



Amélioration de l'accès aux soins urgents dans les déserts médicaux en Corse : perception et ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du dispositif "Médecins Correspondants du SAMU"

Alice Robaglia, Céline Poli

► To cite this version:

Alice Robaglia, Céline Poli. Amélioration de l'accès aux soins urgents dans les déserts médicaux en Corse : perception et ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du dispositif "Médecins Correspondants du SAMU". Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02383155

HAL Id: dumas-02383155

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02383155>

Submitted on 27 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix-Marseille Université

**Amélioration de l'accès aux soins urgents dans les déserts médicaux en Corse:
Perception et ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du dispositif
"Médecins Correspondants du SAMU"**

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 9 Octobre 2019

Par Madame Céline POLI

Née le 20 janvier 1991 à Ajaccio (2A)

Et par Madame ROBAGLIA Alice

Née le 20 janvier 1991 à Ajaccio (2A)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre	Président
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	Assesseur
Monsieur le Professeur ROCH Antoine	Assesseur
Monsieur le Docteur CASTELLANI Marc	Assesseur
Madame le Docteur ARRIGHI-LENZIANI Eliane	Directrice



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix-Marseille Université

**Amélioration de l'accès aux soins urgents dans les déserts médicaux en Corse:
Perception et ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du dispositif
"Médecins Correspondants du SAMU"**

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 9 Octobre 2019

Par Madame Céline POLI

Née le 20 janvier 1991 à Ajaccio (2A)

Et par Madame ROBAGLIA Alice

Née le 20 janvier 1991 à Ajaccio (2A)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre	Président
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	Assesseur
Monsieur le Professeur ROCH Antoine	Assesseur
Monsieur le Docteur CASTELLANI Marc	Assesseur
Madame le Docteur ARRIGHI-LENZIANI Eliane	Directrice

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine :** Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique :** Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation :** Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières :** Sébastien COLSON

Assesseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiatisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTÉY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOTRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikael	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAÏM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
 LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
 PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
 DANIEL Laurent (PU-PH)
 FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
 GARCIA Stéphane (PU-PH)
 XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
 GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
 LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
 MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
 SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
 BRUDER Nicolas (PU-PH)
 LEONE Marc (PU-PH)
 MICHEL Fabrice (PU-PH)
 VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
 PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
 GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
 MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
 VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
 DRANCOURT Michel (PU-PH)
 FENOLLAR Florence (PU-PH)
 FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
 LA SCOLA Bernard (PU-PH)
 RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
 DUBOURG Grégory (MCU-PH)
 GOURIET Frédérique (MCU-PH)
 NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
 NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
 LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
 DESNUES Benoît (MCF) (65ème section)
 MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
 GABERT Jean (PU-PH)
 GUIEU Régis (PU-PH)
 OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
 FROMONOT Julien (MCU-PH)
 MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
 SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
 KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
 LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002		GUERIN Carole (MCU PH)	
ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) BLONDEL Benjamin (PU-PH) CURVALE Georges (PU-PH) FLECHER Xavier (PU PH) <i>PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité</i> ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPIANO Patrick (PU-PH)		CHIRURGIE INFANTILE 5402	
OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)		GUYS Jean-Michel (PU-PH) JOUVE Jean-Luc (PU-PH) LAUNAY Franck (PU-PH) MERROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)	
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702		CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503	
BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony PU-PH) HOUVENAEGHES Gilles (PU-PH) LAMBAUDIE Eric (PU-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH)		CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH)	
SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)		FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)	
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103		CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004	
COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loïc (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH)		CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH)	
FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) GRISOLI Dominique (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)		BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)	
CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104		GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201	
ALIMI Yves (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)		BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH)	
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202		GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)	
LEPIDI Hubert (PU-PH)		GENETIQUE 4704	
<i>ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité</i> PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)		BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) MONCLA Anne (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)	
DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003		NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)	
BERBIS Philippe (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)		DUSI	
COLSON Sébastien (MCF)		ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404	
BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)		GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403	
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601		AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) BRETELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)	
AUQUIER Pascal (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH) GENTILE Stéphanie (PU-PH) <i>SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre</i> THIRION Xavier (PU-PH)			
BERBIS Julie (MCU-PH) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)			
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section) TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)			

IMMUNOLOGIE 4703		HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701	
KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH)		BLAISE Didier (PU-PH) COSTELLO Régis (PU-PH) CHIARONI Jacques (PU-PH) GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH) MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH) VEY Norbert (PU-PH)	
FERON François (PR) (69ème section)			
BOUCRAUT Joseph (MCU-PH) CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH) DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH) DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH) VELY Frédéric (MCU-PH)		DEVILLIER Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH) LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH) LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH)	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)		POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)	
		MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603	
MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503		BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH) PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)	
BROUQUI Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH)		TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)	
MILLION Matthieu (MCU-PH)		BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)	
MEDECINE D'URGENCE 4805			
KERBAUL François (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH)		MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905	
MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301		BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)	
BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)		MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602	
EBBO Mikael (MCU-PH)		LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)	
GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)		NEPHROLOGIE 5203	
ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)		BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre BRUNET Philippe (PU-PH) BURTEY Stéphanne (PU-PH) DUSSOL Bertrand (PU-PH) JOURDE CHICHE Noémie (PU PH) MOAL Valérie (PU-PH)	
BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein) GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)			
NUTRITION 4404		NEUROCHIRURGIE 4902	
DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH)		DUFOUR Henry (PU-PH) FUENTES Stéphane (PU-PH) REGIS Jean (PU-PH) ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH) SCAVARDA Didier (PU-PH)	
ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité BELIARD Sophie (MCU-PH)		CARRON Romain (MCU PH) GRAILLON Thomas (MCU PH)	
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)		NEUROLOGIE 4901	
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)			
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)		ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH) FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH)	

OPHTALMOLOGIE 5502		PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904	
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i>		DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)	
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501		PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803	
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) <i>DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)		BLIN Olivier (PU-PH) <i>FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)	
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502		PHILOSOPHIE 17	
RANQUE Stéphane (PU-PH)		LE COZ Pierre (PR) (17ème section)	
CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)		MATHIEU Marion (MAST)	
PEDIATRIE 5401		PHYSIOLOGIE 4402	
ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)		BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGÉON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)	
COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)		BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) <i>DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)</i> DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH)	
PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903		RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)	
BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)			
PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16			
AGHABABIAN Valérie (PR)		PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101	
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302		ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) <i>CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre</i> GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)	
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOITRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)		MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)	
REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802		THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804	
GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH)		AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH)	
HRAIECH Sami (MCU-PH)		DAUMAS Aurélie (MCU-PH)	
RHUMATOLOGIE 5001		UROLOGIE 5204	
GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)		BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)	

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre MICHELET,

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de présider le jury de notre thèse et de l'attention que vous avez bien voulu porter à notre travail. Trouvez ici l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Patrick GERBEAUX,

Vous nous avez fait l'honneur de juger ce travail, veuillez accepter nos sincères remerciements et notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Antoine ROCH,

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de notre respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur Marc CASTELLANI,

Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse et d'avoir été un maître de stage si bienveillant.

A Madame le Docteur Eliane ARRIGHI-LENZIANI,

Nous te remercions d'avoir accepté d'être notre directrice de thèse. Merci pour ta gentillesse, tes précieuses idées et la confiance que tu nous as témoignée.

A Messieurs José FERRI et Christophe ARENA,

Nous vous remercions de nous avoir si gentiment reçues au sein de l'ARS et de l'ORS.
Merci pour votre aide et votre disponibilité.

A Monsieur Patrice TERRAMORSI et Madame Thérèse ALBERTINI,

Nous vous remercions pour votre aide précieuse, votre pédagogie et votre patience qui nous ont permis de mener à bien notre analyse qualitative. Merci de nous avoir consacré de votre temps.

Et enfin, aux médecins généralistes de la Costa Verde et des Deux-Sevi qui ont accepté de participer à nos entretiens :

Un grand merci pour votre accueil, votre confiance et le temps que vous nous avez consacré. Vos témoignages riches d'enseignement nous ont permis d'effectuer ce travail avec plaisir.

De la part des Chérinettes :

A Paul-Marie et Manon, le noyau,

A nos 25 ans pour toujours, à tous nos brunchs passés et à venir et à nos futurs « Happy Monday ».

A « ceux de Corte » qui ont atterri avec nous à Marseille,

En souvenirs de nos soirées chez Freddy, des « Sinfonia Nustrale » au son des guitares et à la salle 13 où Il Faisait Froid.

Aux Marseillais et surtout à Tarik,

Pour nous avoir fait découvrir la vie à Marseille (en particulier les soirées).

A Cristina,

Merci de nous avoir accompagnées dans toutes nos pauses ma chérie.

Et enfin, à Madame le Professeur Martine REYNAUD-GAUBERT,

Pour avoir vu le potentiel de notre binôme avant nous. Nous vous en serons éternellement reconnaissantes.

De la part d'Alice :

A Papa, mon pilier, et Maman pour m'avoir toujours encouragée, je n'aurais jamais rien pu faire sans vous.

A mes petites sœurs, Agnès ma guerrière et Nananuccia mon soleil, « Tous les trésors ne sont pas d'argent et d'or ».

A Mamie, pour avoir été ma première patiente et tant d'autres choses.

A Tonton adoré rare extraordinaire, parce que même si « rien n'est relatif et tout est ainsi fait », rien n'aurait été pareil sans toi.

A mes cousins chéris, Titou « le sang » et Winwin (oui j'ai écrit ton surnom mais je t'aime quand même).

A Manue, mon raton d'amour, pour tout ce qu'on a traversé ensemble, pour le meilleur et pour le pire (ça va aller !)

A Tarik et Yann, excellente prise en charge de l'amitié les gars !

A Philou, parce que notre amitié a survécu à beaucoup de choses (contrairement à tes cheveux).

A Aurélia et au Bali (j'étais obligée de vous associer), pour cet incroyable et inattendu mélange de rires, de larmes et de bières !

A Camille et toute l'équipe Paga : Simon, Jojo « qui fait des entrées à Gogo », Jérémie, Johan, Morgan, Jennifer, Lauris, Marie-Charlotte, Samia, Najet, Orly, Kris, Christian et Ghis.. Merci pour cet intense et incroyable début d'internat !

A l'équipe des urgences Conception-BMT : Céline, Gilles, Joelle, Laurence, Domi, Sonia, Camille, Marion, Diane, Coco, Rémi, Christophe et tous les autres.. pour m'avoir donné l'envie de faire ce métier dès le premier jour.

A tous les co-internes géniaux que j'ai croisés...

Et enfin, à Chérinette, mon Fabuleux Binôme de thèse mais aussi de tout le reste

De la part de Céline :

« Mieux vaut y mettre tout son cœur et ne pas trouver les mots pour le dire,

Que trouver les mots pour le dire et ne pas y mettre tout son cœur »

Gandhi

A mon père,

Merci pour tes encouragements, pour ton amour, pour toutes les précieuses valeurs que tu m'as inculquées et pour tout ce que tu as fait pour moi. Tu as su me transmettre cette vocation et me guider dans mes premiers pas dans la médecine. J'admire le médecin et surtout le papa que tu es.

« Tu sais mon père

Que j'suis Morgane de toi »

A ma mère,

Mon modèle depuis toujours. Merci pour ton soutien infailible, pour ta présence indispensable et pour cet amour inconditionnel qui nous lie. Tu as su me réconforter et m'apporter tout ce dont j'avais besoin au cours de ces années. De simples mots ne seront jamais suffisants pour décrire quelle personne et maman exceptionnelle tu es. Ta Lili, *qui est comme l'eau vive.*

A Jean-Pierre,

Merci de m'avoir toujours protégée, aussi bien pendant notre enfance qu'aujourd'hui. T'avoir comme grand frère est une de mes plus grandes fiertés. Il est loin le temps de nos cabanes mais rien ne change, mon estime pour toi est toujours aussi grande et je serai toujours là pour toi.

A Johanna,

Même si tu grandis et deviens une belle jeune femme, pour moi tu restes toujours ma petite sœur avec qui je continuerai de créer et de raconter nos précieux « classiques ». Merci pour toute cette complicité. Sache que ta bichette est très fière de toi et sera toujours là pour toi.

A ma Mamie,

Merci pour toutes tes petites attentions et ton amour. Tu as su me recréer un cocon familial qui m'a soutenue pendant toutes ces années d'études.

A mon Papi,

Même si je n'ai pas eu la chance de te connaître, je sais que tu es près de moi et que tu veilles sur nous.

A ma Mammò,

Même à distance tes pensées me soutenaient et tes pots de coulis m'apportaient du réconfort. Je te remercie pour tout cet amour.

A mon Babbò,

Je sais que tu es toujours là, à côté de ton Papillon.

A tout le reste de ma famille,

Avec toute ma tendresse.

A Bryan,

Un immense merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir soutenue et surtout d'avoir toujours su être présent aux moments où j'en avais le plus besoin. Même loin, tu représentes un réel pilier pour moi. Merci, mon meilleur ami, pour cette amitié si précieuse et indispensable.

A toutes les personnes que j'ai côtoyées, celles que j'ai croisées sur mon chemin ces dernières années, à tous mes co-internes avec qui j'ai partagé les aventures de l'internat, à toutes les équipes médicales et paramédicales rencontrées durant mon cursus (services cardio/pneumo à Aubagne, hépatogastro à la Timone, pédiatrie à Ajaccio et urgences au BMT),

Un grand merci pour tout ce que nous avons partagé et tout ce que vous m'avez apporté.

Et enfin à Alice,

Ca y est, de la naissance à la thèse je crois qu'on aura un peu tout fait ensemble là. Ce travail de thèse a été riche en émotions, on s'est confrontées, on a ri, on a pleuré mais au final on a surtout formé un duo de choc. Alors merci pour tout ça mais surtout merci d'être plus qu'une binôme de thèse trop géniale, merci d'être ma meilleure amie et mon alliée dans la vie de tous les jours, d'être toujours là et d'avoir rendu ces années d'études inoubliables. Aux Chérinettes, à notre meute de deux loups !

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	4
INTRODUCTION.....	5
I- L'accès aux soins urgents dans les déserts médicaux : contexte et législation	5
1. Déserts médicaux	5
2. Pacte Territoire Santé et accès aux soins urgents.....	6
II- Le dispositif « Médecins Correspondants du SAMU ».....	9
1. Contexte : définition et historique	9
a) Définition : qu'est-ce qu'un Médecin Correspondant du SAMU ?	9
b) Historique : dates clés dans la « construction » du dispositif	9
2. Modalités du dispositif MCS.....	11
a) Articulation avec les autres fonctions du médecin	11
b) Les territoires d'implantation	11
c) Les conditions d'intervention	12
d) Matériels et médicaments.....	13
e) Formation MCS.....	13
f) L'évaluation du dispositif des MCS.....	13
g) Cadre juridique	13
h) Rémunération.....	14
III- La Corse	15
1. L'accès à la santé en Corse : facteurs socio-géo-démographiques	15
2. Accès aux soins urgents en moins de 30 minutes en Corse	17
3. Particularités du dispositif MCS en Corse.....	18
a) Le dispositif MCS en Costa Verde	19
b) Le dispositif MCS dans les Deux-Sevi.....	25
IV- Objectif de l'étude	29
MATERIEL ET METHODE.....	30
I- Choix de la méthode qualitative	30
II- Choix de la technique des entretiens semi-dirigés	30
III- Echantillonnage	31
1. Sélection et inclusion des participants.....	31
2. Recrutement des participants	31

3.	Caractéristiques de l'échantillon.....	32
IV-	Guide d'entretien	32
V-	Réalisation des entretiens	32
1.	Relations antérieures avec les participants.....	32
2.	Entretien test.....	33
3.	Modalités des entretiens.....	33
4.	Déroulement des entretiens	33
5.	Démarches éthiques.....	34
VI-	Méthode d'analyse des entretiens.....	34
1.	Choix de la méthode d'analyse	34
2.	Anonymisation	34
3.	Retranscription	35
4.	Pré-analyse	35
5.	Analyse longitudinale	35
6.	Analyse transversale.....	35
	RESULTATS.....	37
I-	Caractéristiques des interviewés	37
II-	Arbre de codage.....	39
III-	Exercer la médecine générale en milieu rural : entre attachement et manque d'attractivité ..	40
IV-	Médecine générale et urgences : un lien étroit, complexe et controversé	43
V-	Le dispositif « Médecins Correspondants du SAMU »	49
1.	Un paradoxe entre représentation générale satisfaisante et attractivité insuffisante.....	49
2.	Un atout aussi bien sur le plan professionnel que personnel	54
3.	Des points à améliorer	56
4.	Coopération SAMU : un lien essentiel à perfectionner.....	60
5.	Un atout qui ne résout pas tout	64
VI-	Les actions publiques : une volonté de bien faire effacée par des mesures inadaptées.....	65
	DISCUSSION	69
I-	Les forces de notre étude	69
II-	Les limites de notre étude	70
III-	Synthèse de nos résultats.....	72
1.	Médecine générale et accès aux soins urgents en milieu rural	72
2.	Perception et ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du dispositif « Médecins Correspondants du SAMU »	73
3.	Amélioration de l'accès aux soins en milieu rural : Opinion et suggestions des médecins généralistes	78

CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE.....	82
ANNEXES.....	87
ABREVIATIONS	109

En France, deux millions de personnes sont touchées par la désertification médicale. On constate également une augmentation incessante des inégalités entre territoires. L'accès de la population à des soins urgents en moins de trente minutes est une priorité du Gouvernement. Depuis 2012, le Pacte Territoire Santé est destiné à faire face à cet enjeu crucial (1). L'analyse établie par les ARS en 2012 a permis d'identifier les Médecins Correspondants du SAMU (MCS) comme l'un des dispositifs permettant de sécuriser les prises en charge en urgence des patients et d'améliorer les temps d'accès (2).

La Corse est un territoire fortement marqué par ces inégalités infrarégionales d'accès aux soins, et notamment aux soins urgents : en 2012, près de 25% de la population se trouvait à plus de trente minutes d'un service d'urgences ou d'un SMUR (3).

Le territoire de la Costa-Verde (élargi à la commune de Penta-di-Casinca) et celui des Deux-Sevi sont une illustration de déserts médicaux dans lesquels le dispositif « Médecins Correspondants SAMU » a été déployé : en effet plusieurs médecins généralistes s'y sont portés volontaires pour devenir « Médecins Correspondants du SAMU » et ainsi assurer un "relais" de l'aide médicale urgente à mi-chemin entre la ville et l'hôpital (3).

I- L'accès aux soins urgents dans les déserts médicaux : contexte et législation

1. Déserts médicaux

De nos jours, l'accès aux soins reste une question récurrente dans le débat public.

Selon l'Insee, en ce qui concerne le nombre de médecins par habitant, la France n'est pas dans une situation critique, c'est-à-dire qu'elle dépasse le seuil de 250 médecins pour 100 000 habitants (avec 337 médecins pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2017) (4).

Cependant, en France, on trouve de nombreux territoires dans lesquels l'offre de soins est inadaptée aux besoins de la population. Ces territoires sont appelés « déserts médicaux ». Il existe en fait une inégalité de répartition des praticiens sur l'ensemble du territoire (5).

Selon le ministère de la Santé, un territoire est considéré comme un désert médical si sa densité de médecins par rapport à la population est inférieure de 30 % comparativement à la moyenne nationale (4).

Néanmoins, ce terme est essentiellement médiatique, et l'approche purement quantitative semble insuffisante pour aborder la problématique du rapport entre le nombre de professionnels de santé et la taille de la population d'une zone donnée. Il semble donc peu judicieux de définir un « désert médical » en tenant compte d'une seule profession. En effet, il paraît plus pertinent d'envisager ce terme comme une accumulation de difficultés concernant l'accès à différents services de santé (6).

Par conséquent, un grand nombre de définitions du « désert médical » peut être envisagé. Par exemple, le concept de « désert médical » correspondant à un « premier recours médical », et donc qui nous intéresse ici, pourrait être défini par un accès très

limité aux médecins généralistes, mais aussi aux services d'urgences et aux pharmacies (6).

Ainsi, dans le cadre de notre étude, nous qualifierons de « déserts médicaux » les zones dans lesquelles il existe une disparité d'accès aux soins, mais surtout une difficulté d'accès aux soins urgents (zones situées à plus de 30 minutes d'une structure d'Aide Médicale Urgente).

Quoi qu'il en soit, l'accès aux soins représente une véritable problématique actuelle : pour tenter d'y répondre, le Gouvernement a lancé le Pacte Territoire Santé.

2. Pacte Territoire Santé et accès aux soins urgents

Le Gouvernement a pour priorité de permettre à l'ensemble des Français d'accéder à des soins de qualité sur tout le territoire.

En 2012, la désertification médicale touchait deux millions de Français avec une forte disparité d'accès aux soins entre les territoires.

Dans le but de lutter contre cette dernière et aussi de réduire les temps d'accès aux soins et les inégalités croissantes entre les territoires, un « Pacte Territoire Santé » a été exposé par Marisol Touraine, la Ministre de la Santé, le 13 décembre 2012 (1).

Dans un premier temps, 12 engagements ont été instaurés pour répondre aux trois objectifs primordiaux suivants (7) :

-Objectif 1 : changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins

-Objectif 2 : transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé

-Objectif 3 : investir dans les territoires isolés

Parmi eux, un engagement nous intéresse plus particulièrement; car il fait référence à l'accès aux soins urgents. En effet, en 2012, le nombre de français se trouvant à plus de 30 minutes d'accès à des soins urgents (SAU ou SMUR) s'élevait à deux millions. Dans cet engagement, trois points importants ont été dégagés par les Agences Régionales de Santé suite à un diagnostic des territoires où l'accès aux soins urgents est supérieur à 30 minutes :

- *Mettre en place de nouveaux services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ou antennes de SMUR ;*
- *Etendre le statut de « médecins correspondants du SAMU » pour inciter des médecins généralistes à intégrer le dispositif ;*
- *Garantir la coopération entre services d'urgence pour conserver le maillage du territoire et la qualité des prises en charge.*

Dans un second temps, afin de mobiliser et d'échanger autour de ce Pacte Territoire Santé, ces propositions ont été soumises par la ministre de la Santé jusqu'en février 2013 à une double concertation (8): nationale avec les différentes associations (élus, patients, représentants de médecins et du monde hospitalier) et départementale réalisée par chaque ARS.

Devant un premier bilan global satisfaisant, une deuxième version du pacte a été présentée en novembre 2015 pour créer de nouvelles mesures tout en renforçant les efforts entrepris depuis 2012.

Le Pacte Territoire Santé 2 est donc constitué des deux axes et dix engagements suivants (9) :

- *AXE I – Pérenniser et amplifier les actions menées depuis le Pacte Territoire Santé 1*

Engagement 1 : développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville

Engagement 2 : faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles

Engagement 3 : favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains

Engagement 4 : assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes

- *AXE II - Innover pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires*

Innover par la formation

Engagement 5 : augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine

Engagement 6 : augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants

Engagement 7 : soutenir la recherche en soins primaires

Innover dans les territoires

Engagement 8 : mieux accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien

Engagement 9 : favoriser l'accès à la télémedecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents

Engagement 10 : soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient

Nous retrouvons dans le Pacte 2 une nouvelle version de l'engagement concernant l'accès aux soins urgents.

Grâce aux actions menées, au 31 décembre 2015, le nombre de personnes se trouvant à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents (en prenant en compte les services d'accueil des urgences, les SMUR, les moyens hélicoptérés et le dispositif MCS) était réduit à un peu plus d'un million (10).

Parmi les moyens déployés ayant contribué à ces résultats, il est important de souligner la priorité donnée au déploiement des MCS, médecins ayant eu une formation à l'urgence pour intervenir en avant-coureur du SMUR, après déclenchement par le centre 15, dans des zones diagnostiquées isolées par les ARS (11).

Ainsi, l'augmentation rapide du nombre de MCS (de 150 en 2012 à 580 fin 2016) a permis une nette amélioration de l'accès aux soins urgents, en réduisant encore le nombre de français se trouvant à plus de 30 minutes (10).

En parallèle, toujours dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins urgents, une instruction interministérielle a été publiée en mars 2017 (12) pour optimiser l'utilisation conjointe des héliSMUR et des hélicoptères de la Sécurité civile.

De ce fait, en juillet 2017, sur les deux millions de personnes situées à plus de 30 minutes d'accès à des soins urgents, il en restait moins d'un million (10).

A ce jour, le ministère de la Santé n'a pas publié de nouveaux résultats. Néanmoins le dispositif MCS, qui fera l'objet de notre prochaine partie, est toujours en cours de déploiement et constitue un « relais de l'aide médicale urgente » entre la ville et l'hôpital.

II- Le dispositif « Médecins Correspondants du SAMU »

1. Contexte : définition et historique

a) Définition : qu'est-ce qu'un Médecin Correspondant du SAMU ?

Selon le guide de déploiement élaboré par le ministère chargé de la Santé (11), le Médecin Correspondant du SAMU (MCS) est « *un médecin qui :*

- *participe à la mission de service public d'aide médicale urgente ;*
- *est formé à l'urgence ;*
- *est un relais compétent des SAMU-Centre 15 ;*
- *agit en priorité dans des zones isolées ou dans des zones où les délais d'intervention du SMUR dépassent les 30 minutes ;*
- *permet de réduire les délais de réponse à l'Urgence par une prise en charge de proximité et de qualité. »*

b) Historique : dates clés dans la « construction » du dispositif

- Les médecins de Montagne (1953) à l'origine des premiers réseaux de MCS (1990-2000) :

« Médecins de Montagne » est une association nationale créée en 1953, et composée actuellement de plus de 300 médecins généralistes exerçant une médecine de premier recours en station de sports d'hiver (13).

Cette association est à l'origine des réseaux de Médecins Correspondants du SAMU qui ont vu le jour dès les années 1990 et surtout au début des années 2000.

- Circulaire du 16 avril 2003 et arrêté du 12 février 2007 :

La « circulaire DHOS/O 1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences » introduit les MCS comme participants actifs de la prise en charge des urgences pré hospitalières, sans pour autant leur attribuer une définition précise (14). Cependant, on retrouve déjà la notion de territoires isolés lorsque les délais d'intervention du SMUR sont considérés comme trop importants.

Toutefois, le dispositif de MCS n'a été rendu officiel qu'à travers les différents articles de l'« arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) » qui définit le dispositif lui-même (article 1) (15) :

« Le médecin correspondant du SAMU constitue un relais pour le service d'aide médicale urgente dans la prise en charge de l'urgence vitale. Ce médecin assure, sur régulation du SAMU, en permanence, sur une zone préalablement identifiée et hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation. ».

Les modalités du dispositif sont décrites dans les articles 2 à 7 et seront développées ultérieurement.

- La fédération MCS France (2011) :

La fédération MCS France, regroupant les réseaux de MCS France, a été créée le 4 novembre 2011 pour enrichir les modalités du dispositif définies dans l'arrêté (16). Cette création s'est faite sous l'égide du Docteur Marc Giroud qui était alors Président du SAMU de France.

