

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2022

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Philippe HENRY

Présentée et soutenue publiquement le
11 janvier 2022

**MEDECINS CORRESPONDANTS SAMU VENDEENS : RESSENTI
DES MEDECINS AYANT INTEGRE LE DISPOSITIF
ETUDE QUALITATIVE A PARTIR DE 13 ENTRETIENS SEMI-
DIRECTIFS**

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel MONTASSIER

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Cyrille VARTANIAN

**MEDECINS CORRESPONDANTS SAMU
VENDEENS : RESSENTI DES MEDECINS
AYANT INTEGRE LE DISPOSITIF
ETUDE QUALITATIVE A PARTIR DE 13
ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS**

Remerciements

À Monsieur le Professeur Emmanuel MONTASSIER

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté la présidence de ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail.

À Monsieur le Docteur François JAVAUDIN

Je vous remercie d'avoir porté attention à ce travail de thèse et d'accepter de le juger. Soyez assuré de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Philippe FRADIN

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma considération et de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Cyrille VARTANIAN

Merci de m'avoir fait découvrir les médecins correspondants SAMU malgré vous lors de votre intervention au congrès du CNGE à Nantes. Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse et de m'avoir guidé et conseillé tout au long de ce travail.

À tous mes maîtres de stage qui m'ont fait découvrir la médecine générale et qui m'ont fait confiance et tout particulièrement Philippe J, Philippe C, Dominique B, Svetlana S, Selma S, Marion B et Nirin R. Un grand merci.

À toute l'équipe du service des urgences et de MPU de Cholet qui m'ont accueilli pour mes deux premiers semestres d'internat, et pour tout ce que vous m'avez appris. Je ne pouvais pas tomber mieux. Je vous suis infiniment reconnaissant.

À ma femme qui partage ma vie depuis 11 ans maintenant, qui a tout vécu, tout supporté à mes côtés, qui m'a réconforté et encouragé tout au long de mes études et pour tous les sacrifices que tu as dû faire, je ne te remercierai jamais assez. Tellement de choses qui nous attendent encore et j'ai hâte de les découvrir ensemble. Je t'aime.

À mon fils, qui est entré dans ma vie depuis peu de temps comme une déflagration. Tant de bouleversements auxquels je ne m'étais pas préparé et qui me ramènent à la réalité. Impatient de te faire découvrir le monde.

À ma famille, qui a cru en moi dès le début plus que moi-même et qui m'a soutenu tout au long de mes études. Je vous suis éternellement reconnaissant. Je vous aime.

À mes amis, ceux de longue date comme ceux rencontrés à la fac, qui rendent la vie plus simple et qui font oublier les difficultés. Même si nous sommes éparpillés aux 4 coins de la France, j'ai toujours une pensée pour vous et je m'imagine par moment ce que vous êtes en train de faire, tailler des vignes, prescrire des chimios, masser des petites mamies, calculer des

trajectoires de satellites, chiller sous le soleil cuisant de la Réunion, travailler à la chaîne dans une ambiance assourdissante. J'ai tellement hâte de vous revoir tous !

À **mes co-internes** rencontrés dans les différents stages de Cholet, Challans, La Roche sur Yon qui ont supporté sans broncher mon humour douteux et mes jeux de mots. Il vous a fallu beaucoup de courage. Merci à vous.

À **la maison de santé de Bois de Cené**, qui me fait l'honneur de m'accueillir dans peu de temps. J'arrive !

Table des Matières

ACRONYMES

I.	INTRODUCTION	10
A.	Définitions	11
1.	Les urgences en Médecine générale	11
2.	Le médecin généraliste, médecin de premier recours	12
a)	Formation aux soins d'urgence en médecine générale	13
(1)	Initiale	13
(2)	Continue	15
3.	Epuisement professionnel	15
B.	Organisation de l'Aide Médicale Urgente en France et leurs acteurs	17
1.	Aide médicale urgente	17
2.	Les acteurs de l'AMU	17
C.	Pays de la Loire	19
1.	Démographie médicale	19
2.	Aide médicale Urgente en Vendée	20
3.	Le dispositif MCS en Vendée	20
a)	Territoires du dispositif	20
(1)	Territoire de Noirmoutier	20
(2)	Territoire de l'Île d'Yeu	20
(3)	Territoire de Pouzauges	21
(4)	Territoire de Saint Jean de Monts	21
b)	Formation	21
c)	Déclenchement	22
d)	Dotation	22
e)	Financement	23
II.	METHODOLOGIE	24
III.	RESULTATS	26
A.	Quelques statistiques	26
B.	L'étude qualitative	26
1.	DES MOTIFS D'INTEGRATION VARIES	26
a)	Recherche de la médecine générale authentique	26
b)	Devoir et responsabilité	28
c)	Les conditions d'exercice	28

