

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 128

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention : Médecine Générale

PAR

TEXIER FLORIAN

Né le 26/05/1988 à Brive la Gaillarde

**Evolution récente des conditions de travail et des relations professionnelles aux
urgences : vécus et ressentis des médecins urgentistes alsaciens**

Président de thèse : Professeur BILBAULT Pascal

Directeur de thèse : Docteur BEN HAMMOUDA Kassara

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



- **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
- **(3.10.01-7.02.11)** M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition DECEMBRE 2019
Année universitaire 2019-2020

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



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
DOLLFUS Héléne

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

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

PO214

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 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 Séiamak P0005	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 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	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 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
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCHE Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 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	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 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	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	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	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Haute-pierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Haute-pierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Haute-pierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 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	RP6 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	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option ; Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 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
OHANA Mickael P0211	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 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	NRP6 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
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
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'Hépatogastro-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 de Neurochirurgie / 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)

CU : 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

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

(3)

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

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

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

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 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	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO128	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 Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • 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
ARGEMI Xavier M0112 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
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 BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
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 Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
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 Hélène 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
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
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)
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 Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	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
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
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
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
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
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
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
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
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)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
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
PFUFF 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)
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
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
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
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
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
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	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 Hautepierre	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)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	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 Hautepierre	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 BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	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

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

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 Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

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

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

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)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr 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)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, 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	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 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	NRP6 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 2017 au 31 août 2020)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
 - MULLER André (Thérapeutique)
- 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)

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	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	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 (Cardiologie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
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	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel (Parasitologie) / 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
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

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 Strauss" - 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
A 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.

Dédicaces et remerciements

A Kassara Ben Hammouda, ma directrice de thèse, pour m'avoir accompagné tout le long de la rédaction de cette thèse ;

Au professeur Bilbault Pascal qui me fait l'honneur d'être président de mon jury de thèse ;

Aux membres du jury, le Docteur Nourry Nathalie et le professeur Pelaccia Thierry ;

A tous les médecins urgentistes ayant accepté de participer à mon étude, merci infiniment ;

A ma mère, Martine, m'ayant soutenu dès la première heure dans ces longues études et avec fierté ;

A mon père, Raymond, toujours prêt à aider et conseiller les autres et pour m'avoir poussé à avancer au collège et lycée ;

A mon oncle, le Dr Duteil Jean, le plus grand pneumologue que la Creuse ait connue mais, également, sans qui je ne serai probablement jamais devenu médecin ;

A mes deux grands frères, Gilles et Brice, et à tous les autres membres de ma grande famille, pour votre amour, votre gentillesse et votre bienveillance ;

A mon meilleur ami Rémi, pour m'avoir aidé et soutenu tout le long de cette étude et pour m'avoir offert les très grands honneurs d'être son témoin et le parrain de son fils Maxime ;

A tous mon groupe d'amis corréziens de ma jeunesse, pour continuer à m'apporter de la joie et à me déconnecter par moment de la médecine ;

A mon ami Simon, qui m'a permis de venir dans cette belle région d'Alsace et à tous mes autres amis de médecine, qui, bien qu'éparpillés dans toute la France m'ont aidé à avancer dans ces études en créant des souvenirs uniques;

Enfin, à ma conjointe Stéphanie, pour être là auprès de moi, toujours prête à m'aider et à me soutenir, en espérant que cela continue pour toujours comme ça.

Table des matières

Liste des abréviations	18
I. INTRODUCTION	20
1. Histoire des urgences	20
1.1. Evolution du cadre légal du service des urgences	20
1.2. Les médecins des urgences depuis le XXème siècle	22
2. Evolution démographique de la population alsacienne et française de 2008 à 2018	23
3. Etat des lieux des services d'urgence	24
3.1. Portrait des médecins urgentistes.....	24
3.2. Activités des urgences.....	24
3.2.1. En France	24
3.2.2. En Alsace	26
3.2.3. Exemple du CHU de Strasbourg de 2009 à 2017	27
3.3. Satisfaction des patients vis-à-vis des urgences	27
3.4. Motifs du passage aux urgences des patients	28
3.5. Diminution du nombre de lits hospitaliers	29
3.6. Budgets.....	31
3.7. Les urgences : un mode de financement à double tranchant	32
4. La souffrance physique et psychologique du personnel hospitalier	33
4.1. Les facteurs à l'origine de cette souffrance	33
4.1.1. Les contraintes horaires	33
4.1.2. Le rythme de travail	34
4.1.3. Les contraintes physiques	34
4.1.4. Les relations avec le public.....	35
4.1.5. La charge mentale	35
4.1.6. La charge émotionnelle	36
4.2. L'évolution des arrêts maladies à l'hôpital	36
4.3. Les spécificités des urgences.....	37
4.3.1. La gestion de l'imprévu	37
4.3.2. Un manque de reconnaissance	37
4.3.3. La polyvalence du service	38
5. Evolution des médecins généralistes	38
5.1. Démographie	38
5.2. Temps de travail.....	40
5.3. La féminisation de la profession.....	40
5.4. Projections de la médecine générale	41
5.5. La PDSA (Permanence De Soins Ambulatoire)	42
5.6. Les hôpitaux de proximité.....	43
6. Relation médecine générale - urgences	44
6.1. La recherche d'une relation de confiance	44
6.2. La qualité de la relation médecine générale – urgences en France.....	46
6.3. Motif de recours aux urgences par les médecins généralistes	46
6.3.1. Difficultés à programmer une hospitalisation.....	47
6.3.2. Accès rapide aux examens complémentaires et spécialistes	47
6.3.3. Motifs sociaux.....	47
6.3.4. Personnes âgées dépendantes.....	48
6.4. Les réseaux : une solution pour la coordination Hôpital-Ville ?	48
7. Objectif de la recherche	50

II. MATERIEL ET METHODES	52
1. Choix de la méthode qualitative	52
2. Constitution de l'échantillon	53
2.1. Critères d'inclusion.....	53
2.2. Critères d'exclusion	53
3. Réalisation du canevas d'entretien	53
4. Collecte de l'information	54
5. Retranscription des données.....	55
III. RESULTATS	56
1. Réalisation des entretiens.....	56
2. Analyse des entretiens.....	56
2.1. Evolution des conditions de travail aux urgences.....	57
2.2. Le patient et les urgences	63
2.3. La relation urgence-médecine libérale	67
2.4. L'évolution des études.....	72
2.5. Projections et axes d'amélioration.....	79
IV. DISCUSSION	87
1. Forces et limites de l'étude.....	87
1.1. Forces de l'étude.....	87
1.2. Limites de l'étude	88
1.2.1 Biais de recrutement.....	88
1.2.2 Biais d'investigation.....	88
1.2.3 Biais d'interprétation	89
2. Principaux résultats.....	89
2.1. Evolution des conditions de travail et des relations.....	89
2.1.1. Aux urgences.....	89
2.1.2. A l'hôpital	93
2.2. Le médecin urgentiste et le patient	94
2.2.1. Qualité de la prise en charge.....	94
2.2.2. Relation avec les patients.....	96
2.2.3. Prestation de service	97
2.2.4. Judicialisation de la société	97
2.3. Les urgences et la médecine libérale	98
2.3.1. Les relations professionnelles	98
2.3.1. La permanence des soins	100
2.4. Les réformes récentes et les perspectives d'avenir	102
2.4.1. Le DES d'urgence	102
2.4.2. Le DES de médecine générale	102
2.4.3. Les perspectives	104
V. CONCLUSION	108
ANNEXES	111
Annexe 1 : Canevas d'entretien N° 1	111
Annexe 2 : Canevas d'entretien N° 2	113
Annexe 3 : Caractéristiques des médecins inclus	115
BIBLIOGRAPHIE	116

Liste des abréviations

AMU : Aide Médicale d'Urgence

ATU : Accueil et Traitement des Urgences

ASH : Agent des Services Hospitaliers

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMU : capacité d'aide médicale urgente

CESU : Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Capacité Médecine d'Urgence ou Couverture Médicale Universelle

CNG : Centre National de Gestion

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNUMU : Collège National des Universitaires de Médecine d'Urgence

CUS : Communauté Urbaine de Strasbourg

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

DES : Diplôme d'Etude Spécialisé

DMP : Dossier Médical Partagé

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

DROM : Département et Région d'Outre-Mer

ECN : Examen Classant National

FAU : Forfait Annuel Urgences

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil

ISQ : Indice Synthétique de Qualité

MCO : Médecin de Coordination et d'Orientation

MG : Médecin Généraliste

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

PH : Personnel Hospitalier

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoire

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Services d'Accueil et de traitement des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation attachés aux hôpitaux

I. INTRODUCTION

1. Histoire des urgences

1.1. Evolution du cadre légal du service des urgences

La loi de 1941 et le décret de 1943 préconisent la création d'un poste de secours dans tout hôpital ou hospice de plus de 30 lits. La mission de l'hôpital passe d'une logique de secours aux pauvres à celle d'assistance aux malades [1].

En 1955 furent créées les premières équipes mobiles de réanimation française avec pour objectifs de prendre en charge les accidentés de la route et les transferts inter hospitalier [1].

Décret de 1965 et circulaire de 1966 : aux vues du succès de ces équipes mobiles, une organisation des secours médicaux dans chaque hôpital est créé avec la constitution officielle du SMUR (Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation attachés aux hôpitaux) [2].

5 juillet 1968 : création du premier SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) officiel à Toulouse afin de réguler les SMUR et apparition d'un centre de régulation médical téléphonique [3].

Loi de 1970 : réorganisation des hôpitaux afin de permettre l'admission d'urgence de jour comme de nuit [4].

Circulaire de 1975 : officialisation du service d'accueil des urgences et ouverture de lits d'hospitalisation de courte durée [5].

1978 : création officielle du centre 15 [1].

6 janvier 1986 : textes fondateurs de l'aide médicale d'urgence, réglementation du SAMU et de ses missions :

- Assurer 24h/24h une écoute médicale permanente.
- Assurer la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés.
- Organiser le transport des patients en milieu hospitalier par les moyens les plus

adaptés.

- Organiser l'accueil hospitalier des patients orientés vers la structure de soins adaptée à la pathologie à traiter.
- Participer à l'élaboration et au déroulement des plans de secours.
- Assurer l'enseignement de la médecine d'urgence et la formation du personnel de santé aux gestes et techniques d'urgence. [6].

Décrets de 1995 et 1997 : réglementation des locaux des urgences, des missions, et de la qualification des personnels [7].

Le plan Urgences **du 30 septembre 2003** a pour objectif le renforcement des effectifs du SAMU et du SMUR, la réorganisation des services d'urgence pour en faire des zones de surveillance de très courte durée, la création d'un système national de veille sanitaire sur les urgences, le développement de 160 équipes mobiles de gériatrie, la création ou le redéploiement de 15 000 lits de soins de suite ("lits d'aval") et le développement de l'HAD [8].

2006 : date de création de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) avec pour mission d'uniformiser les pratiques médicales, de promouvoir la médecine d'urgence, la recherche médicale aux urgences et la formation de base et continue des médecins urgentistes et des équipes soignantes aux urgences [9].

2007 : création du CNUMU (Collège National des Universitaires de Médecine d'Urgence) avec pour objectif de faire reconnaître la spécialité de médecine d'urgence, d'élaborer des outils pédagogiques et de proposer une maquette pour la formation de base en médecine d'urgence [10].

1.2. Les médecins des urgences depuis le XXème siècle

Avant 1970, l'enseignement théorique aux urgences était très limité. Les internes de garde et jeunes médecins avaient la responsabilité de prendre en charge les urgences. La pratique s'acquerrait principalement par compagnonnage et de manière empirique [1].

À partir de **1979**, les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU), dispensent des formations à tous les acteurs des urgences [1].

1985 : l'enseignement de la médecine d'urgence pour les étudiants en médecine du 2e cycle est créé.

1986 : création du CAMU (Capacité d'Aide Médicale Urgente) permettant la structuration et l'homogénéisation de la formation des médecins à la médecine d'urgence [1].

1998 : le CAMU devient la CMU (Capacité Médecine d'Urgence). Deux modules distincts de formation sont créés : le pré-hospitalier et l'accueil hospitalier [1].

2004 : création du Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine d'urgence.

2014 : mise en place d'un référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail permettant d'identifier, dans le respect du maximum de 48 heures hebdomadaires en moyenne par quadrimestre, un temps dédié au travail clinique posté de 39 heures et un temps réservé aux activités non cliniques à forfaitiser [11].

13 Novembre 2015 : Création du DES (Diplôme d'Etude Spécialisé) de médecine d'urgence [12].

2017 : première génération d'internes à choisir le DES.

2. Evolution démographique de la population alsacienne et française de 2008 à 2018

Au cours de cette dernière décennie, l'Alsace suit globalement l'évolution de la population française. La croissance de la population alsacienne est restée stable mais inférieure à la moyenne nationale (+3,23% d'augmentation de la population de 2008 à 2018 vs 4,58% pour la France). Cependant, on note une progression notable et comparable aux données nationales du nombre de personnes âgées (+25% de 65ans de 2008 à 2018 en Alsace et dans l'ensemble de la France) et donc de leur représentativité sur l'ensemble de la population (de 15,24% en 2008 vs 18,45% en 2018) [13].

Figure 1 : Evolution démographique de l'Alsace et de la France de 2008 à 2018 [13]

	2008	2018
Bas-Rhin	1 090 000 hab	1 127 516 hab
+ de 65 ans	14,9% (160 000 hab)	18% (200 000 hab)
Haut rhin	750 000 hab	769 350 hab
+ de 65 ans	15,8% (120 000 hab)	19,5% (150 000 hab)
Alsace	1 837 500 hab	1 896 866 hab
+ de 65ans	15,24% (280 000)	18,45% (350 000)
France	63 961 859 hab	66 890 699 hab
+ de 65 ans	16,1 % (10 300 917 hab)	19,25% (12 875 971 hab)

3. Etat des lieux des services d'urgence

3.1. Portrait des médecins urgentistes

Au 1er janvier 2017, le CNG (Centre National de Gestion) dénombre 4214 PH (Personnel Hospitalier) temps plein exerçant la médecine d'urgence (+18.8% en 5 ans) et 424 PH temps partiel (+14.9% en 5 ans), soit 4 638 praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel [14].

La plupart des services d'urgences souffre d'un nombre important de postes d'urgentistes vacants. En 2017 en France, le CNG constatait un taux de vacance statutaire en médecine d'urgence de 25% pour les PH temps plein (21.3% pour la région Grand Est) et de 45% pour les PH temps partiel (60% pour la région Grand Est) [14].

Les urgentistes sont majoritairement des hommes (63,0 % pour les PH temps plein et 58,7 % chez les PH temps partiel).

L'âge moyen des médecins urgentistes est sensiblement plus bas que les médecins des autres services hospitaliers (48 ans versus 50.1 ans pour les temps plein et 48.9 ans versus 52.6 ans pour les PH temps partiel).

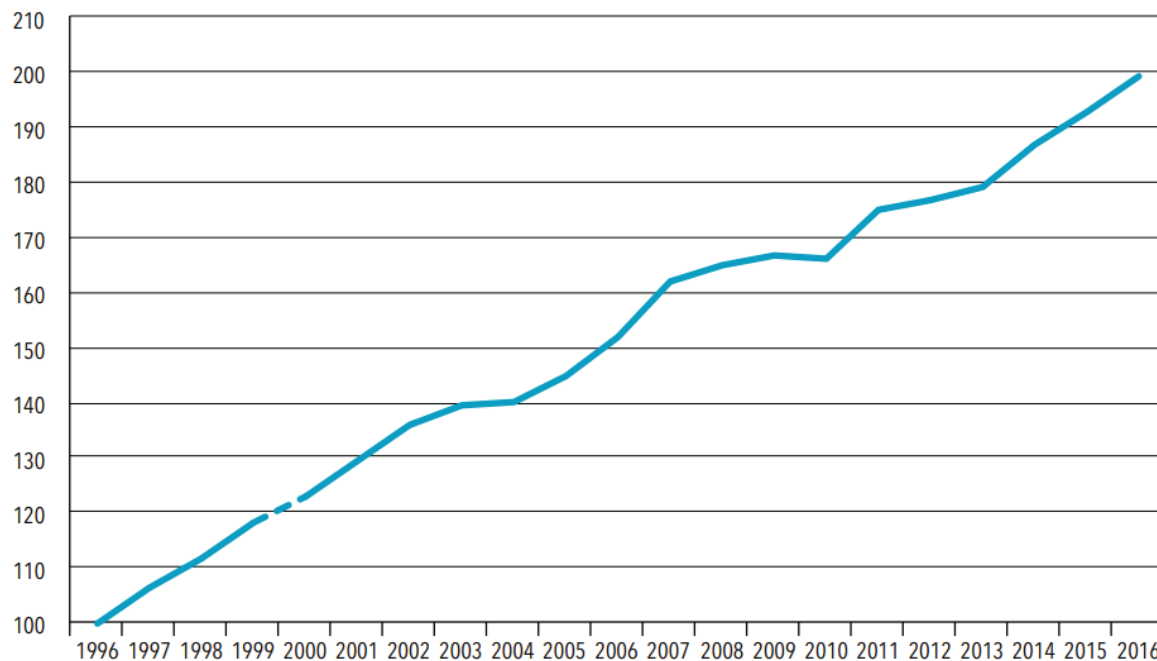
La démission représente le principal motif de sortie de la médecine d'urgence : entre 2012 et 2016, près du tiers des PH temps plein et près de deux tiers des PH temps partiel sont sortis pour démission [14].

3.2. Activités des urgences

3.2.1. En France

En France métropolitaine et dans les DROM (Département et Région d'Outre-Mer), les urgences ont recensé 21 millions de passages en 2016 et ce nombre ne fait qu'augmenter au fil des années [15]. Environ 20% des passages se conclut par une hospitalisation [16].

Figure 2 : évolution du nombre de passages annuels aux urgences en France métropolitaine depuis 1996 (base 100 en 1996)



Source : statistiques annuelles des établissements 1996-2016, traitements DREES

En 2017, 577 800 interventions « primaires » ont été réalisées par le SMUR soit 8,7 sorties pour 1000 habitants [17].

88% des patients venant aux urgences sont classés CCMU 2 (Classification Clinique des Malades aux Urgences) correspondant à un état clinique jugé stable avec décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au service d'urgence ou CCMU 1 (état clinique ne nécessitant pas le recours à un acte complémentaire) [18].

Le délai entre l'IOA (Infirmière Organisatrice de l'Accueil) et le 1er contact médical est de 41,2 minutes en moyenne en absence de signes graves [19].

En 2014, la médiane de la durée nationale de passage aux urgences était de 1h56 [20]. Elle varie fortement en fonction des besoins du patient :

- 1h14 pour une consultation simple (24% des passages)
- 1h21 pour une consultation avec soins (15% des passages)
- 1h46 pour une consultation avec imagerie conventionnelle (13% des passages)
- 2h36 pour un patient nécessitant du plateau technique et d'un acte de soins (34% des passages)

En UHCD, le temps médian de passage était de 11h [20].

3.2.2. En Alsace

On constate une augmentation significative des passages aux urgences en 10 ans (de 2006 à 2016) en Alsace (+27,8%) sensiblement supérieure à la moyenne nationale (+24,4%) [21].

Nombre de passages aux urgences /1000 Habitants[21]

	2006	2016
France	253,1	314,89 (+24,4%)
Alsace	223	285 (+27,8%)

Ces données ne tiennent pas compte des urgences médicales qui ne passent pas par les unités d'accueil des urgences, directement admises dans les services (cardiologie par exemple).

En Alsace en 2018, la durée moyenne de passage aux urgences est de 3h41 et la durée médiane de 2h34. 71% des passages aux urgences sont gérés en moins de 4h [22].

3.2.3. Exemple du CHU de Strasbourg de 2009 à 2017

	2009 [23]	2017 [24]
Dossiers traités par le SAMU	286 863	299 939 (+4,5%)
Sorties SMUR (hors sorties intra muros)	9 996	9 942
Passages aux urgences	121 590	150 586 (+23,8%)
Nombre de lits au CHU	2423	2176 (-11,3%)

Les données statistiques confirment au niveau local l'augmentation de passages aux urgences en cohérence avec l'évolution nationale. A noter que le nombre de sorties du SMUR est resté stable.

3.3. Satisfaction des patients vis-à-vis des urgences

Bien que le taux de passage est en forte augmentation au cours de ces dernières années, le taux de satisfaction des français, quant à lui, diminue. En 2010, 63% des Français étaient satisfaits de la qualité des soins aux urgences. En 2017, le taux de satisfaction est descendu à 50% [25]. Un taux de satisfaction est en soit subjectif et ne veut en aucun cas traduire une diminution de la qualité de la prise en charge des patients. En effet, une étude méta-analytique de 2008 a montré que le facteur prédictif le plus important pour la satisfaction du patient, devant même les compétences techniques et médicales, était la relation patient-soignant et patient-médecin [26].

3.4. Motifs du passage aux urgences des patients

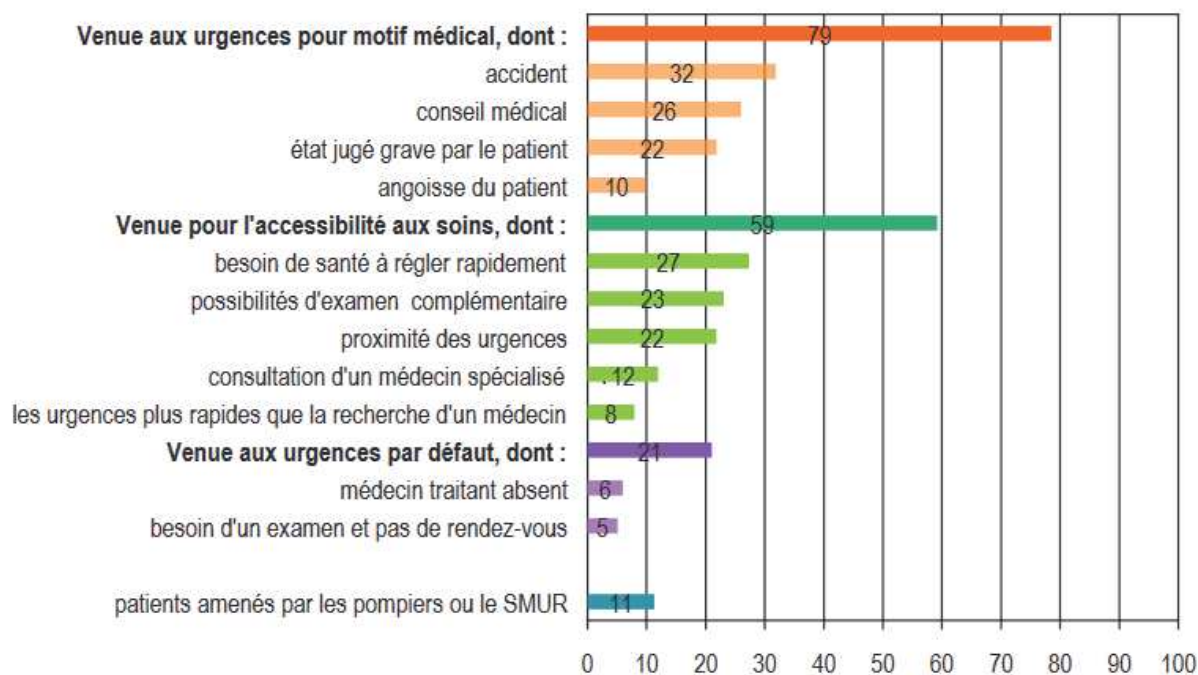
Une étude de 2014 [16], recensant entre autres les motivations du passage aux urgences, montrait que l'accessibilité aux soins et aux examens complémentaires de ces services était un facteur majeur de passages :

- Besoin d'un règlement rapide du problème de santé (27 %)
- Possibilité de réaliser des examens complémentaires (23 %)
- Proximité géographique (22 %)
- Possibilité de consulter un médecin spécialiste (12 %)

En revanche, la prise en charge en dehors des horaires de travail ou « la gratuité » sont rarement indiquées (respectivement 3 % et 2 %).