Ses principaux objectifs sont de promouvoir les échanges d'expériences, de mettre en commun les résultats, de soutenir la création de néo-réseaux (17) et enfin de représenter ces derniers sur le plan national.

- Politiques et concept des 30 minutes : le Pacte Territoire Santé (2012) :

Afin de lutter contre les déserts médicaux, le Gouvernement a mis en place en 2012 le Pacte Territoire Santé que nous avons décrit précédemment.

L'un de ses engagements a pour objectif de garantir l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes à tous les Français (10). Le dispositif de MCS a largement contribué à y répondre.

- Le guide de déploiement (2013) :

Le guide de déploiement (11) a été créé en 2013 en concertation avec les ARS et les différents représentants des professionnels à savoir des urgentistes, des médecins libéraux et de montagne, des internes et la fédération des MCS.

En traitant du cadre juridique et des modalités d'intervention des MCS, il permet aux participants d'avoir plus de lisibilité pour sécuriser leurs conditions d'exercice et encourager le déploiement du dispositif.

2. Modalités du dispositif MCS

Le dispositif MCS est fondé sur le volontariat. Tous les professionnels médicaux peuvent y participer indépendamment de leur mode d'exercice et statut (Y compris médecins remplaçants et internes ayant une licence de remplacement).

a) Articulation avec les autres fonctions du médecin

Le dispositif MCS représente une fonction (participation à l'Aide Médicale Urgente) et non un « statut » ou un mode d'exercice à part entière.

Ainsi le MCS peut garder ses missions, fonctions et mode d'exercice usuels. Il peut par exemple poursuivre sa mission de médecin sapeur-pompier volontaire ou participer à la Permanence De Soins Ambulatoires (PDSA).

Cependant, l'articulation entre les différentes missions doit rester cohérente. En effet, il est important de signaler que le dispositif MCS ne remplace pas la PDSA et n'a donc pas pour objectif de répondre aux besoins de soins non programmés non urgents (surtout en dehors des heures de PDSA).

Quoi qu'il en soit, les interventions déclenchées par la régulation du centre 15 ont la priorité sur les autres missions. Le SAMU a ainsi un rôle d'organisation de l'AMU en priorisant les interventions des MCS.

b) Les territoires d'implantation

Ils sont définis par les ARS et les Centres 15 des SAMU après diagnostic des populations pour lesquelles l'accès aux soins urgents est supérieur à 30 minutes (en fonction des besoins de la population et des professionnels ainsi que des particularités territoriales).

Ils tiennent compte des zones de PDSA et sont en adéquation avec les SROS-PRS (Schéma Régional d'Organisation des Soins-Projet Régional de Santé).

c) Les conditions d'intervention

Un contrat avec l'établissement siège du SAMU définissant les conditions d'intervention doit obligatoirement être signé par le médecin souhaitant participer au dispositif de MCS.

Selon l'article 4 de l'arrêté du 12 février 2007 (15), ce contrat « fixe les conditions d'intervention, et notamment le lien fonctionnel entre le médecin et le SAMU, les modalités de formation et de mise à disposition de matériels et de médicaments pour l'exercice de cette mission ».

Ce dernier assure la qualité et la sécurité du dispositif en permettant que tous les MCS, quel que soit leur statut, interviennent dans des conditions similaires.

- Mode de déclenchement : le MCS en avant-coureur du SMUR

La régulation du SAMU détermine le degré d'urgence de chaque situation et les moyens les plus appropriés pour y répondre en s'appuyant sur des protocoles d'intervention SAMU/MCS définis par les SAMU-Centre 15 locaux.

Il appartient donc au Centre 15 de déclencher chaque intervention du MCS, et ce simultanément au déclenchement du SMUR.

Le patient est alors pris en charge par le MCS, en lien avec le Centre 15, en attendant l'arrivée du SMUR.

Des moyens locaux supplémentaires (exemple : secouristes) peuvent également être envoyés par le SAMU s'il le juge nécessaire, pour une prise en charge en équipe dans l'attente du SMUR.

- Une volonté de réponse à l'urgence en continu

Dans l'idéal, l'objectif du dispositif est de garantir une réponse à l'urgence de manière continue (24h/24, 7j/7).

Néanmoins, ce dernier étant fondé sur le volontariat et en cours de développement, il n'est pas toujours possible d'assurer cette continuité. C'est alors à l'ARS et à la régulation du SAMU de pallier les horaires non couverts par les MCS en fournissant une solution alternative.

En effet, les MCS peuvent mettre en place un planning de présence s'ils le souhaitent, toutefois il n'existe aucune obligation de remplir un tableau de garde.

Une inscription concomitante sur le tableau de garde de PDSA est également possible

sur les mêmes horaires (étant donné le faible nombre de médecins et de sollicitations au titre de la PDSA et du dispositif MCS).

d) Matériels et médicaments

Ils sont fournis par l'établissement siège du SAMU.

Un protocole d'intervention établi par le SAMU local définit une liste de matériels et médicaments (qui doivent être harmonisés à ceux utilisés lors de la formation MCS et dans les SMUR) et de leurs conditions d'entretien et de renouvellement. Cette liste fait partie intégrante du contrat SAMU/MCS, qui décrit également le lieu de mise à disposition et les modalités de constitution, entretien et vérification de tout l'équipement.

e) Formation MCS

Comme le prévoit l'arrêté de 2007 (15), la formation du médecin à l'urgence doit être réalisée « sous l'autorité du service hospitalier universitaire de référence et en liaison avec le SAMU et le CESU ainsi que la structure des urgences et le SMUR ». Le contrat établi entre le MCS et l'établissement siège du SAMU décrit les conditions de cette formation, en respectant les principes suivants : formation validée par le CFMU et la SFMU, diplômante ou qualifiante, délivrée par des centres agréés (CESU, ODPC).

f) L'évaluation du dispositif des MCS

Afin de réaliser un suivi des interventions, la réalisation de « fiches d'intervention » et d'échange d'expériences a été encouragée.

Dans le but d'évaluer le dispositif de MCS, une liste d'indicateurs (Annexe 1) a été proposée par l'association SUdF (SAMU-Urgences de France).

g) Cadre juridique

Tous les médecins peuvent participer au dispositif, sans que leur mode d'exercice et leur spécialité ne soient un obstacle.

En effet, les textes juridiques décrivent le MCS comme un médecin volontaire formé à l'urgence (15) sans apporter de précision sur son mode d'exercice. Seule la signature

d'un contrat MCS/SAMU définissant les modalités d'intervention est obligatoire. Différents modes d'intervention peuvent être choisis par le médecin selon ses préférences (praticien hospitalier, médecine libérale etc.) avec un impact sur les modalités de rémunération mais pas sur ses responsabilités.

En termes de responsabilités, l'assurance de l'établissement siège du SAMU couvre les dommages éventuellement causés ou subis par le médecin dans le cadre de ses missions de MCS, quel que soit son cadre juridique.

h) Rémunération

D'après l' « Instruction N°DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS) » : le Fonds d'Intervention Régionale (FIR) a pour but de « *soutenir des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Le dispositif des MCS, à mi-chemin entre la ville et l'hôpital, est en adéquation avec cet objectif* » (18).

Le FIR est ainsi la base du financement du dispositif MCS.

Les différents principes de financement sont les suivants :

- Le MCS reçoit les compensations suivantes, financées par l'ARS et l'Assurance Maladie :
 - Rémunération de chaque intervention (modalités dépendant du cadre juridique et du mode d'exercice) ;
 - Matériels et médicaments fournis gratuitement par l'établissement siège du SAMU dont il dépend ;
 - Formation (initiale et continue) indemnisée ;
 - Possibilité de rémunération supplémentaire à l'appréciation de l'ARS (par exemple indemnisation d'une astreinte).
- L'établissement public de santé siège du SAMU est financé par l'ARS via un contrat ad hoc ou tripartite (MCS-établissement siège-ARS) et grâce aux crédits FIR dédiés :
 - Matériels et médicaments destinés au MCS (acquisition, entretien) ;
 - Autres éléments nécessaires au fonctionnement du dispositif si besoin.
- Quoi qu'il en soit, l'ARS a pour responsabilités :

- D'assurer aux médecins une stabilité des revenus et l'adéquation de cette nouvelle mission avec leurs autres fonctions (par exemple avec les activités de PDSA) ;
- D'aménager les modalités de financement en fonction des besoins des organisations locales.

Après avoir détaillé les modalités administratives et juridiques du dispositif, il est important de souligner que la mise en place de ce dernier est rendue possible par l'implication de ces médecins volontaires qui assurent leurs missions dans des territoires isolés où l'exercice peut s'avérer plus contraignant. La Corse en est une parfaite illustration.

III- La Corse

1. L'accès à la santé en Corse : facteurs socio-géo-démographiques

Au 1er janvier 2016, le nombre d'habitants en Corse était de 330 455 (dernière estimation INSEE) (19).

La Corse, première région rurale de France (20), et sa population, se distinguent par plusieurs caractéristiques :

- Une importante croissance démographique :

Avec une augmentation de la population de 5,1% entre 2011 et 2016, soit un taux de croissance annuel de 1% (deux fois supérieur au niveau national) (20) (21), la Corse est la région de France (hors DOM) ayant la plus forte croissance démographique.

- Une population vieillissante :

Le vieillissement de la population demeure une caractéristique majeure de la démographie en Corse. La Corse est actuellement la deuxième région française la plus âgée (indice de vieillissement égal à 100) derrière le Limousin (110,3) et devant l'Auvergne (92,7). En 2016, les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 10,9% de la population (19).

- Une population peu dense :

Avec 38 habitants au km², la densité corse est la plus faible des régions françaises, elle est inférieure de plus de trois fois à celle de la France métropolitaine (122 habitants/km²) (22). Cette population est répartie de manière irrégulière sur le territoire. Les espaces ruraux de très faible densité caractérisent fortement la Corse.

- Un territoire montagneux et rural :

Cette spécificité territoriale entraîne des difficultés d'accès à certains équipements pour des zones isolées : avec une altitude moyenne de 568 mètres (23) et la moitié de son territoire situé au-dessus de 400 mètres d'altitude, la Corse est avant tout un territoire de montagne :

- 92% des communes sont classées en zone « montagne » ;
- 45% de la population réside en zone « montagne » ;
- 37% des médecins généralistes sont installés en zone « montagne ».

- Des variations démographiques :

En Corse, la population connaît une importante variation démographique, principalement en période estivale, avec un flux touristique estimé à plus de deux millions d'individus par an impactant sur le système de santé (20).

Cela entraîne une augmentation du recours aux soins urgents et non programmés, nécessitant ainsi une adaptation permanente du système de santé.

- Des inégalités infrarégionales d'accès aux soins :

Malgré une stabilité du nombre de médecins généralistes insulaires ces dernières années, on constate une augmentation du pourcentage de médecins âgés de plus de 60 ans (41 % en 2015 contre 27% en 2011) (24).

De plus, les temps d'accès au médecin généraliste le plus proche sont élevés, avec 10 % de la population se trouvant à plus de 15 minutes de ce dernier (25). Il existe également des difficultés d'accès aux soins urgents : en 2012, environ 25 % de la population se trouvait à plus de 30 minutes d'une structure d'Aide Médicale Urgente (SAU ou SMUR) (20,25).

Ainsi, l'accessibilité géographique aux soins et l'isolement ressenti par les habitants en zone rurale, sont des éléments clés à étudier pour répondre de manière plus adaptée aux besoins de santé.

2. Accès aux soins urgents en moins de 30 minutes en Corse

Comme évoqué précédemment, le Pacte Territoire Santé a été créé en 2012 pour lutter contre les déserts médicaux et assurer l'accès aux soins pour tous.

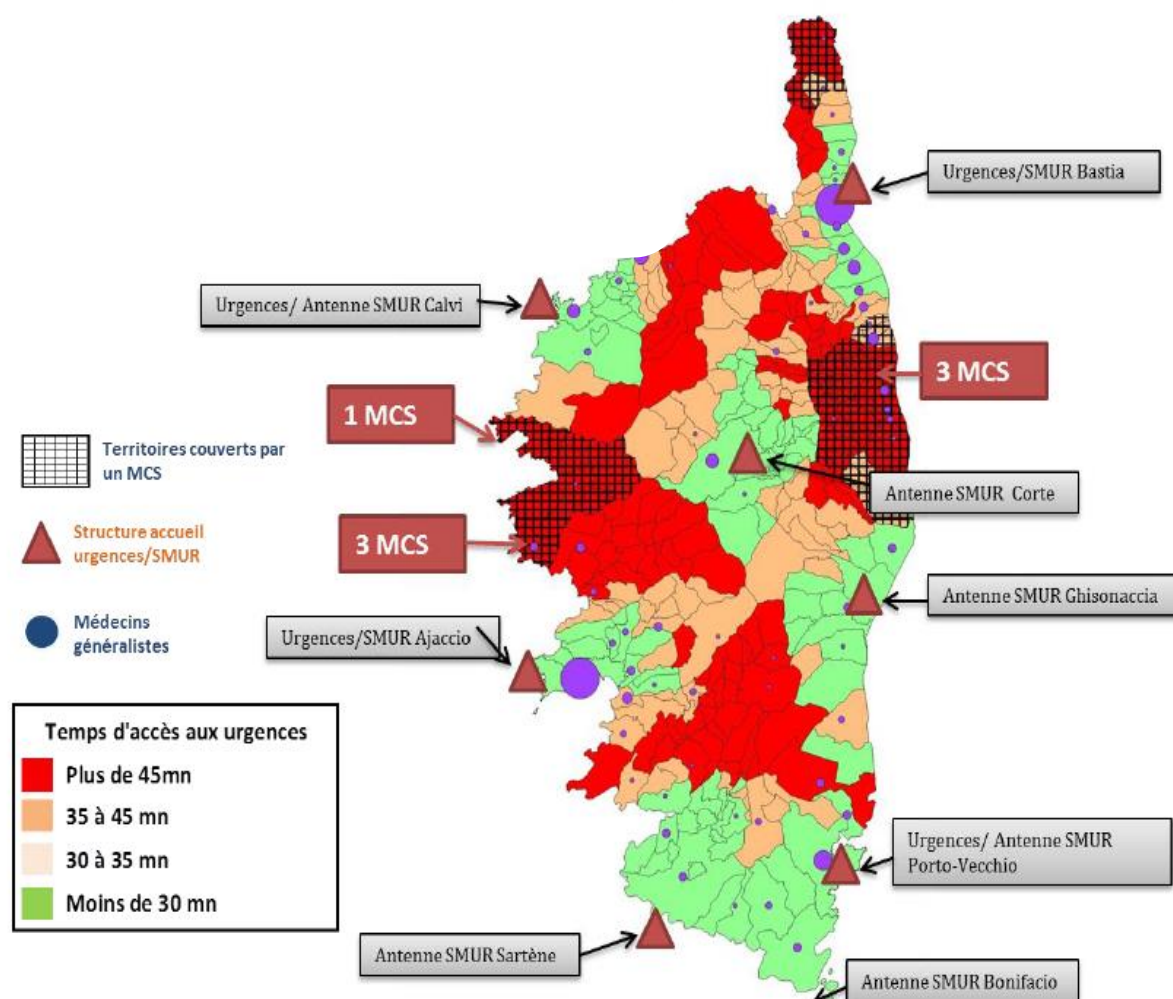
Dans le cadre de ce Pacte, trois axes de travail se sont révélés prioritaires en Corse (26):

- Le déploiement du dispositif « Médecins Correspondants du SAMU » afin d'assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes dans les zones isolées ;
- L'aide à l'installation des jeunes médecins généralistes, dans des zones fragilisées, par le biais de garanties financières (PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale) ;
- La création de maisons de santé pluridisciplinaires afin d'encourager la coordination des soins.

Dans le cadre d'un des engagements du PTS, consistant en l'amélioration de l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes dans les territoires isolés, l'ARS de Corse a identifié les zones les plus éloignées des services d'urgence (Carte 1). Pour ce faire, la DREES (Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) a mis à disposition trois indicateurs : le temps d'accès en heures pleines, le temps d'accès en heures creuses, et la distance en km route (27). Les données d'accessibilité apportées par la DREES, mises en commun avec les données fournies par les responsables du SAMU, ont permis d'obtenir les résultats suivants :

- L'identification des communes situées à plus de 30 minutes d'une structure d'urgence, ce qui représente 256 communes sur un total de 360, soit 24,7% de la population en Corse (INSEE 2009) (27) ;
- La désignation des zones d'actions prioritaires, notamment en ce qui concerne le déploiement du dispositif de MCS : Deux-Sevi ; Deux-Sorru ; Costa Verde ; Cap Corse ; Centre Corse ; Alta Rocca ; Taravo (28).

Actuellement, le dispositif de médecins correspondants du SAMU a été mis en place dans les secteurs de la Costa Verde et des Deux-Sevi (Carte 1) (27).



Carte 1 : Temps d'accès théoriques aux soins urgents-Structures d'accueil Urgences/SMUR-Couverture des MCS

3. Particularités du dispositif MCS en Corse

Comme dit précédemment, en 2012 environ 25% de la population Corse se situait à plus de 30 minutes d'une structure d'Aide Médicale Urgente (SAU, SMUR, antenne SMUR), soit 75000 personnes (20).

Dans l'objectif de garantir l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes à cette population, le dispositif de MCS a été déployé grâce à des médecins volontaires formés, en conformité avec le plan d'actions urgences, sur les territoires suivants :

- Deux-Sevi (mise en place en octobre 2015) ;
- Costa Verde (mise en place en Juillet 2016, associé à un dispositif de Véhicule Léger de Secours Médicalisés (29)).

Ainsi, selon une analyse effectuée fin 2016, la mise en place du dispositif a permis de réduire à 15,1% la proportion de population se trouvant à plus de 30 minutes d'accès à une structure d'urgence (soit environ 48 000 personnes), hors moyens hélicoptérés (20).

Il est à noter qu'en incluant les moyens hélicoptérés, seulement 3 000 personnes restent à plus de 30 minutes. Toutefois, il est important de nuancer cette analyse par le caractère inconstant de la disponibilité de ces moyens hélicoptérés (non disponibles 24h/24) et des conditions météorologiques.

C'est pourquoi il est nécessaire de s'appuyer sur le nombre de personnes éloignées de plus de 30 minutes hors moyens hélicoptérés, soit environ 48 000, dans la poursuite des projets visant à améliorer et pérenniser le dispositif.

En ce qui concerne les dispositifs déjà en place (Costa Verde et Deux-Sevi) on observe des particularités propres à chacun d'entre eux, que nous allons développer ci-dessous.

a) Le dispositif MCS en Costa Verde

La Costa Verde est une microrégion située sur la façade orientale de l'île, en Haute-Corse. Ce territoire rural de 9 372 hectares est particulièrement isolé.

L'idée de départ est de faire bénéficier la population de cette microrégion (18 000 habitants) (30) d'un accès amélioré et plus rapide aux soins urgents. En effet les communes qui la composent sont situées entre 45 et 60 minutes du SMUR le plus proche qui est Bastia (31).

Il s'agit d'une région touristique qui connaît une très forte affluence estivale (10 000 personnes de plus). Cette zone est également très accidentogène : route, montagne, rivière, plongée, plages. De plus la circulation l'été sur la RN 198 (axe routier principal, reliant la microrégion à Bastia) est ralentie et très difficile avec de nombreux embouteillages.

Les médecins volontaires (médecins généralistes) sont au nombre de trois : un à Prunete, un à Moriani et un à Folelli.

- Moyens humains et matériel

- En appui des MCS un véhicule léger (VLSM) de type DACIA DUSTER équipé de matériel de réanimation et d'un module de communication radio ANTARES installé par le SDIS (29) ;
- Une dotation en matériel fournie, maintenue et renouvelée par le SDIS 2B dans le cadre d'une convention de partenariat avec le Centre Hospitalier de Bastia (Annexe 2) ;
- Un conducteur Sapeur-Pompier ;
- Un infirmier Sapeur-Pompier formé à l'utilisation des PISU (Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence).

Objectifs du VLSM-Infirmiers Sapeurs-Pompiers (ISP) (29) :

- Assurer les soins de premier recours en renforçant l'offre de soins existante ;
- Accroître la qualité de la prise en charge des patients : aide technique de l'infirmier pour le MCS ;
- Fournir un appui logistique aux MCS : entretien et renouvellement du matériel par l'ISP ;
- Permettre une réponse graduée à l'urgence en réservant l'intervention du MCS aux situations où l'expertise médicale est indispensable.

Cela permet ainsi d'«épargner» ces médecins qui ont assuré, en 2018, 203 interventions sur les 875 missions effectuées par la VLSM et de rendre leur investissement plus léger et plus durable.

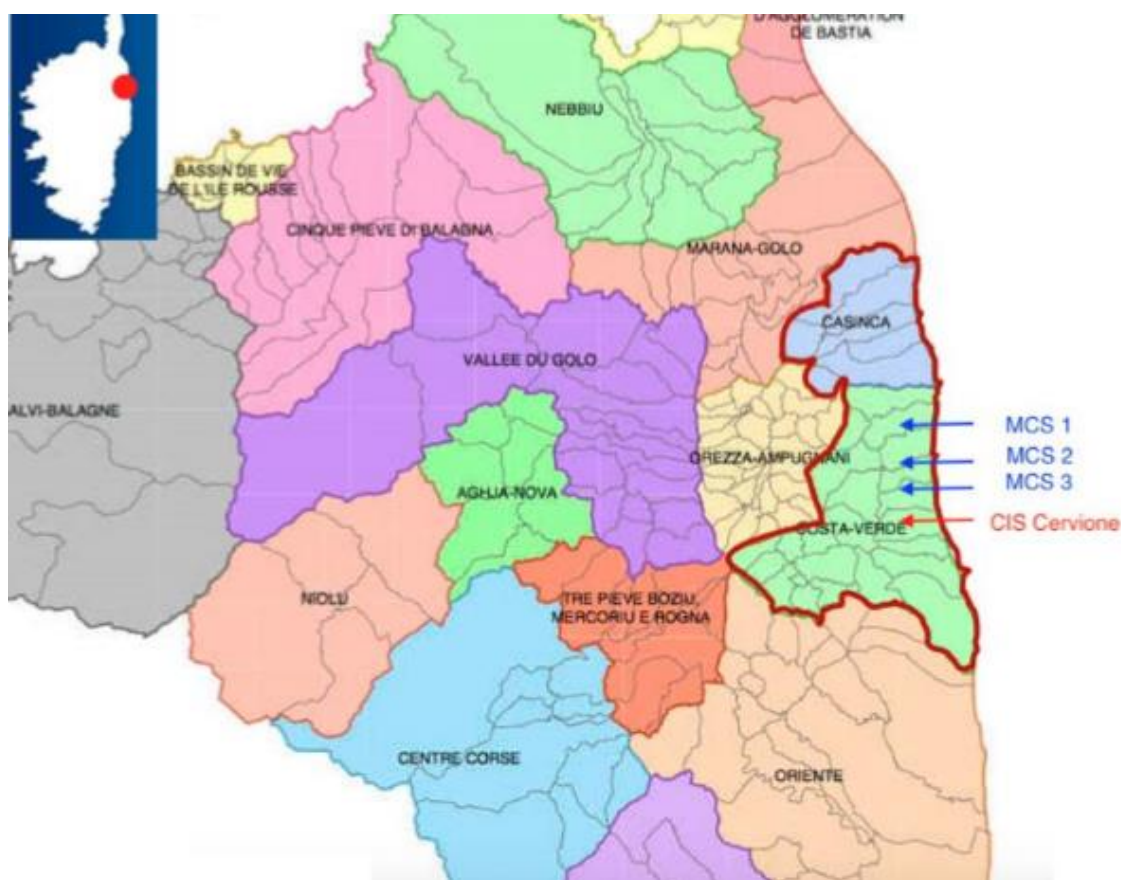
Dans les autres situations, l'Infirmier Sapeur-Pompier peut appliquer les PISU (conformes aux protocoles « infirmier hors présence médicale » de la SFMU) et travailler en télémédecine sous la direction du médecin régulateur.

L'appui par un véhicule léger infirmier est un dispositif original qui, à notre connaissance, n'a son équivalent qu'à Privat en Ardèche.

- Territoire

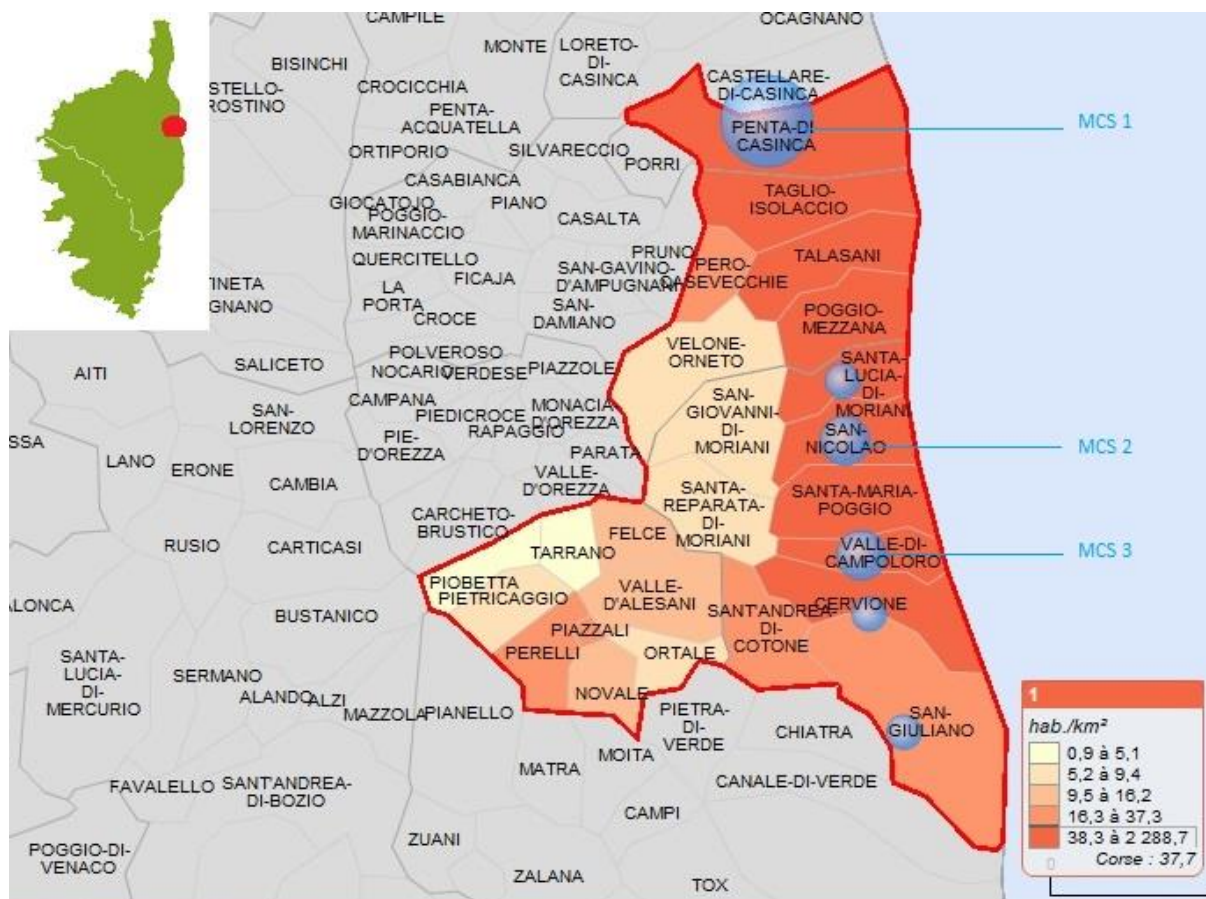
Le dispositif de MCS appuyé par un VLSM a fait l'objet d'une expérimentation sur ce territoire entre le 18 juillet 2016 et le 30 juin 2017. Il a ensuite été pérennisé par l'ARS à compter du 1er juillet 2017, selon le même schéma de couverture territoriale que celui de la PDSA, à savoir : la Casinca et la partie nord de la zone Aléria-Cervione (18

832 habitants), plus communément appelé « Costa Verde » correspondant pour grande partie à la subdivision de PDSA « Plaine Nord » (Carte 2) (32).