2.	DES BENEFICES NON NEGLIGEABLES.....	29
a)	Un retentissement personnel	29
b)	Un dispositif d'intérêt commun	32
c)	Lien MCS-SAMU	33
3.	FREINS A L'ACTIVITE MCS.....	35
a)	La solitude et l'isolement	35
b)	Facteurs d'épuisement.....	36
c)	L'absence de formation MCS initiale.....	37
d)	Un manque de sollicitation	38
e)	Désorganisation du cabinet.....	39
4.	L'AVENIR DU DISPOSITIF	40
a)	Optimisme sur l'Ile d'Yeu	40
b)	Des avis mitigés sur les autres territoires vendéens	43
5.	VALORISER LE RESEAU.....	46
a)	La rémunération.....	46
b)	Communiquer davantage.....	46
c)	Perpétuer le compagnonnage.....	47
IV.	DISCUSSION.....	49
A.	Forces de l'étude.....	49
B.	Limites de l'étude.....	49
C.	Résultats comparés à la littérature	50
1.	DES MOTIFS D'INTEGRATION VARIES.....	50
a)	Recherche de la médecine générale authentique.....	50
b)	Devoir et responsabilité	50
c)	Les conditions d'exercice	50
2.	DES BENEFICES NON NEGLIGEABLES.....	51
a)	Un retentissement personnel	51
b)	Un dispositif d'intérêt commun	52
c)	Lien MCS-SAMU	53
3.	FREINS A L'EXERCICE DE CETTE PRATIQUE.....	54
a)	La solitude et l'isolement	54
b)	Facteurs d'épuisement.....	55
c)	L'absence de formation MCS initiale.....	56
d)	Un manque de sollicitation	56
e)	Désorganisation du cabinet.....	58
4.	L'AVENIR DU DISPOSITIF	58

a) Optimisme sur l'île d'Yeu	58
b) Des avis mitigés sur les autres territoires vendéens	59
5. VALORISER LE RESEAU.....	61
a) La rémunération.....	61
b) Communiquer davantage.....	61
c) Perpétuer le compagnonnage.....	62
V. CONCLUSION.....	63
VI. BIBLIOGRAPHIE	64
VII. ANNEXES	69

ACRONYMES

ACR: Arrêt Cardio Respiratoire

AMU : Aide Médicale Urgente

ANCESU : Association Nationale des Centres d'Enseignements des Soins d'Urgence

ARS : Agence Régionale de la Santé

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CH : Centre Hospitalier

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNUMU : Collège National des Universitaires de Médecine d'Urgence

DES : Diplôme d'Etude Supérieure

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DTARS : Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de la Santé

ECNi : Examen Classant National informatisé

FIR : Fonds d'Investissement régional

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

MCS: Médecin Correspondant SAMU

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSSM : Service de Santé et de Secours Médicale

SUdF : SAMU Urgences de France

WONCA: World Organization Of National Colleges and Academic Association of General Practitioners

I. INTRODUCTION

Les médecins généralistes sont un des premiers maillons de la chaîne des secours.

Dans les zones distantes de l'hôpital, devant certaines difficultés à prendre en charge les urgences vitales dans leur activité libérale comme le stress, la solitude, des médicaments non disponible en ville, certains de ces médecins généralistes ont décidé d'intégrer le dispositif de médecin correspondant SAMU.

La circulaire du 16/04/2003 définit pour la première fois le rôle du médecin correspondant SAMU. « Ce dispositif vise à identifier des médecins correspondants du SAMU pour que ce dernier puisse disposer de relais dans la prise en charge de l'urgence vitale, notamment dans les départements où la dispersion de la population et la limitation des moyens de secours, obligent à optimiser ces différents moyens. Le secours rapide ne peut qu'être amélioré par la présence de médecins formés à l'urgence, qu'ils soient médecins pompiers, médecins SMUR ou médecins libéraux». (1)

En 2012, la ministre de la santé crée le Pacte Territoire Santé qui a pour volonté de faire reculer les déserts médicaux sur notre territoire et de garantir l'égalité à l'accès aux soins en 10 engagements. Le but de l'engagement 9 était de garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015 et notamment en mettant en avant le développement prioritaire des médecins correspondants SAMU. Après un premier bilan, le nombre de MCS est passé de 150 en 2012 à 580 fin 2016. L'objectif actuellement est fixée à 700 MCS. (2)

Au 31 décembre 2015, un peu plus de 1 million de personnes se trouvaient à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents. Huit ans après la mise en place du Pacte Territoire Santé, 1.2% de la population des pays de Loire se trouve à plus de trente minutes d'un accès aux soins urgents, soit 45444 individus. (3)

Dans les Pays de la Loire, l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes a été également une priorité forte de l'ARS qui a mis en place des moyens importants, y compris dans les zones insulaires : ouverture d'un 2ème moyen hélicoptéré, création d'une antenne SMUR à Ancenis et déploiement de 18 MCS.

Beaucoup d'études se sont penchées sur l'efficacité et l'intérêt du dispositif de médecins correspondants SAMU depuis sa création. (4), (5), (6), (7)

Tous concluent à un dispositif efficace permettant un gain de temps pour les patients avec des délais d'intervention des MCS plus court que les SMUR.

Le dispositif permet également une plus grande disponibilité pour les SMUR. En effet, dans environ 50% des cas le SMUR n'intervient pas lors des interventions MCS. Enfin il semble que le dispositif a un intérêt économique et serait même rentable.

Quelques études se sont intéressées aux limites du dispositif (8), et sur les difficultés de dotation des médecins correspondants SAMU (9).

Les résultats de ces études concordent avec la thèse du Dr Bordier dans l'Aude en 2019. Elle s'intéresse au ressenti des médecins correspondants SAMU (10). Les MCS interrogés sont tous convaincus du dispositif et cette pratique ne leur pose aucun problème au

quotidien. En revanche compte tenu du faible effectif, de la méconnaissance du public de ce dispositif et de la difficulté à recruter de nouveaux MCS ils sont pessimistes sur l'avenir de ce réseau.

