intuber ça ne posait pas de problème" V10p74.*

Le MCS n'est pas un urgentiste, mais applique les premiers gestes à la portée des MGL :

- *"Les premiers gestes, c'est le basique : ventiler, masser, défibriller, je pense que c'est des choses qu'on aurait pu faire" V11p81 ;*

D'autant que les urgentistes restent disponibles pour encadrer certaines situations :

- *" les fois où j'ai eu quelques problèmes, les urgentistes arrivent à aider, à guider" V7p51.*

D'autres praticiens évoquent à l'opposé une absence d'appétence à la prise en charge des urgences vitales:

- *"Je n'ai jamais aimé, mais je le fais parce que voilà, il faut le faire" V2p10 ;*
- *"moi je n'ai plus envie de faire de la réanimation" V5p37.*

Ceci est expliqué en partie par l'appréhension face à certaines situations difficiles, n'ayant pas la formation :

- *"Après j'aurais toujours cette appréhension, car je n'aurais jamais le niveau d'un urgentiste" V7p51 ;*
- *"et en plus dans le sens en plus de mes capacités : je ne me sens pas capable d'affronter certaines situations" V8p55.*

Pour ces praticiens, la prise en charge des urgences vitales est du domaine de la spécialité et est stressante à gérer :

- *"Pour moi, urgentiste c'est un métier à part entière. S'il y a un DESC, ce n'est pas*

pour rien, c'est vraiment une spécialité" V8p55 ;

- *"les urgences vraies, ça me stresse d'avoir à en gérer" V2p10.*

Le manque de qualification et de technicité est évoqué en raison d'une pratique trop occasionnelle :

- *"je ne me sens pas capable de gérer, je pense, l'urgence" V2p10 ;*
- *"une intubation facile, ce n'est pas trop problématique mais dans le cas où vous n'arrivez pas à réaliser des gestes..." V8p55 ;*
- *"on n'a pas non plus la pratique. Plus vous pratiquez un geste, plus vous êtes bons dans ce que vous faites et clairement, moi il y a des choses pour lesquelles je ne me sens pas compétent" V8p56.*

III.4.2 Organisation de l'urgence : rôle des MGL

Plusieurs MGL considèrent qu'ils sont acteurs d'urgence de premier recours notamment pour leurs patients :

- *"on le fait déjà beaucoup pour nos patients sans être MCS finalement" V7p51 ;*
- *"le médecin est là pour pallier aux urgences vitales V3p22 ;*
- *"Parce que le meilleur maillage des urgences vitales, pour moi, c'est les médecins généralistes" V3p26.*

Témoin du rôle des MGL dans la prise en charge des urgences vitales, le MSP assurait la couverture médicale dans ces territoires :

- *"Longtemps ce rôle était imparti à nous, médecins pompiers. Pendant 20-25 ans, on a fait ce genre d'urgences" V10p72.*

Néanmoins, la rigidification du cadre d'exercice de MSP, la charge croissante de travail en raison de la baisse des participants ont mis à mal la pérennité du système :

- *"les pompiers ont cherché à faire une garde de MSP dans les années 2000-2005, et nous, on n'a pas répondu présents, car manque de temps et on n'était plus assez nombreux" V10p72 ;*
- *"les pompiers n'ont pas été très compréhensifs par rapport à ma situation personnelle" V9p61.*

L'absence réelle de volonté des autorités de santé d'intégrer les MGL dans la prise en charge des urgences vitales est évoquée comme un des freins à la participation au MCS :

- *"personne n'a voulu réfléchir sur l'intégration des médecins généralistes" V3p20 ;*
- *"Je ne sais pas qui a mis ce frein, est-ce que c'est l'ARS qui n'a pas voulu finalement intégrer les médecins généralistes" V10p73 ;*
- *"le fait qu'ils aient mis la main sur l'urgence avec une exclusivité, a fait que les gens se sont démobilisés" V11p80.*

Les MGL expliquent leur retrait des urgences par l'arrêt des sollicitations du SAMU :

- *"les pompiers ne t'appelaient plus, parce que le SAMU disait qu'on ne faisait pas partie du service d'urgence" V3p20 ;*
- *"après 40 ans de carrière, se retrouver à ne plus avoir cette compétence-là alors qu'on en a tous fait à l'époque, et on était les premiers appelés, et c'est le SAMU qui nous appelait en plus!" V11p80.*

En résulte donc une perte de compétence pour la prise en charge des urgences vitales ainsi qu'une démotivation :

- *"Quand tu ne laisses plus un médecin faire de l'urgence pendant 10 ans, après il n'est plus formé ni compétent pour assurer les urgences, et il ne veut plus y aller" V3p20 ;*
- *"les gens soient démotivés, n'étant plus appelés" V3p20.*

III.4.3 Relation avec l'ARS

Des tensions relationnelles entre l'ARS et les MGL sont évoquées avec des sujets de discordance (modifications des secteurs de garde de PDSA), une sensation d'autoritarisme et de manque de considération :

- *"l'ARS n'était pas très bien accueillie à l'époque" V8p58 ;*
- *"peu de temps après qu'on nous ait augmenté notre territoire de garde sans qu'on ne demande rien à personne. (...) il n'y avait pas à discuter. On n'avait pas voix au chapitre !" V4p31 ;*
- *"On a vraiment le sentiment d'être utilisé comme une variable (...) ce n'est pas un manque de communication mais c'est un mépris" V2p13.*

Les MGL dénoncent l'absence de concertation lors de la mise en place du dispositif :

- *"Mais à aucun moment on nous a posé la question ou on s'est réuni autour d'une table et on s'est dit comment on allait organiser les choses. Ça s'est fait de façon unilatérale" V3p24.*

De plus, le système de communication paraît défaillant, les explications étant insuffisantes :

- *"le système de communication ne fonctionne pas" V2p16 ;*
- *"on ne nous a pas plus expliqué que ça et pas donné plus de raison de le faire"*

V5p38;

- *"Je ne crois pas que c'était très clair" V8p56.*

Des réunions d'information générale sur la prise en charge des urgences dans la VdB se sont tenues en présence de la majorité des MGL, qui évoquent un manque de sollicitation personnelle :

- *"grande réunion (...), tous les généralistes du coin, qui y ont répondu, dans une très grande majorité" V4p31 ;*
- *"plus aucun contact, plus aucun mail. Une fois, j'ai eu un compte-rendu de réunion et puis ensuite c'était fini" V2p12 ;*
- *"après quelques réunions c'est retombé comme un soufflet. (...) Il n'y a pas eu de plus de discussion pour nous inciter à nous intéresser plus en fait" V5p38.*

Un praticien souligne également les difficultés décisionnelles en rapport avec la réorganisation administrative de l'ARS Alsace et Grand-Est :

- *"Quand ça s'est finalisé, en fait il y avait l'histoire du rapprochement du Grand-Est (...) Donc pendant un an, un an et demi, les gens se renvoyaient la balle" V3p23.*

Certains pointent également le manque de connaissance de terrain des représentants de l'ARS qui se voyaient imposer une directive ministérielle (accès des soins urgents en moins de 30 minutes) engendrant une certaine déconnection du terrain :

- *"c'était une épine dans leur pied qu'il fallait retirer absolument" V8p56 ;*
- *"Il nous disait : « oui, c'est facile, vous avez le secteur de Y jusqu'à Y » (...) Il y avait déjà eu un blocage là, le problème de terrain que le gars ne connaissait pas" V5p36 ;*
- *"L'ARS, (...) ils ont des compétences limitées dans certains domaines (...) ils*

prennent des décisions qui sont des fois d'une logique administrative et pas forcément celle du terrain" V11p79.

III.4.4 Pratique libérale

Beaucoup de praticiens voient le MCS comme un dispositif entraînant une désorganisation de la pratique libérale avec des interruptions liées aux éventuels appels SAMU, un non-respect des rendez-vous, entraînant une incompatibilité avec l'exercice de la médecine libérale :

- *"je ne vois pas comment on pourrait interrompre régulièrement l'activité pour faire place à un truc comme ça" V1p6 ;*
- *"On a aussi besoin d'une certaine organisation. Faire une sortie c'est tout mettre à mal" V2p11 ;*
- *"Moi je crois que ça devient incompatible avec la vie en libéral" V2p12.*

La majorité des MGL font savoir un manque de disponibilité en rapport avec une très importante charge de travail libérale et aspirent à se dégager du temps de repos :

- *"Les journées sont remplies de A à Z" V2p12 ;*
- *"on ne se sentait pas capable d'affronter ça en plus, on va dire. Quand je dis en plus, c'est par rapport à notre activité, qui n'est pas légère" V8p55 ;*
- *"Non, principalement la surcharge de travail en journée et le fait qu'on aspire à du repos" V4p33.*

Certains praticiens pointent également la baisse de l'effectif médical libéral engendrant une charge de travail croissante (gardes de PDSA) et une baisse de motivation :

- *"l'activité a beaucoup augmenté pour tout le monde. Des médecins sont partis et*

n'ont pas été remplacés (...). Ça n'a fait qu'augmenter le travail des autres" V10p72;

- *"il y a une démotivation, on est moins nombreux, on a plus de gardes, donc ça ne va pas dans le sens de motiver" V2p12.*

Le dispositif du MCS pourrait également provoquer une dégradation des conditions de travail de l'exercice libéral et entraîner une fatigue psychologique en raison d'un stress engendré par les interruptions de l'activité :

- *"Nerveusement, c'est assez compliqué de pouvoir gérer des consultations, des rendez-vous, faire du soin organisé avec des choses comme ça, non programmées" V4p30 ;*
- *"Donc on reprend notre travail avec un retard, mais en plus avec un stress de savoir comment on va répondre à toute la demande" V2p14.*

En raison de l'évolution de la pratique libérale, certains souhaitent un désinvestissement de la couverture des urgences et des gardes de PDSA :

- *"je ne suis pas urgence quoi. Le jour où je ne suis plus obligé de faire des gardes, je serai bien content aussi" V6p44 ;*
- *"les généralistes sont responsables de pas mal de choses, de la moindre prise en charge des urgences, ils s'en sont retirés. Le fait de ne plus faire de garde de nuit profonde" V10p73.*

Certains évoquent également le fait de vouloir prioriser leur activité libérale, avec éventuellement l'élaboration de projets professionnels chronophages :

- *"Notre priorité à nous, c'est quand même nos cabinets médicaux" V1p6 ;*
- *"le fait de mettre cette maison de santé en place ici, (...) c'était assez lourd et*

chronophage pour monter quelque chose de ce type, ça ne laissait pas de place à beaucoup d'autres choses" V10p72.

Malgré une majorité de patients compréhensifs dans l'éventualité d'une activité MCS, l'exigence croissante des patients de médecine libérale pourrait rendre délicate les interruptions de consultation et entraîner une répercussion sur l'activité du cabinet :

- *"les gens sont exigeants, (...) on est dans une société où les gens n'acceptent plus l'aléas" V2p14 ;*
- *"ça demande quand même pas mal d'engagement et de dire : « Hop, maintenant j'y vais ! », ça fait grincer des dents si vous avez du monde en salle d'attente" V6p44 ;*
- *"ça aura une incidence directe sur le cabinet et ils sont très capables de boycotter quelqu'un à cause de ça" V9p66 ;*
- *"pour l'urgence vitale, les gens ont l'intelligence de comprendre que si c'était pour eux, on viendrait, donc ils acceptent assez bien en général" V11p80.*

III.4.5 Formation

Certains pointent la difficulté d'accès à la formation MCS, avec l'absence de seconde session de formation :

- *"on nous avait dit : « on vous contactera pour des formations », et après, j'ai l'impression que c'est passé à la trappe, on ne nous a pas contacté" V11p78 ;*
- *"ils parlaient de faire un deuxième stage, qui n'a jamais eu lieu. C'était ça le véritable frein" V10p72.*

La formation paraissait également insuffisante pour certains :

- *"Il nous disait « deux jours de théorique, deux jours de pratique et puis c'est bon,*

vous y allez ! » Nous, ça nous paraissait infaisable, vraiment" V8p56.

Se posait également le problème de dégager du temps médical afin de participer à cette formation, qui par ailleurs n'était pas rémunérée, ou de trouver un éventuel remplaçant :

- *"cette formation, ça prend du temps, il faut se libérer, ce n'est pas toujours évident" V8p58 ;*
- *"si je veux me libérer, il faut que je trouve un remplaçant et un remplaçant ce n'est pas toujours facile à trouver" V8p58 ;*
- *"les formations qu'on a faites, on les a faites à titre gratuit, que ce soient les gardes au SAMU ou les formations au SAMU pour les recyclages, on n'a pas été indemnisés" V7p49.*

III.4.6 Rémunération

La rémunération était également évoquée par certains comme non incitative en raison de l'absence de forfait spécifique proposée initialement par les autorités :

- *"Les freins principaux étaient pour nous l'absence de reconnaissance de la prise en charge de l'astreinte qui était proposée au départ" V7p49.*

Secondairement, la rémunération proposée paraissait insuffisante, notamment comparée aux revenus libéraux habituels, en plus de l'absence d'incitation fiscale :

- *"si je gagne 100€ pour la garde, j'en refille 50 aux impôts. Pour 50 euros, je ne vais pas partir en intervention à 2h du matin" V3p25 ;*
- *"Par rapport à ce qu'on gagne en bossant ici, ça n'a rien à voir" V1p7.*

Pour la majorité des MGL interviewés, la rémunération n'était néanmoins pas un critère décisionnel :

- *"ce n'est pas d'ordre financier que j'aurais adhéré ou pas adhéré " V2p15.*

III.4.7 Géographie

La grande taille du territoire concerné par le dispositif de MCS implique des délais potentiellement longs, avec une perte de pertinence pour certains praticiens excentrés sur le territoire :

- *"c'est le secteur qui est grand et qui pose le problème de la couverture" V3p25 ;*
- *"moi qui suis d'un côté du territoire, pour aller de l'autre côté, ça fait 20 minutes" V6p45 ;*
- *"Moi si tu veux me faire sortir au-dessus de Y, (...), je perds de la pertinence" V3p21.*

L'éloignement géographique du domicile personnel est également évoqué comme frein aux contraintes de nuit :

- *"les gens qui étaient motivés à l'époque se sont finalement rendus compte que ça allait peut-être être compliqué à gérer, car ils habitent à l'extrémité du territoire" V10p76.*

De plus les conditions météorologiques hivernales ou l'état des routes est évoqué :

- *"Et en plus de ça en hiver, la neige le verglas !" V9p66 ;*
- *"quand vous êtes appelé à Y, c'est une tannée ! C'est une petite route" V8p57.*

Le territoire MCS comprend 2 secteurs de PDSA distincts, la connaissance d'une partie du territoire est donc jugée insuffisante par certains :

- *"C'est trop loin, c'est pas notre secteur" V1p2 ;*
- *"Un secteur qu'on connaissait géographiquement, ..., il ne fallait pas 3 heures pour*

trouver" V1p2 ;

- *"un problème de connaissance géographique :(...) Y, je ne connais pas vraiment, à part les rues principales, mais les petites rues ou les maisons cachées, ça pourrait être un vrai gros problème !" V9p66.*

III.4.8 Logistique

La centralisation logistique (notamment le véhicule) à la clinique Saint-Luc à Schirmeck paraît être un obstacle à la participation des MGL, principalement pour ceux habitant à distance (perte de temps) :

- *"Il y avait plus de contraintes qu'autre chose" V1p3 ;*
- *"Il faut courir à la clinique pour récupérer le matériel" V5p39 ;*
- *"Il y avait tout un côté pratique qui nous prenait encore plus de temps que les 4 heures où on était censé être d'astreinte" V5p39 ;*
- *"il y a eu un blocage au niveau du véhicule d'intervention, (...) on nous a dit qu'on ne pourrait pas nous prêter le véhicule" V5p37.*

Les MGL pointent l'absence de solution technique proposée, notamment l'absence de dotation personnelle (sac Thomas) :

- *"un problème d'organisation, de logistique. On ne nous donnait pas de réponse précise et on était un peu dans le flou sur ce qu'on devait faire" V5p40 ;*
- *"J'imaginai qu'on nous aurait filé chacun notre sac. Mais on devait se refiler le sac où il y avait les drogues et tout le toutim" V4p32.*

Enfin des contraintes techniques ont été évoquées (réseau téléphonique/GPS) :

- *"Il y a beaucoup de maisons isolées qui ne sont pas indiquées sur le GPS et ça pose un problème. On met plus de temps, ça rajoute un stress supplémentaire, des fois,*

c'est des endroits en plus où il n'y a pas de réseau" V9p66.

III.4.9 Organisation

Sur le plan organisationnel, les gardes présentielle à la clinique Saint-Luc n'étaient pas envisageables :

- *"on ne voulait pas faire les gardes sur place à la clinique" V2p19.*

Les astreintes de journée paraissaient incompatibles avec l'activité libérale, en raison de l'aspect chronophage des interventions :

- *"De toute façon, en journée ça aurait été juste impossible" V4p33 ;*
- *"Très chronophage, c'est sûr, parce que quand on part sur une intervention ce n'est pas 10 minutes" V9p65.*

Le déclenchement immédiat aurait également été mal vécu par certains :

- *"c'est à n'importe quelle heure, donc pour s'organiser, ce n'est pas toujours évident" V6p44.*

Les astreintes nocturnes auraient entraîné une charge psychologique avec perturbation du sommeil :

- *"Mais ça aurait été une forme de stress supplémentaire et savoir qu'on n'est pas serein quand on rentre chez soi" V4p33 ;*
- *"moi je préfère dormir tranquille, plutôt que de me dire, au cas où" V2p15.*

Le rôle du MGL paraissait mal défini par les autorités de santé et l'articulation entre PDSA et MCS n'était pas clarifiée :

- *"Ils ne savaient pas s'ils allaient doubler notre garde, c'est à dire, est-ce qu'on pouvait faire à la fois une garde de MCS et la garde sur le secteur de médecine générale ?" V7p49 ;*
- *"C'était cette espèce d'organisation qui était un peu nébuleuse et qui nous a freinés" V5p40 ;*
- *"ça a été abordé avec un peu de légèreté et moi ça ne m'a pas mis en confiance, clairement !" V8p58.*

Enfin, le MCS partant seul en intervention l'aspect sécuritaire était évoqué, notamment pour les femmes :

- *"Le seul truc qui pourrait être problématique pour une fille, c'est la sécurité : qu'on soit sûr que ce ne soit pas un truc pourri !" V9p66.*

III.4.10 Partage institutionnel du dispositif

Des rivalités institutionnelles, avec opposition entre la médecine libérale et hospitalière, ont pu être relevées :

- *"c'est compliqué, c'est 2 mondes différents, l'hôpital et la médecine libérale" V3p27.*

Les praticiens pouvaient avoir l'impression d'une monopolisation du dispositif par le GHSV, qui paraissait auto-suffisant, dans l'optique d'une budgétisation financière :

- *"est-ce que c'est finalement la clinique qui n'avait pas besoin de nous, puisqu'elle était déjà auto-suffisante ?" V10p73 ;*
- *"il y a eu une volonté unilatérale, décidée, pour moi, par la direction du groupe Saint-Vincent. C'est une histoire financière. La ligne budgétaire a été créée sur la clinique Saint-Luc" V3p19.*

Une complexification logistique et organisationnelle résultait de ce partage institutionnel :

- Approvisionnement en médicaments,

- *"si l'on utilisait la valise d'urgence, comment faire pour remettre les produits, pour recharger cette valise. C'était tout un problème" V5p39),*

- Assurances,

- *("c'était peut-être plus simple de ne pas inclure les libéraux pour l'ARS à cause de l'assurance au niveau prise en charge, vous êtes couverts par l'hôpital" V10p73),*

- Contraintes conventionnelles.

- *("on a proposé de faire des gardes de MCS le week-end, on nous a répondu que légalement on ne pouvait pas, que c'était une convention entre la clinique et le SAMU et qu'on ne pouvait pas rentrer, nous, là-dedans" V7p49).*

III.4.11 Régulation médicale du SAMU

Parallèlement à certains recours abusifs constatés en régulation de PDSA, des doutes quant à la pertinence des déclenchements du MCS étaient émis :

- *"Il y a vraiment une démotivation quand on regarde pour quoi on est appelé (...) et médicalement ce n'est pas vraiment justifié" V2p14 ;*
- *"Donc j'avais peur que marqués MCS, on puisse nous appeler pour tout et n'importe quoi quand eux n'ont pas envie de se déplacer" V9p65.*

De plus, une sensation de défiance du SAMU envers les MGL pouvaient également aboutir à des transmissions incomplètes :

- *"ils nous ont écartés, ils font presque plus confiance aux ambulanciers du SAMU qu'à nous" V9p68 ;*
- *"Ils ne nous disent pas toujours tout malheureusement, alors même qu'ils le savent"*

V9p66.

III.4.12 Responsabilité professionnelle

Qu'ils aient ou non connaissance de la couverture par la responsabilité administrative hospitalière, la notion de responsabilité médicale, inhérente au métier, n'était pas un frein à l'adhésion au dispositif :

- *"Quand j'allais quelque part, je ne pensais pas à la responsabilité, j'y allais pour faire du mieux possible. Ce n'était vraiment pas un soucis" V1p9 ;*
- *"De toute façon dans notre exercice quotidien, il y a toujours une part de responsabilité et de souci qui peut arriver" V6p45.*

III.4.13 Conditions d'engagement

Le volontariat était la seule méthode de recrutement possible pour les MGL :

- *"Ils savent très bien qu'ils ne peuvent pas nous imposer absolument. On est quand même encore libres. On est profession libérale" V6p44.*

La contrainte de l'engagement par une convention et l'absence de période de découverte du dispositif pouvait engendrer la peur d'une sur-sollicitation :

- *"on ne pouvait pas s'engager d'emblée sans savoir dans quoi on s'engageait et donc dans le doute on ne s'engage pas !" V2p12 ;*
- *"Et si je signe un contrat avec eux, ils pourront m'appeler n'importe quand et je serai obligée de partir et ça je n'en veux pas" V9p65 ;*
- *"je n'ai pas envie d'avoir un collier autour du cou et être tout le temps bridée" V9p64.*

III.4.14 Aspect personnel/privé

La priorité personnelle donnée à la vie familiale, ainsi que la féminisation de la profession sont évoquées comme des freins :

- *"ça ne m'arrange pas pour la vie de famille. J'essaye de rentrer avant 20h chez moi pour m'occuper un peu des enfants" V8p57 ;*
- *"une féminisation aussi, avec des enfants et cetera" V2p12 ;*
- *"Mais nous, les filles, je crois qu'aucune ne voulait le faire" V5p40.*

L'âge des praticiens a également son importance :

- Les jeunes MGL non urgentistes ne sont pas intéressés et sont moins à l'aise avec la prise en charge des UV :

- *"les jeunes ne sont pas intéressés par ce mode d'exercice" V2p12 ;*
- *"on faisait tous de l'urgence et je crois que là les jeunes n'en font plus du tout et ils ne sont pas intéressés, car je crois que quand on n'a pas de formation c'est un peu angoissant" V11p79 ;*
- *"c'est devenu une hyper-spécialité" V11p79 ;*

- Les praticiens plus expérimentés souhaitent réduire leur activité et sont moins enclins à la diversifier :

- *"On était une dizaine de médecins sapeurs-pompiers dans la vallée, aujourd'hui il n'y en a quasiment plus" V10p74 ;*
- *"Je ne me vois pas à mon âge, me lancer dans un truc qui ne correspond pas à mon profil" V2p15 ;*
- *"Si vous vous adressez à un médecin installé depuis des années, à fortiori, le gars est rincé et il aspire à du repos" V4p33.*

Tableau 10: Tableau de synthèse des freins à la participation au MCS des MGL

| | | | |
|--|--|-----------------------------|--------------------------------|
| Rapport à la prise en charge de l'urgence vitale | Organisation de l'urgence vitale: rôle des MGL | Relation avec l'ARS | Pratique libérale |
| Formation | Rémunération | Géographie | Logistique |
| Organisation | Partage institutionnel du dispositif | Régulation médicale du SAMU | Responsabilité professionnelle |
| | Conditions d'engagement | Aspect personnel/privé | |

III.5 Pistes d'amélioration

Une meilleure information et explicitation du dispositif de la part des autorités est nécessaire :

- *"que les choses soient mieux dites" V8p58 ;*
- *"Des réponses claires oui " V8p58.*

Concernant la démographie médicale, un rajeunissement des effectifs médicaux, disposant d'une sensibilité à la prise en charge des urgences vitales paraît souhaitable :

- *"Il faut un rajeunissement des effectifs, des gens motivés, qui aiment ça" V2p16.*

L'aide éventuelle de praticiens retraités est évoquée :

- *"embaucher des jeunes retraités pour se consacrer à ces urgences, car ils ont plus de*

temps que nous" V9p69.

D'autre part, des aménagements de garde rémunérées pour les MGL, ou un renforcement de l'effectif médical à la clinique Saint-Luc sont proposés :

- *"avoir une journée pour ça contre rémunération" V2p16 ;*
- *"Peut-être renforcer sur Saint-Luc, avec des effectifs supplémentaires" V2p16.*

Concernant les modalités de recrutement, le volontariat s'impose et il est nécessaire de favoriser les MGL les plus motivés :

- *"il faut partir obligatoirement sur la base du volontariat" V3p26 ;*
- *" J'en vois que 4 (...) qui voudraient encore intégrer le système, et de favoriser ces 4 là" V3p26.*

Concernant la place du MGL dans la prise en charge de l'urgence vitale, il est nécessaire qu'ils puissent associer garde de PDSA et garde MCS :

- *"Peut-être aussi que ce soit un peu plus clair en gestion MCS / permanence de soins ; que les choses soient mieux dites" V8p58.*

Il faut également améliorer la collaboration médecine de ville et hospitalière :

- *"l'hôpital et la médecine libérale, c'est 2 choses différentes, mais je pense qu'il faut savoir s'entendre, discuter, et organiser les choses" V3p27.*

Sur le plan géographique, la réduction de la taille du territoire couvert peut faciliter l'adhésion des MGL qui pourraient reformer un maillage plus local :

- *"réduire le territoire pour qu'on soit moins stressé de devoir traverser tout le territoire pour intervenir quelque part" V5p39 ;*

- *"maillage beaucoup plus pertinent, beaucoup plus réactif" V3p21.*

Une simplification logistique paraît s'imposer également, par une dotation personnelle pour les médecins participants, et en leur permettant d'utiliser leur propre véhicule en intervention :

- *"avoir une dotation pour les médecins généralistes, en se débrouillant avec notre véhicule" V3p24.*

Un effort financier afin d'améliorer la rémunération des MGL ou mettre en place une défiscalisation du dispositif :

- *"défiscaliser les gardes pour les médecins" V3p25 ;*
- *"Déjà qu'ils ne sont pas rémunérés beaucoup, mais au moins ils ne reversent pas la moitié à l'État" V3p25.*

La formation est un point essentiel à améliorer, que ce soit la formation initiale de médecine générale (apprentissage des gestes d'urgence pendant l'internat) :

- *"la formation des médecins généralistes qui est à revoir à la faculté" V3p26 ;*
- *"former tous les internes aux gestes techniques" V11p82.*

Mais également perfectionner la formation médicale continue, notamment concernant l'urgence et les gestes techniques :

- *"une formation initiale c'est bien mais il faut une formation continue" V8p58 ;*
- *"il faut quelque chose de très régulier, pour apprendre vraiment les gestes" V8p58.*

IV. Discussion

IV.1 Méconnaissance du dispositif de MCS

Nous pouvons constater une certaine méconnaissance du dispositif de MCS.

Sur le plan national, les connaissances étaient limitées voire inexistantes chez la plupart des MGL interviewés.

Sur le plan local, elles étaient meilleures, probablement en raison d'une proximité avec leur quotidien professionnel.

Cette relative méconnaissance du dispositif paraît être un frein évident à l'intégration des MGL. Se pose donc la question de la stratégie d'information et de communication des autorités de santé dans l'optique du recrutement des MGL au sein de ce dispositif.

Selon la volonté présidentielle de François Hollande d'assurer les soins urgents en moins de 30 minutes sur l'ensemble du territoire national (engagement^o19 (1)), les autorités ministérielles imposent aux ARS l'identification des territoires déficitaires (15) ainsi qu'un plan d'action (48).

Dans ce cadre, le dispositif de MCS avait été officialisé par arrêté ministériel en 2007 (5) et un guide de déploiement du MCS (19) avait vu le jour en 2013 afin d'explicitier les statuts du MCS (18) aux professionnels de santé concernés.

Dans notre territoire, l'ARS a organisé plusieurs réunions d'information et de travail concernant la prise en charge locale des urgences vitales en évoquant le dispositif du MCS.

Aucun des praticiens n'a cité le guide de déploiement du MCS, très informatif sur les modalités d'application de ce dernier (statuts, formation, matériel, rémunération, articulation avec la PDSA), les praticiens se plaignant par ailleurs du manque de solutions concrètes

proposées aux MGL lors de sa mise en place.

Ils relèvent également l'absence de sollicitation personnelle (courrier, mail, entretien) après ces réunions.

D'autre part, l'information sur ce type de dispositif de secours de proximité (MCS ou MSP) pourrait être développée lors de la formation des internes, en médecine générale particulièrement, pour favoriser le recrutement de praticiens dans ces territoires.

IV.2 Opinion du dispositif

L'opinion du dispositif est globalement très favorable car le MCS apporte un soutien sanitaire auprès des MGL.

La collaboration permet un appui médical et technique rapide en attendant l'arrivée du SMUR.

Le dispositif est pertinent géographiquement car situé à plus de 30 minutes du SMUR.

De plus, il permet de décharger les MGL des appels du SAMU pour la prise en charge des urgences vitales qui perturbent l'activité libérale, en fournissant un acteur compétent et formé. Il en résulte ainsi un renforcement de la prise en charge des urgences vitales sur le territoire, un raccourcissement des délais de prise en charge et une amélioration des conditions de l'exercice libéral des praticiens.

Néanmoins, ceux-ci rappellent le rôle fondamental du médecin généraliste de proximité dans le secours médical, assurant un maillage de proximité difficile à égaler.

Ils regrettent la place insuffisante accordée aux MGL dans l'organisation de l'urgence sur le territoire national (4,49) et qu'il ne leur soit confié par la régulation médicale que les consultations moins urgentes de la PDSA.

Les praticiens évoquent également l'aspect éminemment politique de ce dispositif, tant sur le plan national (engagement présidentiel (1)) que local (contrat local de santé de la VdB (23)), qui a vocation à améliorer l'offre de soins sur le territoire, mais pouvant aboutir à une redondance des moyens en ne valorisant pas suffisamment la place du médecin généraliste de secteur.

IV.3 Rapport à l'urgence

Nous avons pu constater un rapport à l'urgence variable en fonction des praticiens interviewés (Annexe 3 : tableau de synthèse des interviewés).

Parmi les praticiens attirés par l'urgence (MG 1-3-9-10-11), la gestion du stress et la technicité n'étaient pas problématiques.

Ils ont tous exercé une activité MSP, il s'agissait des praticiens les plus expérimentés (moyenne d'âge de 58,8 ans contre 53,3 ans pour l'ensemble des interviewés).

Ces praticiens dénoncent la filiarisation de la prise en charge des urgences vitales sans volonté de les intégrer, entraînant leur désinvestissement progressif (pour les urgences vitales, mais également pour les gardes de PDSA) ; l'absence de sollicitation et de pratique menant à la perte de leurs compétences.

Dans ces conditions, une remobilisation en fin de carrière paraissait délicate.

Les praticiens ayant moins voire aucun attrait pour l'urgence sont globalement les plus jeunes (âge moyen 48,7 ans).

Ils évoquent un manque de compétence face à la prise en charge des urgences vitales qu'ils estiment être du recours du spécialiste.

Là encore, cette filiarisation pourrait expliquer le désintérêt : depuis l'acte fondateur des

SAMU en 1986 (50), les médecins généralistes intéressés par l'urgence se sont progressivement formés par le biais de la Capacité de Médecine d'Urgence (CAMU), le Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC)), abandonnant ainsi la pratique de la médecine générale. Ceci pourrait expliquer la moindre appétence des jeunes générations de MGL pour les urgences vitales.

Cette filiarisation, qui permet une amélioration et technicisation de la prise en charge des urgences vitales, se fait cependant au détriment de certains territoires plus isolés qui ne disposent souvent que des MGL pour assurer la demande médicale de premier recours.

IV.4 Formation MCS et responsabilité médicale

La formation MCS paraît insuffisante pour certains interviewés. Son accessibilité est décrite comme trop limitée (session unique) et nécessite de pouvoir dégager du temps médical.

La formation de MCS est encadrée par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU).

Elle s'articule autour de 2 jours de formation théorique par les CESU, suivis de 48h de formation pratique au sein des SMUR et d'une session de maintien des acquis annuelle.

Cette formation ne permet pas l'exhaustivité d'une formation d'urgentiste, amenant certains praticiens à douter du niveau de compétence acquis dans la gestion de certaines situations délicates.

Nous devons néanmoins rappeler que le MCS pallie le déficit d'accès aux soins urgents sur certains territoires et apporte une plus-value en l'absence d'alternative disponible.

Son rôle est d'appliquer les mesures de secourisme avant d'entamer les premiers gestes médicaux, enseignés au cours de la formation du médecin généraliste.

La régulation médicale permet d'apporter un soutien décisionnel dans les situations délicates jusqu'à l'arrivée du SMUR qui prend le relais de la prise en charge.

Il n'est donc pas demandé au MCS les mêmes compétences qu'à l'urgentiste.

Néanmoins, cela a effectivement pu freiner la participation des praticiens les moins à l'aise avec la gestion de l'urgence vitale.

La responsabilité professionnelle n'a quant à elle pas été un frein pour les MGL interviewés qui estiment qu'elle fait partie intégrante de la profession médicale et est assumée dans l'exercice quotidien.

La couverture du MCS par la responsabilité administrative du SAMU de rattachement était un point supplémentaire les ayant rassurés.

Nous pouvons également nous interroger sur la part de formation universitaire des médecins généralistes (formation initiale et formation continue) nécessaire afin qu'ils se sentent à l'aise avec la gestion de l'urgence vitale à laquelle ils resteront confrontés au cours de leur carrière.

En effet, la spécialisation et la filiarisation des urgences n'excluront jamais les MGL de l'urgence vitale sur ces territoires.

Enfin, l'information universitaire apportée aux étudiants en médecine générale concernant des dispositifs de MSP et MCS pourrait-elle être élargie, notamment auprès des Contrats d'Engagement de Service Public (CESP) afin de favoriser le recrutement de médecins généralistes participant à la prise en charge de l'urgence vitale dans les territoires les plus

isolés ?

IV.5 Pratique libérale, charge de travail et démographie médicale

Les médecins mettent en avant une réduction de leurs effectifs sur le territoire, menant à une surcharge de travail ainsi qu'un nombre de gardes de PDSA croissant.

Il est également mis en avant le manque de disponibilité des praticiens en raison de cette importante charge de travail.

En conséquence, certains praticiens souhaiteraient baisser leur activité et notamment se désinvestir de la PDSA (gardes de soir ou nuit profonde), la policlinique de la clinique Saint-Luc assurant une permanence continue.

Les praticiens souhaitent prioriser l'activité de leurs cabinets libéraux dont la charge de travail ne permet pas de se dégager suffisamment de temps pour une activité supplémentaire.

De plus, l'attitude de consommation de soins de certains patients, n'acceptant pas l'aléa, peut également rendre délicate la participation des MGL à ce type d'activité. Nous pouvons comprendre qu'un appel du SAMU pour une urgence vitale au cours d'une séance de consultation de médecine libérale, à plus forte raison sur rendez-vous, peut désorganiser un emploi du temps et entraîner une dégradation des conditions de travail.

Nous avons pu constater que la majorité des praticiens exercent en association car seulement 2 praticiens (18%) sont installés en exercice isolé.

L'exercice de groupe, à fortiori dans une maison de santé, peut s'envisager comme un atout collaboratif : une organisation entre professionnels visant à dégager du temps de travail contre subvention pourrait-elle permettre l'adhésion de certains praticiens ?

Nous constatons également un vieillissement des MGL en exercice, la moyenne d'âge des praticiens interrogés était de 53,3 (51,6 ans dans le Bas-Rhin, 52,1 ans au niveau national(51) (chiffres à manier avec précaution en raison du biais de sélection inhérent au schéma de l'étude)).

Cette tendance au vieillissement des médecins peut s'envisager comme un frein, en raison de la volonté fréquente de réduire son activité en fin de carrière, rendant une diversification de l'activité plus difficile à envisager.

D'autre part, les plus jeunes générations de MGL ne revendiquent actuellement plus l'image d'Épinal du médecin généraliste de campagne : ils ne vivent souvent plus sur leur lieu d'exercice et souhaitent protéger leur vie personnelle et familiale en modérant leur activité.

La féminisation de la profession participe également à sa transformation.

Dès lors, les activités chronophages et contraignantes (gardes, astreintes de jour/nuit) qui occasionnent une fatigue et une perturbation de l'activité libérale paraissent difficiles à concilier.

L'aspect géographique joue également un rôle important puisque les praticiens excentrés perdent de la pertinence en allongeant leurs délais d'intervention, notamment lors de conditions climatiques hivernales défavorables, par rapport à Schirmeck qui occupe une position stratégique centrale.

D'autre part, 27% de l'effectif interrogé de MGL (3 praticiens) n'habite plus sur le territoire concerné, ce qui rend difficile la participation aux astreintes nocturnes.

Enfin, la connaissance du territoire peut également constituer un obstacle : la zone concernée par le MCS associe 2 secteurs de PDSA différents, ce qui peut poser problème au MCS ne connaissant pas l'intégralité du territoire et doit de ce fait avoir une capacité

d'adaptation multitâche pour la gestion de l'arrivée sur les lieux de l'intervention.

Par ailleurs, la rémunération d'une participation au dispositif ne paraît pas être un élément de motivation discriminant. En effet, les revenus libéraux de ces praticiens seraient plus avantageux.

IV.6 Rivalités institutionnelles et difficultés logistiques

Premièrement, la relation entre les MGL et l'ARS paraissait assez tendue au moment de la mise en place du dispositif, notamment en raison d'une modification apparemment non concertée des secteurs de gardes de PDSA, perçue comme autoritaire par les MGL. Cette décision est à l'origine de tensions ayant pu interférer avec le déploiement du dispositif de MCS.

Des difficultés de communication ont également été mises en évidence au vu de la méconnaissance du dispositif présenté par l'ARS aux MGL.

Les solutions organisationnelles (articulation la PDSA), techniques et matérielles (véhicule, sac de secours) présentées par l'ARS en pleine réorganisation administrative à l'époque (intégration de l'ARS Alsace dans l'ARS Grand-Est) étaient insuffisantes d'après les MGL qui évoquaient entre autres un manque de connaissance de terrain de ses personnels.

D'autre part, il se dégagait une certaine opposition entre médecine de ville et médecine hospitalière dans la relation avec la Clinique Saint-Luc de Schirmeck (GHSV), ceci malgré une collaboration quotidienne étroite dans ce territoire isolé du Bas-Rhin.

Les MGL pouvaient avoir l'impression d'une monopolisation du dispositif par le GHSV pour des raisons de budgétisation notamment.

Ils décrivent également une impression d'autosuffisance du GHSV dans l'objectif de la

recherche d'une image de marque sociale et solidaire par l'intermédiaire de ce dispositif.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'ARS a souhaité privilégier le canal de discussion avec le GHSV, structure hospitalière et interlocuteur unique.

Celle-ci peut plus facilement fixer des règles de fonctionnement à ses médecins salariés et facilite ainsi le financement du dispositif.

Les MGL du secteur, aux intérêts personnels et professionnels possiblement divergents et au discours plus hétérogène, ont ainsi pu se sentir exclus lors de la mise en place du MCS.

Le financement du GHSV a amené à une centralisation logistique à la clinique Saint-Luc, engendrant une perte de temps et une complexification logistique pour les MGL (récupérer le matériel, problèmes assurantiels du véhicule, approvisionnement en gazole, en médicaments).

L'absence de solution concrète proposée aux MGL a empêché leur intégration. Une dotation personnelle ainsi que la possibilité d'utiliser leur propre véhicule aurait-elle pu faciliter leur intégration ?

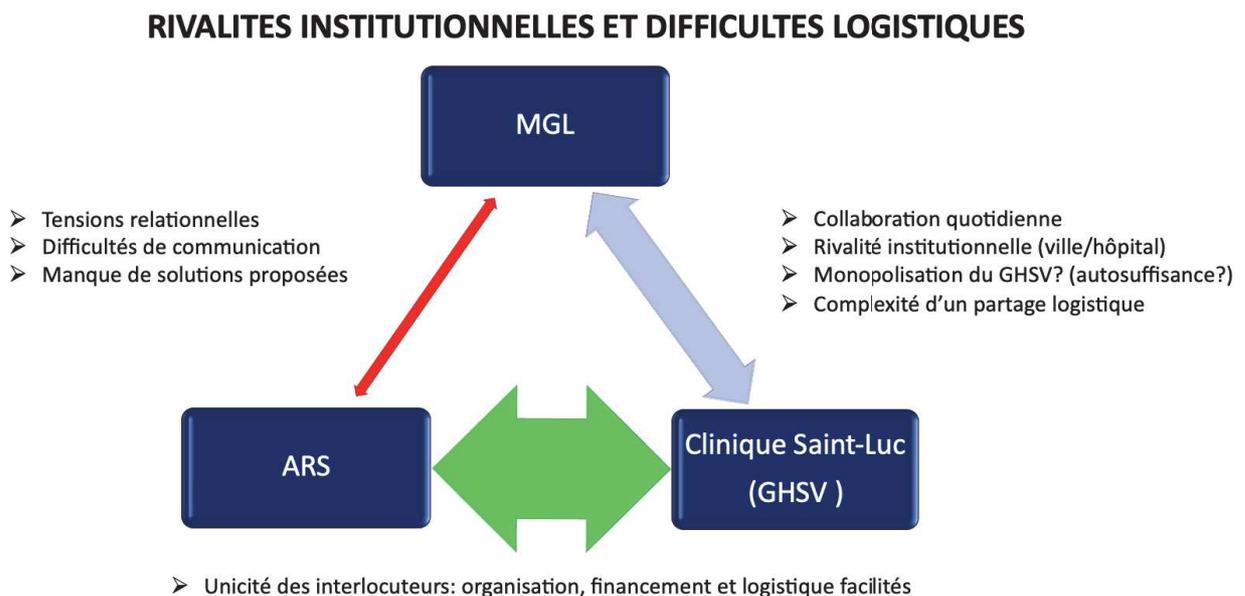


Figure 33: Schéma de synthèse des relations entre intervenants de la mise en place du MCS de la VdB

V. Conclusion

Le dispositif de MCS semble être une alternative au déficit des moyens du SAMU pour la prise en charge des urgences vitales dans certains territoires isolés.

Au sein de la vallée de la Bruche, ce type de dispositif a été mis en place à la clinique Saint-Luc de Schirmeck sans réussir à intégrer les MGL du secteur.

Malgré des connaissances limitées du dispositif, les MGL en gardent une opinion favorable, car il leur apporte une collaboration et un soutien médical dans la gestion des urgences vitales sur ce territoire éloigné du SAMU.

Il les décharge des appels du SAMU et leur évite une désorganisation de la pratique libérale.

Nous avons pu constater que l'évolution de la pratique libérale de médecine générale s'est faite vers une intensification de la charge de travail secondaire à une baisse du nombre et à un vieillissement des praticiens en exercice.

Ceci explique le manque de disponibilité des praticiens pour la participation à ce type de dispositif.

Le rapport à l'urgence a également évolué dans la population médicale dans les suites de la filiarisation et de la spécialisation de la prise en charge de l'urgence vitale, entraînant un désinvestissement progressif des MGL.

La formation MCS proposée ne paraissait pas suffisante face à certaines situations délicates.

Les plus jeunes générations cherchent par ailleurs à protéger leur vie personnelle et

familiale en limitant leur activité, ce qui semble difficile à concilier avec la disponibilité nécessaire à ce type de dispositif.

D'autre part, la cohabitation de la médecine de ville et de la médecine hospitalière engendre une complexification logistique, organisationnelle et financière pouvant expliquer l'échec de cette intégration au dispositif.

La relation entre les autorités de santé et les MGL paraît également fragile : communication défailante, informations insuffisantes, manque de proposition concrètes pour faciliter l'intégration des MGL ?

Une meilleure information et explicitation du dispositif paraît nécessaire pour recruter de nouveaux MGL.

La formation universitaire et continue peut également être un levier pour la promotion du dispositif.

Enfin la lutte contre la désertification médicale semble être un challenge indissociable de l'accessibilité aux soins d'urgence.

CONCLUSION

Notre travail a permis de mettre en évidence l'impact positif du MCS sur la prise en charge des urgences vitales préhospitalières sur le territoire de la vallée de la Bruche.

Outre la réduction des délais d'intervention préhospitaliers en comparaison au SAMU/SMUR de Strasbourg permettant d'assurer la prise en charge médicale de l'urgence vitale en moins de 30 minutes sur le territoire, le MCS permet d'établir un diagnostic médical précoce et d'initier les thérapeutiques avant l'arrivée du SMUR et favorise le pronostic ultérieur du patient, notamment dans les pathologies cardiovasculaires fortement représentées. L'effet le plus significatif sur les délais d'interventions est enregistré dans le secteur du centre-bourg autour de Schirmeck.

La possibilité d'adapter au plus juste les moyens engagés à l'état clinique réel du patient permet dans certains cas d'aboutir à une annulation du renfort SMUR et à sa mise en disponibilité précoce. Le MCS permet également de suppléer certaines carences de moyens du SAMU sur le territoire de la vallée de la Bruche ou de renforcer le SAMU dans les localités limitrophes.

Néanmoins, le dispositif ne permet d'améliorer que partiellement la prise en charge de l'urgence vitale sur le territoire de la vallée de la Bruche.

En effet, le MCS ne couvre que la période allant de 08h à 20h. De plus, nous avons constaté une importante sous-utilisation du dispositif par le SAMU pendant cette période opérationnelle.

Malgré sa fiabilité en cas de recours par le SAMU, une des principales fragilités de ce

dispositif reste le faible nombre de médecins participant aux astreintes, mettant en danger son organisation. En effet, seul 5 médecins salariés de la clinique Saint-Luc y participent, risquant d'aboutir à une surcharge de travail et à une fatigue professionnelle. La présence des médecins généralistes libéraux du secteur aurait permis de pérenniser le dispositif et d'en élargir sa plage opérationnelle.

Nous avons ensuite pu mettre en évidence les principaux freins rencontrés par les médecins généralistes libéraux du territoire pour l'intégration au dispositif.

Tout d'abord, le manque de communication autour du projet par les autorités de santé auprès des praticiens a abouti à une mauvaise connaissance du dispositif par ces derniers, malgré une opinion globale plutôt favorable.

La charge d'activité libérale croissante rend difficile l'intégration d'une activité supplémentaire, les praticiens souhaitant également protéger leur vie personnelle.

La spécialisation du domaine de l'urgence nécessite actuellement une formation spécifique n'étant plus suffisamment présente dans l'enseignement pratique des jeunes générations de praticiens libéraux qui ne se sentent plus suffisamment compétents dans ce domaine. La formation MCS ne permet pas de rattraper ces lacunes. Les plus anciennes générations se sont progressivement désinvesties de la prise en charge de l'urgence du fait d'un manque de sollicitations notamment après la mise en place du MCS.

L'aspect géographique a également pu constituer un obstacle à l'intégration des praticiens excentrés sur le territoire de la vallée de la Bruche notamment lorsque le domicile personnel n'est pas situé sur ce dernier. La connaissance de la topographie ainsi que les conditions de circulation hivernales dégradées ont également été évoquées.

Enfin, la collaboration ville-hôpital a été difficile à concrétiser pour ce projet avec des

difficultés logistiques et organisationnelles pour les praticiens libéraux mal prises en compte par les acteurs de la mise en place du dispositif.

Finalement, il est indéniable que le MCS apporte une amélioration de la prise en charge de l'urgence vitale préhospitalière sur le territoire de la vallée du Bruche en permettant une médicalisation précoce du patient.

Néanmoins le dispositif mis en place est perfectible : il n'apporte qu'une amélioration partielle de la situation car il n'optimise pas toutes les ressources médicales disponibles sur le territoire.

A plus large échelle, le dispositif de MCS développé par les autorités de santé a très probablement participé au désenclavement sanitaire de certains territoires isolés.

Ainsi le MCS est un bon exemple de la nécessaire collaboration entre les autorités, les établissements et les professionnels de santé, en insistant également sur la collaboration ville-hôpital, pour répondre aux principaux enjeux de santé publique et améliorer la prise en charge sanitaire de la population.

L'information et la communication autour du dispositif sont des éléments indispensables au recrutement de nouveaux médecins volontaires. La formation universitaire peut également jouer un rôle en assurant la promotion du MCS, en rediscutant la place du médecin généraliste de proximité dans la prise en charge précoce de l'urgence vitale et en adaptant la formation médicale.

Enfin, à travers ce dispositif, nous avons également soulevé les difficultés rencontrées par les territoires isolés comme ceux de la vallée de la Bruche liées à leur démographie médicale en déclin. La dégradation des conditions d'exercice de leurs praticiens abouti à une

impossibilité d'assurer toutes les missions pour lesquelles ils sont sollicités.

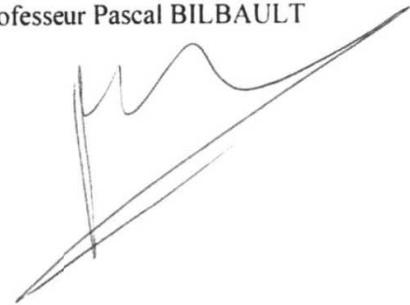
Nous pouvons donc conclure au rôle capital joué par l'État et les autorités de santé dans l'élaboration d'une stratégie sanitaire globale de prise en charge de l'intégralité du territoire national ainsi que de sa population. Le dispositif du MCS est un élément révélateur de l'importance de cette collaboration.

VU

Strasbourg, le *22 septembre 2020*

Le président du Jury de Thèse

Professeur Pascal BILBAULT



VU et approuvé
Strasbourg, le **25 SEP 2020**
Administrateur provisoire de la Faculté de
Médecine, Maternité et Science de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



Annexes

I. Annexe 1 : Convention du MCS de la VdB

CONVENTION RELATIVE AU DISPOSITIF DE MEDECIN CORRESPONDANT DU SAMU 67 IMPLANTE DANS LA VALLEE DE LA BRUCHE

ENTRE LES SOUSSIGNES

Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG, 1 place de l'Hôpital – 67000 STRASBOURG, représenté par Monsieur Christoph GAUTIER, Directeur général, d'une part,

ET

Le Groupe Hospitalier Saint-Vincent, 29 rue du Faubourg National - 67000 STRASBOURG, représenté par M. Frédéric LEYRET, Directeur général,

ET

La Communauté de Communes de la Vallée de la Bruche, 114 Grand Rue - 67130 SCHIRMECK, représentée par M. Pierre GRANDADAM, Président,

ET

L'Agence Régionale de Santé d'Alsace, 14 rue du Maréchal Juin – 67084 Strasbourg représentée par M. Laurent HABERT, Directeur général,

Vu le décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence ;

Vu l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente ;

Vu la circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences ;

Vu l'instruction n° DGS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (médecin correspondant du SAMU) ;

Vu l'instruction n° DGOS/R2/2013/261 du 27 juin 2013 relative aux plans d'actions régionaux sur les urgences ;

Vu le contrat local de santé de la Vallée de la Bruche signé le 8 mars 2013 ;

PREAMBULE

L'objectif du ministère de la santé est de permettre l'accessibilité des patients à un dispositif de médecine d'urgence dans un délai de moins de 30 minutes. En région Alsace, cet objectif n'est pas satisfait pour les cantons de SCHIRMECK, SAALES et URMATT

C'est pourquoi, le Contrat Local de Santé de la Vallée de la Bruche, signé le 8 mars 2013 a prévu de permettre une prise en charge médicale de première urgence avant l'arrivée des moyens du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Les parties à la présente convention conviennent de ce qui suit:

Article 1 : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention est une convention-cadre qui a pour objet de décrire les modalités d'intervention du médecin correspondant du Service d'Aide Médicale Urgente (MCS - SAMU) en lien avec le SAMU 67 et les acteurs de l'urgence pré-hospitalière.

Elle précise les engagements des cosignataires.

Les modalités pratiques de déclenchement seront détaillées dans l'annexe 1. La convention cadre sera complétée de la signature de contrats individuels entre chaque médecin et l'établissement du siège du SAMU et de conventions bilatérales entre les acteurs concernés, précisant les conditions de rémunération et de financement du dispositif.

Article 2 : MISSIONS DU MEDECIN CORRESPONDANT DU SAMU

Le médecin correspondant du SAMU est un médecin volontaire qui :

- participe à la mission de service public d'aide médicale urgente ;
- est formé à l'urgence ;
- est un relais compétent des SAMU-Centre 15 pour la médicalisation des urgences vitales dans l'attente de l'arrivée du SMUR ;
- agit en priorité dans des zones isolées ou dans des zones où les délais d'intervention du SMUR dépassent les 30 minutes ;
- permet ainsi de réduire les délais de réponse à l'urgence par une prise en charge de proximité et de qualité.

Article 3 : MODALITES D'INTERVENTION DU MEDECIN CORRESPONDANT DU SAMU

Le médecin correspondant du SAMU est obligatoirement déclenché par le médecin régulateur du SAMU qui envoie en parallèle simultanément un SMUR ainsi que tous moyens adaptés à la prise en charge du patient.

La mission du médecin correspondant du SAMU prime sur l'activité de médecin de la clinique Saint-Luc de SCHIRMECK (GHSV), sauf si, exceptionnellement, le médecin est déjà engagé sur une autre urgence vitale dans le cadre de son salariat.

Le médecin correspondant du SAMU doit être prêt à partir dans un délai compatible avec l'urgence vitale (un délai optimal est fixé à 5 minutes) et s'engage à arriver sur le lieu de l'intervention dans les meilleurs délais en fonction des difficultés de circulation rencontrées et sans préjudice de sa propre sécurité.

Le médecin correspondant du SAMU ne participe pas au transport du patient.

Un protocole de mise en œuvre du médecin correspondant du SAMU précise les modalités de déclenchement et d'intervention du médecin correspondant du SAMU (annexe 1). Les modalités d'articulation avec les Infirmiers(ères) Diplômés(es) d'Etat – Sapeur-pompier (ISP) seront précisées par voie de protocole.

Les modalités de contact du médecin correspondant du SAMU (téléphone GSM), de transmission de la fiche d'intervention et de communication d'informations avec le SAMU et les partenaires de l'aide médicale urgente (AMU) pendant l'intervention sont précisées dans le protocole suscitée (annexe 1).

Article 4 : PLAGES D'INTERVENTION DU MEDECIN CORRESPONDANT DU SAMU

Le Groupe Hospitalier Saint-Vincent garantit la disponibilité d'un médecin correspondant du SAMU 7 jours sur 7 de 8 heures à 20 heures.

Le Groupe Hospitalier Saint-Vincent assure la coordination des plannings de présence de l'ensemble des médecins correspondants du SAMU et les transmettra au SAMU selon les modalités définies en annexe 1.

Article 5: PERIMETRE GEOGRAPHIQUE D'INTERVENTION DU MEDECIN CORRESPONDANT DU SAMU

Le médecin correspondant du SAMU intervient exclusivement sur les communes ci-dessous listées :

Barembach, Bellefosse, Belmont, Blancherupt, Bourg-Bruche, Colroy-la-Roche, Fouday, Grandfontaine, Grendelbruch, La Broque, Lutzelhouse, Muhlbach-sur-Bruche, Natzwiler, Neuwiller-la-Roche, Niederhaslach, Oberhaslach, Plaine, Rannupl, Rothau, Russ, Saales, Saint-Blaise-la-Roche, Saulxures, Schirmeck, Solbach, Umatt, Waldersbach, Wildersbach, Wisches.

(cf. carte annexe 2)

Article 6 : MATERIEL ET MEDICAMENTS :

Le véhicule :

Le véhicule d'intervention mis à disposition des médecins correspondants du SAMU est réservé pour usage exclusif au fonctionnement du SAMU, et est équipé conformément à l'annexe 3 et rattaché au site de la clinique Saint-Luc à Schirmeck.

Le Groupe Hospitalier Saint Vincent prend en charge les frais d'acquisition et d'équipement sur la base de la subvention votée par la communauté de communes de la Vallée de la Bruche. Il prendra en outre en charge les frais d'entretien, d'assurance et de carburant du véhicule.

Le véhicule devra être adapté à sa fonction et permettre l'agencement rationnel de l'ensemble du matériel. La conduite imposera le respect des règles établies par le décret n° 86-1263 du 9 décembre 1986 portant modification de certaines dispositions du code de la route et relatif aux véhicules d'intervention urgente.

Le matériel et les médicaments :

Les dépenses engagées y afférentes par les deux établissements seront remboursées par l'Agence Régionale de Santé sur présentation d'un justificatif des dépenses engagées dans le cadre d'un forfait annuel.

Le matériel est mis à disposition par le Groupe Hospitalier Saint Vincent et par l'établissement siège du SAMU avec lequel le médecin correspondant du SAMU a passé convention. La liste précise du matériel fourni au médecin correspondant du SAMU est définie au sein de l'Annexe 3, qui précise également les conditions de son entretien et son renouvellement.

Il doit être adapté à l'urgence et à l'activité du médecin qui remplit les fonctions de médecin correspondant du SAMU.

En particulier, le SAMU veille à la possibilité d'un contact permanent avec le médecin correspondant du SAMU lors de son intervention (moyens de communications entre le médecin correspondant du SAMU et la régulation médicale).

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

Les médicaments sont mis à disposition par le Groupe Hospitalier Saint-Vincent avec lesquels le médecin correspondant du SAMU a passé convention. Les deux établissements préciseront la liste des fournitures en matériel et médicaments composant le sac d'intervention du médecin correspondant du SAMU, les protocoles d'administration des médicaments (conformes aux protocoles du SAMU) ainsi que les modalités de mise à jour, d'entretien et de réapprovisionnement, conformément à l'annexe 3.

Les sacs d'intervention :

Deux sacs d'intervention sont localisés à la clinique Saint-Luc de Schirmeck.

Les tenues vestimentaires :

Chaque médecin participant au dispositif sera équipé d'une tenue complète précisant sa qualité de MCS.

Article 7 : FORMATION ET QUALIFICATION

Le médecin correspondant du SAMU est obligatoirement formé à la prise en charge des urgences vitales par une formation initiale de 2 jours, un stage d'immersion (de trois gardes au SMUR) et une formation continue annuelle de 4 heures. La formation est dispensée par le CESU 67, centre de formation des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Les objectifs pédagogiques et les modules de la formation sont précisés en annexe 4.

Les candidatures de médecin correspondant du SAMU sont soumises à l'accord préalable du chef de service du SAMU 67.

Une attestation de participation au programme du Développement professionnel continu organisé par les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg sera délivrée en cas de participation à l'intégralité du programme.

Le frais pédagogiques, les frais de déplacement, et les indemnités des médecins seront pris en charge soit par l'Organisme gestionnaire du Développement

Professionnel Continu, soit par l'Agence Régionale de Santé d'Alsace, soit par le Groupe Hospitalier Saint Vincent.

Article 8 : RESPONSABILITE

Le médecin correspondant du SAMU est placé sous la responsabilité du médecin régulateur dès son déclenchement ; l'articulation entre le médecin correspondant du SAMU et le médecin SMUR une fois de dernier arrivé sur place se fera dans le respect des pratiques médicales et des règles déontologiques

Les dommages causés ou subis par le médecin dans le cadre de ses fonctions de médecin correspondant du SAMU sont couverts par l'établissement siège du SAMU (ex. accident de circulation, blessures lors de son intervention, etc.). Les modalités assurantielles liant le médecin correspondant du SAMU à l'établissement siège du SAMU sont précisées dans la convention liant individuellement chaque médecin correspondant du SAMU aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et au Groupe Hospitalier Saint Vincent.

Quel que soit le cadre juridique d'exercice du médecin (médecin salarié de la clinique, contrat d'admission des médecins libéraux en Etablissement Public de Santé), la responsabilité de l'établissement public de santé siège du SAMU avec lequel le médecin correspondant du SAMU a passé convention s'étend à lui dans le cadre de ses fonctions de médecin correspondant du SAMU en raison de sa participation aux missions suscitées en article 2.

Le médecin correspondant du SAMU est obligatoirement titulaire d'un permis de catégorie B depuis au moins deux ans et valide au moment de l'intervention.

Le matériel en cas de vol est assuré par l'établissement fournisseur (GHSV/HUS).

Article 9 : EVALUATION DU DISPOSITIF

Il est constitué un comité technique entre les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG, le SDIS, le Groupe Hospitalier Saint-Vincent et les médecins MCS.

Il est chargé de réaliser un point régulier pendant les 6 premiers mois du dispositif permettant d'évaluer les conditions d'intervention du médecin correspondant du SAMU.

Un médecin de la clinique sera identifié comme médecin coordonateur des médecins correspondants du SAMU et un médecin au SAMU sera identifié comme médecin référent du dispositif.

Chaque intervention du médecin correspondant du SAMU est tracée par la fiche d'intervention régionale type du SAMU-SDIS. L'ensemble des fiches sert de support pour l'évaluation du dispositif et pour favoriser les possibilités de partage d'expériences entre pairs. Le médecin coordonateur des médecins correspondants du SAMU se chargera de la collecte des fiches.

L'évaluation reposera notamment sur les indicateurs suivants qui seront communiqués semestriellement la première année, puis annuellement, à l'Agence Régionale de Santé :

- analyse des fiches d'intervention

- critères de déclenchement
- nombre d'interventions de médecin correspondant du SAMU par commune ;
- répartition des interventions par jour et par heure ;
- répartition des interventions horaires PDSA / hors PDSA ;
- nombre d'interventions de MCS avec une prise en charge ultérieure « lourde » : CCMU 4 ou 5, ou patient dirigé en salle d'accueil des urgences vitales (déchoquage), réanimation ou soins continus, bloc opératoire...
- nombre d'interventions de médecin correspondant du SAMU relevant de la PDSA ;
- nombre d'interventions sans relais SMUR ;
 - dont SMUR annulé par le médecin correspondant du SAMU ;
 - dont SMUR non disponible ;
- répartition des interventions par pathologie dominante ;
 - pathologie cardiaque (dont syndrome coronarien aigu) ;
 - pathologie respiratoire ;
 - coma et troubles neurologiques dont AVC ;
 - traumatisme ;
 - urgence obstétricale dont accouchement inopiné ;
- nombre de sollicitations du médecin correspondant du SAMU sans réponse ;
 - médecin correspondant du SAMU non joint ;
 - médecin correspondant du SAMU non disponible (en précisant le motif).
- nombre d'interventions où le médecin correspondant du SAMU a médicalisé le transport
- autres.

Un comité de suivi composé de l'ensemble des cosignataires se réunira annuellement pour évaluer le dispositif.

Article 10 : DATE D'EFFET ET DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention prend effet à la date de sa signature.

Elle est conclue pour un an renouvelable par tacite reconduction, sous réserve de la pérennité organisationnelle et financière du dispositif.

Sa dénonciation se fait de plein droit en absence de financement.

La décision de non-renouvellement ne générera aucune indemnité au profit de la partie à laquelle elle sera signifiée.

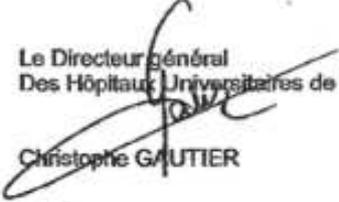
Article 11 : CONCILIATION

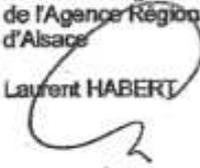
En cas de différend ou litige soulevé entre les parties, soit par l'exécution, soit par l'interprétation de la présente convention et en l'absence de solution amiable, les parties saisiront sous quinzaine le directeur de l'Agence Régionale de Santé d'Alsace.

Article 12 : RESILIATION

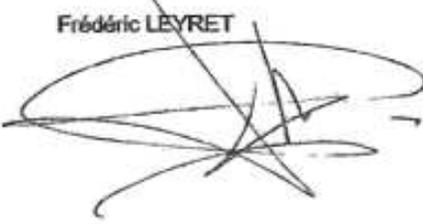
En cas d'inexécution de l'une quelconque des clauses et conditions de la présente convention par l'une ou l'autre des parties, celle-ci sera résiliée, de plein droit et sans formalité, six mois après une mise en demeure adressée à la partie défaillante restée sans effet pendant ce délai.