Les raisons du passage des patients aux urgences sont multiples et l'aspect médical n'est pas le seul facteur. Dans les quatre motifs principaux recensés par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) [16], on relève des raisons sans rapport avec la gravité de la pathologie telle que l'accessibilité aux soins des urgences (59%) et la venue par défaut (21%) aux SAU (Services d'Accueil et de traitement des Urgences) du fait de la difficulté d'accès à un médecin généraliste ou l'impossibilité d'obtenir un examen complémentaire rapide en ambulatoire.

Figure 3 : Motivations des passages aux urgences (en %)



Source : DREES, enquête Urgences de juin 2013, données statistiques

Dans 50 % des cas, la situation qui amène à consulter date du jour même. Mais dans 30 % des cas, elle remonte à plusieurs jours : un tiers des patients interrogés (17 000) avait entrepris des démarches avant d'aller aux urgences, le plus souvent (75 %) auprès de leur médecin traitant ou d'un autre médecin.

C'est en journée et en début de soirée, jusqu'à 20 heures, que la majorité des patients se rend aux urgences. Un quart des passages a lieu entre 20 heures et 8 heures.

Il est constaté que l'hospitalisation des patients était bien plus fréquente lorsque le conseil final de se rendre aux urgences émanait d'un médecin, du SAMU ou des pompiers que ceux venant de leur propre initiative (30 % versus 10 %) [16].

3.5. Diminution du nombre de lits hospitaliers

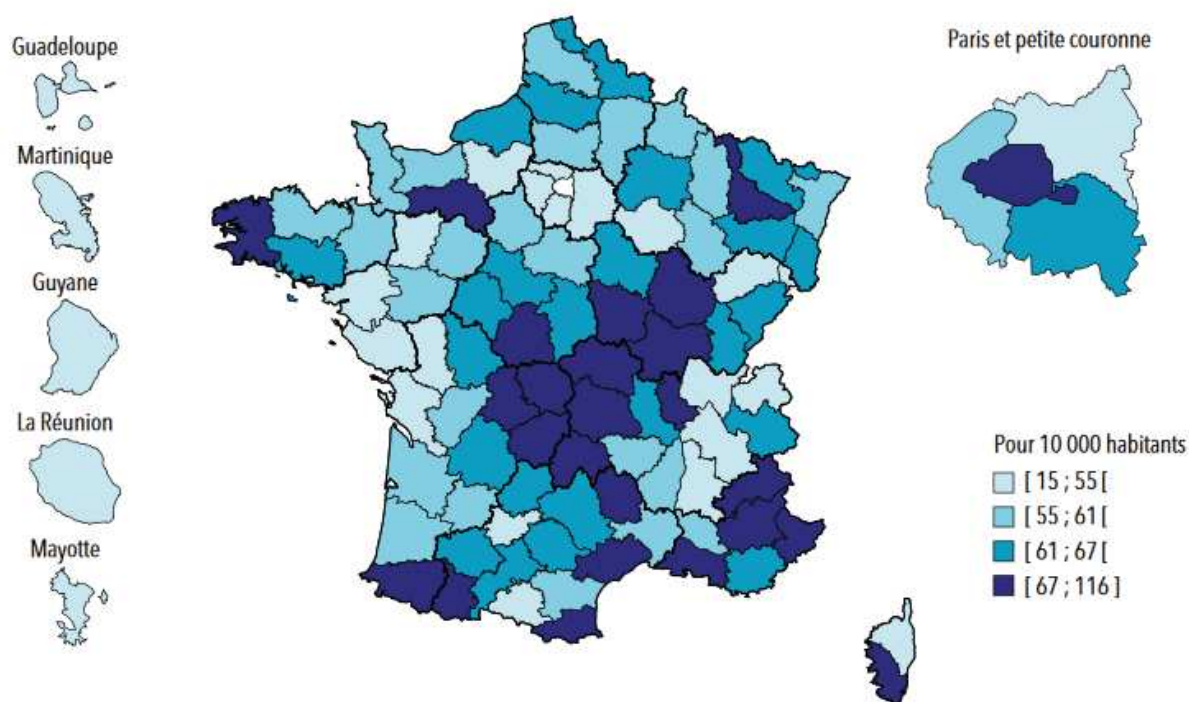
Une des raisons de l'engorgement des urgences est la difficulté à trouver des lits

disponibles pour les hospitalisations [27]. C'est une difficulté en amont, les médecins généralistes, découragés de ne pas réussir à organiser des hospitalisations programmées, adressent les patients aux urgences [28]. Une fois dans le service des urgences, les patients nécessitant une hospitalisation peuvent rester plusieurs heures ou jours, via l'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée), dans le service avant de trouver un lit. De plus, il arrive régulièrement que le patient soit hospitalisé dans un service non adapté à sa pathologie si le service cible est plein [29].

Entre 2003 et 2017, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, sont passés de 468 000 à un peu moins de 400 000, service de santé des armées et établissements de Mayotte compris [30].

Le nombre de lits par habitant est très variable en fonction des départements, le Haut-Rhin est sensiblement mieux adapté que le Bas-Rhin.

Figure 4 : Densité de lits pour 10 000 habitants



Source : DREES, SAE 2016, estimation de la population au 1^{er} janvier 2016

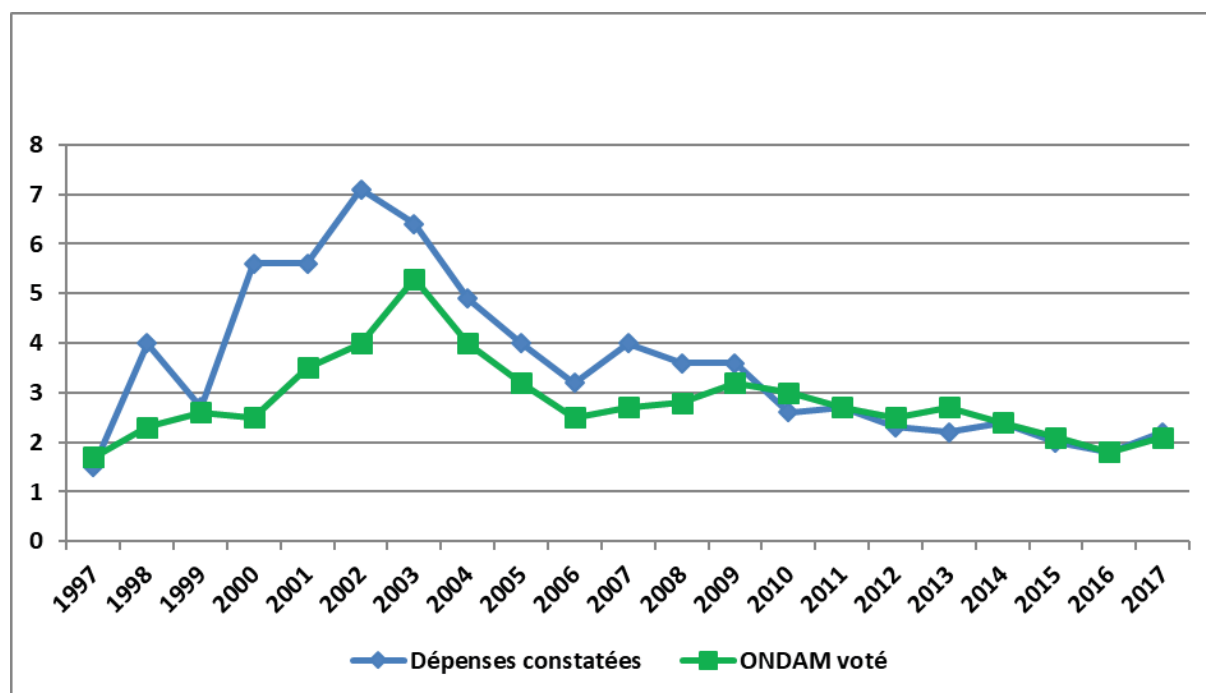
3.6. Budgets

Le taux de croissance du budget alloué à la santé est en diminution depuis une quinzaine d'années [31]. On constate une récente augmentation avec un taux à 2,9% pour 2019 mais il faut prendre en compte, que du fait du progrès médical et du vieillissement de la population, le taux de croissance naturel des dépenses de santé est de l'ordre de 4,5 % par an [31]. Malgré ces taux de croissance, nous restons toujours dans une politique de restriction budgétaire, l'augmentation du budget progressant moins vite que la progression des dépenses médicales.

En 2016, les dépenses liées aux passages dans les services d'urgence se sont élevées à 13,1 milliards d'euros, soit 17 % de l'ONDAM hospitalier (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) [32]. Si on exclut les dépenses liées aux hospitalisations consécutives à un passage aux urgences, les services d'urgence atteignaient 3,1 milliards d'euros de fonctionnement. Elles ont connu une hausse moyenne annuelle de 4 % depuis 2013, pour une progression de l'activité de l'ordre de 5 % en moyenne annuelle pour les passages non suivis d'hospitalisation [32].

Actuellement, le paiement hospitalier se fait à l'acte et au séjour mais des études sont en cours, afin d'avoir plus de souplesse et d'adaptabilité via 5 types de paiements : le paiement au suivi, le paiement à la qualité et à la pertinence, le paiement pour la structuration du service, le paiement à la séquence de soins et le maintien du paiement à l'acte et au séjour [33].

Figure 5 : Evolution des taux de croissance (en %) de l'ONDAM et des dépenses d'assurance maladie



Source : Haut conseil de l'assurance maladie jusqu'à 2012 et commission des comptes de la sécurité sociale depuis 2012 ; FIPECO.

3.7. Les urgences : un mode de financement à double tranchant

Actuellement le service des urgences est rémunéré par deux forfaits :

- Le FAU (Forfait Annuel Urgences), destiné à couvrir les charges fixes du service : 730 000 € pour les 9 000 premiers passages, avec des suppléments par tranche de 2 500 passages au-delà de 9 000 [32].
- L'ATU (Accueil et Traitement des Urgences) : 25,32 € est versé à l'hôpital pour chaque patient passé aux urgences [32].

En 2014, ce dernier forfait était déjà jugé "inflationniste" par la cour des comptes : l'augmentation du taux de fréquentation des urgences permet un retour financier important pour les hôpitaux via l'ATU, au risque de favoriser la passivité des hôpitaux à lutter contre

l'augmentation en hausse du nombre de passages aux urgences [34].

Le coût moyen pour l'assurance-maladie d'un passage aux urgences sans hospitalisation en UHCD, était de 148 € en 2016 [32].

Une étude est en cours afin d'évaluer l'efficacité d'une rétribution financière aux urgences si une réorientation en médecine libérale est réalisée pour les patients gérables en cabinet [35].

4. La souffrance physique et psychologique du personnel hospitalier

4.1. Les facteurs à l'origine de cette souffrance

La HAS (Haute Autorité de Santé), bien consciente de la souffrance hospitalière, s'est appuyée sur plusieurs études afin de définir les différents facteurs à l'origine de cette aggravation de la pénibilité du travail [36] :

- Les contraintes horaires, notamment le travail de nuit et le week-end
- Le rythme de travail
- Les contraintes physiques
- La relation avec le public
- La charge mentale
- La charge émotionnelle [36].

4.1.1. Les contraintes horaires

Du fait de la permanence des soins, un personnel soignant se doit d'être présent la nuit, les week-ends et les jours fériés. L'étude de 2013 de la DARES (Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques) montre que 70% des salariés du secteur hospitalier déclarent travailler le samedi ; 64% le dimanche et 33% la nuit [37].

Les horaires de nuit sont à l'origine de multiples complications :

- Erreurs de soins du fait de la fatigue et d'erreurs de communication avec les équipes de jour
- Dérégulation du rythme circadien favorisant le grignotage et accidents de travail
- Décalage avec le conjoint rendant la vie familiale « compliquée » [38]
- Perturbations psychiques (troubles de l'humeur, irritabilité, anxiété voire dépression ou troubles de la personnalité) [39]
- Multiples maladies : obésité, dyslipidémie, diabète, maladies cardio-vasculaires... [39]

4.1.2. Le rythme de travail

Le début des années 2000 a vu l'émergence d'une aggravation rapide des contraintes de travail pour les aides soignants, infirmiers et ASH (Agent des Services Hospitaliers), que cela soit dans le rythme ou les délais à respecter [36]. En 2013, une étude sur les conditions de travail montre une amélioration relative du rythme de travail, mais ce dernier reste toutefois supérieur à l'hôpital par rapport aux autres secteurs d'activité [37].

La proportion de salariés déclarant devoir se dépêcher toujours ou souvent passe de 68% à 64% entre 2003 et 2013, contre 46% pour l'ensemble des salariés tous secteurs confondus [40].

Cependant, le personnel soignant met en lumière deux composantes se dégradant :

- Les contrôles informatiques de plus en plus présents pesant sur le rythme de travail
- Le morcellement du travail du fait de multiples tâches imprévues forçant les interruptions fréquentes de l'activité en cours [36].

4.1.3. Les contraintes physiques

Les efforts physiques sont très fréquents pour le personnel (port de charges lourdes,

répétition de mouvements douloureux et épuisants...) malgré une amélioration sensible de ces contraintes selon l'enquête de 2013, par rapport au début des années 2000 (-13% chez les infirmiers et sages-femmes, - 22% chez les médecins ou assimilés) [37]. Tous métiers confondus, les aides-soignants et les ASH restent les métiers les plus pourvoyeurs en lumbago. Un soignant sur cinq (infirmiers et aide soignants) souffre de sciatique [41].

4.1.4. Les relations avec le public

Les agressions verbales et physiques sont fréquentes en milieu hospitalier. Les urgences faisant partie des services les plus touchés. Devant l'amplification de ce phénomène, un Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) a été créé en France en 2007. En 2012, 11 000 signalements ont été recensés ; 70% étaient des atteintes à la personne dont la moitié était des violences physiques [36]. Le nombre a augmenté à 23 360 en 2018. La DREES constate que ces tensions avec les patients et leur entourage n'ont cessé d'augmenter de 2003 à 2013 pour tous les professionnels de santé [40].

4.1.5. La charge mentale

« La charge mentale est l'ensemble des opérations mentales effectuées par un travailleur lors de son activité professionnelle : efforts de concentration, de compréhension, d'adaptation, d'attention et de minutie, accomplissements de tâches de traitement d'informations mais aussi pressions psychologiques liées aux exigences de rapidité, délai, qualité d'exécution, à l'obéissance aux ordres de la hiérarchie et à la gestion des relations avec les collègues et les tiers » [36]. Cette charge mentale est cumulative tout au long de la vie professionnelle [36].

Les équipes soignantes déclarent régulièrement recevoir des consignes contradictoires

(59% pour les infirmiers et 52% pour les aides-soignants). Des relations tendues avec leurs collègues sont fréquentes [42]. Les tensions avec ses supérieurs apparaissent principalement chez les infirmières avec leur cadre [42].

4.1.6. La charge émotionnelle

Les confrontations régulières à la mort, à la dégradation du corps, au handicap physique et mental, à l'isolement social ou familial et à la démence sont des situations potentiellement difficiles à maîtriser sur le plan émotionnel. Cela exige des soignants de garder une neutralité vis-à-vis des patients et de leur travail en général [36].

Une étude menée par Le Lan R. [42] atteste cependant, que les soignants considèrent vivre majoritairement des moments positifs avec les patients.

La crainte de l'erreur médicale est aussi un facteur très important principalement dans le corps infirmier. Le burn-out des soignants est fortement corrélé à la présence avérée d'un risque d'erreur de raisonnement, et donc, d'erreur médicale [43].

4.2. L'évolution des arrêts maladies à l'hôpital

Ces dernières années, on constate une hausse significative des arrêts-maladies et des accidents de travail attestant d'une fragilité croissante du personnel hospitalier [44].

De 2007 à 2015, on note une augmentation de 32% des absences (toutes natures d'absences confondues), représentant une hausse de plus de neuf jours d'absence en moyenne par agent employé. Les accidents du travail ont la progression la plus importante (+ 44 % en huit ans et +25% pour les arrêts maladies) [44]. A noter que, c'est principalement l'augmentation de la durée des arrêts plus que de leur nombre qui explique cette tendance [44].

4.3. Les spécificités des urgences

4.3.1. La gestion de l'imprévu

Comparativement à un service classique, le service des urgences possède une activité très variable (en fonction du moment de la journée ou de l'époque de l'année), sans aucune planification possible. Le personnel doit en permanence réussir à s'adapter à l'afflux de patients et à hiérarchiser la gravité de chacun [45].

4.3.2. Un manque de reconnaissance

Les statuts de praticiens attachés ou de praticiens hospitaliers contractuels sont fréquents au SAU. Les exercices antérieurs ne sont pas pris en compte dans l'ancienneté de l'urgentiste. De fortes inégalités de rémunération pouvaient exister entre spécialités hospitalières [46] (la grève de 2014 des urgentistes a permis de rééquilibrer cette situation).

Le sociologue Jean Peneff décrit le service comme un "instrument de la régulation de la pratique médicale actuelle, palliant son éclatement en spécialités cloisonnées et sa dispersion en petites unités concurrentes" [47]. Il écrit également que les urgences voient converger "une multitude de cas inclassables pour les secteurs traditionnels de la médecine. Les urgences attirent ce que les autres spécialistes ne parviennent pas à définir ou qu'ils déclarent intraitable et ce que la médecine de ville ne reçoit pas pour des raisons d'horaires, d'insolvabilité ou d'absence d'équipement radiologique". La mission du service est donc de compenser les défaillances de l'organisation libérales et les difficultés d'hospitalisations. Bien souvent, on lui attribue le rôle de "régulateur des hospitalisations" ou "de voie de délestage" [47].

4.3.3. La polyvalence du service

En plus des maladies organiques ou traumatiques "classiques" pour les urgences, ce service fait face à de multiples autres situations (problèmes psychiatriques, sociaux, maintiens à domicile difficiles, garde à vue...) à prendre en charge concomitamment. Le médecin urgentiste a la responsabilité de plusieurs patients avec des niveaux de gravité et des problématiques très variables [16]. La gestion de l'ensemble de ces facteurs requiert des connaissances étendues et une capacité d'organisation et de hiérarchisation dans son travail engendrant une charge mentale importante.

5. Evolution des médecins généralistes

5.1. Démographie

L'âge moyen des médecins généralistes dans la région Grand Est en 2016 est de 51.9 ans. 64,1% dans le Bas Rhin et 61,2% dans le Haut Rhin, pratiquent une profession libérale [48].

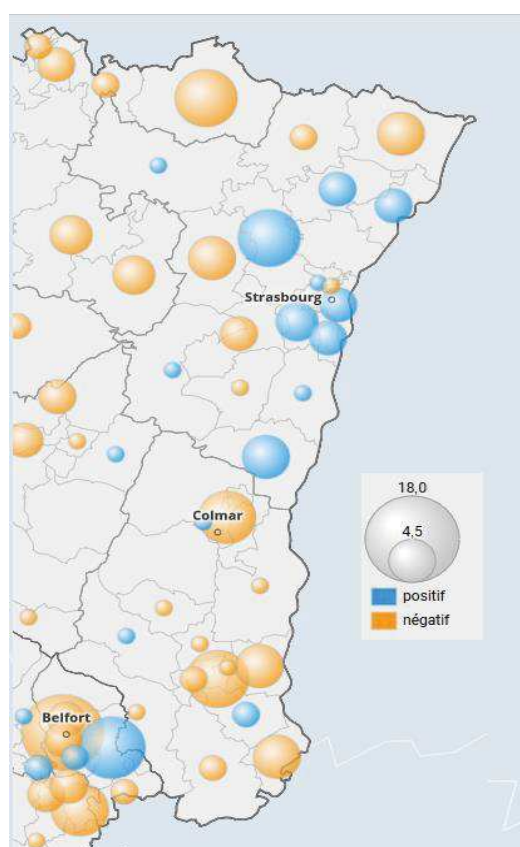
Sur le plan régional, on note des différences importantes entre la CUS (Communauté Urbaine de Strasbourg) et les territoires environnants jusqu'à Sélestat qui voient une évolution positive du nombre d'installations de médecins généralistes ces dernières années. Le reste de l'Alsace (Mulhouse et Colmar compris) constate un recul d'effectifs (évolution sur les 5 dernières années) [49].

Densité médicale des médecins généralistes en Alsace pour 100 000 habitants [21]

	2008	2018
Bas rhin	136,4 (1487 MG)	144,1(1621MG)
Haut Rhin	107 (803 MG)	119,4 (910MG)

La densité médicale en Alsace évolue vers une augmentation d'un point de vue régional mais des disparités importantes sont constatées au niveau des cantons.

Figure 6 : Evolution des 5 dernières années du nombre d'omnipraticiens par canton (2014-2019) et par département (2012-2016)



Cartosanté ARS

Evolution des effectifs de MG par département entre 2012-2016

	2012	2016	Ecart en %
Ardennes	382	355	-7,1%
Aube	369	374	1,4%
Marne	838	831	-0,8%
Haute-Marne	259	258	-0,4%
Meurthe-et-Moselle	1181	1201	1,7%
Meuse	258	264	2,3%
Moselle	1362	1326	-2,6%
Bas-Rhin	1727	1733	0,3%
Haut-Rhin	1034	1009	-2,4%
Vosges	520	523	0,6%

source RPPS

*Nombre de praticiens ayant une activité dans le département (un praticien qui exerce dans deux départements différents est comptabilisé dans chaque département).

5.2. Temps de travail

Les médecins généralistes interrogés en 2011 déclarent travailler en moyenne 57 heures par semaine [50], 78 % travaillent 50 heures ou plus. Cette durée du travail est restée relativement stable par rapport à celle déclarée par les médecins généralistes interrogés dans le cadre du premier panel cinq ans plus tôt [51], signe que la profession ne semble pas avoir participé au mouvement de réduction du temps de travail observé pour la majorité des salariés.

5.3. La féminisation de la profession

Les femmes représentent 44 % des médecins généralistes en 2015 [52]. Les médecins généralistes femmes déclarent en moyenne une durée d'activité hebdomadaire 10 % inférieure à celle des hommes et consultent notamment moins systématiquement que leurs confrères hommes le samedi matin (32 % des femmes travaillent « tous les samedis », contre 48 % des hommes). Le nombre de congés annuels déclarés est en revanche très proche [52].

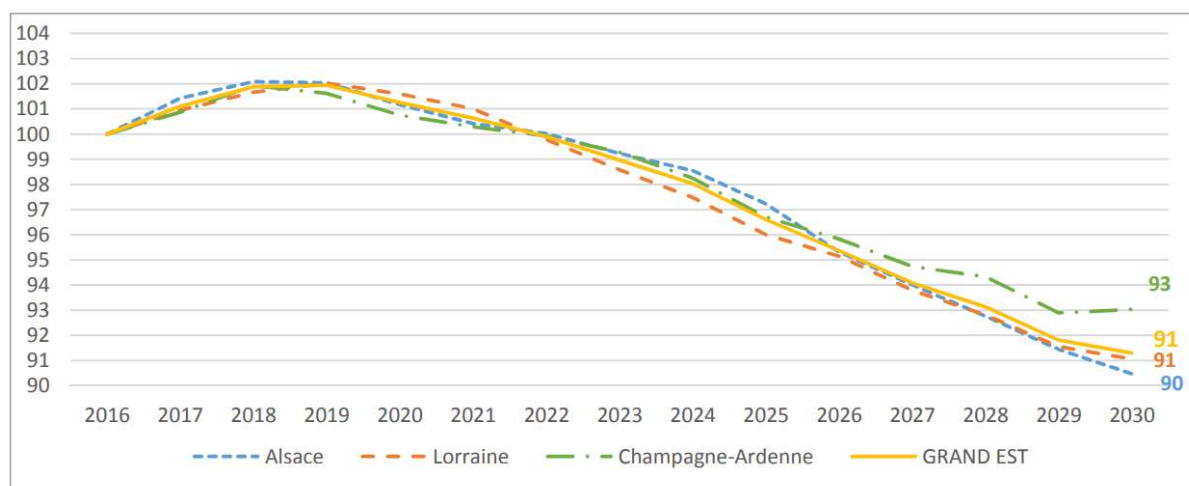
Les écarts de volume d'activité sont importants : les femmes médecins effectuent en moyenne 24 % de consultations et visites en moins que leurs collègues masculins par an. On voit que l'importance de cet écart ne reflète pas les différences de durée de travail hebdomadaire déclarée, s'expliquant en partie par une durée de consultation des femmes supérieures à celle des hommes (19 minutes contre 17 minutes pour les hommes) [52].