D'après la thèse du Dr Archambaud réalisée en 2019 sur le dispositif MCS Vendéen(4), il semble que 3 territoires de Vendée sont en difficulté. Il remarque que le nombre d'astreintes pourvues par les MCS diminue entre 2014 et 2017. Il en déduit un épuisement de ces professionnels.

Malgré une efficacité incontestable de ce dispositif, il reste fragile. Il est donc important de pérenniser ce dispositif et de le rendre plus attractif.

Ce travail de thèse va donc essayer de répondre à ces questions :

Que pensent les MCS vendéens de leur activité ? Et existe-t-il réellement un épuisement des médecins correspondants SAMU Vendéens ?

A. Définitions

1. Les urgences en Médecine générale

Il existe plusieurs définitions de l'urgence :

D'après la définition du Larousse (11) : « caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre d'aucun retard. Ou encore, situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement. »

La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin du SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique le stade de gravité.(12) Cependant cette classification est difficilement adaptable à la médecine générale.

Pour plus de simplicité nous pouvons classer les urgences selon qu'elles soient vitale, vraie, ressentie ou de confort.(13)

- ➔ Urgence vitale : mettant en jeu le pronostic vital.
- ➔ Urgence vraie : n'engage pas le pronostic vital mais nécessite des soins rapides.
- ➔ Urgence ressentie : le patient peut légitimement penser que son état de santé nécessite des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie.
- ➔ Urgence de confort : Majoration des symptômes par le patient pour obtenir des soins dont l'urgence n'est pas justifiée.

Il est important de noter que les urgences vitales en médecine générale sont rares. Effectivement, d'après une étude réalisée en 2006 par la DREES(14) sur les urgences en médecine générale, les recours urgents non programmés représentent 11% de l'ensemble des consultations et des visites effectuées par des médecins généralistes exerçant en cabinet et seulement 1.2% de ces recours sont des urgences avec pronostic vital engagé.

En 2011, une thèse réalisée en Loire Atlantique par le Dr Lechevrel estimait une médiane de 1,5 urgences vitales par médecin généraliste par an.(15)

Concernant les types d'urgences vitales qu'un médecin généraliste peut rencontrer dans sa pratique quotidienne, une étude parue en Août 2008 dans la revue médicale suisse(16) a montré qu'entre 2003 et 2007, sur les 1655 cabinets médicaux vaudois, parmi les 2804 interventions, on relève les urgences suivantes: cardiovasculaires : 960 (34,2%), dont 22 ACR ; respiratoires : 216 (7,7%) ; neurologiques: 187 (6,7%) ; psychiatriques: 160 (5,7%) ; traumatologiques : 578(20,6%), dont 321 (55,5%) concernent les extrémités.

Les médecins généralistes ne sont pas soumis aux mêmes risques de rencontrer des urgences vitales en fonction de l'endroit où ils exercent. Les cabinets considérés comme à risque modéré à élevé sont les cabinets reculés ou en périphérie sans hôpitaux de proximité avec des délais d'intervention d'équipes spécialisées longs. Les cabinets de groupe ou avec une densité de patients élevée, et enfin les cabinets exposés à des conditions météo extrêmes. (17)

2. Le médecin généraliste, médecin de premier recours

En 2002 la WONCA (World Organisation of Family Doctors) Europe définit « la médecine générale comme étant une discipline scientifique et universitaire avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. (18)

Elle est basée sur 11 caractéristiques :

A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »

Selon l'article L4130-1 du code de la Santé Publique, la médecine générale a pour rôle de « contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social.

S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.

Veiller à l'application individualisée des protocoles et des recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.

S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé

Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur.

Contribuer aux actions de prévention et de dépistage.

Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article [L. 6314-1](#).

Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxièmes et troisièmes cycles d'études médicales. » (19)

a) **Formation aux soins d'urgence en médecine générale**

(1) **Initiale**

Premier et deuxième cycle

Les études médicales s'organisent en 3 cycles pour une durée totale de 9 ans en médecine générale. Elles sont organisées par l'arrêté du 08 Avril 2013. Le premier et le deuxième cycle durent 6 ans. Ils ont pour objectif l'acquisition des compétences génériques permettant aux étudiants d'exercer par la suite, en milieu hospitalier ou en milieu ambulatoire,

les fonctions du troisième cycle et d'acquérir les compétences professionnelles de la formation dans laquelle ils s'engageront au cours de leur spécialisation. (20)

Le tronc commun du deuxième cycle comprend 13 unités d'enseignements dont 11 UE transdisciplinaires regroupant 362 items. La onzième unité d'enseignement porte sur les urgences et les défaillances viscérales aiguës.(21)

Les étudiants ont également des stages dans des unités de soins où ils participent à l'activité hospitalière. Durant cette période ils effectuent un stage obligatoire dans une unité d'accueil des urgences, ou de réanimation, ou de soins intensifs d'une durée minimale de 4 semaines. Ils participent également à au moins 25 gardes, celles-ci faisant partie intégrante de leur formation.

Pendant leurs études une formation permettant l'acquisition de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2, mentionnée au troisième alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 30 novembre 2014 modifié le 1^{er} juillet 2019.(22)

« L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 a pour objet l'acquisition de connaissances permettant l'identification d'une situation d'urgence à caractère médical et sa prise en charge, seul ou en équipe, y compris le guidage à distance pour la réalisation des gestes d'urgence, dans l'attente de l'arrivée de l'équipe médicale spécialisée et à la participation de la réponse à une urgence collective ou une situation sanitaire exceptionnelle.