Fait à Strasbourg, le - 9 FEV. 2015

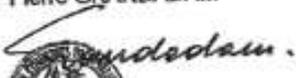
Le Directeur général
Des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg,

Christophe GAUTIER

Le Directeur général
de l'Agence Régionale de Santé
d'Alsace

Laurent HABERT

Le Directeur général
du Groupe Hospitalier Saint-Vincent

Frédéric LEYRET


Le Président de la Communauté
de Communes de la Vallée de la Bruche

Pierre GRANDADAM



II. Annexe 2 : Guide d'entretien de l'étude qualitative

Étude qualitative évaluant les freins rencontrés par les MGL à la participation au dispositif de MCS de la VdB

Guide d'entretien

Présentation et introduction :

- Présentation personnelle :

Bonjour, je me présente : Cédric MENTZ, médecin généraliste remplaçant, en année thèse/mémoire, assistant à la clinique Saint-Luc de Schirmeck (Groupe Hospitalier Saint-Vincent).

- Présentation du mémoire :

Le but de mon travail de mémoire de DES de médecine générale est d'étudier, auprès des MGL du secteur de la VdB, le dispositif de MCS mis en place, en particulier leur connaissance du dispositif ainsi que les difficultés rencontrées en vue d'une généralisation de celui-ci sur le territoire.

- Entretien exploratoire (recueil du maximum d'idées)
- Confidentialité, garantie d'anonymat
- Retranscription intégrale anonymisée de l'enregistrement, pas de diffusion
- Recueil du consentement oral

Thème 1 : Profil du praticien

- Je souhaiterais tout d'abord vous poser quelques questions générales afin d'établir votre portrait professionnel :
 - o (Genre par déduction), Âge ?
 - o Durée d'installation, mode d'exercice (isolé/collaborateur/associé) ?
 - o Votre lieu de domiciliation personnelle est-il situé sur le territoire de la VdB ?

- Participez-vous à la PDSA ?
- Êtes-vous Médecin Sapeur-Pompier ? Si oui, quelle activité exercez-vous (opérationnel, formations, visites médicales) ?
- Avez-vous une formation et appétence pour la prise en charge des urgences vitales (stage en médecine d'urgence pendant l'internat ? autre formation ?)

Thème 2 : Évaluation de la connaissance du dispositif mis en place et opinion concernant le MCS, rappels au praticien

- Connaissez-vous le dispositif de MCS ?
- Que savez-vous du dispositif national ?
 - Relais du SAMU sur un territoire déterminé par l'ARS, où le délai d'intervention pour le SMUR est inadapté à l'urgence (>30 minutes), ayant pour objectif la prise en charge de l'urgence vitale
 - Régulation par le SAMU avec déclenchement simultané d'un SMUR, adaptation des moyens au premier bilan médical du MCS
 - Contrat avec l'établissement siège du SAMU de rattachement (qui fixe les conditions d'intervention, le lien fonctionnel, les modalités de formation, la mise à disposition du matériel et des médicaments)
 - Formation à l'urgence sous l'autorité du CHU de référence avec le SAMU, les SMUR et CESU (centre d'enseignement de soins d'urgence)
- Que savez-vous du dispositif local ?
 - Convention cadre (HUS, GHSV, Communauté des communes de la VdB, ARS Alsace puis Grand-Est) et conventions individuelles avec les médecins (salariés ou libéraux)
 - Territoire concerné : secteurs de Schirmeck, Saâles et Urmatt
 - La mission MCS prime sur l'activité de PDSA ou de la clinique Saint-Luc ((GHSV), délai de départ de 5 minutes, déclenchement par le médecin régulateur (appel téléphonique) en parallèle d'un SMUR
 - Disponibilité d'un MCS assurée par la clinique Saint-Luc sur la plage horaire 08h-20h, 7j/7. Les médecins libéraux étaient initialement prévus sur la période de PDSA 20h-00h. Planning assuré par un médecin MCS coordinateur (clinique Saint-Luc)

- Centralisation logistique (véhicule et matériel médical) à la clinique Saint-Luc
 - Formations : formation initiale de 2 jours au CESU, stage d'immersion de 3 gardes au SMUR, formation continue annuelle de 4h au CESU
 - Responsabilité : celle de l'intervention : médecin régulateur ; responsabilité professionnelle : celle de l'établissement siège du SAMU
- Quelle est votre opinion sur le dispositif de MCS en place au sein de la vallée de la Bruche, sur sa pertinence (adapté au territoire ?) et son intérêt sur ce territoire (Répond-il à la problématique de la prise en charge des urgences vitales dans le territoire) ?

Thème 3 : Freins à l'adhésion au dispositif des médecins libéraux de la vallée de la Bruche

- Avez-vous été contacté par l'ARS dans le cadre de la mise en place de ce dispositif ?
- Seriez-vous prêts à intégrer le dispositif ? En quoi ce dispositif serait-il susceptible de vous intéresser ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'optique d'intégrer le dispositif MCS en place?
 - Financier / rémunération ?
 - Géographique/Organisationnel/ logistique ?
 - Disponibilité (astreintes journée/nuit) ?
 - Priorisation de l'activité libérale sur l'activité MCS ?
 - Aptitudes à l'urgence ? (*Gestes techniques ? (Biologie, perfusion, préparation médicamenteuse, aérosols, cathéters intra-osseux, fastrach, réanimation cardio-pulmonaire), gestion du stress ?*)
 - Responsabilité professionnelle ?
- Auriez-vous des pistes d'amélioration pour faciliter l'adhésion au dispositif des praticiens libéraux ?

Conclusion de l'entretien :

- Avez-vous quelque chose à ajouter à l'entretien ou un thème à aborder ?

Fin de l'entretien.

Remerciements au praticien.

III. Annexe 3 : Tableau de synthèse des interviewés de l'étude qualitative

| | Durée de l'entretien | Lieu de l'entretien | Sexe | Âge | Mode d'exercice | Durée d'installation | Participation à la PDSA | Médecin Sapeur-Pompier (activité) | Domiciliation personnelle sur secteur | Appétence à l'urgence | Formation à l'urgence | Orientation des pratiques |
|------|----------------------|---------------------|------|--------|-----------------|----------------------|----------------------------------|---|---------------------------------------|------------------------------|--|---|
| MG1 | 34 min | Cabinet | M | 60 ans | SISA | 31 ans | Non | Arrêtée (interventionnel, formation, visites médicales) | Non | Oui, anciennement | DU Médecin Pompier, Stages d'observateur bénévole au SAMU, Policlinique (internat) | Omnipraticque, (Ostéopathie) |
| MG2 | 38 min | Cabinet | M | 52 ans | SISA | 20 ans | Oui (20h-00h) | Non | Oui | Non | Gardes Urgences-SAMU (internat) | Omnipraticque ((nutrition)) |
| MG3 | 1h02min | Restaurant | M | 51 ans | Isolé | 16 ans | Oui (nuit profonde) | Arrêtée (Interventionnel) | Non | Oui | FFI 6 mois en Réanimation médicale-SMUR et gardes, | Omnipraticque, Ostéopathie, médecine manuelle, |
| MG4 | 31 min | Cabinet | M | 42 ans | SISA | 12 ans | Oui (20h-00h) | Non | Non | Moyenne | Stage d'urgence 6 mois (internat) | Omnipraticque (Médecine et traumatologie du sport) |
| MG5 | 28min | Cabinet | F | 58 ans | Association | 19 ans | Oui (Nuit profonde) + régulation | Non | Oui | Non | Stage d'urgence 6 mois (internat) | Omnipraticque |
| MG6 | 23min | Cabinet | M | 59 ans | Isolé | 27 ans | Oui (20h-00h) | Non | Oui | Non | Policlinique+ formation militaire | Omnipraticque |
| MG7 | 32 min | Cabinet | M | 46 ans | Association | 13 ans | Oui (nuit profonde) | Non | Oui | Non mais pas dérangeant | Stage d'urgence 6 mois (internat), Formation initiale MCS | Omnipraticque, DU d'IMC (infirmité motrice cérébrale) |
| MG8 | 24 min | Cabinet | M | 35 ans | Association | 5 ans | Oui (nuit profonde) | Non | Oui | Oui mais dépend de l'urgence | Stage d'urgence 6 mois (internat), formation gestes d'urgence institut de recherche | Omnipraticque |
| MG9 | 50 min | Cabinet | F | 52 ans | SISA | 20 ans | Oui (20h-00h) | Arrêtée (interventionnel, visites médicales) | Oui | Oui | Stage d'urgence 6 mois (internat), urgences traumatologiques 1 an post-internat | Omnipraticque |
| MG10 | 32 min | Cabinet | M | 64 ans | SISA | 35 ans | Oui (20h-00h) | Oui (visites médicales, interventionnel et formations arrêtées) | Oui | Oui | Stage d'externe au SAMU (4 mois), gardes d'interne au SAMU, gardes DRAGON, DU médecin sapeur-pompier, DU médecine de catastrophe | Omnipraticque, médecine du sport, médecine de plongée, médecine de montagne |
| MG11 | 24 min | Cabinet | M | 67 ans | Association | 38 ans | Oui (nuit profonde) | Non (mais participation bénévole aux gardes pompiers) | Oui | Oui | Stage d'internat de réanimation chirurgicale, ancien médecin régulateur du SAMU 68, gardes pompiers pour les urgences vitales | Omnipraticque |

IV. Annexe 4 : CD-ROM

(Planche en fin de thèse.)

IV.1 Verbatim des entretiens de l'étude qualitative

IV.2 Grille d'analyse thématique de l'étude qualitative

Références bibliographiques

1. Hollande F. Le Changement, c'est maintenant - Mes 60 engagements pour la France [Internet]. 2012.
Disponible sur :
http://www.partisocialisterhone.fr/wp-content/2012/01/Projet_FHollande.pdf
2. Ministère des Affaires sociales et de la santé. Le « Pacte territoire-santé » [Internet]. 2012.
Disponible sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/12_engagements_-_pacte_Territoire-Sante_DP_VDef.pdf
3. DGOS, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Pacte Territoire Santé 2 [Internet]. 2015.
Disponible sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_a5_pts_2_-_26-11.pdf
4. Mattei JF. Circulaire N°DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences [Internet]. avr 16, 2003.
Disponible sur :
<https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm>
5. Bertrand X. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) [Internet]. JORF n°50 du 28 février 2007 page 3718. févr 12, 2007.
Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2007/2/12/SANH0720822A/jo/texte>
6. Minet M. Médecins correspondants du SAMU en France : Profil, pertinence dans la prise en charge des urgences préhospitalières, réponse au défi des « 30 minutes » [Internet]. [Clermont-Ferrand]:Université de Clermont-Ferrand I. 2013.
Disponible sur :
<http://mcsfrance.org/resources/THESE-MCS-30MIN-MINET.pdf>
7. Association Médecins de Montagnes [Internet]. 2011.
Disponible sur :
<http://www.mdem.org/france/INDEX/index/Mededin-de-montagne.html>
8. MCS France [Internet]. 2011.
Disponible sur :
<http://mcsfrance.org/1.html>
9. Lareng L. la naissance du SAMU. La Revue des SAMU. 2005 ; 319-20.
Disponible sur :
<https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/154/111/319-320%20lareng.pdf>
10. Veil S. Circulaire DGS/103/AS 3 du 6 février 1979 relative à l'aide médicale urgente - Coopération entre le service public hospitalier et la médecine privée - Mise en place des Centres 15. févr 6, 1979.

11. Assemblée Nationale. Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires [Internet]. janv 6, 1986.

Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000512206&dateTexte=20200116>

12. Van Den Broek H. Décision du Conseil du 29 juillet 1991 relative à la création d'un numéro d'appel d'urgence unique européen (91/396/CEE) [Internet]. juill 29, 1991.

Disponible sur :

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/fr/ALL/?uri=CELEX%3A31991D0396>

13. Denoix De Saint Marc R. Circulaire du 21 avril 1995 relative à la mise en place du 112, numéro de téléphone d'urgence unique européen [Internet]. avr 21, 2015.

Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000187544&categorieLien=id>

14. De Villepin D, Bertrand X, Bussereau D, Baroin F. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [Internet]. mai 22, 2006.

Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788651&categorieLien=id>

15. Selleret X. Instruction N°DGOS/R2I20121267 du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de trente minutes à des soins urgents. [Internet]. juill 3, 2012.

Disponible sur :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/instruction-ndgosr22012267-du-3-juillet-2012-relative-aux-temps-dacces-en-moins-de-trente-minutes-a-des-soins-urgents/>

16. Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte Territoire Santé 2 - Engagement 4 : assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes [Internet]. 2017.

Disponible sur :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/les-10-engagements-du-pacte-territoire-sante/article/engagement-4-assurer-l-acces-aux-soins-urgents-en-moins-de-30-minutes#Des-mesures-concretes>

17. DGOS, ARS Grand Est. Pacte territoire santé - Des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux - Les résultats 2016 en région Grand Est [Internet]. 2017.

Disponible sur :

https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/PTS%20%20-%20Bilan%20Grand%20Est_0.pdf

18. Touraine M, Piveteau D, Debeauvais J. Instruction N°DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS) [Internet]. juin 6, 2013.

Disponible sur :

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/06/cir_37123.pdf

19. Direction générale de l'offre de soins. Médecins correspondants du SAMU : guide de déploiement [Internet]. 2013.

Disponible sur :

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf

20. Médecins de Montagne. Organigramme interventionnel du médecin correspondant du

SAMU [Internet]. 2011.

Disponible sur :

<http://www.mdem.org/france/MENU2/page/Les-Medecins-Correspondants-du-Samu.html>

21. Wikipédia. Géolocalisation de la vallée de la Bruche sur une carte de France [Internet].

Disponible sur :

https://fr.wikipedia.org/wiki/Vallée_de_la_Bruche

22. Wikipédia. Situation géographique de la communauté de communes de la vallée de la Bruche au sein du département du Bas-Rhin [Internet].

Disponible sur :

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/cb/Communauté_de_communes_de_la_Vallée_de_la_Bruche.png

23. ARS Alsace, Communauté de communes de la Vallée de la Bruche. Contrat local de santé de la communauté de communes de la Vallées de la Bruche [Internet]. La Broque ; mars, 2013.

Disponible sur :

http://cc.valleedelabruche.fr/images/sante/Contrat_Local_de_Santé_Vallée_de_la_Bruche.pdf

24. ARS Grand-Est. Carte des territoires de démocratie sanitaire en région Grand-Est (incluant les GHT) [Internet].

Disponible sur :

https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/TDS_DPT_20161125%5B1%5D.pdf

25. ARS Grand-Est. Carte des GHT en région Grand-Est [Internet].

Disponible sur :

https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-07/carte_GHT_GE.pdf

26. Agence Régionale de la Santé Alsace, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé en Alsace, Observatoire Régional de la santé en Alsace. Diagnostic local de santé de la communauté de communes de la Vallée de la Bruche [Internet]. juin, 2012.

Disponible sur :

<http://www.irepsalsace.org/wp-content/uploads/2011/11/DLS-VB-2012-rapport-définitif.pdf>

27. ARS, Atlasanté. Effectifs de professionnels de santé de la communauté de communes de la vallée de la Bruche en 2019 [Internet]. CartoSanté.

Disponible sur :

https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=list_geo&report=r01&selgeo1=epci.246700306&selgeo2=fra.99

28. ARS, Atlasanté. Effectifs de professionnels de santé de la communauté de communes de la région de Molsheim-Mutzig [Internet]. Cartosanté.

Disponible sur :

https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=list_geo&report=r01&selgeo1=epci.246701064&selgeo2=fra.99&view=map9

29. ARS, Atlasanté. Effectifs de professionnels de santé de la communauté de communes des portes de Rosheim [Internet]. Cartosanté.

Disponible sur :

https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=list_geo&report=r01&selgeo1=epci.246700744&selgeo2=fra.99&view=map9

30. Fondation Saint Vincent de Paul, Groupe Hospitalier Saint-Vincent. Clinique Saint-Luc [Internet].
Disponible sur :
<https://www.ghsv.org/le-ghsv/nos-etablissements/clinique-saint-luc/>
31. Gautier C, Leyret F, Grandadam P, Habert L. Convention relative au dispositif de médecin correspondant du SAMU 67 implanté dans la vallée de la Bruche. févr 9, 2015.
32. UGECAM Alsace. Maison d'Accueil Spécialisée de Saâles [Internet].
Disponible sur :
<http://www.ugecam-alsace.fr/etablissements/maison-daccueil-specialisee-de-saales>
33. UGECAM Alsace. Centre de Réadaptation Fonctionnelle de Schirmeck [Internet].
Disponible sur :
<http://www.ugecam-alsace.fr/etablissements/centre-de-readaptation-fonctionnelle-de-schirmeck>
34. Google. Google maps [Internet].
Disponible sur :
<https://www.google.fr/maps>
35. Wikipédia. Géolocalisation de la vallée de la Bruche sur une carte du Bas-Rhin [Internet].
Disponible sur :
https://fr.wikipedia.org/wiki/Communauté_de_communes_de_la_Vallée_de_la_Bruche
36. ARS Alsace. Temps d'accès des communes d'Alsace aux soins urgents [Internet]. 2012.
Disponible sur :
http://www.alsace.paps.sante.fr/fileadmin/ALSACE/PAPS_Alsace_V2/J_excerce/Devenir_MCS/Alsace_dep_limit_tps_acces_urgences_ou_SMUR_aout2012_modifiee_ppt.pdf
37. Ministère de l'équipement, du logement, de l'aménagement du territoire et du transport. Décret n° 86-1263 du 9 décembre 1986 portant modification de certaines dispositions du code de la route et relatif aux véhicules d'intervention urgente [Internet]. déc 9, 1986.
Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000333814&pageCourante=14870
38. Ministère des solidarités et de la santé. Le fond d'intervention régional [Internet].
Disponible sur :
<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fond-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir>
39. INSERM, Sorbonne Université. BiostaTGV [Internet].
Disponible sur :
<https://biostatgv.sentiweb.fr>
40. RStudio, PBC. RStudio [Internet]. Boston.
Disponible sur :
<https://rstudio.com/about/eula/>
41. Ministère de l'Économie et des Finances, Institut national de la statistique et des

études économiques. Recensement de la population du Bas-Rhin [Internet]. 2019.

Disponible sur :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4265439?sommaire=4265511>

42. Deprez C. Évaluation à un an de la mise en place d'un dispositif Médecin Correspondant du SAMU dans le Pas-de-Calais [Internet]. [Lille] : Lille 2; 2017.

Disponible sur :

<https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/bd4ec354-741d-43a5-b47a-1896ded7a0ca>

43. INSEE. Comparateur de territoire - intercommunalité de la Vallée de la Bruche [Internet]. 2020.

Disponible sur :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-246700306>

44. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études & Résultats. Les disparités d'activité des SMUR s'expliquent en partie par les moyens dédiés et les caractéristiques des territoires [Internet]. déc 2019 (1136).

Disponible sur :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1136.pdf>

45. Borthomieu L. Évaluation de l'activité des Médecins Correspondants SAMU et retour d'expérience des acteurs intervenant dans ce dispositif en Vienne entre 2015 et 2018 [Internet]. [Poitiers]: Poitiers; 2019.

Disponible sur :

<http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/63242>

46. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Vol. coll. 128. Paris: Armand Colin; 2015.

47. Glaser Bg, Strauss Al. Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine; 1967.

48. Instruction DGOS/R2 no 2013-261 du 27 juin 2013 relative aux plans d'actions régionaux sur les urgences [Internet]. juin 27, 2013.

Disponible sur :

http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0076.pdf

49. Bertrand X. Circulaire N°DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences [Internet]. févr 13, 2007.

Disponible sur :

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_19247.pdf

50. Assemblée Nationale. Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires [Internet]. Loi n° 86-11 janv 6, 1986.

Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000512206&pageCourante=00327

51. ARS Grand Est. Projet Régional de Santé 2018-2027, Ressources humaines en Santé [Internet]. 2017.

Disponible sur :

https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf

Déclaration sur l'honneur

Université

de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : MENTZ

Prénom : Cédric

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

" J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète "

Signature originale :

A MOLSHEIM, le 23/09/2020.

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

ANNEXE IV :

CD-ROM

ANNEXE IV.1 :

Verbatim
des entretiens de
l'étude qualitative

Freins à la participation au dispositif des médecins généralistes du secteur :

Étude qualitative

ANNEXE IV.1 – VERBATIM

Des entretiens de l'étude qualitative

Table des matières :

| | |
|------------------------|----|
| Entretien MG1 : | 2 |
| Entretien MG2 : | 10 |
| Entretien MG3 : | 17 |
| Entretien MG4 : | 27 |
| Entretien MG5 : | 33 |
| Entretien MG6 : | 39 |
| Entretien MG7 : | 44 |
| Entretien MG8 : | 49 |
| Entretien MG9 : | 55 |
| Entretien MG10 : | 64 |
| Entretien MG11 : | 70 |

Entretien MG1 :

Moi : Bonjour, je viens vous voir pour mon travail de mémoire de DES de médecine générale. Je cherche à étudier le MCS, dispositif mis en place au sein de la vallée de la Bruche et particulièrement, auprès des médecins généralistes, la connaissance de ce dispositif ainsi que les difficultés qui ont pu être rencontrées dans l'optique d'une généralisation du dispositif, qui était initialement prévue avec l'ARS.

J'aurais déjà voulu vous poser quelques questions pour établir un profil professionnel. Je peux vous demander votre âge ?

Interviewé : Oui, 60.

Moi : Ça fait combien de temps que vous êtes installés ?

Interviewé : 88

Moi : Vous êtes-vous installés ici directement ?

Interviewé : Oui, dans mon ancien cabinet, je n'étais installé nulle part ailleurs qu'ici.

Moi : C'est quoi comme mode d'installation ? Juridique ?

Interviewé : (silence)

Moi : Une SISA ?

Interviewé : Oui, oui, avant on était installé chacun pour soi, ça tu le sais, oui c'est une SISA, absolument.

Moi : Auparavant c'était déjà une association ?

Interviewé : Non, avant c'était chaque médecin pour soi, il n'y avait que Dr X et Dr X qui étaient associés ; tous les autres étaient dans leurs petits coins et on a mis tout le monde sous le même toit. Ce n'est pas facile...

(Rires)

Moi : Est ce que vous participez aussi à la permanence des soins ?

Interviewé : Oui, mais plus depuis que j'ai 60 ans, et pour des raisons que je saurai défendre, mais c'est pas le but...

Moi : La permanence des soins ici, c'est bien jusque minuit ou également en nuit profonde ?

Interviewé : Non, on s'arrête à minuit.

Moi : D'accord.

Interviewé : Et ça depuis, à la louche, 4-5 ans. Avant c'était toute la nuit, oui.

Moi : Vous abordiez également les raisons pour lesquelles...?

Interviewé : Bon, alors déjà à 60, j'en ai un tout petit peu ma claque ; mais à l'époque, on nous a complètement dépossédés de l'urgence, ici. C'est à dire, en deux mots, je n'ai pas envie de pleurer, à 60 ans, je n'en ai plus très envie, je n'habite plus ici. Mon problème c'est ça : avant, j'habitais dans le coin, j'habitais là où je travaillais, donc faire des gardes, c'était plutôt cool; là, j'habite loin, donc je n'ai plus envie de faire la route tout le temps. Et à l'époque, on faisait la régulation nous-mêmes. Les gens avaient le numéro dans le journal, et puis appelaient en disant : « mon gamin a de la fièvre, qu'est ce que je fais ? ». Et progressivement, ils nous ont dit : « on ne va plus faire comme ça, on va vous réguler ». Donc il y a la PDS qui s'est mise en route, la permanence de soins, et donc ils ont régulé à Strasbourg. Donc là, il y a eu une grosse partie de l'activité qui a dégagé ; et après secondairement, ils voulaient nous imposer d'aller faire des gardes jusqu'à Y. Et c'est ça qui a mis le feu à la poudre, et là on a dit : « ben non c'est trop loin, ce n'est pas notre secteur. On a peu de patients là-bas. »

Moi : Et avant c'était plus sectorisé ?

Interviewé : Oui, oui. Avant c'était Y et à Y ça s'arrêtait, donc on avait un secteur qu'on connaissait géographiquement. Quant il fallait aller à Y, il ne fallait pas 3 heures pour trouver.

Moi : Parce qu'ils ont donc associé le secteur de Y ?

Interviewé : Oui, enfin on nous l'a imposé, parce que je crois que les médecins de Y ne voulaient plus aller à Y, enfin un truc comme ça.

Moi : D'accord.

Interviewé : Et donc on leur a dit : « écoutez, non, ça ne se passera pas comme ça ». Et puis c'est là qu'on a arrêté la nuit profonde, parce que c'est parfaitement légal, tout le monde le fait à Y, donc on a fait ça comme ça.

Moi : D'accord. Donc vous l'avez évoqué, vous n'habitez plus sur le secteur de la vallée de la Bruche ?

Interviewé : Non.

Moi : Êtes-vous médecin sapeur-pompier ?

Interviewé : Plus maintenant, mais je l'ai été pendant une bonne quinzaine d'années.

Moi : Quelle était votre activité ?

Interviewé : Avant c'était pareil, on était sollicités d'humain à humain : la caserne, la sirène, un accident et ils appelaient le ou les médecins-pompiers qui étaient disponibles, car il n'y avait pas que moi, il y avait X, il y avait moi, il y avait X, et qui d'autre ? C'est à peu près tout. Et donc quand ils avaient besoin qu'on intervienne, on y allait. On a fait ça longtemps, et puis progressivement ils ont dit : « Oui, mais c'est plus comme ça qu'on va faire. Maintenant vous allez faire des tableaux de garde, des astreintes ». Non mais attendez. Puis il y a eu une modification, mais nous on respecte ça. Nous on ne voulait pas dire non, de temps en temps, c'était faisable.

Moi : D'accord ; donc il y avait l'opérationnel, après il y avait également la formation des pompiers ?

Interviewé : Oui et puis il y avait aussi les visites médicales qui n'en finissaient pas au SDIS...

Moi : D'accord, donc vous avez arrêté tout ça ?

Interviewé : Oui, oui, tout ça je ne le fais plus.

Moi : Donc vous avez arrêté par rapport au mode d'organisation qui devenait plus contraignant ?

Interviewé : Pour les pompiers ? Ah oui clairement oui ! Et puis après, du boulot, on en a quand même ici, donc se faire interrompre chaque semaine sur son travail. A un moment donné, ça ne le fait plus.

Moi : D'accord.

Interviewé : Moi j'ai fait ça à l'époque, pas par passion, mais par envie, ça me plaisait bien ! Mais quand tu as une salle d'attente, et que tu dis aux gens : « Écoutez, je m'en vais ! » ; tu reviens, la moitié qui avait disparu, l'autre qui revenait à 19h30. Il y avait plus de contraintes qu'autre chose.

Moi : Donc par rapport à une appétence à l'urgence, c'est quelque chose que vous appréciez ?

Interviewé : Oui clairement ! Comme j'ai dit à X, je suis allé jusqu'à faire des semaines entières de SAMU en tant qu'observateur bénévole.

Moi : D'accord, en début de carrière ?

Interviewé : Oui, oui, ce n'était pas la semaine dernière (rires), c'était quand j'avais 30-35 ans. J'ai fait ça parce que j'étais vraiment dedans. Ce n'était pas de la formation hein ! J'allais là-bas, j'étais avec le régulateur, et puis il m'envoyait là où il pensait que ça pouvait être intéressant.

Moi : En opérationnel donc ?

Interviewé : Absolument oui.

Moi : Aviez-vous fait des formations spécifiquement dans l'urgence ? Pendant l'internat ?

Interviewé : Non, Ah ben si ! Quand j'étais interne, j'ai fait 5 ans de poli, ce que vous faites à Saint-Luc. C'était quand j'étais interne des hôpitaux périphériques il y a 30 ans. Mais je n'ai pas de formation, c'était une formation sur le tas. La seule formation que j'ai eue, c'est celle qu'on a eue quand j'ai fait le DU de médecin-pompier, où on a aussi rédigé des mémoires.

Moi : Donc pour médecin-pompier, il y avait une vraie formation qualifiante ?

Interviewé : Absolument.

Moi : Un diplôme universitaire ?

Interviewé : Oui un DU, qui était dispensé par l'équipe du SAMU. Mais je crois que ça existe toujours me semble-t-il.

Moi : Et cela passe toujours par un DU ?

Interviewé : Je ne suis pas certain mais je crois que oui.

Moi : D'accord. Sur le reste de vos pratiques professionnelles, est-ce que vous orientez un peu votre pratique de médecine générale, ou ça reste une pratique très généraliste ?

Interviewé : Non, elle est vraiment généraliste.

Moi : Vous avez un DU de médecine d'ostéopathie ?

Interviewé : Oui, mais franchement on a été un peu submergé par le travail de base.

Moi : Donc vous restez sur une pratique...

Interviewé : Ça m'arrive encore de temps en temps, mais ça n'a plus rien à voir avec ce que je faisais au début.

Moi : D'accord. Je voudrais aborder maintenant plus spécifiquement le sujet du médecin correspondant du SAMU. Est ce que vous connaissez le dispositif ?

Interviewé : Oui bien sûr !

Moi : Qu'est ce que vous savez du dispositif national ?

Interviewé : Rien, je n'en sais rien.

Moi : D'accord, je fais juste quelques rappels grossiers sur ce qui a été mis en place. C'est donc à partir de 2007 que cela a été légiféré par un arrêté. C'est un relai du SAMU sur un territoire, une zone géographique déterminée par l'ARS. C'est quelque chose qui est mis en place de façon régionale ; c'était parti du fait que l'on veuille couvrir les soins urgents sur tout le territoire national en moins de 30 minutes. Donc là, c'est effectivement le cas pour le territoire de la vallée de la Bruche, puisqu'on est situé à plus de 30 minutes de Strasbourg qui est le SAMU référent. Donc c'était pour l'accès à l'urgence sur le territoire dans sa globalité. Le médecin correspondant du SAMU est régulé par le SAMU. Le médecin régulateur, c'est lui qui déclenche le MCS et déclenche simultanément un SMUR, de façon systématique. Le MCS ne sera pas déclenché seul, sauf cas exceptionnel, qui ne rentre pas dans le contrat qui est signé. Le contrat est signé avec l'établissement siège du SAMU, donc avec le CHU de Strasbourg pour nous, qui fixe le lien fonctionnel entre le MCS et le SAMU. Il peut y avoir différents statuts pour les médecins qui décident d'intégrer le dispositif. Le médecin est un médecin généraliste dans la grande majorité des cas sur l'ensemble du territoire national et dans certains cas, on a effectivement certains spécialistes, urgentistes, ou praticiens des hôpitaux pouvant également participer à ce dispositif. Mais l'essentiel des MCS sont des médecins généralistes, les plus proches des territoires les plus isolés. C'est un médecin également formé. La formation est assurée par le CHU, par l'intermédiaire des CESU. Voilà pour les points grossiers du MCS sur le plan national.

Et donc au niveau local, que savez-vous du dispositif en place ?

Interviewé : Je sais que vous avez un médecin qui fait 8:00-20:00 tous les jours, les weekends compris je crois savoir et ce sont les seniors de chez vous qui interviennent donc X, X, toi sûrement, X.

Moi : Pas encore pour l'instant, je ne suis pas encore formé, et puis également X et X.

Interviewé : Oui X, on avait vu l'autre jour le véhicule devant la maison.

Moi : Oui et puis également X qui est partie de la clinique. Au niveau des détails techniques vous n'en savez pas plus ?

Interviewé : Non ça je ne sais pas.

Moi : Il y a donc une convention cadre entre le médecin et le SAMU de rattachement. Ici en l'occurrence il y a le groupe hospitalier Saint-Vincent qui a fait l'interface entre le médecin concerné et le SAMU. Sur cette convention, il y a également les HUS qui ont participé, l'ARS Alsace, le Groupe Hospitalier Saint-Vincent, le SDIS et la COMCOM de la vallée de la Bruche.

Interviewé : Pour financer alors ?

Moi : Voilà. Au niveau des territoires concernés, on a les cantons de Schirmeck, Saales et Urmatt, correspondant à la communautés de communes de la vallée de la Bruche, plus Niederhaslach, Oberhaslach et Grendelbruch, qui ont été rattachés pour des questions géographiques, avec le couperet des 30 minutes, pris en compte. C'était des territoires sur lesquels le MCS pouvait intervenir plus rapidement que le SAMU. La fonction de MCS est assurée par un des médecins stationnés à la clinique, elle prime sur l'activité de la clinique sauf cas d'urgence majeure. Le médecin régulateur va appeler le MCS sur un portable dédié, avec un départ théorique en moins de 5 minutes pour pouvoir assurer la prise en charge d'une urgence vitale. Effectivement les horaires sont 8 :00-20 :00, 7j/7, et dans ce qu'il y avait été initialement discuté, ils voulaient également intégrer les médecins généralistes libéraux, au moins sur la période de PDSA (c'est l'ARS qui avait envisagé cela). Il y a également une centralisation logistique à la clinique Saint-Luc avec le véhicule MCS et tout le matériel médical, scope. La formation initiale était de 2 jours au CESU, avec une partie théorique et 2 jours d'immersion sur le terrain avec des interventions au SAMU et des formations annuelles de remise à

niveau sur certains points. Concernant la responsabilité, est ce que vous savez qui exerce la responsabilité professionnelle ?

Interviewé : Non.

Moi : L'intervention est gérée par le médecin régulateur, comme pour le SAMU, et au niveau de la responsabilité civile professionnelle, ce n'est pas la responsabilité du médecin libéral qui est engagée car il a un contrat fonctionnel avec le SAMU, et à ce titre il est couvert par la responsabilité administrative des HUS.

Qu'est-ce que vous pensez de ce dispositif dans la vallée de la Bruche, est ce qu'il est utile ? Est-ce que vous aviez remarqué des soucis, auparavant, avec la prise en charge des urgences sur le territoire, qui auraient pu être améliorés ?

Interviewé : Avant le MCS ?

Moi : Oui ?

Interviewé : Oui forcément, avant le MCS, c'est nous qui étions sollicités, soit par les patients, soit par le 15 aussi, très souvent. Le 15 appelait souvent ici, avant que vous fassiez ça, on avait des appels pas quotidiens, mais franchement pas loin.

Moi : Et ceci quasiment jusqu'à la mise en place du dispositif ?

Interviewé : Oui, et ça s'est arrêté du jour au lendemain.

Moi : Donc vous étiez beaucoup sollicités auparavant ?

Interviewé : Oui on était beaucoup sollicités.

Moi : En journée ? La nuit ?

Interviewé : Alors ... les deux. Ils appelaient ici parce qu'il savaient qu'il y avait un nid.

Moi : Il y avait déjà la maison médicale alors ?

Interviewé : Oui, alors la maison médicale, ça fait 7 ans que c'est ouvert maintenant, et vous ça ne fait pas 7 ans, alors au début, il y avait un chevauchement. On avait réellement des appels...et la nuit, quand tu étais de garde, ça pouvait aussi arriver.

Moi : Et l'intérêt du MCS sur le territoire ?

Interviewé : Du jour au lendemain, on nous enlève une épine du pied, alors l'intérêt il est majeur, surtout pour quelqu'un comme moi, qui est en fin de carrière, où tu te dis : « j'ai d'autres chats à fouetter, j'ai 12h de boulot tous les jours ». Donc on est content de ne plus avoir à faire ça. Pour moi, l'urgence en soit, à part le frisson, financièrement, la plupart du temps on ne touchait rien. Quand j'allais avec les pompiers, il y avait tellement de papiers à faire pour être indemnisé, on ne faisait rien. C'était vraiment pour le côté chien de Saint-Bernard, mais ça va jusqu'à un certain point, après tu finis quand même par te lasser.

Moi : Ça a quand même tendance à désorganiser ?

Interviewé : Oui, et après comme on est en groupe ici, c'est encore pire : quand moi je vais faire des urgences, après tes patients, pendant que tu n'es pas là, ils vont aller voir ailleurs...

Quelque part, c'est fait de manière à susciter une réflexion... Mais ce n'est pas ça le problème en fait. Donc moi ça me va vraiment très très bien ! Aux autres aussi d'ailleurs.

Moi : (rires)

Interviewé : Tu verras, il n'y en a pas beaucoup qui ont la fibre. On a tous la fibre « cabinets médicaux, il faut que ça fonctionne ». Je le revendique complètement

Moi : On arrive maintenant sur le 3^{ème} thème, où j'aimerais aborder les freins à l'adhésion au dispositif, qui avaient pu être rencontrés sur l'intégration de tous les médecins dans le secteur de la vallée de la Bruche. J'aurais voulu savoir, est-ce que à l'époque de la mise en place du dispositif, où ça s'est négocié avec le Groupe Hospitalier Saint-Vincent, est ce que vous aviez été personnellement sollicités par des personnes de l'ARS pour intégrer le dispositif ?

Interviewé : On avait eu, un jour, une réunion dans un gymnase à Y, avec des mecs du SDIS, du 15 et de l'ARS. Oui, on avait eu ça. Mais pas personnellement, c'était une espèce de réunion.

Moi : Donc vous aviez quand même été conviés ?

Interviewé : Oui on s'est déplacé, j'y ai été, je me rappelle parfaitement, c'était une réunion d'information, mais qui ne s'était pas très bien passée : il me semble que les gens de l'ARS n'étaient pas très...

Moi : Qu'en aviez-vous pensé ?

Interviewé : Quand je suis parti de là, je me suis dis : oui, ben ok, vous ferez ça sans moi...

Moi : Parce que ?

Interviewé : Je ne sais plus exactement, mais les modalités étaient trop lourdes : on ne peut pas, quand on travaille, je ne vois pas comment on pourrait interrompre régulièrement l'activité pour faire place à un truc comme ça.

Moi : Parce qu'ils voulaient vraiment imposer un cadre rigide ?

Interviewé : Alors oui, quand même, je pense oui. Tu dis un départ dans les 5 minutes, t'as un gamin sous une bagnole à Y, tu ne peux pas passer un quart-d'heure à trouver celui qui serait prêt éventuellement à dégager un peu de temps. A l'époque il me semblait que c'était des plages : entre 8h et 12h c'est X, entre midi et 16h c'est X, ou je ne sais pas qui. Je n'étais pas prêt à faire ça moi.

Moi : Et comment aviez-vous ressenti le comportement, parce qu'il y avait le Groupe Hospitalier Saint-Vincent et ses responsables, comment aviez-vous ressenti le comportement de l'ARS par rapport au GHSV et par rapport aux médecins libéraux ?

Interviewé : Ça ne m'a pas frappé, moi je me souviens qu'on était un peu, enfin d'emblée, j'ai senti que la compatibilité avec mon quotidien de médecin généraliste, que c'était scabreux. J'ai trouvé ça d'emblée. Et puis notre priorité à nous, c'est quand même nos cabinets médicaux, on vit de ça nous. Donc on a beau être... Alors oui il y avait des indemnisations qui étaient possibles, mais ça ne collait pas bien.

Moi : Il y effectivement différents contrats qui peuvent être signés...

Interviewé : Mais c'était pas du tout ça le problème, c'était pas ça qui coïncait. C'était plutôt l'importance du machin, si je me souviens bien.

Moi : Donc vous m'aviez dit que vous aviez tout de même cette fibre d'urgence au départ ?

Interviewé : Plus maintenant !

Moi : C'est quelque chose qui aurait pu vous intéresser à la base, d'intégrer le dispositif ?

Interviewé : Pas dans les conditions, le mélange m'a toujours paru scabreux.

Moi : Le mélange entre la médecine générale libérale et...

Interviewé : Après j'ai toujours eu un cabinet qui a fonctionné de manière où il faut beaucoup de présence. En hiver, c'est des journées, où il n'y a pas beaucoup de temps libre, pour ne pas dire pas du tout. Donc ça m'a paru d'emblée compliqué, astreignant, voilà. A part piquer sur les demi-journées de libre, tu vois, je ne vois pas comment. Ça me paraît vraiment incompatible. Je ne me vois pas être en consultation, la salle d'attente, les listes de RDV, et à tout moment, devoir partir. Tu vois, ça ne colle pas du tout.

Moi : Donc parmi les difficultés qui peuvent être rencontrées dans l'optique d'intégrer ce dispositif, il y a ce côté organisationnel...

Interviewé : C'était ça, et à l'époque, j'avais un état d'esprit où j'étais un peu échaudé par ces modifications de régulation qu'on nous a imposées : « Vous faites comme ça et comme ça, et puis vous irez à Y, et si vous n'êtes pas contents, vous y irez quand même ». Tu vois, je n'avais plus très envie, je prend sur moi et puis je fais...

Moi : Vous aviez plus l'impression que c'était un côté directif, que de vouloir monter un projet ensemble ?

Interviewé : Ah oui ! Absolument, totalement, mais c'était pas du fait de Saint-Luc, du tout, c'était du fait de l'ARS, c'est eux qui ont foutu le feu au poudre. La régulation, ces modifications de truc, c'était imposé complètement.

Moi : D'accord, et donc le côté rémunération, vous m'avez dit, que ce n'était pas du tout quelque chose qui entrait en compte ?

Interviewé : Non, parce que par rapport à ce qu'on gagne en bossant ici, ça n'a rien à voir.

Moi : Au niveau géographique et organisationnel, c'est quelque chose qui posait soucis, surtout avec le fonctionnement du cabinet. Est-ce que la centralisation logistique qui avait été décidée à Saint-Luc aurait également pu poser des soucis ?

Interviewé : Pareil, 5 minutes pour déclencher le truc : je suis à mon bureau, je suis en train de faire quelque chose avec quelqu'un, un nourrisson déshabillé, il faut partir là, rhabiller l'enfant, prendre la voiture, aller à Saint-Luc, se changer éventuellement, sauter dans le véhicule. 5 minutes, tu vois ce n'est même pas envisageable. Moi je pense clairement, qu'intégrer des médecins généralistes dans un

truc comme ça, ce n'est pas possible, à moins qu'on fasse une astreinte, et de mettre la voiture devant la porte et puis on travaille en tenue, comme vous quoi.

Moi : Ça c'est quelque chose que vous...

Interviewé : Non, non, ça aurait été pour respecter le cahier des charges des 5 minutes, c'est quand même ça qui compte au bout du compte... Moi j'ai un peu du mal, parce que j'ai entendu que certains MCS étaient chez eux le weekend, c'est possible ça ?

Moi : Oui effectivement, le weekend, les astreintes peuvent se faire depuis le domicile.

Interviewé : Alors là j'ai quand même un petit doute. X habite à Y, Y pour aller à Y, ça fait déjà des kilomètres, les autres viennent de Strasbourg, la différence existe, mais elle commence déjà à se rétrécir.

Moi : Il y a une perte d'intérêt alors.

Interviewé : J'observe simplement la réalité des choses : les kilomètres, la voie rapide, la circulation et l'objectif de ramener les délais. C'est un peu compliqué.

Moi : Par rapport aux astreintes que l'ARS avait voulu mettre en place ?

Interviewé : Je ne suis plus très certain de ça, mais c'était quasiment inévitable d'en arriver là, pour avoir une organisation qui soit défendable.

Moi : Comment ça ?

Interviewé : À l'époque quand on nous a parlé de ça, j'avais perçu l'idée qu'il n'y avait pas d'autre solution que de participer d'une manière, faire une astreinte avec des horaires, de manière à ce que celui qui est d'astreinte ne dise pas : « Ah ben non, je n'ai pas le temps, il faut voir avec machin qui est plus près! »

Moi : Au niveau des astreintes de nuit, à l'époque vous étiez sur le territoire, maintenant vous n'y êtes plus, est ce que c'est également quelque chose qui bloquerait, vu qu'il faut essayer de rester sur le territoire. Ça a aussi pu être un frein à la participation à ce dispositif ?

Interviewé : A l'époque, j'ai arrêté les gardes au mois de mars, puisque j'ai eu 60 ans au mois de mars. Avant, quand j'étais de garde ici, je ne rentrais pas chez moi, je faisais l'effort, je faisais toujours l'effort dans 100% des cas, pas une seule fois ça m'est arrivé, de ne pas rester ici pendant ma garde, parce que je me disais que si tu as un pépin, il faut aller à l'autre bout, et j'habite Y, c'est plus près que Y par exemple, eh ben je suis toujours resté ici.

Moi : Vous faisiez l'effort de rester ici.

Interviewé : Quand c'était les gardes de nuit profonde, je dormais ici dans la chambre de garde, et quand ce n'était pas nuit profonde, je restais ici jusqu'à minuit, et à minuit je rentrais chez moi... minuit moins le quart, j'espérais que dans le quart d'heure qu'il me fallait pour rentrer, je ne reçoive pas d'appel. J'ai fait ça oui!

Moi : Je reviens juste sur ce qu'ils avaient voulu mettre en place initialement avec la couverture des horaires de PDSA, que les médecins libéraux prennent le relai de Saint-Luc en journée, où ça posait plus de soucis pour le médecin libéral. Sur ces horaires 20h-00H, est ce que le fait d'intégrer la couverture PDSA et MCS (ce qui est possible) aurait été envisageable ?

Interviewé : Ça, ça aurait été possible, comme ça s'arrête à 20h chez vous non? Mais je ne me rappelle pas que la question se soit posée comme ça.

Moi : L'ARS ne vous a pas sollicité ?

Interviewé : Je ne me souviens pas qu'ils aient dit : « puisqu'eux font jusqu'à 20h, vous n'avez qu'à faire de 20h à 00h ». Honnêtement je ne me souviens pas de ça.

Moi : En reprenant les contrats signés avec le GHSV, c'était marqué textuellement qu'ils voulaient intégrer les médecins libéraux sur les horaires de la PDSA, initialement nuit profonde incluse et ensuite vous aviez arrêté la nuit profonde.

Interviewé : Alors c'est possible, mais ça ne figure pas dans ma mémoire, je ne me souviens pas de ça.

Moi : Jamais été interpellé par une personne de l'ARS ?

Interviewé : Honnêtement je ne me rappelle pas de ça. Ça aurait été finalement, pourquoi pas, quand je trainais là haut, dans la salle de garde... Si c'est le 15 qui m'envoie quelque part, j'aurais fait ce que j'ai fait avant, pendant toutes ces années. On allait pour la traumatologie routière, pour les douleurs

thoraciques, pour les détreuses de toutes sortes. Mais je ne me rappelle vraiment pas avoir du me poser cette question.

Moi : Pas de souvenir ?

Interviewé : Non si je n'ai pas de souvenir, c'est que vraisemblablement ça n'a pas été formulé de telle manière qu'il y ait eu une sollicitation.

Moi : Il y a donc eu cette sollicitation initiale, cette réunion, mais pas de sollicitation directe ?

Interviewé : Mais franchement ça s'est assez mal passé, parce que plein de gens, tous les médecins généralistes du coin, se sont sentis... Il y a eu une espèce de mouvement... Mais je n'ai pas un souvenir impérissable de ça, parce que c'est quand même un petit bout de temps déjà, et d'emblée on s'est dit : « Ben c'est pas pour nous ! », et on a laissé tomber.

Moi : Vous aviez évoqué qu'en première partie de carrière, vous aimiez la relation à l'urgence, donc ce n'est pas du tout quelque chose qui vous faisait peur, que ce soit au niveau de la gestion du stress, des actes techniques ?

Interviewé : Non, non, à l'époque je n'étais pas angoissé par ça.

Moi : Au niveau technique ?

Interviewé : Ben ce matin, j'ai présenté à X une patiente que j'ai défibrillée, intubée, sédaturée moi-même dans sa cuisine. Elle était assise à ta place. Alors je ne l'ai pas fait tous les jours, mais je l'ai fait. Au jour d'aujourd'hui, je me sentirais moins à l'aise, ne serait-ce que pour poser une voie veineuse, que je ne l'étais à l'époque. Ça c'est normal, n'importe quel basketteur, quand il ne va pas à l'entraînement tout le temps, le weekend ça se passe moins bien.

Moi : On n'est bon que dans ce que l'on fait tous les jours. Sur le plan de la responsabilité, est ce que c'est quelque chose qui aurait pu coïncider ? Vous le faisiez dans le passé et ce n'était pas un souci ?

Interviewé : Non ce n'est pas un soucis, quand j'allais quelque part, je ne pensais pas à la responsabilité, j'y allais pour faire du mieux possible. Ce n'était vraiment pas un souci, ce n'était pas une préoccupation, vraiment pas.

Moi : Est ce que vous auriez pu ressentir d'autres frein encore ? Par rapport à vos collègues, est-ce que vous pensez qu'il y aurait eu d'autres choses qui auraient pu coïncider pour une intégration plus large au dispositif ?

Interviewé : Non je ne pense pas, avec les humains, les collègues, je ne vois pas ce qui aurait pu me gêner d'intégrer une équipe, vraiment pas, en tout cas rien de confraternel, ou de non confraternel ou d'humain, absolument pas.

Moi : Sur le dispositif en place, est-ce que vous auriez éventuellement pu proposer des pistes d'amélioration pour pouvoir faciliter l'intégration des médecins libéraux au dispositif, si ce n'est rien que sur les horaires de PDSA ?

Interviewé : Ben non, je ne vois pas. On n'a pas été vraiment concernés, puisque d'emblée, à aucun moment, il n'y a eu chevauchement même partiel, et ce n'est pas envisagé, je crois pas ? Si ?

Moi : C'est vrai, que j'ai eu cette impression, qu'une fois qu'ils avaient mis le grappin sur le GHSV, de ce que vous dites, vous n'avez pas été suffisamment sollicités.

Interviewé : D'autant plus que la pyramide d'âge qu'on a ici, les médecins pompiers qui faisaient à l'époque, c'était X et moi, lui il prend sa retraite dans quelques mois, moi je sais pas quand, ce n'est pas forcément dans la nuit des temps, mais les autres ça ne les intéresse absolument pas.

Moi : J'essaierai de m'entretenir avec eux.

Interviewé : Sans me mouiller beaucoup, ça me surprendrait que tu trouves beaucoup de gens qui aient envie d'en découdre avec ça.

Moi : On arrive sur la fin de l'entretien, est ce que vous aviez quelque chose à ajouter à l'entretien, est ce que des questions auraient pu vous interpeler ?

Interviewé : Moi ça me va bien, parce qu'on sait que le travail est fait, il y a même des fois, j'ai vu une fois quelqu'un intervenir ici, pour un bronchiteux complètement décompensé. Ça n'arrive pas tous les jours, mais c'est déjà arrivé plusieurs fois quand même.

Moi : L'idée c'est de travailler ensemble, c'est comme ça qu'on se porte le mieux, surtout dans des territoires...

Interviewé : Je me suis toujours dit et j'espère que ça va rester comme ça, quand on a des gens dont il faut s'occuper, qui ne vont pas bien, il faut que ça aille pour ces gens, après les égaux et tout ça, on s'en fiche !

Moi : Je vous remercie pour cet entretien

Interviewé : Il n'y a pas de quoi.

Entretien MG2 :

Moi : Bonjour, je suis MENTZ Cédric, assistant à la clinique Saint-Luc de Schirmeck et en année Thèse/Mémoire. J'étudie pour mon travail de mémoire de DES de médecine générale le dispositif de Médecin Correspondant du SAMU mis en place au sein de la vallée de la Bruche, et plus particulièrement auprès des médecins généralistes libéraux du secteur, d'évaluer leur connaissance du dispositif et les difficultés qui ont pu être rencontrées pour une généralisation plus large du dispositif envisagée au départ par l'ARS.

Interviewé : Il y en a combien qui ont ... ?

Moi : Au final, il n'y a qu'à la clinique Saint-Luc.

Interviewé : Oui, il n'y a pas eu les extérieurs.

Moi : Malgré que certains aient pu être intéressés à un certain moment. Quelques questions tout d'abord que j'aurais voulu vous poser afin d'établir un profil professionnel. Je peux vous demander votre âge ?

Interviewé : Oui, je sais plus, je fais un blocage... 52 je crois... (rires).

Moi : Vous êtes installé ici dans la maison de santé, ça fait combien de temps ?

Interviewé : Maison de santé, ça va faire ma 6^{ème} année, 5,5 ans.

Moi : C'est une SISA ?

Interviewé : Oui, moi j'ai rejoins après, ils ont commencé 2 ans avant.

Moi : Auparavant vous étiez déjà installé ?

Interviewé : Oui à Y.

Moi : Ça fait combien de temps que vous êtes installé comme médecin généraliste ?

Interviewé : Ça va faire 20 ans.

Moi : Est-ce que votre domiciliation personnelle est située sur le territoire de la vallée de la Bruche ?

Interviewé : Oui.

Moi : Est-ce que vous participez à la permanence des soins ? Ici c'est bien 20h-00h ? La nuit profonde avait été arrêtée ?

Interviewé : Oui.

Moi : Est-ce que vous êtes médecin sapeur-pompier ?

Interviewé : Non.

Moi : Vous ne l'avez jamais été ?

Interviewé : Non.

Moi : Concernant le rapport à l'urgence, comment est-ce que vous... ?

Interviewé : Ça ne m'attire pas du tout, parce que je suis complètement déconnecté du truc, je n'en gère plus, donc je ne me sens pas capable de gérer, je pense, l'urgence. Après, des pseudo-urgences en garde, ça, ça ca. Je n'ai jamais aimé, mais je le fais parce que voilà, il faut le faire. Par contre les urgences vraies, ça me stresse d'avoir à en gérer.

Moi : Donc d'une part pas d'affection pour les urgences et puis pas l'habitude ?

Interviewé : Voilà, perte de l'habitude, je ne sais plus.

Moi : Est-ce que vous aviez fait des stages durant l'internat dans un service orienté urgences ?

Interviewé : Non. J'étais interne, enfin résident à Y, donc on participait et on faisait des gardes SAMU. Quand on était de garde aux urgences, on pouvait être amenés à sortir dans le cadre du SAMU.

Moi : Avec un médecin sénior ?

Interviewé : Pas forcément.

Moi : Donc c'était juste dans le cadre des gardes, parce que vous étiez dans l'établissement ? Mais il n'y avait pas de stage affecté aux urgences pendant 6 mois comme c'est le cas en ce moment ?

Interviewé : Non.

Moi : Est-ce que vous orientez votre pratique de médecine générale ou restez-vous sur une omnipratique ?

Interviewé : Non, médecine générale.

Moi : D'accord, sur un 2^{ème} thème, j'aimerais évaluer votre connaissance et votre opinion sur le MCS ; est-ce que vous connaissez le dispositif ?

Interviewé : Oui un petit peu, j'avais participé un peu aux commissions ; après le rôle exact et légal d'intervention pas forcément, mais je vois à peu près le système. D'après moi ce sont des médecins, actuellement de Saint-Luc, qui peuvent être amenés à effectuer des missions hors établissement en tant que MCS, en attendant d'être rejoints par le SAMU secondairement.

Moi : Oui effectivement, c'est le gros de la mission : il s'agit d'un relais du SAMU, sur un territoire bien déterminé par les ARS, en fonction de l'accessibilité aux urgences, qui était dans l'objectif de moins de 30 minutes sur le territoire national. Donc effectivement sur certains territoires, cela posait soucis, donc ce dispositif a été mis en place. Il a été légiféré à partir de 2007 par un arrêté. C'est une régulation par le SAMU, qui déclenche systématiquement un SMUR, sauf cas exceptionnel. Le SMUR est déclenché simultanément au MCS, et qui va adapter les moyens nécessaires en fonction de l'intervention. Il y a effectivement un contrat signé avec le médecin quand c'est un médecin libéral, directement avec l'établissement siège du SAMU, donc ce qui correspondrait chez nous au CHU de Strasbourg, qui fixe les conditions d'intervention, le lien fonctionnel entre les deux et les matériels et médicaments, fournis par le CHU...

Interviewé : et l'assurance...

Moi : Oui effectivement, au niveau de l'assurance, c'est la responsabilité administrative de l'établissement de rattachement qui fait foi, vu que c'est une mission publique du MCS. Et c'est également un médecin qui est formé à l'urgence à travers les CESU de ces hôpitaux.

Sur le dispositif local, est-ce que vous en savez plus ?

Interviewé : Non, de temps en temps on voit passer les gyrophares...

Moi : Au niveau de la disponibilité des médecin ?

Interviewé : Ben je n'ai rien à redire, enfin j'ai l'impression que ça fonctionne. J'avais vu, j'avais discuté un peu... les chiffres c'était un peu moins de une intervention par jour en moyenne ?

Moi : Oui, je crois qu'il y a 130 interventions par an.

Interviewé : oui plutôt un jour sur deux en moyenne.

Moi : Donc au niveau local, il y a une convention cadre, et puis des conventions individuelles avec chaque médecin. Dans la convention cadre, il y avait les HUS, le SDIS, la COMCOM de la vallée de la Bruche, le GHSV

Interviewé : Pour le financement du véhicule...

Moi : Oui là il s'agit de la COMCOM qui a subventionné effectivement. Donc les territoires concernés sont bien définis, avec la COMCOM de la vallée de la Bruche, plus Oberhaslach, Niederhaslach et Grendelbruch. C'est les territoires identifiés à plus de 30 minutes du SAMU de Strasbourg.

Au niveau technique, c'est un départ théorique en moins de 5 minutes, un déclenchement par le médecin régulateur du SAMU, qui déclenche parallèlement un SMUR, sauf cas exceptionnel, qui ne rentre pas dans le contrat.

La disponibilité à Saint-Luc c'est 8h-20h, 7 jours sur 7.

Initialement, ce qui était marqué dans le contrat cadre, c'est qu'ils prévoyaient d'intégrer les médecins libéraux sur la période de PDSA au moins, donc 20h-00h. Ils prévoyaient la centralisation logistique à Saint-Luc avec le véhicule et les médicaments. La formation initiale était une formation de 2 jours au CESU et ensuite 2 jours d'immersion avec le SAMU (SMUR) et puis des formations de remise à niveau. La responsabilité est effectivement celle du CHU, la responsabilité administrative, vu qu'il s'agit d'une mission de service public.

Qu'est-ce que vous pensez du dispositif, ici, au sein de la vallée de la Bruche? Est-ce que c'est adapté, pertinent?

Interviewé : Je pense que c'est pertinent, après il y a le problème de vouloir associer les libéraux, on avait pas mal discuté. Moi je crois que ça devient incompatible avec la vie en libéral. Les journées sont remplies de A à Z, on a aussi besoin d'une certaine organisation. Faire une sortie c'est tout mettre à mal, parce qu'on a des rendez-vous, et si on doit tout laisser tomber pour sortir, je me dis que c'est un énorme stress. Alors ce n'était pas pour la journée, mais c'était plus pour la nuit... Et l'autre problème à ce moment-là, c'est qu'à partir de 20h du soir, on a déjà 12 heures de boulot, le lendemain on recommence. On est de moins en moins à faire les gardes, il y en a plusieurs qui ont fait valoir l'âge

pour arrêter, il y a une démotivation, on est moins nombreux, on a plus de gardes, donc ça ne va pas dans le sens de motiver. Il y a aussi plusieurs personnes qui n'habitent pas dans la vallée de la Bruche, donc ils ne se voient pas encore rester à attendre des heures en plus, ils préfèrent rentrer chez eux, ce qui est compréhensible après 12 heures de boulot, on n'a pas envie encore d'en rajouter. Et puis il y a l'usure, et une féminisation aussi, avec des enfants et cetera, c'est un investissement, c'est déjà difficile de faire du libéral. Je pense que ça va être difficile de motiver.

Moi : Et plus spécifiquement sur les périodes où vous êtes de garde PDSA? De cumuler avec les astreintes de ce dispositif, c'est quelque chose qui est faisable. Là-dessus, vous évoquiez la fatigue accumulée, de reprendre le lendemain. C'est quelque chose qui rend compliqué une participation des médecins libéraux?

Interviewé : Moi, par exemple, j'avais dit que je serais intéressé pour faire des formations et puis ensuite en fonction, de voir si je me sens capable ou pas, après la formation, de signer ou pas. On ne m'a jamais contacté, ça n'a pas intéressé. Je ne veux pas m'engager dans un truc, si après je me rends compte que ça ne me convient pas et qui va me pourrir la vie, où je ne me sens pas à l'aise. Ça ne devait pas être dans les bonnes cases, parce que moi, on ne m'a pas contacté au moment des formations. Il y en avait d'autres également qui étaient très partants, apparemment, ils ne l'ont pas fait non plus. Puisqu'il n'y a aucun intervenant extérieur. Je pense qu'il y avait... qu'on ne nous a pas assez écouté. Ça n'a pas été intégré qu'on ne pouvait pas s'engager d'emblée sans savoir dans quoi on s'engageait et donc dans le doute on ne s'engage pas!

Moi : Est-ce que l'ARS vous avait quand même contacté?

Interviewé : Non, plus aucun contact, plus aucun mail. Une fois, j'ai eu un compte-rendu de réunion et puis ensuite c'était fini.

Moi : Tout au départ, je crois qu'une réunion avait été organisée avec les médecins libéraux?

Interviewé : Oui, moi j'étais aux réunions. Et c'est là que j'ai dit (certains étaient là, d'autres n'étaient pas là): « moi je ne m'engage pas, je veux d'abord qu'on me propose la formation », et donc apparemment ce n'est pas possible de former quelqu'un et de ne pas avoir de retour. Je suis désolé, on a le droit d'essayer de voir si... sans formation, c'est impensable !

Moi : Donc ils ne voulaient pas vous former sans que vous ne vous engagiez?

Interviewé : Apparemment non, puisque je n'ai pas été recontacté. C'était il y a 2-3 ans cela, entre-temps on est moins nombreux, il y a eu plus de gardes. Et même les plus motivés, qui étaient pompiers et cetera, maintenant... Docteur X va être à la retraite dans un peu plus d'un an, Docteur X n'habite plus sur place, et est démotivé, s'est sorti du tour de garde, et les jeunes ne sont pas intéressés par ce mode d'exercice. Je crois qu'il y a une évolution, ce n'est pas la peine de dire: « dans le temps, le médecin faisait tout et cetera ». Peut-être que le médecin faisait tout, mais ne faisait pas tout bien. Moi, je pense que ça tourne mieux, contrairement à d'autres collègues qui trouvent que: « dans le temps on faisait ci, on faisait ça... ». Moi je trouve que ça tourne mieux, il y a moins de couacs. Alors on pourra toujours me trouver un contre-exemple, en me disant que : « si ça avait été différent, ça se serait peut-être mieux passé pour tel cas ! ». Moi je trouve qu'il y a moins de couacs au niveau des urgences qu'avant.

Moi : Auparavant, vous aviez l'impression qu'il y avait plus de soucis?

Interviewé : Oui, c'était au petit bonheur la chance, il fallait en trouver un qui était disponible. En terme de chances pour les gens, il vaut mieux un truc organisé.

Moi : Auparavant le SAMU vous appelait ?

Interviewé : Oui il en cherchait un, quand il y avait une urgence, il appelait, et puis il y avait celui qui répondait, celui qui ne répondait pas... C'est hyper-stressant! Etre impliqué dans quelque chose et tout laisser tomber, ça va quand il y a une structure autour, en exercice individuel ce n'est pas la même chose. Je ne dis pas que ce n'est pas stressant, mais à l'hôpital, on dit : « ok, il faut que je parte! » ; on laisse tout tomber et il y a d'autres gens autour qui vont... Là, quitter un cabinet comme ça, ce n'est pas facile !

Moi : Auparavant, vous étiez en exercice isolé, ou déjà en association ?

Interviewé : Moi, j'ai déjà tout fait... J'ai commencé par une association, et au bout de 5 ans je me suis séparé et mis tout seul. Je suis resté 8 ans tout seul à peu près, 8 ou 9 ans je ne sais plus. Ça fait peut être 6 ans que je suis ici, je ne sais plus exactement les dates. Donc de 2, 1, et beaucoup !

Moi : D'accord, donc d'après vous, le dispositif de MCS est une bonne chose pour la prise en charge des urgences dans la vallée de la Bruche et puis à priori, vous me disiez qu'il y a moins de problèmes ?

Interviewé : C'est un ressenti, je n'ai pas de chiffre statistique, mais l'impression.

Moi : Donc votre avis global sur le MCS est favorable ?

Interviewé : Oui, il est positif, moi je suis favorable à ce dispositif là. Juste le bémol, l'ouverture vers les libéraux en association, c'était une idée, mais elle ne peut pas prendre.

Moi : D'accord, je voudrais encore compléter un peu sur le frein à l'adhésion des libéraux dans ce dispositif. L'ARS vous avait plus ou moins contacté ?

Interviewé : J'étais aux réunions parce que le problème m'intéressait, mais après...

Moi : Qu'est ce que vous avez pensé de leur attitude face aux libéraux et puis face au GHSV ?

Interviewé : Quand on a besoin de nous, on nous parle gentiment, et puis quand on trouve une autre solution, on n'existe plus! Après c'est un ressenti...

Moi : Vous avez cette impression ?

Interviewé : Ils ont du se dire qu'il n'y a pas assez de volontaires, on met en place autre chose ! On est toujours la 5^{ème} roue du carrosse ! Actuellement, il y a un truc qui s'est monté à Y, l'ancien X, on n'a pas été prévenus ! J'ai été appelé une fois en garde là-haut, en 20 ans je n'étais jamais monté là haut. C'était côté EHPAD, et puis ils m'ont expliqué que le lendemain ça ouvrait, et puis qu'on pouvait être sollicités parce que sur notre tour de garde. Enfin, c'est quand même 20 bornes ! Mais j'étais furax ! Pas contre les gens là-bas, qui n'y pouvaient rien, mais... Il y a des accords qui ont été faits entre X et machin, on nous utilise dans les gardes, on est même pas au courant ! On n'a jamais eu le moindre truc !

Moi : Donc un manque de concertation avec les médecins généralistes ?