La moitié des femmes déclarent participer aux gardes ; une proportion cependant moindre que celle que l'on observe pour leurs confrères masculins (64 %) [52].

5.4. Projections de la médecine générale

Après une faible hausse jusqu'en 2019, le nombre de praticiens diminuera de près de 10% d'ici 10 ans. Au regard du nombre de médecins généralistes en 2016, cette baisse représente près de 700 praticiens en moins dans la région Grand Est. La diminution la plus significative se situe dans la région d'Alsace [48].

Figure 7 : Projections de 2016 à 2030 du nombre de médecins généralistes (base de 100 en 2016)



Source ARS Grand Est [49]

Les nouveaux et futurs médecins généralistes ont de plus, une pratique de la profession tranchant sensiblement avec celle des générations précédentes par, entre autres, une volonté de moins sacrifier leur vie privée au détriment de leur profession :

- Retrait progressif de la permanence des soins
- Activité mixte libérale / salariée (médecin coordinateur, crèche, établissements de santé...)
- Diminution des visites à domicile

- Féminisation de la profession (samedis travaillés moindres, volume et horaires d'activités ainsi que nombre de gardes plus faibles) [52]

L'ensemble de ces facteurs risque d'engendrer une augmentation de la charge de travail des services d'urgence hospitaliers.

Cette diminution de l'offre de soins fait que les urgences prennent en charge des patients pouvant être pris en charge en cabinet :

- lors des horaires de permanence des soins par manque d'effectifs en médecins généralistes.
- en journée ouvrable également, par impossibilité parfois de trouver un rendez-vous dans un délai raisonnable chez le médecin traitant.

Afin de contrebalancer ces évolutions, les gouvernements favorisent l'arrivée de médecins généralistes étrangers dans les territoires français. On constate une augmentation de 90% du nombre de médecins diplômés hors de France entre 2007 (14089 médecins) et 2017 (26805 médecins) [53]. Cependant le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) a montré que ces médecins ne s'installent pas dans les zones déficitaires définies par l'ARS (Agence Régionale de Santé). Le numerus clausus a également été supprimé pour 2020, mais son effet nécessitera toutefois une dizaine d'années, le temps que la formation de ces futurs médecins s'achève.

5.5. La PDSA (Permanence De Soins Ambulatoire)

Chaque année, le CNOM organise un questionnaire d'évaluation sur la permanence des soins. Il en ressort une diminution progressive du volontariat, les jeunes médecins souhaitant de moins en moins participer à la permanence [54].

Il est constaté une diminution du nombre de libéraux engendrant des secteurs où certains jours, la permanence de soins ne peut être réalisée. Les astreintes tendent également à se focaliser sur la 1ère partie de soirée (20h - 24h) ce qui représente donc une disparition de "la nuit profonde" (00h-8h) au détriment des urgences. L'ARS Grand Est supprime des plages de médecins régulateurs libéraux en nuit profonde et favorise la disparition des plages horaires pour les médecins libéraux pour des raisons budgétaires. C'est lié au fait d'une activité insuffisante pour justifier une régulation libérale et aussi afin de renforcer les autres horaires de PDSA (82 % des actes régulés en semaine sont réalisés sur le créneau 20h - 24h) [54].

Dans 95% des départements, les médecins régulateurs libéraux signalent une bonne articulation entre l'activité des médecins régulateurs libéraux et celle des médecins régulant l'AMU (Aide Médicale d'Urgence).

En 2017, la France est divisée en 1579 territoires de permanence des soins ambulatoires en soirée de semaine, contre 3770 début 2003 soit une baisse d'environ 60 % en 14 ans. Ces fusions de territoires entraînent mécaniquement des zones beaucoup plus étendues à couvrir par les médecins de garde, mais permettent de maintenir la PDSA effective en soirée (20h-24h). Il s'en suit une diminution du nombre de gardes pour les médecins libéraux, rendant plus attractive l'installation des jeunes médecins dans ces secteurs [54].

71% des médecins interrogés étaient favorables en 2017 à l'extension de la PDSA au samedi matin, devant l'importance du nombre de cabinets fermés lors de cet horaire (demande principalement formulée dans les zones urbaines). Le SAMU est majoritairement en faveur de cette proposition [54].

5.6. Les hôpitaux de proximité

Actuellement, se développent les hôpitaux de proximité qui ont pour but de

« contribuer, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premiers recours dans le territoire qu'ils desservent et favoriser l'accès à des consultations spécialisées », « d'assurer un rôle d'orientation pour le patient en jouant un rôle de passerelle vers le deuxième recours et le médico-social. » [55]. Ces hôpitaux sont une alternative à l'hospitalisation directe ou à un passage aux urgences offrant aux patients âgés notamment un suivi réalisé par leur propre médecin traitant (activité libérale simultanée) et en restant géographiquement proche de chez eux. Il y en avait 243 en 2016 en France et ce nombre est voué à augmenter.

Cette profession mixte permet d'améliorer la coordination du parcours de soins du patient.

Ces hôpitaux situés dans les zones dites « fragiles » permettent [56] :

- L'organisation de consultations spécialisées au sein du bâtiment
- Un avis médical afin d'orienter le patient soit vers l'offre de ville ou dans un établissement de santé de deuxième recours
- La création de consultations de télémédecines

6. Relation médecine générale - urgences

6.1. La recherche d'une relation de confiance

L'article 56 du code de déontologie médicale demande aux praticiens "d'entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité ». Les relations entre médecins peuvent être compliquées. Entre docteurs de différentes spécialités, ces derniers se considèrent souvent être dans une situation de compétition avec plusieurs de leurs collègues [57].

Deux stratégies sont mises en place par les médecins afin de "réduire l'incertitude liée au comportement de ses pairs" : connaître et se faire connaître. Cela prend du temps et explique

la difficulté, pour les premières installations ou les changements de lieu d'exercice, de réaliser un réseau de confiance travaillant dans la même optique [57].

Une prise en charge homogène entre médecins augmente proportionnellement l'intensité de la relation nouée entre eux. Le fait d'être en accord sur la prise en charge et le discours à apporter aux patients permet d'asseoir une bonne relation thérapeutique, évitant des situations contestataires avec le patient [57].

Les médecins ont besoin de la participation de leurs collègues afin d'atteindre l'objectif de prise en charge fixé initialement. Une relation de confiance est donc nécessaire pour cette coopération. Cette relation n'est pas innée et se travaille au fil du temps. A contrario, une prise en charge ou des décisions d'un collègue qui diffèrent de la sienne est un risque pour la bonne gestion de son métier [57].

La relation médecins généralistes - urgentistes peut s'avérer donc complexe du fait du nombre d'interlocuteurs différents. Dans le peu d'interactions entre ces deux spécialités (appels téléphoniques, courriers), il est donc nécessaire de rapidement montrer qu'une relation de confiance est possible par :

- Une disponibilité du médecin traitant
- Une communication (téléphonique ou par courrier) pour prévenir de l'arrivée du patient
- Des passages aux urgences justifiés
- Des courriers d'adressage aux urgences et de sortie d'hospitalisation clairs et complets [58]

6.2. La qualité de la relation médecine générale – urgences en France

Une étude menée à Dijon en 2017 sur le taux de satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis des urgences mettait en avant que 43% des MG (Médecins Généralistes) trouvaient insuffisants ou très insuffisants les informations du compte-rendu de passage des urgences. 39% des généralistes le décrit comme insuffisamment clair et/ou lisible avec des difficultés à retrouver les informations [59].

Une autre étude sur les courriers de sortie faite à Angers en 2014 quant à elle concluait sur le fait que le traitement reçu au SAU est absent ou incomplet dans 78 % des courriers, que le traitement de sortie est incomplet ou absent dans 92 % des cas et enfin que les consignes de suivi ne sont données que dans 36 % des cas [60].

Dans le bassin médical de Pau, une étude quantitative de 2014 relevait que 85% des MG déclaraient appeler les urgences pour prévenir de l'arrivée de leur patient. 78,8% des MG était satisfait de la disponibilité téléphonique des urgences [61].

6.3. Motif de recours aux urgences par les médecins généralistes

Le recours au service des urgences par le médecin traitant, est principalement décidé par le degré de gravité du patient ou le risque d'évolution rapidement péjorative de sa pathologie nécessitant une prise en charge ou des examens en urgence. Une étude de 2016 [62] concluait que 15,28% des patients adressés aux urgences par le médecin traitant auraient pu rentrer dans le cadre d'une prise en charge extra hospitalière. De nombreux autres facteurs entrent en jeu.

6.3.1. Difficultés à programmer une hospitalisation

Comme mentionné préalablement, la difficulté d'organisation d'hospitalisation par le médecin traitant, force les médecins libéraux à adresser les patients aux urgences du fait de délai d'attente trop long pour une place dans un service. L'étude de Pujos [28] énumérait les différentes raisons : difficultés pour l'infirmière du service à contacter le médecin du service, la mauvaise perception par l'interlocuteur de l'arrivée d'un nouveau patient augmentant la charge de travail, rigidité des procédures, l'absence d'organisation interne sur la capacité à gérer l'imprévu, les médecins du service occupés à leurs différentes missions (consultations, gestes techniques et gestion du service...) n'ayant peu de disponibilités pour une entrée directe.

6.3.2. Accès rapide aux examens complémentaires et spécialistes

Les médecins généralistes perçoivent les urgences comme un service permettant un accès simple et rapide à un avis spécialisé ou bien aux examens complémentaires. Le manque de réseaux efficaces entre les médecins libéraux et les spécialistes ou plateaux techniques, permettant des délais raisonnables, forcent les médecins à réadresser certains patients aux urgences [63].

Ce motif est d'autant plus fréquent que le médecin se trouve en campagne, isolé, sans moyen de gérer facilement ces besoins aux examens complémentaires ou aux spécialistes.

6.3.3. Motifs sociaux

Le facteur médical n'est pas le seul à rentrer en ligne de mire pour le médecin traitant afin de décider de oui ou non d'un passage aux urgences. L'isolement social ou géographique du patient, son autonomie, le manque d'équipe soignante libérale dans certains secteurs...sont

autant de facteurs pouvant décider d'un passage aux urgences [64]. Le contexte social est important : selon la DREES, une décision de prescription ou d'orientation sur dix du médecin généraliste est influencée par les caractéristiques sociales du patients (proportion deux fois plus élevée pour les patients CMU(Couverture Médicale Universelle)) [64].

6.3.4. Personnes âgées dépendantes

Les hospitalisations pour maintien à domicile tendent à diminuer car l'impact sur le patient peut être dramatique : dénutrition, confusion, chute, syndrome de glissement, incontinence urinaire [65]. Un passage aux urgences avant hospitalisation a montré une perturbation d'autant plus importante pour ces patients [65]. De ce fait, en heures ouvrables, les médecins généralistes tendent à gérer ces situations soit à domicile ou bien en programmant une hospitalisation, mais, en soirée et weekends, les urgences restent le seul recours possible [65].

6.4. Les réseaux : une solution pour la coordination Hôpital-Ville ?

Afin de fluidifier, homogénéiser et simplifier la prise en charge d'un patient, les réseaux de soins sont de plus en plus sollicités. La loi du 4 mars 2002 définit les réseaux de soins comme moyen de "favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations." [66]. Des réseaux de santé existent déjà et sont effectifs dans des domaines

multiples (gérontologie, cancer, VIH...), ils permettent de gérer médicalement des patients avec les spécialistes et d'éviter les passages aux urgences et des hospitalisations. Après un retour d'expérience d'une quinzaine d'années, l'HAS a pu constater de multiples d efaiillances dans le fonctionnement de ces réseaux :

- « L'activité de certains réseaux de santé ne répond plus à la définition et aux objectifs initiaux : ils proposent une expertise de type hospitalière, réalisent des soins à la place des effecteurs eux-mêmes, la prise en charge directe de pathologies ou des soins non pris en charge par l'assurance maladie, des soins de support. »

- Objectifs opérationnels communs mal identifi es à l'ensemble des réseaux (pas de cahiers des charges types, pas d'évaluation des résultats...)

- Nombre de patients inclus dans les réseaux faibles

- Un indice synthétique de qualité (ISQ), principal indicateur disponible, inférieur à 5/10 pour 43% des réseaux de santé [67]

Une étude de 2015 [68] montre que les médecins généralistes sont capables d'identifier les demandes de soins programmables. Cependant les ressources disponibles sont faibles avec peu d'alternatives simples et fiables pour y r emedier. Les médecins généralistes sont peu sollicités pour le développement de dispositifs articulant la ville et l'hôpital. Les moyens sont insuffisants pour leur permettre de répondre efficacement à la demande importante de soins programmables à court terme, principalement en pédiatrie ou gérontologie [68].

Dans les grandes agglomérations, il existe les associations SOS-médecins se présentant comme un réseau libéral d'urgence et de permanence de soins. SOS-médecins effectuent, sur les zones couvertes par leurs associations, la plupart des décisions d'envoi d'un médecin à domicile prises par les Samu-centre 15 et nécessitant un avis médical rapide. Cela permet de prendre en charge, hors urgence, de nombreux patients. Des conventions avec les directeurs d'hôpitaux abritant le SAMU sont réalisées afin de formaliser l'organisation de

la collaboration entre les centres d'appel SOS et les SAMU-Centre 15 [69].

Par contre, les réseaux médecins généralistes-urgences sont peu fréquents et dépendent des initiatives régionales. Pourtant de nombreux axes d'améliorations possibles sont proposés ou déjà créés dans certaines régions de France [59] :

- formations interprofessionnelles urgentistes-généralistes
- plate forme sécurisées permettant l'échange d'information médicale entre le cabinet et le service d'urgence (Apicrypt et le DMP étant des premières étapes mais peu utilisées actuellement)
- création dans les hôpitaux d'une unité de régulation des demandes d'admission directe dans les services hospitaliers
- mise au courant du médecin généraliste de l'entrée d'un de ses patients dans le services des urgences
- mise en place de ligne téléphonique directe
- cabinet médical à proximité des services d'urgence pour accueillir des patients réorientés par ce dernier si sa prise en charge est envisageable en libéral.

7. Objectif de la recherche

Les services des urgences évoluent continuellement et rapidement. La vision et l'attente qu'ont les patients vis à vis de ces derniers n'ont cessé de muer au fil des décennies, augmentant progressivement le nombre de passages chaque année. Cette tension démographique augmente l'activité de ces services et modifie les conditions de travail du personnel hospitalier faisant face à plus de patients avec des ressources humaines et techniques progressant faiblement en parallèle.

Par ailleurs, la démographie médicale des médecins généralistes qui suit le vieillissement global de la population française entraîne une désertification de certaines zones

géographiques. Les nouveaux médecins n'ont pas les mêmes orientations par rapport aux anciennes générations vis-à-vis de leurs pratiques professionnelles (désengagement à la PDSA, diminution des visites à domiciles, profession mixte salariée/libérale...). L'ensemble de ces facteurs concourt à une sollicitation plus importante des urgences.

La relation médecins généralistes-urgentistes a été étudiée principalement sur une approche quantitative et/ou du point de vue des généralistes[58-59-60-61-62-63]. La compréhension des problématiques des médecins urgentistes et de l'évolution de leur situation professionnelle est un point important pour l'amélioration du fonctionnement et de la coordination du réseau de santé français.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le vécu des médecins urgentistes vis-à-vis de l'évolution des rapports et des conditions de travail au sein de l'hôpital et de son retentissement sur leur relation avec les médecins généralistes.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier les perspectives d'avenir et les axes d'améliorations que souhaiteraient les urgentistes dans leur profession.

Cela permettra d'approfondir la compréhension des problématiques rencontrées au quotidien par les urgentistes, d'identifier leur perception de la relation médecins généralistes – urgentistes et d'entrevoir des perspectives d'avenir.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Choix de la méthode qualitative

Les travaux étaient basés sur l'exploration des représentations des médecins urgentistes sur l'évolution de leur pratique professionnelle et sur leur relation avec l'ensemble du personnel soignant, notamment des médecins généralistes. L'objectif n'était pas de quantifier l'accroissement de la charge de travail mais de recueillir les différentes visions, interprétations ou approches de la situation.

Le critère principal était le vécu du médecin urgentiste dans l'évolution de son environnement professionnel : la méthode qualitative était donc la plus appropriée.

Afin de réaliser cette étude, le choix s'est porté sur une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs, enregistrés par un dictaphone numérique. Un guide d'entretien (Annexe 1) était réalisé au préalable, permettant à la fois de s'assurer que les thèmes voulus étaient bien abordés et de recueillir des réponses individualisées grâce aux questions ouvertes. Les entretiens ont été retranscrits en verbatim puis analysés.

Cette étude s'est déroulée chez des médecins urgentistes travaillant dans les hôpitaux publics d'Alsace. La réalisation des entretiens en individuel avait pour but de favoriser la libre expression des médecins. L'enquêteur s'est bien assuré que l'ensemble des thèmes retenus étaient bien abordés. Les entretiens ont été menés par l'enquêteur qui s'est à la fois occupé de mener les entretiens et de réaliser l'analyse des résultats.

2. Constitution de l'échantillon

2.1. Critères d'inclusion

L'objectif était d'obtenir un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ». La diversité des perceptions, des opinions, et des comportements était recherchée.

Les médecins cibles étaient des urgentistes alsaciens thésés et installés depuis au moins une dizaine d'années dans un service d'urgence toutes tranches d'âges confondues, hommes et femmes. L'ancienneté de 10 ans a été fixée afin d'avoir une expérience et un vécu suffisant pour se forger sa propre opinion et observer une évolution des urgences. La durée moyenne d'exercice aux urgences avant reconversion est relativement courte (8.9 ans selon une étude [46]). Un critère d'ancienneté plus important n'aurait permis d'obtenir cet échantillon de médecins à risque de se reconvertir rapidement.

L'objectif était de pouvoir réaliser des entretiens avec un maximum de structures d'urgence publique de la région Alsace : le milieu d'exercice et le lieu de travail pouvant permettre d'accéder à des ressentis et des visions différentes.

2.2. Critères d'exclusion

Étaient exclus, les médecins autres qu'urgentistes pratiquant des gardes et les urgentistes n'ayant pas 10 ans de pratique dans des services d'urgence.

3. Réalisation du canevas d'entretien

Les données de la littérature portant sur les conditions de travail des médecins urgentistes et de leur relation avec les médecins généralistes ont été recueillies et analysées

afin d'établir une liste de thèmes pertinents.

Ces thèmes ont été regroupés en quatre grandes parties, qui constituent la trame du canevas d'entretien (Annexe 1 : *canevas d'entretien n°1*). L'objectif était d'aborder avec chaque médecin urgentiste les différents aspects de la pratique de leur profession au quotidien. La liste des thèmes retenus n'est pas exhaustive, mais permet de créer une occasion pour le médecin urgentiste de s'exprimer sur ce sujet.

Une première grille préétablie de questions ouvertes a été élaborée puis testée au cours d'un entretien. L'ensemble des réponses recueillies ont été jugé informatives. Le canevas a été remanié dès le deuxième entretien en rapport avec la formation des internes en médecine générale suite à la discussion spontanée et pertinente de ce sujet par un des interviewés (Annexe 2 : *canevas d'entretien n°2*).

4. Collecte de l'information

Les demandes d'entretien ont été réalisées par courriers électroniques ou par appels téléphoniques. Le sujet général de l'étude était expliqué. L'enquêteur était le doctorant et se présentait systématiquement au début de chaque entretien, en recueillant leur accord de manière orale sur le fait qu'ils allaient être enregistrés. Les entretiens étaient enregistrés en intégralité via un dictaphone et retranscrits en verbatim par l'enquêteur.

L'inclusion de nouveaux médecins a été arrêtée lorsque la saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire lorsque deux nouveaux entretiens n'apportaient aucune information supplémentaire.

Les entretiens ont eu lieu de juillet 2019 à décembre 2019 et se réalisaient dans les locaux de leurs urgences respectives en prenant soin de trouver une salle à part et au calme pour limiter les interférences.

5. Retranscription des données

Les fichiers d'enregistrement vocaux étaient réécoutés et retranscrits par l'enquêteur sur Microsoft Word© sur son ordinateur personnel. Chaque verbatim a été anonymisé et numéroté par ordre chronologique. La retranscription a été réalisée au fur et à mesure des entretiens afin de permettre de se rendre compte de l'accès à la saturation des données.

Un arbre thématique a émergé au fur et à mesure des entretiens. Chaque entretien a été analysé individuellement une première fois. Les mots et expressions ont été identifiés puis regroupés par unité de sens. Les verbatims ont ensuite été analysés une seconde fois avec cette liste de thématiques. Les thèmes communs et les plus pertinents ont été développés dans la partie résultats.

Le regroupement des sous thèmes et thèmes permet de faire ressortir les idées principales et d'en faire émerger des hypothèses.

III. RESULTATS

1. Réalisation des entretiens

21 entretiens ont été réalisés de juillet 2019 à décembre 2019. Les entretiens ont été menés auprès de 21 médecins urgentistes travaillant en Alsace. Ils ont tous été réalisés par des rencontres physiques dans des salles attenantes à leur service d'urgence. Ils provenaient de services d'urgences variés dans l'ensemble de la région Alsace. Dans les 21 entretiens, 11 étaient des hommes et 10 des femmes. L'âge moyen des participants était de 45 ans (min 37ans - max 61ans) et la durée moyenne des entretiens de 28min (min 13min32s – max 55min44s). La durée totale de l'ensemble des entretiens est de 9h et 48 min.

2. Analyse des entretiens

L'analyse des verbatims sera présentée en 5 chapitres distincts. Les thèmes abordés successivement sont :

- l'évolution des conditions de travail aux urgences
- le patient et les urgences
- la relation urgence-médecine libérale
- l'évolution des études (urgence et médecine générale)
- les projections et axes d'amélioration

Les propos des médecins sont cités entre guillemets et en italique. « M1 » signifie que la citation provient de l'entretien mené avec le 1^{er} médecin urgentiste chronologiquement.

2.1. Evolution des conditions de travail aux urgences

- La charge de travail

La grande majorité des médecins (90%) constate une aggravation de cette charge en lien principal avec l'augmentation du nombre de passages aux urgences : « *les gens vont aux urgences pour tout et n'importe quoi... c'est notre société de consommation qui veut ça* »M1 et les difficultés à trouver des lits d'aval « *on est à la chasse tous les jours de lits d'aval et ça ne fait que s'empirer* »M21. Il y a une aggravation à la fois de la charge physique par disparition des périodes de repos, « *avant, les gardes étaient moins intenses maintenant c'est du non-stop* »M3 et de la charge mentale du fait de la gestion simultanée d'une grande quantité d'informations : « *il y a des situations de crises quasiment à toutes les gardes* »M20, « *A un moment donné, il y a tellement de choses, tellement de patients qui sont là, tellement d'informations à gérer... pour moi c'est ce qui est le plus difficile à gérer*»M19.

Les tâches non médicales prennent une part importante, « *au lieu de faire 100% de médecine en une journée, on fait 30% de temps de téléphonie, 10% à s'engueuler avec les collègues et 10% à négocier des examens complémentaires*»M9 épuisant les praticiens.