La durée totale de la formation est de vingt et une heures. Elle est réalisée en groupes de dix à douze personnes

La durée de validité de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 est de quatre ans. »

Troisième cycle

A l'issue du deuxième cycle des études médicales, les étudiants sont soumis aux épreuves classantes nationales. En fonction de leurs classements aux ECNi, les étudiants sont affectés en qualité d'interne dans la spécialité de leurs choix qui leur permet d'obtenir un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES).(23), (24)

La médecine générale est devenue une spécialité à part entière en 2004 avec la création du DES de Médecine générale. Il a une durée de 3 ans réparti en 6 semestres. Les DES ont une phase socle de 1 an, une phase d'approfondissement de 2 ans et une phase de consolidation dont la durée est variable. Actuellement, seul le DES de médecine générale ne possède pas de phase de consolidation. Il est actuellement discuté de prolonger le DES de Médecine générale d'une année supplémentaire.

Depuis la rentrée 2017 les internes en première année appelée phase socle doivent réaliser six mois dans un service d'urgence et six mois dans un cabinet de médecine générale (niveau 1). Dans la deuxième année appelée phase d'approfondissement 1 il y a six mois en service de médecine adulte polyvalente et six mois d'une formation à la santé de l'enfant.

En dernière année dite phase d'approfondissement 2, les internes terminent avec six mois dans un stage consacré à la santé de la femme et six mois en cabinet de médecine générale dans le cadre du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (S.A.S.P.A.S.) (stage de niveau 2).

Deux stages doivent obligatoirement être réalisés, il s'agit du stage en service d'urgence et celui en médecine adulte polyvalente.

Malgré ce qui est mis en place en formation théorique et pratique pour la prise en charges des urgences, les internes restent globalement insatisfaits comme nous le montre l'étude de Audouin et Al(25).

Dans cette étude on remarque que le taux d'insatisfaction vis-à-vis de la formation pratique reçue était élevé (67,7 % sur 151 internes interrogés) chez les internes en cours de DES, voire très élevé chez les étudiants en cours de thèse (80 %). Il était moindre à l'égard de la formation théorique (32,4 %). Pour 83% des répondants, la remise à niveau devait être obligatoire ; selon 41 % des étudiants, elle pouvait avoir lieu tous les deux ans.

(2) Continue

La formation continue est une obligation légale. Selon l'article R.4127-11 du code la Santé Publique :

« Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu. » (26)

Instaurée par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 (27) et modifiée par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (28). Elle prend la forme d'un développement professionnel continu et réunit deux méthodes de formation : la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu.(29)

A Nantes, le CESU 44 propose un panel de formations destiné aux professionnels de santé ou non. La formation à l'urgence vitale est une formation sur demande elle coûte 166 euros par personne et par jour.

La faculté de Nantes propose une formation de gestion de situations critiques en cabinet médical. Elle se fait dans des groupes de 6 à 12 personnes maximum et dure 7 heures. Il y a 6 à 7 scénarios de simulation traités par session. Elle est animée par des médecins et des infirmières. A l'issue de la formation une attestation est délivrée. Elle a lieu au SIMU de Nantes. Le tarif est de 500 euros par personne.

3. Epuisement professionnel

Il existe plusieurs définitions du syndrome d'épuisement professionnel. Selon la Onzième révision de la Classification Internationale des maladies de l'OMS, l'épuisement professionnel est considéré comme un phénomène lié au travail et non comme une maladie :

« Le burn-out, ou épuisement professionnel, est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré. Trois dimensions le caractérisent : un sentiment de manque d'énergie ou d'épuisement, un retrait vis-à-vis du travail ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés au travail, une perte d'efficacité professionnelle. » (30)

Cette définition fait suite aux travaux de Christina Maslach dans les années 80 où elle décrivait le Burnout comme tel : « Le Burnout est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». (31)

Selon une étude de Schaufeli et Greenlass en 2001, le syndrome d'épuisement professionnel est « un épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ». (32)

Les facteurs de risques sont répertoriés en 6 catégories selon un rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. (33)

Ils sont liés à l'intensité et au temps de travail, aux exigences émotionnelles (relation avec le public, contact avec la mort et la souffrance), à l'autonomie et aux marges de manœuvre, aux rapports sociaux (avec les collègues, avec la hiérarchie), aux conflits de valeurs et à l'insécurité de l'emploi.

Il existe plusieurs outils de dépistage du syndrome d'épuisement professionnel.

Le premier est le Maslach Burnout Inventory créé dans les années 80. Il explore les 3 dimensions du Burnout vu précédemment en 22 items. Pour chaque dimension, le score est bas, modéré ou élevé. Le degré de gravité est faible si une seule des 3 dimensions est atteinte, moyen si 2 dimensions sont concernées et sévère si les 3 dimensions sont touchées. (34)

Le Copenhagen Burnout Inventory, plus récent, est un auto-questionnaire. Il est un bon outil de dépistage mais n'a pas valeur de diagnostic médical.

Il explore l'épuisement professionnel, l'épuisement personnel et l'épuisement relationnel en 19 questions. Les réponses sont cotées 0 pour (Jamais/Presque jamais), 25 pour (Rarement/Faiblement), 50 pour (Parfois/Quelque peu), 75 pour (Souvent/Fortement) et enfin 100 pour (Toujours/Fortement). L'addition de ces réponses donnent un calcul de 3 scores. Plus les scores sont élevés plus le risque de burnout est important. (35), (36)

Ces dernières années, le thème de l'épuisement professionnel chez les soignants a été largement médiatisé et de nombreuses études ont exploré cette thématique notamment chez les médecins généralistes et les urgentistes. (37), (38), (39).