Carte 2 : Secteur d'intervention du dispositif VLSM/MCS en Costa Verde

En ce qui concerne les MCS, leur territoire d'intervention théorique, qui s'appuie sur la notion des 30 minutes, est composé de l'ensemble des communes de la Costa Verde élargi à une commune de la Casinca (Penta-Di-Casinca) (Carte 3) (33) :



Carte 3 : Secteur d'intervention des MCS en Costa Verde

- Organisation opérationnelle

L'intervention des MCS doit être régulée de manière systématique par le SAMU 2B qui déclenche le MCS et simultanément le SMUR 1 lorsque la gravité de la situation le justifie (urgence vitale) (29).

Dans les autres cas, le SMUR est mis en pré-alerte dans l'attente du bilan du MCS. On constate ici une adaptation du cahier des charges national des MCS : en effet, lorsqu'un MCS est déclenché, il est prévu que l'on fasse partir en même temps le SMUR le plus proche. Or il s'agit ici du SMUR hélicoptéré, que l'on ne peut faire décoller que sur une indication certaine appuyée par un bilan médical.

Le MCS doit établir au médecin régulateur un bilan médical initial du patient. Pour l'évaluation et la prise en charge du patient, le MCS peut être aidé par le médecin régulateur selon les protocoles établis par le SAMU 2B.

Les moyens d'intervention du SAMU-Centre 15 pourront être adaptés au regard du bilan transmis.

Le VLSC Cervione est systématiquement déclenché en même temps que le MCS et lui apporte ainsi un appui technique et logistique (29).

Le MCS est équipé sur son véhicule personnel d'un avertisseur sonore et d'une signalétique lumineuse afin de rejoindre les moyens pompiers engagés.

- Formation

Le MCS suit une formation d'intégration au démarrage du dispositif, puis une formation continue.

L'article 5 de l'arrêté du 12 février 2007 (15) définit le contenu de la formation et indique qu'elle «*est dispensée sous l'autorité du service hospitalo-universitaire de référence, en liaison avec le SAMU, le centre d'enseignement de soins d'urgence (CESU) ainsi que les structures des urgences et les SMUR*».

Cette formation est dispensée par le CESU du SAMU 2B.

La formation initiale se déploie sur trois journées de cours concernant les protocoles de l'AMU et trois journées d'expérimentation pratique des gestes techniques (intubation, cathéters intra-osseux...) (Programme de formation initiale en Annexe 3). Deux journées annuelles sont dédiées à la formation continue.

L'indemnisation du MCS est assurée par l'établissement siège du SAMU (montant fixé à 15 consultations par jour) pour sa participation.

- Organisation et financement

- L'organisation (29) :

Le MCS a pour responsabilité de répondre à toutes les sollicitations du SAMU 2B dans le cadre de l'AMU (29). Il bénéficie d'une indemnisation d'astreinte et d'une indemnisation forfaitaire pour chaque intervention demandée ou validée par le SAMU. A ce titre, les MCS élaborent entre eux un tableau d'astreinte.

- Montant de l'indemnisation de l'astreinte MCS (29) :

Rémunération forfaitaire, scindée en deux tranches horaires de 12h :

- de 8h à 20h, du lundi au dimanche : forfait de 50 € ;

- de 20h à 8h, du lundi au dimanche : forfait de 100 €.
- Montant de l'indemnisation de l'astreinte MCS associée à celle de l'astreinte PDSA :

Pour le médecin généraliste, le cumul des deux missions et de leur indemnisation est possible à condition qu'il soit inscrit sur un planning d'astreinte pour chaque mission.

Ce cumul est réalisable avec les périodes de PDSA suivantes :

- en première partie de nuit (20h-24h) du lundi au dimanche ;
- en journée (8h-20h) les dimanches, jours fériés et ponts ;
- le samedi (12h-20h).

Le financement de la PDSA en nuit profonde (24h-8h) a été interrompu dans les territoires d'intervention des MCS.

- Montant du tarif forfaitaire par intervention :

Ce montant a été calculé sur la base d'une estimation réalisée par l'association des MCS, en prenant en compte la perte de rémunération liée à cette intervention, soit neuf consultations pour une heure et demie (250 euros) (29).

Le tableau des astreintes et celui des interventions des MCS sont validés par le chef de service du SAMU et adressés mensuellement à la CPAM de Haute-Corse qui rémunère les MCS.

- Cadre juridique

Le MCS est, pendant son intervention, considéré comme collaborateur occasionnel du service public et couvert par les assurances responsabilité civile et couverture personnelle du Centre Hospitalier de Bastia.

- Bilan activité 2018

- 875 interventions au total (MCS et VLMS) : dispositif VLMS en première ligne dans la majorité des cas ;
- 203 interventions MCS ;
- Principaux motifs d'interventions MCS : cardio-vasculaires (douleurs thoraciques majoritairement), respiratoires (dyspnée), neurologiques, traumatologiques (polytraumatismes, AVP). On remarque la forte prédominance des causes cardio-vasculaires, ainsi qu'une recrudescence des interventions notamment de traumatologie en période estivale.

- Evaluation

Le dispositif VLSM/MCS fait l'objet d'une évaluation annuelle tripartite: ARS, SDIS, CHB (SAMU) par un comité de suivi qui rapporte ses conclusions au CODAMUPS (29).

Les critères d'évaluation sont les suivants :

- Données quantitatives d'activité (nombre de sorties, plages horaires, répartition mensuelle...) ;
- Evolution du dispositif ;
- Difficultés rencontrées (analyse des fiches d'amélioration de la qualité) ;
- Données financières (coût du dispositif et répartition des charges).

b) Le dispositif MCS dans les Deux-Sevi

Les Deux-Sevi se situent sur la façade occidentale de l'île, en Corse du Sud. Il s'agit d'une ancienne division administrative formée par la fusion des cantons d'Évisa et de Piana. Ce canton est constitué de neuf communes, qui sont : Cargèse, Cristinacce, Evisa, Marignana, Osani, Ota, Partinello, Piana, Serriera. Il fait lui-même partie du canton de Sevi-Sorru-Cinarcia. Ce territoire rural de 3 018 hectares possède une population très peu dense et vieillissante (25).

L'objectif de la mise en place du dispositif MCS dans cette micro-région est de faire bénéficier la population (3 101 habitants (34)) d'une amélioration de l'accès aux soins urgents.

Comme la Costa Verde, il s'agit d'une région touristique connaissant une très forte affluence estivale. Ce territoire présente de nombreux reliefs avec plusieurs villages d'accès difficile et potentiellement accidentogène. En saison estivale, la circulation est très perturbée, notamment sur l'axe routier principal (route départementale D81) qui relie la microrégion à Ajaccio.

Quatre médecins généralistes exercent dans ce territoire. Dans cette région où l'accès aux soins est particulièrement difficile, ils se sont tous portés volontaires (25) pour participer au dispositif : trois à Cargèse, et un à Ota.

- Moyens humains et matériel

- Les quatre MCS sont également tous médecins Sapeurs-Pompiers et sont en étroite collaboration avec les SDIS qui peuvent mettre à leur disposition du matériel et de l'équipement.
- Dans le cadre de leur activité de MCS, le SAMU 2A définit et assure la dotation en médicaments, matériel et consommables dont la liste (Annexe 4) est annexée au contrat MCS. Cette dotation est également maintenue et renouvelée par l'établissement siège du SAMU.
- Le renouvellement des trousse d'urgence est assuré mensuellement par des infirmiers rattachés au SAMU.
- Des protocoles d'urgence sont également proposés aux MCS par le SAMU.
- Contrairement à la région de la Costa Verde, le dispositif VLSP/ISP n'a pas été mis en place dans ce territoire.

- Territoire

Le dispositif de MCS a fait l'objet d'une expérimentation sur ce territoire du 4 mars 2015 au 31 mai 2016. Il a ensuite été pérennisé par l'ARS selon le schéma de couverture territoriale de PDSA de Sevi-Sorru-Cinarca, qui a été scindé en deux zones afin de rendre l'objectif des 30 minutes réalisable (35) (Carte 4, (33)) :

- Piana, Cargèse
- Partinello, Osani, Ota, Serriera, Evisa, Cristinacce, Marignana

Le périmètre du secteur d'intervention attribué à chaque médecin est précisé dans le contrat individuel.

➤ Piana/Cargèse

Trois MCS interviennent sur ce secteur (36) :

Territoire PDSA	Subdivision PDSA	Communes d'intervention MCS
Sevi-Sorru-Cinarca	Piana-Cargèse	Piana
		Cargèse

Tableau 1 : Communes d'intervention des MCS Piana-Cargèse

- Ota, Osani, Partinello, Serriera, Cristinacce, Evisa, Marignana

Un seul MCS intervient sur ce secteur (37):

Territoire PDSA	Subdivision PDSA	Communes d'interven- tion MCS
Sevi-Sorru- Cinarcia	OTA	Osani
		Ota
		Partinello
		Serriera
	VICO	Cristinacce
		Evisa
		Marignana

Tableau 1 : Communes d'intervention du MCS Ota-Vico



Carte 4 : Secteur d'intervention des MCS dans les Deux-Sevi

- Organisation opérationnelle

L'intervention des MCS doit être régulée de manière systématique par le SAMU 2A qui déclenche simultanément le MCS et le SMUR Ajaccio en renfort (35).

Le MCS doit établir au médecin régulateur un bilan médical initial du patient. Pour l'évaluation et la prise en charge du patient, le MCS peut être aidé par le médecin régulateur selon les protocoles établis par le SAMU 2A.

Les moyens d'intervention du SAMU-Centre 15 pourront être adaptés au regard du bilan transmis.

Après avoir été déclenchés, les MCS se rendent sur le lieu de prise en charge avec leur propre véhicule en même temps que le VSAV.

- Formation

Le MCS suit une formation d'intégration au démarrage du dispositif (cinq demi-journées sur deux mois) (Annexe 5), puis une formation continue annuelle. Cette formation est dispensée par le CESU du SAMU 2A.

L'indemnisation du MCS est assurée par l'établissement siège du SAMU (montant fixé à 15 consultations par jour) pour sa participation (35).

- Organisation et financement

- Organisation :

Le MCS a pour responsabilité de répondre à toutes les sollicitations du SAMU 2A dans le cadre de l'AMU.

Dans ce cadre, pour chacun des deux secteurs, le SAMU 2A élabore tous les trois mois un tableau d'astreinte des MCS, par période et par tranche horaire, qu'il transmet à l'ARS (35).

S'il s'inscrit sur le tableau d'astreinte, le MCS perçoit une indemnisation au titre de cette dernière. Dans tous les cas, il bénéficie d'une indemnisation forfaitaire pour chaque intervention demandée ou validée par le SAMU.

- Indemnisation :

Les modalités sont identiques à celles de la Costa Verde.

- Cadre juridique

Le mode d'exercice du MCS prévu par le contrat est libéral. Ce dernier est à adapter en cas de statut différent (36,37).

- Bilan activité 2018

- 74 interventions dans le secteur Cargèse-Piana ;
- 10 interventions dans le secteur Ota-Vico ;
- Principaux motifs d'interventions MCS : Cardio-respiratoires (douleurs thoraciques majoritairement, arrêts cardiaques), neurologiques (AVC), digestifs, traumatologiques (majoritairement urgences orthopédiques). On remarque la forte prédominance des causes cardio-respiratoires.

- Evaluation

L'ARS, en coopération avec le SAMU 2A, assure le suivi et l'évaluation du dispositif (36,37).

IV- Objectif de l'étude

Notre objectif est de comprendre comment le dispositif « Médecins correspondants du SAMU » est perçu et ressenti par les médecins généralistes dans ces deux zones de déserts médicaux corses (Costa Verde, Deux-Sevi).

En effet, plusieurs études se sont intéressées au dispositif de MCS, mais, à notre connaissance, aucune n'a étudié la perception et le ressenti de tous les médecins généralistes du territoire concerné (MCS ou non) vis-à-vis de ce dernier. Nous avons pensé qu'une étude qualitative pourrait aider à combler ce manque et ainsi apporter de nouveaux renseignements sur le potentiel de déploiement de ce dispositif sur le territoire corse.

I- Choix de la méthode qualitative

La recherche qualitative s'inscrit dans une démarche interprétative en collectant des données verbales dans le but d'explorer la complexité des sentiments, des émotions, des expériences personnelles et des comportements (38). Elle permet ainsi de mieux comprendre l'interaction des sujets avec les différents phénomènes de société.

À ce titre, la méthode qualitative nous a paru particulièrement adaptée à notre objectif de recherche, qui vise à décrire la perception et le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du dispositif « Médecins Correspondants du SAMU » dans deux zones de déserts médicaux corses (Costa Verde et Deux-Sevi).

Nous avons réalisé cette étude qualitative en binôme afin d'enrichir l'analyse, chacune de nous ayant des approches différentes et complémentaires sur le sujet.

II- Choix de la technique des entretiens semi-dirigés

L'entretien est « un dispositif de face-à-face où un enquêteur a pour objectif de favoriser chez un enquêté la production d'un discours sur un thème défini dans le cadre d'une recherche » (39).

L'entretien est caractérisé par une rencontre interpersonnelle dans laquelle les données sont coproduites à travers une interaction principalement verbale.

Pour explorer des processus individuels complexes et pour souligner des différences individuelles, les entretiens individuels sont les plus adaptés. On en distingue trois types selon leur degré de structuration de l'interaction entre individu et enquêteur : dirigés, semi-dirigés et non dirigés.

L'entretien semi-dirigé est réalisé à partir d'un guide d'entretien composé des principaux thèmes à aborder, dont l'ordre de discussion est libre. « Cette flexibilité de l'entretien semi-directif permet, par la relative liberté laissée au

répondant, de mieux appréhender sa logique alors que, dans le même temps, la formalisation du guide favorise des stratégies d'analyse comparative et cumulative entre les répondants et se prête mieux à certaines contraintes de terrain (faible disponibilité des répondants) et aux compétences des enquêteurs (souvent limitées)» (40).

Nous avons donc choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés, qui nous semblaient être les plus appropriés pour réaliser notre étude. En effet, notre travail consistant à explorer des processus individuels tels que la perception et le ressenti des participants vis-à-vis de thèmes prédéfinis, nous souhaitions préserver une liberté de parole dans un cadre relativement strict.

III- Echantillonnage

1. Sélection et inclusion des participants

Notre population cible comprenait tous les médecins généralistes (MCS ou non) installés dans les zones ciblées, soit un total de 21 participants potentiels. Ces zones correspondaient aux territoires d'intervention des MCS situés à plus de 30 minutes d'une structure d'urgence, à savoir les Deux-Sevi et la Costa Verde élargie à la commune de Penta-di-Casınca.

Trois médecins généralistes ayant une pratique différente de celle de la médecine générale (gynécologie, médecine esthétique, échographie) ont été exclus.

2. Recrutement des participants

Les participants ont premièrement été contactés par mail (Annexe 6) puis deux relances ont été effectuées : une par un mail envoyé par l'Ordre des Médecins (que nous avons contacté préalablement) et une par téléphone quand cela s'est avéré nécessaire.

3. Caractéristiques de l'échantillon

Afin de recueillir les principales caractéristiques des participants, nous avons élaboré un bref questionnaire quantitatif (Annexe 7) qui a été distribué et rempli par les médecins préalablement à l'entretien.

IV- Guide d'entretien

Le guide d'entretien ne se résume pas à un simple questionnaire. Il constitue une liste de thèmes abordés sans ordre prédéfini (41).

Les données de la littérature portant sur les Médecins Correspondants du SAMU ainsi que sur la relation des médecins généralistes avec la médecine d'urgence (42–48) ont été recueillies et analysées par chacune de nous pour faire ressortir une liste de thèmes pertinents. Ces thèmes ont été regroupés en trois grandes parties constituant la trame de notre guide d'entretien :

- Axe 1 : Urgence et médecine générale ;
- Axe 2 : Dispositif « Médecins Correspondants du SAMU » ;
- Axe 3 : Ouverture (Opinion et suggestions d'amélioration sur les actions publiques concernant l'accès aux soins dans les régions isolées).

Il est à noter que notre axe 2, représentant notre objet d'étude principal, a été scindé en deux catégories de questions selon la participation ou non des médecins au dispositif MCS.

Notre guide a évolué au fur et à mesure des entretiens pour aboutir à une version finale (Annexe 8) la plus appropriée possible.

V- Réalisation des entretiens

1. Relations antérieures avec les participants

Nous connaissions seulement deux des participants, ces derniers exerçant dans un des déserts médicaux étudiés (Costa Verde) et ayant été nos maîtres de stage.

Hormis ces deux médecins généralistes, les autres participants ne connaissaient à priori rien de nos objectifs personnels, ni des motifs de la recherche.

2. Entretien test

Dès l'envoi des mails de demande de participation, nous avons décidé de réaliser un « entretien test » auprès du premier médecin généraliste qui nous répondrait.

Avant de réaliser l'ensemble des entretiens, nous avons donc effectué ce test en binôme afin d'acquérir une première expérience en tant qu'animateur et d'adapter notre guide d'entretien.

3. Modalités des entretiens

- Nous nous sommes réparti équitablement et selon nos emplois du temps les différents entretiens avec les médecins généralistes.
- Nous avons recueilli les données sur le lieu de travail de ces derniers. Le choix de ce lieu a été motivé par des raisons pratiques mais aussi dans le but de conserver l'environnement habituel des médecins.
Il n'y avait pas d'autre personne présente lors des entretiens.
- Nous avons utilisé un enregistrement audio (dictaphone) pour recueillir les données le plus exhaustivement possible.
- Nous avons prévu un délai d'environ 30 minutes par entretien, qui a été adapté selon le contenu des propos de chaque participant.

4. Déroulement des entretiens

Nous avons initié l'entretien par une brève introduction dans laquelle nous nous présentions et nous exposions les principaux objectifs de notre étude ainsi que les modalités de déroulement de l'entretien.

Au cours de l'entretien, nous avons abordé les principales thématiques de notre étude sous formes de questions ouvertes, tout en préservant une souplesse dans l'ordre et

le contenu de la discussion. Les questions ont été formulées de la manière la plus neutre possible pour éviter d'orienter la discussion.

A la fin de chaque entretien, nous avons demandé aux participants s'ils souhaitaient aborder des sujets dont nous n'avions pas discuté.

5. Démarches éthiques

Dans notre introduction, nous avons tenté d'exposer clairement les « règles du jeu » en assurant les participants de l'anonymisation des propos recueillis. Nous avons ensuite recueilli leur consentement concernant la participation à l'entretien et l'enregistrement audio des données.

Nous avons également essayé de valoriser l'importance des témoignages personnels en précisant bien qu'ils seraient accueillis sans jugement.

VI- Méthode d'analyse des entretiens

1. Choix de la méthode d'analyse

Pour réaliser notre étude, nous avons choisi l'analyse de contenu centrée sur l'énoncé. Ce type d'analyse vise en effet à interroger ce qui est dit par le locuteur en étudiant les mots utilisés afin de mettre à jour les représentations, de comparer, d'interpréter des logiques de discours implicites et de faire émerger des concepts.

2. Anonymisation

Tous les questionnaires de caractéristiques ainsi que l'enregistrement de tous les entretiens ont été anonymisés. Pour cela, un numéro d'anonymisation a été attribué à chaque participant (numéro unique donné à chacun pour relier chaque entretien aux caractéristiques correspondantes).

3. Retranscription

Cette étape a été essentielle. Nous avons retranscrit de manière méticuleuse l'intégralité de chaque entretien (chacune de nous a retranscrit les entretiens qu'elle avait réalisés). Chaque intonation, hésitation, rire, silence a été restitué le plus objectivement possible. Cela nous a permis de réduire la subjectivité de l'interviewer (un autre enquêteur pourrait ainsi arriver aux mêmes conclusions en étudiant les mêmes données).

4. Pré-analyse

Lors de cette étape, nous avons réalisé séparément une lecture dite « flottante » (40) de tous les entretiens afin de préparer l'analyse à proprement parler. En effet, cette lecture nous a permis de nous imprégner du contenu du discours, devenu matériau d'analyse, et d'en faire ressortir les principales idées émergentes.

5. Analyse longitudinale

Nous avons mis en commun les principales idées que nous avons soulevées lors de notre lecture « flottante » afin d'aboutir à une fiche de synthèse pour chaque entretien, constituée des éléments clés et lignes directives de ce dernier.

6. Analyse transversale

- Détermination des thèmes :

En s'appuyant sur les résultats de notre analyse longitudinale, nous avons déterminé les thématiques de notre étude.

- Regroupement des données :

Nous avons ensuite indexé les passages de texte de tous les entretiens par rapport aux thématiques correspondantes, constituant ainsi un nouveau corpus.

- Codage émergent :

- *Lecture de chaque thème pour déterminer des catégories d'analyse :*

Pour améliorer la qualité de notre analyse, nous avons déterminé séparément à partir de ce corpus, les catégories et leur codage qui nous semblaient les plus adaptés et pertinents.

- *Harmonisation des catégories :*

Nous avons ensuite confronté nos données pour déterminer de manière consensuelle une grille catégorielle commune.

- *Application des catégories :*

A partir de cette grille de codification, nous avons effectué le codage de l'ensemble du corpus.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo®.

- Illustration par les verbatims

Enfin, nous avons sélectionné les verbatims, mots ou expressions clés extraits du corpus, qui « reflètent non seulement les idées/contenus des catégories issues de l'analyse, mais aussi leur formulation. Par ailleurs ces illustrations animent et rendent le rapport d'analyse plus concret » (40).

RESULTATS

I- Caractéristiques des interviewés

Nous avons initialement 21 participants potentiels (médecins généralistes dans les zones étudiées). Trois d'entre eux ont été exclus (pratique différente de celle de la médecine générale), ramenant le nombre de participants à 18. Parmi eux, quatre médecins ont refusé de participer.

Le nombre total de sujets inclus dans notre étude était donc de 14 médecins généralistes.

La durée des entretiens était comprise entre 13 minutes et une heure, avec une durée moyenne de 27 minutes et 30 secondes.

Sur les 14 participants, la grande majorité était de sexe masculin : 13 hommes et une femme.

Les participants étaient âgés de 29 à 72 ans : quatre avaient entre 29 et 35 ans, six entre 45 et 60 ans et quatre entre 60 et 72ans.

Ils se sont installés dans les zones étudiées entre 1970 et 1990 pour cinq d'entre eux, entre 2000 et 2010 pour trois d'entre eux, et entre 2011 et 2019 pour six d'entre eux (dont trois installés en 2019).

Onze participants sont installés en Costa Verde, trois dans les Deux-Sevi. Il est important de souligner que les trois médecins des Deux-Sevi participent tous au dispositif MCS, par conséquent nous n'avons pas de participants non MCS dans cette région.

Leur nombre quotidien de consultations était compris entre 12 et 45, soit une moyenne de 25, 6 consultations par jour.

Cinq participants possèdent un diplôme de Médecine d'Urgence.

Quatre médecins participent à l'Aide Médicale Urgente (en dehors du dispositif MCS) : trois médecins Sapeurs-Pompiers, un médecin à la fois Sapeur-Pompier et Praticien

Contractuel aux urgences. Deux autres ont participé à l'AMU dans le passé (en tant que Praticien Contractuel aux urgences).

Sur les 14 médecins, six participent actuellement au dispositif MCS et un y a participé dans le passé, comme représenté dans la figure 1 ci-dessous :

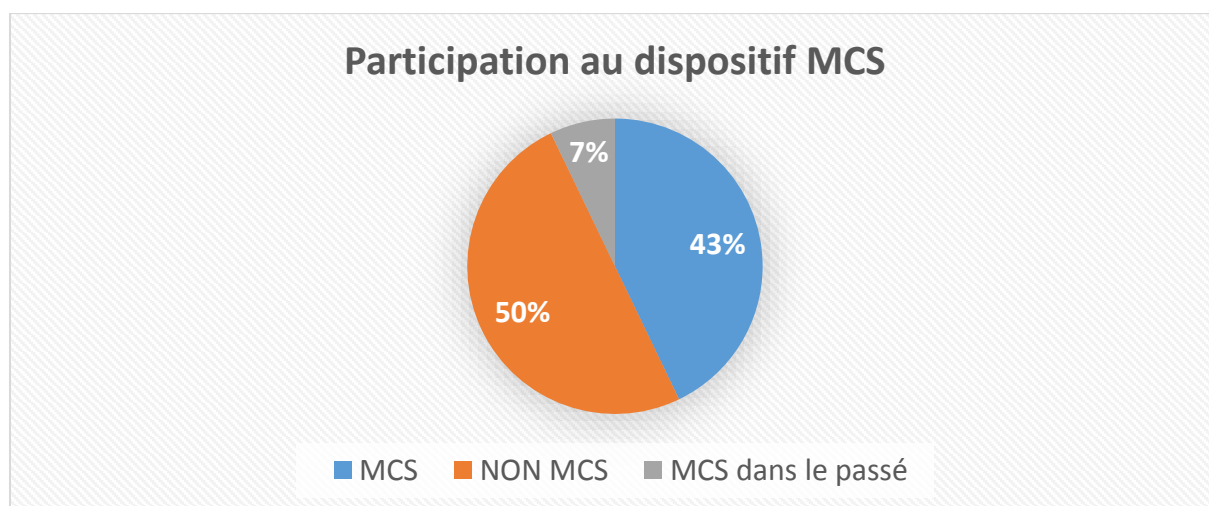


Figure 1 : Répartition de la participation des sujets inclus au dispositif MCS

A partir de ces caractéristiques et de la pré-analyse des entretiens, trois grands profils de médecins semblent se dégager dans notre échantillon :

- Profil 1 : Jeunes médecins récemment installés, très attachés à leur région et à l'exercice de la médecine générale et souhaitant bien dissocier cet exercice de celui de la médecine d'urgence.
- Profil 2 : Médecins généralistes participant au dispositif MCS dont l'âge se situe entre 45 et 64 ans, avec pour la plupart une validation d'un diplôme d'Urgence et/ou une participation à l'AMU antérieure au dispositif.
- Profil 3 : Médecins généralistes de plus de 60 ans avec une grande expérience de la médecine générale, ne participant pas au dispositif, exerçant seuls et ayant un nombre quotidien de consultations conséquent.