La réforme du temps de travail des médecins urgentistes a eu une efficacité modérée. Avant, « *pour avoir toutes les demi-journées, on était là presque toute la semaine mais on n'avait pas la même charge de travail, ni mentale, ni physique* »M21. Cette réforme a eu peu de répercussions « *vu qu'il manque toujours des urgentistes* »M18 et que la charge de travail continue d'augmenter. Toutefois, quelques structures ont vu une stabilisation (Wissembourg) voir une diminution (Saverne) du nombre de passages, permettant d'améliorer la situation : « *ça n'a rien à voir. Quand j'ai commencé, je faisais 90h par semaine maintenant c'est les 39h même si on n'y est pas encore* »M6.

Il y a également le poids de la judiciarisation de la société : « *il y a une charge accrue*

surtout au niveau judiciaire et des plaintes...du coup, même les choses qui ne ressemblent à rien, t'es obligé de faire un Angio-TDM » M21.

Le type de patientèle des urgences a évolué avec des cas plus lourds et poly-pathologiques : *« avant c'était sûr que les bilans étaient plus rapides, les malades étaient moins graves, maintenant, on a des patients qui ont 3 pages d'antécédents, ils ont plein de traitements, ils restent beaucoup plus longtemps aux urgences » M14.*

- Les relations dans le service

A l'unanimité, les relations entre collègues urgentistes sont restées *« apaisées » M12, « stables » M19 et « soudées » M15, « même s'il y a plus de passages, on arrive à gérer » M11.* Toutefois, la réforme du temps de décompte horaire *« a fait éclater les équipes, le côté très soudé...un temps plein va revenir 6-7-8 fois dans le mois...je trouve que la cohésion de l'équipe médicale et son articulation avec l'équipe infirmière en a souffert quelque peu » M9.*

Vis-à-vis du personnel infirmier, *« Il y a un vrai esprit d'équipe » M16* qui perdure même si les conditions actuelles sont sources de tensions : *« ça reste une cocotte-minute les urgences : tu enfermes des gens qui crient, qui ne sentent pas bons, qui hurlent dans un espace clos avec des gens qui ne vont pas bien, des gens qui râlent et des gens qui courent partout » M10.* L'image du médecin *« paternaliste c'est fini » M1, « il n'y a pas un qui est au-dessus de l'autre » M16.*

Du fait d'un sous-effectif régulier des infirmiers, la relation *« est précaire partout, ça peut vite se dégrader » M3.* 6 médecins constatent une détérioration de leur relation du fait d'un *« nomadisme » M21, d'une « rotation importante » M4* des infirmières empêchant de créer des liens. Ils comprennent toutefois les difficultés dans leur travail : *« le souci est que, comme ils sont mal payés, que leur travail est difficile, qu'ils font beaucoup d'heures, qu'ils sont tout le*

temps agressés, qu'ils font plein de choses aux urgences qu'ils ne sont pas censés faire...c'est sûr qu'après, ils ne restent pas longtemps»M14. Une distance se crée avec les infirmiers de par la formation : les urgentistes se spécialisent de plus en plus tandis que les infirmiers sont « jeunes, manquent d'expérience et des fois, ça peut être compliqué à gérer »M16. « Ça ne sert à rien d'être surspécialisé maintenant en médecine d'urgence si on ne spécialise pas non plus nos infirmiers »M6.

- Technique, logistique et fonctionnel

Sur le plan technique, les grandes évolutions techniques aux urgences ont été principalement « l'échographie »M1-5-8-20 et la « VNI »M3-5. Sinon, c'est resté globalement stable : « il y a eu quelques petits changements en rapport avec les techniques ... mais ce n'est pas extrêmement important »M8.

Sinon sur le plan logistique, l'accentuation de l'informatisation a eu des répercussions sur le fonctionnement des services : « ça met beaucoup de distance avec les patients car on passe trop de temps sur l'informatique et pas assez avec nos patients »M6. Ce temps passé devant l'ordinateur peut être mal compris par les patients, « ils ont l'impression qu'on attend devant l'ordinateur à regarder des bilans et qu'on fait rien du tout »M14.

Sur le plan fonctionnel, les urgences se sont rapprochées d'une mécanique de service classique : « les services d'urgence se transforment, dans les gros centres au moins, en services presque normaux »M8 du fait « des bilans beaucoup plus poussés » M19 et des créations des lits portes d'UHCD, « Les patients partent de chez nous avec un diagnostic et un maximum d'examen complémentaires »M19. Les thérapeutiques sont bien souvent initiées dans le service.

Pour les locaux des urgences, des efforts ont été faits « on a mis des moyens pour les

restructurer »M19, « *les locaux ont changé, il y a plus d'espace* »M21 pour suivre la croissance du nombre de passages. Ils risquent à court terme d'être dépassés : « *On a déjà fait des tas de travaux. Le service des urgences comme il est là va bien mais dans deux ans ça n'ira plus* »M17.

- Fonctionnement et relation avec les autres services

Auparavant, les urgences avaient essentiellement un rôle de « *tri* »M8-10-12-15 des patients pour les différents services. Maintenant, le service englobe une vraie prise en charge du patient. « *On n'est pas juste celui qui fait le dossier tandis que le vrai bilan, la vraie prise en charge se passe dans le service* »M15, « *on est un service en soi puisqu'on fait quand même de la médecine, on ne fait pas du dispatching* »M8.

Du fait des « *difficultés à trouver des possibilités d'entrée directe* »M6 dans les services et la fermeture des consultations non programmées des spécialités « *il ne reste plus que l'ORL sur le CHU qui a des consultations non programmées* »M13, le rôle de « *porte d'entrée* »M1-10-21 de l'hôpital, de « *charnière* »M8 entre la ville et l'hôpital a pris une importance encore plus grande. Les saturations fréquentes des lits hospitaliers ont fait que les urgentistes décrivent une « *négociation permanente* »M9 pour hospitaliser leurs patients. Le facteur économique peut également rentrer en compte pour le choix de l'hospitalisation : « *si vous êtes un chef de service de médecine, c'est malheureux mais vous devez hospitaliser des gens qui rapportent des points* »M4.

Des urgentistes (5/21) ont l'impression d'être pris pour un « *prestataire de service* »M8. Avant de pouvoir hospitaliser, « *on nous en demande toujours de plus en plus [des examens complémentaires]* »M12, « *ils veulent de plus en plus quelque chose de clé en main* »M6. Cela peut être perçu comme un chantage : « *si tu ne le fais pas, je le prends*

pas »M8. Les urgentistes regrettent cette notion de passage obligatoire par les urgences, cet « *ancien état d'esprit de tous les collègues des services : « tout passe par les urgences* » »M8. De même, « *Tout ce qui est hors-secteur, pour les spécialistes de notre hôpital, même s'ils sont bilantés dans les SAU des CH, ils passent par les urgences... ça apporte une charge en plus* »M21.

La relation avec les spécialistes est très variable : 12 médecins sont satisfaits, décrivant « *de bonnes relations* »M12, « *correctes* »M7-18, « *plutôt bien* »M15, « *confraternelles* »M8 et « *stables* »M7 dans le temps. Les tensions existantes sont principalement dues au fait de manque de lits dans leurs services, « *on réclame des lits d'aval, eux ils ne les ont pas donc dès fois ça peut être tendu* »M21. En début de carrière, les urgentistes constatent qu'il y a toujours une période où il est nécessaire de « *faire ses preuves* »M11 auprès des spécialistes pour avoir leur confiance. Les autres médecins urgentistes décrivent des relations « *détériorées* » M9 devenues pour certains « *exécrables* »M6 avec les autres services ; la raison première évoquée étant les conflits pour les hospitalisations : « *on est fournisseur de patients donc forcément on n'est pas bien vu* »M17. Il y a une nette différence constatée entre les spécialistes qui viennent régulièrement descendre aux urgences ou faire des gardes qui « *se rendent compte qu'il y a de la pénibilité* »M2, « *qui savent exactement comment on bosse* »M20 et ceux ne participant pas physiquement qui « *ne comprennent pas* »M20. Certains anciens médecins gardent cette vision d'infériorité des urgences, les autres spécialités sont encore sur « *un piédestal* »M1 mais la « *reconnaissance* » (6 médecins) de la spécialité est de mieux en mieux acceptée.

Les liens entre les urgentistes et les spécialistes se sont distendus, « *on a perdu avec les services de spécialités...qui sont devenus très compliqués pour avoir des liens* »M13, « *on se voit moins, on s'est un peu éloigné des autres services* »M2. Avant, les urgences fonctionnaient en coordination avec les spécialistes. Maintenant, du fait en partie de la

spécialisation des urgentistes, les spécialistes se sont désengagés du service : « *Avant, le service était tentaculaire, au carrefour de chaque spécialité et c'est comme s'il avait repris ses billes et s'était cloisonné. Du coup, chaque spécialité, nous a un peu laissé faire : "maintenant vous êtes spécialistes, débrouillez-vous"* »M3. L'informatisation des dossiers a eu un effet délétère sur cette relation, les séniors ne descendant plus dans le service mais regardant les données des patients via les ordinateurs de leurs services : « *les internes, ils viennent encore mais plus les séniors : tout se passe par ordinateur* »M21. Un sentiment de déconnexion entre spécialistes des services et urgentistes commence à apparaître, « *ils ne comprennent pas* »M20.

Il existe, pour certains urgentistes, un sentiment d'isolement de leur service : « *le gros problème, c'est qu'on a l'impression d'être un peu seul au monde quand l'hôpital est plein* »M10. Pour les médecins, le service des urgences est un maillon essentiel du fonctionnement de l'hôpital « *un des piliers* »M8 et plus globalement du « *système de santé* »M15 français. Il a un rôle de « *charnière* »M8 entre la ville et l'hôpital. La problématique des urgences devrait être selon eux, la politique de « *l'établissement et pas que celle du service des urgences* »M9 mais les spécialités semblent être en « *déconnexion* »M18 ne semblant pas concernées par les problématiques liées aux urgences : « *ils étaient tous là en train de dire "oui maintenant marre de donner du fric aux urgences il faut nous en donner"... c'est une non compréhension parce que dans les revendications des urgences il y a les lits d'aval mais eux ils ne l'entendent pas. Ils font partie de nos revendications.* »M6.

2.2. Le patient et les urgences

- La qualité de prise en charge

La majorité des urgentistes (12/21) considèrent que la qualité de « *la prise en charge reste la même* »M4, « *Le nombre de passages n'a pas fondamentalement changé la prise en charge* »M18. Les changements sont dus aux perfectionnements des « *techniques, surtout d'échographie* »M1, à « *l'amélioration de la formation* »M19 et le développement des filières qui ont fait « *gagné beaucoup de temps et je pense de pronostic pour les patients* »M3. Le service « *s'est nettement amélioré dans la prise en charge des urgences vitales* »M3.

Pour les autres médecins, la prise en charge des patients s'est vue altérée du fait de l'augmentation du nombre de passages et des difficultés d'hospitalisation, particulièrement pour les cas non-urgents. Ces deux facteurs engendrent :

- Une augmentation des temps d'attente entraînant « *des retards de prise en charge dans certains cas* »M17
- Des prises en charges plus longues, « *plus on reste aux urgences plus on a de risques d'effets secondaires* »M10, « *On a ce type de drame, de patients qui se dégradent sur le plan cognitif parce qu'ils sont perdus et qu'on ne peut pas leur offrir le confort adapté* »M15, « *la personne âgée qui n'est pas en urgence vitale, elle, elle a perdu* »M3
- Une diminution des explications aux patients et à la famille. Leurs plaintes sont le « *plus souvent due à un manque de communication* »M18
- Des retours à domicile précoces, « *le manque de lits fait que l'on va faire sortir des gens que l'on aurait gardés* »M7
- Une augmentation de la vitesse de prise en charge « *on n'est très régulièrement pas fier de ce qu'on fait parce qu'on fait plus de l'abattage que de prendre le*

temps de discuter et de faire un peu les choses correctement »M10

- La peur de l'erreur médicale : *« quand on a 19 malades pour 5 boxes dont quelques-uns qui nécessitent une surveillance importante, dès fois il y a des choses qui échappent, c'est normal c'est humain mais on prend pas mal de risques en se disant " j'espère que ça va bien se passer" »M21, « le détriment se fait sur le soin ambulatoire et les personnes âgées »M3*

- Evolution du type de patientèle et motifs de passages

La majorité des médecins ont constaté *« un vieillissement de la population »M7* avec souvent des cas *« lourds »M7-9-13-14-17-19-21* et *« poly-pathologiques »M7-9-13-17-21* : *« En fait il y a dix ans, on les a sauvés et on les voit maintenant avec des antécédents longs comme le bras »M6*. Ces patients peuvent se retrouver dans une impasse parce qu'ils *« n'ont pas de suite après parce qu'il n'y a pas de place »M21* et du fait *« d'un manque de places pas forcément adapté puisqu'il y a une hyperspécialisation des services »M17*.

Les motifs d'admissions des urgences ont aussi évolué sans être forcément en lien avec un contexte d'urgence : *« On reçoit de plus en plus de « maintien à domicile impossible » parce que la population vieillit aussi et qu'il y a moins de lits dans les EHPAD » M20, « On gère du social, moi je n'ai pas connu d'assistantes sociales tout au début »M2, « Maintenant on en reçoit pour prendre un avis sur la prise en charge, pour prendre des décisions à plusieurs afin de se rassurer »M5*. Les motifs non-urgents ont vu une nette augmentation ces dernières années, *« c'est notre société de consommation, les gens viennent pour tout et n'importe quoi »M1*. La médecine d'urgence *« aujourd'hui est devenue une spécialité mais à contrario on fait beaucoup plus de médecine générale »M3*.

- Evolution des relations

Le rapport médecins-malades s'est vu dégradé pour la plupart des médecins (16/21) à différents niveaux.

Pour des médecins, la perception des urgences dans la société a évolué vers une image de « *prestataires de services, notamment chez les plus jeunes générations* »M5 : « *ces gens-là considèrent clairement les urgences comme un consommable comme un autre* »M9, « *les gens ont l'impression que tout leur ait dû* »M20, « *une part de la population voit les urgences comme un endroit où c'est un peu le supermarché du soin* »M19, « *Ils consomment : pour lui, ils payent et donc il faut faire* »M4. Les patients sont de plus en plus « *exigeants* »M3-20 et « *demandeurs* »M5-21 en examens. Il y a plus « *d'impatience* »M8, « *les gens ne veulent pas attendre alors ils viennent ici* »M1, « *les gens les moins graves sont ceux qui sont le moins prêts à attendre* »M10. Les médecins ont conscience que cette problématique n'est pas liée spécifiquement aux urgences mais à « *la société de consommation* »M1-4 actuelle.

Il y a également une disparition de l'aspect « *paternaliste* »M1-12 des médecins, « *les patients remettent en question ce qu'on leur dit* »M12. Cette remise en question est en parti due à l'influence des « *médias* »M12 : « *ils se basent sur des histoires qu'ils voient, sur les erreurs médicales qui sont médiatisées* »M12. Internet a modifié l'approche des patients avant même d'arriver aux urgences : le média a pour effet d'augmenter « *l'anxiété* »M17, « *ils vont sur internet et voit que leur symptôme peut provenir d'un cancer et après il faut leur faire comprendre que ce n'est pas grave* »M1, « *ils arrivent avec déjà leur conduite à tenir établie avant d'arriver souvent à cause d'internet* »M21, « *ils ont regardé sur internet leurs symptômes, ça modifie un peu la relation* »M6.

Des tensions plus importantes avec les patients sont relevées par 12 urgentistes allant même aux « *violences* »M5-8. Ils expliquent ces tensions par l'association de deux facteurs

principalement : des délais d'attente augmentés (6/21), « *le fait que les gens attendent plus longtemps aggrave cette ambiance* »M20 et la diminution du temps de dialogue (6/21) par augmentation de la charge de travail : « *le manque d'information, c'est ça qui énerve les gens* »M7, « *Quand on leur explique les choses et quand on va les voir... ça se passe bien globalement* »M10. L'informatisation peut être délétère pour cette relation, « *ils n'ont pas compris que chez nous tout est informatisé. Si on ne rentre pas tout dans le logiciel... il n'y a rien qui va bouger* »M14, « *les logiciels ne sont pas du tout aidant donc ça met beaucoup de distance avec les patients* »M6. Des médecins relativisent ces tensions qui sont le propre des urgences : « *Il y a toujours eu des tensions, c'est un endroit où les gens viennent en situation d'urgence, qu'elle soit réelle ou ressentie, donc c'est normal* »M19, « *l'urgence ressentie est importante pour tous* »M2.

Un phénomène nouveau est constaté par 6 urgentistes : la judiciarisation de la société. « *Les gens sont de plus en plus procéduriers, on n'est pas loin que certains viennent avec leur avocat* »M1. Cela ajoute une « *pression judiciaire* »M6 à la pratique du métier entraînant une obligation de se « *couvrir* »M12 en prenant « *des décisions de manière plus collégiales* »M15, en augmentant les examens complémentaires, « *on est obligé d'être couvert, on est obligé de faire ceci ou de faire cela* »M21 et en se désengageant de certaines prise en charge : « *maintenant il y a des choses qu'on ne fait plus par peur. Avant, les plaies de la main on les faisait, maintenant j'ose plus y toucher, direct SOS mains* »M4.

Pour les 5 autres médecins pour qui cette relation est restée stable, les patients sont « *respectueux* »M8-16 et ayant la « *reconnaissance* »M2 du service rendu. Ils n'excluent pas le fait que des tensions soient présentes dans les moments de surcharge, le fonctionnement des urgences voulant ça, « *quand on attend 4-5h et on ne sait pas pourquoi et quand tout à coup "ouais vous allez au scan" et qu'on ne t'a pas expliqué pourquoi, les gens s'énervent et c'est*

compréhensible »M7 mais cela n'apparaît que de *« temps en temps »*M16. Sinon, *« ils comprennent en général le temps d'attente »*M16 et en *« semi-rural, les gens sont quand même corrects, respectueux »*M8.

2.3. La relation urgence-médecine libérale

▪ La communication

10 urgentistes considèrent que leur relation avec les médecins généralistes de leur secteur est *« bonne »*M1-9-17, *« satisfaisante »*M8, qu'ils sont *« beaucoup en communication »*M21 avec *« plus de relationnels grâce au moyen de communication »*M5 et sans *« relations conflictuelles »*M12. Pour un médecin, elle s'est même *« améliorée »*M3. Le service de Haguenau constate une amélioration grâce à l'utilisation de la messagerie électronique sécurisée apicrypt : *« ça a été un plus dans la communication parce que les généralistes sont informés en temps réel...avant, on donnait des courriers aux patients mais ils ne le remettaient pas forcément au médecin »*M19. Toutefois, pour la majorité des urgentistes, y compris pour une partie des médecins considérant leur lien comme bon, cette relation entre les deux spécialités reste faible : il n'y a *« pas beaucoup de relations »*M10-14 avec une *« communication entre les deux... très mauvaise »*M16, *« peu de relation téléphonique »*M13 et *« pas souvent de retours »*M18. Pour certains, cette relation est encore plus dégradée : elle est *« conflictuelle »*M4 voir *« inexistante »*M6, *« je ne les connais pas »*M11. Le manque de temps reste le facteur principal : *« par téléphone on n'a pas le temps, généralement on double clic sur la lettre de liaisons et puis c'est bon »*M2.

La communication se fait principalement par courrier (physique ou électronique) car plus rapide, *« on n'a pas le temps de les appeler »*M7. Ce manque de contact téléphonique, voir physique, est regretté par 8 des médecins. Ils trouvent ça *« dommage »*M6 et nécessaire

« *qu'on travaille cette relation ville-hôpital* »M7. L'amélioration de ce lien professionnel serait bénéfique « *pour améliorer la prise en charge du patient* »M16 et les capacités professionnelles : « *ils sont hyper demandeurs d'avoir des formations* »M6. Les médecins considèrent que le confort de travail serait sensiblement amélioré : « *les généralistes qu'on connaît...ils nous appellent directement et c'est quand même plutôt agréable* »M14, « *le médecin traitant apprécie beaucoup qu'on les contacte* »M8.

- La qualité de travail

La majorité des urgentistes (14/21) reconnaît un bon adressage des patients aux urgences par les médecins généralistes dans la grande majorité des cas sans évolution péjorative au fil des années. Même si « *La plupart des gens qui font de la médecine générale font bien leur job* »M9, les urgentistes dans chaque service d'Alsace relèvent un petit nombre de médecins généralistes qui adressent beaucoup aux urgences, des fois « *pour rien* »M17, pour « *tout et n'importe quoi* »M10 : « *il y en a d'autres où, on ne sait pas quoi faire du patient ? ben on l'envoie aux urgences* »M19. Ces médecins sont bien connus, « *c'est toujours les mêmes* »M9-18 mais cela reste « *une immense minorité* »M10.

Les urgentistes constatent une augmentation des motifs de « *maintien à domicile impossible* »M3-5-7-20 en lien avec le vieillissement de population : « *on a énormément de gériatrie* »M14. Ils reconnaissent que les généralistes « *n'envoient pas plus facilement, c'est juste qu'ils sont eux aussi coincés.* »M20, « *ils sont un peu désabusés parce qu'ils n'arrivent pas à hospitaliser leur patient* »M7. Le problème reste le même aux urgences : il faudrait des « *structures de soins genre SSR mais, ils ont la même problématique, ils sont pleins. Il n'y a pas assez donc ça bloque aussi* »M5.

Les 2/3 des urgentistes expriment leur compréhension des difficultés que peuvent avoir les médecins généralistes en cabinet :

- Les difficultés d'hospitalisation, « *on ne lui propose pas beaucoup d'alternatives* »M1, « *On sent quand le médecin généraliste ne trouve pas de porte pour une hospitalisation*»M13
- L'accès aux examens complémentaires limités, « *tu as une certaine limite de ta prise en charge en médecine G. une colique néphrétique... l'écho, ils l'ont une ou deux semaines après.*»M5
- La pression familiale, « *il y a plein de points où nous, on n'est pas au courant, c'est la famille qui a fait le forcing* »M4
- La surcharge de travail, « *ils sont débordés parce qu'ils ont tellement de monde dans la salle d'attente, ils ne savent pas comment faire, je comprends aussi* »M14, « *Nous on voit forcément aussi les erreurs, on les remarque tout de suite et on ne se rend pas compte de tout ce qui est géré en ambulatoire et qui ne passera jamais par les urgences.* »M12

Les critiques ponctuelles par quelques urgentistes sont dirigées envers :

- le désinvestissement du généraliste qui « *a assez de clients, il ne court pas après, par manque de médecins donc il envoie tout le monde à l'hôpital...ils ont aussi beaucoup de travail et veulent déléguer* »M4
- la disparité des prises en charge parce qu'« *il n'y a pas de conférence de consensus en médecine générale...ils[les internes] sortent du stage de médecine générale, c'est vraiment de l'art* »M6
- la disparition des créneaux d'urgences en libérale : « *on est prêt à payer maintenant un supplément pour rajouter des "urgences" dans un planning de*

médecin généraliste...Moi j'avais l'impression que c'était un peu la mission de base »M9

- *la mauvaise gestion des patients par les remplaçants « qui nous envoient un patient, qu'il ne connaît pas, qui ne connaît pas son statut de base et donc c'est compliqué de gérer ça »M15*

- **La permanence de soins**

C'est le point négatif principal de leur collaboration pour 16 urgentistes. Cela est « *de pire en pire* »M4, ils redoutent que « *la permanence des soins est en train de s'effondrer*»M8. La disparition des nuits profondes, dans la majorité du territoire alsacien, est vécue comme une « *catastrophe* »M7-10. Ce désengagement est « *dommage* »M2, la plupart y sont « *complètement opposés* »M1, cela va à l'encontre de leur devoir : « *l'obligation dans le code de déontologie c'était : lorsque vous rentrez dans la profession vous êtes obligés de faire des gardes* »M2, « *c'est une de leur mission* »M7. Les conséquences sont « *beaucoup de sorties SMUR qui devraient être gérées par les médecins traitants* »M16 et une augmentation du nombre de passages aux urgences pour ces cas de médecine générale : « *ça ne fait pas un grand nombre de patients mais voilà ça suffit à apporter une ambiance très délétère pour nous donc c'est ce qui est frustrant* »M10, « *en nuit profonde il va falloir trouver une solution, on ne va pas pouvoir tenir longtemps comme ça* »M20.