Interviewé : Alors je ne sais pas s'il l'ont fait en concertation avec le conseil de l'ordre, c'est moi qui suis responsable du tour de garde ici, je n'ai jamais été contacté par le conseil de l'ordre ! On a vraiment le sentiment d'être utilisés comme une variable : « Ah ! Tiens ! Ils existent ! Tac, tac, on bouche un trou ! » J'étais prêt à faire un courrier, et puis après je me suis dit que de toute façon ça ne servait à rien.

Moi : Donc un manque de communication de leur part ?

Interviewé : Je trouve que ce n'est pas un manque de communication mais c'est un mépris, en disant : « Oh le libéral, il n'a qu'à monter ! Il est là pour ça ! ». Je ne suis pas d'accord avec ces façons de faire. Quand on monte des trucs... Et juste une parenthèse sur la tendance actuelle: on est moins nombreux sur le secteur de garde, on sait qu'il y a des secteurs où ils ont réduit leur temps de permanence, où ils s'arrêtent plutôt à 23h ou 22h, 22h c'est sur un autre département, sur le département il y a des endroits où ils terminent à 23h et sont plus payés que nous. Non mais c'est quoi ces façons de faire ? Il y a des règles qui ne sont pas les mêmes pour nous. Donc nous, notre tendance, c'est qu'on va peut-être aussi demander à terminer à 23h, parce que les appels à 23h55... Il y a vraiment une démotivation quand on regarde pour quoi on est appelés : une réquisition à la gendarmerie, la découverte d'un cadavre. Ça dépend des régulateurs, des choses : « il vaudrait mieux voir pour voir... » et médicalement ce n'est pas vraiment justifié... Alors je ne dis pas que tout est comme ça, on se focalise. On est obligé de sortir la nuit pour des trucs ! On a quand même une journée dans les pattes ! On a l'impression d'être des bouche-trous. Donc la motivation...

Moi : Ce dispositif était quand même susceptible de vous intéresser, en tout cas vous y avez porté un intérêt : qu'est-ce qui aurait pu vous intéresser dans ce dispositif ?

Interviewé : Réapprendre à faire des choses que je ne sais plus faire. Mais là avec le recul, non, c'est rajouter un stress et une fatigue. Mais ça complète le reste, on est submergés d'administratif à la noix pour ne pas dire autre chose, des empilages de trucs. On nous dit qu'on va simplifier, mais on nous fait faire des trucs ! On ne nous propose pas, sur le terrain, des choses simples, qui pourraient nous supprimer une charge de travail phénoménale. Les tractations sont toujours avec des syndicats, qui sont essentiellement des citoyens, qui ont d'autres problèmes, et on ne sollicite pas notre avis. On a une perte de travail pour des bêtises administratives. Après, l'usure également avec le temps, on supporte moins les choses, on a l'impression que c'est un énorme truc, avec une inertie, quoi qu'on fasse, de tout de façon, il y a un rouleau compresseur administratif. Je crois que les structures hospitalières c'est

la même chose, on passe son temps à remplir des trucs, on n'a plus de temps pour travailler, et on voudrait qu'on fasse des trucs en plus. Il arrive un moment où on sature !

Moi : Par rapport aux difficultés qui ont été rencontrées pour intégrer le dispositif, vous avez déjà évoqué la surcharge de travail, la fatigue, la désorganisation de la pratique au cabinet...

Interviewé : Et que de toute façon, si on doit partir sur un truc, on va passer une heure, et tout le reste de la charge de travail, il faudra quand même le refaire en décalant, avec les gens. Ce qui ne se voit pas c'est que les gens sont exigeants, ils prennent l'habitude : « vous êtes en retard ! ». Donc on reprend notre travail avec un retard, mais en plus avec un stress de savoir comment on va répondre à toute la demande, parce qu'on est dans une société où les gens n'acceptent plus l'aléas. C'est peut-être mon caractère aussi, ça me stresse particulièrement, de devoir réorganiser les choses, de négocier avec les gens. C'est usant de négocier, de se justifier, peut-être qu'ils étaient plus dociles dans le temps, mais maintenant il faut se justifier de tout, il faut s'excuser...

Moi : Vous avez aussi cette impression que les gens ne comprendraient pas que...

Interviewé : Les gens sont exigeants et n'ont aucun recul. Et c'est toujours : « c'est pas normal que ... » Ils sont toujours dans la critique, quel que soit le système. On le voit au secrétariat quand le médecin n'est pas disponible : « c'est pas normal ! », et ils engueulent la secrétaire. Des mauvais coucheurs, il y en a toujours eu. Je pense qu'à un moment donné il y a une saturation. Rajouter un poids supplémentaire, c'est compliqué.

Moi : Au niveau géographique, par rapport au territoire concerné est ce que ça aurait pu poser souci ? De URMATT jusqu'à SAALES ? Est ce que ça vous rebutait ?

Interviewé : C'est un facteur supplémentaire. L'autre jour, j'étais appelé à Y, ça a duré longtemps parce que c'était compliqué, c'était en heures ! Donc faire ça, là j'étais en garde, ça m'a occupé la journée. Mais ça aurait pu arriver en journée ouvrable, ça m'aurait fait perdre une demi-journée, ou quasiment.

Moi : Donc ça rejoint quand même le fait de prioriser sa pratique personnelle ?

Interviewé : Ben oui, je vois pas d'autre solution, et puis ça ne va pas en s'améliorant. On est de moins en moins de médecins, encore qu'ici on est encore privilégiés au niveau effectif, mais quand même.

Moi : Au niveau des disponibilités, on avait parlé d'une disponibilité sur l'astreinte ou éventuellement sur les nuits profondes, vous avez parlé de la fatigue aussi et des nuits profondes, c'est quelque chose que vous ne vouliez pas ?

Interviewé : Les nuits profondes, on ne reviendra pas dessus. Ceux qui tirent peur épingle du jeu, c'est le secteur à côté, encore en nuit profonde ; mais comme c'est le seul secteur, à Strasbourg, ils ne les sollicitent même plus. Donc ils dorment, et sont payés en nuit profonde et ne sont jamais dérangés, puisque plus personne ne sait qu'ils sont en nuit profonde. Et moi je préfère dormir tranquille, plutôt que de me dire, au cas où. J'ai vu la différence, avant quand on était en nuit profonde, c'est épuisant. Là au moins on est sûr de dormir et de pouvoir embrayer. Nuit profonde, personne de vaudra revenir en arrière. Ou un gars qui veut sauver le monde à lui tout seul, un jeune hyper motivé, plein de peps. Je pense que l'âge fait aussi un truc. Il y a une usure qui est inhérente à la profession.

Moi : Un MCS est forcément confronté à l'urgence, vous parliez du stress et de la perte de l'habitude de la gestion de l'urgence. Sur le plan technique des interventions des urgences vitales avec pose de cathéter, massage cardiaque, c'est aussi quelque chose qui vous avait rebuté ?

Interviewé : Ça n'a jamais été ma tasse de thé les urgences. Je suis quelqu'un qui a besoin de recul, de temps. Ça ne m'a jamais correspondu, de tout temps, ça ne m'a jamais plu. Après il y a des gens qui aiment bien. Moi je préfère avoir du temps pour réfléchir aux choses, et ne pas être dans la précipitation. C'est une question de caractère. C'est peut-être pour ça aussi, maintenant, que je ne l'envisage même plus. Je ne me vois pas à mon âge, me lancer dans un truc qui ne correspond pas à mon profil. Je pense que plus jeune, à une autre époque...

Moi : Plus jeune, vous auriez été plus enclin à rejoindre le dispositif ?

Interviewé : Et peut-être plus facilement si je n'avais pas été seul. A cette époque là, j'étais seul en exercice et là aussi je ne reviendrais pas en arrière. A tout gérer, c'est un stress...

Moi : Au niveau de la responsabilité de la gestion d'une urgence vitale, vous aviez évoqué spontanément le fait que ce soit une responsabilité administrative parce que une tâche déléguée du service public, est ce que c'est quelque chose qui aurait pu vous rebuter ?

Interviewé : Oui s'il y avait eu un problème d'assurance, ça se serait rajouté effectivement, raison de plus. Mais je pense qu'il y a une solution, même si c'est par nos propres assurances, à condition qu'il y ait une prise en charge. Payer une assurance pour faire du service public... Après la forme que ça prend, du moment qu'on est couvert, qu'on ne soit pas mis en cause en disant : « il ne fait pas partie de la maison ! ». Mais ça c'était purement technique, c'est pas ça qui pouvait freiner. C'est un point qui avait été évoqué, mais ça je ne me disais pas qu'il ne pouvait pas y avoir de solution.

Moi : Sur le plan financier et de la rémunération : il y a différents types de contrats qui peuvent être signés avec les praticiens et le SAMU...

Interviewé : Qu'il y ait une rémunération, c'est normal. Le montant ? 2,5€ pour une nuit complète, non ! Mais ce n'est pas d'ordre financier que j'aurais adhéré ou pas adhéré. Non ça ne rentrait pas du tout en ligne de compte. Je pense que quand on s'implique là dedans je pense qu'on a envie de le faire. Qu'il y ait rémunération oui, mais de se dire : « Vous quittez le cabinet, mais vous aurez en échange quelques euros ! » Le problème est ailleurs, il est dans toutes les conséquences de fonctionnement. L'évolution de la démographie médicale, on nous demande de plus en plus à faire, on avance contre un mur. On nous demande de plus en plus, De plus en plus de responsabilité, et sans augmenter le nombre d'effecteurs. On a beau se tourner dans tous les sens, ce n'est pas en ajoutant des avenants, des contrats, des conventions, des machins... On ne nous libère pas du temps ! On est pressés par les bureaux, je parle de ce que je connais, je subodore ce qui se passe dans l'hôpital, j'ai des échos, là je suis dedans.

Moi : Est ce que vous auriez pu évoquer des pistes d'améliorations pour faciliter l'intégration des médecins libéraux, pas seulement ici spécifiquement forcément ?

Interviewé : Peut-être fonctionner différemment, en disant, avoir une journée pour ça contre rémunération. De l'autre côté, un acte tous les 2 jours, ce n'est pas trop envisageable. Il faut un rajeunissement des effectifs, des gens motivés, qui aiment ça. Si on l'impose ça ne peut pas marcher, et volontariat, ça me paraît un peu léger. Le nombre de personnes par rapport à la demande. Personnellement je ne vois pas de solution, c'est un problème de gestion du SAMU. Peut-être renforcer sur Saint-Luc, avec des effectifs supplémentaires pouvant faire des nuits, un SAMU allégé. Mais je pense que pour le libéral...

Moi : De ce que vous disiez, la charge de travail...

Interviewé : La charge de travail, l'âge moyen des médecins augmente.

Moi : Le manque de médecins ?

Interviewé : Nous ça va ici, il y a des jeunes médecins qui reprennent car il y a la maison médicale, mais on est un cas particulier. Les jeunes qui viennent ont d'autres aspirations que ça. Je ne pense malheureusement pas qu'il y ait de solution par le libéral, même si on avait un Zorro sur le secteur qui serait prêt à le faire ! Il y avait un médecin très intéressé pour le faire, il a du être rattrapé par la réalité. A l'écouter, il était déjà inscrit. Je ne sais pas quelles sont les raisons pour lesquelles il n'a pas été jusqu'au bout.

Moi : J'essayerais de lui demander !

Interviewé : Je ne veux pas citer de nom (rires). Il a certainement ses raisons, je pense qu'il a été rattrapé par la vie de tous les jours : c'est s'engager beaucoup, ou alors géographiquement aussi ? J'ai dit que je ne citais pas de nom.

Moi : J'ai compris.

Interviewé : Je pense que c'est quelqu'un qui est plein de bonne volonté, ce qui prouve qu'il y a quelque chose qui coince dans ce type d'organisation.

Moi : Très bien, nous arrivons sur la fin de l'entretien, je ne sais pas si vous avez quelque chose à rajouter ?

Interviewé : De toute façon j'en veux beaucoup à l'ARS, il y a eu plusieurs choses. Notre secteur s'arrêtait à Y dans le temps, et puis on nous a plus ou moins imposé par des jeux politiques d'aller jusqu'à Y. Ils ont toujours eu recours à des façons brutales. Quand on a besoin de nous, on nous caresse dans le sens du poil, avec des réunions. Mais après on se rend compte qu'on est une entité

négligeable, ce qui est peut-être normal aussi. Et nous, on ne voit que le côté local ici, après il des gestions. Mais le système de communication ne fonctionne pas. Le dernier truc en date, la MAS... Il y aura 2 médecins, 2 fois 2h, le reste du temps les libéraux interviendront, et on est à 20 bornes! De toute façon, la garde, ce n'est pas en journée, ils pourront toujours attendre. Ou alors, on signe une convention et on nous salarie, et puis on s'engage aussi, je ne sais pas! Je n'accepterai pas. Il n'y aura que 2 médecins pour s'occuper de ce service de gens lourds, 2 fois 2 heures par semaine, 4 heures, 8 heures par semaine pour gérer ça et puis si il y a un problème ? Il y aura forcément un problème ! On ne nous signale même pas que ce truc se met en place, on monte là haut et on nous explique. Il ne faut pas s'étonner, on ne rentre pas dans le jeu. Il y a une espèce d'amertume par rapport à ça. On nous fait jouer la corde sensible, pour le bien de la population, il faut ceci et cela.

Moi : Un manque de considération ?

Interviewé : De reconnaissance, de merci... La moindre des choses est de nous en parler.

Moi : Très bien, on arrive sur la fin de l'entretien. Je vous remercie

Entretien MG3 :

Moi : Bonjour, je me présente : MENTZ Cédric, je suis assistant à la clinique Saint-Luc, je viens vous voir pour mon travail de mémoire de DES de médecine générale traitant du dispositif de MCS mis en place au sein de la vallée de la Bruche. Le but de mon travail est d'étudier le dispositif de MCS auprès des médecins généralistes libéraux, d'évaluer leur connaissance du dispositif, les difficultés rencontrées en vue de la généralisation du dispositif sur tout le territoire de la vallée de la Bruche. J'aurais d'abord voulu établir un profil professionnel. Je peux vous demander votre âge ?

Interviewé : 51.

Moi : Ça fait combien de temps que vous êtes installés ?

Interviewé : Je me suis installé en 2003, ici à Y.

Moi : Vous étiez installés ailleurs auparavant ?

Interviewé : J'étais installé, enfin médecin remplaçant, pendant 3 ans dans un même cabinet dans Y entre 6 et 10 mois par an, donc ça faisait presque un plein temps. Et après pour des raisons personnelles, je suis remonté en Alsace et j'ai trouvé cette opportunité, et après je me suis installé à Y.

Moi : Sur le mode d'exercice, vous êtes installés seul je crois ?

Interviewé : Oui.

Moi : Concernant votre lieu de domiciliation personnel, est-ce qu'il est situé sur le territoire de la vallée de la Bruche ?

Interviewé : Je suis à Y, c'est à 10 minutes du cabinet.

Moi : Est-ce que vous participez à la permanence des soins ?

Interviewé : Oui

Moi : Sur quel secteur ?

Interviewé : Je suis de garde une fois par semaine, le mercredi soir, c'est tous les mercredis soir, je suis de garde de 20h à 8h. On fait des nuits pleines encore sur la vallée de la Bruche. C'est une volonté des anciens médecins du secteur de garder la pleine nuit, pour, déontologiquement et éthiquement, assurer la permanence médicale la nuit.

Moi : C'est le secteur d'Y ?

Interviewé : Oui, c'est ça. Le tour de garde fait Y (8 citations).

Moi : Êtes-vous médecin sapeur-pompier ?

Interviewé : Je l'ai été, mais je ne suis pas enregistré comme médecin sapeur-pompier actuellement. Quand tu es médecin sapeur-pompier, tu es référencé à un casernement. Historiquement, les 2 médecins d'Y étaient médecins sapeur-pompier, et médicalisaient le VSAV. Je m'étais rendu disponible auprès des pompiers, je reste disponible, s'il y a une urgence médicale, je médicalise avec plaisir. Mais je n'ai pas passé le cap de médecin sapeur-pompier, parce que la rémunération est ridiculement faible, et il était plus intéressant de faire une feuille de soin au patient, que de médicaliser avec les pompiers, qui à l'époque te faisaient sortir beaucoup, pour pas grand-chose.

Moi : Vous avez été inscrit au final à un moment comme médecin sapeur-pompier ?

Interviewé : Dans Y, oui, je médicalisais.

Moi : En tant que médecin-capitaine ?

Interviewé : Oui, non, je n'avais pas le poste parce que je n'étais pas thésé, donc je ne pouvais pas être médecin-capitaine. Mais je remplaçais le médecin-capitaine qui était dans le village où je travaillais.

Moi : C'est celui que vous remplaciez ?

Interviewé : Oui, voilà.

Moi : Donc vous ne faisiez que de l'opérationnel ? Pas de visite médicale ni de formation ?

Interviewé : Non pas du tout.

Moi : Est-ce que vous avez une formation spécifique dans l'urgence, et est-ce que vous avez une appétence pour la prise en charge des urgences vitales ?

Interviewé : Dans le cadre de mes études, j'ai fait faisant fonction d'interne en réanimation/SMUR à y, où on faisait la prise en charge, on participait au tour de garde en réanimation médicale et au SMUR. Après j'ai pris des gardes de SMUR et en réanimation pendant plus d'un an, 1 an et demi.

Moi : Pas dans le service des urgences, dans le service de réanimation médicale et SMUR ?

Interviewé : A l'époque, le service, qui n'existe plus, puisqu'il a fermé il y a 2 ans je crois, il y avait des internes de médecine générale, il y avait 2 places d'IMG en Réa/SMUR, donc on faisait de la réanimation médicale polyvalente et du SMUR, dans le cadre de la formation de médecin généraliste, et c'est là où j'ai appris. Avant mon premier semestre, j'ai fait 6 mois de Réa/SMUR pour... J'étais en FFI 6 mois. Et après j'ai continué, parce que tu pouvais continuer à faire des gardes dans le service de Réa/SMUR.

Moi : Donc avant de commencer l'internat, vous avez fait ça. Est-ce que vous avez une formation diplômante ?

Interviewé : Non, je n'ai pas de CAMU, ni de capacité. A l'époque c'était une capacité de médecine d'urgence, après quand tu avais fait 6 mois de Réa/SMUR, à part la théorie, tu n'apprenais pas grand-chose, et puis comme tu avais déjà la pratique, tu savais plutôt faire des choses.

Moi : Au niveau de vos pratiques professionnelles, est-ce que vous avez tendance à orienter vers une sous-spécialité de la médecine générale ou c'est de la pratique généraliste ?

Interviewé : Je fais de la médecine omnipraticienne, j'ai un DU de médecine manuelle et ostéopathie, j'oriente un peu la pratique, je fais de la médecine manuelle et je manipule.

Moi : D'accord, ça reste de l'omnipraticienne.

Interviewé : Je n'ai rien mis, j'ai les DU Santé de l'enfant et la médecine manuelle, mais je ne les mets pas sur ma plaque. Sur ma plaque, il y a marqué médecine générale. Ça fait partie de ma formation mais...

Moi : D'accord, je vais aborder le 2^{ème} thème qui essaie d'évaluer la connaissance du dispositif, et l'opinion concernant ce dispositif de MCS sur le plan général et sur le secteur de la vallée de la Bruche. Donc a priori vous connaissez le dispositif de MCS ?

Interviewé : Après, je suis MCS, je fais partie des 2, non on était 4 médecins généralistes inscrits, on est 4 à avoir été formés, avec l'équipe de Saint-Luc, à notre demande, en tant que MCS, donc on a passé le diplôme, si on peut appeler ça comme ça.

Moi : La formation initiale de MCS. Que savez-vous du dispositif sur le plan national ?

Interviewé : A l'époque je m'étais renseigné à droite et à gauche, car ça existait depuis plusieurs années; à Schirmeck ça a été mis en place il y a 3-4 ans maintenant je crois ?

Moi : En 2015, oui.

Interviewé : Voilà, mais après ça existait depuis les années 2010, même avant. Dans le secteur de Montpellier, c'est des gens qui sont peut-être intéressants à être contactés. Moi je les ai contactés à l'époque pour savoir comment eux fonctionnaient, et comment ça fonctionnait pour eux, pour voir comment on pouvait l'intégrer nous, dans notre pratique de médecin généraliste, et le fonctionnement était totalement différent, puisqu'ils avaient une garde pompier, ils avaient une VLM, tu avais les pompiers de garde avec eux, et donc il partaient sur les interventions, accompagnés des pompiers. Et pour les médecins généralistes qui étaient un peu à l'extérieur comme moi, ils ne médicalisaient que leur secteur. C'était un peu différent dans la prise en charge. Alors que le MCS comme il a été organisé à la clinique Saint-Luc, n'a pas permis d'impliquer les médecins généralistes qui avaient été formés à l'époque, dans le tour de garde. Donc on n'est jamais rentrés dans le tour de garde. Alors que c'était quelque chose qui avait été prévu au début. Et en fait, il y a eu une volonté unilatérale, décidée, pour moi, par la direction du groupe Saint-Vincent. C'est une histoire financière. La ligne budgétaire a été créée sur la clinique Saint-Luc, le véhicule a été rapatrié sur la clinique Saint-Luc, et à aucun moment, les médecins généralistes, n'ont été sollicités pour intégrer ce système là.

Moi : Je voudrais juste faire quelques rappels du dispositif sur le plan national. C'est un relais du SAMU sur un territoire bien identifié par les ARS. C'est un dispositif mis en place localement, régionalement, sur le territoire où le SMUR n'est pas capable d'assurer des délais de moins de 30 minutes pour la prise en charge des urgences vitales. C'est régulé par le SAMU, il y a un déclenchement simultané systématique d'un SMUR au MCS, avec une adaptation secondaire des moyens du SMUR en fonction du bilan du MCS qui arrivera sur place avant. Il y a un contrat entre le MCS et le CHU du SAMU de rattachement, qui fixe les conditions d'intervention, le lien fonctionnel entre le MCS et le SAMU, avec la mise à disposition du matériel et des médicaments. C'est un

médecin formé à l'urgence avec une formation initiale (de 2 jours ici), ensuite un stage pratique avec le SAMU en intervention, et une mise à jour régulière annuelle.

Interviewé : Mois j'avais fait 10 gardes, après c'étais libre, dans ta formation tu pouvais choisir. J'avais fait 10 gardes jours/nuits au SAMU en doublure dans le cadre de la convention.

Moi : Sur le plan du dispositif local, que savez-vous de plus encore, comment est ce que c'est organisé, au niveau de la couverture horaire par exemple ?

Interviewé : Alors je sais qu'à l'époque, est-ce que quelque chose a changé depuis 1 an ? Je sais qu'ils sont là 24h/24, les astreintes sont faites par les 4 médecins de la clinique qui ont fait la formation MCS, et qu'ils se partagent les gardes, je ne sais pas si c'est par semaine. Il y a un gars qui a le véhicule, et qui est de garde pour la nuit ou la semaine, je ne sais pas comment ils se répartissent cette astreinte. Je sais que sur Schirmeck, il y a un pôle de praticiens, de chefs ou de médecins thésés qui sont responsables du véhicule et qui se dispatchent la garde ou l'astreinte 24h/24 sur le MCS.

Moi : La disponibilité du MCS sur Saint-Luc, c'est 8h-20h, 7 jours sur 7 effectivement, ce n'est que 8h-20h

Interviewé : Ils ne font plus la nuit ?

Moi : Le dispositif n'a jamais couvert la nuit, parce que l'ARS voulait initialement intégrer les médecins généralistes sur la période de PDSA, parce qu'en journée cela posait soucis par rapport à la pratique libérale, du coup, ils voulaient plutôt les intégrer sur la période de PDSA, voire sur la nuit profonde.

Interviewé : Après ça n'a jamais été formulé comme ça. Je pense que j'étais, sur le secteur, le plus impliqué, le plus volontaire. Il n'a jamais été question de nous impliquer la nuit. Et au moment où on s'est reposé la question de ce qu'on faisait et comment on intégrait les médecins généralistes dans le truc, on nous a dit que la ligne budgétaire était déjà... tout était organisé, et comme de toute façon, on ne voulait pas faire les gardes sur place à la clinique. Je ne voulais pas aller dormir à la clinique ou aller chercher... A un moment, ils m'avaient demandé si je voulais aller chercher le véhicule le soir à 20h quand le MCS arrêta sa garde, que je rentre chez moi, que je ramène le véhicule le lendemain matin avant ma consultation, et que voilà... pour, je ne sais plus combien ils gagnent la nuit, ça devait être entre 200 et 250 euros la nuit qui m'avait été donné. Je disais que ce n'était pas possible. Après moi j'étais prêt et je leur avais dit. Après ça demande une dotation. Moi j'ai un sac Thomas, j'ai mes drogues, normalement j'ai de tout : ETOMIDATE, HYPNOVEL, CORDARONE, ADRENALINE... normalement je peux me débrouiller relativement bien. Après c'est vrai que sur les 10 dernières années, t'as de moins en moins d'urgences, donc tu fais de moins en moins de gestes, donc c'est vrai que tu pers un peu, mais je considère que je dois être encore opérationnel pour les urgences vitales. On a eu 2-3 urgences vitales où c'est les familles qui nous appellent, dont un arrêt cardiaque avec une interne. On a massé 3 minutes, on a défibrillé 3 minutes après l'appel. Donc tu vois, le MCS de Saint-Luc est venu 12 minutes après l'appel. C'est moi qui ai demandé au SAMU de faire sortir le MCS, parce qu'il vaut mieux être vite à 2 que tout seul. Et comme le MCS était déjà venu, le patient était déjà intubé, ventilé et déjà perfusé et on avait choqué 3 fois. Voilà, moi sur la médecine d'urgence je voyais plus les choses s'organiser comme ça. C'est vrai que moi qui habite à 10 minutes du cabinet, ça me faisait rajouter un quart d'heure pour descendre à la clinique Saint-Luc pour chercher le véhicule. Après tu débriefes toujours, parce qu'il y a toujours un problème, un truc qui manque dans le véhicule, ça ne se fait pas en 5 minutes. Donc tu descends, un quart d'heure, tu remontes, un quart d'heure, tu rentres à la maison, c'est une heure de perdue. D'un point de vue logistique, je disais que c'était difficilement organisable de le faire comme ça. Après il avait été dit qu'on pouvait assurer... mais on ne demandait pas... les 4 médecins qui avaient fait la formation, il y a plein de médecins dans la vallée, je ne sais pas si tu est allé X ?

Moi : Non pas encore, il avait aussi fait la formation ?

Interviewé : Non, lui n'a pas voulu faire la formation parce que justement... Il y a plein de médecins dans la vallée qui historiquement... Tu vois, moi je suis arrivé il y a 15 ans, et déjà avant, dans les années 2000, il y avait... j'avais relevé sur le secteur de toute la vallée de la Bruche, 12 médecins généralistes que j'étiquetterais d'urgentistes, qui avaient tous leur matériel, qui savaient tous poser une voie, qui savaient tous faire un peu de réanimation cardio-pulmonaire de base et qui savaient prendre en charge facilement, pendant une demi-heure, les urgences vitales. Donc sur ces 12 médecins, tout le

monde avait le même discours, c'est que les pompiers ne t'appelaient plus, parce que le SAMU disait qu'on ne faisait pas partie du service d'urgence et que de toute façon, il perdaient plus de temps à trouver un médecin disponible qui veuille bien se déplacer, plutôt que d'envoyer un véhicule. Donc ils envoyaient le véhicule et ont décidé qu'ils n'appelleraient plus. Donc d'une grosse activité, X doit pouvoir te raconter car il sortait quand même très régulièrement pour médicaliser les VSAV, ils s'en sont sortis à 2-3 interventions par mois, voire 0 par mois. Après je vois plus ça dans ce sens là, que les gens soient démotivés, n'étant plus appelés. Quand tu ne laisses plus un médecin faire de l'urgence pendant 10 ans, après il n'est plus formé ni compétent pour assurer les urgences, et il ne veut plus y aller. Quand tu ne te sens pas compétent pour assurer les urgences, tu dis qu'il faut envoyer quelqu'un d'autre. En ça je pense que le MCS est un bon système, mais personne n'a voulu réfléchir sur l'intégration des médecins généralistes. On était 4, et je pense qu'on aurait pu motiver 3 ou 4 personnes en plus. On aurait été un groupe de 7-8 médecins généralistes, on aurait très bien pu organiser une garde/astreinte de nuit. Les conditions de l'organisation de la garde du MCS pour les médecins du secteur, demander aux médecins installés qui ont entre 50 et 60 ans, d'aller faire des gardes à la clinique Saint-Luc en hospitalier, une astreinte de nuit...

(Réception d'un appel téléphonique)

Qu'est ce qu'on disait, je pense que le truc, il est là, dans l'intégration du MCS, c'est ça qui est difficile.

Moi : Pour la couverture du dispositif, c'est 8h-20h à la clinique Saint Luc, 7 jours sur 7, et ça couvre donc les cantons de Saales, Schirmeck et Urmatt, avec également Niederhaslach, Oberhaslach...

Interviewé : En fait, les 2 secteurs de Schirmeck et Saint-Blaise, puisque Saint-Blaise est rattaché à Schirmeck, plus le secteur d'Urmatt. Et à l'époque en fait la discussion c'était de supprimer la garde médicale de Molsheim, et ils voulaient que le MCS couvre jusqu'à Molsheim et qu'il aille jusqu'à Saales. Si je suis MCS même en journée, et disposé à Y, si j'ai un arrêt cardiaque à Y, voilà, c'est stupide d'envoyer le MCS de Y.

Moi : Du coup, votre opinion globale du dispositif, sa pertinence sur le territoire, et son intérêt dans la prise en charge des urgences vitales, quel est votre avis là-dessus ?

Interviewé : Je pense que je garderais un à priori positif, parce que ça permet quand même de renforcer, quoi qu'on en dise, la prise en charge des urgences vitales dans la vallée de la Bruche, et son intérêt a été confirmé par les peu nombreuses interventions mais quand même, qui ont été faites, où ils ont quand même amené quelque chose, une plus-value dans la prise en charge des urgences de la vallée. Après je trouve personnellement que c'est regrettable comment ça s'est organisé, et je pense, mais ça vient avant l'organisation et la mise en place du MCS, que si on avait su maintenir et favoriser l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des urgences à l'époque, ça aurait fait un maillage beaucoup plus pertinent, beaucoup plus réactif. Parce que quand tu as X qui sort en moins de 5 minutes sur un arrêt cardiaque à Y, c'est facile. X faisait exactement pareil, était plus vite que les pompiers sur place. Moi j'arrive avant les pompiers si les gens m'appellent, si c'est le SAMU qui a l'appel, le SAMU ne nous appellera jamais. On a 2 exemples dans la vallée, où le SAMU ne te considère plus comme un élément du dispositif, pouvant être intégré dans les urgences vitales. Moi les dernières urgences vitales que j'ai faites durant les 5 dernières années, ce sont parce que les gens m'appelaient au cabinet, sinon je ne les aurais jamais faites. C'est dans ce truc là où moi je dis que le MCS c'est bien ; si j'ai un jugement à apporter, je pense obligatoirement qu'il y a un jour où ça va m'aider, où je ne serais pas disponible. Ce soir, si je n'avais pas un interne, je fermerais le cabinet à 17h30 pour être au collègue. Avant quand on n'avait pas les internes, je fermais le cabinet, et je renvoyais les urgences vitales au collègue d'en dessous, et donc c'est X qui prenait en charge les urgences vitales. On s'arrangeait entre confrères. On ne laissait jamais la vallée, ou le village sans médecin. Maintenant il y a le 116-117, le nouveau numéro vert.

Moi : C'est la PDSA ?

Interviewé : Non, ça vient de sortir, c'est expérimental sur Bas-Rhin ou sur le Grand-Est. C'est l'URPS qui a mis ça en place. C'est une permanence de soins supplémentaire, parce que la permanence du 03 69 55 33 33 n'est valable que de 20h à 8h du matin. Et donc avant, quand tu appelles la permanence de soins, tu tombes directement sur les permanenciers du SAMU. Pour pallier à la surcharge de travail du SAMU, je ne sais pas si tu as fait des interventions, si tu as besoin de

passer un bilan ou demander du renfort, tu as besoin de 10 minutes pour les avoir. J'ai eu un malaise grave du nourrisson, l'interne a mis 5 minutes, et encore, je faisais les gestes, l'interne a mis 5 minutes à avoir la permanence de soins.

Moi : Oui déjà pour avoir l'ARM, et ensuite le médecin régulateur, c'est long. J'aimerais à présent dans un troisième thème, compléter l'évaluation des freins à l'adhésion du médecin généraliste libéral dans ce dispositif au sein de la vallée de la Bruche, que vous avez déjà abordés. Donc vous avez dit, que vous aviez été contacté lors de la mise en place du dispositif ?

Interviewé : Alors pourquoi ça ne s'est pas fait, pour moi : premièrement parce qu'il y avait la garde sur place à Schirmeck, et même si on envisageait d'augmenter le pool de médecins, même en journée avec le véhicule d'intervention. Moi si tu veux me faire sortir au dessus de Y, à Y, quand je descends de Y et que je monte à Y, je perds de la pertinence. Mon intervention n'est pas pertinente, il ne faut pas me faire sortir, ou ce n'est pas moi qu'il faut sortir, et pour le régulateur c'est ingérable de savoir que ton véhicule peut être à Y, à Y, Y, ou Y ; un des médecins de Y avait fait la formation.

Moi : Donc ça posait soucis au niveau...

Interviewé : De me demander, à moi, de m'intégrer comme MCS. Pourquoi j'ai fait la formation ? Parce que premièrement, j'aime bien les urgences, j'ai l'impression de faire de la médecine comme je l'ai apprise à la fac. Quand tu as 25 ou 30 ans de médecine générale de cabinet, quand tu sors pour une intervention pompier, je pense que tu ne vas pas faire la même chose que tu as fait hier. Je trouve que dans l'exercice et la pratique médicale, ça permet de prolonger ta formation de médecin. Je trouve qu'on aurait dû être formés à ça, ou du moins, moi, à l'époque, je l'avais intégré dans mon éthique et ma déontologie médicale : le médecin est là pour pallier aux urgences vitales. Même si tu n'es pas urgentiste dans l'âme, que tu n'intubes pas tous les matins et que tu sois moins à l'aise à l'intubation ou sur les gestes techniques que quelqu'un autre, il faut quand même savoir poser une perfusion ou savoir passer de la CORDARONE ou de l'ADRENALINE. C'est des choses qui, je pense, dans notre formation médicale, devraient être encore développées.

Ça c'était le premier point, et ensuite c'était l'intégration. Moi je leur avais dit, vous n'avez pas besoin, gardez votre véhicule. C'était la ligne budgétaire, les 800 000 euros avaient été attribués à la clinique Saint-Luc pour payer le véhicule et pour faire l'astreinte de garde pour les urgences, et comme en plus le groupe Saint-Vincent avait selon moi, budgétisé ou négocié la garde des urgences de la polyclinique ; les urgences 24h sur 24 de la polyclinique font partie de cette ligne budgétaire là. Après une fois que le groupe Saint-Vincent s'était approprié le truc, après il restait... si c'est pour filer 200 euros au médecin généraliste...

Moi : Sur le fonctionnement...

Interviewé : Moi je suis de garde tous les mercredis, j'avais même proposé à l'époque, quand je suis de garde un weekend sur sept à peu près, j'aurais très bien pu intégrer le système MCS sur la garde, et de tourner MCS plus médecin de garde sur le secteur.
(Commande de café).

Et qu'est ce que je disais, voilà, on aurait très bien pu intégrer de cette façon là. Je suis de garde une fois par semaine dans la vallée de la Bruche, le mercredi soir j'assure les urgences vitales pour le SAMU, de toute façon, je sors la nuit pour les urgences médicales, j'aurais très bien pu assurer... D'autant plus qu'il nous arrive souvent la nuit, d'être sortis avec la permanence de soins et de croiser le véhicule de MCS en rentrant de sortie. Quelques fois je suis plus rapidement sur place. Si j'avais su qu'il y avait un malaise cardiaque dans le village, j'étais à moins de 5 minutes.

Moi : Est-ce que vous pensez que le fait que la mise en place du dispositif se soit faite à travers le groupe hospitalier Saint-Vincent ait pu être un frein à l'intégration des médecins libéraux ?

Interviewé : Ça a été décidé comme ça. Nous on nous a demandé, je crois que c'est X qui m'a téléphoné et qui a demandé au téléphone, alors que le système était déjà organisé, si on voulait intégrer l'équipe, parce qu'il y a un moment où ils avaient commencé de mémoire, 24h sur 24, au début.

Moi : Ça a commencé en 2015, je n'étais pas encore là effectivement.

Interviewé : Demande voir si au début, ils n'avaient pas fait 24h sur 24. Je sais qu'ils rentraient avec le véhicule chez eux à la maison et je sais qu'ils ressortaient, alors je ne sais pas si c'est les gardes de weekend.

Moi : En journée, il y a des gardes 8h-20h, après en weekend...

Interviewé : Ça je sais, mais je me demande si elle n'est pas venue secondairement. Il y avait X également qui faisait partie. Donc il y avait 4 médecins qui faisaient la permanence, plus X, donc ils étaient à 5. Et quand X est partie, je crois, demande à X, que c'est à ce moment là qu'ils ont fait sauter la garde, qu'ils ont dit qu'ils n'assuraient plus...

Moi : C'était déjà 8h-20h, c'est ce que j'avais retrouvé dans les contrats effectivement. Il y a un contrat entre l'ARS, le SDIS, le SAMU et le GHSV. C'était bien marqué 8h-20h, 7 jours sur 7. Après le départ de X, il y a eu certains soucis, et certaines gardes n'avaient pas pu être complétées, car il y avait également d'autres absences à ce moment là. Ça avait effectivement posé soucis à ce moment là.

Interviewé : Historiquement, je me le rappelle très bien, X, directeur de l'ARS à l'époque, avait convoqué tous les médecins de la vallée à La Broque ou Schirmeck, pour dire que, promesse de campagne de François Hollande, tout français serait à, ce qui est une aberration selon moi, tout ressortissant français sur le territoire français serait à une demi-heure d'un service médical urgent. Quand tu es à Y, tu as bien conscience que tu prends le risque de t'éloigner du CHU et donc de ne pas avoir la même prise en charge qu'ailleurs sur le territoire.

Moi : Qu'avez vous pensé de l'attitude de l'ARS par rapport au groupe Saint-Vincent et en parallèle aux médecins libéraux sur le territoire de la vallée de la Bruche ?

Interviewé : Quand ça s'est finalisé, en fait il y avait l'histoire du rapprochement du Grand-Est, et tous les gens de l'ARS que j'avais en ligne, que j'avais régulièrement, je les embêtais pour savoir comment on allait être intégrés dans le système. X, qui était le médecin de l'ARS, qui disait que de toute façon, il n'y avait rien qui allait se décider, parce que la question qu'il y avait à l'époque, c'était de savoir s'il y avait encore une ARS sur Strasbourg, ou si ça allait être transféré sur Nancy. Donc pendant un an, un an et demi, les gens se renvoyaient la balle : M. X, qui s'occupait et chapeautait le projet au niveau de l'ARS et le Dr X, qui devait avoir à l'époque moins de 30 ans, qui chapeautait la partie médicale de l'organisation du système. Elle a plutôt rien fait car elle ne savait plus si les crédits allaient encore être alloués en sachant qu'il y avait un gros problème de la prise en charge des urgences dans la Meuse, et comme ils ne savaient pas s'ils allaient faire une ARS Grand-Est, et si les fonds allaient être tous renvoyés sur la Meuse ou si en Alsace, on allait encore avoir, dans la vallée de la Bruche, des sous à mettre dans ce projet là.

Moi : Des problèmes d'organisation administrative ?

Interviewé : Voilà, tout à fait. Et donc pendant 2 ans, il y a eu un blanc. Je pense qu'à la clinique Saint-Luc, ils l'ont senti aussi.

Moi : 2013-2015 avant la mise en place ?

Interviewé : Oui.

Moi : Est-ce que vous pensez que les médecins libéraux ont été suffisamment sollicités pour projet sur le territoire par l'ARS ?

Interviewé : Ça veut dire quoi sollicités ? C'est à dire, dans l'organisation, à réunir tous les médecins qui ont été présents quand même. On a été réunis 2 à 3 fois pour des réunions de 3-4h pour dire qu'ils étaient en train de réfléchir, qu'ils nous adoraient, qu'on était les meilleurs, mais qu'ils réfléchissaient et qu'ils allaient organiser quelque chose pour les urgences vitales dans la vallée de la Bruche. A aucun moment donné, ils nous ont demandé si on voulait participer. La façon dont tu poses la question, ça induit la réponse. Je sais qu'à l'époque, il y a 10 ou 15 ans, tout le monde avait une trousse dans sa sacoche dans la voiture, avec du matériel de perfusion. Il y a plein de confrères, en vieillissant, et je ne leur jette pas la pierre, je commence à le sentir au fur et à mesure des années, où tu pers de l'assurance en toi. Dans l'urgence, si t'es pas un peu intégré... Moi j'aimais bien, je continue à faire les formations, les mises à niveau MCS, des formations sur les KT intra-osseux, ou des trucs comme ça, qui sont quand même intéressantes à avoir. Le système MCS, il a ce point positif qui se rajoute, une fois que tu es intégré dans le MCS, parce que je me considère intégré, même si on ne me fait pas participer, ça m'a permis pendant 2-3 ans après ma formation initiale, de continuer à me former et de continuer à faire des gardes au SAMU, ce qui est quand même difficile à faire. Les internes qui demandent à faire des gardes au SAMU se font remballer car il y a plein de stagiaires qui sollicitent sur les doublures.

Moi : Concernant votre pratique libérale, est-ce que vous pensez que l'activité MCS aurait pu interférer ?

Interviewé : De la façon dont c'était organisé, oui. Si tu me demandes en tant que référencé MCS, d'être appelé, moi je le voyais comme ça... De la même façon, quand tu étais médecin-pompier avant, quand ils avaient besoin de toi, ils t'appelaient directement parce qu'ils savaient que tu étais disponible, que tu savais faire, que tu avais le matériel et que tu étais là rapidement dans le cas d'une urgence vitale. Au SAMU, ils ont pour ordre d'appeler et de ne gérer qu'avec le MCS, ce qui me paraît logique. La question que je me pose encore aujourd'hui, c'est pourquoi le médecin régulateur du SAMU ne nous appelle pas ? Quand tu as un arrêt cardiaque dans le village, eux ils mettent 45 minutes pour venir minimum, l'hélicoptère est là en 10 à 20 minutes, mais sur un arrêt cardiaque c'est les 3 premières minutes qui comptent. Je me rappelle d'un arrêt cardiaque, récemment, où nous on faisait le tour de garde du secteur ici à Y, un mercredi. On a quitté le restaurant à 12h30, l'arrêt cardiaque s'est produit à 12h25. Donc ça veut dire qu'il y avait, avec un arrêt cardiaque dans le village, 12 médecins avec 3 urgentistes, qui auraient pu faire les premiers gestes d'urgence, et j'étais de garde ce jour là. Donc tu vois, si tu avais appelé le médecin de garde, il était dans le village à moins de 200m d'intervention, et en plus on aurait pu y aller à 3 médecins-urgentistes!

Moi : C'est ce que je retrouve à travers mes entretiens que je commence à accumuler, c'est qu'au fur et à mesure, il y a eu un manque de sollicitation croissante des médecins libéraux sur la prise en charge des urgences vitales et au fur et à mesure, n'y étant plus confrontés, ils étaient moins bien formés et donc moins motivés. C'est un cercle vicieux qui s'est installé.

Interviewé : Même X, qui médicalisait, était de permanence pour la caserne, pas pour les conneries (les comas éthyliques ou des trucs comme ça) mais pour les gros AVP, il était toujours joignable sur son portable, il répondait toujours. Et quand X qui a maintenant 63 ans, il est fatigué maintenant de se faire court-circuiter des urgences.

Moi : Pour vous, si vous aviez participé au MCS, ça n'aurait pas posé soucis par rapport à l'organisation du cabinet libéral ?

Interviewé : Je ne pense pas. Après ça dépend : il y avait un moment où ils ne savaient pas comment ils allaient l'organiser, on a fait la formation, on se posait la question de savoir comment. Mais à aucun moment on nous a posé la question ou on s'est réunis autour d'une table et on s'est dit comment on allait organiser les choses. Ça s'est fait de façon unilatérale, il a été décidé que la voiture se mettait à Schirmeck, que la garde se faisait à Schirmeck et les médecins généralistes, ont leur a demandé : « est-ce que vous voulez faire les nuits ? ». Si tu poses la question comme ça à un médecin généraliste (il y a 4 confrères qui ont fait la formation) : « est-ce que vous voulez faire la garde MCS pour la nuit, les autres n'ayant pas été formés ? » La réponse allait être... ben voilà... et on a même pas voté, on nous a même pas posé la question. Après je sais que, tu demanderas Dr X qui avait fait la formation, s'il avait été sollicité, je sais que c'est X ou X qui avait appelé et qui avait demandé : « est ce que tu fais les gardes la nuit ? Est ce que tu viendrais chercher le véhicule ? » J'ai dit non, organisé comme ça, non. Et après j'avais rappelé X, qui était le médecin de l'ARS, pour savoir si on ne pouvait pas avoir une dotation pour les médecins généralistes, en se débrouillant avec notre véhicule. J'ai un gyrophare, je n'ai pas besoin d'avoir un 4X4 avec marqué MCS dessus pour aller faire des urgences. A l'époque, tu demandais à l'ARS qui te faisait ton 2 tons et ton gyrophare, tu mettais les warnings et un gyrophare. Tu peux très bien arriver vite et le gyrophare, franchement, pour les urgences la nuit, tu ne le mets quasiment jamais. Le 2 tons je ne l'ai jamais mis en 15 ans, et le gyrophare, tu le mets quand tu as les promenades du dimanche après-midi, tout le monde qui rentre du resto et que tu as envie d'aller un peu plus vite. Donc sur l'organisation, ça a été décidé toujours de façon unilatérale, que les médecins généralistes n'allaient pas être intégrés. Du moins, moi on ne m'a jamais posé la question. Moi je leur ai dit que j'étais disponible. En hiver, il m'arrive de terminer entre 21H00 et 22H00 le mercredi soir, je ne vais pas encore descendre à Schirmeck chercher une voiture. Si je n'ai pas terminé les consultations à 20H00, ça veut dire que je dois aller chercher une voiture en bas, que je remonte terminer ma consultation, que je laisse mes patients dans la salle d'attente 20 minutes. Au niveau de l'organisation, les médecins généralistes, on n'a jamais demandé de véhicule, on avait chacun notre véhicule et le gyrophare, on se l'ai acheté sur nos deniers personnels, ça fait partie de notre trousse ; le sac Thomas, je l'avais déjà, il fallait juste qu'on me prête un trousse technique un peu plus fournie.

Moi : L'aspect géographique du secteur de MCS posait soucis ?

Interviewé : Je pense que oui, de nous faire remonter jusqu'à Y, n'est pas possible. Même si je dors à Y, à mon cabinet, je mets un demi-heure pour monter à Y, ne me demande pas d'aller à Y. C'est une aberration pour moi. Après la réponse de l'ARS, concernant la pertinence, va être d'aller dormir à la clinique Saint-Luc à Schirmeck. Va demander à des médecins généralistes installés depuis 50 ans, qui sont disponibles déjà toute les journées, d'aller encore dormir là-bas. Tu as une vie de famille, 3 enfants, il y a un moment...

Moi : Il y a donc un aspect contraignant rajoutant de la fatigue ?

Interviewé : Oui et non, à partir du moment où tu intègres les urgences comme si tu faisais un MCS sur la vallée de la Bruche, c'est possible, je peux le médicaliser, mais aller jusqu'à Y ; c'est le secteur qui est grand et qui pose le problème de la couverture, en sachant que Y, la VLM de Y y est plus rapidement que Y. Après c'est un problème administratif, en frontière de département, il faut faire sortir la VLM de Y et pas de Y.

Moi : L'aspect financier, la rémunération d'une activité MCS aurait-elle pu être un frein? Vous l'aviez évoqué ?

Interviewé : Oui c'est sûr ! Après qu'on n'ait pas de sous pour les trucs, c'est une chose, mais tu ne peux pas demander à un médecin généraliste, il faut le dire, de prendre la responsabilité, même jeune. Après moi ça m'amuse encore un peu, mais demander à un jeune qui n'a pas obligatoirement une folle envie de faire des urgences vitales et chez qui ça ne va pas être une science infuse, de prendre la responsabilité d'assumer ces urgences là pour rien, pour pas de valorisation. Alors après tu peux très bien envisager, je l'avais proposé au directeur de l'ARS, mais il ne l'avait pas retenu, c'est de défiscaliser. N'importe quel médecin généraliste, à partir du moment où il travaille bien, est imposé à 40% de son activité. Tout ce que je rajoute à mon activité, si je gagne 100€ pour la garde, j'en refille 50 aux impôts. Pour 50 euros, je ne vais pas partir en intervention à 2h du matin avec le gyrophare ! Pour 50 euros ? Une intervention tu en as pour 2h. C'est un non sens, mais on en discute. On peut dire que ce n'est pas valorisé. On n'a pas de sous c'est une chose, mais le système est tout simple, je l'avait proposé à l'ARS, c'est de défiscaliser les gardes pour les médecins. Les médecins qui font la permanence de soins, quand ils l'organisent sur le secteur de Y, notre secteur qui est une zone fragile, touchent leur indemnité défiscalisable c'est à dire qu'ils ne payent pas d'impôt. Déjà qu'ils ne sont pas rémunérés beaucoup, mais au moins ils ne reversent pas la moitié à l'Etat. Il y a un moment où il faut être pragmatique.

Moi : Un peu sur le principe des médecins-pompiers où la rémunération est défiscalisée.

Interviewé : Médecin-pompier, je crois que c'est 20 ou 25 euros de l'heure. 25 euros de l'heure ils gagnent...J'avais demandé, quand je suis arrivé sur le secteur. Après ça me gênait par rapport à X qui habitait en face de la caserne de Y. Il faisait des interventions tout de suite.

Moi : Concernant la responsabilité professionnelle par rapport à la prise en charge de l'urgence, c'est quelque chose qui aurait pu coïncider ? Il faut savoir que c'est une assurance prise en charge par le SAMU, vu que c'est une délégation de service public.

Interviewé : Je sais, quand je me suis installé, j'avais dit que je faisais de la médecine pré-hospitalière. Quand j'étais dans le Y, j'avais déjà intégré ça dans mon assurance professionnelle.

Moi : Ce n'est pas quelque chose qui vous aurait freiné ?

Interviewé : Non.

Moi : On arrive sur la fin de l'entretien. Est-ce que vous auriez des pistes d'amélioration à proposer pour le dispositif ? Est-ce que vous pensez qu'il y a des choses qui pourraient permettre aux médecins libéraux de faciliter leur adhésion au dispositif localement ?

Interviewé : C'est de les accompagner. Pour ceux qui n'aiment plus les urgences, pour les anciens installés qui ont perdu le truc, c'est de leur demander s'ils veulent continuer de se former et de les accompagner. Après, quand tu regardes la moyenne d'âge des collègues que tu vas visiter pour ton mémoire, on a tous plus de 50 ans. Je ne suis pas le plus jeune. Il y a X, qui n'aime pas trop les urgences, donc il ne veut pas en faire. Après c'est vrai qu'à Y a une grosse clientèle et ils peuvent être amenés à gérer des urgences. Après le MCS est là en journée. Je crois qu'il faut partir sur la base du volontariat. J'en vois que 4 qui pourraient intégrer encore, ou qui voudraient encore intégrer le système, et de favoriser ces 4 là pour l'intégration au système. Effectivement sur une garde de nuit, en sortant de cette histoire de véhicule à récupérer à un endroit donné, ce n'est pas possible. Après on

pouvait tout imaginer, mais là aussi c'est difficile à organiser : que le collègue ramène et dépose le véhicule, et après repartait avec le mien pour rentrer à la maison, et il récupérait le véhicule en retournant au travail le lendemain. Mais après il y avait des problèmes administratifs d'assurance. C'est des arrangements entre nous, difficiles à mettre sur le papier au niveau organisationnel. Mais tu me donnes un sac Thomas où je n'ai pas besoin de faire les péremptions et tout ça, je te fais la garde MCS quand tu veux. Mais pas pour 10 euros à la limite. Qu'il n'y ait pas beaucoup de sous c'est une chose. J'avais téléphoné au MCS de Montpellier, MCS 34, tu tapes MCS 34 tu tombes sur lui, Y il s'appelle. Ils sont indemnisés comme 250 à 280€ la garde de 24h. Si c'est défiscalisé, ils vont tous intégrer le système. Les gardes de PH à l'hôpital c'est 250 euros la nuit. Après, la défiscalisation, ça tient au ministère de la santé, qui doit décider de donner un coup de pouce. Mais je pense que la gestion des urgences, plutôt que de dire sur une promesse de campagne, que tout ressortissant français soit à une demi-heure, ce qui est une aberration, il faut plutôt réfléchir à comment organiser le truc, comment tu fais adhérer le médecin généraliste. Parce que le meilleur maillage des urgences vitales, pour moi, c'est les médecins généralistes, qui doivent pouvoir prendre en charge un arrêt cardiaque. Après, que dans le cursus universitaire, tu n'as pas fait tous les troubles du rythme et que tu sois mis en difficulté sur un ECG quand tu n'as pas l'habitude de ça : une TV, tu sais la reconnaître, tu n'as pas besoin d'être très bon en rythmologie pour reconnaître une TV, des salves d'ESV, j'en ai eues aussi, une fois que tu en as vu une tu ne l'oublies plus. Et dans la prise en charge, il faut juste mettre une perfusion, serrer les fesses, mettre les drogues que tu sais mettre et utiliser un défibrillateur. C'est des choses simples que peuvent, je pense, faire tous les médecins généralistes qui ont été formés dans des services d'urgence. Après je peux t'en parler pendant 10h, qu'est-ce que tu fais de la formation des médecins généralistes qui est à revoir à la faculté. Parce que je ne suis pas sûr que la 9^{ème} année d'études médicales, avec le stage chez le praticien, qui est une bonne chose en soit, car ça vous fait voir des choses d'une pratique qui est un peu plus éloignée, quand tu fais 8 ans d'hospitalier et que tu n'as pas touché le libéral, ça peut faire un peu peur de se retrouver tout seul à Y; mais moi, je ne me sens pas seul du tout. Pour tous les internes, la réflexion à la fin du stage, c'est qu'avec ton téléphone, tu es proche de tout : si j'ai besoin d'un avis cardio, je l'ai dans l'heure, si j'ai envie que mon patient soit vu l'après-midi par un cardiologue, il sera vu dans les 24h. La radio, le scanner, je l'ai dans la journée, l'IRM, si j'ai de bons arguments, j'arrive à l'avoir dans la journée aussi avec notre réseau dans la vallée de la Bruche. Après on a perdu un rhumatologue. Moi, je ne fais plus d'infiltration ou de geste technique ostéo-articulaire, mais X le fait très bien. La dernière fois, je lui ai envoyé un patient, parce que quand tu ne le fais plus, tu ne sais plus faire, donc il vaut mieux laisser la main à ceux qui savent faire. Et pareil, les collègues médecins généralistes de la vallée qui n'ont plus fait d'urgence depuis 20 ans, ils diront : « ça fait 20 ans que vous ne me sollicitez plus, qu'est-ce que vous venez me solliciter à 5 années de la retraite ? ». Ce truc là, il faut partir obligatoirement sur la base du volontariat. Je sais que le chef du groupement de Molsheim avait mis en place les formations sur les urgences vitales, ça ramène toujours plein de médecins généralistes, car ils se sentent démunis face à ce genre de choses. On a tous eu dans les 5 dernières années, un malaise grave au cabinet. Après quand tu es seul tu ne fais pas grand chose, quand tu as de la chance d'avoir des internes et que tu es à deux à bosser, tu bosses deux fois mieux, deux fois plus vite. Et le MCS, par exemple quand vous êtes venus, c'est hyper long: vous avez 15 à 20 minutes d'intervention jusqu'ici, c'est long, trop long.

Moi : Si on voulait améliorer les choses ce serait à travers la formation et les sollicitations?

Interviewé : Obligatoirement ça passe à travers la valorisation. Tu ne peux pas demander à des médecins de se former et de continuer à être pertinent. Parce que, si tu prends la garde MCS, tu prends les responsabilités. Si demain, je prends la garde MCS, que j'ai un arrêt cardiaque que je ne rattrape pas, tu te poses quand même la question de savoir s'il est mort parce qu'il devait mourir et qu'il était déjà mort quand tu es arrivé, ou parce que tu n'as pas su faire. C'est des responsabilités, et ça a un prix, un coût, c'est le coût de la formation. La dernière fois il y a eu une fracture ouverture du fémur chez un bucheron, fracture pathologique sur une métastase osseuse, on avait de la chance, ça ne saignait pas beaucoup, mais il avait super mal. Les pompiers étaient sur place : pourquoi ils m'ont appelé ? C'était drôle, ils n'avaient pas appelé le MCS, ils ont appelé l'infirmier-pompier. Il avait une fracture déplacée, ouverte. Déjà quand tu es médecin généraliste et que tu as fait de la traumatologie, ce n'est pas forcément des trucs que tu as envie de voir ou de prendre en charge. Après il y avait la

prise en charge de la douleur, il avait hyper mal. On lui a fait un bloc fémoral, ça faisait 20 ans que je n'avais pas fait de bloc fémoral. Tu en as déjà fait toi?

Moi : Non.

Interviewé : C'est des trucs, à l'époque, qu'on te laissait faire, on te les montrait et on te les apprenait, ça faisait partie de la check-list. Dans ta check-list de D1, on te montrait sur un patient au bloc, où tu piquais pour le bloc fémoral. J'en ai fait un en pré-hospitalier sur une fracture du fémur sur un motard, sur une chute à moto. J'avais oublié, je n'avais plus mes repères, j'ai appelé un copain anesthésiste, je savais que c'était veine-artère-nerf, mais je ne savais plus dans quel sens, en interne ou externe. Il y a des tutoriels de bloc fémoral sur internet, c'est super facile. Si tu es dans la gaine, tu peux que anesthésier. La seule chose qu'il ne faut pas faire, c'est d'embrocher l'artère fémorale. Il faut juste vérifier avant d'injecter la XYLOCAÏNE, de ne pas être dans l'artère, auquel cas tu es embêté par les effets secondaires. C'est des choses toutes bêtes qu'on nous apprenait à l'époque et qui nous permettaient d'être un peu moins bêtes sur ce type de prise en charge. Si tu mets un PERFALGAN sur une fracture du fémur, ça ne va pas marcher beaucoup.

Moi : Je vous remercie.

Interviewé : Le sujet m'intéresse, je t'avais dit, c'est obligatoire que ça m'intéresse, mais j'ai trouvé dommage. Après Dr X, je ne sais pas si il se voyait partager le MCS avec les médecins de la vallée, ça lui paraissait un peu compliqué, il ne se voyait pas gérer. Après c'est vrai que c'est compliqué, c'est 2 mondes différents, l'hôpital et la médecine libérale, c'est 2 choses différentes, mais je pense qu'il faut savoir s'entendre, discuter, et organiser les choses. Mais moi, le sujet m'intéresse. Je regrette vraiment de ne pas avoir été plus... Avec la clinique Saint-Luc, sur les urgences, les gens qui ont pris l'habitude d'aller à l'hôpital, ils ne nous appellent plus la nuit. Ils appellent le 15, ils n'appellent pas la permanence des soins, ils descendent à la clinique Saint-Luc.

Moi : C'est ce qu'on voit avec les gardes.

Interviewé : Vous êtes submergés et nous on s'embête la nuit. Au début, quand je me suis installé en 2003, on faisait de la vraie médecine, où tu es obligé de réfléchir et d'utiliser des drogues ou des médicaments dont tu disposes rarement en cabinet de médecine générale.

Moi : Je vous remercie pour cet entretien.

Entretien MG4 :

Moi : Je viens vous voir dans le cadre de mon travail de mémoire, de DES, qui va s'intégrer dans ma thèse de médecine générale. J'étudie le dispositif de médecin correspondant du SAMU qui a été mis en place au sein de la vallée de la Bruche, sur le versant plus particulier de la connaissance du dispositif auprès des médecins généralistes et voir ce qui a pu coïncider pour la généralisation du dispositif. J'aimerais tout d'abord vous poser quelques questions pour établir votre profil professionnel pour commencer. Quel âge avez-vous ?

Interviewé : 42 ans.

Moi : Ça fait combien de temps que vous êtes installé ?

Interviewé : 2007, donc ça fait douze ans.

Moi : Douze ans, d'accord. Vous avez été installé tout de suite à Y ?

Interviewé : J'ai fait cinq ans de remplacements. Puis je me suis installé d'emblée sur le territoire de la vallée de la Bruche.

Moi : Ici, c'est une SISA, le mode d'installation ?

Interviewé : Oui.

Moi : Est-ce que votre lieu de domiciliation personnelle est situé sur le territoire de la vallée de la Bruche ?

Interviewé : A l'entrée, oui.

Moi : Est-ce que vous participez à la permanence des soins ?

Interviewé : Oui.

Moi : Ici, il me semble que c'est 20h-minuit ?

Interviewé : 20h-24h, oui.

Moi : D'accord. Est-ce que vous êtes ou avez été médecin sapeur-pompier ?

Interviewé : Non.

Moi : Concernant le rapport à l'urgence, est-ce que vous avez été formé durant le cursus, est-ce que vous avez une appétence particulière pour la prise en charge des urgences vitales ?

Interviewé : La seule formation ça a été aux urgences.

Moi : Un stage de 6 mois ?

Interviewé : Voilà. Et pas de formation spécifique et l'appétence est moyenne.

Moi : D'accord, ce n'est pas quelque chose qui vous attire ?

Interviewé : Non, disons que pour tout ce qui est acte technique, je ne suis pas très bon, je peux mettre une perfusion sans trop de difficulté, faire un massage, mais je ne peux pas me définir comme urgentiste.

Moi : D'accord, en tous cas ce n'est pas quelque chose qui vous rebute non plus ?

Interviewé : Non, non. Je me débrouille et il y a des gens qui nous aident, on est rarement seul longtemps.

Moi : Sur l'orientation des pratiques professionnelles : orientez-vous votre pratique de médecine générale ou c'est de l'omnipratique ?

Interviewé : Oui, de l'omnipratique.

Moi : Que de l'omnipratique ?

Interviewé : Eh bien, j'ai un DU de médecine du sport, mais c'est plus des compétences comme ça, en traumatologie, mais ce n'est pas une pratique qui est très développée.

Moi : Voilà pour cette première partie pour établir votre profil. Je vais passer sur le deuxième thème qui est la connaissance du dispositif du médecin correspondant du SAMU qui a été mis en place, en passant par quelques rappels.

Connaissez-vous le dispositif de médecin correspondant du SAMU ?

Interviewé : Oui.

Moi : Qu'est-ce que vous pouvez me dire du dispositif national ?

Interviewé : National ?

Moi : Oui, sur le plan national.

Interviewé : C'est-à-dire la fonction ? Ce que c'est ?

Moi : Oui, à quoi ça sert, etc.

Interviewé : Oui, eh bien, si j'ai bien compris c'est dans les zones où il y a un accès au SAMU, au SMUR au-delà de 50 km, il me semble. Les autorités de santé, ont essayé de développer un dispositif qui permet de palier ce délai qui était trop long pour amener au patient une équipe médicale formée, pas au rabais, mais quand même, plus qu'un généraliste lambda, pour faire les premiers soins. Donc prendre le relais du SAMU.

Moi : Oui, c'est ça, c'est effectivement un relais au SAMU, sur un territoire bien identifié par l'ARS au niveau local. Ils ont retenu qu'il faut un accès aux soins d'urgence en moins de 30 min. Donc tous les territoires qui étaient situés à plus de 30 min sont pris en compte. C'est par rapport à la promesse de campagne de François Hollande que ça a pris de l'ampleur, même si ça a déjà été légiféré en 2007. C'est uniquement pour la prise en charge des urgences vitales. C'est une régulation par le SAMU, il y a systématiquement un SMUR qui est déclenché en parallèle du MCS, sauf cas exceptionnels qui ne sont pas dans le contrat à première vue. Les moyens du SAMU sont ensuite adaptés en fonction de la première prise en charge du MCS. Donc il y a un contrat signé entre le médecin appartenant au dispositif et l'établissement siège du SAMU, qui va fixer les liens fonctionnels entre les deux, les modalités de formation. C'est aussi le SAMU qui va fournir le matériel et les médicaments au MCS. Il est formé par l'établissement de référence, notamment par les CESU, qui s'occupent de la formation du MCS.

Interviewé : D'accord.

Moi : Sur le plan local, ici, à Schirmeck, qu'est-ce que vous savez plus spécifiquement ?

Interviewé : Je crois que le financement a été un peu partagé par des politiques locaux, au niveau du véhicule notamment, il me semble, non ? Parce que ce n'est pas classique que le véhicule soit pris en charge dans le dispositif, je crois. C'est porté par le Groupe Hospitalier Saint-Vincent. On nous a sollicités. Certainement qu'il doit exister des médecins libéraux en France qui le font. On ne leur a sans doute pas payé une voiture et le matériel, j'imagine que ça vient d'eux, pas du SAMU. Mais c'est des suppositions.