En revanche, aucune étude ne s'est intéressée à la santé des médecins correspondants SAMU.

B. Organisation de l'Aide Médicale Urgente en France et leurs acteurs

1. Aide médicale urgente

En France, l'aide médicale urgente est définie par la Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 (40). L'article L6311-1 du code de la santé publique précise que : « L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. »(41)

L'AMU dans notre pays a été mis en place dans les années 60 pour prendre en charge les victimes des accidents de la route après avoir constaté que la majorité des victimes décédaient pendant le transport entre le lieu d'accident et leur arrivée à l'hôpital.

En 2008, un référentiel est créée par un comité quadripartite entre le ministère de la santé , le ministère de la défense, la direction de la défense et de la sécurité civiles et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins afin d'améliorer la coordination entre SAMU, centres 15 et Services départementaux d'incendie et de secours ainsi que la répartition de certaines tâches :« partager des responsabilités dans l'exercice des missions de secours à personne, précisant notamment celles qui sont du ressort de la permanence des soins, celles qui sont du ressort du prompt secours et celles qui sont du ressort de l'urgence médicale. »(42)

L'application de ce référentiel s'est fait grâce à l'arrêté du 24 Avril 2009.(43)

2. Les acteurs de l'AMU

➔ Service d'Aide Médicale Urgente

Le SAMU a pour rôle de répondre à l'aide médicale urgente, à savoir l'assistance pré hospitalière aux victimes d'une affection brutale ou d'accidents en état critique.

L'organisation et les missions du SAMU sont décrits officiellement dans le Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987.(44)

L'article L6311-1 du Code de la Santé publique précise que : « Les services d'aide médicale urgente ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence.

Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en oeuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les services d'aide médicale urgente joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en oeuvre par les services d'incendie et de secours. »(45)

Ses missions sont les suivantes(46) :

- Assurent une écoute médicale permanente ;
- Déterminent et déclenchent, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;

- S'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et font préparer son accueil ;
- Organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- Veillent à l'admission du patient.

➔ Service mobile d'Urgence et de Réanimation

Le SMUR est un service hospitalier comprenant des véhicules (unités mobiles hospitalières) capable de répondre à l'Aide Médicale Urgente en dehors de l'hôpital. En apportant soit des soins intensifs à une victime, soit lors d'un transfert lorsqu'un patient nécessite une surveillance médicale intensive pendant le trajet.

Ses missions sont précisées dans l'article R6123-15 du Code de Santé Publique :

« 1° D'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement 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, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.

2° D'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

Pour l'exercice de ces missions, l'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend un médecin. »(47)

➔ Médecins correspondants du SAMU

Comme le prévoit le décret n°2006-576 du 22 mai 2006(48) relatif à la médecine d'urgence et l'arrêté du 12 février 2007(49) le Médecin Correspondant du Samu (MCS) est un médecin de premier recours, formé à l'urgence, qui intervient en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale, dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient.(50)

La fonction de MCS repose sur le volontariat des médecins.

Le dispositif des MCS est accessible à tout professionnel médical, quel que soit son statut et son mode d'exercice, volontaire pour répondre aux sollicitations du SAMU dans le cadre de l'aide médicale urgente et qui remplit les conditions d'intervention et de formation

Les territoires d'intervention des MCS sont déterminés par les ARS, en lien avec les SAMU Centre 15 et les professionnels, à partir du diagnostic des territoires et populations situés à plus de trente minutes d'accès de soins urgents (structure des urgences ou SMUR).

Le médecin volontaire pour exercer les fonctions de MCS signe obligatoirement un contrat tripartite avec l'établissement siège du SAMU et l'ARS pour définir les conditions de son intervention.

Le matériel ainsi que le réapprovisionnement sont mis à disposition par l'établissement siège du SAMU avec lequel le MCS a passé convention.

➔ Médecin Sapeur-Pompier

Le médecin sapeur-pompier est un médecin du service de santé et de secours médical (SSSM). Le SSSM fait partie des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).

Ces médecins sont volontaires ou professionnels et sont des agents de collectivité territoriale.

Ils ont pour mission de surveiller l'état de santé des sapeurs-pompiers, le soutien sanitaire sur le terrain et de participer à l'aide médicale urgente.

Ces médecins sont alertés par le Centre de traitement de l'alerte sur demande du centre de Régulation et de réception des appels.(51), (52)

Leur formation d'intégration est organisée par le service d'incendie et de secours et centralisée par l'Ecole Nationale Supérieure des Officiers de Sapeur pompiers. La formation continue est sous la responsabilité du médecin chef du SSSM.

C. Pays de la Loire

1. Démographie médicale

Au premier janvier 2018, 3720 médecins généralistes libéraux exerçaient en Pays de la Loire soit un taux de croissance de +0.5% par an depuis 2013. A l'échelle de la France ce taux est de -0.3%. 18% de ces médecins étaient âgés de moins de 35 ans et 27% avaient plus de 60 ans pour une population de 3,7 millions d'habitants, les Pays de la Loire étant la 8ème région la plus peuplée de France

A l'échelle de chaque département, en Loire Atlantique l'effectif des médecins généralistes libéraux étaient de 1630 soit un taux de croissance de +1.8%. En Vendée, en 2018 l'effectif était de 535 pour un taux de croissance de -1.4% entre 2013 et 2018.

Ce taux de croissance est le même pour la Sarthe avec un effectif de 425 médecins généralistes.