A Colmar et Mulhouse, une maison médicale de garde est en place mais « *l'effet de la maison médicale ne se ressent pas encore vraiment* »M12 car « *on n'envoie pas assez de patients* »M12. Il n'y a pas de visites à domicile, les patients doivent y aller avec « *ses propres moyens* »M7 et « *elle fait 20h-23h alors qu'avant on avait un médecin généraliste qui faisait tout...on a perdu dans ces changements* »M3.

Strasbourg, Mulhouse et une partie du territoire de santé d'Haguenau et de Sélestat ont vu l'apparition de SOS-médecins. Il en ressort globalement une insatisfaction. Les médecins ont l'impression qu'ils ré adressent beaucoup aux urgences : « *la facilité "allez hop on envoie aux urgences"* »M2, « *ils se déplacent très souvent pour rien alors qu'ils savent très bien qu'ils vont adresser le patient à l'hôpital dans tous les cas* »M10, « *il y en a 1 ou 2 qui sont connus pour un peu ré adresser tout le monde donc à un moment on se demande à quoi ils servent* »M18.

Toutefois, des urgentistes (5/21) comprennent ce désengagement à la permanence des soins, cette volonté « *d'une vie de famille* »M5. Ils ont conscience de la quantité de travail déjà fournie, « *ils bossent toute la semaine, tout le temps, du matin jusqu'au soir; après il faut prendre encore des gardes...* »M9, et la difficulté à allier « *une journée complète après une nuit de garde, ce n'est pas la situation idéale qui donne envie* »M1.

- La vision des généralistes, selon les urgentistes

13 médecins urgentistes pensent que les médecins généralistes sont majoritairement « *contents* »M21 et « *satisfaits* »M1-8 du travail des urgences. Les urgences sont perçues comme « *leur partenaire et comme le premier maillon hospitalier* »M19 et chacun a « *du respect les uns pour les autres* »M7. Ce respect est possible en partie par le fait que les généralistes « *qui ont été internes ici[aux urgences] en connaissent la difficulté* »M9, « *ils sont passés par ici... ils se rendent compte que c'est difficile* »M17, « *ils ont forcément un bon à priori sur les urgences* »M16. Toutefois, plusieurs urgentistes n'ont pu répondre car ils n'ont « *pas forcément beaucoup de retours* »M18, « *quand ça se passe bien on n'en entend pas parler que ce soit eux ou nous* »M5, « *on n'a pas eu d'entretiens ensemble, de réunions ensemble, je ne peux pas m'avancer sur ce sujet-là* »M11.

Il peut exister une mauvaise appréciation des urgentistes, ils « *peuvent nous percevoir comme arrogant ou dénigrant le travail du médecin généraliste si on tombe sur le mauvais [urgentiste]* »M1. Les « *dysfonctionnements* »M2 hospitaliers ne donnent pas « *un beau et joli regard* »M2 comme « *la sortie des services des patients un peu trop rapide engendrant un retour rapide à hôpital* »M15. Pour quelques-uns, la distance de ces deux spécialités fait que « *ces deux mondes ne se comprennent pas trop parce qu'ils ne se connaissent pas bien. Quand moi je dis je travaille aux urgences, on me traite de glandeurs* »M10, « *je pense qu'ils ne savent pas ce qu'est notre métier, ils ne savent pas qu'on a changé de métier* »M6, « *en France : chacun croit que c'est lui qui travaille plus que les autres* »M4.

Des urgentistes ont l'impression d'avoir auprès des médecins généralistes, ce rôle de « *prestataire de service* »M6, « *de subalternes... parce qu'on a un plateau technique et eux non* »M4. Il y a aussi ce ressenti de « *solution de facilité* »M6, d'adresser aux urgences sans avoir réalisé la prise en charge optimale possible en ambulatoire : « *ils essaient de tout nous envoyer aux urgences sans vraiment faire de choses qu'on peut déjà faire en pré-hospitalier* »M14, « *on ne sait pas quoi faire du patient ? Ben on l'envoie aux urgences pour faire le bilan* »M19.

2.4. L'évolution des études

- La création du DES d'urgence

Les urgentistes sont mitigés sur la création du DES d'urgence.

Les points positifs sont :

- Pour 7 médecins, la reconnaissance d'une spécialité à part entière, bien différente de la médecine générale : « *Moi j'ai beaucoup milité pour qu'on soit une vraie spécialité, un DES avec ses spécificités... Oui on n'est pas de la médecine*

générale. »M16, « Ça c'est très bien parce que je trouve que le métier d'urgentiste est un métier apart »M14 mais cela risque de prendre encore du temps : « ils essaient de faire un peu leur place pour s'imposer comme spécialité mais c'est un peu dur au niveau de la mentalité. On a l'image de généralistes qui font un peu de tout »M21

- Pour 9 médecins, l'accès à une meilleure formation et spécialisation des urgentistes : « on aura peut-être plus de stages de réanimation, plus de stages d'urgence, on aura peut-être une meilleure formation comme l'échographie »M16. « On devient de plus en plus professionnel »M10 mais avec le risque de déconnecter les internes de la réalité : « Ce que tu fais aux urgences c'est plutôt : vieux qui toussent, vieux qui a de la fièvre, extraction de fécalome, j'ai mal au ventre... c'est ça les urgences. Ce n'est pas sale, c'est bien aussi, mais je trouve qu'on vend un truc qui n'est pas la réalité »M7

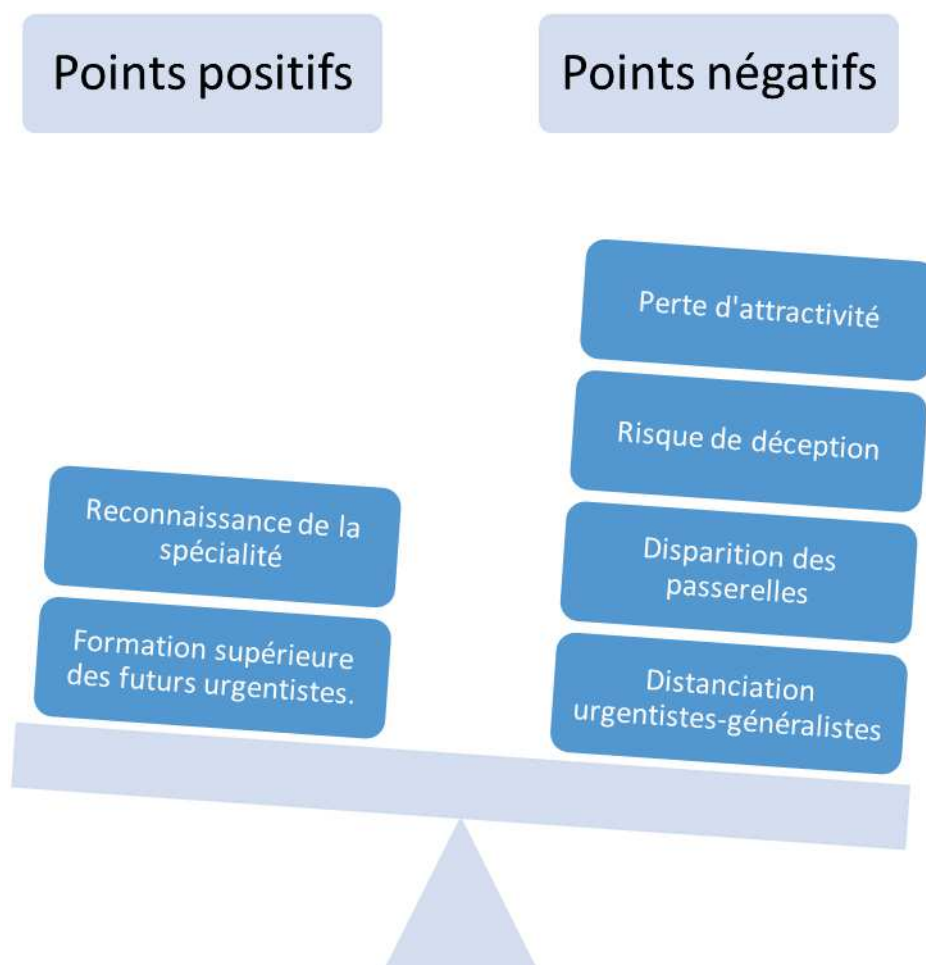
Les points négatifs sont :

- Pour 14 médecins, la crainte de la disparition des passerelles vers d'autres spécialités : « le fait qu'il n'y aura plus de passerelles pour devenir généraliste ça fait peur à certains parce que c'est compliqué de faire ça comme carrière toute sa vie »M11, « Je pense qu'on ne peut pas faire urgentiste toute sa vie »M17. Le danger est l'appauvrissement de la filière d'urgence : « les internes... choisissent en dernier la médecine d'urgence parce que c'est devenu un petit peu une voie de garage. Ça c'est le côté un peu négatif parce que probablement ils ne pourront pas faire autre chose que de la médecine d'urgence, c'est un problème »M10, « l'interne qui hésite entre médecine G et les urgences, il aura plutôt tendance du coup à choisir médecine générale parce qu'il aura plus d'opportunités par la suite »M16

- L'aggravation de la distance et de la déconnexion entre urgentistes et généralistes :
« Les futurs urgentistes n'auront plus dans le cursus un passage en cabinet de médecine générale et n'auront qu'une vision hospitalière des patients. Ils vont être déconnectés du fonctionnement de la médecine libérale et des problématiques qui vont avec. On risque d'avoir des incompréhensions de prise en charge et des tensions par méconnaissance du fonctionnement d'un cabinet »M1, « Ils ne se rendront pas compte de certaines difficultés qu'ont les médecins G avec la séparation des filières »M5

- La disparition de l'accès de la formation d'urgences aux médecins généralistes :
« J'hésitai entre généraliste et gériatre au début. Tu m'aurais proposé de faire urgentiste avant que je fasse mon stage d'urgence, jamais de la vie j'y serai allé »M7

Figure 8 : avis sur la création du DES d'urgence



- Modification de la maquette du DES de médecine générale

Les deux changements majeurs impactant les services des urgences sont la diminution des stages hospitaliers et la réalisation obligatoire du stage durant la première année. 19 des 21 médecins ont un point de vue globalement négatif voir « catastrophique »M10 sur cette réforme.

Pour les urgentistes, le stage en 1^{ère} année risque d'engendrer :

- Une angoisse majeur auprès des jeunes internes : « je trouve ça idiot : ça angoisse beaucoup les internes le semestre aux urgences et souvent ils attendaient plus tard

dans le cursus pour y aller, le temps de perfectionner leurs connaissances cliniques et les prises en charges hospitalières »M1, « les internes, quand ils sont catapultés chez nous à 25 ans, si t'as pas fait un peu d'hôpital avant, avec le stress que ça comporte, avec le rythme qui monte, et ben il y en a 3-4 qui ne tiennent plus »M10

- Une perte d'autonomie des internes par le manque de stages au préalable, *« on se retrouve avec des jeunes internes qui ne savent même pas comment prescrire un bilan et on leur demande d'être autonomes »M19* avec une transformation des internes en *« supers externes »M16* empêchant leur autonomisation : *« je n'aurai pas le temps de passer derrière eux donc, ce qui va se passer c'est que je vais les pousser, que je vais tout faire et ils vont être des externes »M17*
- Une charge de travail supplémentaire importante pour les former et les surveiller : *« on ne peut plus du tout se reposer. T'as toujours en tête "qu'est-ce qu'il est en train de faire?", on est obligé de rester toujours alerte et c'est de plus en plus usant »M18, « ça nous apporte une charge de travail supplémentaire parce qu'on ne peut pas leur faire confiance, il faut les former énormément beaucoup plus que les autres »M16*

Cependant, quelques médecins (M6-7-14) voient, au contraire, le stage en 1^{ère} année comme bénéfique pour les internes : *« c'est formateur aussi. Ça leur permet de se faire énormément d'expériences cliniques »M7*. Cela peut être intéressant pour les urgentistes car les internes ne sont pas encore influencés sur la manière de prendre en charge des patients par des stages précédents, prise en charge souvent différente de celle réalisée aux urgences : *« pour nous, c'est aussi plus difficile de travailler avec les internes quand ils ont déjà fait des stages ailleurs et qu'ils ne se rendent pas compte des vraies urgences »M14, « c'est plus*

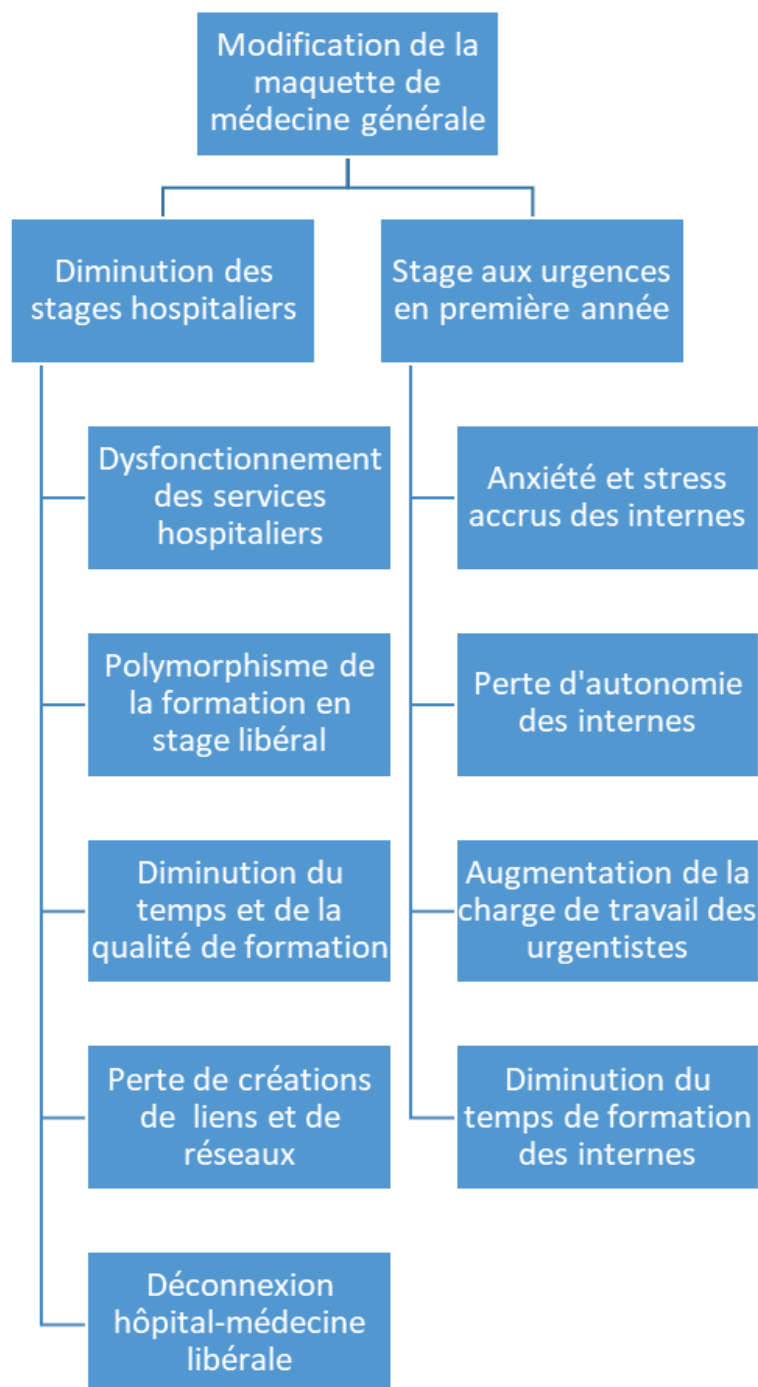
simple, au premier semestre, il y a moins de choses à déconstruire avant de reconstruire »M6.

Les principaux effets négatifs probables de la diminution des stages hospitaliers (aucun point positif relevé par les urgentistes) sont :

- La dégradation des capacités de prise en charge des patients lourds et complexes en ambulatoire : *« ça permet aussi aux futurs généralistes de savoir gérer des situations plus complexes qu'ils peuvent retrouver en cabinet même si ce n'est qu'un patient sur 100 et d'être plus à l'aise en cabinet »M1, « pour quelqu'un qui ne va faire que du libéral, c'est très important de connaître un petit peu les filières, connaître le fonctionnement de l'hôpital et avoir une meilleure prise en charge pré hospitalière »M21, « on va arriver à des gens qui n'ont jamais vu de patients graves... J'ai un peu peur de ce que ça va donner le jour où ils auront des patients au cabinet »M10*
- La désertification et les dysfonctionnements des services hospitaliers : *« au niveau hospitalier, nous on a été dépecé »M8, « l'hôpital... tournait avec les internes, on a toujours tourné avec les internes, c'est vrai, mais ce n'était pas forcément non plus une tare. C'est aussi en tournant avec les internes qu'on apprend le boulot »M9*
- La variabilité importante de la formation en stage libéral : *« tout dépend des médecins généralistes chez qui on fait des stages »M16, « ça va donner quand même des médecins avec des prises en charges assez vastes et différentes »M6.*
- La distanciation accrue entre l'hôpital et la médecine de ville : *« si on veut renforcer les relations entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers, il faut que les futurs médecins généralistes aient fait beaucoup de stages hospitaliers »M12, « ça permet de faire des connexions : tu*

connais les spécialistes, tu peux les rappeler, ils savent qui t'es, tu gardes des bonnes relations. Tout ça c'est important. Ça permet également d'améliorer la connexion ville-hôpital »M7

Figure 9 : impacts redoutés des modifications du DES de médecine générale



2.5. Projections et axes d'amélioration

- Les perspectives du système de soin

Les médecins urgentistes sont d'accord pour tous reconnaître un avenir très pessimiste M8-13 en l'absence de changements majeurs. Pour eux, le système de soins est à risque de subir une « *explosion* »M8-20 ou une « *implosion* »M1. La grande majorité considère que la situation actuelle est intenable : « *si on ne trouve pas de solutions, ça ne va plus être gérable dans très peu de temps, ça va complètement exploser. On ne peut pas tenir comme ça.* »M20. Cette problématique n'est pas spécifique aux urgences et concerne l'ensemble du système de soins : « *ce n'est même pas l'avenir des urgences, c'est l'avenir du système de santé et du secours à la personne en France* »M3, « *on est vraiment un des piliers du système de santé, si ce pilier s'écroule, s'il n'y a plus d'urgences dans un hôpital, qu'est-ce qu'on fait?* »M8

Les évolutions redoutées sont :

- Les baisses du nombre de personnel soignant par perte d'attractivité de l'hôpital : « *au niveau des soignants, je trouve que c'est lamentable, ce n'est pas du tout attractif... l'attractivité n'est pas bonne et je me dis que dans l'avenir, vu que les conditions se dégradent, ça donnera encore moins envie aux gens de venir* »M5, « *au niveau des personnels paramédicaux, quand on voit que l'école d'aide soignants de Brumath, pour 60 postes il n'y a que 28 inscrits au concours, quand on voit qu'ils ont du mal à recruter au niveau du personnel paramédical... Il y a donc le problème de l'attractivité de l'hôpital* »M19, « *il y aura des prises en charges qui seront moins bonnes à cause du flux de patients et du manque de personnels* »M5
- La perte d'urgentistes de par la création du DES, « *l'interne qui hésite entre médecine G et les urgences, il aura plutôt tendance du coup à choisir médecine*

générale parce qu'il aura plus d'opportunités par la suite »M16 et la perte d'attractivité « il y a beaucoup de praticiens jeunes qui veulent avoir une activité modérée ce qui peut être compréhensible mais pour la modérer.. » M13, « les médecins ne vont plus aller aux urgences mais vont aller dans les cliniques à droite à gauche où ils seront payés beaucoup mieux et je pense que ça va implorer un jour »M17

- *La suppression de lits hospitaliers : « quand on les hospitalise [patients] en service de médecine interne ou en chirurgie, eux aussi ils ont besoin de SSR et de lits d'aval donc tout est lié. Quand ça bloque on voit que ça bloque aux urgences mais c'est parce qu'en fait ça bloque en aval. Je pense que ça ne va pas s'arranger. »M12*
- *La diminution du nombre de généralistes, « le nombre de généralistes à terme va diminuer, aggravant la charge de travail pour les urgences »M1*
- *L'augmentation de la charge de travail au SAU, « Je pense qu'on aura de plus en plus de patients aux urgences »M21, « S'il y en a de moins en moins [d'urgentistes], qu'il y a de plus en plus de travail, c'est comme le médecin généraliste... les pauvres urgentistes qui restent sont épuisés. On dit "come on, come on" et après on dit "burn out, burn out" M8, « Les épuisements et burn-out, déjà présents dans nos services, risquent effectivement d'augmenter »M1*
- *L'augmentation du temps d'attente, « pour l'instant, on n'a pas de décès tout va bien mais le temps d'attente s'allongeant, c'est quand même le risque à craindre. Ça ne deviendra plus gérable à un moment ou l'autre »M20*
- *Baisse de la qualité de la prise en charge, « Je pense que l'hôpital public absorbera toujours, de toute façon on n'aura pas le choix mais il y aura des délais de prise en charge augmentés. Pour les patients, il y aura des prises en charges qui seront*

moins bonnes à cause du flux de patients et du manque de personnels et de moyens à disposition pour le nombre de passages »M5,

- La privatisation de la médecine *« les médecins ne vont plus aller aux urgences mais vont aller dans les cliniques à droite à gauche où ils seront payés beaucoup mieux et je pense que ça va implorer [les urgences publiques] »M17, « On va passer sur un système de santé privé »M7, « Je pense qu'on aura une montée du privé pour répondre à certaines demandes, on va dire, des demandes de résultats urgents. Mais, dans le privé, les gens devront payer et comme dans notre système, les gens ne connaissent pas encore le prix réel des examens, ça va être un peu compliqué »M5*

- Axes d'amélioration

Les propositions sont nombreuses et concernent les différents pans des urgences :

- l'amélioration des moyens,
- la réorganisation du fonctionnement des urgences,
- le retour de la médecine générale,
- l'éducation des patients.

La demande première et très majoritaire est l'augmentation des moyens, que ça soit humains, *« le matériel ce n'est pas ce qui manque mais plus de médecins, plus d'infirmières »M17,* structuraux, *« si tu me demandes un truc, ça serait juste des lits. Tu me donnes 30 lits supplémentaires, je prends tout de suite et je pense que ça se passe bien »M10* et financiers, *« ils sont mal rémunérés [les infirmiers], il n'y a pas de récompenses financières suffisantes vis à vis des nuits, il n'y a pas de primes de risque suffisantes » M16.*

Sur le plan fonctionnel, plusieurs souhaitent *« améliorer les filières, tout ce qui est*

filière gériatrique »M21, « la filière cardio, neuro ça marche très bien mais il y aurait peut être la filière gériatrique et d'autres filières à développer »M3. Afin de décharger les urgences, un médecin proposait de se calquer sur la méthode scandinave : « les gens qui arrivent d'eux-mêmes aux urgences devraient être prohibés. Tout simplement, tout doit passer par une régulation, téléphonique ou une régulation par un médecin, qui dit "allez aux urgences d'accord" ou non »M16. Un autre médecin était en faveur au retour de la participation des spécialistes : « l'hôpital devrait mettre les moyens de ré-ouvrir les consultations non programmées avec une meilleure communication, un meilleur tri des consultations non programmées »M13.