Nous pouvons remarquer que deux des participants ne correspondent à aucun de ces profils.

II- Arbre de codage

La détermination des thèmes et des principales catégories auxquelles ils ont donné naissance nous a permis de construire un arbre de codage afin d'illustrer de manière schématique l'arborescence de ces données (Figure 2).

L'intégralité des thèmes, catégories et sous-catégories est détaillée dans la grille de codification réalisée à l'aide du logiciel NVivo® (Annexe 10).

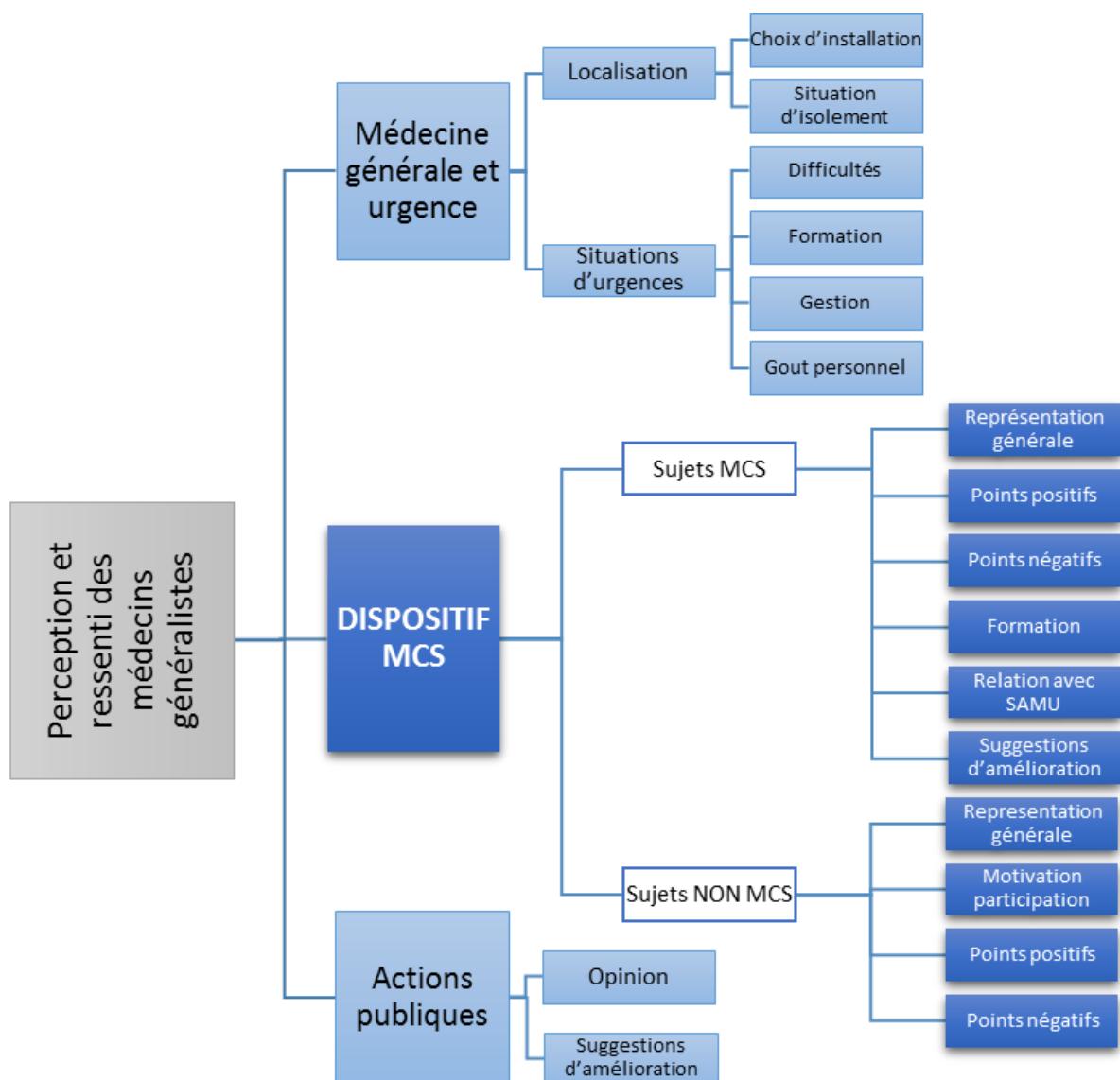


Figure 2 : Arbre de codage

Les principaux résultats de notre étude sont présentés à travers les quatre grandes parties suivantes, et illustrés par les propos des médecins (verbatim) cités entre guillemets et en italique.

III- Exercer la médecine générale en milieu rural : entre attachement et manque d'attractivité

Le choix d'installation des médecins généralistes en milieu rural était motivé par plusieurs raisons. Celle qui a été le plus souvent évoquée est l'origine. En effet, tous les médecins originaires de la région ont donné comme motivation principale leur attachement à cette dernière :

- « *Et finalement j'ai fait médecine générale parce que je voulais m'installer dans mon village, voilà !* » (MG10)¹.

L'aspect affectif envers la population de leur région et la sensation de devoir qui en découle étaient au cœur de leur discours :

- « *Ben c'est parce que j'y ai grandi tout simplement et je sais pas, c'est... la conviction, l'envie d'apporter quelque chose [...] c'est de l'engagement* » (MG4) ;
- « *[...] de pouvoir un peu m'occuper des gens à côté de chez moi.* » (MG1) ;
- « *Quand je suis pas là j'ai l'impression de manquer à...à quelque chose si tu veux...de les abandonner ! Donc l'affectif...* » (MG10).

Nous avons réalisé, à l'aide du logiciel NVivo®, une représentation visuelle des principaux mots clés illustrant cet aspect crucial dans le choix d'installation en milieu rural des médecins originaires de la région à l'aide d'un nuage de mots (Annexe 11).

Pour d'autres, il s'agissait d'un concours de circonstances :

- Un exercice antérieur dans la région (notamment l'internat et les remplacements) semblait souvent déterminant :

¹ Pour savoir à quels participants correspondent les verbatims, se référer à l'annexe 9 « Tableau des caractéristiques des participants. »

- « [...] parce que j'ai fait la plus grosse partie de mon internat à l'hôpital de Bastia » (MG6) ;
- « [...] et puis voilà ça s'est fait tout seul. J'ai remplacé et je suis resté. » (MG3).
- Des circonstances personnelles ont également été évoquées :
 - « Circonstances personnelles. Familiales. » (MG11) ;
 - « [...] je veux dire j'ai fait ma vie, tout le reste, maison... » (MG6).
- Le hasard a aussi été mentionné :
 - « En fait j'ai pas décidé, c'est euh... le hasard qui a fait les choses. » (MG6).

La préférence environnementale a également été soulevée :

- « Et j'ai dit à ma femme : "Je crois qu'on est tombé au paradis je partirai pas d'ici", [...] et j'ai un peu réalisé un rêve d'enfance en venant habiter à la campagne. » (MG7) ;
- « Parce que j'aime pas la ville tout simplement ! » (MG8).

Enfin, pour certains des participants, l'intérêt médical était aussi un argument pour exercer la médecine générale en milieu rural :

- « Euh parce que je trouve que c'est un peu plus intéressant qu'en ville, il y a plus de choses à faire. » (MG1).

Nous remarquons cependant que l'intérêt médical de l'exercice en milieu rural a été évoqué par quatre médecins sur 14, ce qui nous a semblé relativement peu.

Il est également à noter que l'aspect financier n'a jamais été évoqué comme une motivation d'installation en milieu rural.

Certains médecins ont même exprimé spontanément le fait que l'aspect financier n'entrait pas en jeu dans leur choix d'installation, comme par exemple le MG4 :

- « Moi ce qui m'a fait rentrer dans ma région natale, où j'ai grandi, où j'ai ma famille et mes amis, c'est l'attachement que j'y avais, c'est pas euh... il n'y avait pas un attrait financier particulier...il n'y avait pas...c'était ça. »

La situation d'isolement entraînée par la contrainte territoriale peut être source de difficultés dans l'exercice de la médecine générale en milieu rural : « L'accès aux soins est plus difficile qu'en ville. » (MG1) ; « Il n'y a qu'un seul axe au niveau routier. »

(MG3) ; « [...] *enfin la contrainte...on va dire...de nos régions isolées.* » (MG4).

Les principales difficultés qui ont été relevées sont liées :

- Au transport :
 - « *C'est simplement une question de moyens effectivement... c'est les ambulances.* » (MG12) ;
 - « [...] *trouver l'ambulance pour l'amener passer le doppler c'est encore plus compliqué !* » (MG1) ;
- Au patient :
 - « *Ah oui c'est compliqué, mais ce n'est pas tant l'isolement qui est compliqué, c'est plus le patient, [...] s'il est autonome, s'il est entouré, s'il a la volonté tout simplement de se faire soigner.* » (MG5) ;
 - « *Motiver les gens [...] enfin vraiment ça c'est super compliqué ça ! Et puis les gens âgés ils ont pas envie d'y aller et puis je les comprends donc voilà...* » (MG8) ;
- A l'aspect chronophage :
 - « [...] *ça peut engendrer des pertes de temps énormes tu vois !* » (MG10).

Ces difficultés liées à l'isolement étaient plus ou moins ressenties selon les médecins, et parfois atténuées par l'attachement à la région : « *Si tu es pas euh...de ta région, parce que nous avec mon frère on s'est installés dans une région...mais moi mon village je l'aime ! Tu comprends ?* » (MG10) et par la connaissance préalable des conditions d'exercice en milieu rural : « *Si tu t'installes comme on l'a fait nous, en te disant "Voilà, je suis médecin généraliste en région rurale, je vais travailler tout le temps, je vais travailler la nuit, et je vais faire de gardes", tu as pas de surprises !* » (MG10).

IV- Médecine générale et urgences : un lien étroit, complexe et controversé

De nombreuses difficultés sont rencontrées lors de la prise en charge des urgences en médecine générale en milieu rural.

Ici encore, les principales difficultés qui ont été relevées sont les contraintes territoriales :

- « *Bah les difficultés c'est les, c'est des difficultés d'ordre géographique* » (MG9).

L'isolement pouvait parfois être ressenti au cours de ces prises en charge :

- « *Bah tu tombes sur un mec qui est en train de mourir pour un problème cardiaque ou autre...il est évident que quand tu es tout seul c'est pas facile hein !* » (MG10).

Les problèmes d'évacuation et de transports, qui étaient très présents dans le discours des médecins interviewés, semblent être les principales conséquences qui en découlent :

- « *La difficulté réelle surtout c'est sur les évacuations, parce qu'on a parfois euh besoin d'un hélicoptère et il y en a pas !* » (MG9) ;
- « *C'est assez difficile de trouver des ambulances dans la demi-heure ou dans la journée* » (MG4).

Malgré cela, le ressenti de la situation d'isolement lors de la prise en charge de ces urgences restait relatif voire inexistant pour plusieurs médecins :

- « *Objectivement je m'en fous ! [...] Tu sais j'ai toujours... moi ça me stresse pas... et ça va quoi !* » (MG10) ;
- « *Je me pose même pas la question en fait vous voyez !* » (MG7).

Pour la plupart d'entre eux, cela semble être expliqué par leur expérience :

- « *Donc moi je la ressens pas parce que je suis dedans et qu'on a notre façon de procéder un peu rodée hein* » (MG6) ;
- « *Bon nous objectivement, moi je touche du bois, ça fait 30 ans qu'on travaille, bon nous on a toujours fait de l'urgence de toute façon, même avant*

d'être MCS, on a jamais perdu un patient à cause du fait qu'on soit éloigné. » (MG9).

Nous pouvons constater que la majorité de ces médecins correspond aux deuxième² et troisième³ profils de participants que nous avons identifiés préalablement. Ainsi, une différence générationnelle semble apparaître, comme le soulignait le MG10 : *« Je sais que de nos jours euh...les jeunes ils sont plus du tout prêts à assumer tout ça quoi ! ».*

Dans une proportion moindre, nous avons aussi relevé des contraintes logistiques, qui sont liées :

- Au matériel :
 - *« Surtout à domicile ou même, on a pas le matériel nécessaire. » (MG5) ;*
- A l'entretien de la pharmacie :
 - *« Si tu savais comme c'est difficile de garder surtout la pharmacie à jour, non périmée, etc...C'est impossible pratiquement. » (MG7) ;*
- A l'organisation du cabinet :
 - *« [...] ça embolise toujours nos cabinets parce qu'il n'y a pas de salle prévue à cet effet. » (MG4).*

Enfin, des contraintes relatives au patient et à sa famille ont été retrouvées et sont liées :

- Au manque de compliance du patient :
 - *« Ils veulent pas aller aux urgences, ils veulent pas attendre, ils veulent pas [...] C'est surtout les patients pas compliants » (MG5) ;*
- A une définition erronée de la notion d'urgence :
 - *« Parce que bon parfois pour les patients tout ce qu'il se passe c'est urgent, un moustique qui les a piqué c'est une urgence vous voyez » (MG7) ;*

² Profil 2 : Médecins généralistes participant au dispositif MCS dont l'âge se situe entre 45 et 64 ans, avec pour la plupart une validation d'un diplôme d'Urgence et/ou une participation à l'AMU antérieure au dispositif.

³ Profil 3 : Médecins généralistes de plus de 60 ans avec une grande expérience de la médecine générale, ne participant pas au dispositif, exerçant seuls et ayant un nombre quotidien de consultations conséquent.

- Au stress des familles :
 - « *Alors la difficulté c'est eux...surtout...le stress des familles quoi* » (MG8).

Lorsque nous avons interrogé les médecins participants sur la formation d'urgence en médecine générale, nous avons pu constater que la majorité d'entre eux trouvait cette dernière inadaptée et aléatoire :

- « *Pour moi elle est largement insuffisante !* » (MG6) ;
- « *Je trouve qu'en médecine générale on n'est pas formé à l'urgence de ville, on est formé à l'urgence hospitalière et c'est dommage.* » (MG4) ;
- « *Elle était aléatoire ! Ca dépendait de votre choix.* » (MG9) ;
- « *Tu l'as vu hein on se forme sur le tas avec nos co-internes et certains chefs à leur bon vouloir...* » (MG4).

En ce qui concerne la gestion des urgences dans le cadre de la médecine générale en milieu rural, plusieurs points ont été abordés.

Sur le plan organisationnel, chaque médecin gérant son emploi du temps, son cabinet et ses visites selon ses propres habitudes et préférences, aucune catégorie n'a pu être relevée.

Cependant, deux points importants semblent améliorer la logistique et l'organisation de la prise en charge des urgences :

- Des locaux adaptés :
 - « *Il y a un petit truc où je fais allonger les patients de l'autre côté.* » (MG11) ;
 - « *Une petite salle pour accueillir les urgences [...] c'est ultra pratique ça hein, c'est ultra pratique !* » (MG13).
- La coopération avec les pompiers et le SAMU :
 - « *La logistique on l'a toujours avec les pompiers, ils ont ce qu'il faut, oxygène, matériel etc. [...] Fût un temps ça a été difficile, parce qu'il fallait trouver une ambulance, une évacuation...Maintenant on fait appel aux pompiers ou au SAMU directement quand on a une urgence vitale. C'est plus facile actuellement.* » (MG12) ;
 - « *Beh en pratique on gère avec le Centre 15 qui déplace et trouvera un moyen de transport.* » (MG2).

Sur le plan médical, deux grandes catégories semblent se distinguer :

- La première, comprenant un nombre restreint de participants, reflète une crainte de ne pas savoir gérer les urgences :
 - « *Je reste un médecin généraliste et la grosse urgence vitale je saurai pas la gérer !* » (MG1) ;
 - « *On n'est pas vraiment rompus à l'urgence et on est un peu en difficulté dans le sens où, suivant ce qu'il y a on sait pas trop quoi faire [...] On n'est pas urgentistes.* » (MG3).

Nous remarquons que le caractère inadapté de la formation en médecine générale est ressorti spontanément comme un des facteurs expliquant cette crainte, comme l'évoque le MG1 : « [...] *le fait que la formation de médecin généraliste n'est pas faite pour gérer l'urgence !* ».

- La seconde, constituée d'un plus grand nombre de participants, révèle une autonomie et un sentiment de confiance lors de la prise en charge de ces urgences :
 - « *S'il y a du secours, tant mieux ! Sinon je vais faire tout seul.* » (MG11) ;
 - « *Moi ce que j'essaie c'est d'être capable de tenir le plus longtemps possible sans l'aide de personne.* » (MG14) ;
 - « *Le SAMU j'appelle très peu puisque les trois quarts du temps bon on gère notre truc.* » (MG6) ;
 - « *Après y a des difficultés médicales pures mais bon ça euh en toute humilité, on arrive à maîtriser les situations.* » (MG9).

Pour la majorité d'entre eux, ce sentiment de confiance semble être dû à une expérience de l'urgence qui a été acquise :

- Tout au long de la pratique de la médecine générale pour un médecin qui correspond au troisième profil précédemment établi ;
- Par une formation et expérience passée ou actuelle dans l'AMU :
 - « *Vous avez devant vous quelqu'un qui a été formé au SAMU, qui est monté dans hélicoptères, qui a fait des évacuations sanitaires, qui s'est baladé en hélitreuillage, donc euh je suis assez actif quand il y a quelque chose !* » (MG11) ;

- « On est habitués aux gestes d'urgence, le coup des perfusions, intuber...Bon c'est vrai qu'on intube pas tous les mois mais bon on a quand même, on sait se servir d'un respirateur etc. donc voilà ! » (MG9).

Nous pouvons noter que deux participants faisant partie de cette catégorie ont exprimé spontanément leur attrait pour l'urgence :

- « Tout ça c'est toujours des choses où il faut aimer l'action, l'imprévu, maîtriser son stress etc., c'est dans ma nature » (MG7) ;
- « J'ai toujours baigné là-dedans depuis tout petit hein... » (MG13).

Nous remarquons également que sur les neuf médecins, sept participent ou ont participé au dispositif MCS. Ce qui peut déjà laisser entrevoir un des bénéfices de ce dernier, que nous développerons dans la partie dédiée.

Ces résultats sont illustrés dans la figure 3 ci-dessous :

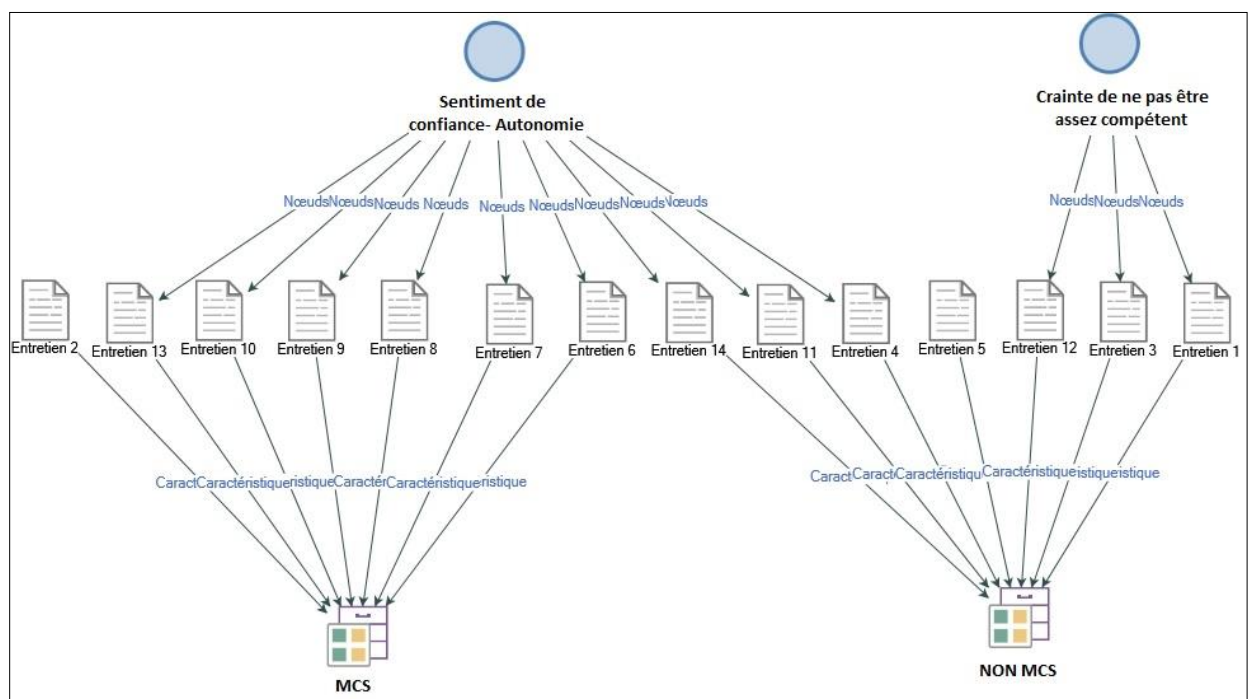


Figure 3 : Gestion des urgences sur le plan médical (NVivo®)

Dans la gestion des urgences en milieu rural, la coopération avec le SAMU et les pompiers a été évoquée comme une aide sur le plan médical par la majorité des médecins interviewés :

- « Pour tout ce qui va être le contact avec le SAMU je veux dire heureusement qu'ils sont là pour t'aider à peaufiner le truc. » (MG6) ;

- « *Actuellement je fais le 18 ou le 15, j'appelle le SAMU ou les pompiers, ils viennent et on gère le truc.* » (MG11) ;
- « *Je me sens pas comme un laissé pour compte parce que je trouve que le SAMU de Bastia il répond partout en Corse.* » (MG4).

Cependant, des problèmes de communication ont été soulevés par certains d'entre eux :

- « *Et ce qui manque aujourd'hui c'est de la discussion entre les urgentistes et les généralistes. Moi aujourd'hui quand j'appelle le SAMU j'ai peur d'être mal accueilli, je trouve que c'est dommage ! [...] Je trouve que là c'est le patient qui en pâtit parce que je vais hésiter à appeler le SAMU.* » (MG4) ;
- « *La seule chose, il faut qu'ils écoutent ce qu'on leur dit !* » (MG12) ;
- « *Je pense qu'on a besoin de plus de considération.* » (MG4).

Le MG4 a d'ailleurs émis une suggestion pour améliorer ces difficultés de communication : « *Je trouve qu'on devrait plus souvent se rencontrer, discuter, avec les médecins urgentistes de Corse [...] au moins faire une journée de rencontre par an ce serait bien quoi* ».

V- Le dispositif « Médecins Correspondants du SAMU »

1. Un paradoxe entre représentation générale satisfaisante et attractivité insuffisante

La représentation générale à propos du dispositif MCS était positive pour la majorité des médecins interviewés, que ce soit :

- Pour les MCS :
 - « *Généralement, enfin pour moi, je trouve que c'est positif, aussi bien pour la population que pour moi quoi.* » (MG8) ;
 - « *Et puis de façon plus générale pour la population ça a mis quand même un dispositif d'urgentistes...d'urgences du moins qui tient un peu la route quoi !* » (MG13) ;
 - « *Il n'y a QUE des points positifs* » (MG6).
- Pour les non MCS :
 - « *Moi je trouve que c'est utile [...] pour l'instant les seuls retours que j'en ai ils sont très bons !* » (MG4) ;
 - « *Alors pour les patients dans la région je pense que c'est bien ! C'est toujours un plus pour la prise en charge de ces situations qui sont bah difficiles.* » (MG1).

Nous avons retrouvé seulement deux avis négatifs exprimés par deux médecins ne participant pas au dispositif, qui trouvaient à ce dernier une utilité relative :

- « *Ben c'est utile que pour les accidents de voiture* » (MG12) ;
- « *Bah personnellement, je suis peut-être pas le bon cas, mais je vais pas appeler un médecin correspondant SAMU, je vais faire avec ce que j'ai et je vais me débrouiller quoi !* » (MG11). Il est à noter que ce médecin est un ancien urgentiste ayant travaillé au SAMU, ce qui le rend peut-être plus autonome.

De nombreux points positifs ont été relevés par les sujets non MCS, qui sont, selon eux, liés :

- A un gain de temps, afin d'éviter une perte de chance pour le patient :

- « *Il y a un gain de chance pour eux, pour certains ça a été super efficace qu'il y ait quelqu'un qui vienne les voir avant et qui puisse les orienter mieux.* » (MG4) ;
- « *Ça peut permettre de gagner un peu de temps dans la prise en charge, d'éviter une perte de chance pour le malade.* » (MG1).
- A l'apport du VLSM en Costa Verde et notamment des Infirmiers Sapeurs-Pompiers :
 - « *Bon après ici il y a quand même cette histoire d'infirmiers protocolés donc où ils font beaucoup de choses tout seuls, moi sur l'arrêt cardiaque, si j'étais pas là c'était pareil !* » (MG1).
- A l'apport de moyens matériels :
 - « *C'est bien d'avoir les moyens ! [...] Ils sont très très bien équipés ! L'équipement il est parfait, j'ai rien à dire.* » (MG1).
- A une sollicitation des médecins généralistes, pour la prise en charge des urgences, amoindrie par le dispositif :
 - « *Ils ont un réseau qui est plus présent, plus efficace, ils sont beaucoup plus là et pour nous ça veut dire qu'on est beaucoup moins sollicités, quasiment pas !* » (MG3).

Ces points positifs sont illustrés dans un nuage de mots en annexe 12.

Lorsque nous avons interrogé ces sujets non MCS à propos des facteurs attrayants qui pourraient les motiver à participer à ce dispositif, les points suivants ont été abordés :

- L'intérêt médical :
 - « *Facteurs attrayants oui, l'urgence en elle-même est attrayante.* » (MG12).
- Le sentiment d'utilité :
 - « *On réalise pleinement notre passion de médecin d'aider les gens, on a vraiment l'impression de faire quelque chose* » (MG11).
- L'acquisition de compétences :

- « *Et c'est toujours bien d'avoir ce "package" là en plus pour ta pratique quotidienne, la formation qu'ils ont eue je pense que c'est un plus, même pour le quotidien dans leur cabinet.* » (MG4).
- La rémunération :
 - « *Alors moi personnellement les facteurs attrayants euh... Tout court en fait pas pour moi hein... je crois qu'ils sont bien rémunérés... la rémunération est au rendez-vous.* » (MG4).

Malgré ces nombreux facteurs attrayants, aucun de ces médecins ne souhaitait participer au dispositif :

- « *Moi je sais que je pourrais pas faire partie d'un truc comme ça.* » (MG14) ;
- « *Alors, on m'a proposé d'y participer mais... j'ai refusé ! [...] je préfère ne pas trop m'engager là-dedans.* » (MG1).