En Maine et Loire, en 2018, on compte 912 médecins généraliste soit un taux de croissance de +0.7%.

L'effectif le plus bas revient au département de la Mayenne avec un total de 222 médecins généralistes pour un taux de croissance de -1.2%.

En 2018, 45 % des praticiens sont des femmes (36 % en 2013). Cette proportion atteint 70 % parmi les praticiens âgés de moins de 35 ans.

L'âge moyen des médecins généralistes libéraux a diminué dans la région au cours des cinq dernières années (51,0 ans en 2013, 49,6 ans en 2018). Cette baisse est un peu moins marquée en France (respectivement 52,1 et 51,8 ans).(53)

La région des Pays de la Loire compte une densité des médecins généralistes, de 88.3, inférieure à la moyenne française, de 92.9 pour 100 000 habitants au 1er janvier 2015. Avec des situations contrastées dans la région, la Mayenne et la Sarthe présentant la densité la plus basse.(54)

2. Aide médicale Urgente en Vendée

Il existe en Vendée 6 équipes SMUR. Deux équipes sont rattachées au CHD de la Roche sur Yon, une équipe au CH de Luçon, une équipe au CH de Montaigu, une équipe au CH de Challans et une équipe aux Sables d'Olonne.

3. Le dispositif MCS en Vendée

Le réseau MCS actuel a été déployé en 2014.

a) Territoires du dispositif

Dans le département de Vendée il reste peu de communes situées à plus de trente minutes d'un SMUR grâce au dispositif MCS notamment.

Les communes concernées sont : Sainte Cécile (31 minutes), Saint Avaugourd des Landes (30 minutes), Longeville sur Mer (30 minutes) et La Tranche sur Mer (32 minutes) cf annexe.

Le reste de la Vendée est divisée en 4 territoires :

(1) Territoire de Noirmoutier

Noirmoutier est composée de quatre communes regroupées en communauté de communes. Ces communes sont Noirmoutier-en-l'Île, Barbâtre, L'Epine et La Guérinière.

L'île de Noirmoutier s'étend sur une longueur de 18km et une largeur qui varie entre 500 mètres à 12km pour une superficie totale de 49 km².

L'île compte 9 380 habitants à l'année en 2017 d'après l'INSEE(55). Cette population peut monter jusqu'à 150 000 en période estivale.

4 médecins correspondants SAMU interviennent sur ce territoire. (56)

(2) Territoire de l'île d'Yeu

L'île principale est située à une vingtaine de kilomètres du continent et s'étend sur 9,5 km de long pour 4 km de large. Le territoire municipal de L'Île-d'Yeu s'étend sur 2 466 hectares. Les principales localités sont Port-Joinville, Saint-Sauveur et La Meule.(57)

L'île d'Yeu compte 4789 personnes à l'année et environ 40000 l'été.(58)

Il existe un hôpital local sur l'île et 7 MCS se trouvent sur ce territoire.

(3) Territoire de Pouzauges

Ce territoire comprend les communes de Le Boupère, Chavagnes-les-Redoux, la Meilleraie-Tillay, Monsireigne, Montournais, La Pommeraye sur Sèvre, Pouzauges, Réaumur, Saint Mesmin, Saint Michel Mont Mercure et Tallud Sainte Gemme. (59)

En 2016, la population est de 23267 habitants sur une superficie de 320 km².(59)

Il y a un médecin correspondant SAMU sur ce territoire.

(4) Territoire de Saint Jean de Monts

Ce territoire comprend les communes de Saint Jean de Monts, Notre Dame de Monts, La Barre de Monts, Soullans et Le Perrier. Il s'étend sur 184,68 km².

En 2015 selon l'Insee la population était de 19 012 habitants sur une superficie de 184,68 km². (60)

Un seul MCS est présent sur ce territoire.

b) Formation

D'après le guide de déploiement, les conditions de formation du MCS sont décrites dans le contrat fonctionnel conclu entre le MCS et l'établissement de santé siège du SAMU.

La formation se décompose ainsi :

Une formation initiale théorique et pratique assurée par le CESU d'une durée totale de 2 jours sous la forme d'un enseignement avec présence physique des apprenants et sous la forme de E learning, l'objectif étant d'acquérir les notions indispensables pour intégrer le dispositif du réseau des MCS et prendre en charge des urgences dans les 30 premières minutes et dans l'attente de l'arrivée d'une équipe SMUR.

Elle tient en 6 modules : organisation / missions et responsabilités MCS / procédures d'intervention, cardio-respiratoire, troubles de conscience, traumatologie et analgésie, techniques médicales et mise en condition.

Puis un stage pratique de 48 heures dans les structures d'urgence du CH siège du SAMU d'origine organisé en binôme avec un médecin urgentiste référent. Le but de ce stage est de se familiariser avec le matériel et sa gestion lors des interventions, les gestes d'urgence (abords

vasculaires, techniques d'immobilisation et de ventilation) et connaître les procédures d'interventions avec l'utilisation de fiches d'intervention et la transmission de bilan.