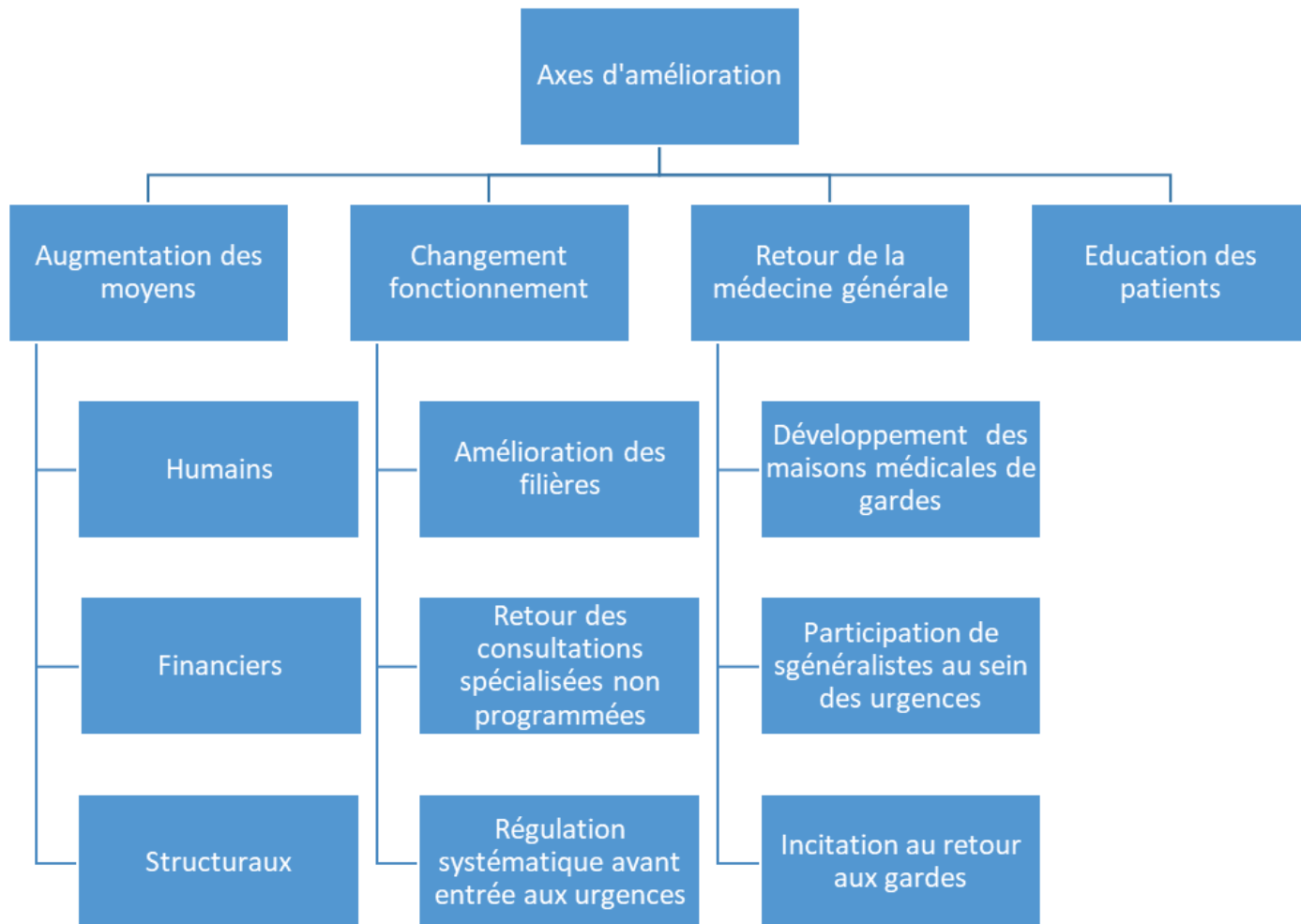
6 médecins urgentistes souhaiteraient un retour de la médecine générale pour soutenir les urgences par différents moyens :

- Le développement des maisons médicales de garde, « l'ouverture d'une maison médicale, même en journée, car il y a plein de médecins qui refusent de prendre des patients et de faire des visites à domicile »M20
- Une participation des généralistes aux urgences : « ce serait intéressant de voir si on pouvait créer une formule mixte de travail avec des généralistes qui seraient intéressés par des petites urgences, la petite traumatologie et les consultations. Les urgentistes maintenant avec des formations de haut niveau sont plus intéressés à faire du déchoquage que de faire une névralgie dentaire ou autre chose »M15, « mettons les moyens aux urgences en embauchant des médecins généralistes aux urgences pour faire des consultations »M19
- Un retour aux gardes, « pour moi je pense qu'il faudrait qu'il y ait une vraie hausse des rémunérations des gardes afin de permettre aux médecins de s'organiser un repos compensateur le lendemain et aussi pour attirer de nouveaux médecins aux permanences »M1 et à la régulation : « la régulation devrait être

gérée aussi, je pense, par des médecins de ville. Peut-être les forcer un peu plus à participer »M16

Une dernière notion évoquée à 3 reprises serait l'éducation des patients : « *Je pense qu'il faut leur expliquer : la plupart des gens viennent chez nous par méconnaissance des choses donc il faut expliquer aux gens, faut les éduquer c'est hyper important.* »M10, « *Il faut aussi dire au peuple que la santé coûte parce que dans la tête des gens ça ne coûte rien. Ils viennent avec la carte vitale, ils rentrent, ils sont admis, ils sont hospitalisés, ils sont opérés... pour eux rien n'est palpable donc ça ne coûte rien et on consomme* »M2.

Figure 10 : réformes souhaitées par les urgentistes



- Propositions pour renforcer le lien ville-urgence

La majeure partie des urgentistes souhaiterait une meilleure compréhension des médecins généralistes du fonctionnement et des problématiques des urgences : « *on fait partie d'une génération qui a fait médecine générale donc on connaît leurs problématiques. Ce qui serait bien, je pense, c'est que les médecins généralistes qui nous adressent des patients s'intéressent un petit peu plus au fonctionnement de l'hôpital* »M16. Plusieurs (7/21) proposent que les généralistes fassent des visites aux urgences, « *qu'ils viennent de temps en temps, peut être pas de participer aux gardes mais faire un tour de 2-3H dans le service en soirée pour comprendre un peu notre fonctionnement* »M12, « *Ça serait pas mal s'ils venaient de temps en temps faire un tour aux urgences, parce qu'aller au congrès, c'est bien sympa mais c'est bien aussi de voir ce qui se passe sur le terrain* »M14. Quelques-uns souhaiteraient aller plus loin en engageant des médecins généralistes aux urgences M19 ou bien « *les faire participer à la garde. Je pense que ça serait une bonne chose* »M10.

10 urgentistes souhaiteraient réaliser des réunions de formation commune ou d'en augmenter la fréquence. Cela aurait pour but « *d'améliorer la coordination de la prise en charge des patients* »M1, d'améliorer la communication « *moi je suis persuadé que deux tiers des problèmes sont liés à la communication* »M4, « *rien ne se passe mieux que quand tu as déjà vu la personne... Quand tu vois les gens de visu ce n'est pas la même relation qui se crée parce que tu connais la personne directement* »M5 et l'information : « *il y a beaucoup d'erreurs d'aiguillage. Donc oui, il faut qu'on se rencontre, ça c'est sûr* »M10. Certains souhaiteraient juste des soirées informelles avec pour seul objectif de se connaître et créer du relationnel : « *juste une soirée rencontre avec quelques thèmes pourquoi pas... c'est du relationnel qu'il faudrait faire aujourd'hui* »M9.

Figure 11 : propositions pour améliorer le lien Urgence-médecine générale



- Une carrière d'urgentiste

La dernière question du questionnaire sur la réalisation d'une carrière complète en tant qu'urgentiste était plutôt de nature « quantitative ». 8 médecins sur 21 ont répondu clairement qu'ils ne souhaitaient pas réaliser une carrière complète en tant qu'urgentiste, soit en changeant totalement de filière, « *je me vois faire du libéral parce que l'hôpital, il te bouffe* »M10 soit en ayant une activité mixte : « *je pense qu'aujourd'hui on ne peut plus faire une carrière complète en tant qu'urgentiste. Il ne faut pas mettre tous les œufs dans le même panier, il faut avoir plusieurs activités* »M3, « *maintenant, ceux qui survivent décident*

de diversifier leur pratique professionnelle »M9. Les médecins ayant donné ces réponses sont plutôt des urgentistes en première partie de carrière avec des âges oscillant entre 37 et 44ans.

10 médecins ont répondu favorablement. Toutefois, 3 ont répondu qu'ils continueront en allégeant le rythme de travail, principalement les gardes : *« je ne ferai que mon temps de travail avec deux nuits mais sans enchaîner les 24 heures et peut-être vers des endroits où les services sont un peu plus cools* »M5. A noter que sur ces 10, 4 ont plus de 59ans et 3 entre 50-59ans.

Pour les autres médecins, la réflexion de changer ou non de voie est présente et semble conditionnée par l'évolution des conditions de travail : *« si les conditions reviennent un peu comme avant alors oui. Nous tous dans l'équipe, ça ne nous arrivait jamais mais maintenant on réfléchit à ce qu'on pourrait faire et à où est ce qu'on pourrait aller* »M14, *« il faudra peut être que je fasse autre chose. Si la situation reste comme actuellement, je changerai avant la retraite car je me rends compte que c'est de plus en plus difficile pour moi d'assumer tout ça. »*M21.

IV. DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Forces de l'étude

Cette étude est, à notre connaissance, la première à évaluer le ressenti des médecins urgentistes alsaciens vis-à-vis de l'évolution récente de leurs conditions de travail et de leur rapport avec l'ensemble des acteurs de la santé. Les études existantes sont basées principalement sur une démarche observationnelle et statistique[14-15-16-17-18-19-20] ou d'un point de vue externe via les patients ou bien les médecins généralistes[28-59-60-61-62-63-81]. Cette étude permet d'avoir le ressenti, en interne, des acteurs principaux des urgences.

L'enquête qualitative paraissait être la méthode la plus adaptée pour comprendre et relever le vécu des médecins urgentistes et analyser leurs points de vue et leurs volontés quant au futur de leur profession.

Cette enquête possède plusieurs atouts :

- Les critères choisis pour l'échantillonnage ont permis d'obtenir une grande diversité dans les réponses recueillies.
- La taille conséquente de l'échantillon a permis d'accéder à la saturation des données.

L'échantillon est diversifié, constitué de 21 médecins urgentistes. Il ne concerne que des médecins urgentistes des hôpitaux publics de la région Alsace. Le facteur essentiel de la validité d'une étude qualitative qu'est l'obtention de la saturation des données a pu être atteinte. A noter que des services d'urgence comme Altkirch ou Guebwiller n'ont pu être

inclus dans l'étude du fait d'absence de retours positifs aux demandes d'entretiens. Le CH de Mulhouse, deuxième plus grand hôpital d'Alsace, paraît faiblement représenté (deux entretiens) mais, durant la période de déroulement des entretiens, seulement 7 postes d'urgentistes sur les 34 budgétés étaient pourvus.

1.2. Limites de l'étude

1.2.1 Biais de recrutement

Il existe un biais de recrutement du fait que les médecins urgentistes étaient contactés par messages électroniques ou téléphone au préalable afin d'obtenir leur accord pour la participation à l'étude. Les médecins sélectionnés étaient donc seulement ceux intéressés par la thématique de l'étude.

1.2.2 Biais d'investigation

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs ne permet pas à l'enquêteur de vérifier que les personnes interrogées font ce qu'elles disent.

Les entretiens ont été réalisés dans des salles de réunion attenante au service des urgences. 3 entretiens ont dû être interrompu temporairement pour des appels téléphoniques, perturbant la fluidité du déroulement de la pensée de l'interviewé. Un entretien a dû être stoppé définitivement suite à l'arrivée d'un patient en urgence vitale dans le service. 2 entretiens ont du se finaliser hâtivement du fait de leurs réalisations au décours de leur journée de travail. L'enquêteur étant de la même profession que les enquêtés (médecins), cela a pu favoriser le dialogue. La spécialité étant différente (généraliste pour l'enquêteur et urgentistes pour les interviewés), cela a pu potentiellement provoquer une réserve pour se confier

totalemment vis à vis du thème sur la médecine générale. Malgré la recherche constante de neutralité lors des entretiens, la manière d'interroger de l'enquêteur a pu influencer le discours des personnes interrogées.

1.2.3 Biais d'interprétation

L'analyse a été effectuée par un seul et même enquêteur. La validité des résultats aurait pu être renforcée par triangulation de l'analyse.

2. Principaux résultats

Quels enseignements peuvent être tirés des discours des médecins urgentistes interviewés ? L'analyse de ces données apporte-t-elle des pistes de compréhension au sujet du ressenti et des relations des médecins urgentistes vis-à-vis de l'évolution de leur pratique professionnelle ? Quels axes d'amélioration possibles existent-ils ?

2.1. Evolution des conditions de travail et des relations

2.1.1. Aux urgences

Pour les médecins interrogés, il ne fait nul doute que **les conditions de travail se sont dégradées**. La quantité de travail accrue ces dernières années par augmentation des passages associée à une carence importante en personnel soignant (médecins et infirmiers) ont engendré une charge physique importante pour l'ensemble du personnel. La disparition des possibilités de repos pendant les gardes a aggravé cette situation. Malgré les réformes récentes[70] du temps de travail des urgentistes, l'épuisement physique ressenti est tout aussi fort. Le manque de personnel par perte d'attractivité ne permet pas une application totale de

cette réforme.

Les données statistiques confirment ce vécu : le centre national de gestion des praticiens hospitalier déclarait en 2017 en France une carence en médecine d'urgence de 25% pour les PH temps plein (21.3% pour la région Grand Est) et de 45% pour les PH temps partiel (60% pour la région Grand Est) [14]. L'OCDE surligne ce manque d'attractivité des infirmiers hospitaliers. Le rapport salaire des infirmiers hospitaliers/salaire moyen français est de 0.95 soit la 4^{ème} position en partant de la fin dans les membres de l'OCDE[71]. Quant aux nombres de passages, on constate une augmentation importante en 10 ans en Alsace (+27,8%) sensiblement supérieure à la moyenne nationale (+24,4%) [21].

Dans notre étude, les médecins déclarent souffrir d'**une charge mentale importante et un épuisement** de moins en moins supportable. Ceci peut être attribué à plusieurs facteurs :

- La gestion simultanée de multiples patients
- Les négociations incessantes pour les hospitalisations
- Les lourdeurs administratives et informatiques
- La judiciarisation de la société
- La peur de l'oubli et donc de l'erreur médical

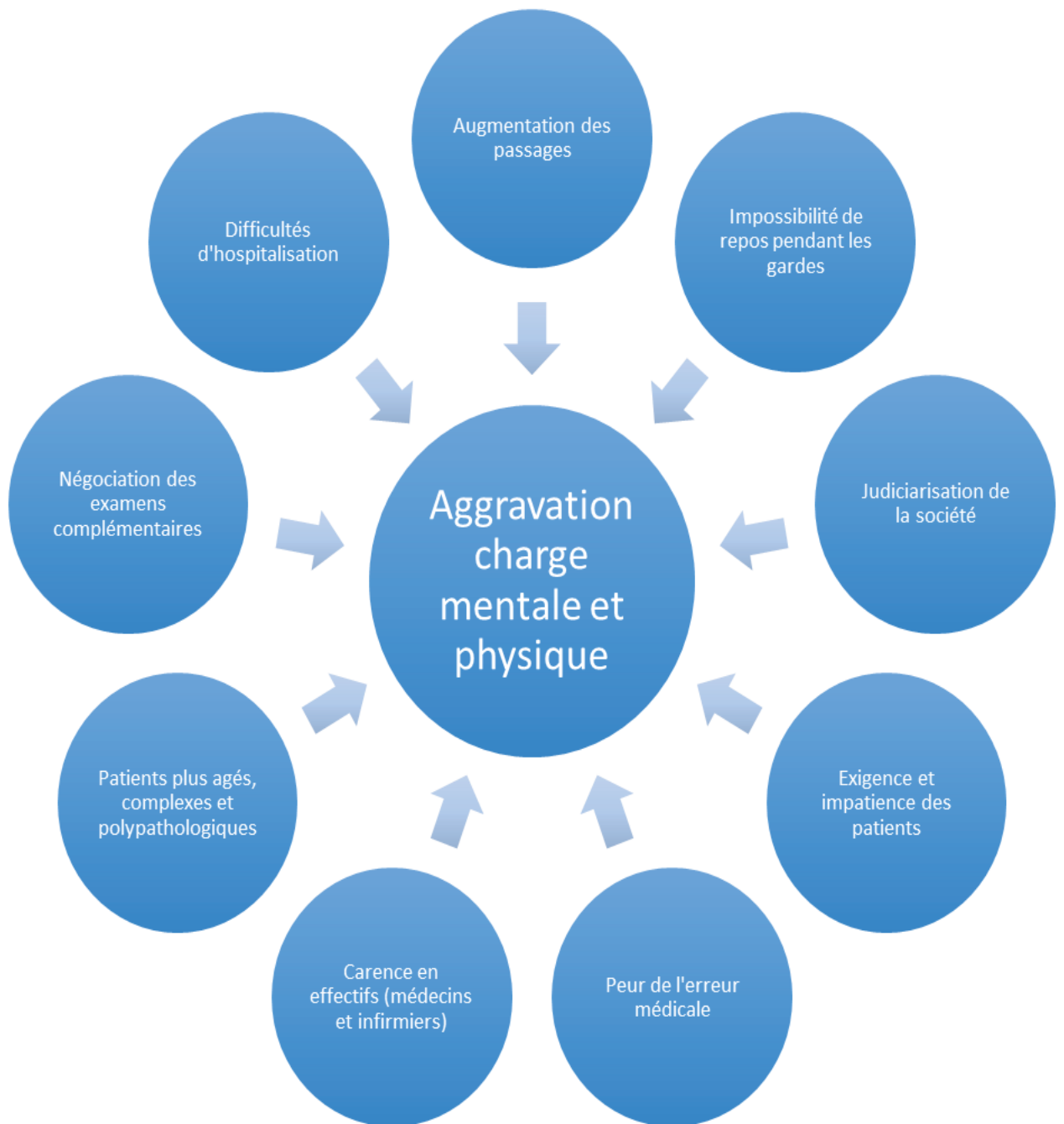
Une revue de littérature par l'HAS en 2016 [36] avait établi une liste de facteurs à risque d'aggraver la pénibilité au travail : les contraintes horaires, notamment le travail de nuit et le week-end, le rythme de travail, les contraintes physiques, la relation avec le public, la charge mentale et la charge émotionnelle. Ces différents critères ont tous été évoqués par les médecins lors des questions sur les conditions de travail.

Une étude de 2002 par Ootim B. [43] faisait déjà la corrélation entre le burn-out des soignants et la présence avérée d'un risque d'erreur de raisonnement, et donc, d'erreur

médicale. On peut constater dans une étude de 2016 de Souchon P. [44] l'épuisement du personnel hospitalier français : augmentation de 2007 à 2015 de 32% des absences (toutes natures d'absences confondues) et de 44% des accidents du travail .

Les équipes ont conscience de **l'importance de préserver un esprit et une cohésion d'équipe** pour assurer le bon fonctionnement du service lors des périodes de tension. Le soutien entre urgentistes face à l'augmentation de la charge de travail s'est maintenu voir renforcé. La notion de hiérarchie entre les médecins et le reste du personnel soignant est atténuée permettant de préserver une relation détendue et informelle. Le sociologue Peneff [72] ayant réalisé une étude observationnelle aux urgences le confirme : *« Ils se tutoient. Le titre, l'âge ou la célébrité n'interviennent pas, à la différence du reste de l'hôpital. On voit des aides-soignants outrepasser leur rôle ou des médecins nettoyer quand c'est nécessaire. Les femmes infirmières sont des pivots »*. Toutefois, les relations sont de plus en plus distantes avec le personnel infirmier. Ils sont de plus en plus jeunes et il existe un turn-over important, ne permettant pas le temps nécessaire pour créer des liens et avoir des infirmiers performants dans le service. Une revue de littérature de Perrier A. [73] confirmait l'importance du niveau de collaboration entre médecins et infirmiers du même service sur la qualité de prise en charge des patients.

Figure 12 : les facteurs d'aggravation de la charge mentale et physique



Une étude qualitative réalisée par la DREES[74] en 2013 sur les urgences hospitalières appuie les résultats de notre étude. Elle retrouvait entre autres comme problématiques majeures les difficultés récurrentes à trouver des lits d'aval, les postes vacants et le turn-over important du personnel.

2.1.2. A l'hôpital

Globalement, les urgentistes reconnaissent une **bonne entente avec les services** sans réelle évolution au fil des années. Les périodes de tensions avec eux sont principalement expliquées par des problématiques techniques telles que les carences en lits d'hôpitaux. Effectivement, entre 2003 et 2017, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, sont passés de 468 000 à un peu moins de 400 000 lits[27].

Le DESC puis le DES d'urgentiste ont permis une plus grande reconnaissance de leur métier vis-à-vis de leurs pairs. Néanmoins, chez les anciens spécialistes, un sentiment de supériorité est parfois encore ressenti. Cette spécialisation a eu comme effet délétère un sentiment d'isolement des urgences avec les autres services. Auparavant, les spécialistes participaient activement au fonctionnement des urgences, ils descendaient dans le service plus régulièrement pour aider à la prise en charge dans leur domaine de compétence. Désormais, certains gestes et prises en charges sont délégués voir délaissés à leurs collègues urgentistes. Un désengagement progressif s'est ainsi opéré jusqu'à la déconnexion du fonctionnement du service. Les urgences sont désormais perçues de plus en plus comme une unité à part entière. Un deuxième facteur de distanciation évoqué est **l'informatisation de l'hôpital**. Cela a eu pour effet l'installation de la téléconsultation avant son officialisation. Les avis sont téléphoniques/informatiques avec comme unique support la machine. Le spécialiste interrogé dans son domaine de compétence ne descend plus aux urgences. Il se contente régulièrement des données biologiques et des imageries pour donner son avis sans voir le patient. Le système évolue ainsi vers une individualisation du fonctionnement de chaque service de l'hôpital. Penneff constatait cette évolution, décrivant le service des urgences comme un

" instrument indispensable de la régulation de la pratique médicale actuelle, palliant son éclatement en spécialités cloisonnées et sa dispersion en petites unités concurrentes " [47].

Les urgentistes pensent être perçus comme **des perturbateurs du fonctionnement des autres services**. Les urgences sont la porte d'entrée reconnue pour le recrutement de patients. D'un autre côté, cela ajoute une charge de travail imprévisible non programmable. Une sensation de relation déséquilibrée est apparue au cours des années. Les urgentistes ont l'impression d'être perçus comme des « prestataires de service ». Ils sont de plus en plus sollicités par les autres services pour réaliser une multitude d'exams complémentaires avant hospitalisation. Ce fonctionnement est parfois vécu comme un chantage. L'urgentiste risque un refus d'hospitalisation si les exams complémentaires ne sont pas réalisés. Comme l'ont signalé certains sociologues, J. Peneff [47] ou M. Bessin[75], les urgences se retrouvent en étau entre leur mission d'accueillir tout individu se présentant pour des soins, et de l'autre côté, les services hospitaliers ayant des obligations budgétaires, les incitant à admettre dans leur service les patients avec un potentiel de rentabilité. L'étude de la DREES[74], précédemment citée, confirme des difficultés relationnelles entre le service d'urgence et les autres spécialités hospitalières.

2.2. Le médecin urgentiste et le patient

2.2.1. Qualité de la prise en charge

Vis-à-vis de **la qualité de prise en charge**, il existe 2 groupes distincts :

- Un groupe pour lequel la qualité est restée globalement stable voir améliorée. L'accès à aux exams complémentaire, le perfectionnement de certaines technique, et l'accès aux avis spécialisés participent à l'amélioration de la prise en

charge. Malgré l'augmentation des passages aux urgences, ils n'ont pas l'impression que cela ait eu un impact sur leur qualité de la prise en charge.

- Un deuxième groupe constatant la dégradation de la prise en charge du à plusieurs facteurs :
 - Augmentation du nombre de patients
 - Augmentation du temps de passages
 - Augmentation des motifs non urgents

Ceci est à l'origine de situation de stress et de pression augmentant la charge mentale des médecins.