Pour expliquer ce refus, les principaux facteurs limitants évoqués étaient :

- La gestion compliquée de la salle d'attente avec la crainte d'une répercussion sur la patientèle :
 - « *[...] c'est celui de devoir quitter le cabinet à n'importe quel moment pour une durée indéterminée et de laisser sa patientèle sur le carreau [...] pour laquelle tu as quand même un engagement quand tu acceptes d'être leur médecin traitant.* » (MG4) ;
 - « *D'être à deux endroits à la fois, il y a forcément quelqu'un qui est lésé.* » (MG4) ;
 - « *Rajouter en plus la pression de l'urgence quand il y a du monde dans la salle d'attente dire "bon bah je suis désolé là il faut que je m'en aille" parce qu'il y a eu un accident de la route 10km plus loin...euh non !* » (MG1).
- La crainte d'un manque de compétences :
 - « *Bah j'ai un manque de compétences, je sais pas intuber...fin voilà quoi !* » (MG5) ;
 - « *Et si c'est pour faire quelque chose mal, j'ai pas envie !* » (MG1) ;

Nous pouvons remarquer qu'un médecin a également fait référence à la formation MCS qui lui semblait inadaptée : « *Une semaine de formation par an ça*

remplacera pas celui qui a un DESC d'urgences ou aujourd'hui qui a un DES de médecine d'urgence. » (MG1).

- Le manque de temps :
 - *« J'ai trop de boulot, je pense pas que je puisse faire plus ! » (MG14) ;*
 - *« Je ne trouve pas le temps pour euh...à la fois la formation et à la fois le faire sur le terrain. C'est le manque de temps. » (MG12).*
- Les responsabilités jugées trop importantes :
 - *« Et après avoir des responsabilités sur une urgence si je sais pas la gérer, j'ai pas envie ! » (MG1).*
- L'impact sur la vie privée :
 - *« Et après l'organisation avec une vie de famille. » (MG5).*
- Le manque d'intérêt pour les urgences :
 - *« Bah déjà il faudrait que je sois formée et tout ça et j'ai pas trop envie... J'ai plus envie de faire de la médecine générale. » (MG5) ;*
 - *« L'urgence c'est pas mon truc ! Ça me plaît pas ! » (MG3).*

Nous avons identifié un autre facteur qui pourrait également être limitant à la participation des médecins. Il s'agit de la connaissance générale du dispositif. En effet, la majorité des sujets non MCS interviewés avait une connaissance moyenne voire nulle du dispositif :

- *« Je sais qu'ils ont une formation, je sais qu'ils sont rémunérés à l'acte, à la mission euh... c'est à peu près tout ce que je sais [...] je sais pas s'ils sont amenés à faire des actes sur place, poser une voie etc. ? » (MG4) ;*
- *« Ce que vous appelez médecins correspondants SAMU c'est ce médecin qui est à son cabinet et qu'on appelle ? » (MG11) ;*
- *« Absolument rien. RIEN. [...] Donc ils répondent au téléphone tout simplement ? » (MG12) ;*
- *« Non, je n'ai jamais entendu parler ! » (MG14).*

Seulement l'un d'entre eux avait une bonne connaissance générale du dispositif. Il s'agit d'un médecin correspondant au premier profil ⁴ de participants.

⁴ Profil 1 : Jeunes médecins récemment installés, très attachés à leur région et à leur exercice de la médecine générale et souhaitant bien dissocier cet exercice de celui de la médecine d'urgence.

Nous pouvons noter que les autres médecins correspondant à ce profil en avaient une connaissance moyenne, jamais nulle.

Les médecins n'ayant aucune connaissance du dispositif correspondent au troisième profil⁵.

Ces principaux résultats sont illustrés dans la figure 4 ci-dessous :

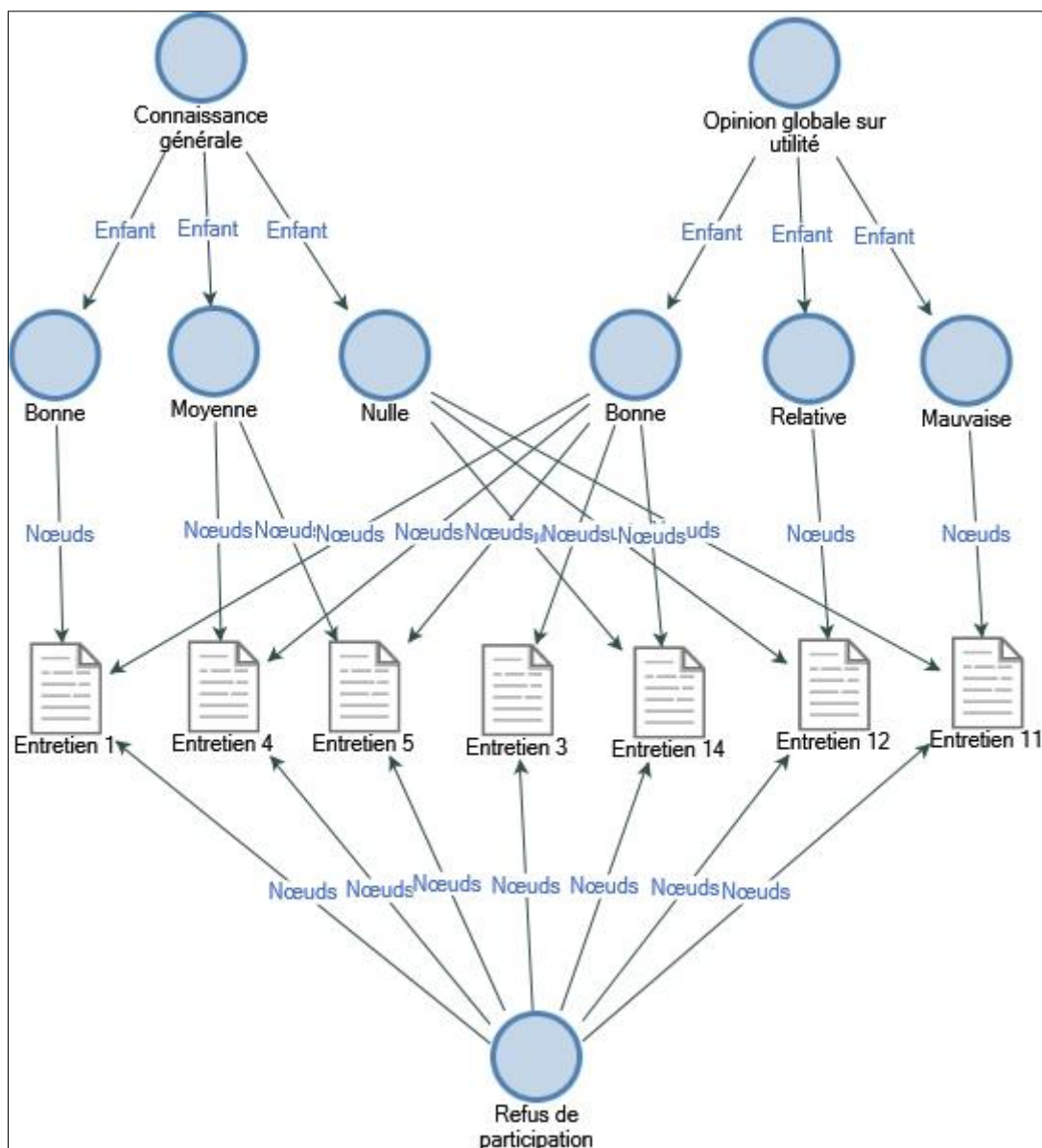


Figure 4 : Le dispositif MCS selon les sujets NON MCS : représentation générale et motivation à la participation (NVivo®)

⁵ Profil 3 : Médecins généralistes de plus de 60 ans avec une grande expérience de la médecine générale, ne participant pas au dispositif, exerçant seuls et ayant un nombre quotidien de consultations conséquent.

2. Un atout aussi bien sur le plan professionnel que personnel

Nous avons interrogé les sujets MCS à propos des points positifs du dispositif et de leur vécu vis-à-vis de l'intégration de ce dernier dans leur quotidien.

Sur le plan professionnel, de nombreux points positifs ont été soulevés. Ces derniers sont liés à :

- L'intérêt médical :
 - « *D'un point de vue plus intellectuel, bon ben ça permet de faire quand même des interventions d'un niveau supérieur avec du matériel etc. de prise en charge de l'urgence...* » (MG13) ;
 - « *En tant que participant ça permet de varier la pratique.* » (MG2) ;
 - « *Et après ça me change un peu aussi du quotidien du cabinet, c'est pas vraiment la même chose.* » (MG7) ;

Il est à noter que la nécessité d'aimer les urgences pour participer au dispositif a été soulevée par plusieurs MCS : « *il faut aimer les urgences vous voyez [...] on fait ça parce qu'on est un peu piqué je pense.* » (MG7).

D'ailleurs le seul médecin ayant interrompu sa participation a exprimé ne pas apprécier les urgences : « *si tu as la vocation ça te plait le MCS, si tu as pas la vocation tu sors du cursus.* » (MG6).

- La rémunération :
 - « *Un confort aussi financier faut bien le reconnaître.* » (MG8) ;
 - « *Après en contrepartie, euh, la rémunération fait que quand même le travail à coté est allégé [...] C'est une rémunération complémentaire qui peut être conséquente.* » (MG2) ;
 - « *Alors...c'est intéressant financièrement [...] c'est pas négligeable* » (MG13).

Nous pouvons remarquer que certains médecins voyaient cette rémunération comme une manière d'améliorer leur vie privée en leur permettant de prendre plus de congés comme le dit le MG7 : « *Je peux prendre des congés assez souvent [...] et je compense par ce que je gagne au SAMU.* »

- L'apport de matériel :
 - « *Et surtout on a accès à du matériel quoi !* » (MG10) ;

- « *Un confort matériel* » (MG8).
- L'acquisition de compétences via la formation et l'expérience MCS :
 - « *C'est bien même après pour soi de savoir gérer les urgences, ça aide [...] c'est se sentir un peu plus compétent, un peu plus sûr de soi, maîtriser les situations pas ordinaires en médecine* » (MG7) ;
 - « *Et puis le fait d'avoir aussi une formation ! Adaptée un peu à notre pratique, ça nous a permis quand même une remise à niveau.* » (MG8).
- Une protocolisation des prises en charge :
 - « *Oui parce que c'est protocolisé ...* » (MG2).
- Une charge de travail jugée raisonnable malgré une crainte initiale :
 - « *Après la majorité du temps, ils nous appellent pas trop, c'est pas un gros travail.* » (MG2) ;
 - « *La crainte qu'on avait au début c'est d'être sollicités à tour de bras par le 15 [...] et en fait non ça se passe bien.* » (MG9).

La majorité des MCS a souligné la bonne relation existant entre eux, facilitant ainsi l'organisation de leurs plannings : « *Alors on s'arrange assez bien entre nous tu vois.* » (MG13).

Sur le plan personnel, le sentiment d'utilité et la satisfaction personnelle ont été évoqués comme des points positifs du dispositif :

- « *C'est déjà se sentir utile d'abord, on a une bonne reconnaissance de la population, de la région, de plus en plus [...] et au niveau des familles aussi, vous voyez, quand on a sauvé quelqu'un la famille est contente aussi* » (MG7) ;
- « *Là je suis utile !* » (MG6) ;
- « *Après il y a la satisfaction personnelle* » (MG7).

Nous pouvons également noter des particularités propres à chacune des deux régions étudiées.

Concernant la Costa Verde, le dispositif VLSP/ISP a été évoqué à de nombreuses reprises comme un point positif :

- « *Après ce qui est bien c'est que l'infirmier se débrouille je pense seul avec ses protocoles.* » (MG2) ;
- « *Il y a quand même l'infirmier, tu vois, il y a quand même déjà un premier rideau.* » (MG13).

Ce dispositif apparaît donc ici comme un véritable atout, d'ailleurs le MG13 a suggéré qu'il serait judicieux de poursuivre son développement : « *Donc l'histoire du VLMS pour moi personnellement c'est quelque chose pour lequel je suis très très favorable et que j'ai très très envie de développer en Corse quoi.* »

La région des Deux-Sevi, quant à elle, se distingue sur plusieurs points. En effet, ayant eu une activité antérieure similaire en tant que Médecins Sapeurs-Pompiers, les MCS de la région ont accueilli le dispositif comme un réel confort sur le plan professionnel, sans impact supplémentaire sur leur vie privée :

- « *Pour moi c'est que du positif hein ! [...] On fait ce qu'on faisait avant, on est soutenu, euh... Ils nous amènent du matériel qu'on avait pas, une structure qu'on avait pas et en plus ils nous paient sur les interventions ! Pour faire la même chose, c'est bien !* » (MG10) ;
- « *Ça nous a permis d'être assuré* » (MG9) ;
- « *Surtout c'est que les infirmières viennent tous les mois de façon très sérieuse contrôler le matériel* » (MG8) ;
- « *Donc la vie privée ouais non c'est compliqué parfois... mais ça c'est pareil, c'était comme ça avant hein !* » (MG8).

Dans cette région, un autre point positif apporté par la mise en place du dispositif était le fait d'avoir récupéré un secteur d'intervention plus restreint et donc plus adapté : « *Et puis nous surtout ce qui était important pour nous c'est que ça nous a permis de récupérer un secteur d'intervention plus petit qui correspond à notre activité naturelle.* » (MG9).

3. Des points à améliorer

Malgré tous les points positifs énumérés précédemment, il reste de nombreux éléments à améliorer.

Les principaux points négatifs qui ont été relevés par les MCS sont liés :

- Aux contraintes de disponibilité et d'organisation sur le plan professionnel :
 - « *Il faut qu'on soit d'astreinte dix fois 24 heures par mois et c'est compliqué quoi hein...* » (MG13) ;
 - « *Et c'est des contraintes de disponibilité.* » (MG2) ;
 - « *Les points négatifs euh... Bon il faut organiser de manière particulière son temps de médecin généraliste, qui fait les campagnes éloignées, et le temps de MCS de garde...* » (MG7).
- A l'impact sur la vie privée :
 - « *Oui sur le plan de la vie privée parfois ça peut être difficile... Quand il faut sauter du lit à trois heures du matin... la nuit profonde...* » (MG7) ;
 - « *Alors ça a un impact sur l'organisation, surtout que j'ai un enfant donc il faut que je sois disponible. Euh, ça a un impact sur mes loisirs parce que les week-ends on peut pas toujours s'éloigner du véhicule, on doit aller avec deux voitures.* » (MG2) ;
 - « *Tu peux pas sortir du secteur, je peux pas prendre ma moto quand je suis d'astreinte...Tu vois... Il y a quelques trucs que je peux pas.* » (MG13).
- A l'impact négatif sur la patientèle :
 - « *Des fois on doit partir alors qu'ils sont venus au cabinet.* » (MG2) ;
 - « *Ici il aurait très bien pu y avoir un malaise, un problème, et j'étais bloqué là-bas...Donc je trouve ça très dangereux pour le médecin de ville qui a un cabinet plein à ce moment-là !* » (MG6).
- Au manque d'effectif :
 - « *Le problème c'est que moi je suis ici tout seul, donc en fait on peut pas non plus...je peux pas assurer à moi tout seul une permanence des soins 24h/24 sept jours sur sept.* » (MG8) ;
 - « *On est que trois...donc ça c'est un peu...c'est ce qui est pénible, c'est qu'on est pas assez nombreux* » (MG13).
- Au stress généré :
 - « *Mais c'est vrai que je n'arrive pas à maîtriser le stress quand je dors, quand je suis de garde, même si je suis pas appelé.* » (MG7).
- A la fatigue générée :

- « *Faut se rendre compte que le lendemain matin je dois être au cabinet et commencer mes consultations et faire ma journée normale de travail [...] Donc vous voyez ça peut être un peu épuisant.* » (MG7).
- Au caractère chronophage :
 - « *Vous imaginez s'il y a vraiment une grosse intervention dans la nuit avec réanimation [...] ça prend du temps !* » (MG7).
- Au manque d'harmonisation de la pharmacie :
 - « *Et puis aussi on a un peu des soucis d'harmonisation mais ça c'est vraiment... c'est secondaire hein... d'harmonisation des drogues.* » (MG13).

Nous pouvons noter qu'un MCS (MG2) a exprimé sa déception par rapport à une attente initiale de mise en place d'une antenne SMUR en Costa Verde : « *On espérait avoir une antenne SMUR comme à Ghisonaccia où on aurait un médecin salarié...C'est d'ailleurs ce qu'on nous avait laissé entendre hein quand on a participé.* »

La principale suggestion d'amélioration du dispositif proposée par les MCS concernait le manque d'effectif, qui était lui-même soulevé comme un des principaux points négatifs :

- « *Je te dis l'amélioration c'est euh... au niveau du nombre de médecins aussi.* » (MG13) ;
- « *Qu'il y ait plus de monde !! Plus de médecins...* » (MG7).

Cela semble montrer à nouveau la nécessité de promouvoir le dispositif comme l'a souligné un MCS : « *il faudrait que ça soit plus connu ! Et si on le montrait plus aux gens ils pourraient être séduits !* » (MG7). Nous remarquons qu'un sujet non MCS a également encouragé le développement du dispositif : « *peut-être aider un peu plus ces gens-là, faciliter les choses, permettre que ça se développe un peu* » (MG3).

D'autres suggestions, plus secondaires, ont également été évoquées et sont liées à :

- Une optimisation du matériel et des médicaments :
 - *Pour la Costa Verde : « il faudrait qu'on puisse harmoniser la pharmacie déjà...ça ça serait pas mal... » (MG13) ; « on ne dispose pas des appareils de ventilation non invasive et ça parfois ça peut tout changer pour certains patients » (MG7) ;*

- Pour les Deux-Sevi : « On avait demandé d'avoir des cathéters intra-os-seux, on en a pas mais bon... » (MG9).
- Une adaptation des plages horaires des astreintes :
 - « Moi ce que je voulais et que j'ai déjà dit, c'est de ne plus faire les tranches en 12h mais plutôt par 3 ou 6h pour pouvoir plus facilement gérer notre emploi du temps. » (MG2).
- Une adaptation des infrastructures dans la région des Deux-Sevi (Ota) :
 - « On réclame ça à Piana depuis longtemps c'est qu'on ait une antenne des pompiers ici » (MG8) ;
 - « Et ben peut-être faire une DZ officielle...aux normes. » (MG8).

Ces principaux résultats sont illustrés dans la figure 5 ci-dessous :

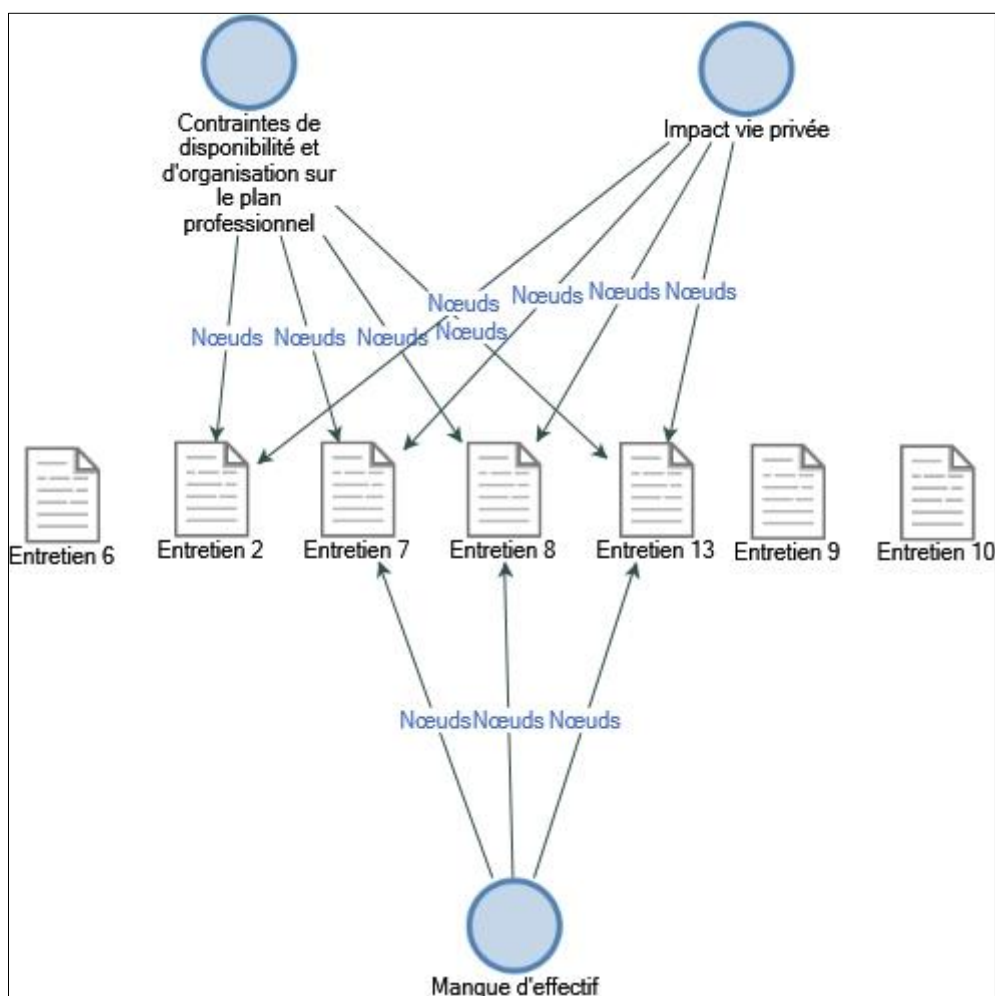


Figure 5 : Les points négatifs du dispositif MCS selon les sujets MCS (NVivo®)

4. Coopération SAMU : un lien essentiel à perfectionner

Le SAMU est au cœur de l'organisation du dispositif MCS. Il est d'ailleurs l'organisme responsable de la formation spécifique des MCS.

Cette formation a été jugée globalement satisfaisante par la plupart des MCS :

- « *Moi je pense que la formation est très bonne.* » (MG7) ;
- « *Ben déjà c'était un truc en petit comité [...] donc on l'a fait quand même sérieusement et ça c'était bien...ça fait une remise à niveau...et on a fait aussi le côté pratique* » (MG8).

Néanmoins, la totalité des MCS l'a trouvée insuffisante :

- « *Ouais la formation je pense n'est pas assez régulière. On a un jour par an et euh...* » (MG2) ;
- « *Ça a le mérite d'exister...Mais ça fait pas de toi un urgentiste hein...C'est sept jours la formation hein.* » (MG13) ;
- « *Bah au niveau de la formation, si je dois prendre en charge un enfant en urgence vitale je serais vraiment mal à l'aise. C'est un truc que je redoute* » (MG2).

Nous pouvons remarquer que plusieurs médecins ont soulevé le fait que la formation était peut-être non adaptée à un médecin n'ayant pas d'expérience de l'urgence : « *Bon maintenant pour un médecin qui débute c'est peut-être un peu léger effectivement ! Parce que c'était vraiment plus du rappel quoi !* » (MG9).

Il est important de souligner que la plupart des MCS étaient demandeurs d'une formation plus importante. Pour cela, la quasi-totalité d'entre eux a proposé des suggestions d'amélioration, qui sont les suivantes :

- Rendre la formation plus régulière :
 - « *De temps en temps faire encore un petit stage ça serait bien quoi !* » (MG10).
- Accentuer la formation pratique notamment en se formant sur le terrain auprès des urgentistes du SMUR :
 - « *Ce qui serait bien aussi pour notre formation c'est qu'on nous appelle même s'il y a déjà le SAMU quand c'est sur notre territoire, qu'on puisse apprendre en les voyant faire.* » (MG7).

- Augmenter la formation pédiatrique :
 - « *Augmenter la formation générale et la formation pédiatrique en particulier.* » (MG2).

Nous pouvons noter que de nombreux MCS ont désigné le manque de temps comme frein à une augmentation de leur formation : « *On travaille tous les jours, comme des fous, plus ou moins...Donc la contrainte c'est d'arriver à trouver du temps pour faire ça.* » (MG13).

Pour tenter de résoudre cela, un MCS a suggéré de mieux adapter la formation aux différentes contraintes des médecins généralistes : « *On avait pensé faire des trucs plutôt le soir...sous forme de séminaires...tu vois de plusieurs jours, ou une semaine... mais bon il faut que ça soit rémunéré parce qu'il n'y a personne qui va perdre une semaine pour être MCS tu vois...* » (MG13)

La relation entre le SAMU et les MCS constitue un des piliers du dispositif. La quasi-totalité des MCS a souligné une bonne coopération générale avec le SAMU :

- « *En fait comme on est un peu "dans la maison" du SAMU même si on est de l'extérieur, quand on sollicite un hélico etc. du coup on travaille avec des collègues que l'on connaît...* » (MG8) ;
- « *Et c'est bien aussi de connaître tout le monde aux urgences, que ça soit nos collègues...* » (MG7) ;
- « *Bon nous on les connaît personnellement, donc en général ça se passe plutôt bien.*» (MG9).

D'après plusieurs MCS, le SAMU semble être disponible autant que possible, à l'écoute et compréhensif :

- « *Enfin ils sont pas pointilleux ils sont quand même assez souples mais voilà si on dit "non voilà il y a un problème etc. " ils amènent un hélico dans la mesure du possible* » (MG8) ;
- « *Après je pense que les régulateurs doivent le sentir et les urgences sur les enfants souvent ils font directement le SMUR plutôt que nous.* » (MG2) ;
- « *Et puis ils comprennent aussi parce que...ici on a un problème de réseau...Euh... non ils sont vraiment cools.* » (MG8).

Malgré tout cela, de nombreuses difficultés ont été soulevées par les MCS. La principale concernait le non-respect du cahier des charges par le SAMU, sur des points spécifiques à chaque région :

- Pour la Costa Verde, il s'agissait :
 - D'un non-respect du territoire : « *Alors ça c'était énorme : un arrêt cardiaque à Felce (moi j'habite Folelli hein)... j'ai dit "Mais... il y en a pour combien pour aller vers là-bas ? Ça serait pas mieux d'envoyer d'hélicoptère ?" Je suis arrivé une heure et quart après* » (MG6) ;
 - D'une dissociation des dispositifs VLSM-MCS : « *Au début ils nous envoyaient et nous demandaient d'aller sans l'infirmier, sans la VLSM* » (MG2) ;
 - D'un déclenchement pour des motifs de PDSA : « *A un moment donné, ils avaient tendance, un petit peu à dériver sur la permanence de soins tu vois...* » (MG13).

Il est à noter que ces médecins ont spontanément précisé que ces problèmes ont été réglés progressivement : « *Mais ça on a eu une réunion, on a eu une discussion on a mis tout ça au clair et depuis ça s'est calmé, de suite* » (MG13)

- Pour les Deux-Sevi, il s'agissait :
 - D'une inversion du mode de déclenchement : « *C'est souvent nous qui déclenchons et pas l'inverse.* » (MG9).

Tous ces éléments semblent être « régulateur-dépendant » comme l'ont souligné plusieurs MCS :

- « *C'est que c'est très régulateur-dépendant sur plein de choses* » (MG2) ;
- « *Il y a des régulateurs qui aiment bien avoir le médecin, d'autres non...* » (MG13) ;
- « *En plus, il y a pas tous les régulateurs qui sont compréhensifs* » (MG2) ;
- « *Il y en a des permanenciers des fois ils ne savent pas...* » (MG8).