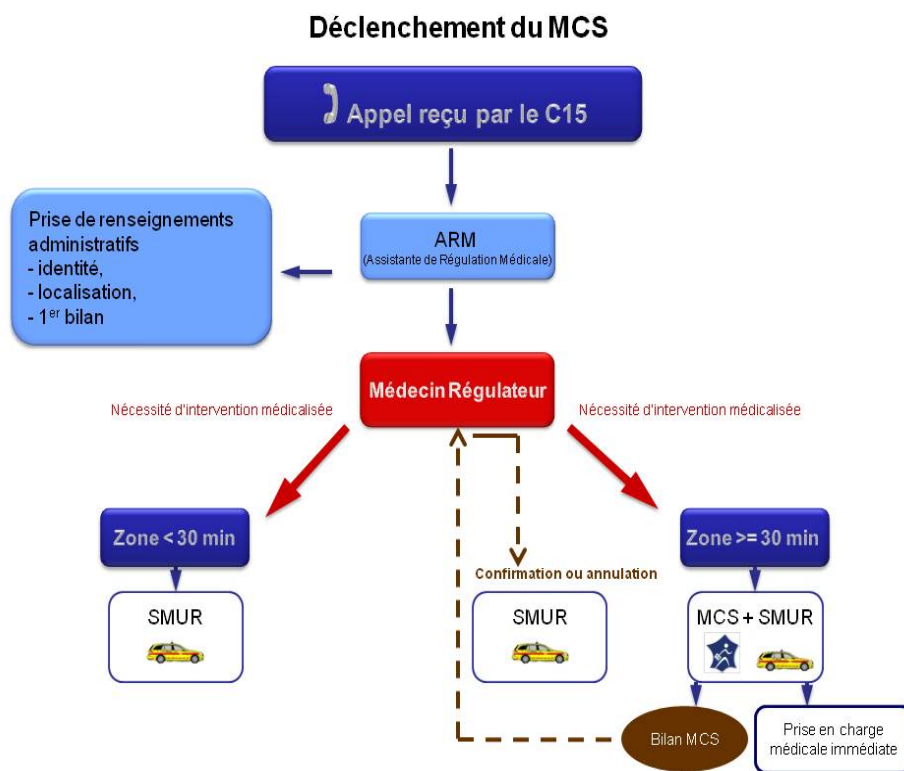
Une formation continue annuelle pour l'actualisation des connaissances et le maintien des compétences sous la forme d'un séminaire d'une journée ou de deux séminaires d'une demi-journée.(50)

c) Déclenchement

Le médecin correspondant SAMU est obligatoirement déclenché par le SAMU-centre 15 de manière simultanée avec l'envoi d'un SMUR.

Il prend en charge le patient en attendant l'arrivée du SMUR, en lien continu et permanent avec le SAMU-centre15 qui va adapter les moyens de transports aux besoins du patient identifiés par le MCS.

La coordination des moyens et des interventions appartient au SAMU-centre 15.(50), (61)



d) Dotation

Toujours d'après le guide de déploiement, le matériel et les médicaments sont mis à disposition par l'établissement siège du SAMU avec lequel le MCS a passé convention. La

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

L'équipement fourni est harmonisé avec celui que le MCS a utilisé pendant sa formation et celui utilisé dans les SMUR. (50)

e) **Financement**

Le fond d'intervention régional a été mis en place en 2015 pour financer des actions et des expérimentations validées par les ARS qui ont pour but la promotion de la santé, la prévention, la coordination des soins, la qualité des soins, la permanence des soins, ainsi que la sécurité sanitaire. (62)

Il se trouve que le dispositif Médecins correspondants SAMU fait partie de ces actions et bénéficie donc de crédits du fond d'intervention régional.

Les éléments financés par l'ARS dans le cadre du FIR doivent être précisés soit dans un contrat entre l'ARS et l'établissement de santé siège du SAMU, ou entre l'ARS et le MCS. Soit, comme en Vendée, dans un contrat tripartite entre l'ARS, l'établissement de santé siège du SAMU (CHD de la Roche sur Yon) et le MCS.

Le MCS touche une rémunération lors de son intervention et ses journées de formation initiales et continues sont indemnisées.

En Vendée, la rémunération du MCS comprend un forfait d'astreinte de 150 euros par plage de 24 heures sur le territoire identifié par le contrat et un forfait d'intervention de 150 euros par sortie couvrant l'ensemble des actes et les indemnités kilométriques.

Pour être rémunéré, le MCS doit remplir après chaque sortie une fiche d'intervention qu'il transmet à son SAMU de référence. Le SAMU transmet ensuite mensuellement à la délégation territoriale de l'ARS le tableau d'astreinte comprenant les fiches d'interventions.

Après contrôle et validation par la DTARS, le tableau d'astreinte est transmis à la Caisse primaire d'Assurance Maladie pour que cette dernière puisse procéder au paiement du forfait d'astreinte et du forfait d'intervention au MCS.

Objectif de l'étude

Dans un premier temps, il s'agit d'étudier le ressenti des médecins correspondants SAMU vendéens concernant leur intégration dans ce dispositif.

Et dans un second temps, identifier les facteurs d'épuisement s'il y en a, de ces professionnels puis faire émerger des axes d'amélioration afin de susciter des vocations et donc de pérenniser le dispositif.

II. METHODOLOGIE

La méthode qualitative me semblait plus adaptée pour répondre à ces objectifs.

Cette méthode permet « d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. »(63),

Elle permet également « d'explorer les phénomènes complexes dans leur milieu naturel, elle s'efforce de leur donner un sens, de les interpréter au travers des significations que les gens leur donnent ». (64)

Il y a 13 médecins correspondant SAMU en Vendée, la répartition de chacun des MCS m'a été confirmé par l'ARS, en revanche, celle-ci n'a pas pu me fournir les noms et coordonnées de ces MCS.

IL y a 7 MCS sur l'Ile d'Yeu, 4 MCS sur Noirmoutier, 1 MCS à Pouzauges et 1 MCS à Notre Dame de Monts.