Les conséquences sont :

- Des retards de prise en charge
- Des retours à domicile précoces
- Une diminution du temps de communication avec la famille
- Une saturation des urgences
- Des oublis voir des erreurs médicales.
- Une augmentation de risques des vraies urgences
- Une nécessité d'aller vite avec une sensation « d'abattage »

Les urgentistes ressentent une réelle souffrance et une insatisfaction de leur pratique professionnelle. Les prises en charge réalisées ne sont pas celles souhaitées mais celles imposées par la pression du moment.

La qualité de la prise en charge est difficile à évaluer. Il existe de nombreux facteurs pour tenter de l'évaluer. Les critères objectifs facilement évaluables et les plus souvent relevés sont le délai entre l'arrivée et le premier contact avec le médecin et le temps total de passage aux urgences[76]. Ces facteurs sont associés à la survenue de complications, d'effets indésirables et à un surcoût hospitalier [76]. Au niveau national, la moitié des patients sont

pris en charge en 20 min. Pour sept patients sur 10, les soins sont démarrés dans la première heure[20]. Néanmoins, on constate une aggravation rapide du temps de passage. En Alsace, le panorama urgence 2015 constatait une durée moyenne de passage de 3h02[77] tandis qu'en 2018 il constatait une moyenne de 3h41[22].

Les médecins ont toutefois conscience que l'offre de soins en ambulatoire est de plus en plus difficile d'accès. Ceci explique partiellement cet afflux de patients comme le montre l'étude de la DREES[16] sur les motifs de venues aux urgences.

2.2.2. Relation avec les patients

La majorité des médecins interrogés constatent une **dégradation des relations avec les patients** venant aux urgences. Les études de satisfaction des patients passant aux urgences montrent qu'entre 2010 et 2017, le taux est passé de 63% à 50% [25].

Elle est expliquée par :

- L'augmentation du temps d'attente : attendre dans un état d'urgence ou d'urgence ressentie par le patient sans connaître la suite de la prise en charge et les raisons de cette attente est pourvoyeur de stress et de tensions
- La diminution du temps de communication : les médecins regrettent la perte de la phase de dialogue. Ils estiment que de nombreuses tensions pourraient disparaître avec seulement des explications. Pour appuyer ce ressenti des urgentistes, une étude méta-analytique de 2008[26] a montré que le facteur prédictif le plus important pour la satisfaction du patient, devant même les compétences techniques et médicales, était la relation patient-soignant et patient-médecin.

2.2.3. Prestation de service

Tout comme avec les services hospitaliers, cette **représentation d'être des « prestataires de service »** est de plus en plus présente. Les urgentistes ont conscience que cette problématique est plus globale, liée à la société de consommation actuelle plus qu'à un regard isolé sur les urgences. Des patients viennent aux urgences de plus en plus souvent en espérant être pris en charge rapidement avec les examens complémentaires souhaités. Cette représentation de relation client-fournisseur et ce besoin d'immédiateté qu'ont certains patients vis-à-vis des urgences entraînent un hiatus entre leurs attentes et le fonctionnement réel du service. Cela est source de frustrations, d'incompréhensions et de tensions avec le personnel hospitalier. L'accès aux informations, plus ou moins véridiques, via les différents médias fait que les patients arrivent régulièrement dans le service avec des hypothèses diagnostiques préconçues, un protocole de prise en charge pré-établi et un état d'anxiété aggravé. L'étude de la DREES réalisée en 2013[16] confirmait que les motivations principales des patients étaient le « *besoin d'un règlement rapide du problème de santé (27 %)* » et la « *possibilité de réaliser des examens complémentaires (23 %)* ». Cette notion de consumérisme médicale est constatée et étudiée depuis plusieurs années, source de conflits du fait de deux visions différentes : « *l'esprit théorique de la relation entre le patient et le système de santé ne correspond pas au modèle consumériste* » [78].

2.2.4. Judiciarisation de la société

La disparition du rôle «paternaliste»[78] du médecin ont modifié ce statut. Il est plus facilement remis en cause. Le risque de poursuite pénale accru en cas d'erreur médicale engendre une pression psychologique supplémentaire dans la pratique quotidienne de l'urgentiste. Les médecins constatent une crainte augmentée de l'erreur médicale. Des

examens complémentaires sont réalisés par excès afin de se protéger juridiquement. Une étude de 2016[79] montrait que les médecins ressentent cette pression médico-légale. Cela engendre une souffrance directement corrélée à la pratique d'une médecine défensive. La relation médecin malade s'en retrouve significativement altérée.

2.3. Les urgences et la médecine libérale

2.3.1. Les relations professionnelles

Bien **que la relation entre ces deux spécialités** soit considérée comme bonne et cordiale pour la moitié des médecins interrogés, la majorité déplore une communication relativement faible dans l'ensemble. Le courrier physique ou électronique reste le principal outil de communication. Les appels téléphoniques passent au second plan, principalement par commodité et manque de temps. Pourtant, ce manque de liens, téléphoniques voir physiques, est regretté par plusieurs médecins. Ils considèrent que la qualité de prise en charge des patients et la qualité de conditions de travail s'en verraient significativement améliorées. L'étude sociologique de Castel P. [57] confirme que la qualité d'une relation thérapeutique avec le patient passe forcément par l'accord et la coordination des différents spécialistes dans le discours et la prise en charge adoptés vis-à-vis du patient. De plus, les différends entre médecins sur le choix de la bonne prise en charge est en soit un « *facteur potentiel d'affaiblissement de l'autorité médicale dans la relation thérapeutique* » [57].

En grande partie, **les patients adressés par les médecins traitants sont considérés comme justifiés**. Au fil des années, l'augmentation des consultations également en cabinet de médecine générale n'a pas modifié la justesse du recours aux urgences dans l'ensemble. Une étude de 2013[80] à Toulouse sur les patients adressés par le médecin traitant confirmait que

les décisions de passages aux urgences étaient en grand majorité justifiées. Elle montrait que 90.6% des patients adressés ont bénéficié d'examens complémentaires aux urgences et que le taux d'hospitalisation était sensiblement plus important (50%) que le taux d'hospitalisation globale (18.8%) durant la même période. Une autre étude de 2017[62] constatait que 84,72% des passages au SAU adressés par le médecin traitant étaient justifiés.

Les adressages des médecins généralistes ne sont pas forcément en complète corrélation avec les missions premières des urgences : maintien à domicile difficile, patients stables nécessitant une prise en charges hospitalière, transfert pour réalisation d'examens complémentaires.

Cependant, **les urgentistes ont conscience des difficultés et des limites qu'ont les médecins traitants** en cabinet. Une étude qualitative de Pujos L. [28] et une autre descriptive de Gillet L. [81] mettent en exergue les difficultés pour les médecins généralistes à réaliser des hospitalisations ou des examens complémentaires pour leurs patients dans des délais raisonnables du fait, entre autre, d'un manque de réseaux efficaces. La conséquence étant le réadressage aux urgences. La DREES a montré qu'une décision d'orientation sur dix du médecin généraliste est influencée par les caractéristiques sociales du patient (proportion deux fois plus élevée pour les patients CMU) [64].

Les quelques reproches itératifs dans la gestion des patients étaient :

- L'adressage rapide aux urgences des médecins remplaçants, connaissant peu les patients et angoissant plus vite,
- Les médecins libéraux avec une grande patientèle se désinvestissant plus rapidement de la prise en charge de leurs patients.
- Le polymorphisme des prises en charge en libérale par manque de conférence de consensus.

La majorité des médecins urgentistes pensent que les généralistes sont satisfaits du travail fourni par les urgences. Le stage aux urgences lors de l'internat permet aux médecins libéraux d'en comprendre le fonctionnement. Ils sont plus compréhensifs vis-à-vis des difficultés potentielles vécues aux urgences. Pour d'autres, la distance de ces deux professions entraîne une déconnexion des problématiques des urgences. La méconnaissance des conditions de travail peut entraîner un jugement péjoratif. Tout comme avec les services hospitaliers et les patients, la représentation de « prestataire de service » revient à nouveau dans les entretiens. C'est une voie de facilité : ils ont la sensation d'être perçus comme un moyen d'accès rapides aux examens et une échappatoire potentielle aux cas complexes.

Dans ce travail, nous n'abordons pas le point de vue des généralistes. Il existe d'autres études qui en parlent. Dans l'étude de Gillet [81], une relation de concurrence est parfois ressentie. Les médecins généralistes ont l'impression que les urgences attirent des patients gérables en libéral. En 2016, une étude[63] auprès des médecins généralistes retrouvait un "sentiment de ne pas être considérés à leur juste valeur par leurs confrères hospitaliers". Ils avancent une "méconnaissance de leur travail" par les urgentistes engendrant un sentiment d'isolement. Ils relèvent un manque d'informations à la sortie de leurs patients à l'origine de difficultés importantes dans la coordination du parcours de soins [63]. Une étude menée à Dijon sur le taux de satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis des urgences mettait en avant que 43% des praticiens trouvaient insuffisants ou très insuffisants les informations du compte-rendu de passage des urgences. 39% des MG le décrit comme insuffisamment clair et/ou illisible avec des difficultés à retrouver les informations [59].

2.3.1. La permanence des soins

La diminution de participation à la permanence de soins confirmée par le CNOM[53] est le reproche principal des urgentistes envers les médecins libéraux. Il est très

mal vécu par le service des urgences qui en subit les conséquences. La nuit profonde (0h-8h), a vu un afflux de patients et de sorties SMUR pour des problématiques de médecine générale. Les urgentistes sont amputés de leur période de repos. Ils supportent de moins en moins les cadences de travail sur le long terme aussi bien physiquement que psychologiquement. Quantitativement, le nombre de passages en nuit profonde est reconnu comme relativement faible après minuit mais suffisant pour faire disparaître quasi-totalement les phases de répit des urgentistes. La sensation de gérer des cas qui ne sont pas leur mission première associée à l'impossibilité de se reposer ont créé une ambiance délétère et un vécu péjoratif des gardes. L'incompréhension est d'autant plus grande que pour les urgentistes, la permanence des soins fait partie intégrante des missions de la médecine libérale. Cependant, les urgentistes comprennent les arguments des généralistes. Ces derniers aimeraient concilier travail et vie de famille. La gestion des gardes et du cabinet en semaine rend cela difficile. Leur charge de travail est déjà importante.

L'apparition des maisons médicales de garde et de SOS-médecins dans certains secteurs sont des solutions mises en œuvre en Alsace. Leur effet est pour l'instant considéré comme modéré. Les maisons médicales ont des horaires restreints et ne font pas de visites comme les médecins en garde auparavant. SOS médecins est jugé peu efficace, les délais de visites sont allongés et les ré adressages aux urgences sont considérés comme importants. Une étude de 2015 sur l'impact des maisons médicales de gardes [82] ne montrait pas de désengorgement des urgences. Elle concluait que la majorité des patients consultant en MMG n'avait pas l'intention de consulter aux urgences.

2.4. Les réformes récentes et les perspectives d'avenir

2.4.1. Le DES d'urgence

La création du DES d'urgence est perçue comme la **reconnaissance définitive** désirée par les urgentistes depuis longtemps. Le point positif espéré est le perfectionnement des connaissances théoriques et des gestes pratiques.

La crainte principale est liée à la filiarisation de la spécialité avec pour effet la disparition ou la grande diminution des possibilités de reconversion. Une carrière complète d'urgentiste semble de plus en plus difficile à réaliser. Le risque est que le choix du DES d'urgence soit prît par défaut à l'ECN. La peur de ne pas tenir physiquement ou psychologiquement une carrière entière pourrait faire hésiter les étudiants y compris les plus motivés.

La crainte secondaire est le risque accru de déconnexion avec la médecine générale. Les urgentistes n'ont plus de formations communes ou de stages en médecine libérale. Les nouveaux urgentistes hyper formés dans leur spécialité, se retrouvent face à une augmentation des pathologies dites de médecine libérale. Ceci peut être source de déception et de frustration.

Une étude observationnelle de 2016[83] interrogeant les étudiants de 4^{ème} et 5^{ème} années confirmait le risque de diminution de candidats à la médecine d'urgence. Bien que cette spécialité soit toujours perçue positivement, le manque de reconversion et la volonté de préserver une qualité de vie font que le choix de ce métier tend à diminuer[83].

2.4.2. Le DES de médecine générale

Les modifications de la maquette du DES de médecine générale sont quant à elles **perçues très péjorativement** par une grande majorité des urgentistes. La baisse du nombre de stages hospitaliers va diminuer les capacités de prises en charge des cas lourds et complexes en

libéral. Les futurs médecins généralistes les adresseront plus facilement aux urgences. De plus, la qualité de la formation en hospitalier semble plus complète, plus uniforme et plus poussée qu'en libéral. Elle permet une meilleure autonomisation des futurs généralistes. Les stages hospitaliers avaient pour avantage la création de liens avec les services de spécialités et la compréhension de leur fonctionnement.

Le stage aux urgences est désormais obligatoirement réalisé en première année d'internat. Les urgentistes relèvent déjà des points critiquables avec les premières générations du nouveau régime :

- Ce stage semble désormais bien plus mal vécu par les internes de médecine générale. Il est pourvoyeur de stress importants allant jusqu'à des états de burn-out.
- Les internes arrivant aux urgences manquent de connaissances des prises en charge hospitalières.
- La densité et la rapidité de travail aux urgences font qu'ils ne se sentent pas en mesure de travailler correctement. Cela engendre une perte d'autonomie importante.

Tous ces points augmentent la charge de travail des urgentistes. Ils se retrouvent écartelés entre leur travail d'urgentistes et d'encadrement des internes. Ceci se fait au détriment de la qualité de la formation.

Une étude qualitative alsacienne récente [84] sur le ressenti des nouveaux internes réalisant cette nouvelle maquette confirme l'aspect anxiogène des urgences en première année. La première année d'internat a été globalement bien vécue, le stage étant reconnu comme formateur. Toutefois, les internes considéraient ce dernier comme trop difficiles pour des premiers semestres peu formés. Dans cette même étude, les internes étaient en accord avec les urgentistes interrogés : ils préféreraient débiter par des stages hospitaliers. Ils

déplorent la diminution du nombre de ces derniers. Il en découle une crainte exprimée d'avoir plus souvent recours aux spécialistes qu'auparavant.

2.4.3. Les perspectives

Le futur des urgences et, plus globalement, la qualité de l'offre de soins sont très compromis. Les urgentistes ont la sensation d'être dans une situation de non-retour. Le défaitisme et le risque d'explosion du système de santé dans sa globalité, sont les ressentis majeurs des médecins interrogés. Sans virage majeur dans la politique de santé nationale, l'attractivité de l'hôpital va continuer à décroître tout comme les effectifs soignants. Les lits hospitaliers vont continuer à diminuer et donc aggraver les difficultés de gestion pour les urgentistes. La charge de travail aux urgences va continuer à croître par manque d'effectifs et par diminution de l'offre de soins en libéral (départs à la retraite non suffisamment remplacés). Les médecins redoutent une médecine d'urgence à 2 vitesses avec une privatisation des soins : les urgentistes auront tendances à aller en clinique où ils seront mieux payés. Les besoins urgents seront réalisés dans le privé pour les patients capables financièrement à y aller. Les cas lourds et complexes (donc non rentable) resteront pour l'hôpital public.

3 axes d'amélioration sont relevés :

- L'augmentation des moyens : plus de lits, plus d'effectifs et une amélioration de l'attractivité par revalorisation des salaires. Ce sont les demandes les plus fréquentes car les plus évidentes et les plus faciles à mettre en place. Elles sont basées uniquement sur un apport financier au système de soins français.
- Une réorganisation du fonctionnement par amélioration ou création des filières

considérées comme encore peu effective (cardiologique, neurologique, gériatrique...). Le retour des spécialistes aux consultations non programmées. La modification des conditions d'admissions aux urgences par refus des patients non régulés au préalable.

- Le retour de la médecine libérale par la création des maisons médicales de gardes, des propositions d'activité dans les services d'urgence et par le réengagement dans la permanence des soins.

Ces 3 axes semblent être le garant du bon fonctionnement des urgences et du système de soins à l'avenir. L'appui financier massif désiré devra forcément provenir en grande partie du pouvoir.

Chaque service des urgences, en accord avec la direction de leur hôpital et des autres services, cherche des solutions locales afin d'améliorer le fonctionnement (MMG à Colmar et Mulhouse, SOS médecins, travail rapproché et coordonné avec les médecins internistes aux urgences pour faciliter les hospitalisations au CHU, médecins généralistes engagés en début de soirée il y a quelques années par le CH de Sélestat, projet d'une ouverture d'une filière de médecine générale au CH d'Haguenau...) mais il n'existe pour l'instant pas de restructuration globale et uniforme des urgences françaises.

D'autres axes d'amélioration sont à envisager. Des organisations différentes existent déjà pour réaliser des économies. Des hôpitaux tels celui de Valenciennes ont réussi à rendre leur établissement bénéficiaire grâce au développement d'une autonomie financière par service et le développement des capacités de management des médecins[85]. Les IOA ont montré leur intérêt dans la gestion et la hiérarchisation de la gravité des patients. Il est important d'aider à perfectionner cette fonction unique par des formations plus poussées et l'accessibilité simple et rapides d'outils d'évaluation (ECG, glycémie capillaire, saturomètre...)[86]. Le développement des MCO (médecins coordinateurs et orientation) est

très prometteur. Ils ont montré « une réduction significative de la durée de séjour des patients ambulatoires et l'accélération de la prise en charge des patients graves » [86]. Il permet d'accéder à un premier contact médical précoce et de pousser le triage réalisé par l'IOA. La systématisation de ce poste permettrait très probablement la diminution du nombre de passage et l'accélération de la prise en charge des cas graves.

La volonté de resserrer le lien urgence-médecine libérale est forte. Les objectifs principaux sont :

- Améliorer la connaissance et la compréhension mutuelle. Cela permettrait d'appréhender les difficultés de leurs pairs et de s'y adapter.
- Nouer des liens et ainsi travailler dans un esprit de collaboration de bien meilleure qualité.
- Faire participer les généralistes au fonctionnement des urgences et de la permanence des soins en général.

Les propositions sont fonction de la volonté du degré d'implication de chaque médecin interrogé dans l'amélioration de cette relation. Cela va de la simple soirée informelle proposée à l'intégration de médecins généralistes dans l'équipe des urgences.

Une étude datant déjà de 2008[58] sur la relation entre généralistes et urgentistes, soutenait ces idées de nécessité de formation commune et d'intégration de la médecine générale dans les urgences.

Les carrières complètes sont de moins en moins envisagées par les jeunes urgentistes. Ceux, proches de la retraite, comprennent ce choix, leurs conditions de travail à l'époque n'étant pas les mêmes. Le choix de partir n'est pas en lien avec le métier en soit qu'ils continuent à aimer. L'épuisement physique et psychologique combiné aux difficultés

d'allier leur vie professionnelle et familiale les poussent à changer de carrière. Les résultats nationaux du CNG[14] confirment cette évolution en constatant la démission entre 2012 et 2016 de 1/3 des PH temps plein et des 2/3 des PH temps partiels. Une étude de Stoffel G. de 2014 [46] sur des médecins urgentistes lorrains ayant démissionné montrait une reconversion de 20% des effectifs. La durée moyenne d'exercice aux urgences pour les médecins se reconvertissant est de 8,9 ans. Cette étude soutient le résultat de notre étude, à savoir que l'épuisement professionnel lié à l'aggravation des conditions de travail en est la première raison.

V. CONCLUSION

Le travail aux urgences évolue vers une précarisation du métier. Ces services sont en première ligne des dysfonctionnements du système de soins actuel. Ils prennent de plein fouet les évolutions démographiques et sociologiques du peuple français. L'augmentation des cadences de travail et la surcharge mentale associée entraînent un retentissement notable sur le bien-être physique et psychologique des médecins urgentistes. Ceci aboutit à un épuisement du personnel soignant, une perte d'attractivité du service et une perte de sens de leur fonction première.

On constate une évolution vers une commercialisation du fonctionnement des urgences. L'évolution se fait vers un consumérisme de plus en plus effréné de notre société. Le statut de « *prestataire de service* » est ressenti par les urgentistes dans les relations avec leurs collègues hospitaliers et libéraux. La relation médecin-patients est de plus en plus tendue. Les patients sont dans un besoin d'immédiateté, ont des exigences grandissantes et remettent en cause plus fréquemment les médecins jusqu'à porter plainte. Cependant, ces tensions pourraient s'améliorer significativement par le dialogue. Le manque de communication et d'information du patient semblent être une des raisons principales de la judiciarisation. Il serait intéressant de confirmer cette hypothèse en étudiant les patients ayant eu une relation conflictuelle dans le service afin d'en extraire les causes.

Bien que jouant le rôle de charnière entre l'hôpital et la ville, les urgentistes se sentent souvent mal compris. D'une part, les relations entretenues avec leurs collègues généralistes sont globalement bonnes mais faibles quantitativement et qualitativement du fait de la charge de travail important de part et d'autres. Ces deux métiers s'en trouvent déconnectés. D'autre

part, les différents spécialistes se désinvestissent progressivement du fonctionnement des urgences. Cette compartimentation de la médecine n'est pas compatible avec le fonctionnement des urgences. Elle nécessite une étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs de la santé. Cependant, les urgentistes souhaitent renforcer leur lien avec les différents spécialistes hospitaliers et libéraux aussi bien sur un plan professionnel ou relationnel. Un retour de la médecine libérale et des autres spécialités dans les urgences et la permanence des soins paraît être un des moyens majeurs pour soutenir le service. L'objectif recherché est de mieux coordonner les prises en charge. Il faut pour cela se rendre compte des problématiques fonctionnelles de chaque spécialité et y trouver des solutions pour envisager une meilleure coopération. Cette étude a permis d'avoir la vision en interne du service des urgences. Une étude qualitative sur les représentations des urgences par les autres spécialités permettrait d'obtenir une vision externe pour comprendre dans sa globalité les sources des dysfonctionnements et des incompréhensions entre les différents acteurs.

L'évolution des maquettes, que ça soit les modifications du DES de médecine générale ou la création du DES d'urgences, est globalement mal accueillie par les médecins urgentistes. Pour le DES de médecine générale, la diminution des stages hospitaliers et la réalisation du stage d'urgence en première année font redouter une perte de qualité dans la formation des internes. Le deuxième risque est la déconnexion et une distanciation accrue des futurs médecins généralistes avec les réseaux hospitaliers. Il leur sera plus difficile de gérer des cas complexes en ambulatoire. Quant au DES d'urgence, malgré la satisfaction de la reconnaissance de la spécialité, la crainte principale est une perte d'attractivité majeure par la disparition des possibilités de reconversion. Une carrière complète semble de plus en plus difficile à tenir. A moyen terme, Il serait intéressant de réaliser des études comparatives médecins généralistes ancien régime versus nouveau régime dans la gestion des cas

complexes et dans l'évolution de leur relation avec la médecine hospitalière.

Les grèves récentes des hôpitaux, plus particulièrement des urgences, ainsi que la crise sanitaire liée au coronavirus ont permis de mettre en exergue à l'ensemble de la société les limites et la dégradation de notre système de soins. Il est intéressant de voir si cette prise de conscience aura un impact majeur sur les gouvernements actuels et futurs pour réaliser une refonte en profondeur de notre offre de soins.

VU
Strasbourg, le 22 juin 2020
Le président du Jury de Thèse
Professeur P. BILBAU



VU et approuvé 30 JUIN 2020
Strasbourg, le
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Professeur Jean SIBILIA



ANNEXES

Annexe 1 : Canevas d'entretien N° 1 (*les questions de relance sont en italique*)

Questions pour ouvrir l'entretien :

D'abord une question plus générale afin de mieux vous connaître : pouvez vous m'expliquer ce qui vous a poussé à devenir médecin? En particulier médecin urgentiste? Que recherchez-vous dans ce métier ? Quel est votre parcours professionnel ?