Une autre des difficultés dans la coopération avec le SAMU qui a été relevée par les MCS concernait la perte de temps engendrée par plusieurs facteurs :

- Un déclenchement du MCS trop tardif :
 - « *C'est compliqué quand ils ont appelé que les pompiers et qu'ils nous appellent après mais que c'est trop tard pour faire quelque chose...Ça fait perdre du temps* » (MG7) ;
- Un manque d'écoute de la part des régulateurs provoquant une temporisation excessive sur le terrain :
 - « *A partir du moment où j'avais le diagnostic, où j'ai dit "c'est ça il faut faire ça" et qu'on était au pied de l'hélicoptère... une heure ! UNE HEURE !* » (MG6).

Nous pouvons remarquer que l'un des sujets non MCS a également évoqué cette temporisation excessive sur les lieux : « *Je trouve qu'ils temporisent trop sur les lieux ! Ils restent deux heures dans le fourgon alors qu'en fait il faut assurer les fonctions vitales et on file !* » (MG11).

Pour éviter cette perte de temps les MCS ont proposé :

- Un déclenchement du MCS plus systématique pour certaines urgences : « *Il y a des situations où je crois qu'il faudrait un médecin systématiquement...comme par exemple les chutes de très haut, et les douleurs thoraciques...* » (MG7) ;
- Une diminution de la temporisation sur les lieux : « *Il y a plein de situations... avec les enjeux par exemple de thrombolyse, que ça soit coronarienne ou cérébrale, où il faut aller vite...* » (MG13).

Enfin, d'autres difficultés ont été soulevées à moindre échelle, telles que :

- De « fausses interventions » : « *"Ah il est essoufflé il est essoufflé", j'arrive au lotissement en pleine nuit : "ben il a un cancer du larynx ça le gratte"* » (MG6) ;
- Un manque de disponibilité du SAMU indépendant de sa volonté : « *Dans l'été ça arrive quand même...et certaines nuits aussi...que tout le monde soit dehors...ça ça arrive.* » (MG7).

5. Un atout qui ne résout pas tout

Comme nous l'avons vu précédemment, le dispositif MCS est perçu par les médecins comme un atout pour la prise en charge des soins urgents en milieu rural.

Pour le MG13, il favoriserait aussi la continuité de l'accès aux soins :

- « *Donc si tu veux ça fait un complément. [...] un système qui je trouve est intéressant parce que le week-end tu as quand même la PDSA, la nuit en semaine il y a la régul et puis si c'est vraiment urgent il y a le dispositif VLSM plus ou moins le MCS* ».

Cependant, certains médecins ont souligné le caractère peu réaliste de l'objectif d'accès aux soins en moins de 30 minutes au travers du dispositif MCS, en particulier dans les territoires montagneux :

- « *Il y a des règlements qui disent que le MCS doit intervenir en 30 minutes à partir de l'appel...Mais le terrain est difficile en montagne donc être partout en 30 minutes c'est difficile...* » (MG7) ;
- « *En fait l'histoire de Hollande qui disait "Pas un français à plus d'une demi-heure de l'hôpital", bon, donc on sait très bien que c'est pas réalisable... donc en fait c'est que... ben il a déporté... en fait moi je représente l'hôpital !* » (MG8).

Par ailleurs, plusieurs médecins, qu'ils soient MCS ou non MCS, voient ce dispositif comme un « pansement » instauré par le Gouvernement :

- « *Ce sont des pis-aller [...] Pas que c'est pas convenable mais, c'est du rafistolage !* » (MG11) ;
- « *Je vais pas non plus cracher dans la soupe hein ! Mais ça ne répond pas euh... encore une fois euh... au problème posé quoi !* » (MG8) ;
- « *Le problème c'est que l'offre de soins est insuffisante il y a pas assez de médecins donc ils essaient de mettre des pansements un peu partout en disant "Bon il est pas urgentiste mais il est généraliste, bon ça passe." Baah non, ça passe pas !* » (MG1).

VI- Les actions publiques : une volonté de bien faire effacée par des mesures inadaptées

En ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux soins en milieu rural, la quasi-totalité des médecins interrogés considère les mesures prises par le Gouvernement comme inadaptées et insuffisantes :

- « *Alors les mesures incitatives elles sont insuffisantes et inadaptées !* » (MG10) ;
- « *C'est-à-dire qu'on a fait une maison de santé pour lutter contre la désertification médicale et le fait que la maison de santé marche bien on n'est plus une zone désertifiée* » (MG9) ;
- « *Il y a une qualité de vie qui est prioritaire. Les gens vont pas aller dans une région où ils sont seuls. Donc, non ! Je trouve que ce qu'ils font n'est pas adapté !* » (MG5) ;
- « *Le rôle qu'on va donner aux infirmiers dans les campagnes je suis plus sceptique... comme tous les vieux médecins...* » (MG12).

Pour deux des médecins, le caractère inadapté de ces mesures ne semble pas venir d'un manque d'aides mais plutôt d'une mauvaise répartition de ces dernières :

- « *En favorisant trop les zones isolées on a peut-être, les zones qui étaient entre les deux, on les a mises de côté. Voilà* » (MG2) ;
- « *Après toutes ces maisons de santé c'est un peu gaspiller l'argent de l'Etat pour moi...* » (MG7).

Malgré cela, la moitié des médecins interrogés a noté une volonté de bien faire de la part du Gouvernement pour tenter d'améliorer l'accès aux soins en milieu rural :

- « *Mais enfin ceci dit on va dans le bon sens... Les maisons de santé : oui, les aides : oui...* » (MG12) ;
- « *Je pense qu'il y a quand même une vraie volonté de mettre des services d'urgence et une prise en charge de l'urgence à moins de 30 minutes de la population... C'est quand même un vœu pieux.* » (MG13) ;
- « *Entre nous tu sais quoi ils font ce qu'ils peuvent...* » (MG6).

Au total, une insatisfaction générale semble émerger des propos de la plupart des médecins :

- « *Y'a une inertie qui fait que bon on peut pas aller plus loin, le système il est trop freinateur [...] Parce que je pense que politiquement ça bouge pas !* » (MG3) ;
- « *Je pense qu'il faut vraiment se remettre en question...Donc non le Gouvernement pfff... Ouais non ils font pas d'effort !* » (MG5) ;
- « *Mais quand on a aucune aide de la part des Elus euh...parce qu'ils disent on est tous derrière vous mais...derrière moi il n'y a personne !* » (MG8).

Nous pouvons remarquer que la notion de « pansement » est ressortie ici encore :

- « *Je trouve qu'on met des bouts de sparadrap quelque part !* » (MG11) ;
- « *Ce que fait le Gouvernement, c'est du bricolage ! C'est du bricolage.* » (MG14).

Cette insatisfaction a été exprimée par les médecins à travers les points suivants, pour lesquels des suggestions d'amélioration ont d'ailleurs été proposées :

- Le manque d'aide financière : « *Voilà hein, vous avez compris la difficulté que l'on a aujourd'hui c'est-à-dire on travaille beaucoup mais d'un autre côté on donne beaucoup, donc c'est un cercle vicieux, et un épuisement permanent.* » (MG12).

Pour cela des suggestions de compensation ont été émises :

- « *C'est-à-dire par exemple, défiscaliser certaines choses. Vous défiscalisez bien les heures supplémentaires pour les autres gens qui travaillent.* » (MG3) ;
- « *Etre déjà mieux rémunéré au quotidien.* » (MG5).
- Le manque de reconnaissance de la médecine générale : « *Il faudrait redonner de la valeur au médecin...* »(MG7).

Pour revaloriser la médecine générale, plusieurs suggestions ont été faites autour de deux axes principaux :

- Augmenter son attractivité : « *il faut créer des vocations* » (MG6) ;
- Améliorer la formation : « *pour la médecine générale, éventuellement un cursus à part du reste.* » (MG6).

- Le manque d'incitation et d'aides à l'installation en milieu rural : « *Je trouve pas qu'on nous facilite la vie pour l'installation, au contraire ! Au contraire, c'est...c'est vraiment une conviction de s'installer dans le rural sinon c'est pas attrayant [...] si tu veux d'un point de vue global on est un peu abandonné* » (MG4).

Pour pallier cela, les suggestions suivantes ont été émises :

- « *La meilleure incitation ça serait de lever toutes les charges qu'il y a, les diminuer, vous verriez que plus d'un jeune irait à la campagne qu'il soit seul ou en groupe* » (MG12) ;
- « *L'idéal serait de dire "Bon vous allez vous installer dans tel endroit bah tenez on vous donne tout ce qu'il faut pour que vous puissiez travailler dans de bonnes conditions."* » (MG1).
- Le manque de compréhension de la part du Gouvernement : « *Et on a l'impression qu'ils ont rien compris. C'est des extra-terrestres, c'est pas les mêmes que ceux qui travaillent sur le terrain, voilà.* » (MG3).

Pour tenter de résoudre cela, une amélioration de communication entre les Elus et les médecins a été suggérée par ces derniers :

- « *Allez voir les médecins, posez-leur des questions !! Regardez comment ils bossent !* » (MG3) ;
- « *Je pense qu'il faut discuter avec les médecins, il faut voir ce qu'ils sont d'accord de faire, leur faire des propositions, mais rester sur quelque chose d'adapté.* » (MG4).
- A l'insuffisance du numerus clausus : « *Pff ils peuvent mettre des choses mais s'ils n'augmentent pas le numerus clausus, à un moment donné...Fin j'sais pas...* » (MG5).

L'augmentation du numerus clausus a d'ailleurs été proposée par plusieurs médecins :

- « *Le faire disparaître non, l'ouvrir largement oui.* » (MG6).

Ces résultats sont illustrés dans la figure 6 ci-dessous :

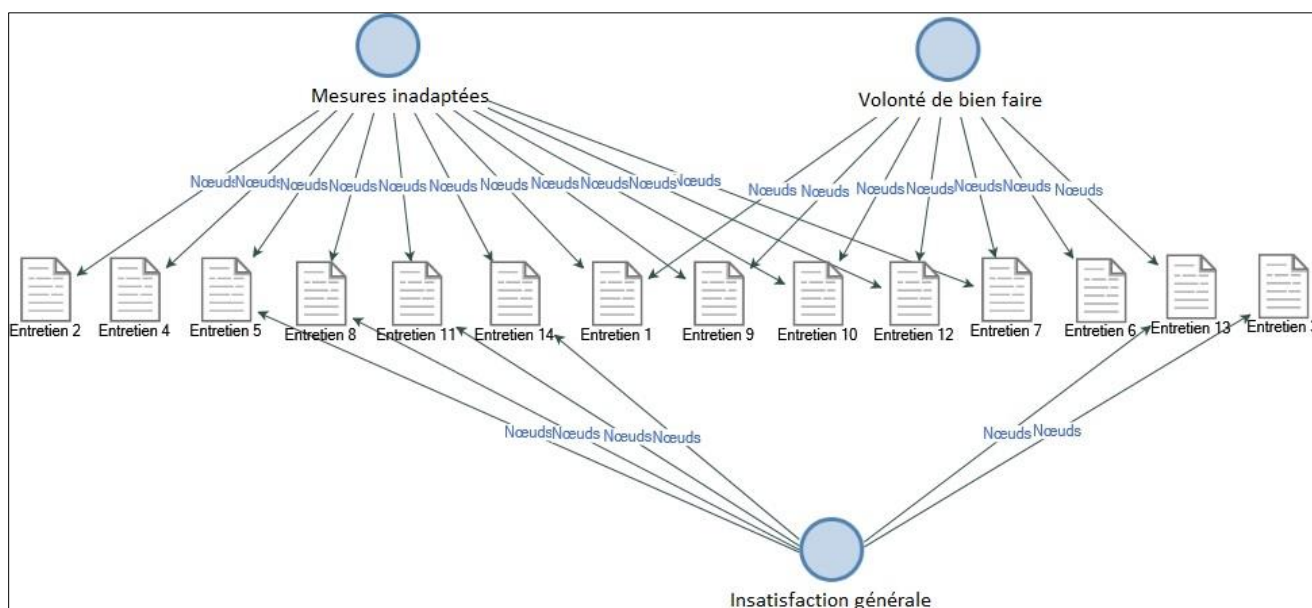


Figure 6 : Opinion des médecins généralistes vis-à-vis des actions publiques

Pour améliorer l'accès aux soins urgents en milieu rural, les médecins interviewés ont proposé, en plus du développement du dispositif MCS vu précédemment, des suggestions liées :

- Au développement des soins urgents au niveau local :
 - « *Après je pense que ce qu'il faudrait c'est un SOS médecins !* » (MG11) ;
 - « *Et puis moi mon dada c'est de mettre des infirmiers...Des "Infirmiers Correspondants du SAMU" »* (MG13) ;
 - « *Dans cette région il faudrait je dirais, qu'il y ait un médecin à temps plein mais c'est pas possible, il faudrait qu'il soit complètement détaché à ça et prendre des gardes !* » (MG11) ;
 - « *Après peut-être un petit hôpital de proximité, enfin j'y mets les guillemets ! Avoir peut-être deux ou trois lits un peu ambiance UHCD.* » (MG1).
- Au développement des transports terrestres :
 - « *S'il y avait un système de garde un peu différent on pourrait appeler directement les ambulanciers.* » (MG12) ;
 - « *Donc là on leur a demandé d'essayer de mettre au moins une ambulance, dans la journée par exemple de 8h à 20h.* » (MG8).

DISCUSSION

I- Les forces de notre étude

L'objectif de notre étude est de comprendre comment le dispositif « Médecins Correspondants du SAMU » est perçu et ressenti par les médecins généralistes dans deux zones de déserts médicaux corses (Costa Verde et Deux-Sevi). Lors de la revue bibliographique, des études concernant le dispositif MCS en Corse ont été retrouvées (32,44), cependant aucune d'entre elles ne s'est intéressée à la perception et au ressenti des médecins généralistes.

De plus, nous avons étudié ce sujet sur l'ensemble du territoire corse. L'une des forces de notre étude se trouve donc dans son originalité.

Le choix de la méthode qualitative et des entretiens semi-dirigés a permis de réaliser un travail riche en données et ainsi d'obtenir de nombreux résultats concernant le dispositif MCS et l'amélioration de l'accès aux soins urgents en milieu rural. Cette étude pourrait donc ouvrir de nouvelles perspectives de recherche et de travail, et peut-être ainsi avoir une implication pratique.

Par ailleurs, tout au long de notre travail, nous avons respecté au mieux les différentes étapes méthodologiques de l'analyse qualitative en suivant les critères de la grille CO-REQ (49).

Afin d'assurer la validité externe des résultats, nous avons effectué une procédure d'échantillonnage non probabiliste, en incluant l'intégralité des médecins généralistes exerçant dans les zones étudiées. Un fort taux de participation de ces médecins a également contribué à augmenter la force de notre étude.

De plus, la diversité de l'échantillon des participants, notamment leur hétérogénéité sur le plan sociodémographique, a permis d'obtenir un panel d'avis et une fois encore, d'enrichir notre travail.

Le choix des entretiens semi-dirigés et celui de réaliser ces derniers au cabinet des médecins avaient pour but de leur donner une certaine liberté de parole dans un climat de confiance, et ainsi de garantir la richesse et l'authenticité des données. L'enregistrement audio et la retranscription exacte (au mot près), sans interprétation, a permis de limiter le biais de mesure, renforçant ainsi cette authenticité des données. La réalisation d'un entretien « test », ayant pour but d'adapter au mieux notre guide d'entretien, a permis d'augmenter la fiabilité de l'étude.

Au cours de l'analyse, l'utilisation du logiciel de codage NVivo® a permis d'exploiter les données du codage de manière plus précise et systématique.

Enfin, la plus grande force de notre étude réside dans le fait que l'analyse a été réalisée par deux personnes, respectant ainsi le principe de triangulation des données. Cela a permis de renforcer la validité interne de notre étude en réduisant les biais de subjectivité.

II- Les limites de notre étude

Afin d'interpréter les résultats de manière adaptée, il est important de présenter les limites de l'étude.

Tout d'abord, la participation des médecins à l'étude était fondée sur le volontariat, et donc influencée par leurs motivations professionnelles ou personnelles vis-à-vis du sujet. Cela a pu entraîner un biais de recrutement en rapport avec les motivations des volontaires.

La réalisation des entretiens a été à l'origine de plusieurs biais.

Le lieu d'entretien choisi étant le lieu de travail des médecins, des interruptions inévitables (secrétaire, téléphone) sont parfois venues perturber le cours de l'entretien, ce qui a pu provoquer un biais externe.

De même, la fatigue des médecins a pu avoir un effet sur leurs réponses, notamment quand les entretiens avaient lieu le soir ou après une nuit d'astreinte MCS.

Par ailleurs, les éléments suivants ont pu entraîner un biais d'investigation :

- Le fait de connaître deux des médecins interrogés a pu modifier notre façon de mener l'interrogatoire et donc influencer leurs réponses ;
- La personnalité, la sensibilité, les capacités sociales et les mécanismes de défense propres à chaque médecin a pu influencer sur le recueil des données ;
- Le fait que les entretiens aient été réalisés par deux enquêtrices différentes a pu être à l'origine d'une variabilité dans l'animation et donc avoir des répercussions sur la collecte des données.

Le biais d'investigation le plus important provenait de notre manque d'expérience dans l'analyse qualitative, et plus particulièrement dans l'animation d'entretien semi-dirigé. Malgré tous nos efforts pour rester le plus neutre possible à travers des questions ouvertes, nous avons peut-être induit certaines réponses et parfois posé des questions un peu trop fermées.

Nous avons tenté de limiter ce biais en nous familiarisant avec la technique d'entretien semi-dirigé au cours de l'entretien test.

De plus, il existe un biais d'interprétation inhérent à l'analyse qualitative, qui a toutefois été atténué par le double codage.

Nous n'avons pas pu contrôler la cohérence de nos principaux résultats avec la littérature car, comme dit précédemment, à notre connaissance aucune étude n'a traité la perception et le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du dispositif MCS en Corse. Cependant, les grands thèmes de notre étude ayant déjà fait l'objet de travaux, certains propos des participants ont pu être confrontés aux données de la littérature.

Des limites spécifiques à nos zones d'études doivent également être signalées :

- Les modalités du dispositif MCS diffèrent de manière importante dans les régions de la Costa Verde et des Deux-Sevi ;
- Dans les Deux-Sevi, il n'y a pas de sujet non MCS puisque tous les médecins de cette zone participent au dispositif. De ce fait, dans cette région, nous n'avons pas pu recueillir certaines données, notamment les facteurs attrayants du dispositif et ceux susceptibles de limiter la participation à ce dernier pour des sujets non MCS.

III- Synthèse de nos résultats

1. Médecine générale et accès aux soins urgents en milieu rural

L'attachement à la région, la conviction, le sentiment de devoir auprès de la population ou encore les circonstances personnelles et familiales des médecins interrogés semblent être au cœur de leurs motivations pour exercer la médecine générale en milieu rural, et pallier ici l'isolement.

De plus, l'aspect financier n'ayant jamais été évoqué par les médecins, on peut se demander si cette absence est due au fait que les médecins attachent plus de prix à des valeurs moins matérielles ou à un manque de mesures financières incitatives. Par ailleurs, l'intérêt médical n'ayant été que très peu évoqué comme motivation à l'installation en milieu rural, nous sommes amenées à nous questionner sur le manque d'attractivité de la médecine générale en milieu rural.

Ce manque d'attractivité médicale et financière du milieu rural semble lui aussi être atténué par des motivations personnelles et affectives.

Ces résultats semblent être cohérents avec ceux d'une étude réalisée *par Munck et al.* en 2015, qui montrait que les principaux déterminants d'installation des internes en médecine générale étaient les facteurs individuels et contextuels (50).

Néanmoins, cela est-il suffisant pour assurer le développement et l'amélioration de l'accès aux soins dans les régions isolées ?

Les difficultés évoquées par les médecins interrogés concernant la prise en charge des urgences en médecine générale sont nombreuses et principalement liées aux contraintes territoriales.

De plus, la formation d'urgence en médecine générale, jugée inadaptée et aléatoire par les médecins, pourrait ajouter une difficulté supplémentaire.

Un faible nombre de médecins généralistes a exprimé une crainte de ne pas savoir gérer les urgences. Cela peut nous amener à nous interroger à nouveau sur la part de responsabilité de la formation d'urgence en médecine générale. Une étude réalisée par Roger *et al.* a d'ailleurs montré qu'une formation continue plus approfondie semblait nécessaire pour une meilleure prise en charge des urgences en médecine générale (51).

La coopération avec le SAMU apparaît à de nombreuses reprises comme une aide sur le plan médical dans la gestion des urgences en milieu rural.

Cependant, des difficultés de communication ont été soulevées, et semblent faire ressentir à certains médecins généralistes un manque de considération de la part du SAMU à leur égard. Une étude parue dans le Journal Européen des Urgences a également rapporté qu'un nombre important de médecins ne se sentaient pas considérés par le SAMU comme des partenaires de soins (52).

Cela paraît refléter un clivage entre médecins généralistes et urgentistes qui pourrait, dans une perspective d'amélioration des soins urgents en milieu rural, constituer un axe de travail intéressant.

Nos résultats ont également révélé un paradoxe puisque malgré toutes les difficultés évoquées, la plupart des médecins semblent gérer les urgences de manière autonome et confiante.

Nous avons vu que cela pouvait être expliqué par l'expérience de l'urgence et du milieu rural, ainsi que par l'aide apportée par le SAMU et les pompiers.

Le dispositif MCS n'apporte-t-il pas lui aussi une aide dans la gestion de ces situations complexes en milieu isolé ?

2. Perception et ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du dispositif « Médecins Correspondants du SAMU »

Nous avons pu constater que la représentation générale des médecins interrogés concernant le dispositif MCS est globalement très positive.

On remarque également que les sujets non MCS, même s'ils ne participent pas au dispositif, lui ont trouvé de nombreux points positifs.

L'utilité et le gain de chance pour le patient ont été particulièrement soulignés. Le dispositif VLSP/ISP a également été évoqué comme un atout majeur en Costa Verde.

Cependant, contrairement à ce que l'on aurait pu imaginer, quasiment aucun changement dans leur pratique quotidienne n'a été constaté par ces médecins depuis la mise en place du dispositif. Un seul médecin a remarqué une diminution de leur sollicitation quant à la prise en charge des urgences et en attribue le mérite au dispositif.

En essayant de comprendre quels seraient les éléments susceptibles de motiver leur participation au dispositif, nous avons pu constater que les médecins trouvaient à ce dernier de nombreux facteurs attrayants. Les principaux relevés étaient l'intérêt médical, le sentiment d'utilité, l'acquisition de compétences et la rémunération.

Néanmoins, la totalité des sujets non MCS refuse une éventuelle participation au dispositif. Mais pourquoi ce refus unanime ?

Trois principaux facteurs limitant cette participation sont ressortis.

Le plus important d'entre eux était la possible répercussion sur la patientèle notamment en ce qui concerne la gestion compliquée de la salle d'attente lors des interventions MCS. En effet, certains médecins évoquaient la dangerosité de laisser une salle d'attente pleine et le sentiment d'abandonner leur patientèle, ainsi que la crainte de « perdre » cette dernière, auprès de laquelle ils se sentent engagés.

Cela soulève une interrogation sur la comptabilité entre l'activité de médecin généraliste et celle de Médecin Correspondant du SAMU.

La crainte de manque de compétences constituait un deuxième facteur limitant. Cette crainte semble provenir de leurs compétences actuelles dans la prise en charge des urgences en tant que médecins généralistes mais aussi de la formation MCS qui peut paraître inadaptée.

Cela nous amène d'une part à nous interroger à nouveau sur la qualité de la formation d'urgence en médecine générale et d'autre part sur celle de la formation MCS : une adaptation de cette dernière au niveau de chacun ne serait-elle pas nécessaire pour atténuer les grandes différences soulignées par les participants entre médecine générale et urgences, qui paraissent à ce jour insurmontables pour certains ?

Le troisième facteur limitant était le manque de temps, souligné principalement par les médecins exerçant seuls. On peut donc supposer qu'il est plus compliqué pour un médecin n'exerçant pas en groupe de se détacher de son cabinet pour réaliser une autre activité telle que la participation à l'AMU.

Ainsi, le développement de l'exercice de la médecine générale en groupe, qui est d'actualité, notamment à travers les maisons de santé pluridisciplinaires (9), pourrait-il contribuer à faciliter le déploiement du dispositif MCS ? Cela soulignerait peut-être l'importance du lien entre les différents acteurs de soins en milieu rural.

Ces résultats comportent un paradoxe. En effet, la grande majorité des médecins généralistes a une très bonne opinion vis-à-vis du dispositif, mais l'intégralité des sujets non MCS refusent d'y participer.

Outre les facteurs limitants évoqués, ce refus unanime pourrait-il être expliqué par une mauvaise connaissance du dispositif ?

Nous avons effectivement mis en évidence un manque de connaissance non négligeable des médecins vis-à-vis du dispositif, particulièrement chez les médecins plus expérimentés.

Promouvoir le dispositif en le faisant connaître davantage ne serait-il donc pas bénéfique au déploiement de ce dernier ?

Les principaux points positifs du dispositif qui ont été relevés par les sujets MCS sont l'intérêt médical, la rémunération, l'apport de matériel, l'acquisition de compétences, la protocolisation des prises en charge et le sentiment d'utilité.

Nous remarquons que l'ensemble de ces points a également été soulevé par les sujets non MCS, à l'exception de la protocolisation des prises en charge.

Nous pouvons donc nous demander si cette absence d'évocation est due au fait qu'ils ne la considéraient pas comme un point positif ou bien au fait qu'ils n'en avaient pas connaissance. Aussi, dans l'hypothèse où il s'agirait d'un manque de connaissance, ne faudrait-il pas mettre en avant cette protocolisation qui pourrait constituer un atout rassurant lors des prises en charge ?

On remarque ici que tous les autres points positifs du dispositif sont connus par les sujets non MCS, et malgré cela, ils ne semblent pas être suffisants pour pallier les facteurs limitant leur participation.

Un travail sur les facteurs limitants semble d'autant plus nécessaire pour augmenter l'attractivité du dispositif.

L'utilité du dispositif pour la population a déjà été mise en évidence à de nombreuses reprises dans nos résultats.

Dans la région des Deux-Sevi, ce dispositif a apporté aux médecins un confort considérable en leur amenant une rémunération, du matériel, une assurance, et un secteur d'intervention adapté, qu'ils n'avaient pas auparavant alors qu'ils avaient la même pratique médicale en tant que MSP.

Cela montre d'une part, qu'il existe une réelle vocation et une volonté de ces médecins d'assurer les soins de la population de leur région, et d'autre part que ce dispositif a un bénéfice direct pour les médecins, en plus de celui pour la population.

Pour la région de la Costa Verde, le dispositif VLSP/ISP a été relevé par l'ensemble des sujets MCS, mais aussi par certains sujets non MCS, comme un atout majeur. Une thèse réalisée en 2018 portant sur ce dispositif en Costa Verde avait d'ailleurs montré le bénéfice de ce dernier, qui semblait diminuer le délai d'accès aux soins urgents et représenter une perspective d'amélioration de la prise en charge préhospitalière dans les déserts médicaux (32).

Cela amène à penser que ce dispositif a une importance non négligeable dans la région et doit poursuivre son développement.