Moi : Il y a une convention cadre qui fixe les choses entre les Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Chez nous, c'est le Groupe Hospitalier Saint-Vincent, le SDIS, la ComCom de la vallée de la Bruche et l'ARS. En plus de ça, il y a des conventions individuelles avec chaque médecin. La convention cadre est spécifique au fait que l'on passe par une structure hospitalière préexistante, les médecins sont salariés: une convention est faite avec le GHSV dans ce contexte. Les territoires couverts sont les cantons de Schirmeck, Saales et Urmatt. La mission du MCS prime sur l'activité de la clinique. Il y a un départ théorique en moins de 5 min. Le déclenchement se fait par le médecin régulateur du SAMU qui va en parallèle déclencher le SMUR. Au niveau de la disponibilité du médecin, c'est 8h – 20h à la clinique Saint-Luc, 7 jours sur 7. Initialement, l'ARS avait envisagé une couverture de la PDSA avec les médecins libéraux également. C'était deux jours de formation initiale au CESU et ensuite une formation pratique et une doublure deux jours avec le SAMU. Ensuite, il y a des formations de remise à niveau annuelles. Au niveau de la responsabilité de l'intervention, c'est la responsabilité administrative du CHU de rattachement qui est prise en compte puisque c'est une mission de service publique. Elle est exercée par la responsabilité administrative des HUS, dans ce cadre bien spécifique, ce n'est pas RCP du médecin participant au MCS qui est mise en cause.

Par rapport à ce que vous disiez tout à l'heure sur le financement du véhicule, effectivement il a été payé par le groupe hospitalier Saint-Vincent mais sur un financement de la ComCom. Ensuite, pour tout ce qui est médicaments, entretien, il y a une dotation annuelle de l'ARS au Groupe Saint-Vincent, qui va assurer l'entretien du matériel et des médicaments. Je ne sais pas si vous aviez encore d'autres questions ?

Interviewé : Non.

Moi : Que pensez-vous de ce dispositif sur le territoire de la vallée de la Bruche ? Est-ce que c'est adapté au territoire, est-ce que c'est pertinent ? Est-ce que ça a permis, d'après vous, une amélioration de la prise en charge des urgences sur le territoire de la vallée de la Bruche où vous auriez pu rencontrer des difficultés plus importantes avant la mise en place ou pas ?

Interviewé : Honnêtement, je pense que c'est une réponse à une demande politique principalement. Je pense que localement, ça a changé quelque chose effectivement, mais c'est parce qu'il y a une

défaillance du médecin généraliste globalement. C'est la raison pour laquelle ils ont essayé de faire ça. Mais disons qu'avant ce MCS, un patient m'appelait, ça m'est arrivé une fois ou deux par an. Ce n'était pas des appels très fréquents. Ce qu'on faisait c'est qu'on allait à son domicile, c'était des urgences plus ou moins vitales dans ces cas-là. L'infirmière des pompiers était là. On allait dans le bahut, on faisait le transfert avec le SAMU ou on attendait que le SAMU arrive, et on se débrouillait comme ça. Selon les compétences des uns et des autres, on n'allait pas forcément faire des choses très poussées mais avec l'aide des pompiers, notamment de l'infirmière des pompiers, on faisait ce job. Maintenant, c'est sûr que si ça arrivait une fois par semaine, on aurait un infarctus au bout de quelques années car c'est compliqué. Mais ça n'arrivait heureusement pas très couramment. Concrètement, je pense que dans les territoires, les politiques ont vu que dans certaines zones, c'était un peu le foutoir et qu'on pouvait pas toujours compter sur le médecin traitant, quand il y en a un, et quand il n'y en a pas dans ces zones, c'est encore plus compliqué. Puisque quand on est appelé par un patient qu'on connaît, on y va peut-être plus facilement que quand on ne le connaît pas. Mais peu importe, si on ne le connaît pas, théoriquement, on doit lui porter secours. Vu les défaillances et la pagaille sur tout le territoire, les politiques ont essayé de trouver des solutions. En cela, sur le plan général, ça me paraît une bonne solution. Ici, sur le plan local, je pense qu'on n'était pas dans une situation de défaillance des plus complètes dans ce domaine. En tous cas, une fois que c'est là, c'est certain que ça a un côté pratique, c'est clair. Pratique pour tout le monde, il y a un bénéfice à tout cela et il y a une forme de décharge du généraliste mais même s'il m'est arrivé d'aller en urgence à un domicile, X était là, puis le SAMU. On était donc trois médecins pour un patient. Ça pose question quand même. C'est du médecin en grande quantité ! Si je suis appelé, si on déclenche un MCS, des fois je trouve que ça fait doublon. Parfois je me demande pourquoi un MCS est déclenché pour une dysarthrie. Des fois je ne comprends pas bien. Mais après, c'est une histoire de régulation. Donc il y a des fois des bonnes choses et des fois où on est vraiment en surnombre sur un cas qui n'aurait pas nécessité autant de monde, mais ça c'est le problème de la décision du régulateur. Il y a toujours des cas particuliers, des moments où on a trouvé que c'était excessif, ou pas. En gros, c'est bien, mais des fois c'est redondant.

Moi : Vous étiez sollicité fréquemment par le SAMU avant la mise en place du MCS pour la prise en charge des urgences vitales et est-ce qu'il y a vraiment une régression de sollicitations ?

Interviewé : Oui, ça c'est certain, disons que, je ne suis pas très vieux mais il m'est arrivé que le SAMU m'appelle pour me demander si je pouvais me déplacer pour ceci ou cela. Je ne sais pas pourquoi ils m'appelaient, pourquoi moi, ce n'est pas des patients que je connaissais. Il m'est arrivé de répondre favorablement et d'autres fois de leur dire que je ne pouvais pas. Forcément, j'imagine que dans ces cas-là, ils ne peuvent pas m'obliger, ils se débrouillent, ça doit être le foutoir pour savoir qui va répondre, qui ne va pas répondre. C'est quand même un peu compliqué. Ça c'était pour l'appel du SAMU, mais sinon c'était le patient lui-même. On ne peut pas dire « Écoutez, débrouillez-vous, je ne peux pas venir ! » On a une salle d'attente pleine, on y va et on gère mais ce n'était pas très courant. Nerveusement, c'est assez compliqué de pouvoir gérer des consultations, des rendez-vous, faire du soin organisé avec des choses comme ça, non programmées.

Moi : En gros, pour vous, ça vous permet d'organiser la prise en charge et de limiter les défaillances sur le territoire. Cela permet aussi de décharger un peu du travail supplémentaire. Mais dans certains cas, ça peut être assez redondant.

Interviewé : Clairement, oui. Mais les politiques doivent penser au bien commun, c'est normal. C'était assez logique, je crois, de réfléchir à des solutions comme ça. C'est assez futé. Le problème c'est de trouver des gens qui veulent le faire. Je ne sais pas si au niveau national c'est très concluant cette affaire-là.

Moi : Vous l'aviez évoqué tout à l'heure, sur le plan national, c'est vraiment adapté à chaque territoire par les ARS. Le cadre est légiféré, avec des statuts du MCS, qui sont légiférés au niveau national, mais après il y a des adaptations locales. En règle générale, c'est des médecins généralistes, libéraux qui exercent les fonctions de MCS. C'est l'intérêt de mon étude. Nous arrivons donc au thème 3 : savoir quels ont pu être les freins à l'adhésion du dispositif des médecins libéraux sur la vallée de la Bruche. Avez-vous été contacté par l'ARS dans le cadre de la mise en place de ce dispositif, durant la période 2013-2015, dans la vallée de la Bruche?

Interviewé : Oui, on a eu une grande réunion dans la salle des fêtes de La Broque avec le président du SDIS, le président du SAMU je crois, le président de la ComCom, le maire de La Broque et beaucoup de toubibs, tous les généralistes du coin, qui y ont répondu, dans une très grande majorité. On a été mis au courant du dispositif, des détails techniques, d'informations, de tout ce que vous venez de rappeler. Il y avait l'ARS bien sûr, qui sont les promoteurs du dispositif. On a écouté tout ça, certains ont posé des questions, d'autres se sont dit que ce n'était pas pour eux. J'ai vaguement hésité, je le reconnais. Je ne suis pas sûr que beaucoup aient suivi le dispositif. Moi, je n'ai pas suivi, je ne suis pas sûr qu'il y en ait un dans le coin qui ait suivi. Dr X était très motivé, je pense qu'il l'a fait ?

Moi : Oui il a fait la formation.

Interviewé : Mais il s'est arrêté, quoi. Il était très intéressé, dans son cursus, il a fait beaucoup d'urgences, semble t'il. Je crois que le Dr X était vaguement intéressé, mais je ne sais pas s'il est allé au bout du truc. Et tous les autres, on n'a pas suivi. Pour ma part, je ne l'ai pas fait, parce que finalement, en réfléchissant, je me disais que ça allait être franchement compliqué. On nous demandait de faire la nuit. C'est venu relativement peu de temps après qu'on nous ait augmenté notre territoire de gardes sans qu'on ne demande rien à personne. On devait aller à Y, à Y. Ça n'avait pas été forcément très sympa de nous forcer la main sur ce coup-là. Pour cette raison, disons que bon. C'était incitatif, pas obligatoire. Je me voyais mal rajouter ça.

Moi : Pour l'histoire des gardes, ils vous ont imposé les choses ?

Interviewé : Ah c'était comme ça, il n'y avait pas à discuter. On n'avait pas voix au chapitre ! On devait aller à Y et puis c'est tout. Et donc, pour la nuit, ce n'était pas en journée, je ne me souviens plus d'ailleurs ; finalement, si on nous avait proposé en journée, c'était au moins la nuit, ça c'est sûr. C'était l'époque où on faisait des gardes déjà jusqu'à minuit.

Moi : C'est effectivement ce que j'avais retrouvé dans les contrats du MCS chez nous. L'ARS prévoyait au départ la couverture 08 :00-20h00 à la clinique St Luc et sur les horaires de PDSA par les médecins libéraux.

Interviewé : Je ne me voyais pas rajouter ça.

Moi : Qu'avez-vous pensé de l'attitude des représentants de l'ARS envers les médecins libéraux lors de leur sollicitation ?

Interviewé : C'était bienveillant. La dame était parfaitement bienveillante. C'était tout à fait incitatif. De toute façon, ils avaient intérêt à être bienveillants !

Moi : Vous avez l'impression qu'ils avaient vraiment envie aussi d'intégrer de façon la plus large possible des médecins libéraux ?

Interviewé : Oui il y avait beaucoup de souplesse, de bienveillance. Mais encore une fois, je pense que le cadre était complètement incitatif, donc ils n'avaient pas trop le choix. Mais la forme était bienveillante. C'était leur intérêt puisque spontanément tout le monde aurait dit franchement non. Mais la forme, c'était bien, sympa.

Moi : Vous avez dit que vous avez hésité au départ à éventuellement intégrer le dispositif. Qu'est-ce qui aurait été susceptible de vous intéresser dans ce dispositif ?

Interviewé : C'était peut-être retrouver une place un peu plus adaptée au patient, être en première ligne de soins un peu urgents, un peu d'adrénaline, changer son quotidien. Mais le problème c'est le planning de la journée. Je ne me voyais pas, pendant les mois d'hiver, faire des potentielles sorties à 23h30 alors qu'à ce moment-là déjà les gardes étaient devenues très calmes. On n'était pas très dérangés. Mais je ne me voyais pas le faire quand même, gérer le planning de la journée, faire des choses la nuit. C'est une question de planning et de surcharge de travail.

Moi : C'est ce qui ressort beaucoup des entretiens. Et au niveau géographique, le territoire concerné, est-ce que ça aurait pu poser souci ?

Interviewé : Il est énorme le territoire. Pour ma part, j'habitais Y à l'époque, maintenant Y. Venant de Strasbourg, je gagne un quart d'heure. Ça aurait été un peu malhonnête de dire que je déclenche en 5 minutes mais que je ne viens que dans 20 minutes. J'avais imaginé rester là jusqu'à minuit, mais bon vous voyez le genre, rester sur place et après rentrer à minuit. Alors qu'en temps normal, quand je suis de garde, je rentre chez moi et quand je suis appelé, je me déplace. Mais ça arrive une garde sur six qu'on soit obligé de se déplacer. Mais le territoire est effectivement grand et pour peu qu'on ne loge

pas exactement au même endroit, ça devient illogique si on met déjà un quart d'heure pour arriver, voire une demi-heure.

Moi : Effectivement, on est dans des situations, où les médecins, le week-end surtout, peuvent être amenés à faire des astreintes théoriquement depuis le domicile. Dans le contrat, il faut qu'on habite à moins de 30 minutes de la clinique. Dans ce cadre-là, les astreintes de MCS peuvent se faire aussi depuis le domicile.

Interviewé : Oui mais on n'a pas beaucoup d'avance sur Strasbourg alors !

Moi : C'est sûr. Sur le plan logistique, par rapport à ce qui a été mis en place avec le véhicule : est-ce que c'est des choses qui auraient pu coïncider aussi ?

Interviewé : Non, non.

Moi : C'est en premier lieu, la sphère surcharge de travail, donc.

Interviewé : Il a été vaguement question du sac. Ils nous fournissaient le sac, il fallait ensuite se balader avec ce sac. A priori, il n'y avait qu'un seul sac. Il fallait se filer le sac entre médecins. J'imaginai qu'on nous aurait filé chacun notre sac. Mais on devait se refiler le sac où il y avait les drogues et tout le toutim. On aurait été gardes de ce sac, ce qui aurait rajouté encore un peu de complexité dans l'affaire. Mais ça n'a pas été ça le frein.

Moi : Concernant la disponibilité, vous évoquiez tout à l'heure les astreintes. Ils pensaient couvrir les périodes de PDSA. Pour vous, c'est une surcharge de travail, la nuit etc, c'était un frein à la mise en place. Et on l'avait évoqué aussi tout à l'heure : les gestes techniques, la gestion du stress, les urgences vitales : est-ce que c'est quelque chose qui vous a bloqué ?

Interviewé : Non, parce qu'on nous avait dit clairement qu'on ne se prétendait pas réanimateur, donc on n'avait pas besoin d'avoir des aptitudes pour intuber, pour mettre des cathéters ou je ne sais quels drains divers et variés. On nous demandait d'avoir des aptitudes un peu meilleures qu'un généraliste un peu lambda. On leur avait bien demandé ce qu'ils attendaient, s'ils voulaient former des urgentistes, des médecins juste avec quelques aptitudes supplémentaires et ils nous avaient rassurés sur le fait qu'on ne devrait pas faire des trucs incroyables.

Moi : D'accord. Et en rapport avec ça, sur le plan de la responsabilité médicale ?

Interviewé : Je me souviens qu'ils avaient précisé ça.

Moi : Ce n'était pas un souci donc ?

Interviewé : Non.

Moi : Sur le plan financier, la rémunération n'était pas rentrée en ligne de compte non plus ?

Interviewé : Non, non.

Moi : Voyez-vous d'autres freins encore, que ce soit pour vous ou par rapport à vos collègues ?

Interviewé : Non, principalement la surcharge de travail en journée et le fait qu'on aspire à du repos. Je pense que ce n'est pas que pour moi.

Moi : Ça aurait pu désorganiser la pratique libérale ?

Interviewé : Non, parce que pour le coup, ce n'est plus des horaires où l'on travaille en principe, même si de temps en temps on travaille jusqu'à 20h, 21h. Non, ça n'aurait pas désorganisé ça. Mais ça aurait été une forme de stress supplémentaire et savoir qu'on n'est pas serein quand on rentre chez soi.

Moi : En vue d'une éventuelle généralisation du dispositif, auriez-vous des pistes d'amélioration à ce dispositif mis en place localement pour pouvoir coller avec le maximum de personnes, de médecins sur le territoire ?

Interviewé : Non, je ne pense pas que ce soit vraiment... A moins de s'adresser à des médecins qui travaillent 6 à 8 heures par jour. Il faut que ce soit quelqu'un qui a des soins programmés, organisables. Il faudrait quelqu'un qui arrive en fin de journée relativement frais et disponible et qui n'a pas d'aléa majeur. Cette surcharge de travail représenterait des sorties imprévues avec de l'adrénaline. A moins d'avoir une forte appétence, qu'on entretient, qu'on cultive et qu'on veut préserver, d'être jeune. On s'adresserait plutôt à des jeunes qui ont connu l'urgence en étant interne et qui aimeraient préserver ça. Si vous vous adressez à un médecin installé depuis des années, a fortiori, le gars est rincé et il aspire à du repos. Donc s'adresser à des jeunes, il y a plus de chances qu'il y ait du répondant. Plus le fait qu'au début, leur activité est un peu plus modérée. Chez les jeunes, je pense qu'il y aurait plus de répondant, pour qu'ils gardent un pied dans leur univers. Ça me paraît difficile, d'après moi de trouver beaucoup de candidats.

Moi : Donc principalement la surcharge de travail.

Interviewé : Oui, à moins d'avoir un toubib qui a des soins programmés. Mais en médecin de premier recours, c'est rare d'avoir des journées légères, à moins de se limiter de façon express ou volontaire. Généralement, ça finit par plus ou moins déborder. On aspire à autre chose le soir.

Moi : Et le fait que les astreintes étaient prévues uniquement sur la soirée, c'est aussi quelque chose qui était assez compliquée ?

Interviewé : De toute façon, en journée ça aurait été juste impossible. Le soir, théoriquement, c'est en dehors des heures de consultations, ça pourrait, mais bon.

Moi : Surcharge de travail...

Interviewé : Oui et aspiration à autre chose.

Moi : Je vous remercie pour cet entretien.

Interviewé : Merci à vous.

Entretien MG5 :

Moi : Bonjour, je me présente : MENTZ Cédric, médecin généraliste en année de thèse / mémoire et assistant à la clinique Saint-Luc de Schirmeck. Je viens vous voir dans le cadre de mon travail de mémoire de DES de médecine générale, qui traite du médecin correspondant du SAMU, plus spécifiquement dans la vallée de la Bruche, où j'interroge les médecins généralistes libéraux, pour connaître leur opinion du dispositif, leur connaissance et les difficultés rencontrées en vue d'une généralisation du dispositif auprès des médecins libéraux, qui était envisagée initialement.

J'aimerais commencer l'entretien avec quelques questions pour établir votre profil professionnel. Je peux vous demander votre âge ?

Interviewé : 58 ans et demi.

Moi : Ça fait combien de temps que vous êtes installée en libéral ?

Interviewé : 19 ans, depuis 2000.

Moi : Ici ? Directement ?

Interviewé : Oui ici.

Moi : Votre lieu de domiciliation personnelle est-il situé sur le territoire de la vallée de la Bruche?

Interviewé : Oui.

Moi : Est-ce que vous participez à la permanence des soins ?

Interviewé : Oui.

Moi : Sur ce secteur là, il me semble que c'est en nuit profonde?

Interviewé : Oui, nous, on fait encore les nuits profondes.

Moi : Vous avez une activité de régulateur à la permanence des soins me semble-t-il?

Interviewé : Régulateur, oui.

Moi : Êtes-vous ou avez-vous été médecin-pompier?

Interviewé : Non.

Moi : Avez-vous une appétence pour la prise en charge des urgences vitales ou une formation éventuellement dans ce domaine?

Interviewé : Non, ni appétence, ni formation.

Moi : Pendant l'internat, étiez-vous passée dans un service d'urgence ?

Interviewé : Oui j'étais aux urgences à Pasteur à l'époque.

Moi : A Colmar ?

Interviewé : Non, non, aux hospices civils, il y avait un service d'urgence accolé à la réanimation Pasteur.

Moi : C'était un stage de 6 mois?

Interviewé : 6 mois, oui.

Moi : Concernant votre pratique professionnelle, avez-vous tendance à orienter un peu la pratique de médecine générale ou faites-vous une omnipratique?

Interviewé : Je n'ai pas compris.

Moi : Avez-vous tendance à orienter plus spécifiquement la pratique médecine générale ou faites-vous uniquement de l'omnipratique.

Interviewé : Non, non. Il y a assez à faire !

Moi : D'accord, c'étaient les questions d'introduction. On va passer sur un deuxième thème, qui évalue la connaissance du dispositif sur le plan national et sur celui qui a été mis en place sur le territoire de la vallée de la Bruche. Je vais essayer de faire quelques rappels sur ce dispositif et avoir votre avis sur ce qui a été mis en place. Connaissez-vous le dispositif des médecins correspondants du SAMU ?

Interviewé : Oui, on m'en a parlé.

Moi : Que savez-vous de ce dispositif sur le plan national et structurel ?

Interviewé : Il me semble que c'est un peu par secteur, mais ce n'est pas partout il me semble. C'est sur certains territoires, en montagne principalement et que ce n'est pas encore généralisé, d'après ce que je sais.

Moi : Donc c'est un relai du SAMU ?

Interviewé : Oui tout à fait.

Moi : Oui, sur un territoire bien déterminé localement par les ARS, où le délai de la prise en charge des urgences est de plus de 30 minutes. C'est une régulation par le SAMU, qui déclenche systématiquement un SMUR avec le MCS. Il y a un contrat signé entre le médecin correspondant du SAMU et le CHU de rattachement. Ce sont des médecins formés à l'urgence, des médecins généralistes en règle générale. Il y a une formation initiale encadrée par les SMUR et CESU.

Que savez-vous plus spécifiquement du dispositif local ?

Interviewé : Je sais que ce sont des médecins de la clinique Saint-Luc, mais je ne sais pas si les médecins généralistes ont été intégrés depuis. Je sais que j'ai des collègues qui ont fait les formations à Strasbourg, mais à ma connaissance, ils ne font pas partie du dispositif. Après personnellement, je ne sais pas si je dois parler de moi... C'est tout ce que je sais. Sur ce secteur, il n'y a que les médecins de la clinique pour le moment. Après j'ai entendu qu'il y avait des médecins qui étaient d'accord mais... par la suite non. Moi je ne suis plus les discussions au niveau de ce qui s'est mis en place. On n'a plus tellement de nouvelles. Donc je n'en sais pas plus.

Moi : Effectivement, les médecins qui participent à ce dispositif sont issus de la clinique Saint-Luc. Il y a une convention entre le Groupe Hospitalier Saint-Vincent, l'ARS, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, le SDIS et la COMCOM de la vallée de la Bruche. Il y a également des conventions individuelles avec chaque médecin participant. Le territoire concerné est celui des cantons de Y, de Y et de Y ainsi que les villages de Y, Y et Y qui se rajoutent.

Interviewé : Oui, parce qu'ils font partie de notre secteur.

Moi : Oui

Interviewé : et Y non ? Car Y fait partie de notre secteur ; mais peut-être pas ?

Moi : Je ne suis pas certain mais je pense que ça en fait aussi partie. Donc la mission du SAMU prime sur le travail de la clinique pour le MCS. Il y a un départ théorique en moins de cinq minutes. Le MCS est déclenché par le médecin régulateur du SAMU, qui déclenche le SMUR en parallèle. La période couverte avec ce dispositif est 8H-20H, 7J/7, à la clinique Saint-Luc.

Interviewé : Même le weekend ?

Moi : Le weekend également et ce qui se discutait initialement, c'était d'intégrer les médecins libéraux sur la période de PDSA. La logistique s'effectue à la clinique Saint-Luc, avec un véhicule subventionné par la COMCOM. La formation s'est faite au CESU à Strasbourg, avec une formation initiale de deux jours, puis des remises à niveau annuelles et des stages pratiques avec des gardes au SAMU. Comme on est dans le cadre d'une délégation du service public, la responsabilité médicale est couverte par la responsabilité administrative de l'hôpital.

Quelle est donc votre opinion de ce dispositif installé sur le territoire de la vallée de la Bruche? Que pensez-vous de sa pertinence par rapport au territoire ? Et de son intérêt concernant la prise en charge des urgences vitales ?

Interviewé : Je pense que c'est quelque chose de positif et de nécessaire, au vu du délai par rapport à Strasbourg. Personnellement, j'ai eu à subir ce délai, lorsque je me suis retrouvée toute seule avec un arrêt cardiaque, pendant 25 minutes, sans pompier ni personne.

Moi : Ni les pompiers ?

Interviewé : Même les pompiers n'étaient pas venus, c'était il y a 4-5 ans avant que le MCS ne soit mis en place. C'est vrai que c'est long quand on est seule. J'ai eu l'occasion de travailler avec eux : ils sont rapidement sur place quand même, on a tout de suite une aide et c'est quand même beaucoup plus confortable. C'est nécessaire et indispensable.

Moi : Donc d'après vous, ça participe à une amélioration de la prise en charge ?

Interviewé : Oui, ça nous décharge un peu d'angoisse et puis même s'il y a un arrêt cardiaque, on a l'impression d'être un peu moins loin du SMUR. Donc il y a moins de stress.

Moi : D'accord. Aviez-vous été sollicitée, avant la mise en place de ce dispositif, par le SAMU, pour la prise en charge d'urgences?

Interviewé : Oui bien sûr. Il y a des patients qui appellent directement. Si le SAMU nous appelle, c'est parce qu'il y a une erreur de diagnostic au départ. Si on se retrouve devant un arrêt cardiaque c'est souvent qu'il y a eu un mauvais interrogatoire et que les personnes n'ont pas dit ce qu'il s'est vraiment passé. Mais en général le SAMU ne nous appelle pas pour un arrêt cardiaque. Ils appellent

plutôt les pompiers. Nous, on ne nous appelle pas en général, on n'est pas sollicité pour ce genre de choses. Les médecins-pompiers étaient sollicités. Mais nous, en tant que médecin généraliste, on ne nous appelle pas pour tout.

Moi : Déjà avant la mise en place du dispositif ?

Interviewé : Oui, c'est vraiment par hasard si on tombe dessus.

Moi : D'accord. Donc a priori, vous avez une vision positive de ce dispositif ?

Interviewé : Oui, je ne suis pas du tout contre.

Moi : Je voudrais en venir sur le 3^{ème} thème, qui est le centre de mon étude: dégager les différents freins qui ont pu être rencontrés par les médecins généralistes libéraux pour une intégration à ce dispositif. Je crois que vous l'avez abordé: aviez-vous été contactée par l'ARS lors de la mise en place du dispositif ?

Interviewé : Oui, on a été contacté avec tous les médecins de la vallée. On a eu des réunions à la clinique à ce sujet. On a été contacté au départ et avons eu un rendez-vous avec un médecin qui venait de Y, qui nous a un peu expliqué le dispositif à la clinique Saint-Luc.

Moi : On m'avait parlé de la salle des fêtes de Y ?

Interviewé : A la salle des fêtes de Y? Ah oui, il y a eu une réunion, mais ça remonte à très longtemps, où il y avait le médecin-chef de réanimation, comment s'appelle-t-il ? X? C'était à la salle des fêtes de Y, il y a 7-8 ans. Oui, il y a eu une réunion, mais est-ce que c'était déjà pour ce dispositif ? Il y avait le SAMU, les pompiers, le responsable des pompiers. C'était il y a bien longtemps ; mais ça ne dégagait pas encore cette histoire de MCS. Ils discutaient plutôt, à ce moment-là, de l'intérêt de mettre un vrai service d'urgence à la clinique. Il ne ressortait pas que nous participions à ce dispositif. C'était plus l'intérêt d'avoir un service d'urgence dans la vallée de la Bruche. Je ne me souviens pas qu'on ait été impliqué comme ça. C'était la première réunion.

Après, il y a eu une autre réunion, où on a vraiment parlé du dispositif du MCS: ça s'est passé à Y avec les médecins de Y et le président de l'ordre des médecins du Haut-Rhin qui est venu nous en parler ; on n'avait pas compris pourquoi lui, c'est parce qu'apparemment il faisait parti d'un syndicat. Il nous disait : « oui, c'est facile, vous avez le secteur de Y jusqu'à Y ». Nous en tant que médecin généraliste, on lui a dit que de Y jusqu'à Y, ça n'allait pas. Il y avait déjà eu un blocage là, le problème de terrain que le gars ne connaissait pas. Il répondait : « Oui, mais ça ne fait que tant et tant de km. – Eh bien montez jusqu'à Y et vous verrez que ça ne fait pas que tant et tant de km! » Moi je pense que ça a été le premier blocage pour nous, médecins généralistes.

Après ça, ils ont réduit le secteur, mais il restait ce problème d'étendu de terrain. Alors mes collègues qui travaillent à Y ont dit qu'ils ne pouvaient pas : « Moi, le temps de venir de Y jusqu'à Y, ça ne sert à rien, c'est ridicule ! ». Il y a déjà eu ce blocage-là, par rapport à la distance.

Après il y a eu un blocage au niveau du véhicule d'intervention, puisqu'au départ on nous a dit qu'on devait prendre notre véhicule personnel ; après dans les discussions suivantes, la clinique avait acquis son véhicule. On s'est dit que comme la clinique avait son véhicule, c'était sympathique, mais on nous a dit qu'on ne pourrait pas nous prêter le véhicule. Comment devons-nous faire ? Il fallait venir récupérer le matériel clinique tous les soirs, car on était censé faire ça de 20h à 24h. Donc on était censé récupérer le matériel à 20h et le rapporter à minuit.

Moi : C'était le Groupe Hospitalier Saint-Vincent qui n'était pas d'accord pour prêter le véhicule ?

Interviewé : Les médecins, d'après ce qu'on a appris, ça aurait été plutôt les médecins qui ne voulaient pas qu'on s'amuse avec leur véhicule.

Moi : Les médecins de la clinique?

Interviewé : Oui. Concernant le véhicule que vous utilisez. On était censé prendre notre véhicule et récupérer le matériel. La question était là, comment récupérer le matériel et si on utilisait le véhicule, comment en faire le plein? Enfin c'était toute une histoire, ça paraissait quand même très compliqué.

Après, vous avez l'aspect financier : « Ah ben non, il n'y a pas de rémunération ! -Ah mais on ne va pas faire ça gratuitement ! - Mais vous êtes déjà de garde ». Donc on s'est dit : bon voilà...

Moi : C'était l'ARS qui tenait ce discours?

Interviewé : Oui, ça c'était l'ARS, mais après quand on était en discussions, c'était toujours à la clinique Saint-Luc. Qui est ce qui tenait les rennes, je ne sais pas. Nous on nous disait ça : « Il n'y a

pas de véhicule, vous devez vous débrouiller et vous venez récupérer... ». Et je pense que ça nous a mis le coup de freins.

Et il y a aussi le frein tout bêtement, moi je n'ai plus envie de faire de la réanimation. Je n'ai pas envie de me retrouver toute seule au bord de la route, devant un accident de voitures, même si c'est 5 minutes, je n'ai plus envie moi personnellement.

Moi : Par le manque d'habitude ?

Interviewé : Manque d'habitude, le stress.

Moi : Et au niveau des gestes techniques ?

Interviewé : Oui, également les gestes techniques. Après, on aurait pu faire des stages de formation à Strasbourg. Mais même en faisant des stages et faire ça une fois par an... Moi, personnellement, je pense que c'était surtout ce côté-là qui m'a beaucoup bloquée parce que je n'ai plus envie.

Moi : De gérer l'urgence ?

Interviewé : Gérer l'urgence, le stress. Je pense que nous sommes quand même pas mal de femmes sur le secteur et je pense que pour mes collègues, on était partie un peu dans ce même sens là aussi.

Moi : D'accord.

Interviewé : Et puis, je pense que le côté stress, ça a quand même pesé aussi. Si les choses avaient été plus simples, en ayant tout ce qu'il fallait sous la main. Mais en fait non, c'était très compliqué.

Moi : La partie logistique ?

Interviewé : Oui, on devait gérer ça de nous même et on avait l'impression de « vous devez vous débrouiller tout seul et voilà ».

Moi : D'accord.

Interviewé : Et ensuite, le stress, tout ça mis bout à bout. Après il y a des collègues masculins qui étaient prêts à le faire. Je ne sais pas peut être qu'ils ne l'ont pas fait parce qu'il n'y a pas assez de médecins, parce qu'on n'est pas assez nombreux.

Moi : Il y avait d'une part ce côté organisationnel quand même qui posait soucis, le côté géographique pour certains médecins, certaines frictions avec l'ARS ...

Interviewé : Côté financier ?

Moi : Oui et l'ARS avait tendance à imposer pas mal de choses sans concertation apparemment, notamment pour les collègues du secteur de Y qui se voyaient imposé du jour au lendemain d'aller à Y pour la PDSA sans avoir été consultés.

Interviewé : Ah oui, ça a été remis, il me semblait bien en faisant la régulation, qu'il y avait des collègues qui remontaient jusqu'à Y.

Moi : Tout ça s'est un peu mélangé. Après il y a aussi certains collègues qui ont un âge un peu plus avancé, qui autorise la sortie de la PDSA, qui n'avaient pas forcément envie de participer, même s'ils avaient eu l'appétence pour la prise en charge de l'urgence.

Qu'avez-vous pensé de l'attitude de l'ARS envers les médecins libéraux, par rapport à celles qu'ils ont pu avoir pour le Groupe Hospitalier Saint Vincent ? Pensez-vous que ça a pu être un frein ?

Interviewé : Non, parce-que quand on a discuté de ça, l'ARS était vraiment...

Moi : Avez-vous été sollicitée directement ?

Interviewé : Non, toujours dans le cadre de soirées, lors de réunions. J'ai toujours été sollicitée dans le cadre des réunions.

Moi : D'accord.

Interviewé : Les collègues ont été sollicités par l'ARS ?

Moi : D'après les retours que j'ai eus, très peu directement.

Interviewé : Nous on a été juste aux réunions, après quelques réunions c'est retombé comme un soufflet. Donc je me suis dit que les choses ne sont pas ... Il n'y a pas eu de plus de discussion pour nous inciter à nous intéresser plus en fait. On a dit ce qu'on pensait et puis ça s'est arrêté là. Après je sais que quelques collègues ont fait des formations sur Strasbourg parce qu'on leur avait dit qu'ils pouvaient les faire sans forcément faire cette régulation. Je sais que quelques collègues l'ont fait, mais après on ne nous a pas plus expliqué que ça et pas donné plus de raison de le faire en fait.

Moi : Donc un manque de sollicitation ?

Interviewé : Ni nous donner un peu quelque chose pour nous inciter à le faire. Après, moi je n'en ai plus entendu parler.

Moi : Est-ce que ce dispositif est quelque chose qui aurait pu vous intéresser à la base si vous aviez été plus sollicitée dans le cadre de la généralisation du dispositif dans la vallée de la Bruche, ou étiez-vous quand même réticente à intégrer ce dispositif ?

Interviewé : Moi, j'étais quand même un peu réticente. Après je me connais et je sais que je craque quand même, je fais des choses que je ne souhaite pas forcément faire. Mais j'étais quand même un peu réticente. Franchement, je n'ai jamais vraiment fait de réanimation, donc je n'ai pas envie personnellement, non.

Moi : D'accord. Le plan géographique, vous l'avez évoqué également. C'est un secteur assez grand ?

Interviewé : Moi j'habitais Y à l'époque donc si je dois aller à Y, je mets 20-25 min. Même en pleine nuit, c'est facilement 20 minutes. Le SAMU qui arrive de Strasbourg il y est aussi vite.

Moi : Vous aviez évoqué la rémunération : à l'époque, vous a-t-on donc dit qu'il fallait que vous vous débrouilliez avec vos propres moyens et que vous n'alliez pas être rémunérés ?

Interviewé : Oui, on ne voulait pas faire 2 tableaux de garde en même temps, donc on nous a dit, que de toute façon si on le faisait, on pouvait l'intégrer dans votre planning de garde de secteur, dont il n'était pas prévu de rémunération au départ pour le MCS. Après, est-ce qu'on nous a proposé une petite somme, un forfait, je ne sais plus, je ne me le rappelle plus. Mais il me semble qu'au départ il n'y avait rien de prévu.

Moi : Comme c'était présenté, ça rentrait dans le cadre de la PDSA, sans rémunération supplémentaire ?

Interviewé : Oui, ou quelque chose de minime.

Moi : D'accord. Concernant les disponibilités, que ce soit éventuellement en journée pendant les heures d'ouverture du cabinet ou plutôt sur les périodes de PDSA, pensez-vous que ça aurait été compatible par rapport à l'activité libérale que vous menez ?

Interviewé : (rires) Non.

Moi : Ça aurait été une surcharge de travail qui n'aurait pas été envisageable ?

Interviewé : Non, car si on envisage une sortie, c'est facilement une heure. Donc une heure, quand on a des horaires importants comme ici...

Moi : C'est impossible ?

Interviewé : Oui.

Moi : D'accord. Concernant la responsabilité médicale de la prise en charge des urgences vitales, est-ce quelque chose qui aurait pu bloquer votre adhésion ? Ou le fait que ce soit la responsabilité administrative du CHU de Strasbourg qui prend en compte l'intervention vous rassurait ?

Interviewé : Non, je fais de la régulation médicale de PDSA, c'est le même système. On est pris en charge par les HUS aussi. Donc non, ce n'était pas le problème.

Moi : D'accord.

Interviewé : Ça ne posait pas plus de problème.

Moi : On a donc évoqué principalement le côté organisationnel, la surcharge de travail, l'aspect financier, le manque de sollicitation de l'ARS. Auriez-vous pu proposer des axes d'amélioration du dispositif qui a été mis en place au départ pour intégrer au plus large les ressources médicales sur le territoire de la vallée de la Bruche ?

Interviewé : (Rire)

Moi : C'est une question un peu plus compliquée...

Interviewé : Elle n'est pas compliquée.

Je pense que réduire le territoire pour qu'on soit moins stressé de devoir traverser tout le territoire pour intervenir quelque part.

Nous donner les moyens pour intervenir tout de suite et ne pas avoir à courir pour récupérer le matériel et vérifier qu'on a bien tout remis en place ; on ne savait même pas où on devait récupérer le matériel. On est quand même allé assez loin dans la discussion. On a demandé, si l'on utilisait la valise d'urgence, comment faire pour remettre les produits, pour recharger cette valise. C'était tout un problème, car en étant libéral, on n'avait pas le droit de prendre le stock de la clinique, vu que c'est un centre hospitalier. Il n'y avait que des problèmes comme ça, même pour des tout petits problèmes pratiques, on ne nous donnait pas de réponse. Il aurait fallu qu'on ne soit pas obligé, de chercher comment recharger cette valise ou passer une heure à remettre les choses en place, nettoyer. Il y avait

tout un côté pratique qui nous prenait encore plus de temps que les 4 heures où on était censé être d'astreinte.

Il y a plein de petites choses comme ça, où on ne nous a pas apporté plus de réponse. C'est pour ça que ça paraît plutôt compliqué et beaucoup ont laissé tomber à cause de ça.

A l'époque, quand mes collègues faisaient médecins-pompiers, il y avait la camionnette où il y avait tout le matériel dedans. Aujourd'hui, il n'y a plus rien dans la camionnette des pompiers. On nous dit qu'il y a les pompiers qui viennent nous aider. Moi, j'ai ma valise, mais les pompiers n'ont rien. Il faut faire avec ce qu'on a et se débrouiller.

Il faut courir à la clinique pour récupérer le matériel. Quand je termine à pas d'heure, ensuite il faudrait que je coure à la clinique quand je suis de garde ? Je suis de garde les lundis tous les 15 jours, je termine mes consultations libres vers 19H30-20H30. Après ça je devrais courir à la clinique chercher la valise, quand je suis de garde pour 3 heures et à 8h du matin je devrais courir la rapporter parce que vous en auriez besoin ? Après ça, ils ont dit qu'il pouvait y avoir 2 valises : la valise des médecins libéraux et la vôtre; c'était tout un dispositif qui n'était pas simple.

Moi : Est-ce que cette impression que l'organisation et la logistique était mieux organisée avec le Groupe Hospitalier Saint-Vincent qu'avec les médecins libéraux sur le secteur auraient pu ...

Interviewé : Je ne dis pas qu'il y a avait une différence, mais nous en tant que libéraux on n'avait pas de réponse à un problème d'organisation, de logistique. On ne nous donnait pas de réponse précise et on était un peu dans le flou sur ce qu'on devait faire. Je pense que ça a un peu freiné les collègues, de ne pas savoir ce qu'on pouvait faire et ce qu'on aurait vraiment à disposition. Ce n'était pas du tout pour vous comparer.

Au départ, on nous avait dit qu'il y a avait la voiture et puis finalement non, on ne pouvait pas la toucher car trop de problèmes de responsabilités. On l'a accepté, on préférait aussi rouler avec notre voiture. Mais bon, il y avait plein de petites choses dans la logistique qui coïnciaient et on n'avait pas eu de réponse à nos questions.

Moi : D'accord. Auriez vous encore d'autres points à évoquer ?

Interviewé : C'était cette espèce d'organisation qui était un peu nébuleuse et qui nous a freinés pour ceux qui étaient intéressés. En plus, ceux qui étaient intéressés, c'étaient ceux du secteur de Y, alors en plus si l'ARS leur a fait un coup dans le dos.

Dans notre secteur il y avait X à Y qui était intéressé, peut être X qui a également fait la formation, X ça m'étonnerait, et X il ne me semble pas.

Moi : X?

Interviewé : Peut être X et puis peut être X.

Moi : Qui était médecin-pompier également.

Interviewé : Et puis il y avait X aussi, mais lui, il râle tout le temps, il dit toujours des tas de choses et à côté ... Mais nous, les filles, je ne crois qu'aucune ne voulait le faire.

Moi : D'accord. Très bien. Est-ce que vous aviez encore un point à aborder sur ce dispositif ?

Interviewé : C'est un bon système, ça nous rend service, ça nous décharge un peu du stress, quand on a un patient qui n'est pas bien, on est content de les voir arriver. Ça nous simplifie un peu les choses. Mais franchement, je ne vois plus faire ça, je ne me vois pas faire ça, je n'ai pas les épaules assez larges.

Moi : Je vous remercie de m'avoir accordé ces quelques minutes pour mon entretien.

Entretien MG6 :

Moi : Bonjour, vous me connaissez ? MENTZ Cédric, je suis assistant à la clinique Saint-Luc de Schirmeck, je viens vous voir pour mon travail de mémoire de DES de Médecine Générale dans le cadre du médecin correspondant du SAMU, où j'étudie la connaissance du dispositif auprès des médecins généralistes libéraux de la vallée et les freins qui ont pu être rencontrés dans l'objectif de la généralisation du dispositif sur le territoire de la vallée de la Bruche. J'aurais voulu vous poser quelques questions, tout d'abord afin d'établir un profil professionnel. Je peux vous demander votre âge ?

Interviewé : 59.

Moi : Ça fait combien de temps que vous êtes installés ?

Interviewé : Depuis 92, donc 27 ans.

Moi : Vous êtes- vous installés ici directement ?

Interviewé : Y, oui, Y.

Moi : Vous avez toujours été en exercice isolé ?

Interviewé : Toujours seul, toujours seul, j'ai repris la suite d'un médecin qui était déjà à Y.

Moi : Votre lieu de domiciliation personnel est-il aussi situé sur le territoire de la vallée de la Bruche ?

Interviewé : Plus ici, j'ai d'abord habité 10 ans ici, et ensuite je suis à 2 kilomètres.

Moi : Est-ce que vous participez à la PDSA ?

Interviewé : Tour de garde ? Oui

Moi : Sur le territoire...

Interviewé : Y. Y, Y c'est le même territoire.

Moi : Est-ce que vous êtes, ou avez été médecin sapeur-pompier ?

Interviewé : Non.

Moi : Jamais été. Est-ce que vous avez une formation et une appétence pour la prise en charge des urgences vitales ?

Interviewé : Euh ... Non sur le tas, j'étais une fois toute une semaine avec des militaires, faire un truc en Lorraine, sur l'urgence. Ça fait déjà un petit moment. Et comme on en fait beaucoup moins maintenant avec les gardes, j'estime que ça se perd vite. C'est un truc qui ne m'attire pas, parce qu'il faudrait me remettre à niveau, et ça prend du temps. Il y a beaucoup de raisons qui me disent que ce n'est pas mon truc.

Moi : En dehors de cette formation que vous avez évoquée avec les militaires, est-ce que vous étiez passés pendant l'internat dans un service d'urgence ?

Interviewé : Non, en policlinique, mais une réa, non.

Moi : D'accord un service d'urgence, non ?

Interviewé : Non.

Moi : Une policlinique ?

Interviewé : Oui.

Moi : Au niveau de vos pratiques professionnelles, est-ce que vous avez tendance à orienter un peu la médecine générale vers une sous-spécialité, ou vous restez sur l'omnipratique ?

Interviewé : Non, c'est de l'omnipratique, c'est tout.

Moi : Vous n'avez pas d'autre formation complémentaire sur votre cursus de médecine générale ?

Interviewé : Non.

Moi : D'accord. C'était donc la première partie, pour dresser un tableau professionnel. Ensuite, sur un deuxième thème, j'aimerais voir avec vous, la connaissance que vous pouvez avoir du MCS, sur le plan national et sur le plan local, et l'opinion que vous pouvez avoir envers ce dispositif. Est ce que vous connaissez le dispositif de médecin correspondant du SAMU ?

Interviewé : Vaguement, puisqu' on en a déjà parlé.

Moi : Sur le plan national ?

Interviewé : Non, pas vraiment.

Moi : Sur le plan national, est ce que vous pouvez me dire un peu ce que vous savez ?

Interviewé : (souffle) C'était pour nous solliciter, nous généralistes, pour intervenir, parce qu'on est loin du SAMU. Voilà un peu le fond du souci.

(Téléphone) Je ne suis sensé pas travailler. 06..... Je ne vois pas qui c'est, je ne travaille pas le mercredi après-midi.

Moi : Donc c'est un relai du SAMU, sur un territoire bien identifié, comme situé à plus de 30 minutes d'un SAMU de référence, pour la prise en charge uniquement des urgences vitales, sur ce territoire, identifié par les ARS de manière locale . C'est un dispositif, un médecin régulé par le SAMU, avec déclenchement simultané d'un SMUR au MCS, de manière systématique. Un contrat est élaboré avec l'établissement siège du SAMU, et le médecin en question, qui peut avoir différents statuts. C'est un médecin formé à l'urgence avec une formation initiale, des recyclages annuels et des formations sur le terrain avec le SAMU. Comme c'est une délégation de service publique, c'est un médecin qui a une responsabilité professionnelle qui est prise en charge par l'établissement de référence. Là par exemple le CHU de Strasbourg exerce la responsabilité administrative qui couvre le médecin dans le cadre de cette fonction là.

Que savez vous plus spécifiquement du dispositif mis en place au sein de la vallée de la Bruche ?

Interviewé : Pour l'instant, c'était assuré par la clinique Saint-Luc principalement, il y a un relai, ils ont un véhicule. Ce que je ne sais pas, depuis peu, si ils font encore le soir et la nuit ? En journée jusqu'à 20h oui, mais le soir, la nuit, je ne sais pas si ça tourne toujours.

Moi : Effectivement, il y a une convention cadre avec le Groupe Hospitalier Saint-Vincent, propriétaire de la clinique Saint-Luc, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, le SDIS, la COMCOM de la vallée de la Bruche également, qui ont participé pour mettre en place une convention collective, puis une convention individuelle avec chaque médecin participant. Les territoires concernés correspondent au cantons de Y, Y et Y avec en plus Y, Y, et Y, territoires identifiés à plus de 30 minutes du SAMU. La mission MCS prime sur le travail à la clinique, avec un déclenchement théorique en moins de 5 minutes, par téléphone, par le médecin régulateur du SAMU. Effectivement, la disponibilité du MCS est 7 jours sur 7, de 8h à 20h. Tout au départ, l'ARS avait envisagé d'intégrer les médecins libéraux principalement sur les horaires de PDSA. Donc ici, je crois qu'il n'y a plus la couverture des nuits profondes ?

Interviewé : Non.

Moi : Après en fonction des secteurs, ça aurait donc été 20h-minuit, ou sur la nuit profonde en plus. Tout est centralisé à la clinique Saint-Luc, avec un véhicule, financé par une subvention de la COMCOM.

Quelle est votre opinion de ce dispositif de MCS sur la vallée de la Bruche ? Est-ce que vous pensez que c'est pertinent ? Adapté au territoire ? Est-ce que vous avez pu avoir l'impression que ça améliorerait la prise en charge des urgences vitales sur le territoire également ?

Interviewé : Oui, ça rend des services, ça rend des services. Après est-ce que moi j'ai eu besoin et à faire directement avec eux ? Pas souvent, 3-4 fois peut-être. Effectivement c'était plus rapide que d'avoir quelqu'un qui vient de Strasbourg. Donc oui, ça peut rendre des services.

Moi : Globalement, par rapport à la prise en charge des urgences avant ce dispositif, est ce que vous avez pu trouver qu'il y a une amélioration, un service rendu par le MCS ?

Interviewé : Si je remonte loin en arrière, il y a une époque, quand il y avait la camionnette des pompiers, il y avait aussi souvent une infirmière avec, du matériel, et de l'injectable. Je me suis retrouvé avec une mamie très âgée, mourante, OAP massif. Je lui ai fait un LASILIX, je n'avais plus rien. Quand j'ai fait le 15, elle n'était pas bien, mais j'ai dit : « Je ne vais pas la laisser mourir sur place. Ce n'est pas terrible comme mort de s'étouffer ! ». Donc j'appelle le régulateur du SAMU, qui m'envoie l'infirmière liée aux pompiers ou aux urgences, mais qui n'avait pas grand chose, qui n'avait pas d'injectable non plus, ou pas de LASILIX. Donc il a encore fallu attendre un peu qu'il y ait le médecin urgentiste de la clinique Saint-Luc qui vienne pour cette dame. Donc on a quand même perdu un peu de temps. Mais c'est une histoire de régulation, ce n'est pas forcément une histoire d'organisation. Et puis cette mamie a été prise en charge, emmenée à la clinique Saint-Luc, et elle est décédée dans des conditions tranquilles, plus sereine le lendemain soir.

Moi : Oui ça m'évoque quelque chose.

Interviewé : 97 ans elle avait.

Moi : Avant la mise en place de ce dispositif...

Interviewé : Dans le temps, j'avais plus de médicaments à disposition. Il m'est arrivé de faire un LOXAPAC à un excité. J'ai pas ça avec moi, ça se périmé et j'en fait un tous les 10 ans. Je ne vais pas avoir tout un arsenal de produits sur moi, qui se périmé. Pareil, le LASILIX, j'en ai une ampoule ou deux. Je ne vais pas non plus en avoir une grosse quantité. Un OAP massif comme ça, ça ne m'est pas arrivé non plus depuis très longtemps. Donc si on a effectivement rapidement l'appui d'un médecin urgentiste, c'est pas mal.

Moi : Donc l'opinion globale du dispositif serait plutôt favorable ?

Interviewé : Oui, ben oui, ça peut nous aider, ce n'est pas forcément courant. On n'est pas non plus appelé sur toutes les urgences. Là, c'est moi qui constate l'état de sévérité de la patiente ou du patient, et j'appelle de l'aide. Mais sinon il y aussi des appels 15 directement des gens, où je ne suis même pas averti. Donc il y a des urgences vitales que nous ne voyons pas. C'est des statistiques internes à votre système. Eux savent le nombre d'interventions. Nous ça nous soulage. Parce que nous, aller à une urgence comme ça, il faut de toute façon appeler par la suite, donc c'est une perte de temps.

Moi : Ça vous permet de vous soulager ?

Interviewé : On n'est pas bousculé par des urgences vitales sans arrêt, enfin sans arrêt. Et puis aussi pour le patient, ou la patiente, l'intervention est plus rapide.

Moi : Par rapport au territoire concerné, la vallée de la Bruche, vous en pensez quoi ?

Interviewé : C'est un territoire assez grand, et puis quand même à 60 kilomètres du CHU.

Moi : Donc le territoire sur lequel il a été mis en place est justifié ?

Interviewé : Oui, ça me semble tout à fait justifié. Et puis aussi dans le temps, mais seulement jusque Y ou Y, de temps en temps, le SAMU 88 intervenait. Mais pas plus loin que Y ou Y. Mais depuis qu'il y a ce système, ils ne viennent plus.

Moi : Donc globalement un avis plutôt positif sur le dispositif ?

Interviewé : Oui, bien sûr.

Moi : Ensuite, j'aimerais en venir au troisième point qui m'intéresse le plus, c'est les freins qui ont pu être rencontrés à l'adhésion à ce dispositif.

Interviewé : Personnel ?

Moi : Oui. Est-ce que vous aviez été contactés à l'époque par l'ARS lors de la mise en place du dispositif ?

Interviewé : Oui il me semble qu'on avait une réunion, je crois que j'étais une fois à une réunion.

Moi : Oui ?

Interviewé : C'était pour nous expliquer un peu que ça se mettrait en place, et si on était éventuellement intéressé.

Moi : D'accord, mais il n'y a pas eu de sollicitation personnelle de la part de l'ARS ?

Interviewé : Directement non.

Moi : C'était juste par l'intermédiaire de cette réunion ?

Interviewé : C'était à la clinique, on était avec d'autres médecins, on a parlé un peu des urgences en général. C'était pour la mise en place de ce truc.

Moi : Qu'avez vous pensé de l'attitude des représentants de l'ARS par rapport aux représentants de la clinique Saint-Luc, et puis par rapport aux médecins libéraux ?

Interviewé : Moi j'ai jamais... Il n'y a pas eu spécialement de problème ! (Rires)

Moi : Vous n'avez pas eu l'impression qu'il y a eu un manque de sollicitation de l'ARS envers les médecins généralistes ?

Interviewé : Ils savent très bien qu'ils ne peuvent pas nous imposer absolument. On est quand même encore libres. On est profession libérale. Clinique Saint-Luc, c'est des salariés. On a encore droit de décider si oui ou non ! Non je n'ai pas ressenti ça comme ça la fois-là.

Moi : Est ce que à un moment donné, vous auriez été prêts à intégrer le dispositif, et qu'est ce qui aurait pu vous intéresser éventuellement dans ce dispositif là ?

Interviewé : Oui, Non. Je n'avais jamais... je ne suis pas urgence quoi. Le jour où je ne suis plus obligé de faire des gardes, je serais bien content aussi, parce que ça ne m'intéresse pas, ce n'est pas mon truc. (Rires)

Moi : Vous évoquez le rapport à l'urgence. Ce n'est pas quelque chose que vous affectionnez ?

Interviewé : Non, je ne cours pas après. La médecine générale a pour moi d'autres attraits.

Moi : Dans l'urgence, qu'est ce qui vous dérange le plus ?

Interviewé : Il y a du stress, c'est à n'importe quelle heure, donc pour s'organiser, ce n'est pas toujours évident. Donc si vous avez du monde, en train de faire quelque chose, et puis on part en plein milieu, c'est aussi casse-pieds.

Moi : Le côté technique ?

Interviewé : Oui, le côté technique, il faut faire régulièrement pour avoir le moins de stress quand on fait. Mais ça n'aurait pas été un frein extraordinaire non plus, avec une formation supplémentaire.

Moi : Ça aurait été possible ?

Interviewé : Oui, ce n'est pas non plus un horizon impossible.

Moi : Sur les autres freins, difficultés que vous auriez pu rencontrer dans le cadre d'une intégration au dispositif, qu'auriez-vous pu évoquer encore ? Vous avez évoqué le côté urgence qui n'est pas forcément votre truc ?

Interviewé : Oui, pas tellement d'envie d'être sollicité un peu n'importe quand, quand on a déjà un programme un peu chargé, ce n'est pas évident. Et puis voilà, je ne sais pas, ça me suffit déjà comme argument.

Moi : Une désorganisation de la pratique libérale éventuellement ?

Interviewé : Désorganisation, pas forcément. Mais ça demande quand même pas mal d'engagement et de dire : « Hop, maintenant j'y vais ! », ça fait grincer des dents si vous avez du monde en salle d'attente. Et puis on est à droite à gauche, aussi pas mal de visites, le portable ne passe pas partout. Il y a aussi un peu des contraintes matérielles, mais ça c'est secondaire je pense.

Moi : Par rapport ... ?

Interviewé : D'être joignable tout le temps. Il y a des villages où le portable ne passe pas.

Moi : D'accord. Concernant les contraintes matérielles, on a aussi l'organisation des astreintes, le véhicule, le sac Thomas ?

Interviewé : Non, ça c'était pas tellement le souci.

Moi : À l'époque, l'ARS, lors de ces réunions, avait-elle proposé une organisation aux médecins libéraux pour les inciter ?

Interviewé : Je ne me souviens pas, je ne sais pas.

Moi : En dehors de la désorganisation de l'activité libérale que vous souhaitez prioriser, ce qui est normal, on a aussi l'aspect géographique étendu du secteur d'intervention couvert par le MCS, est ce que ça aurait pu être éventuellement un frein ?

Interviewé : Je ne sais pas, si moi j'étais de permanence, étant à 10km de Y et appelé à Y, ça c'était aussi un peu casse-pieds. Il m'aurait fallu du temps pour aller jusque là bas, c'est pour ça que la clinique Saint-Luc c'est pas mal, parce que c'est relativement au centre du secteur. Je ne sais pas comment ça aurait été organisé ce truc là, mais si il y avait eu une permanence d'un médecin pour aller sur tout le territoire, si c'est pour moi qui suis d'un côté du territoire, pour aller de l'autre côté, ça fait 20 minutes.

Moi : Oui l'aspect central de la clinique, c'est son point fort. C'est aussi quelque chose évoquée par les autres médecins.

Interviewé : C'est un atout.

Moi : L'organisation en soit avec éventuellement récupérer un véhicule et un sac Thomas, ça n'aurait pas été quelque chose qui vous aurait embêté ?

Interviewé : Non, ça n'aurait pas tellement changé ma façon de faire.

Moi : Concernant les astreintes, les disponibilités en nuit profonde ou sur la période de PDSA jusqu'à minuit, voire même des disponibilités en journée, c'est quelque chose qui aurait bloqué ?

Interviewé : Oui si c'était en plus des gardes. Il y a déjà les gardes, dont on ne court pas après. Si il a encore plus de sollicitations et des journées de permanences, c'est un peu lourd.

Moi : C'est une surcharge de travail ?

Interviewé : Oui une surcharge de travail et de stress. Plus on prend de l'âge et plus on a envie d'être zen. (Rires).

Moi : Concernant éventuellement une responsabilité vis à vis de la prise en charge des urgences dans le cadre de cette fonction, est ce que c'est quelque chose qui aurait été problématique ? (Pause)

Comme je l'avais évoqué, il y a une responsabilité administrative qui couvre la responsabilité du médecin dans ce cadre là.

Interviewé : De toute façon dans notre exercice quotidien, il y a toujours une part de responsabilité et de souci qui peut arriver où on a besoin d'être aidé, responsabilité civile professionnelle. Ça je ne sais pas si ça aurait fait beaucoup plus.

Moi : Ce n'était pas un frein ?

Interviewé : Non ce n'était pas le principal.

Moi : Concernant l'aspect financier, est ce que l'ARS avait proposé un système de rémunération ?

Interviewé : Je n'en sais rien, je n'ai pas écouté, aucune idée. Comme de but en blanc, ça ne m'attirait pas, je ne me suis même pas renseigné là-dessus. Je ne me le rappelle même plus si ils en ont parlé à cette soirée.

Moi : En tout cas ça n'aurait été ni une incitation, ni un frein ?

Interviewé : Même si ça avait été assez mirobolant, ce qui venant d'une administration est rare, (rires), ça ne m'aurait pas convaincu plus.

Moi : Donc pour vous, c'était l'aspect surcharge de travail, désorganisation de la pratique quotidienne...

Interviewé : Et puis pas envie de faire des gardes supplémentaires.

Moi : D'accord. Dans le cadre d'une généralisation plus large aux médecins libéraux, est-ce que vous auriez pu proposer éventuellement des pistes d'amélioration du dispositif qui a été mis en place pour pouvoir intégrer plus facilement le maximum de praticiens ?

Interviewé : Ça je n'en sais rien, ce qui est le mieux. Non, je n'en sais rien, je ne sais pas. Qu'est-ce qui peut inciter le mieux? Qu'il y ait des jeunes dans la vallée (rires) qui aient envie de bosser !

Moi : Vous pensez que par rapport à l'âge ?

Interviewé : Oui c'est un facteur qui joue je pense, quelqu'un qui démarre et qui a besoin de bosser, acceptera plus facilement des choses diverses, que quelqu'un qui est tranquillement installé, et qui ne cherche pas forcément à faire plus. Au contraire de certains comme Dr Y, que ça ne dérange pas, qui fait encore des urgences, alors qu'il a l'âge de la retraite. Lui il a toujours fait ça, ça ne l'a jamais dérangé. Je crois qu'il y a une période à la clinique, ils n'étaient que 3, ils faisaient des gardes toutes les 3 nuits. Il suffisait qu'il y en ait un de malade, c'était une nuit sur deux. Il a toujours bossé, ça ne lui a jamais fait peur. Mais c'est un cas particulier. (Rires).

Moi : On arrive sur la fin de l'entretien. Est ce que vous avez encore quelque chose à ajouter ?

Interviewé : Non. Qu'en pensent un peu les autres globalement ?

Moi : Effectivement, je retrouve pas mal de raisons que vous avez évoquées : certains qui avec l'âge, essaient de se désinvestir des gardes et n'ont plus forcément envie de se réinvestir dans quelque chose comme ça.

Interviewé : Il y en a certains qui bossent beaucoup et qui n'ont pas envie de faire plus, peut-être aussi ?

Moi : Beaucoup, il y en a qui ne sont pas attirés par l'urgence effectivement. Il y a aussi cet aspect, où certains participaient à la prise en charge des urgences par l'intermédiaire des pompiers notamment, qui au fur et à mesure ont été désinvestis de ce circuit là, qui n'ont plus été sollicités, puis la mise en place du MCS a fait qu'ils n'étaient plus du tout sollicités. Avec les années et la non pratique des urgences...

Interviewé : Ça je vois qui a du expliquer ça ! (Rires)

Moi : Je vous remercie pour cet entretien

Interviewé : De rien

Entretien MG7 :

Moi : Bonjour, MENTZ Cédric, je suis assistant à la clinique Saint-Luc à Schirmeck et je viens vous voir dans le cadre de mon travail de mémoire qui s'intègre également à la thèse de médecine générale sur le Médecin Correspondant du SAMU, qui étudie auprès des médecins généralistes libéraux de la vallée de la Bruche leurs opinions, leurs connaissances du dispositif et les freins qui ont été rencontrés en vue de la généralisation de ce dispositif sur la vallée de la Bruche.

Je vais tout d'abord vous poser quelques questions afin d'établir un profil professionnel. Quel est votre âge ?

Interviewé : 46.

Moi : Depuis combien de temps êtes-vous installé ici ?

Interviewé : Je suis installé en Alsace depuis 2013, et depuis 2006 en tant que thésé, j'ai été à Y pendant pas mal d'années avant de venir en Alsace.

Moi : Et vous vous êtes directement installé à partir de 2006 ?

Interviewé : J'ai trainé un peu, j'ai d'abord fait des remplacements, j'ai fait ma thèse relativement tard car comme beaucoup, quand on termine ses études et qu'on ne fait pas tout de suite sa thèse après l'internat, avec les remplacements c'est plus compliqué donc j'ai mis 2 ans à faire ma thèse et je l'ai effectuée sur Y.

Moi : Installé en 2006 à Y et 2013 ici donc. Et vous travaillez actuellement en association c'est bien cela ?

Interviewé : Oui nous sommes 3 associés depuis peu.

Moi : Est-ce que vous participez à la PDSA ?

Interviewé : Oui.

Moi : Donc c'est sur le secteur d'Y? Est-ce qu'il s'agit de la couverture de période 20h-00h ou est-ce en nuit profonde ?

Interviewé : Nuit profonde.

Moi : Est-ce que votre lieu de domiciliation personnel est situé sur la vallée de la Bruche ?

Interviewé : Oui, j'habite à Y.

Moi : Est-ce que vous êtes médecin sapeur-pompier ou l'avez vous été par le passé ?

Interviewé : Non, jamais.

Moi : Avez-vous une formation ou une appétence pour la prise en charge des urgences vitales ?

Interviewé : Pas plus de formations que ça, outre la formation estudiantine et les petits recyclages que l'on avait fait pour le MCS ; une appétence non, mais une appréhension oui, mais globalement ça ne me dérange pas. Une appréhension, car on ne le fait pas souvent et que l'on manque d'habitude. J'avais récupéré le formulaire du SAMU avec les différents protocoles, les doses de médicaments, ça me sert pas mal. Quand il faut le faire, on le fait mais c'est vrai qu'on n'est pas confronté souvent en médecine libérale à ce genre de cas.

Moi : Pendant l'internat y a-t-il également eu un stage aux urgences de 6 mois ?

Interviewé : Moi j'ai passé 6 mois aux urgences à Y.

Moi : Ensuite concernant les pratiques professionnelles, avez-vous tendance à orienter un peu votre pratique de médecine générale ou cela reste-il de l'omnipratique ?

Interviewé : Moi j'ai une petite spécialisation du point de vue enfant et handicap car j'ai un diplôme IMC infirmité motrice cérébrale du handicap, j'ai une activité salariée sur Y en parallèle, donc je vois beaucoup d'enfants dans ce cadre-là, pas beaucoup d'adultes, mais beaucoup d'enfants.