Evolution des conditions de travail :

- Depuis une dizaine d'année, quelles sont selon vous les évolutions majeurs des urgences ? sur le plan-matériel et humains?
- De quelle manière la charge de travail a t'elle évoluée ? *Physiquement et mentalement ?*
- Considérez-vous qu'il y a eu des changements dans la prise en charge des patients sur ces dernières années?
- Au fil des années, pensez-vous que le rôle du médecin urgentiste au sein de l'hôpital a évolué? Si oui, en quel sens ?

Relation avec les différents intervenants aux urgences :

- Comment a évolué le rapport avec les patients ? Quelles raisons suspectez-vous ?
- Comment a évolué vos relations avec l'ensemble du personnel des urgences (infirmiers, aide soignants, urgentistes)? *Avez-vous une idée du pourquoi de cette évolution ?*
- Comment ont évolué les relations avec les différents services de l'hôpital ?

Evolution des relations vis à vis des médecins généralistes :

- Comment décrieriez-vous votre relation avec les médecins généralistes de votre secteur ? *a-t-elle évoluée durant ces dernières années ? quels sont les points positifs ou négatifs ?*
- Selon vous, quel regard portent les médecins généralistes sur vous ?
- Quel est votre opinion sur la gestion des médecins généralistes vis-à-vis de leurs patients qu'ils adressent aux urgences ?
- Comment a évolué la gestion de la permanence des soins en coordination avec les médecins généralistes?

Perspective d'avenir de la profession :

- Comment imaginez-vous l'avenir des urgences et de votre profession ?
- Quelles seraient pour vous les modifications majeures à réaliser pour améliorer le service des urgences ? *que cela soit technique, humain ou sur le fonctionnement ?*
- Quels changements souhaiteriez-vous pour renforcer la relation urgences-médecins généralistes ?
- Que pensez-vous de la création du DES d'urgence? *qu'entre autres, les internes urgentistes ne passeront plus en stage de cabinet de médecine générale ?*
- Envisagez-vous une carrière complète en tant qu'urgentiste? *Si changement, pour quelles raisons et vers quel type de métier ?*

Annexe 2 : Canevas d'entretien N° 2 (*les questions de relance sont en italique*)

Questions pour ouvrir l'entretien :

D'abord une question plus générale afin de mieux vous connaître : pouvez vous m'expliquer ce qui vous a poussé à devenir médecin? En particulier médecin urgentiste? Que recherchez-vous dans ce métier ? Quel est votre parcours professionnel ?

Evolution des conditions de travail :

- Depuis une dizaine d'année, quelles sont selon vous les évolutions majeurs des urgences ? sur le plan-matériel et humains?
- De quelle manière la charge de travail a t'elle évoluée ? *Physiquement et mentalement ?*
- Considérez-vous qu'il y a eu des changements dans la prise en charge des patients sur ces dernières années?
- Au fil des années, pensez-vous que le rôle du médecin urgentiste au sein de l'hôpital a évolué? Si oui, en quel sens ?

Relation avec les différents intervenants aux urgences :

- Comment a évolué le rapport avec les patients ? *Quelles raisons suspectez-vous ?*
- Comment a évolué vos relations avec l'ensemble du personnel des urgences (infirmiers, aide soignants, urgentistes)? *Avez-vous une idée du pourquoi de cette évolution?*
- Comment ont évolué les relations avec les différents services de l'hôpital?

Evolution des relations vis à vis des médecins généralistes :

- Comment décrieriez-vous votre relation avec les médecins généralistes de votre secteur ? *a-t-elle évoluée durant ces dernières années ? quels sont les points positifs ou négatifs ?*
- Selon vous, quel regard portent les médecins généralistes sur vous ?
- Quel est votre opinion sur la gestion des médecins généralistes vis-à-vis de leurs patients qu'ils adressent aux urgences ?
- Comment a évolué la gestion de la permanence des soins en coordination avec les médecins généralistes ?

Perspective d'avenir de la profession :

- Comment imaginez-vous l'avenir des urgences et de votre profession ?
- Quelles seraient pour vous les modifications majeures à réaliser pour améliorer le service des urgences ? *que cela soit technique, humain ou sur le fonctionnement ?*

- Quels changements souhaiteriez-vous pour renforcer la relation urgences-médecins généralistes ?
- Que pensez-vous de la création du DES d'urgence ? *qu'entre autres, les internes urgentistes ne passeront plus en stage de cabinet de médecine générale ?*
- Que pensez-vous des modifications de la maquette du DES de médecine générale ? *Qu'entre autres, le stage aux urgences sera obligatoire en 1^{ère} année et les stages hospitaliers seront diminués ?*
- Envisagez-vous une carrière complète en tant qu'urgentiste? *Si changement, pour quelles raisons et vers quel type de métier ?*

Annexe 3 : Caractéristiques des médecins inclus

	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Durée	Parcours professionnel *
M1	H	38	Colmar	24min30s	- DES Med G (DESC d'urgence pendant l'internat) - Chef de service
M2	H	59	Mulhouse	20min03s	- Externat en Roumanie - Internat chir-orthopédique (Mulhouse) - CAMU (1989, Bobigny)
M3	F	42	Colmar	18min51s	- DES médecine générale - DESC d'Urgence - Médecin capitaine (pendant 6 ans à Lyon)
M4	H	56	Saverne	20min15s	- DES médecine générale - CAMU - Chef de service
M5	H	39	Saverne	25min12s	- DES médecine générale (Réunion) - DESC d'urgence pendant l'internat (Réunion)
M6	F	37	Saverne	24min02s	- DES Med G (DESC d'urgence pendant l'internat)
M7	H	37	Mulhouse	31min02s	- DES Med G (DESC d'urgence pendant l'internat)
M8	H	61	Wissembourg	45min25s	- Diplôme de chirurgie générale - CMU (2001)
M9	F	60	Sélestat	55min44s	- DES médecine générale - CAMU - Chef de service
M10	H	37	Sélestat	32min18s	- DES Med G (DESC d'urgence pendant l'internat)
M11	H	60	Sélestat	13min32s	- Diplôme de médecine étranger - CAMU (2001)
M12	F	38	Colmar	20min39s	- DES Med G (DESC d'urgence pendant l'internat)
M13	H	43	Strasbourg NHC	28min43s	- DES Med G (DESC d'urgence pendant l'internat)
M14	F	44	Strasbourg NHC	29min25s	- Diplôme d'anesthésie réanimation (Géorgie) - FFI réanimation chirurgicale (Marseille) - FFI urgences (2006 au NHC) - Validation de ses capacités d'urgentistes
M15	F	51	Strasbourg NHC	47min18s	- Diplôme médecine d'urgence (2000, Roumanie) - FFI urgence (2005, NHC) - CMU (Paris)
M16	H	37	Haguenau	22min16s	- DES Med G (DESC d'urgence pendant l'internat)
M17	F	38	Haguenau	19min46s	- DES Med G (DESC d'urgence pendant l'internat)
M18	F	39	Haguenau	16min50s	- DES Med G (DESC d'urgence pendant l'internat)
M19	H	48	Haguenau	26min10s	- DES médecine générale - Post-internat en cardiologie - CMU - Chef de service
M20	F	50	Colmar	22min54s	-DES médecine générale (Nancy) -FFI aux urgences (10 ans à Epinal) -CMU (Nancy)
M21	F	41	Strasbourg Hautepierre	38min22s	- Diplôme médecine d'urgence (Roumanie) - FFI aux urgences (2005, Besançon) - CAMU (2008, Besançon)

* Lorsque le lieu n'est pas cité, le diplôme ou la formation ont été réalisés en Alsace

BIBLIOGRAPHIE

1. P. Menthonnex, E. Menthonnex. Histoire de la médecine d'urgence de Napoléon à nos jours. Art.52, SFMU urgences 2010.
2. République française. Décret n°65-1045 du 2 décembre 1965 complétant le décret 59957 du 3 août 1959 par un art.. 6-1 (institution de l'obligation pour certains établissements hospitaliers de se doter de moyens mobiles de secours et de soins). Journal officiel du 3 décembre 1965.
3. Cazalaa J-B, Chavagnac B, Cousin M-T, Gay R, Louville Y. Anesthésie, analgésie, réanimation, SAMU. Notre histoire, de 1945 aux années 2000. Glyphe. Vol. 2. Paris; 2015. 238 p.
4. République française. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière. Journal officiel du 3 janvier 1971.
5. République française. Circulaire ministérielle n° 60 du 29 janvier 1975 relative à l'organisation de l'accueil à l'hôpital et notamment des urgences.
6. République française. Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transport sanitaires. Version consolidée au 06 mai 2019.
7. République Française. Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique.
8. Cabinet de Jean-François Mattei, ministre de la santé. Discours du plan urgences de la famille et des personnes handicapées. 2003 sep 30[internet]. 30 sep 2003, [cité le 10/10/2019]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/discours/140693-declaration-de-m-jean-francois-mattei-ministre-de-la-sante-de-la-fami>
9. La société française de médecine d'urgences [internet]. [cité le 6/11/2019]. Disponible sur : <https://www.sfm.org/fr/la-sfm/objectifs/>
10. Coordination Nationale des Collèges d'Enseignants en Médecine [internet]. [cité le 6/11/2019]. Disponible sur : <http://cncem.fr/node/214>
11. République française. Circulaire de la direction générale de l'offre de soins no 2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.
12. République française. Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes

d'études spécialisées de médecine.

13. Recensement INSEE [internet]. [cité le 6/05/2019]. Disponible sur le site : <https://www.insee.fr/fr/statistiques>.
14. CNG. Praticiens hospitalier, élément statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires exerçant la médecine d'urgence. Situation au 1^{er} janvier 2017. [internet]. 30 jan 2017, [cité le 30/05/2019]. Disponible sur le site : <https://www.cng.sante.fr/>
15. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de santé, édition 2018. [internet]. 2018, [Cité le 25/05/2019]. Disponible sur le site : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/27-7.pdf>
16. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Études et Résultats, n°889, DREES. 30 juillet 2014.
17. Seimandi T, Les disparités d'activité des SMUR s'expliquent en partie par les moyens dédiés et les caractéristiques des territoires. n°1136, DREES, décembre 2019.
18. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences. Études et Résultats, n°212, DREES. Janvier 2003.
19. El Khoury C, Viudes G, Vincent-Cassy C. Enquête DREES : Comprendre la réalité du triage dans nos structures d'urgences. 11 juin 2013.
20. Ricroch L, Vuagnat A. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. n°0929, DREES. Aout 2015.
21. SCORESanté [internet]. [cité le 15/04/2019] Disponible sur le site : <https://www.scoresante.org/sindicateurs.html>
22. Boutillier N, Diallo A, Giget C, Jourdan C, Laire B, Noizet M et Schlegel J. Est-Rescue, Panorama Urgences 2018 activité des structures [internet]. 2018, [cité le 5/04/2019]. Disponible sur le site : https://www.est-rescue.fr/wp-content/uploads/2019/09/panorama-2018-hyperliens_compressed.pdf
23. CHRU Strasbourg, Chiffres clés 2009 [internet]. 2009, [cité le 5/04/2019] disponible sur le site : www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/chiffres_cles/strasbourg-chiffres-2009.pdf
24. CHRU Strasbourg, Chiffres clés 2017 [internet]. 2017, [cité le 5/04/2019] disponible sur le site : http://www.chru-strasbourg.fr/sites/default/files/documents/chiffres_cles_2017.pdf
25. Gallay A-L, Inigo G, Salvan L. BVA opinion, Baromètre d'opinion de la DREES sur la

- santé, la protection sociale et les inégalités [internet]. 2017, [cité le 6/05/2019]. Disponible sur le site : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/principaux_enseignements_barome_tre_2017.pdf
26. Perruche F, Pourriat J-L, Claessens Y-E. Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point. Journal européen des urgences. Elsevier Masson. Mars 2008 14-21.
27. Pr Carli P, rapport du CNUH du groupe de travail « aval des urgences » [internet]. 2013, [cité le 15/05/2019]. Disponible sur le site : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Carli_2013_aval_des_urgences.pdf.
28. Pujos L. Qualités et apports du courrier d'admission de la médecine libérale dans un service d'urgences. Th D Med, Bordeaux II. 2004.
29. Layla Ricroch L, (DREES). Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers . Études et Résultats, DREES, n°973. Septembre 2016.
30. Toulemonde F, Les établissements de santé - édition 2019, DREES [internet]. 2019, [cité le 17/03/20] Disponible sur le site : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2019.pdf>
31. Fipeco, L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) [internet]. 2018, [cité le 13/05/2019] Disponible sur le site : [https://www.fipeco.fr/fiche.php?url=L%E2%80%99objectif-national-de-d%C3%A9penses-d%E2%80%99assurance-maladie-\(ONDAM\)](https://www.fipeco.fr/fiche.php?url=L%E2%80%99objectif-national-de-d%C3%A9penses-d%E2%80%99assurance-maladie-(ONDAM))
32. Rapport public annuel de la cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités [internet]. Février 2019 [cité le 13/05/2019] disponible sur le site : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
33. Aubert J-M, Billet S, Collin C, Fery E, Guidoni D, Hatton E, Hubert J, Lemaire N, Marty-Chastan C, ministère des solidarités et de la santé. Rapport sur la réforme du financement de santé. 29 janvier 2019 [internet]. [cité le 30/05/2019] Disponible sur le site : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf
34. Rapport public annuel de la cour des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale [internet]. Septembre 2014 [cité le 13/05/2019] disponible sur le site : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20140917_rapport_securite_sociale_2014.pdf
35. Véran O. projet de loi n°200 de financement de la sécurité sociale pour 2019, article 43. [cité le 25/05/2019] Disponible sur le site : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/ta/ta0200.asp>. 3 décembre 2018.

36. Kornig C, Levet P, Ghadi V. Revue de littérature. Qualité de vie et qualité de soins. HAS. Janvier 2016.
37. Arnaudo B, Léonard M, Sandret N, Cavet M, Coutrot T, Rivalin R, et al. Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs. DARES Analyses. 2013.
38. Betout C, Cardi C, Morvant E, Panissier S. Le travail de nuit des infirmiers : effets sur les conditions de vie, les pratiques professionnelles et la qualité des soins. Paris: INTD. Mai 2007.
39. Avis de l'Anses. Rapport d'expertise collective, Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit. Édition scientifique. Juin 2016.
40. Loquet J, Ricroch L. Le panorama des établissements de santé édition 2014. DREES. 2014; 9-30.
41. Pimbert S, Vaxelaire S. Soignants : des pistes contre les risques. Réalité Prévention. INRS. 2010.
42. Le Lan R, Baubeau D. Etudes et Résultats, les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. DREES, n°335. Aout 2004.
43. Ootim B. Error making. Part 2: Identifying the causes in nursing. Nursing Management. 2002.
44. Souchon P. Regard. Les absences au travail pour raison de santé dans les établissements hospitaliers tendances 2015. Sofaxis. Juin 2016.
45. Sondes C, Kadri F, Anceaux F, Tahon C. Gestion dynamique de flux patients pour l'évitement des situations de tensions dans un service des urgences. 9ème Conférence Francophone en Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers (GISEH2018). Aout 2018.
46. Stoffel G. La reconversion professionnelle des médecins urgentistes. Enquête auprès des médecins urgentistes lorrains reconvertis entre 2003 et 2012. Th D Med, Nancy. 2014.
47. Peneff J. Les malades des urgences, une forme de consommation médicale. Paris Ed. Métailié. 2000.
48. ARS. Projet régional de santé 2018-2027, état de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est [internet]. [cité le 13/04/2019] Disponible sur le site : https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf

49. ARS. Cartosanté [internet]. [cité le 15/04/2019] Disponible sur le site : <https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&view=map6>
50. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E et Tuffreau F. Les emplois du temps du médecin généraliste. DREES, n°797. Mars 2012.
51. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba B, Ventelou B et Verger P. L'exercice de la médecine générale libérale. DREES, n°610. Novembre 2007.
52. Barlet M et Marbot C. Portrait des professionnels de santé - édition 2016, Collection Panoramas de la Drees. Santé. Avril 2016, 160 p.
53. Dr Bouet P, président du CNOM. Point presse sur les flux migratoires des médecins diplômés hors France. [internet]. 2017, [cité le 27/05/2019]. Disponible sur le site : www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/diaporama_flux_migratoires.pdf
54. Conseil national de l'ordre des médecins. Enquête du CNOM sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2017 [internet]. 2018 [cité le 13/05/2019]. Disponible sur le site : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_enquete_pds_2017_0.pdf
55. Direction générale de l'offre de soins. La réforme des hôpitaux de proximité. Support méthodologique [internet]. 2017, [cité le 26/05/2019]. Disponible sur le site : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_hopitaux_proximites-2.pdf
56. Cour des comptes. L'avenir des hôpitaux locaux [internet]. Septembre 2013 [cité le 26/05/2019]. Disponible sur le site : www.ccomptes.fr
57. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs : une nouvelle approche de la relation thérapeutique. Revue française de sociologie, Centre National de la Recherche Scientifique. 2005.
58. Wimel M. Que pensent les médecins généralistes et urgentistes de leurs relations? : Etat des lieux dans le bassin de Roanne et dans le nord-ouest de Lyon entre juillet et novembre 2008. Th D Med, Lyon. 2010.
59. Marchandeau C. Coordination entre médecins généralistes et médecins urgentistes suite au passage des patients au centre régional universitaire de Dijon : qualité et ressenti des informations transmises. Th D Med, Dijon. 2017.
60. Carneiro, Bruno et al. Qualité des courriers de sortie des consultants des urgences de l'hôpital aux médecins généralistes, Santé Publique, vol. 26, no. 2. 2014.
61. Sailliol M. Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients. Médecine humaine et pathologie. Dumas. Th D Med, Toulouse. 2014.

62. Chauvet L, Chanson M. Patients adressés par le médecin traitant aux urgences: une prise en charge extra-hospitalière était-elle possible? Étude rétrospective du 1er juin au 30 décembre 2016. Sciences du Vivant. Dumas. Th D Med, Marseille. 2017.
63. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. Médecine humaine et pathologie. Dumas. Th D Med, Paris-Descartes. 2016.
64. Gouyon M. Les urgences en médecine générale, série « statistiques » document de travail n°94, DREES. Avril 2006.
65. Dr Sourdet S, Dr Scemama A, Dr Boubakri S, Pr Buchon D, Dr Chambraux P, Dr Cressot V, Dr Delate J, Dr Gallien S, Mme Horvath, Dr Lafont C, Pr Philip Merloz P, M. Olivon D, Mme Saragoni A, Dr Tuffery S et M. Wanny M. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. HAS. Septembre 2017.
66. République française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002.
67. Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction DGOS n° 2012-349. Guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ». 28 septembre 2012.
68. Koundé B. Evaluation des attentes des médecins généralistes vis-à-vis du réseau ville-hôpital. Th D Med, Lille II. 2015.
69. SOS médecins France. Présentation [internet]. [cité le 23/05/2019] Disponible sur le site <http://www.sosmedecins-france.fr/>
70. République française Instruction DGOS/RH4 no 2015-234 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence. Journal officiel du 10 juillet 2015.
71. OCDE. Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE [internet]. 2015, [cité le 2/05/2020] Éditions OCDE, Paris. 2015. Disponible sur le site : https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr
72. Dodier N, Peneff J. L'Hôpital en urgence. Étude par observation participante. In: Sciences sociales et santé. 1992.
73. Perrier A. Collaboration infirmières-médecins : un déterminant de la qualité des soins ? Rev Med Suisse. 2005;42.
74. Cash E, Cash R, Ducassé J-L, Hault C, Matthieu F, Richard T. Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières, Études et Recherche, n°125, DREES. Mars 2013.

75. Bessin M. Le social aux urgences hospitalières, les enjeux d'une restructuration. Les cahiers de la sécurité intérieure, n°22. 1995. p. 57-65.
76. E. Casalino, La prise en charge de la douleur aux urgences : indicateur de qualité et de performance aux urgences. Ann. Fr. Med. Urgence, Vol 8. Décembre 2018. p. 6-11.
77. Est-Rescue, Panorama Urgences 2015 activité des structures [internet]. 2015, [cité le 5/05/2020]. Disponible sur le site : <https://www.est-rescue.fr/wp-content/uploads/2016/09/PANORAMA-GE-2015.pdf>
78. Rousset G. Le patient et le système de santé au prisme du consumérisme: résistance ou participation? In: Colloque international "Consommation et résistance(s) des consommateurs". Univ Paris 12 et l'Agence nationale de la recherche. Paris, France. 2008.
79. Carrez, C. Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive : étude quantitative menée auprès des médecins généralistes installés et remplaçants du Nord-Pas-de-Calais. Th D Med, Lille II. 2016.
80. Boudy Lapouge M. Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'Albi : description et analyse des motifs de recours. Th D Med, Toulouse III. 2013.
81. Gillet L. Le mécontentement aux urgences : patients, généralistes de ville et de campagne et praticiens hospitaliers non urgentistes. Th D Med, Rouen. 2008.
82. Ribaut L. Permanence des soins ambulatoires. Déterminants de consultation et évaluation de l'intention d'un recours à un service d'urgence : exemple de la maison médicale de garde de la Saudrune. Th D Med, Toulouse III. 2015.
83. Warembourg H. La médecine d'urgence vue par les étudiants en médecine. Impact de l'évolution de la spécialité et du métier d'urgentiste sur leur choix de carrière. Th D Med, Lille II. 2016.
84. Brou C. la réforme du troisième cycle de médecine générale : vécu de la première année par les internes de médecine générale en Alsace. Th D Med, Strasbourg. 2019.
85. Lemaire A, Gritton A-C, Bourret R. Délégation polaire et gestion médicalisée : Sources d'attractivité médicale. La revue Hospitalière de France. N° 578. 1er septembre 2017.
86. SFMU. Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts Société Française de Médecine d'Urgence[internet]. [cité le 5/05/2020]. Disponible sur le site : https://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf. 2013.

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 : TEXIER

Prénom : FLORIAN

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 Strasbourg, le 27/06/20

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

Introduction : Les urgences sont au cœur du fonctionnement du système de soins français. Ils représentent la porte d'entrée principale de l'hôpital pour les patients et la médecine libérale. Le service est confronté à l'augmentation constante du nombre de passages, à la désertification de la médecine libérale et à la diminution des capacités hospitalières. L'objectif de cette étude est d'évaluer le ressenti des urgentistes face à l'évolution de leur condition de travail et de son impact sur leurs relations professionnelles.

Méthode : Il s'agit d'une enquête qualitative réalisée auprès de médecins urgentistes alsaciens. Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés. Un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale » a permis d'inclure 21 urgentistes de juillet 2019 à décembre 2019.

Résultats : L'analyse des entretiens met en évidence l'aggravation des conditions de travail et l'épuisement physique et psychique qui en découle. Elle constate un retentissement péjoratif sur les relations avec les patients, la médecine libérale et les autres services hospitaliers. Les urgentistes font face au consumérisme médical et à la judiciarisation alors même qu'ils se sentent de plus en plus isolés dans leur pratique. Les modifications du DES de médecine générale et la création du DES d'urgence sont à risque d'aggraver cette situation. Les pistes d'améliorations à explorer sont nombreuses. Le futur des urgences paraît sombre à moins d'une refonte majeure du système de soins.

Conclusion : Cette enquête qualitative révèle l'intérêt d'une réflexion collective sur la place du médecin urgentiste et des urgences dans notre système de soins actuel. Elle apporte des éléments de réflexions et de compréhensions quant au fonctionnement et aux relations actuelles des médecins urgentistes.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : Urgentistes, Urgence, Conditions de travail, Relations, Patients, Médecin généraliste, Evolution, Etude qualitative

Président : Professeur BILBAULT Pascal
Assesseurs : Professeur PELACCIA Thierry
Docteur NOURRY Nathalie
Docteur BEN HAMMOUDA Kassara

Adresse de l'auteur : 5 Rue du Moulin à Porcelaine 67100 Strasbourg