Un dispositif similaire ne serait-il pas bénéfique dans la région des Deux-Sevi ?

Un des principaux points négatifs du dispositif qui a été souligné par les sujets MCS est l'impact négatif sur la patientèle dû à l'obligation de laisser leur salle d'attente parfois pleine lors des interventions. On remarque qu'il s'agissait également d'un point négatif important pour les sujets non MCS. Ce dernier pourrait donc constituer un axe de travail intéressant à explorer.

Les contraintes de disponibilité et d'organisation sur le plan professionnel, l'impact sur la vie privée et le manque d'effectif constituaient les trois autres principaux points négatifs du dispositif relevés par les MCS.

Comme le montre la figure 5 (cf. partie « Résultats »), ces trois points négatifs paraissent liés entre eux. En effet, les contraintes de disponibilité et d'organisation sur le plan professionnel ainsi que l'impact sur la vie privée semblent découler du manque d'effectif, qui est d'ailleurs lui-même l'objet de la principale suggestion d'amélioration du dispositif par les MCS.

On peut donc penser qu'augmenter l'effectif pourrait atténuer ces contraintes professionnelles et personnelles et ainsi rendre le dispositif plus attractif. Une thèse, réalisée en 2012, intitulée « Evaluation d'un projet de réseau de Médecins Correspondants du SAMU dans 4 secteurs de grande ruralité de Corse du Sud » avait déjà désigné le manque d'effectif comme un des obstacles majeurs à la mise en place du dispositif

(44), pour lequel l'ARS avait d'ailleurs envisagé des projets d'amélioration, qui ne semblent pas avoir abouti.

A nouveau, le développement de la notoriété du dispositif, sa promotion, semble donc nécessaire et incontournable.

D'autres suggestions d'amélioration ont été proposées par les MCS concernant le matériel, les infrastructures et les plages horaires d'astreintes. Bien que secondaires, ces suggestions semblent plus facilement réalisables et pourraient permettre des améliorations concrètes à court terme.

Il nous semble donc que les besoins de ce type (par exemple cathéters intra-osseux, VNI, DZ...) sont d'une part à prendre en considération et d'autre part à évaluer régulièrement.

Le lien entre SAMU et MCS est essentiel au bon fonctionnement du dispositif.

La formation MCS dont le SAMU est responsable, a été jugée globalement satisfaisante mais surtout insuffisante.

En effet, la totalité des MCS ne la trouvait pas assez approfondie et la considérait comme un « rappel » utile pour les médecins ayant déjà une expérience de l'urgence mais inadaptée pour ceux n'en ayant pas.

De nombreux MCS ont exprimé le souhait d'une formation plus régulière, mais ont également précisé leurs difficultés à s'octroyer le temps nécessaire à cette dernière. Ce qui semble ressortir de ces résultats est la nécessité d'une formation plus adaptée aux compétences personnelles et aux emplois du temps de chacun de ces médecins généralistes.

Une bonne coopération générale entre le SAMU et les MCS a été mise en évidence par ces derniers.

Néanmoins, de nombreuses difficultés dans cette relation ont été relevées par les MCS, la plupart liées au non-respect du cahier des charges par le SAMU. Pour résoudre cela et harmoniser les pratiques, il conviendrait peut-être d'informer davantage les régulateurs et les permanenciers à propos du dispositif, voire de protocoliser les prises en charges lors de la régulation, comme l'avait d'ailleurs souligné une étude conduite par Audema *et al.* (53).

Par ailleurs, on remarque que l'entente entre le SAMU et les médecins généralistes paraît être meilleure lorsque ces derniers sont aussi MCS.

Le dispositif semble donc améliorer les relations des médecins généralistes avec le SAMU. Ne contribuerait-il pas ainsi à une meilleure qualité de prise en charge des soins urgents ?

Le dispositif MCS apparaît comme un atout incontestable qui semble permettre une amélioration de l'accès aux soins urgents mais aussi, de manière plus globale, la continuité des soins en milieu rural. Cet atout avait d'ailleurs été démontré dans une étude évaluant un réseau de MCS régional après quatre ans de fonctionnement (53).

Cependant, les mesures mises en place par le Gouvernement concernant l'accès aux soins en milieu rural, et particulièrement la notion d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes à travers le dispositif, sont-elles réalistes ?

Effectivement, cette interrogation a été soulevée par plusieurs médecins. De plus, certains d'entre eux semblaient considérer le dispositif comme du « rafistolage » de la part du Gouvernement. En effet, pour eux, le dispositif, bien qu'étant un atout, ne comble pas toutes les difficultés présentes en milieu rural concernant l'accès aux soins urgents.

Le Gouvernement ne devrait-il pas prévoir des mesures supplémentaires ?

3. Amélioration de l'accès aux soins en milieu rural : Opinion et suggestions des médecins généralistes

Pour les médecins généralistes interrogés, il existe une volonté de bien faire de la part du Gouvernement concernant l'amélioration de l'accès aux soins en milieu rural. Néanmoins, cette dernière semble effacée par de nombreuses mesures considérées comme inadaptées, aboutissant ainsi à une insatisfaction globale de la part de ces médecins généralistes.

Les principaux motifs de cette insatisfaction concernaient le manque d'aide financière, le manque de reconnaissance de la médecine générale et le manque d'aides à l'installation en milieu rural. Ces motifs ont d'ailleurs été l'objet de suggestions d'amélioration de la part des médecins généralistes.

Lors de son discours prononcé à l'occasion du congrès « Urgences 2012 », Marisol Touraine s'engageait à rétablir le dialogue avec les acteurs de soins (54).

Toutefois, dans notre étude, un manque de compréhension de la part du Gouvernement vis-à-vis des médecins a largement été exprimé par ces derniers, ce qui peut refléter, selon nous, la persistance d'un manque évident de communication entre les Elus et les médecins.

Ce manque de communication semble constituer un axe de travail majeur à pérenniser, comme l'ont d'ailleurs souligné de nombreux médecins interrogés qui semblent très demandeurs de l'instauration d'un dialogue durable et constructif.

L'amélioration de l'accès aux soins urgents a également fait l'objet de nombreuses suggestions de la part des médecins généralistes, dans lesquelles le développement des transports terrestres est particulièrement ressorti.

Ces nombreuses suggestions traduisent un besoin important de mesures plus adaptées mais aussi l'implication de ces médecins généralistes dans l'amélioration des soins urgents dans leur région rurale.

CONCLUSION

L'amélioration de l'accès aux soins urgents en milieu rural est au cœur des problèmes de santé publique.

Avec 25% de sa population située à plus de 30 minutes d'une structure d'Aide Médicale Urgente en 2012, la Corse est un territoire fortement marqué par des inégalités infrarégionales d'accès aux soins urgents, et est donc particulièrement concernée par cette problématique.

Pour faire face à cet enjeu crucial, le dispositif « Médecins Correspondants du SAMU » est déployé en Costa Verde et dans les Deux-Sevi, deux zones de déserts médicaux corses, grâce à des médecins généralistes qui se sont portés volontaires pour assurer un relais de l'Aide Médicale Urgente.

Comprendre la perception et le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du dispositif MCS dans ces deux régions fut l'objet de notre travail. La réalisation d'une étude qualitative a permis de donner la parole à ces médecins, moteurs essentiels de ce dispositif, afin de mieux appréhender le potentiel de déploiement de ce dernier dans le but d'améliorer l'accès aux soins urgents en milieu rural.

Dans les régions de la Costa Verde et des Deux-Sevi, bien qu'il ne semble pas tout résoudre à lui seul, le dispositif MCS est majoritairement perçu comme un atout incontestable pour la population dans l'amélioration de l'accès aux soins urgents. Un refus unanime de participation de la part des sujets non MCS a toutefois fait ressortir de nombreux facteurs limitants. Les principaux sont la crainte de répercussion sur la patientèle causée par cette double activité ainsi que la crainte de manque de compétences adaptées à la prise en charge des urgences. Parallèlement, nous avons mis en évidence un manque de connaissance au sujet de ce dispositif qui pourrait également expliquer ce manque d'attractivité.

Les Médecins Correspondants du SAMU semblent ressentir une satisfaction personnelle et professionnelle à exercer leur mission dans le cadre du dispositif. La coopération avec le SAMU est apparue comme un pilier essentiel du dispositif même si elle reste à perfectionner.

Toutefois, bien qu'efficace, le dispositif souffre d'un manque d'effectif, dont découlent

des contraintes de disponibilité majeures et un impact non négligeable sur la vie privée des Médecins Correspondants du SAMU.

En Costa Verde, l'association avec le dispositif VLSP/ISP a été relevée spontanément comme un avantage considérable à développer.

En identifiant les freins à la participation des sujets non MCS et les difficultés rencontrées par les sujets MCS, nous nous sommes rendu compte à travers notre étude du fort potentiel de déploiement du dispositif. En effet, une réflexion sur la correction de ces facteurs semble mener à plusieurs pistes intéressantes pour l'amélioration de l'accès aux soins urgents en milieu rural.

L'adaptation de la formation MCS aux compétences de chacun est l'une d'entre elles, de même que l'augmentation de l'effectif de MCS à travers une meilleure information des médecins mais aussi du grand public à propos du dispositif pour le promouvoir.

Ces axes de travail pourraient être approfondis lors d'études ultérieures.

Enfin, dans le but d'affiner les résultats de notre étude, il serait intéressant d'analyser le point de vue des membres de l'ARS voire celui des membres du Gouvernement et d'en faire ainsi l'objet d'un autre travail de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé M des S et de la. Pacte territoire santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/>
2. Ministère des affaires sociales et de la santé. INSTRUCTION N° DGOS/R2/2016/351 du 24 novembre 2016 à relative à l'actualisation du diagnostic des populations situées à plus de trente minutes d'un accès aux soins urgents [Internet]. 2016 [cité 17 août 2019]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-01/Instruction_acces_soins_30min_24_11_2016.pdf
3. Pacte territoire santé- Des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux [Internet]. 2016. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_territoire_sante_-_lutter_contre_les_deserts_medicaux.pdf
4. C'est quoi un désert médical ? [Internet]. [cité 10 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.caminteresse.fr/sante/desert-medical-mesures-touraine-definition-explication-1155326/>
5. Conseil national des médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2018 [cité 17 août 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
6. DREES. Déserts médicaux :comment les définir ? Comment les mesurer ? [Internet]. Les dossiers de la DREES. 2017 [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>
7. DGOS. 2012 : Pacte territoire santé 2012-2015 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 17 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-1>
8. Touraine M. Lutte contre les déserts médicaux : Marisol Touraine annonce un « Pacte territoire-santé ». :11.
9. Ministère de la Santé. Pacte Territoire Santé 2 [Internet]. 2015 [cité 17 août 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_a5_pts_2_-_26-11.pdf
10. DGOS. Engagement 4 : assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 17 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/les-10-engagements-du-pacte-territoire-sante/article/engagement-4-assurer-l-acces-aux-soins-urgents-en-moins-de-30-minutes>

11. Guide Médecins Correspondants du SAMU [Internet]. 2013. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf
12. INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/R2/DGSCGC/2017/102 du 24 mars 2017 relative aux moyens hélicoptérés de la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises et des établissements de santé utilisés dans le cadre du secours à personne et de l'aide médicale urgente [Internet]. 2017 [cité 17 août 2019]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/03/cir_41996.pdf
13. Qu'est-ce qu'un Médecin de Montagne? [Internet]. [cité 13 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.mdem.org/france/DT1343208611/page/Qu-est-ce-qu-un-Medecin-de-Montagne.html/sid-bzT3oVWXH8>
14. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences - APHP DAJ [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-1-n-2003-195-du-16-avril-2003-relative-a-la-prise-en-charge-des-urgences/>
15. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU).
16. Qui sommes-nous ? - Fédération Médecins Correspondants du Samu France [Internet]. [cité 30 juin 2019]. Disponible sur: <http://mcsfrance.org/2.html>
17. Fédération des Médecins Correspondant de Samu : le point de vue du Dr Giroud [Internet]. Medscape. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <http://français.medscape.com/viewarticle/3307195>
18. INSTRUCTION N°DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS) [Internet]. 2013 [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/06/cir_37123.pdf
19. Dossier complet – Région de Corse (94) | Insee [Internet]. [cité 13 août 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-94>
20. Agence Régionale de Santé Corse. Bilan du Schéma régional d'organisation des soins (SROS)- Projet régional de santé 2012-2017. 2016.
21. Agence régionale de Santé Corse. Schéma régional de santé 2018-2023 [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <https://www.isula.corsica/assemblea/docs/rapports/2018O2304-annexe-Avis-sur-le-Projet-regional-de-Sante-2-2018-2023.pdf>
22. • Densité de population France 2017 | Statista [Internet]. [cité 13 août 2019]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/473934/densite-de-population-france/>

23. Géographie de la Corse | La préfecture et les services de l'État en région Corse [Internet]. [cité 17 août 2019]. Disponible sur: <http://www.prefectures-regions.gouv.fr/corse/Region-et-institutions/Portrait-de-la-region/Geographie/Geographie-de-la-Corse>
24. Agence Régionale de Santé Corse. CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE 2018-2028 [Internet]. 2019 [cité 17 août 2019]. Disponible sur: https://www.corse.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ARS_COS_final_19%20fev%202019.pdf
25. Ministère des affaires sociales et de la santé. Bilan pacte territoire sante lutter contre les deserts medicaux. 2016.
26. Agence Régionale de Santé Corse. PTS Réunions de concertation Corses. 2013.
27. Agence Régionale de Santé Corse. Instruction du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de 30 minutes à des soins urgents. 2012.
28. Les médecins correspondants du SAMU [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.corse.ars.sante.fr/les-medecins-correspondants-du-samu>
29. Agence Régionale de Santé Corse. Cahier des charges de l'expérimentation « Médecins Correspondants du SAMU » en Haute Corse. 2016.
30. INSEE. Recensement de la population en Haute-Corse. 2017.
31. Agence Régionale de Santé Corse. COPIL URGENCES- Accès en moins de 30 minutes à des soins urgents. Journal Européen des Urgences; 2012.
32. Medori T. Evaluation de la place de l'Infirmier Sapeur Pompier au sein d'un dispositif Médecin Correspondant SAMU en Haute-Corse: Etude descriptive Juillet 2016-Mars 2018. Nice Sophia Antipolis; 2018.
33. SIRSéCorse : Système d'information régional en santé de Corse [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: <http://sirsecorse.org/#&panel1-1>
34. INSEE. Recensement population : Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2018. 2017.
35. Agence Régionale de Santé Corse. Cahier des charges de l'expérimentation « Médecins Correspondants du SAMU » en Corse du Sud. 2015.
36. Agence Régionale de Santé Corse. Contrat portant sur les modalités d'intervention du Médecin Correspondant du SAMU en Corse du Sud- Cargèse. 2015.
37. Agence Régionale de Santé Corse. Contrat portant sur les modalités d'intervention du Médecin Correspondant du SAMU en Corse du Sud- Ota. 2015.

38. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
39. Freyssinet-Dominjon J. Méthodes de recherche en sciences sociales. AES. 1997.
40. Marie-Laure Gavard-Perret, David Gotteland, Christophe Haon, Alain Jolibert. Méthodologie de la recherche en sciences de gestion-3ème édition. 3ème édition. Pearson; 2018.
41. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale? 2004.
42. Minet M. Médecins correspondants du SAMU en France: profil, pertinence dans la prise en charge des urgences pré-hospitalières, réponse au défi des « 30 minutes » [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand, France]: Université de Clermont I; 2013.
43. Mauvais F. Enquête du ressenti auprès des Médecins Correspondants du SAMU, 18 mois après la mise en action de l'actuelle convention [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2012.
44. Matulic M. Evaluation d'un projet de réseau de Médecins Correspondants du SAMU dans 4 secteurs de grande ruralité de Corse du Sud: Ota, Cargèse, Vico, Haut-Taravo [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2012.
45. Sander C. Le médecin généraliste et les soins non programmés. Une étude concernant le ressenti des médecins généralistes libéraux meusiens face à la prise en charge des urgences.
46. Colquhoun M. Resuscitation by primary care doctors. Resuscitation. août 2006;70(2):229-37.
47. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. The Lancet. oct 2008;372(9647):1365-7.
48. Pilet, F. Le médecin généraliste doit-il encore s'occuper des urgences? Primary care. 2003;3:317-20.
49. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
50. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Sante Publique (Bucur). 24 mars 2015;Vol. 27(1):49-58.
51. Roger C, Lefrant J-Y, Bousquet PJ, Bonnec JM, Jaber S, Ripart J, et al. Formation des médecins généralistes aux gestes de réanimation d'urgence. Presse Médicale. juin 2008;37(6):929-34.

52. C.Cazenave. Enquête auprès des médecins généralistes sur le Samu–Smur. J Eur Urgences. mai 2007;20(1):49-50.
53. Audema B, Barthes M, Ducros C, Ledoux JN, Danel V, Habold D, et al. Évaluation d'un réseau de médecins correspondants du SAMU régional après quatre ans de fonctionnement. J Eur Urgences. 1 mars 2008;21:A109.
54. Infos du CA de SUdF / Urgences 2012 - Discours de Marisol Touraine, Ministre de la Santé / Samu - Urgences de France [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/infos-du-ca-de-sudf/-urgences-2012-discours-de-marisol-touraine-ministre-de-la-sant-eacute-/art_id/721

Annexe 1 : Indicateurs de suivi et d'évaluation de l'activité des dispositifs de MCS mis en place⁽¹¹⁾

- Nombre de médecins MCS (global et par territoire)
- Nombre de territoires couverts
- Nombre d'interventions de MCS par secteur, par MCS
- Répartition des interventions par jour et par heure
- Répartition des interventions horaires PDSA / hors PDSA
- Nombre d'interventions de MCS avec une prise en charge ultérieure « lourde » : CCMS 4 ou 5, ou patient dirigé en SAUV, réanimation ou soins continus, bloc opératoire ...
- Nombre d'interventions de MCS relevant de la PDSA
- Nombre d'interventions sans relais SMUR :
 - dont SMUR annulé par le MCS
 - dont SMUR non disponible
- Répartition des interventions par pathologie dominante :
 - pathologie cardiaque dont SCA ;
 - pathologie respiratoire ;
 - coma et troubles neurologiques dont AVC ;
 - traumatisme ;
 - urgence obstétricale dont accouchement inopiné ;
 - autres
- Nombre de sollicitations du MCS sans réponse
 - MCS non joint
 - MCS non disponible

Annexe 2 : Dotation matériel et médicaments MCS Costa Verde (29)

Médicament infirmier utilisé en interventions	
ADRENALINE 1MG/ML INJ ADRENALINE 5MG/ML INJ ANEXATE 1MG INJ ASPEGIC 500MG SACHET ATROVENT 0.25MG UD ATROVENT 0.50MG UD BRICANYL 5MG/2ML UD CORDARONE 150MG/3ML INJ EAU PPI 10ML UD EXACYL 0.5/5ML GLUCOSE 30% UD	GLUCOSE 30% UD NARCAN 0.4MG/ML PERFALGAN 1G PERFALGAN 500MG/50ML INJ POLARAMINE INJ RIVOTRIL 1MG/ML INJ SODIUM CHLORURE 0.9% 10 ML UD SOLUMEDROL 120MG INJ VALIUM 10MG/2ML INJ VENTOLINE SPRAY XYLOCAINE 2% GEL INTRAURETRALE
Médicament SOUSAN	
ASPEGIC 500MG SACHET DAFALGAN 500MG GEL	FLAMMAZINE CREME SEDERMYL CREME DACRYOSERUM COLLYRE UD
Médicament médecin utilisé en intervention	
ADRENALINE 1MG/1ML INJ ADRENALINE 5MG/ML INJ ANEXATE 1MG INJ ASPEGIC 500MG INJ ASPEGIC 500MG SACHET ATARAX (Hydroxyzine) 100MG INJ ATROPINE 1MG/ML INJ ATROVENT 0.25MG UD ATROVENT 0.50MG UD AUGMENTIN 2G IV BRICANYL 5MG/2ML UD BRILIQUE 90MG CP CELOCURINE FRIGO CORDARONE 150MG/3ML INJ DOBUTAMINE 250MG/20ML INJ DOPAMINE 200MG/5ML INJ EAU PPI 10ML UD EXACYL 0.5G/5ML GARDENAL 200MG/4ML LOVENOX 1000MG/ML INJ LOXEN 10MG/10ML NARCAN 0.4MG/ML	NATISPRAY NORADRENALINE 8MG/4ML INJ PERFALGAN 1G INJ LOVENOX 1000MG/ML INJ LOXEN 10MG/10ML NARCAN 0.4MG/ML NATISPRAY NORADRENALINE 8MG/4ML INJ PERFALGAN 1G INJ PERFALGAN 500MG/50ML INJ PLAVIX 300MG CP POLARAMINE INJ PRIMPERAN 10MG INJ PROFENID 100MG INJ RISORDAN 10MG/10ML INJ RIVOTRIL 1MG/ML INJ ROCEPHINE (Ceftriaxone) 1G INJ SALBUTAMOL 5MG/ML INJ SODIUM CHLORURE 0.9% 10ML UD SOLUMEDROL 120 MG INJ SOLUMEDROL 1G INJ SPASFON 40MG/4ML INJ
Matériel d'Oxygénothérapie utilisé	
CANULE DE GUEDEL N°0 CANULE DE GUEDEL N°1 CANULE DE GUEDEL N°2 CANULE DE GUEDEL N°3 CANULE DE GUEDEL N°4 CANULE DE GUEDEL N°5 LUNETTE A O2 MASQUE A O2 HAUTE CONC MASQUE A O2 PEDIATRIQUE BAVU ADULTE UU BAVU ENFANT UU TUBE LARYNGE Taille 1 bébé TUBE LARYNGE Taille 2.5 enfant TUBE LARYNGE Taille 3 adulte TUBE LARYNGE Taille 4 adulte TUBE LARYNGE Taille 5 adulte GUIDE D'INTUBATIO DIFF CH 15 LAME LARYNGOSCOPE N°1 LAME LARYNGOSCOPE N°3 LAME LARYNGOSCOPE N°4	SONDE D'ASPIRATION N°8 SONDE D'ASPIRATION N°16 SONDE INTUBATION N°2 SONDE INTUBATION N°3 SONDE INTUBATION N°6 SONDE INTUBATION N°7 SONDE INTUBATION N°7.5 SONDE INTUBATION N°8 SONDE SALEM CH 12 SONDE SALEM CH 16 SONDE SALEM CH 20 SET CPAP BOUSSI + MASQUE ADOLESCENT SET CPAP BOUSSI + MASQUE ADULTE PETIT SET CPAP BOUSSI + MASQUE ADULTE MOYEN SET CPAP BOUSSI + MASQUE ADULTE GRAND RACCORD ANNELE + FILTRE RESPIRATEUR CIRCUIT PATIENT UU KIT AMS QUICKTRACK ADULTE
Autre Matériel utilisé	
CHAMPS STERILE CEINTURE PELVIENNE ELECTRODES ECG CANULE INTRARECTALE	KIT SONDAGE URINAIRE SONDE DE FOLLEY BEQUILLEE 16 CH SONDE DE FOLLEY BEQUILLEE 18 CH POCHE DE VIDANGE URINAIRE

La VLMS est dotée de l'ensemble des équipements nécessaires aux missions citées ci-dessous :

- 1 sac médical, type sac THOMAS disposant d'une dotation en médicaments et des dispositifs médicaux fournis par le SDIS ainsi que d'un coffre nominatif portable (morphiniques)
- 1 mémento « protocoles d'urgences SDIS 2B »
- 1 Scope multiparamètre de type LIFECARE2 (Schifer), faisant l'objet d'une convention de prêt entre le fournisseur et le SDIS2B
- 1 RAD57
- 1 Perceuse KT intra osseux
- 1 respirateur de marque Weinmann
- 1 sac à oxygène avec une bouteille B5
- 2 pousse seringue électriques

Annexe 3 : Programme formation initiale MCS Costa Verde(29)

OBJECTIFS

=>Acquérir les notions théoriques et pratiques indispensables pour intégrer le dispositif du réseau des MCS

=>Obtenir les compétences professionnelles permettant la prise en charge des urgences dans les 30 premières minutes et dans l'attente de l'arrivée d'un équipage SMUR

PROGRAMME

Formation initiale

Module 1 : organisation de l'aide médicale urgente

Module 2 : urgences cardio respiratoires

Module 3 : troubles de la conscience

Module 4 : traumatologie et analgésie-sédation

Module 5 : obstétrique et pathologies circonstancielles

Module 6 : techniques médicales et mise en condition du patient

La formation sera complétée par un stage de 3 jours

(bloc, SAMU, salle d'accouchement)

Formation continue

1 à 2 journées par an (programme élaboré en fonction des besoins exprimés par les MCS)

EVALUATION ET VALIDATION

Attestation de présence

Evaluation des connaissances par séances de pré et post test

Evaluation continue lors des séances de simulation

ORGANISATION

Nombre : maximum 10 médecins

Lieu : maison médicale Moriani et CESU 2B : Hôpital Falconaja

Durée : 4 jours de formation de 9h à 17h soit 28h + 3 jours de stage

Coordonnateur : Dr Patrick LEVY

Annexe 4 : Dotation matériel et médicaments MCS Deux-Sevi(35)

LISTING MATERIEL SAC D'INTERVENTION SMUR 2A	
Désignation	
BANDELETTES appareil à dextro	DOSETTES HIBIDIL
SERINGUE A INSULINE	SPARADRAP médical
SERINGUES 2 ml_5 ml_10 ml_20 ml_	GARROT
SERINGUES 50 ml luer-lock	COMPRESSES STERILES 7,5 X 7,5
SERINGUES 20 ml	CICAGRAF
AIGUILLE TROCART ROSE	VISULIN 15 x 10
AIGUILLES : VERTE I.M_ NOIRE I.V_ ORANGE S/C_ BLEUE S/C	CICAPLAIES 15 x 10_20 x 10
RAMPES ROBINET 3 VOIES	CHAMP STERILE NON TROUE (petit modèle)
VOLUVEN 500ml	GANTS STERILES N° 7_ N° 8
MANNITOL 20 %	BANDE 5 cm_7 cm_15 cm_20 cm
Chlorure de NaCl 0,9 % 50 ml	BISTOURIS STERILES
GLUCOSE 5 % 500 ml	FIL SUTURE 3,0 courbe
PERFUSEURS ROBINETS 3 VOIES	SERINGUE 50 ml DE GUYON
Chlorure de NaCl 0,9 % 250 ml	FOSSET
NaCl 0,9 % 100 ml	POCHE A URINES NON STERILE
RINGER LACTATE 500 ml	SONDES GASTRIQUE SALEM CH 10_ CH 12_ CH 14_ CH 16_ CH 18
BIONOLYTE G 5 % 500 ml	SONDES INTUBATION N° 4_ N° 4,5_ N° 5_ N° 5,5_ N° 6_ N° 6,5_ N° 7_ N° 7,5_ N° 8_ N° 8,5
GLUCOSE 10 % 500 ml	Aiguilles kit intra-osseux EZ-IO 15 mm_ EZ-IO 25 mm_ EZ-IO 45 mm_
PANSEMENT HEMOSTATIQUE	Stabilisateurs aiguilles kit intra-osseux EZ-IO
COUVERTURE DE SURVIE	DRIVER G3 Kit intra-osseux EZ-IO
CATHLONS JAUNES 24 G_ BLEUS 22 G_ ROSES 20 G_ VERTS 18 G_ GRIS 16 G_ ORANGE 16 G	Infu-Surg-Manchette à pression kit intra-osseux
Poignée standard pour Laryngoscope FO	Otoscope Mini 3000 LED Fibre optique complet
Stéthoscope de cardiologie double pavillon	Lames de laryngoscope usage unique métal satiné
INSUFFLATEUR USAGE UNIQUE BAG ADULTE AVEC MASQUE T.4	INSUFFLATEUR USAGE UNIQUE BAGI NOURRISSON AVEC MASQUE T.1