Comme X j'adore aussi faire la petite chirurgie, des trucs comme ça.

Moi : Pour en arriver sur le sujet du MCS, j'aurais voulu savoir ce que vous connaissez de ce dispositif, en avez-vous déjà entendu parler ? J'imagine que oui. Que savez-vous sur le dispositif sur le plan national ?

Interviewé : Sur le plan national je pense savoir que ça découle de la volonté à une époque que chaque patient soit pris en charge dans un délai de moins de 30 minutes, quel que soit son lieu en France, et vu qu'on est limité en bout de vallée dans ce cadre là et que visiblement ça coûte trop cher de mettre en

place une antenne SAMU sur place, qu'ils avaient fait ce dispositif hybride et que Saint-Luc s'est greffé dessus car cela leur permettait de leur donner une légitimité.

Moi : Sur le plan national c'est effectivement un relais du SAMU sur un territoire qui est identifié à plus de 30 minutes du SAMU de référence le plus proche, c'est une régulation qui est faite par le SAMU avec un déclenchement simultané du SMUR par le médecin régulateur du SAMU ; il y a un contrat avec le SAMU, c'est un médecin qui est formé à l'urgence, avec une formation initiale puis des recyclages, et des formations sur le terrain en doublure. Plus spécifiquement sur le dispositif local qu'en savez-vous ?

Interviewé : Je sais que c'est les médecins de Saint-Luc qui font partie de ce dispositif qu'ils ont un véhicule à disposition financé par la COM-COM, armé par la clinique d'un point de vue médicaments, que vous doublez vos gardes systématiquement avec une personne d'astreinte pour le MCS et une personne pour les urgences de la clinique. Et qu'au point de vue organisationnel, vous ne faites que 8h-20h et que vous êtes tous formés et recyclés régulièrement.

Moi : Moi je ne participe pas encore pour le moment mais ça va venir.

Interviewé : De toute façon, il faut que tu sois thésé non ?

Moi : Ce n'est pas obligatoire, mais je me consacre d'abord à ma thèse dans un premier temps puis je ferais la formation MCS, une chose après l'autre.

Donc il y a effectivement une convention cadre avec les HUS, le SDIS, le Groupe Hospitalier Saint-Vincent, la COM-COM de la vallée de la Bruche et l'ARS Alsace qui ont mis cela en place, avec des conventions individuelles avec chaque médecin. Les territoires concernés sont ceux des cantons de Saales, de Schirmeck et Urmatt, avec Niederhaslach, Oberhaslach et Grendelbruch, qui sont situés à plus de 30 min du SAMU le plus proche.

Effectivement, les horaires c'est bien 8h-20h 7j/7, avec un départ théorique en moins de 5 minutes en partance de la clinique Saint-Luc, et l'activité MCS prime sur l'activité de la clinique. L'organisation est centralisée sur la clinique Saint-Luc avec la trousse de médicaments et le véhicule financé par la COMCOM.

Que savez-vous par rapport à la responsabilité du MCS ?

Interviewé : Par rapport à la responsabilité, c'était pris en charge par le SAMU donc les médecins rentraient dans ce cadre-là pour la responsabilité civile professionnelle, pour les MCS.

Moi : C'est effectivement une délégation de service publique et une responsabilité administrative qui est exercée par le CHU de référence pour cette activité-là.

Quelle est votre opinion de ce dispositif sur le territoire de la vallée de la Bruche ? Est-ce pertinent et adapté au territoire ?

Est ce qu'il y a vraiment un intérêt de ce dispositif sur ce territoire et est-ce que selon vous cela a pu améliorer la prise en charge des urgences sur le territoire ?

Interviewé : Pour moi, il y a vraiment un intérêt, car quelquefois on était un peu limite et limité dans notre intervention sur certains cas. Je ne doute absolument pas de l'intérêt de ce dispositif. Après il y a le problème de la régulation, mais ça c'est même en dehors du MCS, qu'on soit de garde en tant que médecin du secteur et qu'on ne soit pas appelé par rapport à une urgence juste à côté, c'est quand même parfois un peu frustrant.

Et parfois, ils n'appellent pas le MCS alors qu'il y en aurait besoin. La régulation est parfois un peu limite, j'ai eu le cas d'un œdème de Quincke à Y, la patiente était vraiment limite ADRENALINE et il n'y avait que les pompiers et l'ISP qui étaient présents et l'ISP avait été un peu légère. La patiente avait une tension à 9/6 elle n'avait pas encore mis l'ADRENALINE ils avaient commencé à la perfuser pour la remplir mais l'ADRENALINE n'avait pas été donné. Moi je suis venu car la patiente m'avait appelé directement. Je suis donc intervenu et j'ai géré et j'ai envoyé la patiente chez vous pour la suite des soins et la surveillance.

Moi : L'intérêt est donc là, cela raccourcit les délais de prise en charge ?

Interviewé : Oui.

Moi : Et que pensez-vous du territoire concerné ?

Interviewé : Même si moi ça me ferait braire d'aller jusqu'à Y si je le faisais, surtout que je ne connais pas le secteur là, ça me paraît pertinent car on ne peut pas mettre logiquement 2 MCS si on

parle de la nuit (un sur notre secteur et un sur le secteur de Y), donc sur le point de vue logistique ça me paraît compliqué surtout vu votre positionnement à la clinique.

Moi : D'accord, donc une opinion globalement favorable à ce dispositif ?

Interviewé : Oui.

Moi : J'aurais voulu en venir au troisième thème qui m'intéresse principalement, qui sont les freins qui ont pu être rencontrés en vue d'une généralisation de ce dispositif au près des libéraux sur la vallée de la Bruche.

Avez-vous été contacté par l'ARS à l'époque, pour participer à ce dispositif ou en tout cas pour la présentation de ce dispositif ?

Interviewé : Oui j'avais participé aux réunions à Y et une autre à Y et avec X, j'avais fait quelques formations au SAMU et quelques gardes au SAMU pour me remettre un peu dans le bain.

Les freins principaux étaient pour nous l'absence de reconnaissance de la prise en charge de l'astreinte qui était proposée au départ. Ils ne savaient pas s'ils allaient doubler notre garde, c'est à dire, est ce qu'on pouvait faire à la fois une garde de MCS et la garde sur le secteur de médecine générale ? Par rapport aux formations, qui allait prendre en charge nos formations ? Car pour l'instant, les formations qu'on a faites, on les a faites à titre gratuit, que ce soit les gardes au SAMU ou les formations au SAMU pour les recyclages, on n'a pas été indemnisés. On y est allés, on n'a pas payé non plus mais on n'a pas été indemnisés par rapport à ça.

Et l'autre frein était : comment récupérer le véhicule et comment gérer le sac Thomas éventuel, s'il y avait besoin de quelque chose.

Après on avait une appréhension par rapport à la régulation, à savoir si ça allait être pertinent ou pas, est-ce qu'on n'allait pas nous envoyer pour faire un diagnostic et ne pas envoyer le SAMU derrière, mais d'après les échos que j'ai eu de tes collègues, visiblement, les 9/10^e du temps, les sorties sont complètement justifiées et rentrent dans le cadre de la convention, le déclenchement simultané est respecté. Les fois où le déclenchement simultané n'avait pas été respecté, ça a été entre guillemet « prévu après discussions avec le SAMU ».

Donc le SAMU en lui même a respecté cette fonction là, donc les principaux freins étaient :

- Est-ce que ça peut être cumulé ou pas avec la garde du secteur ?
- Est-ce que la rémunération est complémentaire, ou juste une rémunération à l'acte ? avec un acte revalorisé ?
- Et le dernier frein était le matériel, le véhicule ; comment faire si on devait chercher le véhicule, si on le ramenait, si on avait un sac Thomas par médecin et comment on faisait pour le recharger ?

Moi : Par rapport à ce dernier point, l'ARS n'a pas su vous exposer des solutions à ces questionnements ?

Interviewé : Elle n'a rien proposé du tout, ce n'est même pas qu'elle n'a pas su, elle n'a rien proposé. On a demandé qu'est ce qu'on faisait et on ne nous a rien proposé, on ne nous a pas dit : « on vous met à disposition un sac Thomas et vous vous le passez », on ne nous a pas proposé d'aller chercher la camionnette et de la rendre à heure fixe, on ne nous a pas proposé de possibilité de le faire, et même quand à certains moments, on a proposé de faire des gardes de MCS le week-end, dans la journée, pour vous soulager, car visiblement tout le monde tirait la langue à Saint-Luc, on nous a répondu que légalement on ne pouvait pas, que c'était une convention entre la clinique et le SAMU et qu'on ne pouvait pas rentrer, nous, là-dedans en l'état actuel des choses.

Moi : Et qui a répondu ça ? Le groupe Saint-Vincent ?

Interviewé : C'est le groupe Saint-Vincent et visiblement, ils avaient demandé à l'ARS, car c'est X qui m'a dit que ça les soulagerait, qu'on prenne quelques gardes les week-ends et qu'on soit un peu plus présents et qu'on participe à la grille de MCS, mais visiblement on a pas eu le droit.

Moi : Donc à priori, plutôt le groupe Saint-Vincent qui aurait donné un avis défavorable ?

Interviewé : Je ne sais pas si c'est le groupe Saint-Vincent ou si c'est l'ARS, à quel niveau ça a bloqué ; si c'est au niveau juridique, comme on ne fait pas partie du groupe Saint-Vincent et que ça a été signé avec lui; si par exemple, on avait eu un accident avec le véhicule, on n'était pas assurés, je ne sais absolument pas. Mais je sais juste que quand on a proposé à X d'aider, il nous avait répondu que question légale, on ne pouvait pas.

Moi : Qu'avez-vous pu pensé de l'attitude de l'ARS envers le groupe Saint-Vincent et envers les médecins généralistes du secteur ? Est-ce que c'est une des raisons pour lesquelles cela n'a pas pu se généraliser ?

Interviewé : Malheureusement en France actuellement, on a de très bonnes idées, mais on ne met jamais les moyens pour que ces idées se mettent en œuvre. C'est à dire qu'il faut désengorger les urgences, il faut que tout le monde soit à moins de 30 minutes d'un médecin de garde ; mais de l'autre côté, on veut fermer vos urgences, votre policlinique, car elle a une activité qui soi-disant n'est pas assez fournie, mais on voit qu'à l'hôpital, ils sont débordés.

On veut que le MCS fonctionne, mais même quand on veut aider, on ne peut pas et on ne nous propose pas de possibilité, d'autant plus qu'effectivement, sur le secteur, il y a peu de médecins qui seraient disposés à le faire. D'après ce que j'ai compris, sur les 10 médecins (11 maintenant) qui sont de garde sur le secteur d'Y, seuls 4 seraient disposés à participer au dispositif : X, X, X et moi. Les autres soit ne veulent pas, parce qu'ils n'ont pas envie ou car ça ne leur convient pas, ou pour des raisons administratives et que ce genre de choses ne seraient pas payées.

Moi : Vous auriez été prêt à intégrer ce dispositif. En quoi cela aurait pu être quelque chose qui vous intéressait ?

Interviewé : Pour maintenir une certaine formation, car des urgences vitales on y sera toujours confronté. Rien que la dernière fois, quand je suis allé au travail à Y, il y avait une voiture sur le toit avec les pompiers. Donc des arrêts cardiaques, on en croitera toujours. Se maintenir dans le bain, je pense que ça fait partie du service public et de ce qu'on nous demande. Moi je sais que notre cabinet, on est de garde tous les jeudis, c'est vrai que je fais la très nette majorité des jeudis.

Moi : La responsabilité professionnelle, on en a parlé, elle est couverte par le SAMU. Est-ce que, par rapport à la prise en charge des urgences, c'est quelque chose qui aurait pu coïncider ?

Interviewé : Non, au contraire, car si on rentrait dans ce dispositif et qu'on était obligé de payer une surprime importante à l'assurance, je pense que j'aurais probablement dit non, car déjà là, ça nous coûte assez cher. Je médicalise certaines courses de fond, ou certains concours d'équitation, je n'ai pas beaucoup de surprime, car je n'en fait pas beaucoup et que c'est que des trucs amateurs, mais si j'en faisais beaucoup, je sais que j'augmenterais de quasi 100% ma RCP.

Moi : Le fait que ce soit exposé comme couvert par la responsabilité administrative est donc selon vous une bonne chose ?

Interviewé : Oui, c'est plutôt très positif.

Moi : Vous, par rapport à la gestion des urgences, du stress, les actes techniques, ce n'est pas non plus quelque chose qui aurait été un frein pour vous à priori ?

Interviewé : Si je m'y remets, il faudrait que je refasse quelques formations pour me remettre dans le bain, dans le sens où il faudrait que je refasse quelques gardes ou ce genre de choses. Par exemple, pour revoir les fastrach, les perfusions intra osseuses, etc.

Il est nécessaire d'avoir un réentraînement. Après j'aurais toujours cette appréhension, car je n'aurais jamais le niveau d'un urgentiste. Mais même quand on arrive sur le terrain, les fois où j'ai eu quelques problèmes, les urgentistes arrivent à aider, à guider, ils ne nous laissent pas tout seul.

Moi : Par rapport à votre activité libérale, est-ce que le fait d'intégrer le MCS aurait pu être perçu comme une désorganisation de la pratique libérale ? Est-ce qu'il y aurait eu une interférence ?

Interviewé : Si c'est dans la semaine, oui il y a une interférence et oui c'est compliqué. Si c'est que de 20H à 8h comme c'était prévu, ça ne posait pas de problème. Les médecins l'ont fait pendant des années, nos anciens étaient médecins-pompiers, et partaient du cabinet, et la fréquence à laquelle on est appelé et sollicité, c'est 1 à 2 fois par semaine, ce qui est raisonnable.

Moi : Oui, il y a environ 130 interventions par an.

Interviewé : Donc ce n'est pas non plus quelque chose qui est complètement extravagant, on le fait déjà beaucoup pour nos patients sans être MCS finalement. Lorsque certains patients ne vont pas bien, font un malaise, régulièrement, on nous appelle et on quitte le cabinet pour s'y rendre. Récemment j'ai été appelé pour un patient avec des douleurs thoraciques, c'était un angor à coronaires saines, j'ai quitté le cabinet. Un autre cas, pour une allergie importante. On quitte déjà régulièrement le cabinet pour nos patients, qu'on hospitalise ensuite, mais sans passer par le MCS.

Moi : Donc cette activité en journée aurait été problématique par rapport au fonctionnement du cabinet, mais sur la nuit ça pouvait être envisageable ?

Interviewé : Voilà exact.

Moi : L'aspect financier on l'a évoqué?

Interviewé : On ne nous a rien proposé, on sait qu'il y aurait eu un forfait éventuel qui n'était pas négligeable, mais pour certains, cela ne correspondait pas, cela ne suffisait pas pour justifier l'astreinte, mais on ne nous a jamais rien proposé d'autre, on ne nous a jamais donné de réponse, par rapport au fait si c'était cumulable ou pas avec l'astreinte de garde de médecine générale de la PDS, on ne nous a jamais dit si c'était payé différemment ou si c'était inclus dans le prix.

Moi : Ce qui avait été développé sur le plan national, il y a eu un fascicule du MCS fait par le ministère en 2013, qui stipulait bien que c'était deux choses qui pouvaient être associées : l'astreinte PDS et MCS ou même l'activité de médecin sapeur-pompier, sauf qu'en cas de demande du SAMU, il fallait prioriser cette intervention là.

Interviewé : Ça, on ne nous l'a jamais proposé. Oui, c'est peut-être écrit quelque part, mais on n'est jamais allé plus loin dans la région et nous n'en avons pas été informés.

Moi : Cela reste toujours des plans qui sont montés de façon locale, donc c'est en fonction de l'attitude des dirigeants administratifs locaux de la santé que cela peut se faire ou pas.

Est-ce que par rapport à ce dispositif, vous auriez pu proposer des pistes d'améliorations pour faciliter l'intégration d'un maximum de ressources médicales sur le territoire ?

Interviewé : Nous donner le droit de le faire et nous proposer des solutions pour pouvoir le faire concrètement. Quand on vous appelle au SAMU, vous venez rapidement. La coordination se passe bien. Même les deux fois où j'ai croisé le MCS sans y avoir été invité, pour une petite qui faisait une crise d'épilepsie, je suis arrivé avant le MCS, il y avait déjà les pompiers, donc je me suis arrêté pour proposer mon aide, puis X est arrivé il y a toujours eu de bonnes transmissions, on ne s'est jamais marché dessus.

Moi : Et par rapport à la logistique ?

Interviewé : On n'a jamais eu de réponse à nos questions. On n'allait pas courir après, car ça nous faisait une activité en plus. D'autant plus que pour la PDS, en général, on dort correctement. Pour le MCS je ne suis pas sûr que l'on dormirait correctement et de la même façon, car la PDS, c'est rarement une urgence vitale.

Moi : Donc il y a quand même cette appréhension ?

Interviewé : Oui, car on ne le fait pas souvent, et contrairement à quelqu'un qui vient de Strasbourg et qui a un chauffeur, qui a le temps de potasser, de lire ou de se remettre les choses en tête, pour avoir la meilleure prise en charge, si toi, tu es seul, tu dois réfléchir et conduire relativement un peu vite, ça devient compliqué à gérer.

Moi : D'autres pistes d'amélioration à proposer ?

Interviewé : Non.

Moi : Merci pour votre participation à cet entretien.

Entretien MG8 :

Moi : Bonjour, je suis MENTZ Cédric, en année de thèse-mémoire et assistant à la clinique St-Luc à Schirmeck. On s'est déjà rencontrés. Le but de mon travail de mémoire de DES est d'étudier le Médecin Correspondant du SAMU auprès des médecins généralistes libéraux de la vallée de la Bruche, principalement l'opinion qu'ils ont du dispositif, leurs connaissances et les freins qui ont pu être rencontrés pour la généralisation du dispositif. J'aimerais poser quelques questions pour commencer pour établir un profil professionnel. Est-ce que je peux vous demander votre âge ?

Interviewé : 35 ans, bientôt 36 ans.

Moi : Cela fait combien de temps que vous êtes installé ?

Interviewé : Officiellement, depuis septembre 2014 donc bientôt cinq ans.

Moi : Ici, en association ?

Interviewé : Oui.

Moi : Est-ce que votre domiciliation personnelle est située sur le territoire de la vallée de la Bruche ?

Interviewé : C'est situé à Y. Ce n'est pas la vallée mais c'est considéré comme étant sur le territoire. Je crois que vous intervenez comme médecin correspondant du SAMU.

Moi : Oui, cela fait partie. Est-ce que vous participez à la PDSA ?

Interviewé : Oui.

Moi : Ici, c'est en nuit profonde ?

Interviewé : Oui, c'est nuit profonde.

Moi : D'accord. Est-ce que vous êtes ou avez été médecin sapeur-pompier ?

Interviewé : Non.

Moi : Concernant le rapport à l'urgence, avez-vous une formation, une appétence pour la prise en charge des urgences vitales ?

Interviewé : Une appétence ? Je ne sais pas si on peut dire appétence mais j'ai ma formation de médecin généraliste donc j'ai fait six mois aux urgences au CHU mais ça ne va pas vraiment plus loin. Je n'ai rien contre gérer des urgences. Ce n'est pas désagréable d'intégrer ça dans le métier de généraliste, mais on va dire que ça dépend de l'urgence. C'est surtout ça !

Moi : D'accord. Donc il y a ces six mois de stage au CHU. Y a-t-il éventuellement d'autres formations que vous auriez pu faire ?

Interviewé : J'ai travaillé à l'institut de pharmacologie en recherche clinique à Roche, à côté de l'IRCAD dans l'enceinte de l'Hôpital Civil. J'ai travaillé un an là-bas, j'étais médecin, j'ai fait des vacances, des nuits justement parce qu'ils avaient besoin de médecin pour pouvoir intervenir en cas d'urgence mais il ne se passait jamais rien, c'étaient des volontaires sains. Mais j'ai eu des formations pour les gestes, des formations d'urgence.

Moi : Concernant votre pratique professionnelle, avez-vous tendance à l'orienter un peu ou c'est de l'omnipratique ? Ou alors c'est vraiment généraliste ?

Interviewé : C'est vraiment généraliste.

Moi : Et vous n'aviez pas d'autres formations, des DU ?

Interviewé : Non.

Moi : D'accord. J'aimerais à présent en venir au deuxième thème : voir ce que vous savez du MCS. Premièrement, connaissez-vous le dispositif ? Que pouvez-vous me dire sur le plan national ?

Interviewé : National ? Quand je dis que je connais, c'est dans le secteur de la vallée de la Bruche. Au niveau national, je ne connais pas du tout. Je sais que, enfin j'ai entendu dire qu'en Savoie je crois, on a intégré un dispositif comme ça dans une zone considérée comme désertique. Après, j'ai plutôt une bonne opinion du dispositif. En revanche, je ne me sens pas les capacités, enfin ça dépend de l'urgence. Mais il y a des choses pour lesquelles je ne me sens pas du tout d'intervenir, très clairement.

Moi : D'accord, alors voici un bref rappel du dispositif sur le plan national. Le MCS est un dispositif du SAMU sur un territoire bien identifié où la prise en charge des urgences va se faire en plus de trente minutes.

Interviewé : Oui tout à fait.

Moi : C'est uniquement pour la prise en charge des urgences vitales. C'est régulé par le SAMU, avec déclenchement par le médecin régulateur du SAMU, de façon systématique un SMUR.

Interviewé : Oui, je le savais, je suis désolé, j'ai répondu à côté de la question.

Moi : Il n'y a pas de souci. Et il y a un contrat qui est établi avec l'établissement siège du SAMU. C'est un médecin qui est formé à l'urgence avec une formation initiale, qui est sous l'autorité des CESU, donc du SAMU, avec des recyclages annuels et une formation en interventionnel avec les SMUR. Sur le plan local, que pouvez-vous me dire sur le dispositif en place ?

Interviewé : C'est vous qui l'assurez, de 8h à 20h, le week-end aussi.

Moi : Oui.

Interviewé : Qu'est-ce que je peux dire ? C'est mon ressenti ou ce que je sais ?

Moi : Ce que vous savez objectivement.

Interviewé : D'accord, donc on parle du secteur qui va d'Oberhaslach jusqu'à Saales, que vous intervenez entre 8h et 20h, que c'est effectivement le médecin régulateur du SAMU à Strasbourg qui déclenche et qui envoie à ce moment-là une équipe SMUR en même temps que vous. J'ai eu des interventions à faire en même temps que le médecin correspondant du SAMU.

Moi : Oui. Là, le dispositif est basé à la clinique St-Luc. Il y a une convention cadre entre les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, l'ARS Alsace à l'époque, le Groupe Hospitalier Saint-Vincent qui est propriétaire de la clinique, le SDIS et la ComCom de la vallée de la Bruche qui a participé au montage de ce projet. La mission du MCS prime sur l'activité de la clinique pour le médecin qui est d'astreinte, déclenchée par le médecin régulateur effectivement. 8h-20h, sept jours sur sept. Initialement, l'ARS avait envisagé d'intégrer des médecins libéraux sur les périodes de PDSA : cela pouvait moins interférer avec la pratique libérale.

La formation, j'en avais parlé. Concernant la responsabilité, il s'agit de la responsabilité administrative du CHU.

Interviewé : Oui tout à fait.

Moi : C'est une délégation du service public.

Interviewé : Tout à fait. On nous avait présenté ça il y a quelques années quand on avait fait notre réunion.

Moi : Vous avez déjà un peu abordé les choses mais quelle est votre opinion à propos de ce dispositif mis en place sur la Vallée de la Bruche, quelle est sa pertinence par rapport au territoire et quel est son intérêt sur ce territoire, d'après vous ?

Interviewé : Je pense que c'est très intéressant. On est effectivement à plus d'une demi-heure du SMUR, en tous cas sur Y. Je crois qu'ils ont perdu une équipe mobile il y a quelques temps. Il y avait cinq équipes mobiles SMUR et ils ne sont plus que quatre à Strasbourg. Donc c'est sûr que je trouve ça pertinent. J'ai eu des interventions avec des médecins correspondants du SAMU et on est contents de vous avoir. Sur le dispositif en lui-même, je n'ai rien à redire, je trouve que c'est pertinent. Vous avez des gens qui habitent au fin fond de la Vallée, je pense que Saales, vous n'y êtes pas en cinq minutes

Moi : En vingt minutes quasiment.

Interviewé : Oui, et vous avez les médecins de Saint-Dié qui peuvent intervenir aussi. Mais oui, je trouve cela intéressant et ça réduit le délai d'intervention. En cas d'arrêt respiratoire par exemple, c'est primordial.

Moi : Avant la mise en place de ce dispositif, avez-vous rencontré des difficultés concernant la prise en charge des urgences qui auraient pu être améliorées avec le MCS ?

Interviewé : Vous me posez une colle. Ça fait combien de temps vous me dites ...

Moi : Ça a été mis en place en 2015.

Interviewé : Oui, voilà. Non, en tant que médecin installé, je n'ai pas tellement eu... Bon, j'ai eu un arrêt cardiaque l'année dernière pour lequel on m'a appelé et c'était la nuit, donc vous n'étiez pas là. J'ai attendu le SMUR qui était déjà en intervention, donc ça a paru long quand même. C'était un arrêt cardiaque, c'est une personne qui est décédée, qu'on n'a pas pu réanimer. En tous cas, l'intérêt, il est vraiment là. Moi je trouve que c'est pertinent. Mais par rapport à mon activité, enfin on l'abordera peut-être après.

Moi : Oui. En tous cas, votre opinion est plutôt favorable ?

Interviewé : Favorable, oui.

Moi : On en arrive effectivement aux freins, à l'adhésion des médecins libéraux de la vallée de la Bruche à ce dispositif. A l'époque, avez-vous été contacté par l'ARS lors de la mise en place du dispositif ?

Interviewé : Oui, on a eu une réunion avec les praticiens de Saint-Luc, l'ARS, le président de la ComCom, tous les généralistes du secteur. Il y avait quelques médecins plutôt favorables au projet, en général c'étaient les médecins pompiers, comme Monsieur X, certains anciens qui ont pratiqué pas mal d'urgences. Mais nous, dans la majorité, on ne se sentait pas capables d'affronter ça en plus, on va dire. Quand je dis en plus, c'est par rapport à notre activité, qui n'est pas légère et en plus dans le sens en plus de mes capacités : je ne me sens pas capable d'affronter certaines situations. On nous proposait deux jours de formation théorique et deux jours de pratique si je me souviens bien à l'époque ? Je trouve ça fou. J'ai des amis qui ont un DESC d'urgence et ils ne sont pas sortis en SMUR seul avant un certain temps. Alors c'est sûr, on nous dit toujours, vous avez une couverture, une assurance et il y a un médecin à Strasbourg qui est déclenché, mais il y a certaines situations, comme un accident la voie publique... J'en ai eu un il y a deux ans à Y, un monsieur qui avait un trauma crânien et c'est X qui était intervenu à l'époque et franchement c'est des choses pour lesquelles on sort un petit peu du cadre. Un arrêt cardiaque, c'est protocolisé, ce n'est pas si compliqué que ça. Il y a certains gestes comme l'intubation, ça va, j'ai intubé il y a dix ans quand j'étais interne aux urgences, mais il y a quand même certains gestes ou certaines situations pour lesquelles on ne se sent pas à l'aise. En policlinique, vous êtes un peu plus fréquemment confrontés aux urgences. Quand j'étais interne là-bas, je me souviens d'avoir géré parfois des arrêts cardiaques, toujours avec des seniors évidemment mais c'est vrai que par rapport à ma pratique de médecin généraliste, je me sens quand même assez éloigné de ça. Pour moi, urgentiste c'est un métier à part entière. S'il y a un DESC, ce n'est pas pour rien, c'est vraiment une spécialité.

Moi : D'accord, donc effectivement ce rapport à l'urgence, les gestes technique, le stress...

Interviewé : Oui, c'est compliqué. Bon, une intubation facile, ce n'est pas trop problématique mais dans le cas où vous n'arrivez pas à réaliser des gestes, comme un accouchement, un accident de la voie publique... Ce sont des choses pour lesquelles on n'est un peu moins à l'aise. Et les gens nous appellent, les gens n'ont pas encore le réflexe 15 à la campagne ! Il y a quelques années, j'ai un patient qui a péti une varice, il a perdu un litre et demi de sang chez lui, comme ça, et il m'a appelé moi. Il ne s'est pas dit « j'appelle les pompiers ou j'appelle le 15. » Il a appelé son médecin, il a attendu, j'étais occupé, j'ai répondu au bout d'un certain temps. Il m'a dit « Venez, je saigne » mais il n'arrivait pas à me raconter ce qu'il s'est passé, alors j'y suis allé. Effectivement, c'était un désastre, et les pompiers et le SMUR sont intervenus. Mais c'est vrai que quand je suis appelé par le patient directement, j'y vais, mais pour certaines situations je pense que c'est quand même mieux que ce soit un médecin anesthésiste par exemple.

Moi : Donc ça c'est clairement un frein ?

Interviewé : Oui. Et je me souviens de cette personne à Y qui a eu un accident de la voie publique, qui s'est fait renverser : traumatisme crânien, Glasgow 3, ils n'ont pas réussi à l'intuber. Bon, ils ont essayé, au moins, vous me direz. Et y avait X, qui est aussi assez rompu à l'urgence comme X. C'est le médecin anesthésiste qui est venu en hélicoptère. Mais voilà, on sent qu'on n'a pas non plus la pratique. Plus vous pratiquez un geste, plus vous êtes bons dans ce que vous faites et clairement, moi il y a des choses pour lesquelles je ne me sens pas compétent.

Moi : D'accord. Et comment avez-vous senti l'attitude de l'ARS vis-à-vis du Groupe Hospitalier St Vincent et face aux médecins libéraux ? Est-ce que vous pensez que ça a pu être un frein pour mettre en place le dispositif ?

Interviewé : J'essaie de me souvenir de cette réunion. Je crois que c'était un petit peu houleux par rapport à l'ARS. On sentait que c'était une épine dans leur pied qu'il fallait retirer absolument. Et il y avait l'ancien patron du SMUR à l'époque, le pompier, je ne sais plus comment il s'appelle, X. Il nous disait « deux jours de théorique, deux jours de pratique et puis c'est bon, vous y allez ! » Nous, ça nous paraissait infaisable, vraiment. Après, c'est l'ARS, ils n'ont pas les mêmes objectifs que nous. Ils raisonnent en termes d'objectifs financiers.

Moi : Et si vous aviez voulu intégrer le dispositif, qu'est-ce qui aurait été susceptible de vous intéresser ?

Interviewé : J'aurais trouvé intéressant la formation d'urgence, c'est toujours bien de se remettre à jour. Mais je ne me sens pas de l'intégrer.

Moi : Vous aviez évoqué le rapport à l'urgence, qui est le frein principal pour vous.

Interviewé : C'est le rapport à certaines urgences, encore une fois. Je ne suis pas mal à l'aise, on peut m'appeler sur un OAP, un syndrome coronarien aigu, un accident vasculaire cérébral, mais le rapport à certaines urgences, effectivement. Et puis le côté technique de certains gestes.

Moi : Et peut-être qu'avec votre activité libérale, vous avez pensé que ça aurait pu interférer et causer un frein ?

Interviewé : La nuit, du coup, non, honnêtement ça n'aurait pas été la raison principale. Après si on l'avait intégré à nos gardes de nuit, on est sur deux secteurs actuellement, enfin vous êtes au courant, sur Schirmeck et Urmatt, il aurait fallu... Enfin je ne sais pas si on aurait pu faire ça en même temps que la permanence des soins. On aurait clairement eu plus de gardes.

Moi : Et ça, ce sont des choses qui n'ont pas été clairement présentées par l'ARS ?

Interviewé : Non, je ne crois pas. Alors c'était il y a quelques années, je ne veux pas dire une bêtise, mais je ne crois pas. Je ne crois pas que c'était très clair.

Moi : Donc pour vous, ça n'aurait pas désorganisé votre pratique ?

Interviewé : Non. La nuit honnêtement ça n'aurait pas désorganisé ma pratique, soyons honnêtes. La journée, oui ça aurait été très compliqué de 8h à 20h, mais la journée c'est vous qui vous y collez. Mais la nuit, actuellement, on a des gardes qui sont quand même franchement plutôt calmes. Les gens ont plutôt le réflexe d'aller chez vous plutôt que d'appeler le 15 ou le médecin de garde donc on n'est pas tellement dérangés. C'est tout à fait gérable.

Moi : Concernant les disponibilités de nuit, éventuellement, c'est quelque chose que vous auriez été enclin à faire ?

Interviewé : Encore une fois, si c'est uniquement pour les urgences vitales, oui ça aurait pu être... Vous n'en avez pas tous les jours si ?

Moi : Il y a à peu près 130 interventions.

Interviewé : Sur l'année ?

Moi : Oui et de jour, pas la nuit. Ça fait un jour sur deux à peu près, un jour sur trois.

Interviewé : Oui donc ça aurait été quand même acceptable en terme de qualité de vie, je pense.

Moi : L'aspect géographique, de couverture, qui va donc de Saales à Oberhaslach et Grendelbruch, est-ce que c'est quelque chose qui aurait été dérangeant ?

Interviewé : Sur le haut de la Vallée, c'est vrai que dès qu'on passe Y... Moi venant de Y, quand je vais à Y, je mets 12 minutes mais quand on va vers Y, on est sur le haut de la Vallée, et pour avoir fait des gardes quand j'étais remplaçant à la maison de santé, quand vous avez une intervention, enfin quand vous êtes appelé à Y, c'est une tannée ! C'est une petite route. Mais bon, pour moi ce n'est pas ça qui aurait été un frein.

Moi : L'aspect organisationnel, avec le véhicule, le sac ?

Interviewé : Ca, ça aurait été un peu chiant. C'est vrai qu'on avait parlé de ça, et ça aurait été un peu compliqué. Vous laissez le véhicule à 20h, c'est ça ?

Moi : La couverture c'est 8h-20h.

Interviewé : Oui donc on aurait eu le véhicule après 20h et c'est vrai que ça m'arrange pas pour la vie de famille. J'essaye de rentrer avant 20h chez moi pour m'occuper un peu des enfants. Ca, ça aurait été un peu problématique. Après, j'aurais pu avoir mon propre sac et mon véhicule personnel, ce n'est pas forcément obligatoire d'avoir le véhicule SMUR de la clinique. Oui, ça aurait été embêtant.

Moi : D'accord, donc ça aurait été embêtant pour intégrer le dispositif mais ce n'était pas un frein infranchissable ?

Interviewé : Non, non.

Moi : Est-ce que l'aspect financier, la rémunération avait été évoquée par l'ARS ?

Interviewé : Je ne sais plus.

Moi : Ca aurait pu être un frein ou une incitation ?

Interviewé : Si vous me rappelez, peut-être que je pourrais vous... Mais bon, après on ne fait pas ça pour l'argent. Est-ce que c'était une rémunération à l'acte ? Je ne sais plus de quoi ils nous avaient parlé à l'époque.

Moi : Il y a effectivement différents modes d'exercices pour le MCS. Soit il peut être attaché à l'hôpital et a donc une rémunération fixe par l'hôpital, avec un certain nombre d'astreintes, soit c'est un contrat d'admission des médecins libéraux à l'hôpital. Il y a vraiment différents statuts : une rémunération libérale à l'acte, soit un forfait... C'est vraiment mis en place localement avec l'ARS et les autorités locales.

Interviewé : D'accord.

Moi : Est-ce que vous verriez d'autres freins éventuellement qui auraient pu être rencontrés à cette époque-là ?

Interviewé : Alors, à ce moment-là, quand on a fait la réunion, je n'étais pas encore installé, si je ne dis pas de bêtises. Je crois que c'était courant 2014.

Moi : Le dispositif a été mis en place en mai 2015, donc les réunions se sont tenues entre 2013 et 2015.

Interviewé : Oui, donc c'est ça, je n'étais pas encore installé, j'étais encore remplaçant quand j'avais assisté à la réunion, donc c'est vrai que ce n'est pas tout récent. Il y avait ce côté compétences, il y avait ce côté intégrer ça à la permanence de soins. On sait aussi que l'ARS, depuis un certain temps, a le projet de fusionner nos deux secteurs de gardes donc Schirmeck et Urmatt. Pour eux c'est un gain économique, pour nous c'est vrai que ça fait moins de gardes mais ce n'est pas les mêmes gardes. Entre Oberhaslach et Saales, on ne parle pas du MCS, mais des consultations générales de médecine. Pour l'instant on n'a jamais voulu le faire mais c'était un de leurs projets. A l'époque, on sentait un peu un coup fourré à ce niveau-là. Je ne sais pas si vous avez rencontré X ?

Moi : Oui.

Interviewé : Ah vous l'avez rencontrée déjà, vous avez parlé avec elle ? Elle a plus de souvenirs que moi ? Parce qu'on était vraiment sur la même longueur d'onde donc s'il y a des choses qu'elle vous a dites, peut-être que ça me reviendrait.

Moi : Oui, elle disait que concernant la rémunération, ils n'avaient pas un discours clair, ni non plus avec la PDSA, avec une astreinte MCS. Ils n'ont pas su répondre à pas mal de questions.

Interviewé : Oui c'est compliqué. Quand on est appelé pour une consultation PDSA, on peut toujours temporiser. Je pense que l'ARS n'était pas très bien accueillie à l'époque. Je me souviens que c'était un petit peu houleux. Et avec le patron du SMUR aussi, c'était un petit peu...

Moi : Ca avait du mal à passer ?

Interviewé : Oui voilà. On a l'impression qu'on s'intéresse un peu à nous quand il y a besoin, quand il faut combler un trou mais dans la médecine générale, c'est souvent le cas, on est amenés à faire des choses qui ne relèvent pas toujours de notre pratique et comme il faut combler un trou, voilà...

Moi : D'accord. Par rapport à tout ce qu'on a évoqué, auriez-vous des pistes d'améliorations à proposer, pour faciliter l'intégration des médecins libéraux dans ce dispositif, ou plus spécifiquement ici, sur le territoire ?

Interviewé : Oui, je pense qu'il faudrait revoir la formation, déjà, très sérieusement. A mon avis, une formation initiale c'est bien mais il faut une formation continue. Parce que c'est toujours pareil, c'est ce que je disais, la dernière fois que j'ai intubé, c'était il y a dix ans. Plus le temps passe, plus on oublie, moins on est à l'aise sur les gestes. Il ne faut pas envisager quatre jours de formation, il faut quelque chose de très régulier, pour apprendre vraiment les gestes. Mais ça nécessite qu'on prenne sur notre temps en journée, on ne parle plus de nuit, donc là, ça peut être un frein de nouveau. Donc je ne sais pas. Peut-être aussi que ce soit un peu plus clair en gestion MCS / permanence de soins ; que les choses soient mieux dites. La rémunération, pour moi, ce n'est pas vraiment un frein. On ne fait clairement pas ça pour l'argent, c'est comme les gardes, si on pouvait s'en passer, franchement ! D'ailleurs il y a de plus en plus de secteurs où les généralistes arrêtent les gardes. Parce que les jeunes généralistes maintenant ne veulent plus faire de gardes lorsqu'ils ont installés. Mais bon, comme beaucoup disent non, donc il n'en reste que deux ou trois et ensuite ça engorge les urgences donc ce n'est pas non plus une solution. C'est plutôt une mission de service public mais je trouve que ça a été abordé avec un peu de légèreté et moi ça ne m'a pas mis en confiance, clairement !

Moi : Le fait qu'ils n'aient pas pu apporter des réponses ?

Interviewé : Des réponses claires oui et le fait que le patron du SMUR nous dise les yeux dans les yeux « Bon les gars, vous faites deux jours de théorique, deux jours de pratique et ensuite vous sortez

sur les interventions ! » Ca, ça me paraissait léger. J'ai des amis qui sont urgentistes et quand j'entends leur retour d'expérience... Voilà, je n'ai pas l'impression que ce soit très sérieux. Mais après, encore une fois, cette formation, ça prend du temps, il faut se libérer, ce n'est pas toujours évident et cetera. Moi je ne travaille pas le mercredi, mais c'est une journée que je consacre à mes enfants et les autres jours, si je veux me libérer, il faut que je trouve un remplaçant et un remplaçant ce n'est pas toujours facile à trouver. En général, si je veux mobiliser un remplaçant, j'ai plusieurs mois de délais, pour mes FMC, enfin ce n'est pas toujours simple.

Moi : D'accord. Avez-vous autre chose à ajouter à cet entretien ?

Interviewé : Non.

Moi : Très bien. Je vous remercie.

Interviewé : Je vous en prie.

Entretien MG9 :

Moi : Bonjour, je me présente : MENTZ Cédric, je suis médecin remplaçant assistant à la clinique Saint-Luc, en année mémoire-thèse. Le but de mon mémoire de DES est d'étudier le dispositif de MCS auprès des médecins généralistes libéraux de la vallée de la Bruche, de voir les connaissances du dispositif que sont les leurs et puis leur avis concernant le dispositif ainsi que les freins qui ont pu être rencontrés en vue d'une généralisation du dispositif sur le territoire de la vallée de la Bruche. Je voudrais d'abord établir un profil professionnel, puis-je vous demander votre âge ?

Interviewé : 52 ans.

Moi : Depuis combien de temps êtes-vous installé ici ?

Interviewé : à Y ?

Moi : Oui ?

Interviewé : Depuis 2004, au 1^o octobre, mais j'étais installé en 1999 à Y.

Moi : Donc vous êtes installée en tant que médecin généraliste depuis 1999 ?

Interviewé : Oui.

Moi : Ici c'est une SISA ?

Interviewé : Alors, au départ chaque médecin généraliste était seul, puis on a d'abord commencé par créer une SCI ou je ne sais pas exactement quel terme, et après une SISA, je crois que c'était une SCM au départ mais je ne m'y connais pas trop, je ne sais pas quelles sont les différences.

Moi : La première installation était-elle déjà une association ?

Interviewé : Oui, c'était une association à deux praticiens, un peu compliquée, avec un médecin âgé qui avait tendance à tout phagocyter, donc c'était très compliqué.

Moi : Est-ce que votre lieu de domiciliation personnel est situé sur le territoire de la vallée de la Bruche ?

Interviewé : Oui, je suis à Y.

Moi : Est-ce que vous participez à la PDSA ?

Interviewé : Permanence des soins ?

Moi : Oui ?

Interviewé : Oui j'y participe.

Moi : Et donc ici c'est 20h-minuit il me semble ?

Interviewé : Oui c'est ça et le week-end je ne sais plus quelle heure, il me semble 8h le matin et je crois 13h le samedi je ne sais plus.

Moi : Est-ce que vous êtes médecin sapeur-pompier ?

Interviewé : Je l'ai été mais avec leur nouveau système, ça ne m'a pas plu.

Alors déjà, je faisais des interventions et on m'a poussé à faire les visites d'aptitude. Moi je ne voulais pas en faire car ça me saoulait, je trouve ça idiot. Qu'elles soient faites, je comprends, mais je n'en avais pas envie, puis un jour les pompiers trouvaient qu'il y avait trop de médecins qui faisaient ces visites d'aptitudes et plus assez d'interventions. Moi je faisais des interventions, certes pas beaucoup et puis quand j'ai divorcé, c'est devenu compliqué pour moi de continuer dans ce système là, avec la garde des enfants et le travail jusqu'à 22h tous les soirs, donc rajouter les pompiers dans la journée c'était compliqué, je me suis un peu noyée et j'avais d'autres choses à penser au niveau personnel. Puis ils ont choisi quels médecins devaient rester et puis selon eux, je ne faisais pas assez d'opérationnel, donc ils m'ont évincé l'an dernier, ça m'a complètement démotivée.

Moi : Au niveau de l'activité c'était de l'opérationnel et de la visite médicale ?

Interviewé : Des urgences j'en faisais, je n'en faisais pas beaucoup c'est vrai mais j'en faisais, et maintenant j'en fais encore quand on m'appelle ou alors avec la permanence des soins. J'allais aux formations des pompiers, mais c'est sûr qu'avec un mari à la maison qui pouvait garder les enfants, quand j'allais en formation, c'était bien plus simple à gérer. Mais après le divorce, avec les deux enfants à charge, difficile d'y aller et je ne pouvais pas toujours trouver quelqu'un, donc ça voulait dire réduire mon activité, et quand on divorce, il faut aussi pouvoir gérer financièrement, les pompiers n'ont pas été très compréhensifs par rapport à ma situation personnelle, ils ne m'ont pas mis en disponibilité, ils ne m'ont pas convoquée pour me demander s'il y avait un problème, ils m'ont virée,

point. Aujourd'hui, j'aurais potentiellement plus de temps, car mes enfants ont grandi, le fils a 16 ans, je pourrais être disponible le mercredi et les week-ends, mais tant pis je n'en fais plus.

Moi : Par rapport à la prise en charge des urgences vitales, c'est quelque chose dont vous avez l'habitude ?

Interviewé : J'en ai eu une la semaine dernière, une embolie pulmonaire ; oui c'est quelque chose que je fais toujours, j'ai du tout de même appelé les pompiers, mais voilà, je suis encore confrontée à ce genre de cas.

Moi : C'est quelque chose que vous aimez bien ?

Interviewé : J'écoutais un reportage à la radio sur un urgentiste qui parlait aux enfants en leur expliquant que c'était passionnant; moi, si à l'époque, j'avais pu rester à l'hôpital en tant que généraliste, je serais restée à l'hôpital et ça ne m'aurait pas dérangée d'être aux urgences.

Moi : Avez-vous fait les 6 mois aux urgences pendant l'internat ?

Interviewé : 6 mois aux urgences de Y et 1 an aux urgences de chirurgie-traumatologie de Y et j'ai cumulé les gardes aux urgences traumato de Y lorsque j'étais en stage au service de pneumologie à Y, oui j'aimais bien. Mais bon. Étant donné qu'en ce moment on traite plus de bobologie durant nos gardes, il faudrait peut-être que je me remette à niveau, mais en dehors de ça, oui, j'aimais beaucoup les urgences, mais aujourd'hui il y a beaucoup de choses devant lesquelles je ne serais pas forcément super à l'aise.

Moi : Avez-vous d'autres formations dans ce domaine-là ?

Interviewé : J'ai voulu en faire, mais je n'ai pas pu, car je suis tombée enceinte quand on m'a proposé un stage à Y, ils étaient d'accord pour que j'aie intuber et ventiler en anesthésiologie, donc finalement avec ma grossesse et les complications auxquelles j'ai été confrontée, c'est tombé à l'eau.

Moi : Au niveau de votre pratique professionnelle, avez-vous tendance à l'orienter, ou est-ce que ça reste de l'omnipratique ?

Interviewé : Je fais de tout : de la pédiatrie, la gériatrie (ce n'est pas ma tasse de thé mais je le fais aussi), la traumatologie quand j'en vois, j'en fais, je me débrouille, la gynécologie, on n'en fait plus trop, et en plus ça ne m'intéresse pas (poser un stérilet, je sais faire mais bon, ça ne m'intéresse pas).

Moi : Pour en revenir aux pompiers, la formation de médecin sapeur-pompier c'était ... (coupé la parole)

Interviewé : Quand j'ai été incorporée, j'ai fait la formation, j'aurais du être convoquée pour faire 2-3 semaines à 1 mois ; ça je ne l'ai jamais fait, ils ne m'ont jamais reconvoquée, j'ai relancé 2-3 fois, puis j'ai dit stop ; donc je faisais des interventions sans avoir vraiment eu la formation de médecin sapeur-pompier. Mais j'avais déjà fait mes 6 mois à Y, la traumato à Y. Les urgences cardio, quand j'étais en pneumo, on en faisait aussi, c'était finalement assez complet.

Moi : J'aimerais aborder un deuxième thème concernant l'évaluation de la connaissance du dispositif que peuvent avoir les médecins généralistes sur le territoire, leur opinion, par rapport à ce dispositif. Connaissez-vous le MCS ?

Interviewé : Oui X fait, X fait aussi; on les voit partir avec un 4x4, mais voilà, c'est tout. Je ne sais pas exactement, je pense qu'ils sont déclenchés dès qu'eux pensent que c'est une urgence vitale je suppose.

Moi : Sur le plan national déjà, que savez-vous du MCS ? Est-ce que vous en avez eu des échos?

Interviewé : Non, ça ne m'intéresse pas. On a été concertés assez tardivement, ce n'est pas nous qui allions le déclencher vu que l'on voit rarement... à moins que ce soient les patients, mais si c'est les patients, vu que je suis sur place, ils n'enverront pas le MCS donc non je ne sais pas.

Moi : Le MCS, c'est un dispositif qui a été mis en place comme relais du SAMU sur un territoire bien identifié localement par les ARS, un territoire qui est à plus de 30 minutes des urgences les plus proches (dans notre cas Strasbourg).

Interviewé : Oui tout à fait, c'était nécessaire, c'est sûr que si on habite à Bellefosse, on n'a pas la même chance que si l'on habite en face d'HautePierre.

Moi : C'est une régulation par le SAMU, qui déclenche donc le MCS et simultanément un SMUR en parallèle. Il y a un contrat signé entre les différents intervenants.

Interviewé : Oui, on nous a même demandé si on voulait le faire.

Moi : C'est un médecin formé à l'urgence, avec une formation initiale, des recyclages annuels et une formation sur des gardes de SAMU également. Plus spécifiquement sur le dispositif local, qu'en pensez-vous ?

Interviewé : Ça a l'air pas mal, de ce que j'en ai entendu, les patients me disent qu'ils ont vu X. Après je n'ai pas eu encore trop de patients que je connais qui ont utilisé ce système, mais je les vois assez tourner et je pense que ça doit bien fonctionner.

Moi : Il y a une convention mise en place avec les HUS, la COMCOM, l'ARS et la clinique Saint-Luc. Les territoires concernés sont les cantons de Schirmeck, Saales et Urmatt.

Interviewé : Ah Urmatt aussi ? D'accord

Moi : Les missions du MCS: c'est 5 médecins qui participent à la clinique (moi je n'y participe pas encore, mais ça va venir, le temps de me former), il y a un départ théorique en moins de 5 minutes, un déclenchement par le médecin régulateur du SAMU.

Interviewé : Donc ils sont sur place si j'ai bien compris, ils sont aux urgences en journée ?

Moi : C'est 8h – 20h, 7j/7, c'est un des médecins qui travaille à la clinique et qui est déclenché par le SAMU.

Interviewé : Et donc à ce moment-là, il n'y a plus personne aux urgences ?

Moi : Les médecins tournent en fait, ce n'est pas tout le temps le même médecin, ce n'est pas forcément le médecin des urgences de la clinique Saint-Luc qui part en intervention.

Interviewé : Ça c'est embêtant, car j'étais aux urgences à Saint-Dié avec ma fille, on a attendu le médecin qui était parti, elle avait de 40°C de fièvre, je n'avais pas de doliprane, rien à lui donner et les infirmières ne donnaient rien non plus, vu que le médecin était parti sur un accident, pendant 4h, donc tout le monde est resté bloqué pendant 4 heures.

Moi : Donc c'est 8h-20h, 7j/7...

Interviewé : Et après c'est nous ?

Moi : C'est ce qui était proposé à la base par l'ARS, que les médecins libéraux participent aussi au dispositif sur la permanence des soins principalement.

Interviewé : Mais ils ne nous appellent plus !

Moi : La centralisation logistique s'est mise en place avec le véhicule à la clinique, un sac Thomas qui est dédié avec la trousse médicamenteuse, la formation je l'ai évoquée avant et s'est faite au CESU du SAMU à Strasbourg. Concernant la responsabilité médicale, vu que c'est une délégation de service public, on a une responsabilité administrative de l'hôpital qui couvre l'activité du MCS. Que pensez-vous de ce dispositif ?

Interviewé : Nous, les médecins généralistes, on nous appelle tellement pour des bêtises, que ça ne donne même plus envie de faire des gardes. J'étais de garde un week-end, c'était le jour de cette fameuse embolie. Ils m'ont appelée pour une dame qui avait bu trop de tequila (donc la surveillance je vais pas pouvoir la faire) qui fait des malaises et qui vomit et on me demande d'aller la voir. Sauf que moi, j'étais déjà sur une embolie, donc je lui dis que je ne peux pas tout de suite. Ils ne voulaient pas attendre et sont allés à la clinique. Mais quelque part, si elle vomissait et qu'elle était limite en coma éthylique, est-ce que c'était mieux de vous l'envoyer à vous à la clinique ou est-ce que c'était mon rôle et c'était mieux que je passe la voir ? Vous voyez, il va falloir qu'ils sélectionnent d'avantage les choses pour lesquelles ils nous appellent, on ne peut pas faire 3 trucs à la fois, et partir en moins de 5 minutes : si c'est un jour en semaine où je travaille, où j'ai un patient dans mon bureau, je ne pourrais pas non plus. Ça, quand j'étais médecin pompier, c'était déjà compliqué à gérer car si le bip sonnait, moi aussi, je devais virer les gens dans la salle d'attente. Je fais quoi avec eux ? Je les vire et je me barre ? Il n'y a personne hein ! C'est un peu compliqué !

Moi : D'accord et là sur le dispositif du MCS, qu'en pensez vous ?

Interviewé : Oui, je trouve ça bien.

Moi : Par rapport au territoire concerné, est-ce que vous trouvez ça pertinent ?

Interviewé : Ah oui, oui, tout à fait.

Moi : Est-ce que ça aurait pu améliorer la prise en charge d'urgences par rapport à des problèmes rencontrés auparavant ?

Interviewé : Ah oui, oui, tout à fait, pour certains patients, c'est sûr, il n'y a pas photo. Un jour, j'ai été confronté à un gamin en déshydratation aigüe suite à une gastro, un bébé de 6 mois, qui faisait des

malaises. Je n'avais aucun matériel pour piquer, je veux bien piquer, mais bon, avec quoi ? Je n'avais même pas de quoi perfuser. A l'époque, j'étais médecin pompier, j'ai attendu, il neigeait comme tout, ils ne me trouvaient pas, c'était dans l'ancien cabinet. Ils ont du venir de Strasbourg, ont pris du temps, j'ai appelé, je n'arrivais pas à les joindre tout de suite pour leur indiquer le bon chemin. J'ai passé 20 minutes au téléphone à attendre que le SAMU décroche, donc ils tournaient, ils ont mis plus d'une heure à venir, avec le gamin qui faisait des malaises, le temps paraissait vraiment long, donc oui c'est clair que ce MCS c'est un avantage certain et surtout dans notre secteur un peu reculé.

Moi : Troisième thème qui m'intéresse : dégager les freins rencontrés pour l'adhésion la plus large possible des médecins libéraux à ce dispositif. J'aurais voulu savoir : avez-vous été contactée à l'époque, par l'ARS, dans le cadre de la mise en place de ce dispositif ?

Interviewé : Oui, on a sûrement été contactés, je ne sais plus, ça fait longtemps. Mais pour voir si on voulait en faire partie ? Alors déjà, avec les réunions, à des heures où moi je travaillais, donc aller à la réunion, j'ai déjà eu du mal ; après s'il faisait moche, ils ne venaient pas, mais par contre nous, on doit se déplacer quand même et prendre libre pour rien, donc voilà. Je parle de neige, car j'ai eu une réunion assez épique sur les gardes notamment, c'était un 16 février, ils nous ont dit que s'il y avait trop de neige, qu'ils ne pourraient pas venir, mais par contre c'était pour nous imposer les gardes jusqu'à Y, c'était pour nous augmenter le secteur (alors qu'avant on allait jusqu'à Y), donc un secteur où je ne travaille pas toute la journée, je ne connais pas le lieu, je me dépatouille, mais bon je ne reviens pas de Y en 30 secondes ! De Y non plus d'ailleurs, mais ça fait quand même 5-10 minutes de plus en plein hiver. S'ils nous augmentent le secteur et qu'en plus ils nous demandent de nous investir dans le MCS, alors comment allaient-ils gérer ça ? Ça aurait été des gardes en plus à part ?

Moi : Ce qu'ils proposaient, c'est que l'astreinte fixe se fasse à la clinique, ce qui est en place : 8h-20h. Par rapport à l'activité libérale, ils proposaient que les libéraux prennent le relais sur les périodes de PDSA, soit jusqu'à minuit, soit en nuit profonde en fonction des secteurs.

Interviewé : Oui mais vous savez, je pense que, par exemple, la semaine dernière, j'ai cumulé, j'ai fait le week-end, j'ai quand même entre 55 et 60 heures de boulot par semaine et ils veulent en rajouter sur la mule ? Il faut aussi pouvoir alléger ! Même si mes enfants ont grandi, ils ne me voient pas avant 22h le soir, donc ils ne mangent pas, car je ne suis pas là. À un moment, j'ai aussi le droit d'avoir une vie ! On fait des gardes, on est de moins en moins nombreux à les faire puisque qui est parti à la retraite ? X, X et X ne font plus de gardes, donc nous on en a plus. Le nombre de médecins sur le secteur a quand même bien diminué, on était 13 ou 14, on est plus que 10 à faire des gardes, si on nous en rajoute, on rentre quand chez nous ?

Moi : Donc ça c'était vraiment un des gros freins pour vous ?

Interviewé : Oui c'est un frein parce que je ne sais pas s'il y a une compensation financière, ça à la rigueur je m'en fiche, mais il y a juste un moment où il faut que je me repose. Vous avez vu ma tête ? Elle n'est pas comme ça normalement et encore j'ai pris le soleil. Le lundi matin, j'ai une tête à faire peur, parce qu'on rentre tous les soirs à 22h, on mange, et on ne se couche pas à 23h, à un moment il faut décompresser.

Moi : À l'époque, lors de la mise en place de ce projet, avec l'ARS qui avait organisé la réunion, vous n'y étiez pas ?

Interviewé : Non je n'y étais pas car on ne m'avait pas prévenue, je ne sais pas si c'était moi ou tout le monde, en tout cas, je l'ai su assez tard. Moi j'ai des rendez-vous en avance, je ne peux pas tout annuler au dernier moment. La réunion pour voir si on pouvait faire quelques astreintes, je n'ai pas pu y aller, même les réunions avec des labos, je les annule régulièrement parce que à côté, il faut faire de la formation. Donc à un moment, on case quand tout ça ? Il faut aussi dire stop ! J'entends qu'on est dans un secteur particulier, mais il faut aussi avoir le temps quoi !

Moi : Initialement, le dispositif tel qu'il est conçu et son objectif étaient quand même quelque chose qui aurait pu vous intéresser ?

Interviewé : Tel qu'il est conçu actuellement je ne sais pas, mais l'objectif oui, ça ne me dérangerait pas de faire de l'urgence, mais je ne peux pas cumuler une journée de travail et une journée d'urgence, ce n'est pas possible. Et en plus, avec les problèmes de coordination avec l'HAD : l'autre fois, j'ai quand même eu un problème avec l'HAD où il a fallu que je me déporte pour régler un problème administratif pour une personne en fin de vie au détriment peut être d'un appel de ce genre. L'autre

fois je me suis aussi pris le bec avec le SAMU : à 4h30, pour un gamin (son éducatrice a téléphoné car c'était un gamin psychiatrique), qui faisait des crises et menaçait de se jeter par la fenêtre ; on l'a fait attendre jusqu'à 8h, pour que le SAMU me dise de monter là-haut. J'ai râlé, pas parce qu'il fallait aller là haut, mais parce qu'on a attendu 2h30. Si ça avait été mon gamin je n'aurais pas aimé et quand moi j'ai appelé pour demander où ça se trouvait, l'éducatrice m'a dit de ne pas venir car le gamin s'était calmé. Donc le mec du SAMU m'a dit : « Ah ! C'est embêtant ! », mais 2h30 d'attente.. Donc je ne voudrais pas avoir ce genre de plans !

Moi : Concernant l'activité libérale que vous avez, est-ce que vous auriez pu penser que le MCS allait interférer dans cette activité ?

Interviewé : Moi ce qui me fait peur, c'est qu'au SAMU, si on signe cette convention, d'être obligé de tout lâcher à chaque fois au détriment de mon travail et de ma famille pour partir quand ça les arrange. Ça je n'ai pas envie ; je n'ai pas envie d'avoir un collier autour du cou et être tout le temps bridée, je veux bien faire une journée, j'aurais pu l'accepter, même de lâcher une journée ici. Mais je ne voudrais pas que l'on m'appelle quand je ne suis pas disponible. Et moi, devoir tout lâcher ici sans prévenir et sans avoir le temps de m'organiser: j'ai peur de la dérive, je connais le système avec les pompiers, c'était un peu ça, ils appelaient, c'étaient toujours les mêmes qui y allaient ! Il y en a certains, des crises d'asthme à Y, ça ne les intéresse pas, ils n'y vont pas. La nuit, quand le médecin nous appelle: « Bonjour, est-ce que vous voulez bien aller là ? », ça me fait doucement sourire, est-ce qu'on a vraiment le choix ? J'ai des patients qui m'ont dit que le médecin ne s'était pas déplacé sur une crise d'asthme ou sur une douleur thoracique. Moi je ne prends pas le risque et j'y vais, même si j'ai fait une fois une douleur thoracique dans un endroit où je n'aurais même pas dû aller puisque c'était au centre médical de Y. Il y avait un centre psychiatrique là-bas à un moment, ils m'ont appelée pour aller voir une douleur thoracique, il était minuit. J'y suis allée, mais la responsabilité de ce secteur, je ne l'avais pas. Les infirmières avaient appelé le médecin de garde du secteur. Le lendemain, j'ai appelé l'ordre pour savoir si j'étais couverte ou pas, ils m'ont dit que non. Et heureusement pour moi que j'y suis allée, c'était bien un infarctus. Si je n'y étais pas allée je n'aurais pas été bien, donc même couverte, ça ne m'aurait pas laissée tranquille. Le SAMU s'est dit que c'était plus simple de m'appeler moi, c'est plus de cette dérive là dont j'ai peur. Le système dans son ensemble, dès que l'on fait quelque chose, on a l'impression que c'est un acquis. Donc j'avais peur que marqués MCS, on puisse nous appeler pour tout et n'importe quoi quand eux n'ont pas envie de se déplacer.

Moi : Très chronophage donc ?

Interviewé : Très chronophage, c'est sûr, parce que quand on part sur une intervention ce n'est pas 10 minutes, vous ne l'avez pas encore fait vous ?

Moi : Je suis effectivement déjà parti en intervention en doublon, c'est au minimum une heure de temps c'est sûr.

Interviewé : Je suis déjà partie en intervention pour les pompiers durant une consultation, mais bon je ne peux pas être de garde tous les jours et partir tout le temps au milieu de mes consultations ce n'est pas possible.

Moi : Donc vous ne voyez pas l'incompatibilité avec la médecine libérale, en tout cas le fait de s'absenter de temps en temps, mais vous avez peur que si ça arrive trop fréquemment, ça impute vraiment sur votre cabinet ?

Interviewé : Oui, j'ai peur que si je le fais, si je m'engage, qu'eux se disent « Tiens, elle peut le faire, elle n'a qu'à y aller ! ». Et si je signe un contrat avec eux, ils pourront m'appeler n'importe quand et je serais obligée de partir et ça je n'en veux pas.

Moi : Donc vous avez peur de cette sur-sollicitation ?

Interviewé : Oui ça j'en ai vraiment peur.

Moi : D'accord. Par rapport aux disponibilités, que ce soit le jour ou la nuit, vous aviez déjà évoqué le fait que c'était quand même assez compliqué ?

Interviewé : Alors nous on fait les gardes jusqu'à minuit, suite à la demande de l'ordre, c'est pas nous qui l'avions demandé, c'était assez partagé. Moi, pour faire ce qu'on fait en garde, si je n'en faisais plus, je serais contente. A ce moment là, je veux bien faire du SAMU.

Moi : Et dans l'hypothèse où les gardes du MCS auraient pu être cumulées avec les gardes de PDSA, c'est quelque chose que vous auriez pu envisager ?

Interviewé : Le fait de le cumuler oui, mais comment explique-t-on aux gens quand je leur donne un rendez-vous ici que je suis partie ? Il faudra trouver une solution ou alors il faut que ce soit sur place là-bas (clinique Saint-Luc), c'est ça en fait, parce que ici il n'y a personne, j'ai des rendez-vous, je ne peux pas m'amuser à appeler tous les patients concernés en leur disant « En fait non, ne venez plus je dois partir sur une urgence ». Vous savez comment sont les gens aujourd'hui, 17h c'est 17h, l'urgence ils s'en fichent.

Moi : La consommation de soins...

Interviewé : La surconsommation de soins oui, mais quand vous leur dites 17h, c'est 17h. L'autre fois je revenais d'une urgence, une mamie, ce n'était pas une urgence vitale mais quand même, un lumbago bloqué, j'ai mis 5 minutes de plus pour revenir au cabinet et pendant ce temps-là, le patient avait déjà appelé. Entendre urgences, pour eux, ce n'est pas leur problème. Je ne sais pas si vous avez fait 6 mois aux urgences à Hautepierre ? C'est la faune là-bas : l'urgence vitale, oui ils connaissent, l'urgence relative bof. Une fois, un papi était venu avec sa valise complètement violet et m'a dit : « Je crois que je fais une nouvelle embolie pulmonaire, je l'ai fait passer avant les autres et les autres patients ont râlé en demandant pourquoi lui d'abord ? ». Il faut toujours se justifier et à un moment je pense qu'on leur offre un service et on ne devrait pas toujours avoir à se justifier d'être en retard, de n'être pas tout à fait à l'heure. C'est plus facile de justifier ça à l'hôpital qu'en libéral.

Moi : Oui, on a l'institution qui nous protège quand même un peu.

Interviewé : Ils râleront tout autant, mais ici, ça aura une incidence directe sur le cabinet et ils sont très capables de boycotter quelqu'un à cause de ça, donc je ne veux pas rentrer là-dedans.

Moi : Concernant l'aspect logistique du dispositif qui a été mis en place, pensez-vous que ça puisse être un frein pour vous ou pour les autres ?

Interviewé : L'aspect logistique par rapport à quoi ?

Moi : Au véhicule par exemple, stationné à la clinique Saint Luc, qu'il aurait fallu récupérer, l'entretien du sac Thomas avec les médicaments, est-ce que tout ça fait que ça aurait pu freiner l'adhésion ?

Interviewé : Non parce que c'était déjà prévu par les pompiers, j'aurais même du en avoir un de leur part, ça faisait un an que j'étais sensée recevoir un sac Thomas. Ils m'ont virée mais je n'avais pas le matériel correct lorsque j'y étais durant 5 ans. Je n'en ai pas eu et je me débrouillais avec rien, c'est un peu compliqué parfois quand on a besoin de piquer ou d'intuber !

Moi : Donc cet aspect logistique n'était pas forcément un problème ?

Interviewé : Je n'ai pas l'habitude du sac Thomas, il aurait fallu que je le travaille, mais ça, je pense que ça se forme aussi, comme le reste ça s'apprend, où sont rangées les choses, vérifier quand on a pris un quelque chose et le remettre dedans en rentrant, ça ne me dérange pas, ça se fait tout de suite.

Moi : Par rapport au secteur d'intervention, de Saales jusqu'à Urmatt, justement cette taille du territoire aurait été problématique pour envisager des contraintes ?

Interviewé : Le secteur de garde de Y à Y, ce secteur là, c'est le secteur avec lequel on fonctionne tous les jours dans le cabinet. Après, le secteur de Y est géré par des médecins de Y, et le secteur de Y aussi, et là, ça aurait été problématique, car ça veut dire trouver les adresses plus difficilement que si on avait l'habitude de le faire.

Moi : Une moins bonne connaissance du territoire donc ?

Interviewé : Oui, c'est plus un problème de connaissance géographique : si on part pour un arrêt cardiaque au fin fond de Y, si c'est une ferme isolée ! Et en plus de ça en hiver, la neige le verglas ! Il y a beaucoup de maisons isolées qui ne sont pas indiquées sur le GPS et ça pose un problème. On met plus de temps, ça rajoute un stress supplémentaire, des fois, c'est des endroits en plus où il n'y a pas de réseau. Ça c'est un très gros problème, Y, je ne connais pas vraiment, à part les rues principales, mais les petites rues ou les maisons cachées, ça pourrait être un vrai gros problème !

Moi : Donc le fait de ne pas bien connaître tout le territoire concerné et aussi le fait d'avoir des mauvaises conditions climatiques vous fait peur et est un frein ?

Interviewé : Oui, pour les pompiers, c'est pareil. Après les pompiers d'ici vont peu sur Y et vont peu sur Y, vu qu'il y a des pompiers là-bas. Déjà ici parfois les petites rues c'est difficile à trouver, alors là-bas où je ne connais pas !

Moi : Et le fait de partir seule dans ces conditions, avec parfois des conditions climatiques difficiles en hiver ?

Interviewé : Je le faisais déjà avec les pompiers à l'époque donc bon. Le seul truc qui pourrait être problématique pour une fille, c'est la sécurité : qu'on soit sûr que ce ne soit pas un truc pourri !

Moi : Le fait d'être seule est donc un frein ?

Interviewé : Oui, ça ce serait un frein, car j'aurais du mal à me défendre si jamais je me faisais agresser. Après je n'y pense pas moi, je pars, je suis déjà partie des fois avec les pompiers dans des endroits bizarres pour une soi-disant plaie à Y et le gars était gitan. Mon ex-mari les connaissait par le biais des pompiers et me disait de faire attention de ne pas les contredire ou les contrarier. Donc oui, c'est peu rassurant. Et en plus à l'époque c'était le SAMU qui m'avait envoyée, sans me prévenir que je courrais potentiellement un danger et que c'était des gens vraiment bizarres et potentiellement violents, alors qu'ils savent très bien qui c'est à force de les voir, donc ils pourraient nous prévenir. Ça, ils le font pas non plus.

Moi : Donc cet aspect de ne pas savoir sur quoi on va tomber peut effrayer ?

Interviewé : Oui, ils ne nous disent pas toujours tout malheureusement, alors même qu'ils le savent.

Moi : Au final, par rapport à votre parcours de médecin pompier notamment et la gestion des urgences à ce niveau-là, l'aspect responsabilité professionnelle, par rapport à la gestion d'une urgence, le ressenti et l'aptitude à gérer l'urgence, est-ce que ça a pu vous freiner par rapport à l'intégration au dispositif ?

Interviewé : Je dirais que oui, maintenant un peu plus, parce que je fais beaucoup moins d'urgences en ce moment, mais quand j'étais dedans non, ça ne me gênait pas, ça me mettait un peu de palpitant dans mon métier, c'était sympathique, ça ne me dérangeait pas, mais là je pense que j'aurais besoin de formation et de remise à niveau, car j'ai dû oublier.

Moi : Par rapport aux gestes techniques dont vous aviez plutôt l'habitude auparavant ?

Interviewé : Piquer, je le faisais, mettre de l'oxygène, je le faisais, je perfusais, j'ai même une fois réduit une fracture du fémur. Mais ça m'avait fait peur, car je n'avais jamais fait ça, mais avec l'aide du médecin du SAMU ça a été. Par chance, elle n'a pas eu de lésion nerveuse ni vasculaire, mais personne ne voulait le faire, ni les pompiers, ni l'infirmière des pompiers. Donc oui, si j'ai un support technique derrière, on va dire pourquoi pas, parce que je pense que derrière le téléphone, il y a un médecin du SAMU qui a l'habitude de faire de l'urgence, plus que nous forcément, donc ils peuvent aussi nous aider. Les doses d'HYPNOVEL par exemple, je ne les connais pas par cœur ; sur ce genre de choses, ils peuvent nous aider parce que ce n'est pas vraiment à ce moment-là qu'on va commencer à sortir notre VIDAL (rires).

Après pour le médecin pompier, ils faisaient un petit carnet avec les situations les plus courantes, les arrêts cardiaques, les accouchements, les embolies ; c'était pas mal fait, les doses étaient déjà pré-calculées.

Moi : Oui un carnet, un mémo pour aider dans ces situations d'urgence. Donc le fait d'être sorti de ce cycle des urgences en abandonnant les pompiers, ça aurait pu être un frein pour vous ?

Interviewé : Oui, un frein pour réintégrer, car quand on ne pratique plus on perd l'habitude. Quand je suis sortie de la fac, en tant que médecin généraliste, je sortais pour des urgences, donc j'étais habituée. J'ai enchaîné avec les médecins pompiers, mais là, c'est sûr que de sortir du circuit des pompiers (ça fait 4 ans), c'est plus compliqué pour moi aujourd'hui, et puis il n'y a pas que ça ! Avant les urgences, quand moi j'ai commencé à être médecin généraliste, les grosses urgences, on nous envoyait dessus aussi, je les ai faites, avec zéro matériel, on se démerdait comme on pouvait. Aujourd'hui, on n'a plus ça du tout.

Moi : Oui vous n'êtes plus du tout sollicités pour les urgences vitales ?

Interviewé : Ah non, non. Quand on vous appelle, qu'on vous dit : « Est-ce que vous pouvez aller faire un ECG parce que les pompiers sont sur place, il n'y a rien, mais on veut être sûrs ! ». Ça me fâche, parce que là, je ne suis bonne qu'à faire un ECG quoi !

Moi : Le fait de plus avoir été sollicitée et de perdre l'habitude de la gestion de l'urgence, ça clairement c'est problématique, et c'est quelque chose qui ressort dans les entretiens régulièrement.

Interviewé : Ben oui, on nous a volontairement laissé les gens que personne ne veut voir à l'hôpital ou ceux qui ont trop bu, ceux qui tombent, les fièvres, les suspicions d'AVC qu'on m'adresse en

permanence de soins. J'y vais, mais quand c'est un AVC, il va quand même falloir aller à l'hôpital. Il faut savoir, soit on nous sort du système, mais on ne nous sort pas pour nous réintégrer sur autre chose. Ils nous ont sortis du système des vraies urgences. Il y a une autre chose qui est assez déplaisante : je vois une urgence, admettons une embolie pulmonaire, j'appelle le SAMU, ils m'envoient le véhicule du SAMU; je les ai appelés, j'ai fait le bilan, je transmettais les constantes et tout, et là ils te disent : « Passez moi le DEA pour qu'il nous donne les constantes ». D'accord, ça veut dire quoi ? Qu'ils ne me font pas confiance ? Comme si moi quand je disais qu'il a 11 de tension, je disais n'importe quoi. Oui, ils nous ont écartés, ils font presque plus confiance aux ambulanciers du SAMU qu'à nous. Donc à un moment, je n'appelle plus, je n'ai même plus envie, c'est désobligeant ce genre de comportement. Vous verrez, je ne vous le souhaite pas, mais ça fait bizarre : « Passez-moi le DEA » ; et il répond la même chose que ce que je leur avais transmis et ils viennent contrôler, à un moment ce n'est pas acceptable !

Moi : Est-ce que vous voyez d'autres freins encore qui ont pu expliquer la difficulté d'intégrer de manière large le dispositif ?

Interviewé : On n'est plus assez nombreux, je pense que ça aussi ça doit ressortir : on n'est plus assez nombreux pour travailler, et on est tous surbookés et débordés. Les seules journées de congés que je prends, je les utilise pour faire ma mammographie, mes dents, mes examens personnels parce qu'il faut aussi que je les fasse, ou encore ceux de mes enfants. On n'a jamais le temps pour rien. En 1999, quand j'ai commencé, ce n'était pas comme ça du tout, je rentrais à 19h30, là aujourd'hui je rentre, il est 22h !

Moi : Oui c'est sûr que la pratique de médecine générale est très chronophage.

Interviewé : Oui, moi j'aime bien, ça a beau être chronophage, on fait 50h par semaine, on cotise à fond les manettes, on n'aura pas la retraite qui va derrière par rapport à notre taux horaire, et on va travailler encore plus longtemps que certains. Moi j'ai une copine qui est fonctionnaire, qui travaille 35h par semaine, qui cotise 48 euros pour la retraite par mois et qui va toucher environ la même chose que moi à la retraite. Il y a un problème quelque part, alors heureusement que j'aime ce que je fais car sinon je ne le ferais pas. Je me souviens, que lorsqu'on a ouvert la maison médicale, de ce qu'avait dit le maire, qu'on ne voulait plus faire de gardes : non, ce n'est pas vrai, ce n'est pas qu'on ne veut plus en faire mais pas dans les conditions actuelles, il n'y a plus personne qui est motivé à les faire parce que ce n'est pas motivant ; ils nous envoient juste sur les interventions qu'ils ne veulent pas faire, à force c'est lassant, et après tu vois passer le SAMU chez des patients à moi ! Une patiente à moi a fait un malaise chez elle avec un choc septique, on ne m'a même pas appelée, ils ont appelé le 15 et pas moi ! L'ARS voudrait maintenant qu'on vienne participer mais c'est vrai que c'est un peu déstabilisant, quand on ne vous appelle pas pendant 3 ans (genre tu ne sers à rien !) et d'un coup on vous rappelle, non !

Moi : Oui un manque de considération de la part des autorités.

Interviewé : Oui, largement, on n'est pas des spécialistes, d'accord mais bon. Moi mon beau frère est spécialiste, ce que je fais il n'est pas fichu de le faire, donc ça ne veut rien dire. Je ne dis pas qu'on est meilleurs qu'eux, mais bon, chacun à sa place!

Moi : Encore d'autres freins ?

Interviewé : Non, ce n'est déjà pas mal, non ?

Moi : Oui en effet, et par rapport à ces freins, il y aurait des pistes d'améliorations que vous pourriez proposer ?

Interviewé : Je n'ai jamais trop réfléchi à comment on pourrait améliorer, car on nous impose plus les choses. Jusqu'à présent ça a été : « Fais comme ci, comme ça ! », sans trop nous demander notre avis, on nous donne juste des directives : « Ne prescris pas trop d'arrêts, pas trop ce genre de médicaments ! ». J'aime ce que je fais, mais tout le côté administratif, c'est n'importe quoi et tout le reste par rapport aux urgences du SAMU et aux urgences tout court ça aussi c'est n'importe quoi ! Donc non, je n'ai jamais réfléchi car je pense que de toute façon ils ne m'écouteront pas. Peut-être après votre travail (rires). Il y avait X, X, et X, on était 4 médecins pompiers et on ne le fait tous plus pour les mêmes raisons : il n'y en a pas un qui a continué ; si, il y a X qui y est toujours mais il ne fait plus d'intervention. Ils vous diront tous qu'ils n'ont pas le temps. Ce serait peut-être une solution, d'embaucher des jeunes retraités pour se consacrer à ces urgences, car ils ont plus de temps que nous.

Moi : Très bien, merci pour toutes ces réponses.

Entretien MG10 :

Moi : Bonjour, je me présente : MENTZ Cédric, médecin généraliste à la clinique Saint-Luc en année thèse et mémoire, je suis assistant. Comme je l'ai dit, je viens dans le cadre du travail de mémoire de DES de médecine générale, où j'étudie le dispositif du MCS auprès des médecins libéraux, et particulièrement les freins qui ont pu être rencontrés en vue de la généralisation du dispositif. Une première partie, quelques questions pour établir un profil professionnel, quel est votre âge ?

Interviewé : 64 ans.

Moi : Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

Interviewé : Depuis 1984.

Moi : Sur Y?

Interviewé : Oui tout à fait

Moi : Donc au départ vous étiez seul ?

Interviewé : Oui, au départ j'étais en création, seul, pendant 15 ans, 10 ans à deux, et depuis 2011, ici en maison de santé.

Moi : Donc c'est une SISA ici ?

Interviewé : Oui.

Moi : Est-ce que votre domicile personnel est situé sur le territoire de la vallée de la Bruche ?

Interviewé : Oui.

Moi : Est-ce que vous participez à la PDSA ?

Interviewé : Oui.

Moi : Donc ici c'est 20h-minuit, c'est bien ça?

Interviewé : Oui, j'étais un des deux qui était contre l'arrêt des nuits profondes.

Moi : Ça s'était fait à quelle époque ?

Interviewé : Il y a 4-5 ans à peu près, mais je n'ai pas mon ordinateur pour vous dire précisément.

Moi : Vous étiez plutôt contre ?

Interviewé : Oui, j'étais contre, parce que j'estime qu'on a à être là. Après ce qui a favorisé aussi, c'est que vous êtes là, à la clinique Saint-Luc, qu'il y a une permanence de soins là-bas, sinon on n'aurait peut-être pas arrêté.

Moi : Êtes-vous ou avez-vous été médecin sapeur-pompier ?

Interviewé : Je suis médecin sapeur-pompier et j'étais aussi externe au SAMU à l'époque, j'avais fait des secours.

Moi : Donc vous faites à la fois de l'opérationnel, les visites médicales et vous suivez les formations ?

Interviewé : Que j'ai fait à une époque, maintenant ce n'est plus que des visites médicales et plus vraiment d'opérationnel.

Moi : Mais vous êtes toujours médecin pompier ? A Y?

Interviewé : Oui à Y.

Moi : Est-ce que vous avez une formation, une appétence à la prise en charge des urgences vitales ?

Interviewé : Oui, je pense que je l'avais à l'époque, ayant fait du SAMU, mais après je ne l'ai pas perfectionnée, j'ai fait différents stages quand même lors de mon cursus mais ça s'arrête là.

Moi : Vous étiez passé en tant qu'externe au SAMU ?

Interviewé : Oui j'étais en tant qu'externe au SAMU, j'ai fait un stage de 4 mois et après j'ai continué à faire des gardes.

Moi : Pendant l'internat ?

Interviewé : Oui et même après, et j'ai eu de la chance, parce que à l'époque, même en tant qu'externe, on pouvait encore faire des gardes hélico, donc j'avais fait 5 gardes hélico dans les années 80.

Moi : Vous étiez passé dans un service d'urgences aussi pendant l'internat ?

Interviewé : Ça n'existait pas comme aujourd'hui et l'internat c'était pas de la même façon non plus, car on avait nos stages d'externe qui remplaçaient un peu vos stages d'interne, aussi parce qu'en tant qu'externe, on avait le droit de faire plus de choses, des choses que vous avez le droit de faire en tant qu'interne. Oui j'étais en salle d'opération d'abord et après au SAMU avec des gardes.

Moi : Au niveau de la pratique de la médecine générale ça reste de l'omnipratique ou avez-vous tendance à orienter un peu votre exercice ?

Interviewé : Non c'est plutôt de l'omnipratique, un peu médecin du sport, mais voilà...

Moi : Vous avez un DU de médecine du sport ?

Interviewé : Oui voilà, plus de médecine de montagne, de plongée, et médecine de catastrophe aussi. A l'époque c'était une formation sur Nancy que j'avais faite en 3x 1 semaine je crois.

Moi : Dans le cadre de l'activité de médecin pompier alors ? Est-ce qu'il y avait une formation diplômante ?

Interviewé : Oui, il y avait au départ aussi une formation que j'avais faite du côté de Metz, bon ce n'était pas vraiment comme aujourd'hui mais il faut mettre les choses dans le contexte de l'époque.

Moi : Très bien. J'aimerais en venir sur un deuxième point, les connaissances que vous pouvez avoir sur le dispositif de MCS que ce soit au niveau national ou plus localement ici. Est-ce que vous connaissez ce dispositif ?

Interviewé : Oui bien sûr !

Moi : Que pouvez-vous en dire sur le plan national ?

Interviewé : National, je connais pas.

Moi : Donc c'est quelque chose qui a été mis en place pour être un relais du SAMU sur un territoire bien identifié, où le SAMU va mettre plus de 30 minutes à prendre en charge les urgences, c'est une régulation qui est faite par le SAMU, avec le médecin régulateur qui va déclencher le MCS simultanément à un SMUR de manière systématique, il y a un contrat qui fixe le lien fonctionnel entre le MCS et le SAMU, et le CHU de rattachement. C'est un médecin qui est formé à l'urgence, avec une formation initiale théorique, un stage pratique avec le SAMU, puis des remises à niveau annuelles. Comme c'est une délégation de service publique, le MCS va être couvert par la responsabilité administrative de l'hôpital de rattachement dans le cadre de cette activité-là. Plus spécifiquement ici que savez-vous du dispositif ?

Interviewé : Quand le dispositif s'est mis en place, je n'ai pas pu aller à la réunion et donc je n'ai pas fait le stage. Je sais qu'il y a un collègue qui avait fait, Dr X, il devait y avoir une deuxième formation mais qui n'a jamais eu lieu, j'étais toujours à l'affût de ça et finalement ça ne s'est pas fait, c'était il y a 4-5 ans je crois.

Moi : C'était en 2013/2014.

Interviewé : Oui voilà, j'attendais un deuxième stage mais ça ne s'est jamais fait, d'ailleurs X n'a pas participé non plus à ce dispositif mais je crois qu'il n'avait pas fini complètement sa formation.

Moi : Il y avait X effectivement, Dr X, et Dr X qui ont fait la formation.

Interviewé : Voilà, mais finalement personne n'a été intégré dans le système. Du coup au départ je pense que ça a été vu un peu comme ça et puis finalement le système s'est suffi à lui-même, uniquement avec les médecins de la clinique, et vu les horaires en plus. Je crois que nous, on était prévu à la base le soir de 20h à minuit, il y avait une histoire comme ça.

Moi : Ce qui est en place c'est un MCS stationné à la clinique Saint-Luc à Schirmeck, et ça couvre 8h-20H et 7j/7.

Interviewé : Oui, après c'est pendant votre temps de travail, vous êtes là.

Moi : Il y a un départ théorique en moins de 5 minutes avec le régulateur du SAMU qui appelle le MCS, le médecin va être détaché de son travail à la clinique lors d'une urgence du SAMU, les territoires concernées sont ceux de Schirmeck, Saales et Urmatt.

Interviewé : Longtemps ce rôle était réparti à nous, médecins pompiers. Pendant 20-25 ans, on a fait ce genre d'urgences, on partait sur des arrêts, sur plein de choses, ce que vous faites aujourd'hui, mais c'était peut-être moins fréquent. Après ce qu'il y a eu, les pompiers ont cherché à faire une garde de médecin sapeur-pompier dans les années 2000-2005, et nous, on n'a pas répondu présent, car manque de temps et on n'était plus assez nombreux. Petit à petit, des médecins pompiers il y en avait moins, et on faisait aussi des doublons avec les collègues médecins de garde de secteur en même temps, un manque d'organisation : je pense que c'est la raison pour laquelle le système a évolué différemment.

Moi : C'est aussi pour cette raison que par rapport aux pompiers, vous étiez un peu sorti de l'opérationnel ?

Interviewé : Oui aussi, et après ça s'est fait petit à petit car ça a évolué, il fallait se mettre sur un système de garde de BIP et je n'avais pas trop le temps donc je ne me suis pas mis dessus. Il y a des secteurs dans lesquels les médecins généralistes interviennent. Donc tout dépend de la disponibilité. Fin des années 2000, 2008/2009, on a commencé à mettre ça en place ce qui était quand même très lourd aussi et donc ça ne laissait pas beaucoup de temps à autre chose.

Moi : La partie d'astreinte chez les pompiers a été mise en place ?

Interviewé : Non, le fait de mettre cette maison de santé en place ici, c'était nouveau à l'époque comme concept, c'était innovant, mais c'était assez lourd et chronophage pour monter quelque chose de ce type, ça ne laissait pas de place à beaucoup d'autres choses. Si la clinique n'était pas là, il n'y aurait pas un MCS de cette façon-là ici.

Moi : D'accord, et l'opinion globale de ce dispositif sur le territoire de la vallée de la Bruche ? Son intérêt ?

Interviewé : Je pense que c'est bien, c'est un gros intérêt, car nous, maintenant, on est beaucoup moins présents sur l'urgence, par manque de temps aussi, car l'activité a beaucoup augmenté pour tout le monde. Des médecins sont partis et n'ont pas été remplacés, X, X. Ça n'a fait qu'augmenter le travail des autres.

Moi : Concernant le territoire qui a été pris en compte pour le dispositif du MCS, ça paraît justifié selon vous ?

Interviewé : Ça couvre les deux secteurs de garde, qui pour nous va d'ici jusqu'à Y, mais en fait la distance est quasiment la même vers le bas. Peut-être pas le même nombre de population, plus nombreuse en-bas.

Moi : J'aimerais approfondir le troisième point, qui correspond à la recherche des freins sur l'adhésion des médecins libéraux de la vallée. Vous avez déjà évoqué l'aspect, par rapport aux pompiers, contraignant des astreintes, le manque de temps au vu de la pratique de la médecine générale qui est chronophage, est-ce que vous aviez été contacté par l'ARS ?

Interviewé : Au départ oui, mais comme je n'étais pas à la réunion, je sais plus pour quelle raison, ils parlaient de faire un deuxième stage, qui n'a jamais eu lieu. C'était ça le véritable frein, car sinon j'aurais volontiers participé de 20h à minuit, je l'aurais fait, je ne trouvais pas ça gênant, j'habite en plus pratiquement à côté de la clinique donc ça ne m'aurait pas gêné. X aurait participé aussi mais il n'a pas fini son stage. Moi j'aurais pu faire, si j'avais commencé. Le frein c'est qu'il n'y a pas eu un deuxième stage, et que finalement on n'a pas été intégrés. Car X et X ont fait les stages et finalement on ne les a pas pris, enfin je pense que vous avez dû les contacter aussi, ça ne venait certainement pas de leur part les freins.

Moi : Oui, ils ont évoqué différentes raisons.

Interviewé : Oui car s'ils ont fait les stages, c'était pour pouvoir y participer.

Moi : Concernant l'attitude de l'ARS envers les médecins libéraux et envers la clinique Saint-Luc, est-ce que vous trouvez qu'il y a eu un manque de sollicitation, ou est-ce que cette attitude aurait pu expliquer que ça n'a pas pu se généraliser ?

Interviewé : Je ne sais pas qui a mis ce frein, est-ce que c'est l'ARS qui n'a pas voulu finalement intégrer les médecins généralistes, est-ce que c'est finalement la clinique qui n'avait pas besoin de nous, puisqu'elle était déjà auto-suffisante, moi je me pose la question. Le frein ne venait pas de nous je pense.

Moi : Quand j'ai évoqué ça avec les différents médecins, ils me disaient, que l'ARS avait déjà convenu quelque chose avec le Groupe Hospitalier Saint-Vincent et ensuite il y a eu beaucoup de questions qui sont restées en suspens au niveau de l'organisation notamment, où les médecins généralistes n'ont pas eu de réponse, ce qui a expliqué que ça n'a pas pu se mettre en place avec les médecins généralistes libéraux malgré la sollicitation de certains.

Interviewé : Oui, je pense que X et X étaient tout à fait partants, si ça avait eu une suite, ils auraient aussi participé. Et moi, s'il y avait eu une deuxième formation, pareil. J'ai demandé plusieurs fois, ça n'a jamais eu lieu; j'y aurais sinon aussi participé.

Alors je pense aussi que c'était peut-être plus simple de ne pas inclure les libéraux pour l'ARS à cause de l'assurance au niveau prise en charge, vous êtes couverts par l'hôpital. On peut se poser la question

si ce n'est pas ça aussi. Nous on est libéraux, alors peut-être qu'entre libéral et hospitalier, ça pose problème, je ne sais pas comment ça s'est passé dans d'autres régions de France.

Moi : En général, c'est des médecins libéraux qui font ça, d'où l'intérêt de savoir un peu ce qui a pu coïncider chez nous. Tout à la base, ça vient des médecins de montagne en Savoie ou Haute-Savoie, qui se sont spontanément rassemblés pour prendre en charge les urgences vitales. Ça a ensuite été légiféré en 2007, pour donner un vrai statut et après, ça s'est développé à partir de 2012, avec la promesse présidentielle de François Hollande de l'accès aux soins d'urgences en moins de 30 minutes sur le territoire national.

Interviewé : Oui, je pense que vous étiez autosuffisants et que vous n'aviez pas forcément besoin de nous. Il y a plein de facteurs à prendre en compte, ça ne vient pas, je pense, des généralistes. Autant je pense que les généralistes sont responsables de pas mal de choses, de la moindre prise en charge des urgences, ils s'en sont retirés. Le fait de ne plus faire de garde de nuit profonde, ça a commencé déjà il y a 30 ou 40 ans, quand j'étais encore étudiant, où les médecins généralistes à Strasbourg ne faisaient déjà plus de garde de nuit, ce qui a créé des structures comme SOS médecins. Ça a commencé là, et c'est là aussi que les urgences ont changé et ont commencé à être saturées. Avant les généralistes étaient plus présents, du coup les gens n'avaient pas besoin d'aller aux urgences.

Moi : Quand à l'aspect organisationnel du dispositif, avec le véhicule stationné à la clinique avec les médicaments et le sac Thomas, est-ce que ça aurait été un frein ?

Interviewé : Non je ne pense pas, mais après je suis un cas particulier, car moi je suis à côté, j'habite à côté de X, je passe devant la clinique, ça ne me fait pas un détour, ça peut être un frein pour les autres. Alors je ne sais pas si on aurait eu un sac Thomas par exemple avec nous. X à Y, il faut déjà descendre, c'est plus compliqué pour eux. Ça c'était peut-être un frein, et je pense qu'ils le soulèvent ça. Moi ce n'était pas un problème vu que j'habite à côté de Y.

Moi : Concernant les disponibilités éventuelles, avec aussi un système d'astreinte comme ça a pu être le cas avec les pompiers, est-ce que par rapport à une astreinte en journée, et une autre plutôt sur la PDSA, ça aurait pu être un frein à l'adhésion au dispositif ?

Interviewé : Au début, on était sensés faire de 20h à 24h, alors je ne sais pas si après il aurait été question de aussi participer en journée, ça aurait pu être un frein en partie oui. À moins de prendre des astreintes les jours de repos ou le weekend. Après, le fait d'avoir un interne, peut aussi permettre de partir, car l'interne est là.

Moi : En journée, ça aurait donc pu poser plus de soucis par rapport à la pratique libérale ?

Interviewé : Oui, ça je pense que c'est pareil pour tous les collègues.

Moi : Et l'astreinte pendant la PDSA ça n'aurait pas posé de soucis pour vous ?

Interviewé : Personnellement non, car moi j'habite sur place, le plus simple par rapport à certains d'entre vous. Il n'y a quasiment personne qui habite ici, moi j'aurais pu prendre ces gardes tranquillement chez moi, enfin tranquillement entre parenthèses, en plus ça m'a toujours plu de faire de l'urgence et des choses comme ça.

Moi : Justement, par rapport à l'aptitude aux urgences, que ce soit la gestion du stress, l'aspect plus technique des interventions, des prises en charge des urgences vitales, ce n'est pas quelque chose qui vous embêtait ?

Interviewé : À l'époque chez les pompiers, il n'y avait pas forcément d'infirmière, donc tout ce qui était piquer, intuber ça ne posait pas de problème. J'ai déjà intubé dans une voiture, entre deux toits, un peu dans toutes les positions, donc ça ne me posait pas problème, ça ne me stressait pas particulièrement. Après, poser des voies veineuses centrales, ça c'est autre chose. Après, il y a des choses qui peuvent s'apprendre aussi, surtout maintenant avec les mannequins, il y a moyen de se former encore.

Moi : Concernant la responsabilité de la prise en charge des urgences vitales, c'est une responsabilité administrative qui couvre le MCS dans le cadre de ses fonctions, c'est quelque chose qui pouvait faire peur ?

Interviewé : Non, pas du tout.

Moi : Éventuellement l'aspect financier d'une rémunération ?

Interviewé : Non ce n'était pas ça l'argument.

Moi : Pas une incitation, ni un frein ?

Interviewé : Non pas du tout, pas une incitation car vu notre activité, on n'a pas besoin de ça, et frein non plus. C'est vrai que nous en PDSA, on est bien payés, les internes en sont demandeurs en plus, car par rapport aux gardes à l'hôpital ils gagnent bien plus. Je pense que pour nous, ce n'était pas un frein, on n'a pas besoin de ça pour avoir un plus.

Moi : Sur le plan géographique, par rapport au territoire couvert entre Saales et Urmatt, est-ce que pour vous ça aurait posé un souci ?

Interviewé : Non.

Moi : Y est quand même assez central.

Interviewé : Oui, encore une fois, ceux qui sont aux extrémités, c'est sûr que ça pose problème, mais pour moi non, c'est pratiquement notre intervention quotidienne.

Moi : Est-ce que vous voyez d'autres freins encore à la généralisation de ce dispositif ?

Interviewé : Les freins que je vois, actuellement, c'est l'évolution des générations. Tous ceux qui participaient (X, moi-même, X sans doute aussi), on a fait du SAMU à l'époque, plus sapeurs-pompiers, mais les jeunes d'aujourd'hui ne sont plus trop là-dedans, ça ne les intéresse plus trop et il y a beaucoup de femmes (60%) qui n'ont pas forcément envie de faire ces choses-là. Les jeunes globalement, sauf quelques passionnés qui ont une vocation, mais autrement les jeunes installés, je ne sais pas si ça les botte.

Moi : Oui, j'ai l'impression que chez les jeunes générations, soit on est vraiment intéressés par ça et on fait le DESC, ou la CAMU, soit on ne s'intéresse pas à ce type d'activité.

Interviewé : À l'époque, moi, je l'aurais fait, ça c'est clair, après il y a que quelques passionnés. Nous on était quasi tous passionnés à l'époque. On était une dizaine de médecins sapeurs-pompiers dans la vallée, aujourd'hui il n'y en a quasiment plus, ça ne les intéresse pas. Je ne pense pas que ma fille soit motivée à faire médecin sapeur-pompier ou ce genre de choses ou MCS. Déjà, dans ce genre de structure, il y a beaucoup de boulot, et il n'y a pas de place pour encore autre chose. A l'époque, on avait peut-être plus le temps pour faire autre chose en plus.

Moi : Pour vous plus personnellement, cette formation qui n'a pas pu se faire vous aurait intéressée ?

Interviewé : Je le voyais aussi comme une occasion, de continuer un peu après encore, comme X, maintenant c'est raté, je ne veux plus le faire à un an et demi de la fin. Mais c'est un petit regret oui, car j'aurais bien aimé faire ça, ça m'aurait intéressé. Je l'ai dit haut et fort en plus, mais j'avais loupé cette formation.

Moi : Pour vous, dans votre cas, ça paraît quand même être un manque de sollicitation de l'ARS ? Car à l'époque, ils avaient invité tous les médecins à cette réunion, il n'y a pas eu de sollicitation plus personnelle ?

Interviewé : Je crois que j'étais quand même à la réunion au départ, mais pas au stage où je n'ai pas été sollicité, peut-être aussi pris de court et pas fait attention. Je n'ai pas fait le stage et donc après, je comptais faire la deuxième session et finalement ça ce s'est pas fait, car vous avez été suffisants donc il n'y avait plus besoin de nous solliciter.

Moi : Est-ce que vous pouvez proposer des pistes d'améliorations pour faciliter l'intégration de médecins libéraux dans ce dispositif ?

Interviewé : Les médecins libéraux qui veulent le faire, ils sont là, vous les connaissez. C'est plutôt l'ARS, qui devrait les solliciter. Je ne sais pas si X veut encore le faire maintenant ?

Moi : Ce qu'il évoquait, c'était plutôt le territoire qui pourrait lui poser problème car venant de Y.

Interviewé : Oui, ce n'est pas l'idéal pour lui géographiquement, peut-être qu'il l'avait vu comme ça. X je ne sais pas s'il a encore envie de le faire, je ne pense pas et je ne sais pas s'il y en a d'autres ?

Moi : Il y avait Dr X qui avait participé à la formation.

Interviewé : A part ces 4 là, il n'y a plus personne, donc la balle n'est pas dans notre camp, parce qu'il n'y a pas de candidats, et je ne sais pas si aujourd'hui, il est question de nous intégrer encore.

Moi : La question principale, c'est le maintien du dispositif : il y avait des histoires de financement à la clinique, qui est financée par l'ARS, et il y avait des remises en question de ce financement.

Interviewé : Ah oui, donc ça risque de capoter quoi !

Moi : Oui, pour l'instant ça tient.

Interviewé : Oui, mais bon, du coup il n'est pas question d'intégrer encore des gens supplémentaires, ça va encore coûter plus cher. Tout ce qui est financement comme ça, s'il n'y a pas de loi qui fixe ça, ça ne peut pas être pérenne.

Moi : Oui ça reste appendu à des subventions.

Interviewé : Oui quelque part c'est bien beau tout ça, mais si l'ARS ne continue pas à subventionner, c'est foutu, malgré la bonne volonté des gens, et donc après il ne se mettra pas vraiment quelque chose de solide en place et on sera peut-être de nouveau plus sollicités, nous les libéraux.

Moi : Car à l'époque, vous étiez vraiment sollicités par le SAMU directement ?

Interviewé : Oui bien sûr ! Souvent les médecins pompiers surtout. Là, c'est moi qui n'ai pas donné suite au niveau des appels pompiers, mais ici on était aussi appelés. C'est vrai qu'ici, ça permettait plus de partir plus rapidement, parce qu'il y a d'autres personnes qui sont là. Quitte à laisser le cabinet seul, les gens ont la possibilité de se répartir ailleurs.

Moi : En tout cas, chez les pompiers, cet aspect contraignant des gardes et des astreintes avec bip, c'était quand même quelque chose qui à l'époque vous avait fait arrêter ?

Interviewé : Oui, je n'avais pas adhéré à ce système, parce qu'on était moins nombreux, en plus on n'était que 5 médecins sapeurs-pompiers à doubler les gardes des autres, en plus de nos gardes de médecins généralistes de secteur, c'était un peu compliqué, et puis on n'aurait pas réussi à couvrir la semaine et faire un jour par-ci, par-là, ce n'était pas logique. Je ne crois pas que les gens étaient prêts à ça.

Moi : Une sur-sollicitation ?

Interviewé : Ah oui ! Alors je ne sais pas, à priori, c'était apparemment que pour la nuit, la journée on continuait sûrement à faire appel au médecin traitant. X là-haut, il est encore sollicité beaucoup pour des urgences.

Moi : Après, il disait que ça avait tendance à être de moins en moins fréquent au final, pas forcément à cause du MCS, mais plutôt parce que le SAMU se prend plus le temps de demander au médecin d'intervenir.

Interviewé : Oui la régulation au niveau du SAMU est complètement différente par rapport à mon époque, les appels sont différents. Et bon à force de solliciter des médecins qui ne répondent pas et qui ne suivent pas, c'est tout ça, un ensemble de choses, c'est plurifactoriel.

Moi : Aviez-vous encore d'autres choses à ajouter à notre entretien ?

Interviewé : Je ne sais pas si j'ai pu répondre à vos questions ? Mais finalement, le frein qu'il peut y avoir, c'est surtout géographique. Moi qui étais totalement adhérent et qui le suis encore aujourd'hui, parce que je suis sur place. Finalement, les gens qui étaient motivés à l'époque se sont finalement rendus comptes que ça allait peut-être être compliqué à gérer, car ils habitent à l'extrémité du territoire. Et on ne peut pas juste se déplacer sur son secteur de garde, il faut aussi pouvoir intervenir sur le secteur d'à côté. Ce n'est pas logique, ça ne va pas sinon et ça coûte encore une fois deux fois plus cher.

Moi : Oui, ils voulaient quand même couvrir l'ensemble du territoire de la vallée de la Bruche.

Interviewé : Quand tu vois que le SAMU qui intervient met jusqu'à 30 minutes ! Là, nous, c'est 15-20 minutes maximum, donc c'était ça le but ! Ou alors il fallait prendre la garde à l'endroit où il y a le véhicule sur le secteur de Y. Peut-être que ceux qui habitent juste à 5 minutes auraient pu en être dispensés, mais les autres aux extrémités, ça ne pouvait pas aller.

Moi : Merci

Entretien MG11 :

Moi : Je me représente, MENTZ Cédric, assistant à la clinique Saint Luc à Schirmeck en année thèse-mémoire. Mon travail, je le fais sur le MCS sur le secteur de la vallée de la Bruche, j'essaie de savoir en particulier la connaissance des médecins généralistes sur ce dispositif, et leurs opinions, et les freins qui ont pu être rencontrés en vue de la généralisation de ce dispositif. Une première partie pour établir un profil professionnel, est ce que je peux vous demander votre âge ?

Interviewé : 67.

Moi : Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

Interviewé : Cela va faire 40 ans. Non 38 ans.

Moi : Et directement ici sur le territoire ?

Interviewé : Oui.

Moi : Donc vous êtes installé en association ?

Interviewé : Oui.

Moi : Est-ce que votre lieu de domiciliation personnelle est situé sur le territoire de la vallée de la Bruche ?

Interviewé : Oui.

Moi : Est-ce que vous participez à la PDSA ?

Interviewé : Oui.

Moi : Cela couvre la nuit profonde ?

Interviewé : Oui.

Moi : Êtes-vous médecin sapeur-pompier ?

Interviewé : Non.

Moi : L'avez-vous été ?

Interviewé : J'ai participé aux gardes des pompiers de Y pendant une dizaine d'années, mais à titre tout à fait bénévole, je n'étais pas médecin pompier, on me faisait sortir sur des sorties d'urgence.

Moi : Donc c'était une activité opérationnelle principalement ?

Interviewé : Oui.

Moi : Les visites médicales ?

Interviewé : Non, rien du tout, c'est non officiel, c'est quand ils avaient des urgences vitales, ils m'avaient donné un BIP, ça sonnait j'y allais. Une dizaine d'année on a fait ça, mais ce n'était pas du tout officiel et lorsque c'est devenu officiel, ça a été interdit.

Moi : Et c'était il y a combien de temps ?

Interviewé : Ça doit remonter à une quinzaine d'année, peut être 18 ans.

Moi : Et c'était sur Y ?

Interviewé : Oui.

Moi : Est-ce que vous avez une formation ou une appétence par rapport à la prise en charge de l'urgence vitale ?

Interviewé : J'ai fait un internat à Y en réanimation chirurgicale, j'étais interne en cardio, j'étais médecin régulateur du SAMU. Avec le Dr X on avait monté le SAMU 68 il y a 45 ans, moi je sortais avec les pompiers, avec le véhicule léger quand il y avait des urgences vitales, et j'étais régulateur à Mulhouse.

Moi : Dans votre parcours vous avez fait des DU ?

Interviewé : Non, c'était de la formation sur le terrain.

Moi : Donc une appétence pour la prise en charge des urgences ?

Interviewé : Ben jusque-là, j'ai toujours eu du matériel d'intubation, des perfusions, un défibrillateur dans le coffre de ma voiture.

Moi : Donc c'est quelque chose que vous aimez bien, aussi l'aspect technique ou la gestion des urgences ?

Interviewé : Oui, maintenant je le fais moins car on n'est plus trop sollicités, les choses sont parties, pas aux oubliettes mais bon, on le fait plus quoi !

Moi : Au niveau de votre pratique de médecine générale, ça reste de l'omnipratique ou est ce que vous l'avez spécialisée un peu ?

Interviewé : Non, je ne la spécialise pas.

Moi : Ensuite j'aimerais en arriver sur le dispositif du MCS qui a été mis en place. Est-ce que vous connaissez ce dispositif ?

Interviewé : Oui.

Moi : Sur le plan national, qu'en savez-vous ?

Interviewé : Sur le plan national, je ne sais pas à part les délais d'intervention, qui est le critère principal.

Moi : Donc ça a un rôle de relais du SAMU sur un territoire qui est bien identifié par les Agences Régionales de Santé, où le délai de prise en charge de l'urgence est estimé à plus de 30 minutes. C'est une régulation par le SAMU, avec le médecin régulateur qui déclenche le MCS simultanément au déclenchement d'un SMUR de manière systématique. Avec une adaptation des moyens en fonction du premier bilan du MCS. Il y a un contrat qui lie le MCS avec le CHU de rattachement à travers le SAMU, il y a différents statuts pour les médecins qui participent à ce dispositif, en règle générale c'est des médecins libéraux qui sont les principaux acteurs pour couvrir le maillage du territoire. C'est le SAMU également qui s'occupe de la formation à travers les CESU avec des formations initiales, des recyclages annuels et des doublures de gardes au SAMU. Par rapport à la responsabilité professionnelle, vu que c'est une délégation de service publique, c'est couvert par la responsabilité administrative du CHU de rattachement.

Sur le plan local que savez-vous de ce dispositif ?

Interviewé : Je sais que ce sont les médecins de la clinique Saint-Luc qui font ça et je ne crois pas qu'il y ait des médecins généralistes qui interviennent, autant que je sache.

Moi : Dr X est effectivement médecin urgentiste, pour le reste c'est que des médecins généralistes de formation qui sont stationnés à la clinique Saint-Luc. Vous en savez peut-être d'avantage encore ?

Interviewé : Non, je sais qu'à une époque, on nous avait demandé si certains d'entre nous, libéraux, voulaient en faire partie ; on nous avait dit on nous contactera pour des formations, et après, j'ai l'impression que c'est passé à la trappe, on ne nous a pas contacté, enfin pas moi en tout cas, mais ça c'était il y a 3-4 ans.

Moi : Il y a une convention mise en place entre les HUS de Strasbourg, l'ARS Alsace, le Groupe Hospitalier Saint-Vincent et des conventions individuelles avec chaque médecin qui participe ; c'est des médecins généralistes à part Dr X qui est effectivement urgentiste en plus. Le secteur concerné couvre le canton de Saales, Schirmeck et Urmatt, donc des territoires identifiés à plus de 30 minutes du SAMU de Strasbourg. La mission du MCS prime sur l'activité de la clinique, sauf urgence vitale, avec un déclenchement en moins de 5 minutes, par téléphone par le médecin régulateur du SAMU. Les horaires de couverture c'est 8h-20h, 7j/7 à la clinique, et il y a une centralisation logistique à la clinique, avec un véhicule subventionné par la Com-Com et l'entretien des médicaments par le Groupe Hospitalier Saint-Vincent. Quelle est votre opinion par rapport à ce dispositif et au territoire concerné ? Et par rapport à la prise en charge de l'urgence vitale, est-ce que vous avez l'impression qu'il y a eu des défaillances avant et que ça permettrait d'améliorer la prise en charge de l'urgence ?

Interviewé : Moi je trouve ça très positif, après c'est sûr que nous, de ce fait, quand il y a une urgence vitale, on n'est plus concernés, on a un peu du mal à donner notre avis. Je veux dire, si par exemple mon voisin fait un arrêt cardiaque, on ne va plus me solliciter, il y a des gens qui sont officiellement désignés pour faire ça. Je comprends après que le 15 ne peut pas, depuis un poste fixe, savoir géographiquement où les autres médecins sont situés, et à force de nous démobiliser, on s'est vraiment tous démobilisés ; enfin j'ai l'impression que les médecins de Y n'ont plus du tout envie, et puis sauf l'un ou l'autre, et par ici je crois qu'il n'y a plus personne. Moi je suis le plus vieux et à l'époque on faisait tous de l'urgence et je crois que là les jeunes n'en font plus du tout et ils ne sont pas intéressés, car je crois que quand on n'a pas de formation c'est un peu angoissant.

Moi : Oui, c'est effectivement aussi cette impression que j'ai pu avoir, les plus anciens qui participaient à cet aspect de la médecine générale ont été démobilisés, et les plus jeunes, n'ayant pas forcément la formation du DESC d'urgence, ne s'orientent pas du tout vers ce type de prise en charge. Par rapport au territoire sur la vallée, est-ce que vous trouvez ça cohérent ?

Interviewé : Oui je crois que oui, c'est bien centralisé Schirmeck par rapport à vers le bas et le haut de la vallée.

Moi : Donc globalement plutôt une opinion positive par rapport à ce dispositif ?

Interviewé : Oui, c'est une très bonne chose et souvent, c'est quand même eux les premiers sur place.

Moi : J'aimerais en venir sur les freins à la participation des médecins libéraux sur ce dispositif là. Vous l'avez évoqué vous aviez participé à des réunions au départ sur la gestion de l'urgence au sein de la vallée de la Bruche et la mise en place de ce projet. Vous n'avez jamais été sollicité directement m'avez-vous dit ?

Interviewé : Après cette réunion non, on a eu quelques messages par mail de Mr X, et puis d'un coup, il ne s'est plus rien passé, alors bon, on s'est dit que le système avait dû certainement fonctionner sans nous.

Moi : Donc à part avoir été convié pour participer à cette réunion vous n'avez plus été resollicité par après par l'ARS ?

Interviewé : Non.

Moi : Pendant cette réunion, qu'avez-vous pensé de l'attitude de l'ARS envers les médecins libéraux et envers le Groupe Hospitalier Saint-Vincent ?

Interviewé : Je ne me souviens pas très bien de l'avis de l'ARS. L'ARS, ils ont des avis qui ne nous intéressent pas beaucoup, ils sont dans des compétences limitées dans certains domaines, ils écoutent plutôt ce que disent les professionnels et essaient de se ranger derrière, mais bon après, ils prennent des décisions qui sont des fois d'une logique administrative et pas forcément celle du terrain.

Moi : À l'époque, ils vous avaient dit qu'il y aurait des formations pour le MCS, mais au final ils ne vous ont jamais proposé d'y participer ?

Interviewé : Oui, il n'était pas question d'être un urgentiste sans avoir de formation, ce que je comprends parfaitement, en plus, à part quelques gestes techniques, il y a des médicaments d'urgence qui sont des grandes spécialités, donc oui, il fallait évidemment se former un minimum.

Moi : D'accord mais ils ne vous ont jamais proposé de le faire concrètement ?

Interviewé : Non.

Moi : À l'époque, est-ce que vous auriez été prêt à intégrer le dispositif et en quoi ce dispositif aurait-il été susceptible de vous intéresser ?

Interviewé : Ben c'est parce que je suis un vieux médecin, j'ai une mission médicale, je pense qu'écarter le médecin des urgences ce n'est pas bien, alors je trouvais que c'était normal qu'on soit intégré à ça, mais à l'heure actuelle, c'est devenu une hyper-spécialité, que c'est vrai que quand on est jeune, on peut freiner les 4 fers pour s'y engager, car on a l'impression que c'est un truc très réservé.

Moi : Mais vous n'étiez pas opposé à l'idée d'y participer ?

Interviewé : Non je n'étais pas opposé à l'idée de participer, après je ne dis pas que j'aurais été le meilleur et le plus présent, mais faire une garde de temps en temps, pourquoi pas. Moi je fais des gardes de toute façon.

Moi : Quels ont été les difficultés rencontrées à votre avis pour la généralisation de ce dispositif ?

Interviewé : Je pense que c'est une longue histoire, je crois qu'à un moment donné, il y a eu des médecins pompiers qui ont fait des formations, ceux de Y notamment, et à un moment donné on nous a dit : « non, vous n'êtes plus compétents, il n'y a plus que le SAMU qui va sortir sur les urgences et donc on n'a plus besoin de vous ! » et je crois que quelque part ceux qui étaient formés, qui avaient envie de faire de l'urgence, quand on leur a dit : « on n'a plus besoin de vous ! », ben ils se sont dit : « Puisque c'est comme ça, ok, on rend notre tablier ! », et maintenant on leur redemande d'en refaire partie ? Je crois que les vieux (enfin c'est moi le plus vieux), il y avait le Dr X et le Dr X qui étaient tout à fait motivés, enfin ils étaient médecins pompiers, Mr X je crois qu'il l'était aussi et on leur a dit : « On n'a plus besoin de vous ! ».

Moi : Donc ceci avant la mise en place de ce dispositif et puis ensuite ils se sont remis à les solliciter ?

Interviewé : Et donc quand on leur a redemandé, ils ont répondu : « Ah bon, on existe encore ? ». Donc quelque part, je crois que ça a été un peu un truc comme ça. Je n'ai jamais fait partie du système, encore que un petit peu à Y et on nous a aussi dit : « On n'a pas besoin de vous, on a nos hommes sur place ! », donc ok, je suis parti. Et quand on revient à la charge après. Je trouve que c'est quand même le patient le plus important et sa prise en charge, on ne doit pas se venger au service des rouges et des

blancs : si on a besoin de nous il faudrait y être. Bon, maintenant je peux le dire, puisque je n'en ferai plus partie. (rires)

Moi : Donc cette démobilisation des médecins généralistes de l'urgence, dans un premier temps, qui explique effectivement. Est-ce que vous voyez d'autres freins, vous, plus personnellement qui vous auraient repoussé ?

Interviewé : Non pas d'autres freins.

Moi : Sur le plan géographique, et concernant la logistique, avec l'organisation de ce dispositif autour de la clinique Saint-Luc, est-ce que, pour vous, ça aurait pu être un frein pour les médecins libéraux ?

Interviewé : Ça dépend, moi je peux faire les gardes éventuellement de chez moi, puisque j'habite à 5km de la clinique, et c'est un truc où je me suis dit pourquoi pas le faire depuis chez moi. Mais aujourd'hui, les médecins de campagne habitent à la ville. Mais en même temps c'est bien de pouvoir couper correctement, c'est bien !

Moi : Là, pour vous en tout cas, ce n'était pas un problème puisque vous habitez sur le territoire ?

Interviewé : Non.

Moi : Par rapport à votre formation et l'activité que vous avez pu avoir au sein des pompiers, l'aptitude à l'urgence, que ce soit le stress, les gestes techniques ce n'était pas quelque chose qui vous embêtait ?

Interviewé : Non.

Moi : Concernant le fonctionnement du cabinet médical et la participation au MCS, est-ce que ça aurait pu être problématique d'associer les deux ?

Interviewé : Ça aurait été un peu problématique, mais pour l'urgence vitale, les gens ont l'intelligence de comprendre que si c'était pour eux, on viendrait, donc ils acceptent assez bien en général. Bon, il y en a toujours quelques-uns qui râlent, car il m'arrive de partir pour des urgences encore, mais non, à partir du moment où on est sollicité, on ne peut plus travailler sereinement, donc moi je plaque tout et j'y vais en informant mes patients de la situation et que je reviens le plus tôt possible, quitte à y retourner dans la soirée pour faire le point, et les gens acceptent assez facilement. Non c'était un peu un problème, mais non ça ne doit pas être un problème.

Moi : Donc ça aurait surtout pu poser problème si les gardes étaient lors des horaires de consultation de journée ?

Interviewé : Oui c'est ça.

Moi : La nuit ça ne vous aurait pas embêté ?

Interviewé : Non, pas plus que ça.

Moi : Concernant les disponibilités pour des astreintes, vous auriez été enclin à participer ?

Interviewé : Oui, bon je n'avais pas signé encore à l'époque, j'avais dit que j'étais peut-être intéressé, après il fallait peut-être encore définir les grandes lignes, en gros je savais qu'il fallait, de temps en temps, partir en urgence.

Moi : L'aspect financier d'une éventuelle rémunération, ça aurait pu être une incitation ou un frein ?

Interviewé : Non, ni l'un ni l'autre.

Moi : Concernant l'aspect de la responsabilité professionnelle, le MCS est couvert par la responsabilité administrative de l'hôpital : est-ce que, par rapport à la prise en charge et la gestion de l'urgence, c'est quelque chose qui pouvait effrayer, par rapport à l'activité libérale classique ?

Interviewé : Oui, certainement quand même, car si on n'a pas la compétence, on se sent toujours un peu en défaut par rapport à ce qu'on aurait éventuellement pu faire, mais on savait aussi que le SMUR arrivait derrière. Les premiers gestes, c'est le basique : ventiler, masser, défibriller, je pense que c'est des choses qu'on aurait pu faire. La responsabilité... On sait que les autres arrivent après et puis les gens de la vallée de la Bruche sont corrects, ils sont contents que l'on s'occupe d'eux et quand il y a une urgence, j'ai rarement vu quelqu'un qui râlait car on a arrêté des soins ou autre, ici ils ne sont pas très compliqués, je sais pas comment ils sont ailleurs, mais ici ça va !

Moi : Et donc par rapport au fonctionnement du cabinet, est-ce que ça aurait pu désorganiser le travail éventuellement ?

Interviewé : Oui mais bon, c'est comme ça, encore une fois je pars souvent en urgence. Si on me dit que quelqu'un fait un AVC, il ne peut plus parler, ou bien il ne bouge plus, je plaque tout et je m'en vais, je leur dis dans la salle d'attente. Mes patients le savent, et les gens le comprennent, ceux qui

n'ont pas le temps partent, ceux qui ont vraiment envie de rester restent et on ne m'a jamais fait un reproche quelconque.

Moi : C'est aussi dans le cadre de la déontologie médicale que vous vous voyez participez à l'urgence ?

Interviewé : Oui, parce que après 40 ans de carrière, se retrouver à ne plus avoir cette compétence-là alors qu'on en a tous fait à l'époque, et on était les premiers appelés, et c'est le SAMU qui nous appelait en plus !

Moi : Donc ce que vous évoquez, c'est clairement la démobilisation de la part du SAMU des médecins libéraux pour la gestion de cette première urgence, qui, à votre avis, est vraiment le principal déterminant ?

Interviewé : C'est ça, je ne dis pas qu'eux ne sont pas compétents et qu'ils ne font pas tout pour que ça se passe bien, mais en tout cas, le fait qu'ils aient mis la main sur l'urgence avec une exclusivité, a fait que les gens se sont démobilisés.

Moi : Donc pour ce dispositif, dans l'optique d'une généralisation plus large, est-ce que vous auriez des pistes d'améliorations, pour faciliter l'accès à ce dispositif aux médecins généralistes libéraux ?

Interviewé : Non, là je ne sais vraiment pas comment les remobiliser, enfin pas tellement pour les remobiliser mais plutôt former les internes à l'urgence, je ne sais pas si toi tu es formé à l'urgence ? (Etudiante qui parle : on est passé au stage d'urgences qui est obligatoire, mais après, tout ce qui est gestes de réanimation, on n'en fait pas particulièrement).

Parce-que ce qui freine, je crois, les jeunes médecins, c'est de ne pas savoir quoi faire quand il y a une urgence vitale, et ça repousse fortement. Et si on leur dit : « Nous on veut bien s'en occuper, nous on est là ! », ben ok, merci, ça rassure. J'ai l'impression qu'il faudrait peut-être tout simplement former tous les internes aux gestes techniques d'urgence et puis essayer de repérer éventuellement ceux qui ont envie de faire ça.

Moi : Concernant la formation qui a été proposée au départ, de deux jours de formation initiale théorique avec encore une fois 2 jours de gardes de SAMU, avec des recyclages annuels, c'est quelque-chose qui vous paraît insuffisant ? Que ce soit pour vous, ou aux plus jeunes générations ?

Interviewé : Je ne pense pas que ce soit insuffisant, mais après, une fois qu'on a fait de l'urgence, on essaie de rester un peu un pied dedans. Si on commence, il faut continuer à se former tout le temps un petit peu et se renseigner, après il n'y a pas non plus 100 000 choses, les gestes techniques il faut les apprendre, ça c'est clair, ce n'est pas évident.

Moi : j'ai fait un an d'anesthésie donc je piquais tous les jours, donc mettre une perfusion, ça ne me fait pas peur, intuber pareil, je pense que je n'ai pas zéro formation. Si on a eu une formation, qu'on l'a faite sérieusement et qu'on la met en pratique, on est honnête, on n'est pas obligé de sauver tout le monde, mais au moins on a fait ce qu'il fallait pour donner sa chance à celui qui en avait besoin.

Moi : Très bien, d'autres choses à ajouter ? D'autres freins ? D'autres pistes d'améliorations ?

Interviewé : Non, on pourrait certainement en parler longtemps mais je crois que l'essentiel est dit.

Moi : Je vous remercie pour cet entretien.