LISTING MEDICAMENTS SAC D'INTERVENTION SMUR 2A	
Désignation	
ACUPAN	LOVENOX 0,4_0,8
ADRENALINE 5 mg	LOXAPAC
ADENOCOR	LOXEN 10mg
AGRASTAT	LASILIX SPECIAL 250 mg
ATROPINE 1/2mg	METALYSE
ANEXATE 0,5mg	NARCAN 0,4 mg
ASPEGIC 500mg	NORADRENALINE
AUGMENTIN 1g	PERFALGAN 500mg_1g
AVLOCARDYL	NaCl 0,9 % 10ml
CORDARONE	NOZINAN
CELOCURINE	NUBAIN
CEFTRIAXONE 1g	OXYCITINE
DEPAKINE 400 mg	POLARAMINE
DIGOXINE 0,5 mg	PROFENID 100mg
DILANTIN 250 mg	RISORDAN
DIPRIVAN 200 mg	RIVOTRIL
DOPAMINE 200mg	SOLUMEDROL 120 mg
DOBUTAMINE 250mg	SPASFON
DROLEPTAN 2,5 mg	TANGANIL
EPHEDRINE	TENORMINE
ESMERON 10 mg	PENTOTHAL 1g
EQUANIL 400mg	TIAPRIDAL
GLYPRESSINE 1 mg	TILDIEM
GLUCOSE 30 % 20 ml	TRANXENE 50mg
HALDOL	VALIUM
HYDROCORTISONE 100 mg	VOGALENE
HEPARINE 25 000 UI	ZOPHREN 4mg
HYPNOMIDATE	ATROVENT
HYPNOVEL 5mg	BRICANYL
INEXIUM	PULMICORT
ISUPREL	VENTOLINE 2,5mg
KETAMINE 50mg	NATISPRAY
LASILIX 20mg	LIDOCAÏNE GEL BUCCAL
LEPTICUR	

Annexe 5 : Programme formation initiale MCS Deux-Sevi(35)

COURS 1 : PHARMACOLOGIE ; SOLUTES DE REMPLISSAGE

(Présentation du sac compris et matériel voiture)

Durée : 5 heures

Présentation : Dr A LATHUILIERE et DrA PERCODANI

Gestion matériel : A MORI (cadre de santé)

COURS 2 : SEDATION ANTALGIQUES

ARRET CARDIAQUE, ETAT DE CHOC (hémorragique, septique, anaphylactique, purpura fulminens)

Durée : 5 heures

Présentation : Dr EBADETTI et Dr P CALLIGE

COURS 3 : VENTILATION ET INTUBATION

(Ventilations manuelle et assistée)

Durée : 5 heures

Présentation : Dr L WALCZAK et Dr A PERCODANI

COURS 4 : CARDIOLOGIE

(Syndromes coronariens ST+ et - ; Insuffisance cardiaque ; OAP ; Détresse respiratoire ; Choc cardiogénique)

Durée : 5 heures

Présentation : Dr D MURGUE et Dr P CALLIGE

COURS 5 : TRAUMATOLOGIE

(Trauma crânien, abdominal, thoracique, locomoteur, brûlés)

Durée : 5 heures

Présentation : Dr P EIDEN et Dr D LUZI

COURS 6 : OBSTETRIQUE

(Accouchement inopiné)

MODE DE FONCTIONNEMENT AVEC CENTRE 15

Durée : 5 heures

Présentation : Dr L WALCZAK et Dr P CALLIGE

Sage Femme : Magalie TELESFORI

COURS 7 : COURS PRATIQUES EN MILIEU HOSPITALIER

Validation au sein de la structure Anesthésie Réanimation

Gestes techniques

(intubation orotrachéales 10 ; pose de voie veineuses périphériques 10 ; carnet de stage)

Annexe 6 : Mail de demande de participation aux médecins généralistes

« Bonjour,

Nous sommes internes en médecine générale et nous nous intéressons dans le cadre de notre thèse à l'amélioration de l'accès aux soins urgents dans les déserts médicaux en Corse. Ce travail est dirigé par le Dr Eliane Arrighi-Lenziani.

Notre objectif est de connaître votre perception et ressenti en tant que médecin généraliste vis-à-vis du dispositif " Médecins Correspondants du SAMU" dans deux zones rurales ou semi-rurales isolées corses (Costa Verde élargie à Penta-di-Casinca, et Deux-Sevi).

La Corse est un territoire fortement marqué par des inégalités infra-régionales d'accès aux soins urgents : en 2012, près de 25% de la population se trouvait à plus de trente minutes d'un service d'urgences ou d'un SMUR. L'accès de la population à des soins urgents en moins de trente minutes est une priorité du gouvernement.

Depuis 2012 le pacte territoire santé est destiné à faire face à cet enjeu crucial et pour cela les médecins correspondants du SAMU (MCS) ont été identifiés par l'ARS comme l'un des dispositifs permettant de sécuriser les prises en charge en urgence des patients et d'améliorer les temps d'accès.

Les territoires de Costa-Verde (élargi à Penta-di-Casinca) et des Deux-Sevi sont une illustration de zones isolées dans lesquelles le dispositif de « Médecins Correspondants SAMU » a été déployé pour assurer un "relais" de l'aide médicale urgente à mi-chemin entre la ville et l'hôpital.

Nous avons pensé qu'une étude qualitative pourrait aider à apporter de nouveaux renseignements sur le potentiel de déploiement de ce dispositif sur le territoire Corse.

Pour cela, nous aurions besoin de votre participation à un entretien semi-dirigé d'une durée d'environ 30 minutes.

Nous attachons beaucoup de prix à votre avis en votre qualité d'expert de la prise en charge des soins médicaux dans les zones rurales ou semi-rurales isolées de notre région.

Nous restons à votre disposition pour réaliser cet entretien à votre cabinet à la date qui vous conviendra le mieux.

Nous espérons que votre réponse sera positive mais dans le cas contraire, nous vous serions reconnaissantes de nous le signaler également. Vous trouverez nos coordonnées ci-dessous.

Dans l'attente de votre réponse, veuillez recevoir nos respectueuses salutations. »

Annexe 7 : Questionnaire médecins généralistes : caractéristiques de l'échantillon

Questionnaire médecins généralistes :
Caractéristiques de l'échantillon

Numéro d'anonymisation (inscrit par l'investigateur):

1. Sexe

☐ Femme ☐ Homme

2. Age:

3. Année d'installation:

4. Zone d'exercice :

☐ Costa Verde/ Penta di casinca ☐ Deux - Sevi

5. Mode d'exercice :

☐ Groupe ☐ Maison médicale
☐ Seul

6. Nombre moyen de consultations par jour (visites comprises):

7. Participation au dispositif « Médecins Correspondants du SAMU » :

☐ Oui ☐ Non

Si oui :

☐ actuelle ☐ passée

8. Validation d'un diplôme de médecine d'urgence :

☐ Oui ☐ Non

9. Participation à l'Aide Médicale Urgente (autre que MCS) :

☐ Oui ☐ Non

Si oui :

☐ Médecin Sapeur-Pompier ☐ Autre:

Annexe 8 : Guide d'entretien semi-dirigé

PRESENTATION

« Merci de prendre le temps de me recevoir. (Je me présente,) je suis Céline/Alice, interne en médecine générale. Je réalise actuellement ma thèse en binôme avec Alice/Céline.

Le but de notre travail est d'essayer de comprendre comment le dispositif des Médecins Correspondants du SAMU est perçu et ressenti par les médecins généralistes dans deux zones isolées de notre région, à savoir la Costa Verde élargie à penta di casinca et les Deux-Sevi.

Cet entretien durera environ 30 minutes. Avec votre autorisation il sera enregistré et bien sûr réalisé dans le respect de l'anonymat.

Par la suite, nous pourrions vous communiquer les résultats de l'étude avec plaisir si vous le souhaitez.

Avez- vous des questions avant que l'on débute l'entretien ?

Voici un court questionnaire quantitatif en préambule.

ENTRETIEN

D'abord une question d'ordre général qui me permettra d'un peu mieux vous connaître ; seriez-vous d'accord pour m'expliquer ce qui vous a amené à exercer la médecine générale dans une région rurale ?

AXE 1 : URGENCE ET MEDECINE GENERALE

- 1- Dans votre pratique quotidienne, pouvez-vous me parler de votre manière de gérer les situations d'urgences ?
 - fréquence
 - type
 - Difficultés rencontrées (plan médical, organisationnel)
 - ressenti vis-à-vis de la localisation (territoire rural)
- 2- Que pensez-vous personnellement de la formation d'urgence en médecine générale ?

AXE 2 : DISPOSITIF MEDECINS CORRESPONDANTS du SAMU

Non MCS	MCS
1- Que connaissez-vous à propos du dispositif de MCS ? Si néant : définition : « Le MCS est un médecin, le plus souvent généraliste, qui : - <i>Participe à la mission de service public d'AMU</i> - <i>Sur la base du volontariat</i> - <i>Est formé à l'urgence ;</i> - <i>Est un relais compétent des SAMU-Centre 15 ;</i>	1- Que pensez-vous de la mise en place du dispositif MCS ? 2- En tant que MCS, comment vivez-vous l'intégration de cette nouvelle activité dans votre pratique médicale ?

- <i>Agit en priorité dans des zones isolées ou dans des zones où les délais d'intervention du SMUR dépassent les 30 minutes ;</i> - <i>Permet de réduire les délais de réponse à l'urgence par une prise en charge de proximité et de qualité.</i> 2- Quelle est votre opinion quant à l'utilité de ce dispositif, que ce soit pour vous ou vos patients ? 3- Quels changements avez-vous remarqué depuis la mise en place du dispositif ? 4- Quels sont les facteurs attrayants de ce dernier? 5- Seriez-vous intéressé par la participation au dispositif ? 6- Quels sont les freins- facteurs limitants à votre participation ? 7- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le dispositif ?	3- En quoi cette activité a-t-elle amené des changements dans votre pratique quotidienne ? 4- Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontrés depuis votre participation au dispositif ? <i>- En tant que MCS ?</i> <i>- Sur le plan de la gestion concomitante des 2 activités</i> 5- Quels sont les points positifs du dispositif selon vous ? 6- Quel est l'impact de l'activité de MCS sur votre vie privée ? 7- Quel est votre avis sur la formation ? 8- Comment se passe en pratique la coopération avec le SAMU : la régulation- le SMUR ? Relance : coopérations avec les infirmiers sapeurs pompier(VLMS) 9- Quelles sont vos suggestions pour améliorer le dispositif ?
---	--

AXE 3 : OUVERTURE

- 1- Que pensez-vous des actions publiques concernant l'accès aux soins dans les régions isolées ?
- Réalistes ?
- Mesures incitatives ?
- 2- Avez-vous des suggestions pour améliorer l'accès aux soins urgents dans les zones isolées ?
- 3- Y'a-t-il des sujets dont je n'ai pas parlé et que vous aimeriez aborder ?

Annexe 9 : Tableau de caractéristiques des participants

Numéro de participant	Sexe	Age	Année d'installation	Zone d'exercice	Mode d'exercice	Nombre de Consultations par jour	MCS/Non MCS	Diplôme d'urgence	Participation AMU
1	Homme	29	2019	Costa Verde	Groupe	15	Non MCS	Non	Non
2	Homme	45	2005	Costa Verde	Groupe	25	MCS	Oui	Non
3	Homme	59	1988	Costa Verde	Groupe	25	Non MCS	Non	Non
4	Homme	29	2019	Costa Verde	Groupe	15	Non MCS	Non	Non
5	Femme	33	2019	Costa Verde	Groupe	12	Non MCS	Non	Non
6	Homme	34	2014	Costa Verde	Maison Médicale	45	MCS (passé)	Non	Non
7	Homme	54	2013	Costa Verde	Seul	30	MCS	Oui	Oui: Contractuel SAU passé
8	Homme	50	2004/2009 (Porto)	Deux-Sevi	Seul	15	MCS	Oui	Oui MSP
9	Homme	59	1989	Deux-Sevi	Groupe	20	MCS	Non	Oui: MSP
10	Homme	64	1983	Deux-Sevi	Groupe	30	MCS	Non	Oui: MSP
11	Homme	66	1982/2015 (Moriani)	Costa Verde	Seul	40	Non MCS	Oui	Oui: contractuel SAU passé
12	Homme	64	1988	Costa Verde	Seul	35	Non MCS	Non	Non
13	Homme	55	2000	Costa Verde	Maison Médicale	22	MCS	Oui	Oui: MSP + contractuel SAU
14	Homme	72	1973	Costa Verde	Seul	30	Non MCS	Non	Non

Annexe 10 : Grille de codification (Codebook, NVivo®)

Nom	Description	Sources	Références
Thème 1 : LOCALISATION		13	105
Choix installation		13	58
Concours de circonstances		6	31
Circonstances personnelles		3	5
Exercice antérieur dans la région (remplacements, urgences...)		4	7
Hasard		3	5
Intérêt médical		4	6
Origine		7	12
Préférence environnementale (milieu rural)		5	9
Situation d'isolement		13	47
Difficultés ressenties		10	28
Atténuée par		2	2
Chronophage		2	3
Contrainte territoriale		4	9
Liées au patient		3	4
Médicales		1	1
Responsabilité		2	2
Transport		5	6
Non ressentie		6	11
Relativement ressentie		6	8
Thème 2 SITUATIONS D'URGENCE		14	270
Difficultés		9	20

Contraintes géographiques-Transports		6	8
Logistique		4	5
Matériel		1	1
Pharmacie		2	3
Salle d'attente		1	1
Patient-Famille		4	7
Formation		14	68
Aléatoire		9	24
Correcte		5	8
Inadaptée		8	14
Vécu		11	22
Fréquence		14	25
Gestion des urgences		14	138
Apport du dispositif		1	1
Coopération SAMU-pompiers		10	70
Aide médicale et logistique		9	24
Manque d'écoute du SAMU		3	11
Suggestions amélioration coopération		1	2
Sur le plan médical		12	50
Crainte de ne pas être assez compétent		3	4
Différenciation médecins généralistes-urgentistes		5	5
Sentiment de confiance-Autonomie		9	18
Sur le plan organisationnel (cabinet-visites)		9	17

Goût personnel pour l'urgence		5	9
Intérêt		2	2
Manque d'intérêt		3	7
Type		10	10
MCS : REPRESENTATION GENERALE		7	74
Accès aux soins		3	3
Attentes et craintes initiales		3	3
Généralités		5	16
Négative		1	2
Positive		7	27
Vécu de l'intégration du dispositif		7	23
Sur le plan privé		4	4
Sur le plan professionnel		7	19
MCS : POINTS POSITIFS		7	54
Bonne relation entre MCS		4	4
Sur le plan personnel		2	6
Sur le plan professionnel		7	37
Assurance		1	1
Compétences-Formation		2	5
Intérêt médical		6	8
Matériel		4	7
Protocolisation		1	1
Rémunération		6	13
Secteur plus adapté		1	2
VLSM-Infirmiers		3	7
MCS : POINTS NEGATIFS		5	74
Chronophage		3	5

Contraintes de disponibilité et d'organisation sur le plan professionnel		4	8
Générateur de fatigue		3	4
Générateur de stress		3	6
Impact négatif sur la patientèle		3	6
Impact vie privée		4	7
Manque d'effectif		3	4
Manque d'harmonisation pharmacie		1	1
MCS: FORMATION		7	26
Difficultés organisationnelles		2	2
Insuffisante		7	9
Satisfaisante		5	6
Suggestions d'amélioration		5	9
MCS : RELATION AVEC SAMU		7	79
Bonne coopération		6	16
Difficultés rencontrées		7	63
Fausse intervention		2	3
Inversion du mode de déclenchement		2	2
Manque de disponibilité du SAMU		1	3
Non respect du cahier des charges		5	25
Déclenchement sur intervention PDSA		1	2
Dissociation MCS-VLSM		2	3
Non respect du territoire		2	5
Régulateur-dépendant		4	8
Perte de temps		2	3

due à un déclenchement du MCS trop tardif		1	2
due à un manque d'écoute		1	1
MCS : SUGGESTIONS AMELIORATION DISPOSITIF		6	30
Adaptation infra-structures		1	1
Adaptation plages horaire astreintes		1	1
Augmentation effectif		2	4
Gain de temps		2	3
Déclenchement MCS plus systématique pour certaines urgences		1	2
Moins de temporisation sur les lieux		1	1
Ne se sent plus concerné		1	1
Optimisation du matériel		4	5
NON MCS : REPRESENTATION GENERALE		7	31
Connaissance générale		6	10
Bonne		1	1
Moyenne		2	3
Nulle		3	6
Opinion globale sur utilité		7	21
Bonne		5	8
Changements constatés		3	5
Mauvaise		1	4
Relative		1	1
Suggestions d'amélioration		2	3
NON MCS : MOTIVATION PARTICIPATION		6	25

Facteurs attractants		5	6
Acquisition compétences		1	1
Aucun		1	1
Interet médical		2	2
Rémunération		1	1
Sentiment d'utilité		1	1
Facteurs limitants		5	13
Crainte de manque de compétences		2	5
Domicile hors territoire		1	1
Impact vie privée		1	1
Laisser la salle d'attente		1	1
Manque de temps		2	3
Manque d'intérêt médical		1	1
Responsabilités trop importantes		1	1
Stress occasionné		0	0
Refus de participation		7	8
NON MCS : POINTS POSITIFS		5	15
Apport moyens matériels		1	2
Gain de temps- éviter perte de chance pour le patient		4	5
VLSM		3	8
NON MCS : POINTS NEGATIFS		5	18
Formation inadaptée		1	1
Gestion salle d'attente		4	6
Impact vie privée		1	1
Temporisation excessive sur les lieux		1	1

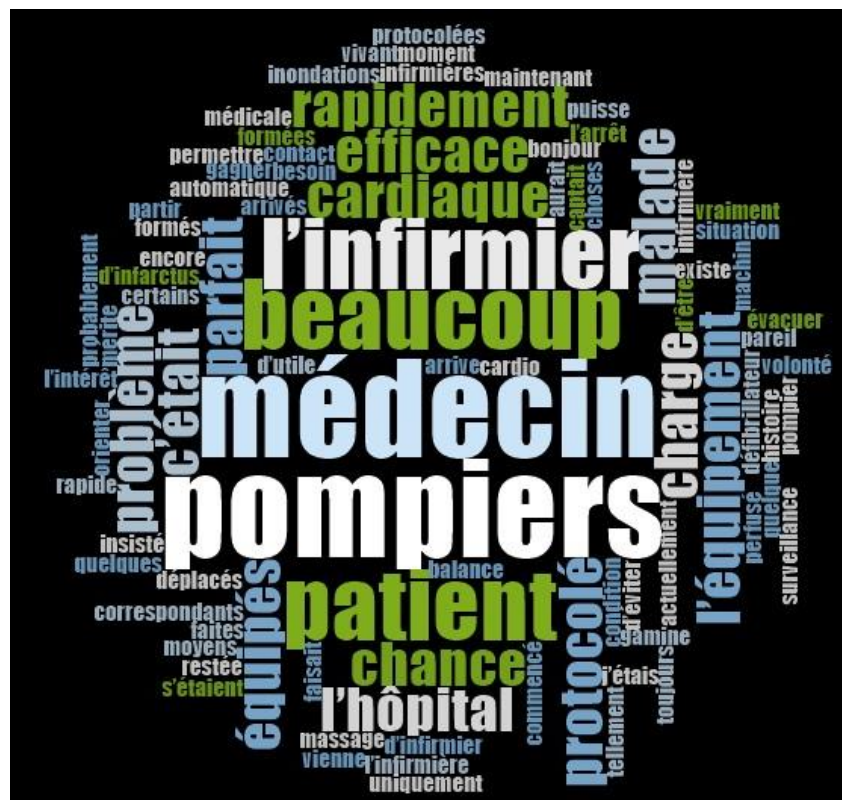
OPINION SUR L'ACTION PUBLIQUE (ACCES AUX SOINS)		14	93
Aspect financier		5	9
Différence générationnelle		2	3
Dispositif MCS		4	4
Insatisfaction générale		6	17
Installation		4	8
Manque de communication entre médecins et élus		3	5
Manque de reconnaissance de la médecine générale		5	8
Mesures inadaptées		11	17
Mesures satisfaisantes-Volonté de bien faire		7	15
Ne se prononce pas-Ne se sent pas concerné		3	4
Numéros clausus		2	3
SUGGESTIONS AMELIORATION ACCES AUX SOINS		12	68
Augmentation numéros clausus		3	3
Compensation financière		4	7
Développement des soins urgents au niveau local		4	5
Développement des transports terrestres		3	4
Développement du dispositif MCS-VLSM		3	3
Faciliter l'installation		1	1
Optimisation PDSA		1	3
Revalorisation de la médecine générale		6	10

Attractivité		3	3
Communication médecins-elus		3	3
Formation et pratique médicale		2	4

Annexe 11 : Nuage de mots (NVivo®) illustrant l'origine comme principale motivation de l'installation



Annexe 12 : Nuage de mots (NVivo®) illustrant les points positifs du dispositif selon les sujets non MCS



ABREVIATIONS

- **MCS** : Médecin Correspondant du SAMU
- **SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente
- **SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- **AMU** : Aide Médicale Urgente
- **SAU** : Service d'Accueil des Urgences
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **PTS** : Pacte Territoire Santé
- **CESU** : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
- **CODAMUPS** : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins
- **PDSA** : Permanence des Soins Ambulatoires
- **SROS** : Schéma Régional d'Organisation des Soins
- **PRS** : Projet Régional de Santé
- **CFMU** : Centre de Formation aux Mesures d'Urgence
- **SFMU** : Société Française de Médecine d'Urgence
- **ODPC** : Organisme de Développement Professionnel Continu
- **FIR** : Fonds d'Intervention Régional
- **DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- **VLSM** : Véhicule Léger de Secours Medicalisé
- **SDIS** : Service Départemental d'Incendie et de Secours
- **PISU** : Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence
- **ISP** : Infirmier Sapeur-Pompier
- **CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- **CHB** : Centre Hospitalier de Bastia
- **VSAV** : Véhicule de Secours et d'Aide aux Victimes
- **DZ** : Drop Zone
- **VNI** : Ventilation Non Invasive
- **UHCD** : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- **COREQ** : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

GHJURAMENTU d'HIPPOCRATE

« A l'ora d'esse ricevuta à l'eserciziu di a medicina, prumettu è facciu ghjuramentu d'esse fida à e lege di l'onore è di a prubità.

U mo primu penseru serà di ristabilisce, di difende è di prumove a salute in tutti i so elementi fisichi è mentali, individuali è siciali.

Averaghju rispettu per tutte e persone, a so autunumia è a so vultà, senza nisuna discriminazione secondu u so statu o secondu e so cunvinzione. M'inpegneraghju per difende le s'elle sò addebbulite, vulnerevule o minacciate in a so integrità o in a so dignità. Puru sott'à a custringhione, ùn feraghju micca usu di e mo cunniscenze contr'à e lege di l'umanità.

Infurmeraghju i pazienti di e decisione previste, di e so ragiò è di e so conseguenze. Ùn inganneraghju mai a so fiduccia è ùn sfrutteraghju micca u putere lasciatu da e circunstanze per furzà e cuscenze.

Daraghju e mo cure à l'indigente o à qualsiasi a mi dumanderà. Ùn mi lasceraghju micca influenzà nè da a brama di soldi nè da a ricerca di gloria.

Addimessa in l'intimu di e persone, steraghju zitta è muta nant'à i sicreti palisati. Ricevuta nentru à e case, rispetteraghju i sicreti di a ziglia à a meia l'andatura ùn ghjovertà micca da corrompe l'usi.

Feraghju tuttu per alleggerisce e suffranze. Ùn anderaghju micca à circà u trapiù di l'angunie. Ùn pruvucheraghju mai a morte deliberatamente.

Difenderaghju l'indipendenza necessaria à u cumpiimentu di a mo missione. Ùn assumeraghju nunda ch'è trapanessi e mo competenze. E manteneraghju à e perfezziuneraghju da assicurà à u megliu i servizii ch'è mi seranu dumandati.

In l'avversità, deraghju una manu à i mo cunfratelli è à e so famiglie.

Ch'è l'omi è i mei cunfratelli m'accunsentinu a so stima s'ò fermu fida à e mo prumesse ; ch'ò fussi disunurata à disprezzata s'ò ci mancu. »

RESUME

Introduction : L'accès de la population à des soins urgents en moins de 30 minutes dans les zones isolées est un objectif prioritaire d'action publique. En Corse, le dispositif « Médecins Correspondants du SAMU » a été déployé dans les régions de la Costa Verde et des Deux-Sevi pour tenter de répondre à cet objectif et faire face à la désertification médicale fortement présente dans ce territoire. L'objectif de notre étude est de comprendre la perception et le ressenti des médecins généralistes de ces deux régions vis-à-vis du dispositif.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès des médecins généralistes installés dans les zones étudiées. Cette étude réalisée en binôme a permis une triangulation de l'analyse des données.

Résultats : Les données ont été récoltées à partir de 14 entretiens. Un manque d'attractivité de la médecine générale en milieu rural semblait atténué par l'attachement des médecins à leur région. Un lien étroit complexe et controversé entre médecine générale et urgences a été mis en évidence. Le dispositif « Médecins Correspondants du SAMU » est perçu par les médecins généralistes comme un atout majeur pour la population et ressenti comme un avantage sur les plans professionnel et personnel par les médecins y participant. Le lien avec le SAMU est un des piliers essentiels du dispositif même s'il reste à perfectionner. Un paradoxe entre représentation générale satisfaisante et attractivité insuffisante est toutefois apparu mettant en évidence des freins à la participation et des lacunes de connaissance à propos de ce dispositif. Ce dernier ne semble pas tout résoudre et de nombreux points restent à améliorer. Un manque d'effectif évident est d'ailleurs source de contraintes personnelles et professionnelles importantes pour les participants.

Conclusion : Notre étude, à travers l'analyse de la perception et du ressenti des médecins généralistes, laisse entrevoir des pistes de réflexion intéressantes dans l'amélioration de l'accès aux soins urgents en milieu rural via le fort potentiel de déploiement du dispositif que nous avons pu constater.

Mots clés : Médecine générale, Médecins Correspondants du SAMU, Déserts médicaux, Accès aux soins urgents, Moins de 30 minutes, Etude qualitative