ANNEXE IV.2 :

Grille d'analyse
thématique de l'étude
qualitative

| Thème | Sous thème | Catégorie | Nœuds de sens | Citation Verbatim | |
|----------------------------|--|--|---|---|---|
| Connaissance du dispositif | Dispositif national | Absence d'intérêt | Aucune | "Non, ça ne m'intéresse pas. On a été concertés assez tardivement" V9p62 | |
| | | | Rien, j'en sais rien" V1p4 | | |
| | | Connaissance partielle | Relais du SAMU dans les zones isolées | "National, je connais pas." V10p70 | |
| | | | | "des médecins (...) qui peuvent être amenés à effectuer des missions hors établissement en tant que MCS, en attendant d'être rejoints par le SAMU secondairement" V2p11 | |
| | | | | "C'était pour nous solliciter, nous généralistes, pour intervenir, parce qu'on est loin du SAMU" V6p42 | |
| | | | | "Les autorités de santé, ont essayé de développer un dispositif qui permet de pallier ce délai qui était trop long pour amener au patient une équipe médicale formée, pas au rabais, mais quand même, plus qu'un généraliste lambda, pour faire les premiers soins. Donc prendre le relais du SAMU." V4p79 | |
| | | | | Origine du dispositif | "enfin j'ai entendu dire qu'en Savoie je crois, on a intégré un dispositif comme ça dans une zone considérée comme désertique." V8p53 |
| | | | | Territoires spécifiques concernés | "c'est un peu par secteur, mais ce n'est pas partout il me semble. C'est sur certains territoires, en montagne principalement et que ce n'est pas encore généralisé" V5p35 |
| | | | Exemple de dispositif MCS/fonctionnement (hors vallée de la Brûche) | "Montpellier (...) puisqu'ils avaient une garde pompier, ils avaient une VLM, tu avais les pompiers de garde avec eux, et donc il partaient sur les interventions, accompagnés des pompiers. Et pour les médecins généralistes qui étaient un peu à l'extérieur comme moi, ils ne médicalisaient que leur secteur" V3p18 | |
| | | | | Réduction des délais (<30 min) | "Sur le plan national je pense savoir que ça découle de la volonté à une époque que chaque patient soit pris en charge dans un délai de moins de 30 minutes, quel que soit son lieu en France." V7p48 |
| | | | | Responsabilité professionnelle Secteur géographique concerné | "Sur le plan national, je ne sais pas à part les délais d'intervention, qui est le critère principal." V11p78 "Par rapport à la responsabilité, c'était pris en charge par le SAMU." V7p48 "on parle du secteur qui va d'Oberhaidich jusqu'à Sauter." V8p54 "vous êtes tous formés et recyclés régulièrement." V7p48 |
| | | | | Formation MCS (ouverte aux MGL) | "Je sais que j'ai des collègues qui ont fait les formations à Strasbourg, mais à ma connaissance, ils ne font pas partie du dispositif" V5p35 "c'est effectivement le médecin régulateur du SAMU à Strasbourg qui déclenche et qui envoie à ce moment-là une équipe SMUR en même temps que vous" V8p54 |
| | Dispositif local | Connaissance partielle | Mode de déclenchement | "on les voit partir avec un 4x4, mais voilà, c'est tout. Je ne sais pas exactement, je pense qu'ils sont déclenchés dès qu'ils pensent que c'est une urgence vitale je suppose." V9p61 "Je sais que vous avez un médecin qui fait 8h00-20h00 tous les jours, les week-ends compris" V1p4 "Ce que je ne sais pas, depuis peu, si ils font encore le soir et la nuit ? En journée jusqu'à 20h oui, mais le soir, la nuit, je ne sais pas si ça tourne toujours." V6p42 "vous ne faites que 8h-20h" V7p48 "C'est vous qui l'assurez, de 8h à 20h, le week-end aussi." V8p54 "Je crois que nous, on était prévu à la base le soir de 20h à minuit, il y avait une histoire comme ça." V10p71 | |
| | | | Couverture des horaires de PDSA par les MGL | "Je crois que le financement a été un peu partagé par des politiques locaux, au niveau du véhicule notamment, il me semble, non ?" V4p29 "qu'ils ont un véhicule à disposition financé par la COM-COM." V7p48 "C'est porté par le Groupe Hospitalier Saint-Vincent." V4p29 "Je sais que ce sont des médecins de la clinique Saint-Luc" V5p35 | |
| | | | Financement politique local du véhicule | "Pour l'instant, c'était assuré par la clinique Saint-Luc principalement, il y a un relais, ils ont un véhicule" V6p42 "Saint-Luc s'est greffé dessus car cela leur permettait de leur donner une légitimité." V7p48, "Je sais que c'est les médecins de Saint-Luc qui font partie de ce dispositif" V7p48, "vous doublez vos gardes systématiquement avec une personne d'astreinte pour le MCS et une personne pour les urgences de la clinique" V7p48 "Donc ils sont sur place si j'ai bien compris, ils sont aux urgences en journée ?" V9p62 "Je sais que ce sont les médecins de la clinique Saint-Luc qui font ça et je ne crois pas qu'il y ait des médecins généralistes qui interviennent, autant que je sache." V11p78 | |
| | | | Dispositif posté à la Clinique Saint-Luc (GHSV) | "Je sais qu'ils sont là 24h/24" V3p19 "Oui, il est positif, moi je suis favorable à ce dispositif là" V2p13 "Après, j'ai plutôt une bonne opinion du dispositif" V8p53 ". Ça a l'air pas mal, de ce que j'en ai entendu (...) je les vois assez tourner et je pense que ça doit bien fonctionner." V9p62 "Moi je trouve ça très positif, après c'est sûr que nous, de ce fait, quand il y a une urgence vitale, on n'est plus concernés, on a un peu du mal à donner notre avis." V11p78 | |
| | | | Connaissances erronées | | |
| | | | Couverture des astreintes | | |
| | | Opinion globale | Opinion positive | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Opinion du dispositif | Place du médecin généraliste dans le maillage des urgences vitales | Rôle du médecin généraliste dans les urgences vitales | "le médecin est là pour pallier aux urgences vitales" V3p22; "Parce que le meilleur maillage des urgences vitales, pour moi, c'est les médecins généralistes, ils doivent pouvoir prendre en charge un arrêt cardiaque" V3p26 "Donc des arrêts cardiaques, on en croquera toujours. Se maintenir dans le bain, je pense que ça fait partie du service public et de ce qu'on nous demande." V7p50 | | |
| | | Diversification de l'activité de médecine générale | "Ben c'est parce que je suis un vieux médecin, j'ai une mission médicale, je pense qu'écarter le médecin des urgences ce n'est pas bien, alors je trouvais que c'était normal qu'on soit intégré à ça" V11p79 "C'était peut-être retrouver une place un peu plus adaptée au patient, être en première ligne de soins un peu urgents, un peu d'adrénaline, changer son quotidien." V4p32 | | |
| | | Poursuite d'une activité médicale pour les médecins en retraite | "Je le voyais aussi comme une occasion, de continuer un peu après encore, comme X, maintenant c'est raté, je ne veux plus le faire à un an et demi de la fin. Mais c'est un petit regret ou, car j'aurais bien aimé faire ça, ça m'aurait intéressé. Je l'ai dit haut et fort en plus, mais j'avais loupé cette formation." V10p75 | | |
| | | Soutien sanitaire au MG, diminution de l'angoisse du MG | "ça nous décharge un peu d'angoisse et puis même s'il y a un arrêt cardiaque, on a l'impression d'être un peu moins loin du SMUR. Donc il y a moins de stress." V5p36, "C'est un bon système, ça nous rend service, ça nous décharge un peu du stress, quand on a un patient qui n'est pas bien, on est content de les voir arriver. Ça nous simplifie un peu les choses." V5p40 "J'ai eu l'occasion de travailler avec eux : ils sont rapidement sur place quand même, on a tout de suite une aide et c'est quand même beaucoup plus confortable." V5p36 | | |
| | | Aide à la prise en charge des urgences au cabinet libéral | Moi, ça va bien parce que le travail est fait, il y a même des fois, j'ai vu intervenir quelqu'un ici" V1p9 | | |
| | | Collaboration médicale | "Donc si on a effectivement rapidement l'appui d'un médecin urgentiste, c'est pas mal." V6p43; "Oui, ben oui, ça peut nous aider, ce n'est pas forcément courant" V6p43 "Même les deux fois où j'ai croisé le MCS sans y avoir été invité, pour une petite qui faisait une crise d'épilepsie, je suis arrivé avant le MCS, il y avait déjà les pompiers, donc je me suis arrêté pour proposer mon aide, puis X est arrivé il y a toujours eu de bonnes transmissions, on ne s'est jamais marché dessus." V7p51 "J'ai eu des interventions avec des médecins correspondants du SAMU et on est contents de vous avoir." V8p54 "Pourquoi j'ai fait la formation ? Parce que premièrement j'aime bien les urgences, j'ai l'impression de faire de la médecine comme je l'ai apprise à la fac. Je trouve que dans l'exercice et la pratique médicale, ça permet de prolonger la formation de médecin." V3p21; "Le système MCS, il a ce point positif qui se rajoute, une fois que tu es intégré dans le MCS, parce que je me considère intégré, même si on ne me fait pas participer, ça m'a permis pendant 2-3 ans après ma formation initiale, de continuer à me former et de continuer à faire des gardes au SAMU, ce qui est quand même difficile à faire." V3p23 | | |
| | Aide au MGL dans la prise en charge des urgences vitales sur le territoire | Prolongement de la formation médicale personnelle | "j'avais fait quelques formations au SAMU et quelques gardes au SAMU pour me remettre un peu dans le bain." V7p49; "Pour maintenir une certaine formation, car des urgences vitales on y sera toujours confronté" V7p50 "J'aurais trouvé intéressant la formation d'urgence, c'est toujours bien de se remettre à jour." V8p56 "Après, il y a des choses qui peuvent s'apprendre aussi, surtout maintenant avec les mannequins, il y a moyen de se former encore." V10p74 "On nous enlève une épine du pied" V1p5 "En tous cas, une fois que c'est là, c'est certain que ça a un côté pratique, c'est clair. Pratique pour tout le monde, il y a un bénéfice à tout cela et il y a une forme de décharge du généraliste." V4p30 "Je pense que c'est bien, c'est un gros intérêt, car nous, maintenant, on est beaucoup moins présents sur l'urgence" V10p72 "On n'est pas bousculé par des urgences vitales sans arrêt" V6p43 | | |
| | | Médecins libéraux déchargés des appels SAMU | Oui, c'était au petit bonheur la chance, il fallait en trouver un qui était disponible. En terme de chances pour les gens, il vaut mieux un truc organisé. V2p13; "Oui il en cherchait un, quand il y avait une urgence, il appelait, et puis il y avait celui qui répondait, celui qui ne répondait pas" V11p82 "m'est arrivé que le SAMU m'appelle pour me demander si je pouvais me déplacer pour ceci ou cela. Je ne sais pas pourquoi ils m'appelaient, pourquoi moi, ce n'est pas des patients que je connaissais. Il m'est arrivé de répondre favorablement et d'autres fois de leur dire que je ne pouvais pas. Forcément, j'imagine que dans ces cas-là, ils ne peuvent pas m'obliger, ils se débrouillent, ça doit être le foutoir pour savoir qui va répondre, qui ne va pas répondre. C'est quand même un peu compliqué." V4p30 Quand tu ne te sens pas compétent pour assurer les urgences, tu dis qu'il faut envoyer quelqu'un d'autre. En ça je pense que le MCS est un bon système V3p20 | | |
| | | Interlocuteur référent formé pour la prise en charge des urgences | "Et si on leur dit : « Nous on veut bien s'en occuper, nous on est là », ben ok, merci, ça rassure." V11p82 "Je veux dire, si par exemple mon voisin fait un arrêt cardiaque, on ne va pas le solliciter, il y des gens qui sont officiellement désignés pour faire ça." V11p78 "si j'ai un jugement à apporter, je pense obligatoirement qu'il y a un jour où ça va m'aider, où je ne serais pas disponible" V3p21 "Je pense que localement, ça a changé quelque chose effectivement, mais c'est parce qu'il y a une défaillance du médecin généraliste globalement. C'est la raison pour laquelle ils ont essayé de faire ça." V4p30; "Concrètement, je pense que dans les territoires, les politiques ont vu que dans certaines zones, c'était un peu le foutoir et qu'on pouvait pas toujours compter sur le médecin traitant, quand il y en a un, et quand il n'y en a pas dans ces zones, c'est encore plus compliqué." V4p30 "Et bon à force de solliciter des médecins qui ne répondent pas et qui ne suivent pas, c'est tout ça, un ensemble de choses, c'est plurifactoriel." V10p76 | | |
| | | Dispositif palliant aux défaillances/indisponibilités du médecin généraliste | "Moi je trouve qu'il y a moins de couacs au niveau des urgences qu'avant." V2p13 "Pour moi, il y a vraiment un intérêt, car quelquefois on était un peu limité et limité dans notre intervention sur certains cas" V7p48 "A l'époque, j'étais médecin pompier, j'ai attendu, il negeait comme tout, ils ne me trouvaient pas, c'était dans l'ancien cabinet. Ils ont du venir de Strasbourg, ont pris du temps, j'ai appelé, je n'arrivais pas à les joindre tout de suite pour leur indiquer le bon chemin. J'ai passé 20 minutes au téléphone à attendre que le SAMU décroche, donc ils tournaient, ils ont mis plus d'une heure à venir, avec le gamain qui faisait des malaises, le temps paraissait vraiment long, donc oui c'est clair que ce MCS c'est un avantage certain et surtout dans notre secteur un peu." V8p53 "Je pense que je garderais un a priori positif, parce que ça permet quand même de renforcer, quoi qu'on en dise, la prise en charge des urgences vitales dans la vallée de la Brûche, et son intérêt a été confirmé par les peu nombreuses interventions mais quand même, qui ont été faites, où ils ont quand même amené quelque chose, une plus-value dans la prise en charge des urgences de la vallée" V3p21 "Je ne doute absolument pas de l'intérêt de ce dispositif." V7p48 | | |
| | | Organisation de la prise en charge des urgences dans la vallée de la Brûche | Moi - Est-ce que ça aurait pu améliorer la prise en charge d'urgences par rapport à des problèmes rencontrés auparavant ? Interviewé : Ah oui, oui, tout à fait, pour certains patients, c'est sûr, il n'y a pas photo." V9p63 "Je pense que c'est quelque chose de positif et de nécessaire, au vu du délai par rapport à Strasbourg. Personnellement, j'ai eu à subir ce délai, lorsque je me suis retrouvée toute seule avec un arrêt cardiaque, pendant 25 minutes, sans pompier ni personne." V5p36 "Après est-ce que moi j'ai eu besoin et à faire directement avec eux ? Pas souvent, 3-4 fois peut-être. Effectivement c'était plus rapide que d'avoir quelqu'un qui vient de Strasbourg. Donc oui, ça peut rendre des services" V6p42; "puis aussi pour le patient, ou la patiente, l'intervention est plus rapide" V6p43 | | |
| | | Renforcement de la prise en charge des urgences vitales | "Mais oui, je trouve cela intéressant et ça réduit le délai d'intervention. En cas d'arrêt respiratoire par exemple, c'est primordial." V8p55 "Oui tout à fait, c'était nécessaire, c'est sûr que si on habite à Bellefosse, on n'a pas la même chance que si l'on habite en face d'Hautepierre." V9p62 | | |
| Réduction des délais | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------|---|--|---|--|--|--|
| Pertinence | Avis global positif | Dispositif pertinent | "Oui, c'est une très bonne chose et souvent, c'est quand même eux les premiers sur place." V11p79 | | | |
| | | | "Je pense que c'est pertinent" V2p11 | | | |
| | | | "Moi, ça me va vraiment très très bien" V1p6 | | | |
| | | | "C'était assez logique, je crois, de réfléchir à des solutions comme ça. C'est assez fûté." V4p31 | | | |
| | | | "Oui, moi me semble tout à fait justifié" V6p43 | | | |
| | Avis négatif | Moins pertinent que l'ancien maillage par les médecins libéraux | "Donc c'est sûr que je trouve ça pertinent." V8p54; "Sur le dispositif en lui-même, je n'ai rien à redire, je trouve que c'est pertinent." V8p54; | | | |
| | | | "En tous cas, l'intérêt, il est vraiment là. Moi je trouve que c'est pertinent." V8p55 | | | |
| | | | "C'est nécessaire et indispensable" V5p36; "Je pense que c'est quelque chose de positif et de nécessaire" V5p36 | | | |
| | | | "si on avait su maintenir et favoriser l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des urgences à l'époque, ça aurait fait un maillage beaucoup plus pertinent, beaucoup plus réactif" V3p21 | | | |
| | | | "Honnêtement, je pense que c'est une réponse à une demande politique principalement." V4p30; "Vu les défaillances et la pagaille sur tout le territoire, les politiques ont essayé de trouver des solutions." V4p30 | | | |
| Pertinence géographique | Taille du territoire et distance au SAMU | "promesse de campagne de François Hollande, tout français serait à, ce qui est une aberration selon moi, tout ressortissant français sur le territoire français serait à une demi-heure d'un service médical urgent" V3p22 | | | | |
| | | "Si je suis appelé, si on déclenche un MCS, des fois je trouve que ça fait doublon (...) Donc il y a des fois des bonnes choses et des fois où on est vraiment en surnombre sur un cas qui n'aurait pas nécessité autant de monde, mais ça c'est le problème de la décision du régulateur (...). En gros, c'est bien, mais des fois c'est redondant" V4p30 | | | | |
| | | "C'est un territoire assez grand, et puis quand même à 60 kilomètres du CHU." V6p43 | | | | |
| | | "c'est pour ça que la clinique Saint-Luc c'est pas mal, parce que c'est relativement au centre du secteur." V6p45 | | | | |
| | | "ça me paraît pertinent car on ne peut pas mettre logiquement 2 MCS si on parle de la nuit (un sur notre secteur et un sur le secteur de Y), donc sur le point de vue logistique ça me paraît compliqué surtout vu votre positionnement à la clinique." V7p49 | | | | |
| Efficacité du dispositif | Régulation médicale variable | Médecin traitant non prévenu | "ça couvre les deux secteurs de garde, qui pour nous va d'ici jusqu'à Y, mais en fait la distance est quasiment la même vers les bas." V10p72 | | | |
| | | | Non déclenchement du MCS | "On a couvert les deux secteurs de garde, qui pour nous va d'ici jusqu'à Y, mais en fait la distance est quasiment la même vers les bas." V10p72 | | |
| | | | | Convention respectée | "Oui je crois que oui, c'est bien centralisé Schirmeck par rapport à vers le bas et le haut de la vallée." V11p79 | |
| | | | | | Appétence à l'urgence | "Je pense que c'est très intéressant. On est effectivement à plus d'une demi-heure du SMUR, en tous cas sur Y" V8p54 |
| | | | | | | Dévouement / Déontologie médicale |
| Gestion du Stress | "ça me paraît pertinent car on ne peut pas mettre logiquement 2 MCS si on parle de la nuit (un sur notre secteur et un sur le secteur de Y), donc sur le point de vue logistique ça me paraît compliqué surtout vu votre positionnement à la clinique." V7p49 | | | | | |
| | Technicité | "Et on ne peut pas juste se déplacer sur son secteur de garde, il faut aussi pouvoir intervenir sur le secteur d'à côté. Ce n'est pas logique, ça ne va pas sinon et ça coûte encore une fois deux fois plus cher." V10p76 | | | | |
| | | MCS n'est pas un urgentiste | "Ben je n'ai rien à redire, enfin j'ai l'impression que ça fonctionne." V2p11 | | | |
| | | | Aide des urgentistes en intervention | "sur le plan général, ça me paraît une bonne solution" V4p30 | | |
| | | | | Absence d'appétence | Après il y a le problème de la régulation, mais ça c'est même en dehors du MCS, qu'on soit de garde en tant que médecin du secteur et qu'on ne soit pas appelé par rapport à une urgence juste à côté, c'est quand même parfois un peu frustrant. V7p48 | |
| Gestion du Stress | | | | | "Et parfois, ils n'appellent pas le MCS alors qu'il y en aurait besoin. La régulation est parfois un peu limitée." V7p49 | |
| | Appréhension (face à certaines situations d'urgence) | | | | "mais d'après les échecs que j'ai eu de tes collègues, visiblement, les 9/10e du temps, les sorties sont complètement justifiées et rentrent dans le cadre de la convention, le déclenchement simultané est respecté. Les fois où le déclenchement simultané n'avait pas été respecté, ça a été entre guillemets « prévu après discussions avec le SAMU ». " V7p49 | |
| | | Urgences = spécialité | | | "J'ai fait ça à l'époque, pas par passion, mais par envie, ça me plaisait bien!" V1p3 | |
| | | | Manque de qualification | | "j'aime bien les urgences, j'ai l'impression de faire de la médecine comme je l'ai apprise à la fac" V3p21 | |
| | | | | Technicité | "ça ne me dérangerait pas de faire de l'urgence" V9p64 | |
| Manque de pratique | | | | | "moi, si à l'époque, j'avais pu rester à l'hôpital en tant que généraliste, je serais restée à l'hôpital et ça ne m'aurait pas dérangée d'être aux urgences." V9p61 "mais quand j'étais dedans non, ça ne me gênait pas, ça me mettait un peu de palpitation dans mon métier, c'était sympathique, ça ne me dérangeait pas" V9p67 | |
| | Gestion du Stress | | | | "Oui, je pense que je l'avais (l'appétence) à l'époque, ayant fait du SAMU, mais après je ne l'ai pas perfectionné, j'ai fait différents stages quand même lors de mon cursus mais ça s'arrête là." V10p70; "ça m'a toujours plu de faire de l'urgence et des choses comme ça." V10p74 | |
| | | Gestion du Stress | | | "C'était vraiment pour le côté chien de Saint-Bernard" V1p6 | |
| | | | Gestion du Stress | | je l'avais intégré dans mon éthique et ma déontologie médicale, le médecin est là pour pallier aux urgences vitales. V3p22 | |
| | | | | Gestion du Stress | "Ben c'est parce que je suis un vieux médecin, j'ai une mission médicale" V11p79 | |
| Gestion du Stress | | | | | "A l'époque je n'étais pas angoissé par ça" V1p8 | |
| | Gestion du Stress | | | | "Piquer, je le faisais, mettre de l'oxygène, je le faisais, je perfusais, j'ai même une fois réduit une fracture du fémur." V9p65 | |
| | | Gestion du Stress | | | "À l'époque chez les pompiers, il n'y avait pas forcément d'infirmière, donc tout ce qui était piquer, intuber ça ne posait pas de problème. J'ai déjà intubé dans une voiture, entre deux toits, un peu dans toutes les positions, donc ça ne me posait pas problème, ça ne me stressait pas particulièrement. Après, poser des voies veineuses centrales, ça c'est autre chose." V10p74 | |
| | | | Gestion du Stress | | "Ben jusque-là, j'ai toujours eu du matériel d'intubation, des perfusions, un défibrillateur dans le coffre de ma voiture." V11p77; "Moi j'ai fait un an d'anesthésie donc je piquais tous les jours, donc mettre une perfusion, ça ne me fait pas peur, intuber pareil" V11p82 | |
| | | | | Gestion du Stress | "qu'on nous avait dit clairement qu'on ne se préférait pas réanimait, donc on n'avait pas besoin d'avoir des aptitudes pour intuber, pour mettre des cathéters ou je ne sais quels drains divers et variés. On nous demandait d'avoir des aptitudes un peu meilleures qu'un généraliste un peu lambda. On leur avait bien demandé ce qu'ils attendaient, s'ils voulaient former des urgentistes, des médecins juste avec quelques aptitudes supplémentaires et ils nous avaient rassurés sur le fait qu'on ne devrait pas faire des trucs incroyables." V4p32 | |
| Gestion du Stress | | | | | "il n'était pas question d'être un urgentiste sans avoir de formation, ce que je comprends parfaitement, en plus, à part quelques gestes techniques, il y a des médicaments d'urgence qui sont des grandes spécialités, donc oui, il fallait évidemment se former un minimum." V11p79; "Les premiers gestes, c'est le basique : ventiler, masser, défibriller, je pense que c'est des choses qu'on aurait pu faire." V11p81 | |
| | Gestion du Stress | | | | "Mais même quand on arrive sur le terrain, les fois où j'ai eu quelques problèmes, les urgentistes arrivent à aider, à guider, ils ne nous laissent pas tout seul." V7p51 | |
| | | Gestion du Stress | | | "Mais ça m'avait fait peur, car je n'avais jamais fait ça, mais avec l'aide du médecin du SAMU ça a été (...) Donc oui, si j'ai un support technique derrière, on va dire pourquoi pas, parce que je pense que derrière le téléphone, il y a un médecin du SAMU qui a l'habitude de faire de l'urgence, plus que nous forcément, donc ils peuvent aussi nous aider" V9p67 | |
| | | | Gestion du Stress | | "On sait que les autres arrivent après" V11p81 | |
| | | | | Gestion du Stress | "Je n'ai jamais aimé, mais je le fais parce que voilà, il faut le faire" V2p10; "Ça n'a jamais été ma tasse de thé les urgences" V2p15 | |
| Gestion du Stress | | | | | "Et il y a aussi le frein tout bêtement, moi je n'ai plus envie de faire de la réanimation. Je n'ai pas envie de retrouver toute seule au bord de la route, devant un accident de voitures, même si c'est 5 minutes, je n'ai plus envie moi personnellement." V5p37; Franchement, je n'ai jamais vraiment fait de réanimation, donc je n'ai pas envie personnellement, non." V5p38 | |
| | Gestion du Stress | | | | "je ne suis pas urgence quoi. Le jour où je ne suis plus obligé de faire des gardes, je serais bien content aussi, parce que ça ne me m'intéresse pas, ce n'est pas mon truc" V6p44; "Non, je ne cours pas après. La médecine générale a pour moi d'autres attraits" V6p44 | |
| | | Gestion du Stress | | | "une appétence non, mais une appréhension oui, mais globalement ça ne me dérange pas." V7p47; "Après j'aurais toujours cette appréhension, car je n'aurais jamais le niveau d'un urgentiste." V7p51 | |
| | | | Gestion du Stress | | "Je n'ai rien contre gérer des urgences. Ce n'est pas désagréable d'intégrer ça dans le métier de généraliste, mais on va dire que ça dépend de l'urgence." V8p53; "En revanche, je ne me sens pas les capacités, enfin ça dépend de l'urgence. Mais il y a des choses pour lesquelles je ne me sens pas du tout d'intervenir, très clairement." V8p53; "et en plus dans les sens en plus de mes capacités : je ne me sens pas capable d'affronter certaines situations." V8p55; "C'est le rapport à certaines urgences, encore une fois." V8p56 | |
| | | | | Gestion du Stress | "Pour moi, urgentiste c'est un métier à part entière. S'il y a un DES-C, ce n'est pas pour rien, c'est vraiment une spécialité." V8p55 | |
| Gestion du Stress | | | | | "mais à l'heure actuelle, c'est devenu une hyper-spécialité, ce c'est vrai que quand on est jeune, on peut freiner les 4 fers pour s'y engager, car on a l'impression que c'est un truc très réservé." V11p79 | |
| | Gestion du Stress | | | | "c'est vrai que par rapport à ma pratique de médecin généraliste, je me sens quand même assez éloigné de ça." V8p55 | |
| | | Gestion du Stress | | | "Moi je suis le plus vieux et à l'époque on faisait tous de l'urgence et je crois que là les jeunes n'en font plus du tout et ils ne sont pas intéressés, car je crois que quand on n'a pas de formation c'est un peu angoissant." V11p79 | |
| | | | Gestion du Stress | | "Par contre les urgences vraies, ça me stresse d'avoir à en gérer." V2p10; "Moi je préfère avoir du temps pour réfléchir aux choses, et ne pas être dans la précipitation." V2p15 | |
| | | | | Gestion du Stress | "Manque d'habitude, le stress." V5p37; "Gérer l'urgence, le stress" V5p37; "Et puis, je pense que le côté stress, ça a quand même pesé aussi" V5p37 | |
| Gestion du Stress | | | | | "Il y a du stress" V6p44 | |
| | Gestion du Stress | | | | "je ne me sens pas capable de gérer, je pense, l'urgence." V2p10 | |
| | | Gestion du Stress | | | "Même si tu n'es pas urgentiste dans l'âme, que tu n'intubes pas tous les matins et que tu sois moins à l'aise à l'intubation ou sur les gestes techniques que quelqu'un autre, il faut quand même savoir passer une perfusion ou savoir passer de la CORDARONE ou de l'ADRENALINE. C'est des choses qui, je pense, dans notre formation médicale, devraient être encore développées" V3p22 | |
| | | | Gestion du Stress | | "Mais franchement, je ne vois plus faire ça, je ne me vois pas faire ça, je n'ai pas les épaules assez larges." V5p40 | |
| | | | | Gestion du Stress | "Ca, ça me paraissait léger. J'ai des amis qui sont urgentistes et quand j'entends leur retour d'expérience... Voilà, je n'ai pas l'impression que ce soit très sérieux." V8p58 | |
| Gestion du Stress | | | | | "si on n'a pas la compétence, on se sent toujours un peu en défaut par rapport à ce qu'on aurait éventuellement pu faire, mais on savait aussi que le SMUR arrivait derrière." V11p81; "Parce-que ce qui freine, je crois, les jeunes médecins, c'est de ne pas savoir quoi faire quand il y a une urgence vitale, et ça repousse fortement." V11p82 | |
| | Gestion du Stress | | | | "Aujourd'hui, je me sentirais moins à l'aise" V1p9 | |
| | | Gestion du Stress | | | "Oui, également les gestes techniques. Après, on aurait pu faire des stages de formation à Strasbourg" V5p37 | |
| | | | Gestion du Stress | | "le côté technique, il faut faire régulièrement pour avoir le moins de stress quand on fait." V6p44 | |
| | | | | Gestion du Stress | "Si je m'y remets, il faudrait que je refasse quelques formations pour me remettre dans le bain, dans les sens où il faudrait que je refasse quelques gardes ou ce genre de choses. Par exemple, pour revoir les fastrach, les perfusions intra osseuses, etc." V7p51 | |
| Gestion du Stress | | | | | "une intubation facile, ce n'est pas trop problématique mais dans le cas où vous n'arrivez pas à réaliser des gestes, comme un accouchement, un accident de la voie publique... Ce sont des choses pour lesquelles on est un peu moins à l'aise." V8p55; "Et puis le côté technique de certains gestes." V8p56 | |
| | Gestion du Stress | | | | "Après c'est vrai que sur les 10 dernières années, t'as de moins en moins d'urgences, donc tu fais de moins en moins de gestes, donc c'est vrai que tu pers un peu, mais je considère que je dois être encore opérationnel pour les urgences vitales" V3p19 | |
| | | Gestion du Stress | | | "Manque d'habitude, le stress." V5p37; "Mais même en faisant des stages et faire ça une fois par an..." V5p37 | |
| | | | Gestion du Stress | | "Une appréhension, car on ne le fait pas souvent et que l'on manque d'habitude." V7p47; "Quand il faut le faire, on le fait mais c'est vrai qu'on n'est pas confronté souvent en médecine libérale à ce genre de cas." V7p47 | |
| | | | | Gestion du Stress | "Mais voilà, on sent qu'on n'a pas non plus la pratique. Plus vous pratiquez un geste, plus vous êtes bons dans ce que vous faites et clairement, moi il y a des choses pour lesquelles je ne me sens pas compétent." V8p56; "Plus le temps passe, plus on oublie, moins on est à l'aise sur les gestes." V8p58 | |
| Gestion du Stress | | | | | "Étant donné qu'en ce moment on traite plus de bobologie durant nos gardes, il faudrait peut-être que je me remette à niveau, mais en dehors de ça, oui, j'aimais beaucoup les urgences, mais aujourd'hui il y a beaucoup de choses devant lesquelles je ne serais pas forcément super à l'aise." V9p61; "Je dirais que oui, maintenant un peu plus, parce que je fais beaucoup moins d'urgences en ce moment, mais quand j'étais dedans non, ça ne me gênait pas, ça me mettait un peu de palpitation dans mon métier, c'était sympathique, ça ne me dérangeait pas, mais là je pense que j'aurais besoin de formation et de remise à niveau, car j'ai dû oublier." V9p67; "Oui, un frein pour réintégré, car quand on ne pratique plus on l'oublie, maintenant je le fais moins car on n'est plus trop sollicités, les choses sont parties, pas aux oubliettes mais bon, on le fait plus quoi !" V7p51; "On quitte déjà régulièrement le cabinet pour nos patients, qu'on hospitalise ensuite, mais sans passer par le MCS." V7p51 | |
| | Rôle du médecin traitant dans le secours de ses patients | | | | Rôle du médecin traitant dans le secours de ses patients | "Donc ce n'est pas non plus quelque chose qui est complètement extravagant, on le fait déjà beaucoup pour nos patients sans être MCS finalement. Lorsque certains patients ne vont pas bien, font un malaise, régulièrement, on nous appelle et on quitte le cabinet pour s'y rendre." V7p51; "On quitte déjà régulièrement le cabinet pour nos patients, qu'on hospitalise ensuite, mais sans passer par le MCS." V7p51 |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Organisation de l'urgence | Médicins généralistes acteur d'urgence de premier recours | patients | <p>"Et les gens nous appellent, les gens n'ont pas encore le réflexe 15 à la campagne !" V8p55; "Mais c'est vrai que quand je suis appelé par le patient directement, j'y vais, mais pour certaines situations je pense que c'est quand même mieux que ce soit un médecin anesthésiste par exemple"</p> <p>"le médecin est là pour pallier aux urgences vitales" V3p22; "Parce que le meilleur maillage des urgences vitales, pour moi, c'est les médecins généralistes, qui doivent pouvoir prendre en charge un arrêt cardiaque" V3p26</p> <p>"Donc des arrêts cardiaques, on en crosera toujours. Se maintenir dans le bain, je pense que ça fait partie du service public et de ce qu'on nous demande." V7p50</p> <p>"que j'estime qu'on a à être là" V10p70</p> |
| | | MGL acteur de la prise en charge des urgences | <p>"Ben c'est parce que je suis un vieux médecin, j'ai une mission médicale, je pense qu'écarter le médecin des urgences ce n'est pas bien, alors je trouvais que c'était normal qu'on soit intégré à ça" V11p79; "mais non, à partir du moment où on est sollicité, on ne peut plus travailler sereinement, donc moi je plaque tout et j'y vais en informant mes patients de la situation et que je reviens le plus tôt possible, quitte à y retourner dans la soirée pour faire le point, et les gens acceptent assez facilement. Non c'était un peu un problème, mais non ça ne doit pas être"</p> <p>"Longtemps ce rôle était partagé à nous, médecins pompiers. Pendant 20-25 ans, on a fait ce genre d'urgences, on partait sur des arrêts, sur plein de choses, ce que vous faites aujourd'hui, mais c'était peut-être moins fréquent." V10p72</p> |
| | Médicins généralistes sapeur-pompier | Rôle du médecin généraliste sapeur pompier dans la prise en charge des urgences | <p>"Après ce qu'il y a eu, les pompiers ont cherché à faire une garde de médecin sapeur-pompier dans les années 2000-2005, et nous, on n'a pas répondu présent, car manque de temps et on n'était plus assez nombreux. Petit à petit, des médecins pompiers il y en avait moins, et on faisait aussi des doublons avec les collègues médecins de garde de secteur en même temps, un manque d'organisation : je pense que c'est la raison pour laquelle le système a évolué différemment." V10p72; "il fallait se mettre sur un système de garde de BIP et je n'avais pas trop le temps"</p> |
| | | Rigidification des astreintes MSP | <p>"Mais après le divorce, avec les deux enfants à charge, difficile d'y aller et je ne pouvais pas toujours trouver quelque un, donc ça voulait dire réduire mon activité, et quand on divorce, il faut aussi pouvoir gérer financièrement, les pompiers n'ont pas été très compréhensifs par rapport à ma situation personnelle, ils ne m'ont pas mis en disponibilité, ils ne m'ont pas convoqué pour me demander s'il y avait un problème, ils m'ont viré, point." V9p61</p> |
| | | Situation personnelle non prise en compte | <p>"Ca, quand j'étais médecin pompier, c'était déjà compliqué à gérer car si le bip sonnait, moi aussi, je devais virer les gens dans la salle d'attente. Je fais quoi avec eux ? Je les vire et je me barre ? Il n'y a personne hein ! C'est un peu compliqué !" V9p63</p> |
| | | Interruption des consultations mal vécue | <p>"Fin des années 2000, 2008/2009, on a commencé à mettre ça en place ce qui était quand même très lourd aussi et donc ça ne laissait pas beaucoup de temps à autre chose." V10p72</p> |
| | Absence de volonté d'intégration des médecins libéraux par les autorités | Surcharge de travail chronophage, croissante | <p>"Oui, je n'avais pas adhéré à ce système, parce qu'on était moins nombreux, en plus on n'était que 5 médecins sapeurs-pompiers à doubler les gardes des autres, en plus de nos gardes de médecins généralistes de secteur, c'était un peu compliqué, et puis on n'aurait pas réussi à couvrir la semaine et faire un jour par-ci, par-là, ce n'était pas logique. Je ne crois pas que les gens étaient prêts à ça." V10p75</p> |
| | | Lourdeurs administratives de rémunération | <p>"Il y avait tellement de papiers à faire pour être indemnisés" V1p6</p> <p>"On nous a complètement dépossédés de l'urgence" V1p1</p> <p>"personne n'a voulu réfléchir sur l'intégration des médecins généralistes." V3p20</p> |
| | Retrait des MGL de la prise en charge des urgences | Arrêt des sollicitations par le SAMU | <p>"Le frein c'est qu'il n'y a pas eu un deuxième stage, et que finalement on n'a pas été intégrés. Car X et X ont fait les stages et finalement on ne les a pas pris, enfin je pense que vous avez du le contacter aussi, ça ne venait certainement pas de leur part les freins." V10p72; "Je ne sais pas qui a mis ce frein, est-ce que c'est l'ARS qui n'a pas voulu finalement intégrer les médecins généralistes, est-ce que c'est finalement la clinique qui n'avait pas besoin de nous, puisqu'elle était déjà auto-suffisante, moi je me pose la question. Le frein ne venait pas de nous je pense."</p> <p>"A part ces 4 là, il n'y a plus personne, donc la balle n'est pas dans notre camp, parce qu'il n'y a pas de candidats, et je ne sais pas si aujourd'hui, il est question de nous intégrer encore." V10p75</p> |
| | | | Perte de compétence |
| Perte de motivation | | <p>"Oui la régulation au niveau du SAMU est complètement différente par rapport à mon époque, les appels sont différents. Et bon à force de solliciter des médecins qui ne répondent pas et qui ne suivent pas, c'est tout ça, un ensemble de choses, c'est plurifactoriel." V10p76</p> <p>"Je comprends après que le 15 ne peut pas, depuis un poste fixe, savoir géographiquement où les autres médecins sont situés, et à force de nous démobiliser, on s'est vraiment nous démobilisés." V11p78;</p> | |
| | | Perte de la pertinence du maillage de l'urgence vitale | <p>"Oui, parce que après 40 ans de carrière, se retrouver à ne plus avoir cette compétence-là alors qu'on en a tous fait à l'époque, et on était les premiers appelés, et c'est le SAMU qui nous appelait en plus !" V11p80</p> <p>"Quand tu ne laisses plus un médecin faire de l'urgence pendant 10 ans, après il n'est plus formé ni compétent pour assurer les urgences, et il ne veut plus aller. Quand tu ne te sens pas compétent pour assurer les urgences, tu dis qu'il faut envoyer quelqu'un d'autre." V3p20</p> <p>"Quand je suis sortie de la fac, en tant que médecin généraliste, je sortais pour des urgences, donc j'étais habituée. J'ai enchaîné avec les médecins pompiers, mais là, c'est sûr que de sortir du circuit des pompiers (ça fait 4 ans), c'est plus compliqué pour moi aujourd'hui, et puis il n'y a pas que ça ! Avant les urgences, quand moi j'ai commencé à être médecin généraliste, les grosses urgences, on nous envoyait dessus aussi, je les ai faites, avec zéro matériel, on se demandait comme on pouvait. Aujourd'hui, on n'a plus ça du tout." V9p67</p> <p>"Oui, parce que après 40 ans de carrière, se retrouver à ne plus avoir cette compétence-là alors qu'on en a tous fait à l'époque, et on était les premiers appelés, et c'est le SAMU qui nous appelait en plus !" V11p80</p> |
| Inférence de sujets de discordance (gardes de secteur) | | <p>"Après je vois plus ça dans ce sens là, que les gens soient démotivés, n'étant plus appelés" V3p20; "Et quand X qui a maintenant 63 ans, il est fatigué maintenant de se faire court-circuiter des urgences" V3p24</p> <p>"enfin j'ai l'impression que les médecins de Y n'ont plus du tout envie, et puis sauf l'un ou l'autre, et par ici je crois qu'il n'y a plus personne"</p> <p>"si on avait su maintenir et favoriser l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des urgences à l'époque, ça aurait fait un maillage beaucoup plus pertinent, beaucoup plus réactif" V3p21</p> | |
| | | Relations tendues | <p>"C'est venu relativement peu de temps après qu'on nous ait augmenté notre territoire de gardes sans qu'on ne demande rien à personne. On devait aller à Y, à Y. Ça n'avait pas été forcément très sympa de nous forcer la main sur ce coup-là. Pour cette raison, disons que bon (...) Ah c'était comme ça, il n'y avait pas à discuter. On n'avait pas voix au chapitre ! On devait aller à Y et puis c'est tout." V4p31</p> <p>"Ils voulaient nous imposer d'aller faire des gardes jusqu'à Y" V1p2</p> <p>"On sait aussi que l'ARS, depuis un certain temps, a le projet de fusionner nos deux secteurs de gardes donc Schirmeck et Urmatt. Pour eux c'est un gain économique, pour nous c'est vrai que ça fait moins de gardes mais ce n'est pas les mêmes gardes. Entre Oberhaslach et Saales, on ne parle pas du MCS, mais des consultations générales de médecine. Pour l'instant on n'a jamais voulu le faire mais c'était un de leurs projets. A l'époque, on sentait un peu un coup fourré à ce niveau-là." V8p57</p> <p>"C'est ça qui a mis le feu à la poudre" V1p2</p> <p>"Il y a une espèce d'amertume par rapport à ça" V2p16</p> <p>"Je crois que c'était un petit peu houleux par rapport à l'ARS." V8p56; "Je pense que l'ARS n'était pas très bien accueillie à l'époque. Je me souviens que c'était un petit peu houleux." V8p58</p> |
| Tensions relationnelles entre l'ARS et les MGL | | Impression de manque de considération | <p>"Quand on a besoin de nous, on nous parle gentiment, et puis quand on trouve une autre solution, on n'existe plus !" V2p13; "On est toujours la Sème roue du carrosse !" V2p13; "On a vraiment le sentiment d'être utilisés comme une variable : « Ah ! Tiens ! Ils existent ! Tac, tac, on bouche un trou ! »" V2p13; "ce n'est pas un manque de communication mais c'est un mépris" V2p13</p> <p>"On a l'impression qu'on s'intéresse un peu à nous quand il y a un besoin, quand il faut combler un trou mais dans la médecine générale, c'est souvent le cas, on est amenés à faire des choses qui ne relèvent pas toujours de notre pratique et comme il faut combler un trou, voilà..." V8p58</p> <p>"Alors déjà, avec les réunions, à des heures où moi je travaillais, donc aller à la réunion, j'ai déjà eu du mal ; après s'il fallait me joindre, ils ne venaient pas, mais par contre nous, on doit se déplacer quand même et prendre libre pour rien, donc voilà. Je parle de neige, car j'ai eu une réunion assez épique sur les gardes notamment, c'était un 16 février, ils nous ont dit que s'il y avait trop de neige, qu'ils ne pourraient pas venir, mais par contre c'était pour nous imposer les gardes jusqu'à Y, c'était pour nous augmenter le secteur (alors qu'avant on allait jusqu'à Y), donc un secteur où je ne travaille pas toute la journée, je ne connais pas le lieu" V9p63</p> <p>"Et donc quand on leur a redemandé, ils ont répondu : « Ah bon, on existe encore ? ». Donc quelque part, je crois que ça a été un peu un truc comme ça." V11p80</p> |
| | | Sensation d'autoritarisme | <p>"Ils voulaient nous imposer d'aller faire des gardes jusqu'à Y" V1p2; "On ne va plus faire comme ça, on va vous réguler" V1p2</p> <p>"Ils ont toujours eu recours à des façons brutales. Quand on a besoin de nous, on nous caresse dans le sens du poil, avec des réunions. Mais après on se rend compte qu'on est une entité négligeable, ce qui est peut-être normal aussi" V2p16</p> <p>"Ah c'était comme ça, il n'y avait pas à discuter. On n'avait pas voix au chapitre ! On devait aller à Y et puis c'est tout." V4p31</p> <p>"Je n'ai jamais trop réfléchi à comment on pourrait améliorer, car on nous impose plus les choses. Jusqu'à présent ça a été : « Fais comme ci, comme ça ! », sans trop nous demander notre avis, on nous donne juste des directives : « Ne prescries pas trop d'arrêts, pas trop ce genre de médicaments ! »" V9p68</p> |
| Relation avec l'ARS | | Communication défaillante/Manque d'information | <p>"Puisqu'il n'y a aucun intervenant extérieur. Je pense qu'il y avait... qu'on ne nous a pas assez écouté" V2p12</p> <p>"Mais à aucun moment on nous a posé la question ou on s'est réunis autour d'une table et on s'est dit comment on allait organiser les choses. Ça s'est fait de façon unilatérale, il a été décidé que la voiture se mettait à Schirmeck, que la garde se faisait à Schirmeck et les médecins généralistes, ont leur a demandé : « est-ce que vous voulez faire les nuits ? »" V3p24</p> <p>"Donc non, je n'ai jamais réfléchi car je pense que de toute façon ils ne m'écouteraient pas." V9p68</p> <p>"Il y a des accords qui ont été faits entre X et machin, on nous utilise dans les gardes, on est même pas au courant !" V2p13</p> <p>"Mais le système de communication ne fonctionne pas" V2p16</p> |
| | | | Transmissions d'informations défaillantes |
| | Explication du dispositif insuffisantes | <p>"Je ne crois pas que c'était très clair." V8p56</p> <p>"Réunion d'information, mais qui ne s'était pas très bien passée" V1p6</p> | |
| | Réunions d'informations généralistes sur la prise en charge des urgences dans la vallée de la Bruche | <p>"Historiquement, je me le rappelle très bien, X, directeur de l'ARS à l'époque, avait convoqué tous les médecins de la vallée à La Broque ou Schirmeck, pour dire que, promesse de campagne de François Hollande, tout français serait à, ce qui est une aberration selon moi, tout ressortissant français sur le territoire français serait à une demi-heure d'un service médical urgent" V3p22; "On a été réunis 2 à 3 fois pour des réunions de 3-4h pour dire qu'ils étaient en train de réfléchir, qu'ils nous adoraient, qu'on était les meilleurs, mais qu'ils réfléchissaient et qu'ils allaient organiser quelque chose pour les urgences vitales dans la vallée de la Bruche" V3p23</p> <p>"on a eu une grande réunion dans la salle des fêtes de La Broque avec le président du SDIS, le président du SAMU je crois, le président de la ComCom, le maire de La Broque et beaucoup de toubibs, tous les généralistes du coin, qui y ont répondu, dans une très grande majorité."</p> <p>"Oui, on a été contacté avec tous les médecins de la vallée. On a eu des réunions à la clinique à ce sujet. On a été contacté au départ et avons eu un rendez-vous avec un médecin qui venait de Y, qui nous a un peu expliqué le dispositif à la clinique Saint-Luc." V5p36</p> <p>"Oui il me semble qu'on avait une réunion, je crois que j'étais une fois à une réunion (...) C'était pour nous expliquer un peu que ça se mettrait en place, et si on était éventuellement intéressé (...) C'était à la clinique, on était avec d'autres médecins, on a parlé un peu des urgences en général" V6p43</p> | |
| Manque de sollicitation de l'ARS | | | |

| manque de sollicitation de l'ARS | | | |
|--|---|---|---|
| Absence de sollicitation personnelle | | "Oui, on a eu une réunion avec les praticiens de Saint-Luc, l'ARS, le président de la ComCom, tous les généralistes du secteur." V8p55 | "Si je n'ai pas de souvenir, c'est que vraisemblablement ça n'a pas été formulé de telle manière qu'il y ait eu une sollicitation." V1p8 |
| | | "Plus aucun contact, plus aucun mail. Une fois, j'ai eu un compte-rendu de réunion et puis ensuite c'était fini." V2p12 | "a aucun moment, les médecins généralistes, n'ont été sollicités pour intégrer ce système là." "Il n'a jamais été question de nous impliquer la nuit." V3p19; "A aucun moment donné, ils nous ont demandé si on voulait participer." V3p23 |
| | | "Nous on a été juste aux réunions, après quelques réunions c'est retombé comme un soufflet. Donc je me suis dit que les choses ne sont pas. Il n'y a pas eu de plus de discussion pour nous inciter à nous intéresser plus en fait. On a dit ce qu'on pensait et puis ça s'est arrêté là." V5p38 | "Je crois que j'étais quand même à la réunion au départ, mais pas au stage où je n'ai pas été sollicité, peut-être aussi pris de court et pas fait attention." V10p75; "Les médecins libéraux qui veulent le faire, ils sont là, vous les connaissez. C'est plutôt l'ARS, qui devrait les solliciter." |
| Organisation administrative | Déménagement de l'ARS, difficultés décisionnelles | "Je sais qu'à une époque, on nous avait demandé si certains d'entre nous, libéraux, voulaient en faire partie : on nous avait dit on nous contacterait pour des formations, et après, j'ai l'impression que c'est passé à la trappe, on ne nous a pas contacté, enfin pas moi en tout cas, mais ça c'était il y a 3-4 ans." V11p78; "Après cette réunion non, on a eu quelques messages par mail de Mr X, et puis d'un coup, il ne s'est plus rien passé, alors bon, on s'est dit que le système avait dû certainement fonctionner sans nous." V11p79 | "Quand ça s'est finalisé, en fait il y avait l'histoire du rapprochement du Grand-Est (...) X, qui était le médecin de l'ARS, qui disait que de toute façon, il n'y avait rien qui allait se décider, parce que la question qu'il y avait à l'époque, c'était de savoir s'il y avait encore une ARS sur Strasbourg, ou si ça allait être transféré sur Nancy. Donc pendant un an, un an et demi, les gens se renvoyaient la balle." V3p23 |
| | Manque de connaissances de terrain des décideurs de l'ARS | "Il nous disait : « oui, c'est facile, vous avez le secteur de Y jusqu'à Y ». Nous en tant que médecin généraliste, on lui a dit que de Y jusqu'à Y, ça n'allait pas. Il y avait déjà eu un blocage là, le problème de terrain que le gars ne connaissait pas. Il répondait : « Oui, mais ça ne fait que tant et tant de km. — Eh bien montez jusqu'à Y et vous verrez que ça ne fait pas que tant et tant de km ! » " V5p36 | "L'ARS, ils ont des avis qui ne nous intéressent pas beaucoup, ils sont dans des compétences limitées dans certains domaines, ils écoutent plutôt ce que disent les professionnels et essaient de se ranger derrière, mais bon après, ils prennent des décisions qui sont des fois d'une logique administrative et pas forcément celle du terrain." V11p79 |
| Objectifs imposés | Nécessité de mise en place d'un dispositif pour l'accès aux urgences en moins de 30 min | | "On sentait que c'était une épine dans leur pied qu'il fallait retirer absolument." V8p56 |
| Désorganisation de la pratique libérale | Objectifs différents de l'administration | "Après, c'est l'ARS, ils n'ont pas les mêmes objectifs que nous. Ils raisonnent en termes d'objectifs financiers." V8p56 | "Je ne vois pas comment on pourrait interrompre régulièrement l'activité pour faire place à un truc comme ça." V1p6 |
| | Interruption de la pratique libérale | | "On a aussi besoin d'une certaine organisation. Faire une sortie c'est tout mettre à mal." V2p11 |
| | | | "Si je n'ai pas terminé les consultations à 20h00, ça veut dire que je dois aller chercher une voiture en bas, que je remonte terminer ma consultation, que je laisse mes patients dans la salle d'attente 20 minutes." V3p24 |
| | | "c'est à n'importe quelle heure, donc pour s'organiser, ce n'est pas toujours évident. Donc si vous avez du monde, en train de faire quelque chose, et puis on part en plein milieu, c'est aussi casse-pieds." V6p44 | "Moi ce qui me fait peur, c'est qu'au SAMU, si on signe cette convention, d'être obligé de tout lâcher à chaque fois au détriment de mon travail et de ma famille pour partir quand ça les arrange. (...) Mais je ne voudrais pas que l'on m'appelle quand je ne suis pas disponible. Et moi, devoir tout lâcher ici sans prévenir et sans avoir le temps de m'organiser." V9p64; "Je suis déjà partie en intervention pour les pompiers durant une consultation, mais bon je ne peux pas être de garde tous les jours et partir tout le temps au milieu de mes consultations ce n'est pas..." |
| | | "si c'est un jour en semaine où je travaille, où j'ai un patient dans mon bureau, je ne pourrais pas non plus." V9p63 | "Oui, pas tellement d'envie d'être sollicité un peu n'importe quand, quand on a déjà un programme un peu chargé, ce n'est pas évident." |
| | Consultations sur RDV non honorées | "Le fait de le cumuler oui, mais comment explique-t-on aux gens quand je leur donne un rendez-vous ici que je suis partie ? (...) j'ai des rendez-vous, je ne peux pas m'amuser à appeler tous les patients concernés en leur disant « En fait non, ne venez plus que je dois partir sur une urgence »" | "d'embelle, j'ai senti que la compatibilité avec mon quotidien de médecin généraliste, que c'était scabreux." V1p6; "Ben c'est pas pour nous, et on a laissé tomber." V1p8 |
| | Incompatibilité MCS-pratique libérale | "Moi je crois que ça devient incompatible avec la vie en libéral." V2p12 | "De toute façon, en journée ça aurait été juste impossible." V4p33 |
| | | "Non, car si on envisage une sortie, c'est facilement une heure. Donc une heure, quand on a des horaires importants comme ici..." V5p39 | "Moi j'ai des rendez-vous en avance, je ne peux pas tout annuler au dernier moment. La réunion pour voir si on pouvait faire quelques contraintes, je n'ai pas pu y aller." V9p64 |
| | Réunions d'informations interférant avec le planning libéral | "Du boulot, on en a quand même ici." V1p3 | "Les journées sont remplies de A à Z." V2p12 |
| | Journées chargées | "après 12 heures de boulot, on n'a pas envie encore d'en rajouter." V2p12 | "Mais le problème c'est le planning de la journée." V4p32 |
| Importance de la charge de travail libérale | MCS – Surcharge de travail | "la semaine dernière, j'ai cumulé, j'ai fait le week-end, j'ai quand même entre 55 et 60 heures de boulot par semaine et ils veulent en rajouter sur la mule ? Il faut aussi pouvoir alléger !" V9p63 | "Mais je ne me voyais pas le faire quand même, gérer le planning de la journée, faire des choses la nuit. C'est une question de planning et de surcharge de travail." V4p32 |
| | | "On n'allait pas courir après, car ça nous faisait une activité en plus." V7p52 | "Mais nous, dans la majorité, on ne se sentait pas capables d'affronter ça en plus, on va dire. Quand je dis en plus, c'est par rapport à notre activité, qui n'est pas légère." V8p55 |
| | | "la semaine dernière, j'ai cumulé, j'ai fait le week-end, j'ai quand même entre 55 et 60 heures de boulot par semaine et ils veulent en rajouter sur la mule ? Il faut aussi pouvoir alléger !" V9p63; "Les seules journées de congés que je prends, je les utilise pour faire ma mammographie, mes dents, mes examens personnels parce qu'il faut aussi que je les fasse, ou encore ceux de mes enfants." V9p68 | "parce que c'est, il faut faire de la formation. Donc à un moment, on case quand tout ça ? Il faut aussi dire stop ! J'entends qu'on est dans un secteur particulier, mais il faut aussi avoir le temps quoi ?" V9p64; "Ils nous disent tous qu'ils n'ont pas le temps." V9p69 |
| | Manque de disponibilité | "Je ne peux pas cumuler une journée de travail et une journée d'urgence, ce n'est pas possible." V9p64 | "Non, principalement la surcharge de travail en journée et le fait qu'on aspire à du repos." V4p33 |
| Aspiration à du repos | "mais il y a juste un moment où il faut que je me repose (...) à un moment il faut décompresser." V9p64 | "ça ne va pas en s'améliorant. On est de moins en moins de médecins, encore qu'ici on est encore privilégiés au niveau effectif, mais quand même." V2p15 | |
| Pratique libérale | Baisse de l'effectif médical libéral | "On n'est plus assez nombreux, je pense que ça aussi ça doit ressortir : on n'est plus assez nombreux pour travailler, et on est tous surbookés et débordés." V9p68 | "et nous, on n'a pas répondu présent, car manque de temps et on n'était plus assez nombreux." V10p72; "par manque de temps aussi, car l'activité a beaucoup augmenté pour tout le monde. Des médecins sont partis et n'ont pas été remplacés, X, X. Ça n'a fait qu'augmenter le travail des autres." V10p72 |
| | Démographie médicale | Gardes/astreintes supplémentaires | "Oui si c'était en plus de gardes, il y a déjà les gardes, dont on ne court pas après. Si il a encore plus de sollicitations et des journées de permanences, c'est un peu lourd." V6p45; "Et puis pas envie de faire des gardes supplémentaires." V6p45 |
| | | Charge de travail croissante | "On fait des gardes, on est de moins en moins nombreux à les faire puisque qui est parti à la retraite ? X, X et X ne font plus de gardes, donc nous on en a plus. Le nombre de médecins sur le secteur a quand même bien diminué, on était 13 ou 14, on est plus que 10 à faire des gardes, si on nous en rajoute, on rentre quand chez nous ?" V9p63 |
| | | Démotivation | "On n'a jamais le temps pour rien. En 1999, quand j'ai commencé, ce n'était pas comme ça du tout, je rentrais à 19h30, là aujourd'hui je rentre, il est 22h !" V9p68 |
| | Dégradation des conditions de travail | Stress engendré par les perturbations de l'activité | "par manque de temps aussi, car l'activité a beaucoup augmenté pour tout le monde. Des médecins sont partis et n'ont pas été remplacés, X, X. Ça n'a fait qu'augmenter le travail des autres." V10p72; "A l'époque, on avait peut-être plus le temps pour faire autre chose en plus." |
| | | Retard dans le planning | "il y a une démotivation, on est moins nombreux, on a plus de gardes, donc ça ne va pas dans le sens de motiver." V2p12 |
| Désinvestissement de la couverture des urgences / PDSA | Gardes | "si on doit tout laisser tomber pour sortir, je me dis que c'est un énorme stress." V2p12; "C'est hyper-stressant ! Etre impliqué dans quelque chose et tout laisser tomber, ça va quand il y a une structure autour, en exercice individuel ce n'est pas la même chose." | "Nerveusement, c'est assez compliqué de pouvoir gérer des consultations, des rendez-vous, faire du soin organisé avec des choses comme ça, non programmées." V4p30; "Cette surcharge de travail représenterait des sorties imprévisibles avec de l'adrenaline." V4p33 |
| | Retrait volontaire des urgences | "Donc on reprend notre travail avec un retard, mais en plus avec un stress de savoir comment on va répondre à toute la demande." V2p14 | "Mais là avec le recul, non, c'est rajouter un stress et une fatigue." V2p14 |
| | Fatigue (psychologique) | "V2p13; "Il y a une usure qui est inhérente à la profession." V2p15 | "Je ne suis pas urgence quoi. Le jour où je ne suis plus obligé de faire des gardes, je serais bien content aussi, parce que ça ne m'intéresse pas, ce n'est pas mon truc." V6p44 |
| Priorisation de l'activité libérale | Favoriser l'activité du cabinet libéral | "Moi, pour faire ce qu'on fait en garde, si je n'en faisais plus, je serais contente." V9p65 | "Il y a plein de facteurs à prendre en compte, ça ne vient pas, je pense, des généralistes. Autant je pense que les généralistes sont responsables de pas mal de choses, de la moindre prise en charge des urgences, ils s'en sont retirés. Le fait de ne plus faire de garde de nuit profonde, ça a commencé déjà il y a 30 ou 40 ans, quand j'étais encore étudiant, où les médecins généralistes à Strasbourg ne faisaient déjà plus de garde de nuit, ce qui a créé des structures comme SOS médecins. Ça a commencé là, et c'est là aussi que les urgences ont changé et ont commencé à être saturées. Avant les généralistes étaient plus présents, du coup les gens n'avaient pas besoin d'aller aux urgences." V10p73 |
| | Projet de maison de santé chronophage | "On a tous la fibre, cabinets médicaux, il faut que ça fonctionne." V1p6; "Notre priorité à nous, c'est quand même nos cabinets médicaux." V8p56 | "La journée, oui ça aurait été très compliqué de 8h à 20h, mais la journée c'est vous qui vous y collez." V8p56 |
| Exigence et incompréhension de la patientelle | Exigence des patients | "Au début, on était sensés faire de 20h à 24h, alors je ne sais pas si après il aurait été question de aussi participer en journée, ça aurait pu être un frein en partie oui. À moins de prendre des astreintes les jours de repos ou le weekend. Après, le fait d'avoir un interne, peut aussi permettre de partir, car l'interne est là." V10p73 | "le fait de mettre cette maison de santé en place ici, c'était nouveau à l'époque comme concept, c'était innovant, mais c'était assez lourd et chronophage pour monter quelque chose de ce type, ça ne laissait pas de place à beaucoup d'autres choses." V10p72 |
| | Interruption de la consultation | "les gens sont exigeants, ils prennent l'habitude (...) on est dans une société où les gens n'acceptent plus l'aléas." "Les gens sont exigeants et n'ont aucun recul." V2p14 | "Vous savez comment sont les gens aujourd'hui, 17h c'est 17h, l'urgence ils s'en fichent." V9p65; "Entendre urgences, pour eux, ce n'est pas leur problème." V9p65 |
| | Répercussion sur l'activité du cabinet libéral | "Il faut toujours se justifier et à un moment je pense qu'on leur offre un service et on ne devrait pas toujours avoir à se justifier d'être en retard, de n'être pas tout à fait à l'heure. C'est plus facile de justifier ça à l'hôpital qu'en libéral." V9p65 | "ça demande quand même pas mal d'engagement et de dire : « Hop, maintenant j'y vais ! », ça fait grincer des dents si vous avez du monde en salle d'attente." V6p44 |
| | Patients majoritairement compréhensifs pour les urgences vitales | "Bon, il y en a toujours quelques-uns qui râlent, car il m'arrive de partir pour des urgences encore." V11p80 | "Ils râleront tout autant, mais ici, ça aura une incidence directe sur le cabinet et ils sont très capables de boycotter quelqu'un à cause de ça, donc je ne veux pas rentrer là-dedans." V9p66 |
| Accessibilité de la formation | Difficulté d'accès à la formation | "ça aurait été un peu problématique, mais pour l'urgence vitale, les gens ont l'intelligence de comprendre que si c'était pour eux, on viendrait, donc ils acceptent assez bien en général." V11p80; "Mes patients le savent, et les gens le comprennent, ceux qui n'ont pas le temps parant, ceux qui ont vraiment envie de rester résistent et on ne m'a jamais fait un reproche quelconque." V11p81 | "Ce n'était pas être dans les bonnes cases, parce que moi, on ne m'a pas contacté au moment des formations." " moi je ne m'engage pas, je veux d'abord qu'on me propose la formation », et donc apparemment ce n'est pas possible de former quelqu'un et de ne pas avoir de retour. Je suis désolé, on a le droit d'essayer de voir si, sans formation, c'est impensable !" V2p12 |
| | | "Je sais qu'à une époque, on nous avait demandé si certains d'entre nous, libéraux, voulaient en faire partie : on nous avait dit on nous contacterait pour des formations, et après, j'ai l'impression que c'est passé à la trappe, on ne nous a pas contacté, enfin pas moi en tout cas, mais ça c'était il y a 3-4 ans." V11p78 | "(...) donc oui, il fallait évidemment se former un minimum. Moi : D'accord mais ils ne nous ont jamais proposé de le faire concrètement ? Interviewé : Non." V11p79 |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Formation | Absence de seconde cession de formation | "Quand le dispositif s'est mis en place, je n'ai pas pu aller à la réunion et donc je n'ai pas fait le stage. (...) il devait y avoir une deuxième formation mais qui n'a jamais eu lieu, j'étais toujours à l'affût de ça et finalement ça ne s'est pas fait, c'était il y a 4-5 ans je crois." V10p71; "Au départ oui, mais comme je n'étais pas à la réunion, je sais plus pour quelle raison, ils parlaient de faire une deuxième stage, qui n'a jamais eu lieu. C'était ça le véritable frein, car sinon j'aurais volontiers participé de 20h à minute, je l'aurais fait, je ne trouvais pas ça gênant, j'ai demandé plusieurs fois, ça n'a jamais eu lieu, j'aurais sûrement aussi participé." V10p72; "Et moi, s'il y avait eu une deuxième formation, pareil. J'ai demandé plusieurs fois, ça n'a jamais eu lieu, j'aurais sûrement aussi participé." V10p73 | |
| | Nécessité de dégager du temps médical | Formation aux dépens de l'activité libérale | "Mais ça nécessite qu'on prenne sur notre temps en journée, on ne parle plus de nuit donc là, ça peut être un frein de nouveau." V8p58; "Mais après, encore une fois, cette formation, ça prend du temps, il faut se libérer, ce n'est pas toujours évident et cetera." V8p58 |
| | | Nécessité de trouver un remplaçant | "si je veux me libérer, il faut que je trouve un remplaçant et un remplaçant ce n'est pas toujours facile à trouver. En général, si je veux mobiliser un remplaçant, j'ai plusieurs mois de délais, pour mes FMC, enfin ce n'est pas toujours simple." V8p58 |
| | | Au détriment de la vie personnelle et familiale | "Moi je ne travaille pas le mercredi, mais c'est une journée que je consacre à mes enfants" V8p58 |
| Absence de rémunération de la formation | "Par rapport aux formations, qui allaient prendre en charge nos formations ? Car pour l'instant, les formations qu'on a faites, on les a faites à titre gratuit, que ce soit les gardes au SAMU ou les formations au SAMU pour les recyclages, on n'a pas été indemnisés." V7p49 | | |
| Formation insuffisante | | "On nous proposait deux jours de formation théorique et deux jours de pratique si je me souviens bien à l'époque ? Je trouve ça fou." V8p55; "Il nous disait « deux jours de théorique, deux jours de pratique et puis c'est bon, vous y allez ! » Nous, ça nous paraissait infaisable, vraiment." V8p56; "Le fait que le patron du SMUR nous dise les yeux dans les yeux « Bon les gars, vous faites deux jours de théorique, deux jours de pratique et ensuite vous sortez sur les interventions ! » Ça, ça me paraissait léger." V8p58 | |
| | | "Après qu'on n'ai pas de sous pour les trucs, c'est une chose, mais tu ne peux pas demander à un médecin généraliste, il faut le dire, de prendre la responsabilité, même jeune. Après moi ça m'amuse encore un peu, mais demander à un jeune qui n'a pas obligatoirement une folle envie de faire des urgences vitales et chez qui ça ne va pas être une science infuse, de prendre la responsabilité d'assumer ces urgences là pour rien, pour pas de valorisation." V3p25 | |
| Rémunération | Rémunération non incitatoire | Absence de rémunération spécifique proposée (Pas de cumul PDSA-MCS) | "Après, vous avez l'aspect financier : « Ah ben non, il n'y a pas de rémunération ! -Ah mais on ne va pas faire ça gratuitement ! -Mais vous êtes déjà de garde ». Donc on s'est dit : bon voilà..." V5p37; "Ni nous donner un peu quelque chose pour nous inciter à le faire." V5p38 "Oui, on ne voulait pas faire 2 tableaux de garde en même temps, donc on nous a dit, que de toute façon si on le faisait, on pouvait l'intégrer dans votre planning de garde de secteur, dont il n'était pas prévu de rémunération au départ pour le MCS. Après, est-ce qu'on nous a proposé une petite somme, un forfait, je ne sais plus, je ne me le rappelle plus. Mais il me semble qu'au départ il n'y avait rien de prévu." V5p28 "Les freins principaux étaient pour nous l'absence de reconnaissance de la prise en charge de l'astreinte qui était proposée au départ." V7p49; "Est-ce que la rémunération est complémentaire, ou juste une rémunération à l'acte ? avec un acte valorisé ? V7p49; "mais on ne nous a jamais rien proposé d'autre, on ne nous a jamais donné de réponse, par rapport au fait si c'était cumulable ou pas avec l'astreinte de garde de médecine générale de la PDS, on ne nous a jamais dit si c'était payé différemment ou si c'était inclus dans le prix." V7p51 |
| | | Rémunération de l'astreinte insuffisante | "pour, je ne sais plus combien ils gagnent la nuit, ça devait être entre 200 et 250 euros la nuit qui m'avait été donné. Je disais que ce n'était pas possible" V3p19 "on sait qu'il y aurait eu un forfait éventuel qui n'était pas négligeable, mais pour certains, cela ne correspondait pas, cela ne suffisait pas pour justifier l'astreinte" V7p51 |
| | Activité libérale plus lucrative | "Par rapport à ce qu'on gagne en bossant ici, ça n'a rien à voir" V1p7 | |
| | Fiscalité non attractive | "N'importe quel médecin généraliste, à partir du moment où il travaille bien, est imposé à 40% de son activité. Tout ce que je rajoute à mon activité, si je gagne 100€ pour la garde, j'en refais 50 aux impôts. Pour 50 euros, je ne vais pas partir en intervention à 2h du matin avec le gyrophare ! Pour 50 euros ? Une intervention tu en as pour 2h. C'est un non sens, mais on en discute. On peut dire que ce n'est pas valorisé" V2p15 "Qu'il y ait rémunération oui, mais de se dire : « Vous quittez le cabinet, mais vous aurez en échange quelques euros ! » Le problème est ailleurs" V2p15 | |
| Pas un critère de décision | | Même si ça avait été assez mirobolant, ce qui venait d'une administration est rare, (rites), ça ne m'aurait pas convaincu plus. V6p45 "Non pas du tout, pas une incitation car vu notre activité, on n'a pas besoin de ça, et frein non plus. C'est vrai que nous en PDSA, on est bien payés, les internes en sont demandeurs en plus, car par rapport aux gardes à l'hôpital ils gagnent bien plus. Je pense que pour nous, ce n'était pas un frein, on n'a pas besoin de ça pour avoir un plus." V10p74 "Mais ce n'est pas d'ordre financier que j'aurais adhéré et pas adhérent. Non ça ne rentrait pas du tout en ligne de compte." V2p15 "Mais bon, après on ne fait pas ça pour l'argent." V8p57; "La rémunération, pour moi, ce n'est pas vraiment un frein. On ne fait clairement pas ça pour l'argent, c'est comme les gardes, si on pouvait s'en passer, franchement !" V8p58 "je ne sais pas s'il y a une compensation financière, ça à la rigueur je m'en fiche" V9p64 "Moi : L'aspect financier d'une éventuelle rémunération, ça aurait pu être une incitation ou un frein ? Interviewé : Non, ni l'un ni l'autre." "Il est énorme le territoire" V4p32 | |
| | | "Il restait ce problème d'étendu de terrain. Alors mes collègues qui travaillent à Y ont dit qu'ils ne pouvaient pas : « Moi, le temps de venir de Y jusqu'à Y, ça ne sert à rien, c'est ridicule ! ». Il y a déjà eu ce blocage-là, par rapport à la distance" V5p36 "Même si moi ce me ferait plaisir d'aller jusqu'à Y si je le faisais" V7p49 "Je ne sais pas comment ça aurait été organisé ce truc là, mais si il y avait eu une permanence d'un médecin pour aller sur tout le territoire, si c'est pour moi qui suis d'un côté du territoire, pour aller de l'autre côté, ça fait 20 minutes." V6p45 "Je ne sais pas, si moi j'étais de permanence, étant à 10km de Y et appelé à Y, ça c'était aussi un peu casse-pieds. Il m'aurait fallu du temps pour aller jusque là bas" V6p44 | |
| | | "Moi si tu veux me faire sortir au dessus de Y, à Y, quand je descends de Y et que je monte à Y, je perds de la pertinence. Mon intervention n'est pas pertinente, il ne faut pas me faire sortir, ou ce n'est pas moi qui l'ai fait sortir" V3p21; "ils voulaient que le MCS couvire jusqu'à Molsheim et qu'il aille jusqu'à Saales. Si je suis MCS même en journée, et disposé à Y, si j'ai un arrêt cardiaque à Y, voilà, c'est stupide d'envoyer le MCS de Y." V3p20; "de nous faire remonter jusqu'à Y, n'est pas possible. Même si je dors à Y, à mon cabinet, je mets un demi-heure pour monter à Y, ne me demandez pas d'aller à Y. C'est une aberration pour moi" V3p25; "c'est le secteur qui est grand et qui pose le problème de la" V3p25 "Ou alors il fallait prendre la garde à l'endroit où il y a le véhicule sur le secteur de Y. Peut-être que ceux qui habitent juste à 5 minutes auraient pu être dispensés, mais les autres aux extrémités, ça ne pouvait pas aller." V10p76 | |
| | | "C'est trop loin, c'est pas notre secteur" V1p2 "Et on ne peut pas juste se déplacer sur son secteur de garde, il faut aussi pouvoir intervenir sur le secteur d'à côté. Ce n'est pas logique, ça ne va pas sinon et ça coûte encore une fois deux fois plus cher." V10p76 "Un secteur qu'on connaissait géographiquement, ... il ne fallait pas 3 heures pour trouver" V1p2; "surtout que je ne connais pas le secteur là." V7p49 "Le secteur de garde de Y à Y, ce secteur là, c'est le secteur avec lequel on fonctionne tous les jours dans le cabinet. Après, le secteur de Y est géré par des médecins de Y, et le secteur de Y aussi, et là, ça aurait été problématique, car ça veut dire trouver les adresses plus difficilement que si on avait l'habitude de le faire." V9p66; "Oui, c'est plus un problème de connaissance géographique : si on part pour un arrêt cardiaque au fin fond de Y, si c'est une ferme isolée (...) Ça c'est un très gros problème, Y, je ne connais pas vraiment, à part les rues principales, mais les petites rues ou les maisons cachées, ça pourrait être un vrai gros problème !" V9p66; "Déjà ici parfois les petites rues c'est difficile à trouver, alors là-bas où je ne connais pas !" V9p66 "J'habite loin, dans ce qui était plus enviable de me taper la route" V1p2 "Mais le territoire est effectivement grand et pour peu qu'on ne loge pas exactement au même endroit, ça devient illogique si on met déjà un quart d'heure pour arriver, voire une demi-heure." V4p32 "Moi j'habitais Y à l'époque donc si je dois aller à Y, je mets 20-25 min. Même en pleine nuit, c'est facilement 20 minutes. Le SAMU qui arrive de Strasbourg il y est aussi vite." V5p38 "Il n'y a quasiment personne qui habite ici, moi j'aurais pu prendre ces gardes tranquillement chez moi, enfin tranquillement entre parenthèses, en plus ça m'a toujours plu de faire de l'urgence et des choses comme ça." V10p74; "Oui, encore une fois, ceux qui sont aux extrémités, c'est sûr que ça pose problème, mais pour moi non, c'est pratiquement notre intervention quotidienne." V10p74; "Mais finalement, le frein qu'il peut y avoir, c'est surtout géographique. Moi qui étais totalement adhérent et qui le suis encore aujourd'hui, parce que je suis sur place. Finalement, les gens qui étaient motivés à l'époque se sont finalement rendus comptes que ça allait peut-être être compliqué à gérer, car ils habitent à l'extrémité du territoire." V10p76 "Ça dépend, moi je peux faire les gardes éventuellement de chez moi, puisque j'habite à 5km de la clinique, et c'est un truc où je me suis dit pourquoi pas le faire depuis chez moi. Mais aujourd'hui, les médecins de campagne habitent à la ville." V11p80 "Je ne reviens pas de Y en 30 secondes ! De Y non plus d'ailleurs, mais ça fait quand même 5-10 minutes de plus en plein hiver." V9p63; Et en plus de ça en hiver, la neige le verglas !" V9p66 "quand vous êtes appelé à Y, c'est une tournée ! C'est une petite route." V8p57 "C'était incitatif, pas obligatoire. Je me voyais mal rajouter ça." V4p31 | |
| | Volontariat (recrutement insuffisant) | "Ils savent très bien qu'ils ne peuvent pas nous imposer absolument. On est quand même encore libres. On est profession libérale. Clinique Saint-Luc, c'est des salariés. On a encore droit de décider si oui ou non !" V6p44 "Ça n'a pas été intégré qu'on ne pouvait pas s'engager d'emblée sans savoir dans quoi on s'engageait et donc dans le doute on ne s'engage pas !" V2p12 "J'avais dit que je serais intéressé pour faire des formations et puis ensuite en fonction, de voir si je me sens capable ou pas, après la formation, de signer ou pas. On ne m'a jamais contacté, ça n'a pas intéressé." V2p12 "j'ai peur de la dérive, je connais le système avec les pompiers, c'était un peu ça, ils appelaient, c'étaient toujours les mêmes qui allaient !" V9p64; "Oui, j'ai peur que si je le fais, si je m'engage, qu'ils se disent « Tiens, elle peut le faire, elle n'a qu'à y aller ! ». Et si je signe un contrat avec eux, ils pourront m'appeler n'importe quand et je serais obligé de partir et ça n'en va pas." V9p65 "Ça je n'ai pas envie ; je n'ai pas envie d'avoir un collègue autour du cou et être tout le temps bridé" V9p64 "Il y avait plus de contraintes qu'autre chose" V1p3; "Ce n'est même pas envisageable" V1p7 "« est-ce que tu fais les gardes la nuit ? Est ce que tu viendrais chercher le véhicule ? » J'ai dit non, organisé comme ça, non" V3p24 "Il faut courir à la clinique pour récupérer le matériel." V5p39; "Il fallait venir récupérer le matériel clinique tous les soirs, car on était censé faire ça de 20h à 24h. Donc on était censé récupérer le matériel à 20h et le rapporter à minute." V5p37 "X à Y, il faut déjà descendre, c'est plus compliqué pour eux. Ça c'était peut-être un frein, et je pense qu'ils le savaient ça." V10p73 "On était censé prendre notre véhicule et récupérer le matériel. La question était là, comment récupérer le matériel et si on utilisait le véhicule, comment en faire le plein? Enfin c'était toute une histoire, ça paraissait quand même très compliqué." V5p37; "Si les choses avaient été plus simples, en ayant tout ce qu'il fallait sous la main. Mais en fait non, c'était très compliqué." V5p37; "Oui, on devait gérer ça de nous même et on avait l'impression de « vous devez vous débrouiller tout seul et voilà »." V5p37; "Il y avait que des problèmes comme ça, même pour des tout petits problèmes pratiques, on ne nous donnait pas de réponse." V5p39; "Il y a plein de petites choses comme ça, où on ne nous a pas apporté plus de réponse. C'est pour ça que ça paraît plutôt compliqué et beaucoup ont laissé tomber à cause de ça." V5p39; "nous en tant que libéraux on n'avait pas de réponse à un problème d'organisation, de logistique. On ne nous donnait pas de réponse précise et on était un peu dans le flou sur ce qu'on devait faire. Je pense que ça a un peu freiné les collègues, de ne pas savoir ce qu'on pouvait faire et ce qu'on aurait." V7p49; "Et l'autre frein était : comment récupérer le véhicule et comment gérer le sac Thomas éventuel, s'il y avait besoin de quelque chose." V7p49; "Et le dernier frein était le matériel, le véhicule ; comment faire si on devait chercher le véhicule, si on le ramenait, si on avait un sac Thomas par médecin et comment on faisait pour le recharger?" V7p49; "On a demandé qu'est ce qu'on faisait et on ne nous a rien proposé." V7p49 "Alors je ne sais pas si on aurait eu un sac Thomas par exemple avec nous" V10p73 "J'imaginai qu'on nous aurait filé chacun notre sac. Mais on devait se référer le sac où il y avait les drogues et tout le toutim. On aurait été gardes de ce sac, ce qui aurait rajouté encore un peu de complexité dans l'affaire" V4p32 "Nous on nous disait ça : « Il n'y a pas de véhicule, vous devez vous débrouiller et vous venez récupérer... ». Et je pense que ça nous a mis le coup de freins." V5p37 | |
| | Contrat | Absence de période de découverte du dispositif "j'avais dit que je serais intéressé pour faire des formations et puis ensuite en fonction, de voir si je me sens capable ou pas, après la formation, de signer ou pas. On ne m'a jamais contacté, ça n'a pas intéressé." V2p12 Peur de la sur-sollicitation "j'ai peur de la dérive, je connais le système avec les pompiers, c'était un peu ça, ils appelaient, c'étaient toujours les mêmes qui allaient !" V9p64; "Oui, j'ai peur que si je le fais, si je m'engage, qu'ils se disent « Tiens, elle peut le faire, elle n'a qu'à y aller ! ». Et si je signe un contrat avec eux, ils pourront m'appeler n'importe quand et je serais obligé de partir et ça n'en va pas." V9p65 Contrainte d'engagement "Ça je n'ai pas envie ; je n'ai pas envie d'avoir un collègue autour du cou et être tout le temps bridé" V9p64 "Il y avait plus de contraintes qu'autre chose" V1p3; "Ce n'est même pas envisageable" V1p7 "« est-ce que tu fais les gardes la nuit ? Est ce que tu viendrais chercher le véhicule ? » J'ai dit non, organisé comme ça, non" V3p24 Contrainte logistique pour les médecins libéraux (habitant à distance de la clinique++) "Il faut courir à la clinique pour récupérer le matériel." V5p39; "Il fallait venir récupérer le matériel clinique tous les soirs, car on était censé faire ça de 20h à 24h. Donc on était censé récupérer le matériel à 20h et le rapporter à minute." V5p37 "X à Y, il faut déjà descendre, c'est plus compliqué pour eux. Ça c'était peut-être un frein, et je pense qu'ils le savaient ça." V10p73 "On était censé prendre notre véhicule et récupérer le matériel. La question était là, comment récupérer le matériel et si on utilisait le véhicule, comment en faire le plein? Enfin c'était toute une histoire, ça paraissait quand même très compliqué." V5p37; "Si les choses avaient été plus simples, en ayant tout ce qu'il fallait sous la main. Mais en fait non, c'était très compliqué." V5p37; "Oui, on devait gérer ça de nous même et on avait l'impression de « vous devez vous débrouiller tout seul et voilà »." V5p37; "Il y avait que des problèmes comme ça, même pour des tout petits problèmes pratiques, on ne nous donnait pas de réponse." V5p39; "Il y a plein de petites choses comme ça, où on ne nous a pas apporté plus de réponse. C'est pour ça que ça paraît plutôt compliqué et beaucoup ont laissé tomber à cause de ça." V5p39; "nous en tant que libéraux on n'avait pas de réponse à un problème d'organisation, de logistique. On ne nous donnait pas de réponse précise et on était un peu dans le flou sur ce qu'on devait faire. Je pense que ça a un peu freiné les collègues, de ne pas savoir ce qu'on pouvait faire et ce qu'on aurait." V7p49; "Et l'autre frein était : comment récupérer le véhicule et comment gérer le sac Thomas éventuel, s'il y avait besoin de quelque chose." V7p49; "Et le dernier frein était le matériel, le véhicule ; comment faire si on devait chercher le véhicule, si on le ramenait, si on avait un sac Thomas par médecin et comment on faisait pour le recharger?" V7p49; "On a demandé qu'est ce qu'on faisait et on ne nous a rien proposé." V7p49 Absence de dotation individuelle pour les médecins libéraux "J'imaginai qu'on nous aurait filé chacun notre sac. Mais on devait se référer le sac où il y avait les drogues et tout le toutim. On aurait été gardes de ce sac, ce qui aurait rajouté encore un peu de complexité dans l'affaire" V4p32 "Nous on nous disait ça : « Il n'y a pas de véhicule, vous devez vous débrouiller et vous venez récupérer... ». Et je pense que ça nous a mis le coup de freins." V5p37 | |
| Géographie | Taille du territoire | Territoire très étendu | "Il restait ce problème d'étendu de terrain. Alors mes collègues qui travaillent à Y ont dit qu'ils ne pouvaient pas : « Moi, le temps de venir de Y jusqu'à Y, ça ne sert à rien, c'est ridicule ! ». Il y a déjà eu ce blocage-là, par rapport à la distance" V5p36 "Même si moi ce me ferait plaisir d'aller jusqu'à Y si je le faisais" V7p49 "Je ne sais pas comment ça aurait été organisé ce truc là, mais si il y avait eu une permanence d'un médecin pour aller sur tout le territoire, si c'est pour moi qui suis d'un côté du territoire, pour aller de l'autre côté, ça fait 20 minutes." V6p45 "Je ne sais pas, si moi j'étais de permanence, étant à 10km de Y et appelé à Y, ça c'était aussi un peu casse-pieds. Il m'aurait fallu du temps pour aller jusque là bas" V6p44 |
| | | Délais potentiellement longs pour certains MGL | "Moi si tu veux me faire sortir au dessus de Y, à Y, quand je descends de Y et que je monte à Y, je perds de la pertinence. Mon intervention n'est pas pertinente, il ne faut pas me faire sortir, ou ce n'est pas moi qui l'ai fait sortir" V3p21; "ils voulaient que le MCS couvire jusqu'à Molsheim et qu'il aille jusqu'à Saales. Si je suis MCS même en journée, et disposé à Y, si j'ai un arrêt cardiaque à Y, voilà, c'est stupide d'envoyer le MCS de Y." V3p20; "de nous faire remonter jusqu'à Y, n'est pas possible. Même si je dors à Y, à mon cabinet, je mets un demi-heure pour monter à Y, ne me demandez pas d'aller à Y. C'est une aberration pour moi" V3p25; "c'est le secteur qui est grand et qui pose le problème de la" V3p25 "Ou alors il fallait prendre la garde à l'endroit où il y a le véhicule sur le secteur de Y. Peut-être que ceux qui habitent juste à 5 minutes auraient pu être dispensés, mais les autres aux extrémités, ça ne pouvait pas aller." V10p76 |
| | Sectorisation du territoire | Association de secteurs | "C'est trop loin, c'est pas notre secteur" V1p2 "Et on ne peut pas juste se déplacer sur son secteur de garde, il faut aussi pouvoir intervenir sur le secteur d'à côté. Ce n'est pas logique, ça ne va pas sinon et ça coûte encore une fois deux fois plus cher." V10p76 "Un secteur qu'on connaissait géographiquement, ... il ne fallait pas 3 heures pour trouver" V1p2; "surtout que je ne connais pas le secteur là." V7p49 "Le secteur de garde de Y à Y, ce secteur là, c'est le secteur avec lequel on fonctionne tous les jours dans le cabinet. Après, le secteur de Y est géré par des médecins de Y, et le secteur de Y aussi, et là, ça aurait été problématique, car ça veut dire trouver les adresses plus difficilement que si on avait l'habitude de le faire." V9p66; "Oui, c'est plus un problème de connaissance géographique : si on part pour un arrêt cardiaque au fin fond de Y, si c'est une ferme isolée (...) Ça c'est un très gros problème, Y, je ne connais pas vraiment, à part les rues principales, mais les petites rues ou les maisons cachées, ça pourrait être un vrai gros problème !" V9p66; "Déjà ici parfois les petites rues c'est difficile à trouver, alors là-bas où je ne connais pas !" V9p66 "J'habite loin, dans ce qui était plus enviable de me taper la route" V1p2 "Mais le territoire est effectivement grand et pour peu qu'on ne loge pas exactement au même endroit, ça devient illogique si on met déjà un quart d'heure pour arriver, voire une demi-heure." V4p32 "Moi j'habitais Y à l'époque donc si je dois aller à Y, je mets 20-25 min. Même en pleine nuit, c'est facilement 20 minutes. Le SAMU qui arrive de Strasbourg il y est aussi vite." V5p38 "Il n'y a quasiment personne qui habite ici, moi j'aurais pu prendre ces gardes tranquillement chez moi, enfin tranquillement entre parenthèses, en plus ça m'a toujours plu de faire de l'urgence et des choses comme ça." V10p74; "Oui, encore une fois, ceux qui sont aux extrémités, c'est sûr que ça pose problème, mais pour moi non, c'est pratiquement notre intervention quotidienne." V10p74; "Mais finalement, le frein qu'il peut y avoir, c'est surtout géographique. Moi qui étais totalement adhérent et qui le suis encore aujourd'hui, parce que je suis sur place. Finalement, les gens qui étaient motivés à l'époque se sont finalement rendus comptes que ça allait peut-être être compliqué à gérer, car ils habitent à l'extrémité du territoire." V10p76 "Ça dépend, moi je peux faire les gardes éventuellement de chez moi, puisque j'habite à 5km de la clinique, et c'est un truc où je me suis dit pourquoi pas le faire depuis chez moi. Mais aujourd'hui, les médecins de campagne habitent à la ville." V11p80 "Je ne reviens pas de Y en 30 secondes ! De Y non plus d'ailleurs, mais ça fait quand même 5-10 minutes de plus en plein hiver." V9p63; Et en plus de ça en hiver, la neige le verglas !" V9p66 "quand vous êtes appelé à Y, c'est une tournée ! C'est une petite route." V8p57 "C'était incitatif, pas obligatoire. Je me voyais mal rajouter ça." V4p31 |
| | | Connaissance du territoire | "Ils savent très bien qu'ils ne peuvent pas nous imposer absolument. On est quand même encore libres. On est profession libérale. Clinique Saint-Luc, c'est des salariés. On a encore droit de décider si oui ou non !" V6p44 "Ça n'a pas été intégré qu'on ne pouvait pas s'engager d'emblée sans savoir dans quoi on s'engageait et donc dans le doute on ne s'engage pas !" V2p12 "J'avais dit que je serais intéressé pour faire des formations et puis ensuite en fonction, de voir si je me sens capable ou pas, après la formation, de signer ou pas. On ne m'a jamais contacté, ça n'a pas intéressé." V2p12 "j'ai peur de la dérive, je connais le système avec les pompiers, c'était un peu ça, ils appelaient, c'étaient toujours les mêmes qui allaient !" V9p64; "Oui, j'ai peur que si je le fais, si je m'engage, qu'ils se disent « Tiens, elle peut le faire, elle n'a qu'à y aller ! ». Et si je signe un contrat avec eux, ils pourront m'appeler n'importe quand et je serais obligé de partir et ça n'en va pas." V9p65 "Ça je n'ai pas envie ; je n'ai pas envie d'avoir un collègue autour du cou et être tout le temps bridé" V9p64 "Il y avait plus de contraintes qu'autre chose" V1p3; "Ce n'est même pas envisageable" V1p7 "« est-ce que tu fais les gardes la nuit ? Est ce que tu viendrais chercher le véhicule ? » J'ai dit non, organisé comme ça, non" V3p24 "Il faut courir à la clinique pour récupérer le matériel." V5p39; "Il fallait venir récupérer le matériel clinique tous les soirs, car on était censé faire ça de 20h à 24h. Donc on était censé récupérer le matériel à 20h et le rapporter à minute." V5p37 "X à Y, il faut déjà descendre, c'est plus compliqué pour eux. Ça c'était peut-être un frein, et je pense qu'ils le savaient ça." V10p73 "On était censé prendre notre véhicule et récupérer le matériel. La question était là, comment récupérer le matériel et si on utilisait le véhicule, comment en faire le plein? Enfin c'était toute une histoire, ça paraissait quand même très compliqué." V5p37; "Si les choses avaient été plus simples, en ayant tout ce qu'il fallait sous la main. Mais en fait non, c'était très compliqué." V5p37; "Oui, on devait gérer ça de nous même et on avait l'impression de « vous devez vous débrouiller tout seul et voilà »." V5p37; "Il y avait que des problèmes comme ça, même pour des tout petits problèmes pratiques, on ne nous donnait pas de réponse." V5p39; "Il y a plein de petites choses comme ça, où on ne nous a pas apporté plus de réponse. C'est pour ça que ça paraît plutôt compliqué et beaucoup ont laissé tomber à cause de ça." V5p39; "nous en tant que libéraux on n'avait pas de réponse à un problème d'organisation, de logistique. On ne nous donnait pas de réponse précise et on était un peu dans le flou sur ce qu'on devait faire. Je pense que ça a un peu freiné les collègues, de ne pas savoir ce qu'on pouvait faire et ce qu'on aurait." V7p49; "Et l'autre frein était : comment récupérer le véhicule et comment gérer le sac Thomas éventuel, s'il y avait besoin de quelque chose." V7p49; "Et le dernier frein était le matériel, le véhicule ; comment faire si on devait chercher le véhicule, si on le ramenait, si on avait un sac Thomas par médecin et comment on faisait pour le recharger?" V7p49; "On a demandé qu'est ce qu'on faisait et on ne nous a rien proposé." V7p49 "Alors je ne sais pas si on aurait eu un sac Thomas par exemple avec nous" V10p73 "J'imaginai qu'on nous aurait filé chacun notre sac. Mais on devait se référer le sac où il y avait les drogues et tout le toutim. On aurait été gardes de ce sac, ce qui aurait rajouté encore un peu de complexité dans l'affaire" V4p32 "Nous on nous disait ça : « Il n'y a pas de véhicule, vous devez vous débrouiller et vous venez récupérer... ». Et je pense que ça nous a mis le coup de freins." V5p37 |
| Eloignement géographique du domicile personnel (astreintes) | | "C'est trop loin, c'est pas notre secteur" V1p2 "Et on ne peut pas juste se déplacer sur son secteur de garde, il faut aussi pouvoir intervenir sur le secteur d'à côté. Ce n'est pas logique, ça ne va pas sinon et ça coûte encore une fois deux fois plus cher." V10p76 "Un secteur qu'on connaissait géographiquement, ... il ne fallait pas 3 heures pour trouver" V1p2; "surtout que je ne connais pas le secteur là." V7p49 "Le secteur de garde de Y à Y, ce secteur là, c'est le secteur avec lequel on fonctionne tous les jours dans le cabinet. Après, le secteur de Y est géré par des médecins de Y, et le secteur de Y aussi, et là, ça aurait été problématique, car ça veut dire trouver les adresses plus difficilement que si on avait l'habitude de le faire." V9p66; "Oui, c'est plus un problème de connaissance géographique : si on part pour un arrêt cardiaque au fin fond de Y, si c'est une ferme isolée (...) Ça c'est un très gros problème, Y, je ne connais pas vraiment, à part les rues principales, mais les petites rues ou les maisons cachées, ça pourrait être un vrai gros problème !" V9p66; "Déjà ici parfois les petites rues c'est difficile à trouver, alors là-bas où je ne connais pas !" V9p66 "J'habite loin, dans ce qui était plus enviable de me taper la route" V1p2 "Mais le territoire est effectivement grand et pour peu qu'on ne loge pas exactement au même endroit, ça devient illogique si on met déjà un quart d'heure pour arriver, voire une demi-heure." V4p32 "Moi j'habitais Y à l'époque donc si je dois aller à Y, je mets 20-25 min. Même en pleine nuit, c'est facilement 20 minutes. Le SAMU qui arrive de Strasbourg il y est aussi vite." V5p38 "Il n'y a quasiment personne qui habite ici, moi j'aurais pu prendre ces gardes tranquillement chez moi, enfin tranquillement entre parenthèses, en plus ça m'a toujours plu de faire de l'urgence et des choses comme ça." V10p74; "Oui, encore une fois, ceux qui sont aux extrémités, c'est sûr que ça pose problème, mais pour moi non, c'est pratiquement notre intervention quotidienne." V10p74; "Mais finalement, le frein qu'il peut y avoir, c'est surtout géographique. Moi qui étais totalement adhérent et qui le suis encore aujourd'hui, parce que je suis sur place. Finalement, les gens qui étaient motivés à l'époque se sont finalement rendus comptes que ça allait peut-être être compliqué à gérer, car ils habitent à l'extrémité du territoire." V10p76 "Ça dépend, moi je peux faire les gardes éventuellement de chez moi, puisque j'habite à 5km de la clinique, et c'est un truc où je me suis dit pourquoi pas le faire depuis chez moi. Mais aujourd'hui, les médecins de campagne habitent à la ville." V11p80 "Je ne reviens pas de Y en 30 secondes ! De Y non plus d'ailleurs, mais ça fait quand même 5-10 minutes de plus en plein hiver." V9p63; Et en plus de ça en hiver, la neige le verglas !" V9p66 "quand vous êtes appelé à Y, c'est une tournée ! C'est une petite route." V8p57 "C'était incitatif, pas obligatoire. Je me voyais mal rajouter ça." V4p31 | |
| | Topographie | Conditions météorologiques (neige/verglas) "C'est trop loin, c'est pas notre secteur" V1p2 "Et on ne peut pas juste se déplacer sur son secteur de garde, il faut aussi pouvoir intervenir sur le secteur d'à côté. Ce n'est pas logique, ça ne va pas sinon et ça coûte encore une fois deux fois plus cher." V10p76 "Un secteur qu'on connaissait géographiquement, ... il ne fallait pas 3 heures pour trouver" V1p2; "surtout que je ne connais pas le secteur là." V7p49 "Le secteur de garde de Y à Y, ce secteur là, c'est le secteur avec lequel on fonctionne tous les jours dans le cabinet. Après, le secteur de Y est géré par des médecins de Y, et le secteur de Y aussi, et là, ça aurait été problématique, car ça veut dire trouver les adresses plus difficilement que si on avait l'habitude de le faire." V9p66; "Oui, c'est plus un problème de connaissance géographique : si on part pour un arrêt cardiaque au fin fond de Y, si c'est une ferme isolée (...) Ça c'est un très gros problème, Y, je ne connais pas vraiment, à part les rues principales, mais les petites rues ou les maisons cachées, ça pourrait être un vrai gros problème !" V9p66; "Déjà ici parfois les petites rues c'est difficile à trouver, alors là-bas où je ne connais pas !" V9p66 "J'habite loin, dans ce qui était plus enviable de me taper la route" V1p2 "Mais le territoire est effectivement grand et pour peu qu'on ne loge pas exactement au même endroit, ça devient illogique si on met déjà un quart d'heure pour arriver, voire une demi-heure." V4p32 "Moi j'habitais Y à l'époque donc si je dois aller à Y, je mets 20-25 min. Même en pleine nuit, c'est facilement 20 minutes. Le SAMU qui arrive de Strasbourg il y est aussi vite." V5p38 "Il n'y a quasiment personne qui habite ici, moi j'aurais pu prendre ces gardes tranquillement chez moi, enfin tranquillement entre parenthèses, en plus ça m'a toujours plu de faire de l'urgence et des choses comme ça." V10p74; "Oui, encore une fois, ceux qui sont aux extrémités, c'est sûr que ça pose problème, mais pour moi non, c'est pratiquement notre intervention quotidienne." V10p74; "Mais finalement, le frein qu'il peut y avoir, c'est surtout géographique. Moi qui étais totalement adhérent et qui le suis encore aujourd'hui, parce que je suis sur place. Finalement, les gens qui étaient motivés à l'époque se sont finalement rendus comptes que ça allait peut-être être compliqué à gérer, car ils habitent à l'extrémité du territoire." V10p76 "Ça dépend, moi je peux faire les gardes éventuellement de chez moi, puisque j'habite à 5km de la clinique, et c'est un truc où je me suis dit pourquoi pas le faire depuis chez moi. Mais aujourd'hui, les médecins de campagne habitent à la ville." V11p80 "Je ne reviens pas de Y en 30 secondes ! De Y non plus d'ailleurs, mais ça fait quand même 5-10 minutes de plus en plein hiver." V9p63; Et en plus de ça en hiver, la neige le verglas !" V9p66 "quand vous êtes appelé à Y, c'est une tournée ! C'est une petite route." V8p57 "C'était incitatif, pas obligatoire. Je me voyais mal rajouter ça." V4p31 | |
| Conditions d'engagement | Contrat | Volontariat (recrutement insuffisant) | "Ils savent très bien qu'ils ne peuvent pas nous imposer absolument. On est quand même encore libres. On est profession libérale. Clinique Saint-Luc, c'est des salariés. On a encore droit de décider si oui ou non !" V6p44 "Ça n'a pas été intégré qu'on ne pouvait pas s'engager d'emblée sans savoir dans quoi on s'engageait et donc dans le doute on ne s'engage pas !" V2p12 "J'avais dit que je serais intéressé pour faire des formations et puis ensuite en fonction, de voir si je me sens capable ou pas, après la formation, de signer ou pas. On ne m'a jamais contacté, ça n'a pas intéressé." V2p12 "j'ai peur de la dérive, je connais le système avec les pompiers, c'était un peu ça, ils appelaient, c'étaient toujours les mêmes qui allaient !" V9p64; "Oui, j'ai peur que si je le fais, si je m'engage, qu'ils se disent « Tiens, elle peut le faire, elle n'a qu'à y aller ! ». Et si je signe un contrat avec eux, ils pourront m'appeler n'importe quand et je serais obligé de partir et ça n'en va pas." V9p65 "Ça je n'ai pas envie ; je n'ai pas envie d'avoir un collègue autour du cou et être tout le temps bridé" V9p64 "Il y avait plus de contraintes qu'autre chose" V1p3; "Ce n'est même pas envisageable" V1p7 "« est-ce que tu fais les gardes la nuit ? Est ce que tu viendrais chercher le véhicule ? » J'ai dit non, organisé comme ça, non" V3p24 "Il faut courir à la clinique pour récupérer le matériel." V5p39; "Il fallait venir récupérer le matériel clinique tous les soirs, car on était censé faire ça de 20h à 24h. Donc on était censé récupérer le matériel à 20h et le rapporter à minute." V5p37 "X à Y, il faut déjà descendre, c'est plus compliqué pour eux. Ça c'était peut-être un frein, et je pense qu'ils le savaient ça." V10p73 "On était censé prendre notre véhicule et récupérer le matériel. La question était là, comment récupérer le matériel et si on utilisait le véhicule, comment en faire le plein? Enfin c'était toute une histoire, ça paraissait quand même très compliqué." V5p37; "Si les choses avaient été plus simples, en ayant tout ce qu'il fallait sous la main. Mais en fait non, c'était très compliqué." V5p37; "Oui, on devait gérer ça de nous même et on avait l'impression de « vous devez vous débrouiller tout seul et voilà »." V5p37; "Il y avait que des problèmes comme ça, même pour des tout petits problèmes pratiques, on ne nous donnait pas de réponse." V5p39; "Il y a plein de petites choses comme ça, où on ne nous a pas apporté plus de réponse. C'est pour ça que ça paraît plutôt compliqué et beaucoup ont laissé tomber à cause de ça." V5p39; "nous en tant que libéraux on n'avait pas de réponse à un problème d'organisation, de logistique. On ne nous donnait pas de réponse précise et on était un peu dans le flou sur ce qu'on devait faire. Je pense que ça a un peu freiné les collègues, de ne pas savoir ce qu'on pouvait faire et ce qu'on aurait." V7p49; "Et l'autre frein était : comment récupérer le véhicule et comment gérer le sac Thomas éventuel, s'il y avait besoin de quelque chose." V7p49; "Et le dernier frein était le matériel, le véhicule ; comment faire si on devait chercher le véhicule, si on le ramenait, si on avait un sac Thomas par médecin et comment on faisait pour le recharger?" V7p49; "On a demandé qu'est ce qu'on faisait et on ne nous a rien proposé." V7p49 "Alors je ne sais pas si on aurait eu un sac Thomas par exemple avec nous" V10p73 "J'imaginai qu'on nous aurait filé chacun notre sac. Mais on devait se référer le sac où il y avait les drogues et tout le toutim. On aurait été gardes de ce sac, ce qui aurait rajouté encore un peu de complexité dans l'affaire" V4p32 "Nous on nous disait ça : « Il n'y a pas de véhicule, vous devez vous débrouiller et vous venez récupérer... ». Et je pense que ça nous a mis le coup de freins." V5p37 |
| | | Absence de période de découverte du dispositif | "j'avais dit que je serais intéressé pour faire des formations et puis ensuite en fonction, de voir si je me sens capable ou pas, après la formation, de signer ou pas. On ne m'a jamais contacté, ça n'a pas intéressé." V2p12 Peur de la sur-sollicitation "j'ai peur de la dérive, je connais le système avec les pompiers, c'était un peu ça, ils appelaient, c'étaient toujours les mêmes qui allaient !" V9p64; "Oui, j'ai peur que si je le fais, si je m'engage, qu'ils se disent « Tiens, elle peut le faire, elle n'a qu'à y aller ! ». Et si je signe un contrat avec eux, ils pourront m'appeler n'importe quand et je serais obligé de partir et ça n'en va pas." V9p65 Contrainte d'engagement "Ça je n'ai pas envie ; je n'ai pas envie d'avoir un collègue autour du cou et être tout le temps bridé" V9p64 "Il y avait plus de contraintes qu'autre chose" V1p3; "Ce n'est même pas envisageable" V1p7 "« est-ce que tu fais les gardes la nuit ? Est ce que tu viendrais chercher le véhicule ? » J'ai dit non, organisé comme ça, non" V3p24 Contrainte logistique pour les médecins libéraux (habitant à distance de la clinique++) "Il faut courir à la clinique pour récupérer le matériel." V5p39; "Il fallait venir récupérer le matériel clinique tous les soirs, car on était censé faire ça de 20h à 24h. Donc on était censé récupérer le matériel à 20h et le rapporter à minute." V5p37 "X à Y, il faut déjà descendre, c'est plus compliqué pour eux. Ça c'était peut-être un frein, et je pense qu'ils le savaient ça." V10p73 "On était censé prendre notre véhicule et récupérer le matériel. La question était là, comment récupérer le matériel et si on utilisait le véhicule, comment en faire le plein? Enfin c'était toute une histoire, ça paraissait quand même très compliqué." V5p37; "Si les choses avaient été plus simples, en ayant tout ce qu'il fallait sous la main. Mais en fait non, c'était très compliqué." V5p37; "Oui, on devait gérer ça de nous même et on avait l'impression de « vous devez vous débrouiller tout seul et voilà »." V5p37; "Il y avait que des problèmes comme ça, même pour des tout petits problèmes pratiques, on ne nous donnait pas de réponse." V5p39; "Il y a plein de petites choses comme ça, où on ne nous a pas apporté plus de réponse. C'est pour ça que ça paraît plutôt compliqué et beaucoup ont laissé tomber à cause de ça." V5p39; "nous en tant que libéraux on n'avait pas de réponse à un problème d'organisation, de logistique. On ne nous donnait pas de réponse précise et on était un peu dans le flou sur ce qu'on devait faire. Je pense que ça a un peu freiné les collègues, de ne pas savoir ce qu'on pouvait faire et ce qu'on aurait." V7p49; "Et l'autre frein était : comment récupérer le véhicule et comment gérer le sac Thomas éventuel, s'il y avait besoin de quelque chose." V7p49; "Et le dernier frein était le matériel, le véhicule ; comment faire si on devait chercher le véhicule, si on le ramenait, si on avait un sac Thomas par médecin et comment on faisait pour le recharger?" V7p49; "On a demandé qu'est ce qu'on faisait et on ne nous a rien proposé." V7p49 "Alors je ne sais pas si on aurait eu un sac Thomas par exemple avec nous" V10p73 "J'imaginai qu'on nous aurait filé chacun notre sac. Mais on devait se référer le sac où il y avait les drogues et tout le toutim. On aurait été gardes de ce sac, ce qui aurait rajouté encore un peu de complexité dans l'affaire" V4p32 "Nous on nous disait ça : « Il n'y a pas de véhicule, vous devez vous débrouiller et vous venez récupérer... ». Et je pense que ça nous a mis le coup de freins." V5p37 |
| Centralisation logistique à la clinique Saint-Luc | Absence de dotation individuelle pour les médecins libéraux | | "Ils savent très bien qu'ils ne peuvent pas nous imposer absolument. On est quand même encore libres. On est profession libérale. Clinique Saint-Luc, c'est des salariés. On a encore droit de décider si oui ou non !" V6p44 "Ça n'a pas été intégré qu'on ne pouvait pas s'engager d'emblée sans savoir dans quoi on s'engageait et donc dans le doute on ne s'engage pas !" V2p12 |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| Logistique | | Perte de temps | "Donc tu descends, un quart d'heure, tu remontes, un quart d'heure, tu rentres à la maison, c'est une heure de perdus. D'un point de vue logistique, je disais que c'était difficilement organisable de le faire comme ça" V3p20 "Il y avait tout un côté pratique qui nous prenait encore plus de temps que les 4 heures où on était censé être d'astreinte." V5p39 | | |
| | | Véhicule | "A un moment, ils m'avaient demandé si je voulais aller chercher le véhicule le soir à 20h quand le MCS arrêtait sa garde, que je rentre chez moi, que je ramène le véhicule le lendemain matin avant ma consultation, et que voilà..." V3p19, "En hiver, l'im arrive de terminer entre 21H00 et 22H00 le mercredi soir, je ne vais pas encore descendre à Schirneck chercher une voiture." V3p24, "Au niveau de l'organisation, les médecins généralistes, on n'a jamais demandé de véhicule" V3p24 "Il y a eu un blocage au niveau du véhicule d'intervention, puisqu'au départ on nous a dit qu'on devait prendre notre véhicule personnel ; après dans les discussions suivantes, la clinique avait acquis son véhicule. On s'est dit que comme la clinique avait son véhicule, c'était sympathique, mais on nous a dit qu'on ne pourrait pas nous prêter le véhicule." V5p37; "Nous on nous disait ça : « Il n'y a pas de véhicule, vous devez vous débrouiller et vous venez récupérer... ». Et je pense que ça nous a mis le coup de freins." V5p37 "Ca, ça aurait été un peu chiant. C'est vrai qu'on avait parlé de ça, et ça aurait été un peu compliqué. Vous laissez le véhicule à 20h, c'est ça ? (...)Oui donc on aurait eu le véhicule après 20h et c'est vrai que ça m'arrange pas pour la vie de famille. J'essaie de rentrer avant 20h chez moi pour m'occuper un peu des enfants. Ca, ça aurait été un peu problématique." V8p57 "Je n'ai pas l'habitude du sac Thomas, il aurait fallu que je le travaille, mais ça, je pense que ça se forme aussi, comme le reste ça s'apprend, où sont rangées les choses, vérifier quand on a pris un quelque chose et le remettre dedans en rentrant, ça ne me dérange pas, ça se fait tout de suite" "Non je ne pense pas, mais après je suis un cas particulier, car moi je suis à côté, j'habite à côté de X, je passe devant la clinique, ça ne me fait pas un détour, ça peut être un frein pour les autres (...).Moi ce n'était pas un problème vu que j'habite à côté de Y." V10p73 "Il y a aussi un peu des contraintes matérielles, mais ça c'est secondaire je pense (...). D'être jouable tout le temps. Il y a des villages où le portable ne passe pas." V6p44 "Il y a beaucoup de maisons isolées qui ne sont pas indiquées sur le GPS et ça pose un problème. On met plus de temps, ça rajoute un stress supplémentaire, des fois, c'est des endroits en plus où il n'y a pas de réseau." V9p66 | | |
| | | Pas forcément problématique pour les médecins habitant à proximité de la clinique | | | |
| Contrainte technique | Réseau téléphonique/GPS incertain | | | | |
| Organisation | | Garde préventive à la clinique Saint-Luc contraignantes | "et comme de toute façon, on ne voulait pas faire les gardes sur place à la clinique. Je ne voulais pas aller dormir à la clinique" V2p19; "Les conditions de l'organisation de la garde du MCS pour les médecins du secteur, demander aux médecins installés qui ont entre 50 et 60 ans, d'aller faire des gardes à la clinique Saint-Luc en hospitalier, une astreinte de nuit..." V3p20 | | |
| | | Astreintes | Charge éventuellement acceptable | "Les médecins l'ont fait pendant des années, nos anciens étaient médecins-pompiers, et partaient du cabinet, et la fréquence à laquelle on est appelé et sollicité, c'est 1 à 2 fois par semaine, ce qui est raisonnable." V7p51 "Donc faire ça, là j'étais en garde, ça m'a occupé la journée. Mais ça aurait pu arriver en journée ouvrable, ça m'aurait fait perdre une demi-journée, ou quasiment." V2p14 "Très chronophage, c'est sûr, parce que quand on part sur une intervention ce n'est pas 10 minutes" V9p65 "C'est à l'importe, quelle heure, donc pour s'organiser, ce n'est pas toujours évident." V6p44 "Quand on est appelé pour une consultation PDSA, on peut toujours tempériser." V8p58 | |
| | | | Activité interventionnelle chronophage | "Vous voyez, il va falloir qu'il sélectionne d'avantage les choses pour lesquelles ils nous appellent, on ne peut pas faire 3 trucs à la fois, et partir en moins de 5 minutes" V9p63 | |
| | | | Nécessité du déclenchement immédiat mal vécu | "De toute façon, en journée ça aurait été juste impossible." V4p33 "Si c'est dans la semaine, oui il y a une interférence et oui c'est compliqué" V7p51 | |
| | | Astreintes de journées non compatibles | Charge psychologique | "Mais ça aurait été une forme de stress supplémentaire et savoir qu'on n'est pas serein quand on rentre chez soi." V4p33 "Et moi je préfère dormir tranquille, plutôt que de me dire, au cas où, j'ai vu la différence, avant quand on était en nuit profonde, c'est épuisant. Là au moins on est sûr de dormir et de pouvoir embrayer." V2p15 | |
| | | | Perturbation du sommeil | "D'autant plus que pour la PDS, en général, on dort correctement. Pour le MCS je ne suis pas sûr que l'on dormirait correctement et de la même façon pour la PDS, c'est rarement une urgence vitale" V7p51 "Si c'est que de 20h à 8h comme c'était prévu, ça ne posait pas de problème." V7p51 "Oui donc ça aurait été quand même acceptable en terme de qualité de vie, je pense." V8p56 | |
| | | MGL mal intégrés | Astreinte de nuit éventuellement compatible pour les MGL | "C'était cette espèce d'organisation qui était un peu nébuleuse et qui nous a freinés pour ceux qui étaient intéressés." V5p40 "Donc sur l'organisation, ça a été décidé toujours de façon unilatérale, que les médecins généralistes n'allaient pas être intégrés. Du moins, moi on ne m'a jamais posé la question." V3p24 "On veut que le MCS fonctionne, mais même quand on veut aider, on ne peut pas et on ne nous propose pas de possibilité" V7p50 | |
| | | | Rôle du MGL mal défini par l'ARS | "Ils ne savaient pas s'ils allaient doubler notre garde, c'est à dire, est-ce qu'on pouvait faire à la fois une garde de MCS et la garde sur le secteur de médecine générale ?" V7p49; "- Est-ce que ça peut être cumulé ou pas avec la garde du secteur ?" V7p49 "Enfin je ne sais pas si on aurait pu faire ça en même temps que la permanence des soins." V8p56 "contrairement à ce qu'on voit de Strasbourg et qui est chauffeur, qui a le temps de pousser, de lire ou de se remettre les choses en tête, pour avoir la meilleure prise en charge, si toi, tu es seul, tu dois réfléchir et conduire relativement un peu vite, ça devient compliqué à gérer." V2p14 "Le seul truc qui pourrait être problématique pour une fille, c'est la sécurité : qu'on soit sûr que ce ne soit pas un truc pour !" V9p66 | |
| | | MCS partant seul en intervention | Cumul PDSA/MCS mal défini | Multiplicité des tâches | "Malheureusement en France actuellement, on a de très bonnes idées, mais on ne met jamais les moyens pour que ces idées se mettent en œuvre" V7p50 "C'est plutôt une mission de service public mais je trouve que ça a été abordé avec un peu de légèreté et moi ça ne m'a pas mis en confiance, clairement !" V8p58 |
| | | | | Problème sécuritaire | |
| | | Insuffisance de moyens mis en place par les autorités de santé | | | |
| | | | | | |
| Régulation médicale du SAMU | | Peur de déclenchements abusifs | "Après on avait une appréhension par rapport à la régulation, à savoir si ça allait être pertinent ou pas, est-ce qu'on n'allait pas nous envoyer pour faire un diagnostic et ne pas envoyer le SAMU derrière" V7p49 "Donc j'avais peur que marqués MCS, on puisse nous appeler pour tout et n'importe quoi quand eux n'ont pas envie de se déplacer." V9p65; "Quand on vous appelle, qu'on vous dit : « Est-ce que vous pouvez aller faire un ECG parce que les pompiers sont sur place, il n'y a rien, mais on veut être sûrs ! ». Ça me fâche, parce que là, je ne suis bonne qu'à faire un ECG quoi!" V9p67 | | |
| | | | Peur de la pertinence des déclenchements | "Il y a vraiment une démotivation quand on regarde pour tout ce qu'on est appelé (...) et médicalement ce n'est pas vraiment justifié..." V2p14 "Nous, les médecins généralistes, on nous appelle tellement pour des bêtises, que ça ne donne même plus envie de faire des gardes." V9p62; "Ben oui, on nous a volontairement laissés les gens que personne ne veut voir à l'hôpital ou ceux qui ont trop bu, ceux qui tombent, les fièvres, les suspensions d'AVC qu'on m'adresse en permanence de soins" V9p67; "Je me souviens, que lorsqu'on a ouvert la maison médicale, de ce qu'avait dit le maire, qu'on ne voulait plus faire de gardes : non, ce n'est pas vrai, ce n'est pas moi ; ils nous envoient juste sur les conditions actuelles, si n'y a plus personne qui est motivé à les faire parce que ce n'est pas motivant ; ils nous envoient juste sur les interventions qu'ils ne veulent pas faire, à force c'est lassant, et après tu vois passer le SAMU chez des patients à moi !" V9p68 "Donc oui, c'est peu rassurant. Et en plus à l'époque c'était le SAMU qui m'avait envoyée, sans me prévenir que je courrais potentiellement un danger et que c'était des gens vraiment bizarres et potentiellement violents, alors qu'ils savent très bien qu'il y a force de leur voir, donc ils pourraient nous prévenir. Ça, ils le font pas non plus (...). Ils ne nous disent pas toujours tout malheureusement, alors même qu'ils le savent." V9p68 "D'accord, ça veut dire quoi ? Qu'ils ne me font pas confiance ? Comme si moi quand je disais qu'il y a 11 de tension, je disais n'importe quoi. Oui, ils nous ont écartés, ils font presque plus confiance aux ambulanciers du SAMU qu'à nous. Donc à un moment, je n'appelle plus, je n'ai même plus envie, c'est désobligeant ce genre de comportement." V9p68 | |
| | | Recours abusifs en PDSA pour les MGL | | "Après c'est vrai que c'est compliqué, c'est 2 mondes différents, l'hôpital et la médecine libérale, c'est 2 choses différentes, mais je pense qu'il faut savoir s'entendre, discuter, et organiser les choses." V3p27 "Nous on est libéraux, alors peut-être qu'entre libéral et hospitalier, ça pose problème, je ne sais pas comment ça s'est passé dans d'autres régions de France." V10p73 | |
| | | Transmission d'informations | Peur de transmissions incomplètes dans des situations potentiellement à risque | "Oui, ça c'était l'ARS, mais après quand on était en discussions, c'était toujours à la clinique Saint-Luc. Qui est ce qui tenait les rennes, je ne sais pas." V5p37 "Je ne sais pas qui a mis ce frein, est-ce que c'est l'ARS qui n'a pas voulu finalement intégrer les médecins généralistes, est-ce que c'est finalement la clinique qui n'avait pas besoin de nous, puisqu'elle était déjà auto-suffisante, moi je me pose la question. Le frein ne venait pas de nous je pense." V10p73 "Je trouve que c'est quand même le patient le plus important et sa prise en charge, on ne doit pas se venger au service des rouges et des blancs : si on a besoin de nous il faudrait y être." V11p80 | |
| | | | Sensation de manque de confiance du SAMU envers les MGL | "et puis finalement le système s'est suffi à lui-même, uniquement avec les médecins de la clinique, et vu les horaires en plus." V10p71; "Oui, je pense que vous étiez auto-suffisants et que vous n'aviez pas forcément besoin de nous." V10p73; "Je n'ai pas fait le stage et donc après, je comptais faire la deuxième session et finalement ça s'est pas fait, car vous avez été suffisants donc il n'y avait plus besoin de nous solliciter." V10p73; "Il y a eu une volonté unilatérale, décidée, pour moi, par la direction du groupe Saint-Vincent. C'est une histoire financière. La ligne budgétaire a été créée sur la clinique Saint-Luc." "Et au moment où on s'est posé la question de ce qu'on faisait et comment on intégrait les médecins généralistes dans le truc, on nous a dit que la ligne budgétaire était déjà... tout était organisé" V3p19; "C'était la ligne budgétaire, les 800 000 euros avaient été attribués à la clinique Saint-Luc pour payer le véhicule et pour faire l'astreinte de garde pour les urgences, et comme en plus le groupe Saint-Vincent avait selon moi, budgétisé ou négocié la garde des urgences de la policlinique ; les urgences 24h sur 24 de la policlinique font partie de cette ligne budgétaire là. Après une fois que le groupe Saint-Vincent s'était approprié le truc, après il restait... si c'est pour filer 200 euros au médecin généraliste..." V3p22 | |
| | | Partage institutionnel du dispositif | Opposition médecine libérale/hôpital | Rivalités institutionnelles | "Oui, mais bon, du coup il n'est pas question d'intégrer encore des gens supplémentaires, ça va encore coûter plus cher. Tout ce qui est financement comme ça, si n'y a pas de loi qui fixe ça, peut ne pas être pérenne." V10p75; "Oui quelque part c'est bien beau tout ça, mais si l'ARS ne continue pas à subventionner, c'est foutu, malgré la bonne volonté des gens, et donc après il ne se mettra pas vraiment quelque chose de solide en place et on sera peut-être de nouveau plus sollicités, nous les libéraux." V10p75 "On a demandé, si l'on utilisait la valve d'urgence, comment faire pour remettre les produits, pour recharger cette valve. C'était tout un problème, car en étant libéral, on n'avait pas le droit de prendre le stock de la clinique, vu que c'est un centre hospitalier" V5p39 "Alors je pense aussi que c'était peut-être plus simple de ne pas inclure les libéraux pour l'ARS à cause de l'assurance au niveau prise en charge, vous êtes couverts par l'hôpital." V10p73 |
| Impression d'autosuffisance de la clinique Saint-Luc par les MGL | "on a proposé de faire des gardes de MCS le week-end, dans la journée, pour vous soulager, car visiblement tout le monde tirait la langue à Saint-Luc, on nous a répondu que légalement on ne pouvait pas, que c'était une convention entre la clinique et le SAMU et qu'on ne pouvait pas rentrer, nous, là-dedans en l'état actuel des choses." V7p49 "sur le plan de la responsabilité médicale ? Interviewé : Je me souviens qu'ils avaient précisé ça. Moi : Ce n'était pas un souci donc ? Interviewé : Non." V4p33 "Non, je fais de la régulation médicale de PDSA, c'est le même système. On est pris en charge par les HUS aussi. Donc non, ce n'était pas le problème." V5p39 "Quand j'allais quelque part, je ne pensais pas à la responsabilité, j'y allais pour faire du mieux possible. Ce n'était vraiment pas un souci, ce n'était pas une préoccupation, vraiment pas." V1p9 "Quand j'étais dans le Y, j'avais déjà intégré ça dans mon assurance professionnelle. Moi : Ce n'est pas quelque chose qui vous aurait freiné ? Interviewé : Non." V3p25 | | | | |
| Phagocytose et budgétisation du GHSV | Monopolisation du dispositif | | Phagocytose et budgétisation du GHSV | "De toute façon dans notre exercice quotidien, il y a toujours une part de responsabilité et de souci qui peut arriver où on a besoin d'être aidé, responsabilité civile professionnelle." V6p45 "Mais ça c'était purement technique, c'est pas ça qui pouvait freiner. C'est un point qui avait été évoqué, mais ça je ne me disais pas qu'il ne pouvait pas y avoir de solution." V2p15 "Même si mes enfants ont grandi, ils ne me voient pas avant 22h le soir, donc ils ne mangent pas, car je ne suis pas là. A un moment, j'ai aussi le droit d'avoir une vie !" V9p63 "Oui donc on aurait eu le véhicule après 20h et c'est vrai que ça m'arrange pas pour la vie de famille. J'essaie de rentrer avant 20h chez moi pour m'occuper un peu des enfants. Ca, ça aurait été un peu problématique." V8p57 "quand j'ai divorcé, c'est devenu compliqué pour moi de continuer dans ce système là, avec la garde des enfants et le travail jusqu'à 22h tous les soirs, donc rajouter les pompiers dans la journée c'était compliqué, je me suis un peu noyée et j'avais d'autres choses à penser au niveau personnel." V9p60 | |
| | | | | Financement incertain, recrutement délicat | |
| Complexification logistique/organisationnelle | Approvisionnement en médicaments | | | | |
| Assurances | | | | | |
| Contraintes légales | Convention | | | | |
| Responsabilité professionnelle | Pas un frein | Connaissance de la couverture par la responsabilité administrative du CHU | | | |
| | | Non connaissance de la couverture par la responsabilité administrative du CHU | | | |
| | | Inhérent au métier | | | |
| | | Solutions assurantielles simples | | | |
| Vie familiale | Profiter des enfants | | | | |
| | | Evénements de vie | | | |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| Aspect personnel/privé | Féminisation de la profession | Schéma familial | "et une féminisation aussi, avec des enfants et cetera" V2p12 | |
| | | Femmes aimant moins le rapport à l'urgence | "Je pense que nous sommes quand même pas mal de femmes sur le secteur et je pense que pour mes collègues, on était partie un peu dans ce même sens là aussi." V5p37; "Mais nous, les filles, je ne crois qu'aucune ne voulait le faire." V5p40 | |
| | Jeunes praticiens | Problème sécuritaire pour une femme seule en intervention | "Le seul truc qui pourrait être problématique pour une fille, c'est la sécurité : qu'on soit sûr que ce ne soit pas un truc pourri !" V9p66; "Oui, ça ce serait un frein, car j'aurais du mal à me défendre si jamais je me faisais agresser." V9p66 | |
| | | manque d'intérêt des jeunes praticiens pour les urgences vitales | "et les jeunes ne sont pas intéressés par ce mode d'exercice." V2p12; "Les jeunes qui viennent ont d'autres aspirations que ça." V2p16 "Les freins que je vois, actuellement, c'est l'évolution des générations. Tous ceux qui participaient (X, moi-même, X sans doute aussi), on a fait du SAMU à l'époque, plus sapeurs-pompiers, mais les jeunes d'aujourd'hui ne sont plus trop là-dedans, ça ne les intéresse plus trop et il y a beaucoup de femmes (60%) qui n'ont pas forcément envie de faire ces choses-là. Les jeunes globalement, sauf quelques passionnés qui ont une vocation, mais autrement les jeunes installés, je ne sais pas si ça les botte." V10p74 "Moi je suis le plus vieux et à l'époque on faisait tous de l'urgence et je crois que là les jeunes n'en font plus du tout et ils ne sont pas intéressés, car je crois que quand on n'a pas de formation c'est un peu angoissant." V11p79 "mais à l'heure actuelle, c'est devenu une hyper-spécialité, que c'est vrai que quand on est jeune, on peut freiner les 4 fers pour s'y engager, car on a l'impression que c'est un truc très réservé." V11p79; " | |
| | | Jeunes praticiens moins à l'aise avec les urgences vitales | "Parce-que ce qui freine, je crois, les jeunes médecins, c'est de ne pas savoir quoi faire quand il y a une urgence vitale, et ça repousse fortement." V11p82 | |
| | Praticiens expérimentés | jeunes praticiens dynamiques | "Nuit profonde, personne de voudra revenir en arrière (...) un jeune hyper motivé, plein de pepes." V2p15 | |
| | | Anciennement passionnés par les urgences | "A l'époque, moi, je l'aurais fait, ça c'est clair, après il y a que quelques passionnés. Nous on était quasi tous passionnés à l'époque. On était une dizaine de médecins sapeurs-pompiers dans la vallée, aujourd'hui il n'y en a quasiment plus, ça ne les intéresse pas." V10p74 | |
| | | Frein à un changement/diversification d'activité | "Je ne me vois pas à mon âge, me lancer dans un truc qui ne correspond pas à mon profil. Je pense que plus jeune, à une autre époque..." V2p15 "Si vous vous adressez à un médecin installé depuis des années, à fortiori, le gars est rincé et il aspire à du repos." V4p33 "Plus on prend de l'âge et plus on a envie d'être zen." V6p45 "Ben non je ne vois pas. On n'a pas vraiment été concernés" V1p9 "Personnellement je ne vois pas de solution, c'est un problème de gestion du SAMU" V2p16 | |
| | Pistes d'amélioration proposées | Absence de proposition | Non implication | "Je ne pense malheureusement pas qu'il y ait de solution par le libéral, même si on avait un Zorro sur le secteur qui serait prêt à le faire !" V2p16 |
| | | Communication avec l'ARS | Transmission d'informations | Absence de solution par le libéral |
| Améliorer les explications | | | "que les choses soient mieux dites." V8p58; "Des réponses claires oui." V8p58 | |
| Démographie médicale | | Âge | Nécessité d'un rajeunissement des effectifs médicaux, intéressé par l'urgence médicale | "Il faut un rajeunissement des effectifs, des gens motivés, qui aiment ça" V2p16 "Ou'il y ait des jeunes dans la vallée (rires) qui aient envie de bosser !" V6p44; "quelqu'un qui démarre et qui a besoin de bosser, acceptera plus facilement des choses diverses, que quelqu'un qui est tranquillement installé, et qui ne cherche pas forcément à faire plus" V6p46 "On s'adresserait plutôt à des jeunes qui ont connu l'urgence en étant interne et qui aimeraient préserver ça (...) Donc s'adresser à des jeunes, il y a plus de chances qu'il y ait du répondant. Plus le fait qu'au début, leur activité est un peu plus modérée." V4p33 "Ce serait peut-être une solution, d'embaucher des jeunes retraités pour se consacrer à ces urgences, car ils ont plus de temps que nous." V9p69 |
| | | Temps médical dédié | Aide de praticiens retraités souhaitant garder une activité | "Peut-être fonctionner différemment, en disant, avoir une journée pour ça contre rémunération" V2p16 "Peut-être renforcer sur Saint-Luc, avec des effectifs supplémentaires pouvant faire des nuits, un SAMU allégé" V2p16 |
| | | Modalité de recrutement | Aménagement de plages de garde MCS rémunérées pour les médecins libéraux Renforcement de l'effectif à la clinique Saint-Luc Volontariat obligatoire | "Ce truc là, il faut partir obligatoirement sur la base du volontariat." V3p26 "Je crois qu'il faut partir sur la base du volontariat. J'en vois que 4 qui pourraient intégrer encore, ou qui voudraient encore intégrer le système, et de favoriser ces 4 là pour l'intégration au système" V3p26 "A moins de s'adresser à des médecins qui travaillent 6 à 8 heures par jour. Il faut que ce soit quelqu'un qui a des soins programmés, organisables. Il faudrait quelqu'un qui arrive en fin de journée relativement frais et disponible et qui n'a pas d'ala majeur." V4p33 |
| Place du médecin généraliste dans l'urgence vitale | | Couplage PDSA-MCS | Favoriser les libéraux les plus motivés | "Moi je suis de garde tous les mercredis, j'avais même proposé à l'époque, quand je suis de garde un weekend sur sept je suis prêt, j'aurais très bien pu intégrer le système MCS sur la garde, et de tourner MCS plus médecin de garde sur le secteur." V3p22 "Peut-être aussi que ce soit un peu plus clair en gestion MCS / permanence de soins : que les choses soient mieux dites." V8p58 |
| | | Géographie | Recruter des Praticiens ayant des soins programmés | "si on avait su maintenir et favoriser l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des urgences à l'époque, ça aurait fait un maillage beaucoup plus pertinent, beaucoup plus réactif." V3p21 "Je pense que réduire le territoire pour qu'on soit moins stressé de devoir traverser tout le territoire pour intervenir quelque part." V5p39 |
| | | Relations institutionnelles | Amélioration de la collaboration médecine libérale/ hôpital Intégration des médecins libéraux | "Après c'est vrai que c'est compliqué, c'est 2 mondes différents, l'hôpital et la médecine libérale, c'est 2 choses différentes, mais je pense qu'il faut savoir s'entendre, discuter, et organiser les choses." V3p27 "Dans l'urgence, si t'es pas un peu intégré" V3p23 |
| Simplification logistique | | Dotations techniques simples et concrètes | Propositions techniques simples et concrètes | "Nous donner le droit de le faire et nous proposer des solutions pour pouvoir le faire concrètement." V7p52 |
| | Dotations personnelles pour chaque médecin | | "Et après j'avais rappelé X, qui était le médecin de l'ARS, pour savoir si on ne pouvait pas avoir une dotation pour les médecins généralistes, en se débrouillant avec notre véhicule." V3p24; "Mais tu me donnes un sac Thomas où j'en ai pas besoin de faire les préemptions et tout ça, je te fais la garde MCS quand tu veux." V3p26 "Nous donner les moyens pour intervenir tout de suite et ne pas avoir à courir pour récupérer le matériel et vérifier qu'on a bien tout remis en place ; on ne savait même pas où on devait récupérer le matériel." V5p39 "Après, j'aurais pu avoir mon propre sac." V8p57 | |
| | Possibilité d'utiliser son véhicule personnel pour les libéraux | | "en sortant de cette histoire de véhicule à récupérer à un endroit donné, ce n'est pas possible" V3p26 "on préférerait aussi rouler avec notre voiture." V5p40 "Après, j'aurais pu avoir mon propre sac et mon véhicule personnel, ce n'est pas forcément obligatoire d'avoir le véhicule SMUR de la clinique." V8p57 | |
| Financier | Améliorer la rémunération | Défiscalisation des revenus MCS | "Alors après tu peux très bien envisager, je l'avais proposé au directeur de l'ARS, mais il ne l'avait pas retenu, c'est de défiscaliser (...) On n'a pas de sous c'est une chose, mais le système est tout simple, je l'avais proposé à l'ARS, c'est de défiscaliser les gardes pour les médecins" V3p25; "Déjà qu'ils ne sont pas rémunérés beaucoup, mais au moins ils ne reversent pas la moitié à l'Etat. Il y a un moment où il faut être" V3p26 "Mais pas pour 10 euros à la limite. Qu'il n'y ait pas beaucoup de sous c'est une chose. J'avais téléphoné au MCS de Montpellier, (...) Ils sont indemnisés comme 250 à 280€ la garde de 24h. Si c'est défiscalisé, ils vont tout intégrer le système." V3p26 | |
| | | Revalorisation des rémunérations | "qu'est-ce que tu fais de la formation des médecins généralistes qui est à revoir à la faculté." V3p26 "plutôt former les internes à l'urgence." V11p80 | |
| Amélioration de la formation | Formation initiale universitaire de médecine générale | Révision du cursus universitaire de médecine générale | "Même si tu n'es pas urgentiste dans l'âme, que tu n'intubes pas tous les matins et que tu sois moins à l'aise à l'intubation ou sur les gestes techniques que quelqu'un autre, il faut quand même savoir poser une perfusion ou savoir passer de la CORDARONE ou de l'ADRENALINE. C'est des choses qui, je pense, dans notre formation médicale, devraient être encore développées" V3p22 | |
| | | Formation aux gestes techniques d'urgence | "J'ai l'impression qu'il faudrait peut-être tout simplement former tous les internes aux gestes techniques d'urgence et puis essayer de repérer éventuellement ceux qui ont envie de faire ça." V11p82 "C'est de les accompagner. Pour ceux qui n'aiment plus les urgences, pour les anciens installés qui ont perdu le truc, c'est de leur demander s'ils veulent continuer de se former et de les accompagner V3p26; "Obligatoirement ça passe à travers la valorisation. Tu ne peux pas demander à des médecins de se former et de continuer à être pertinent. Parce que, si tu prends la garde MCS, tu prends les responsabilités. (...) C'est des responsabilités, et ça a un prix, un coût, c'est le coût de la formation." V3p27 "Oui, je pense qu'il faudrait revoir la formation, déjà, très sérieusement. A mon avis, une formation initiale c'est bien mais il faut une formation continue." V8p58 | |
| | Formation médicale continue | Formation à l'urgence | "une fois qu'on a fait de l'urgence, on essaie de rester un peu un pied dedans. Si on commence, il faut continuer à se former tout le temps un petit peu et se renseigner, après il n'y a pas plus 100 000 choses, les gestes techniques il faut les apprendre, ça c'est clair, ce n'est pas" V3p27 "Il ne faut pas envisager quatre jours de formation, il faut quelque chose de très régulier, pour apprendre vraiment les gestes." V8p58 | |
| | | Formation continue aux gestes techniques | | |