Les noms et les coordonnées des MCS ont été récupéré au fur et à mesure des entretiens. Ils ont été contactés une première fois par mail dans lequel il leur était explicité le projet de thèse ainsi que le déroulement des entretiens. L'anonymat leur a également été assuré.

Dans certains cas, une ou deux relances par mail ou par téléphone ont été nécessaire jusqu'à obtenir une réponse.

Tous les MCS vendéens ont pu être interrogé.

Pour conserver leur anonymat, les MCS ont été nommé de 1 à 13. Les numéros ne correspondent pas à l'ordre dans lequel les MCS ont été interrogé.

Afin de réaliser des entretiens individuels semi directif à réponses libres, un guide d'entretien a été rédigé en amont.

Celui-ci est composé de questions ouvertes et aborde au fur et à mesure des thèmes de plus en plus précis. Des questions de relances ont également été préparé.

Les questions n'ont pas été forcément abordé dans le même ordre à chaque fois.

Le guide d'entretien a été affiné pour prendre son aspect final après trois ou quatre entretiens.

Les entretiens se sont étalés sur 6 mois.

Ils ont eu lieu les :

- 1^{er} décembre 2020
- 7 décembre 2020
- 28 décembre 2020
- 24 janvier 2021
- 10 février 2021
- 16 mars 2021

- 29 mars 2021
- 17 avril 2021
- 23 mai 2021
- 8 juin 2021

Ils ont duré entre 25 minutes et 1 heure 16 minutes.

Quatre entretiens se sont déroulés en visioconférence sur « Zoom » pour des raisons d'emploi du temps ou météorologique empêchant le déplacement sur le lieu d'exercice de ces MCS. Pour les autres, les entretiens se sont déroulés soit au domicile des MCS, soit sur leur lieu d'exercice. Un entretien a eu lieu dans les locaux de la faculté de médecine de Nantes.

Les entretiens ont été enregistré à l'aide d'un téléphone.

Une fois les entretiens réalisés, ils ont été intégralement retranscrits afin d'obtenir le verbatim.

Le verbatim a été lu plusieurs fois et des commentaires ont été mis dans les marges du verbatim pour résumer les propos des enquêtés. Ces commentaires ont ensuite été comparés et regroupés afin de réaliser un premier plan. Chaque entretien a été analysé de la même manière. Il est arrivé de revenir en arrière pour modifier ou ajouter des commentaires. Lorsque tous les entretiens ont été analysés, les plans de chaque entretien ont été regroupés pour former des thèmes et des sous thèmes.

III. RESULTATS

A. Quelques statistiques

61.5% des MCS sont des hommes, 38.5% sont des femmes.

La moyenne d'âge des MCS Vendéens est de 47 ans.

Le plus jeune à 31 ans et le plus âgé à 73 ans.

38% des MCS ont plus de 50 ans.

Le territoire de l'Ile d'Yeu contient l'équipe la plus jeune avec une moyenne d'âge de 35 ans.

61.5% des MCS ont une activité salariée et 38.5% ont une activité libérale.

12 MCS sont des médecins généralistes, 1 MCS est un anesthésiste réanimateur à la retraite.

4 MCS ont été MCS dans d'autres départements au cours de leurs carrières.

2 MCS ont une capacité de médecine d'urgence et 3 sont ou ont été médecin pompier.

B. L'étude qualitative

1. DES MOTIFS D'INTEGRATION VARIES

a) Recherche de la médecine générale authentique

Dans la majorité des cas, les médecins interrogés se sont volontairement installés en zone isolée et ont intégré le dispositif MCS car ils ont la volonté d'exercer une médecine diversifiée, polyvalente, une médecine générale authentique.

- MCS 2 : *« Mais euh en résumé, de la médecine générale, un peu d'hôpital, des gardes de médecine générale, des gardes de MCS et euh, on a une ligne en maison de retraite donc ça fait un panel d'activité hyper intéressante quand t'es jeune médecin. C'est un peu contraignant, astreignant mais c'est chouette »*
- MCS 4 : *« Moi ce qui me plaisait c'était la triple activité qu'on avait en fait. On a du cabinet de ville, on a de l'Hôpital et on a des urgences. Moi c'était cette triple activité et en sachant que j'avais une arrière-pensée en installation »*
- MCS 7 : *« ...je retrouvais un peu le côté insulaire avec une médecine hyper variée, avec de la pédiatrie et de la gériatrie, du suivi à une urgence absolue quoi, du coup ça c'est vraiment le côté intéressant »*

- MCS 13 : « *L'intérêt de se mettre en périphérie loin des centres c'est que je trouvais qu'on avait une médecine générale beaucoup plus diversifiée que lorsqu'on se retrouvait en plein centre d'une grande ville.* »
- MCS 9 : « *Disons que pour un médecin généraliste ici, c'est vrai que ça a beaucoup de bon côté, c'est une activité polyvalente, on fait et de l'urgence et de la médecine générale. Je trouve que pour un médecin généraliste il n'y a pas mieux que de bosser ici.* »

Pour ces médecins, cette activité est bien plus qu'une activité complémentaire à la médecine générale, elle fait partie de la médecine générale comme nous dit le MCS 9 : « *Pour moi ce n'est pas une activité en plus, elle s'intègre dans notre activité quand on est de garde comme moi aujourd'hui quand on fait les urgences.* »

En plus de vouloir exercer une médecine générale diversifiée, on retrouve chez ces médecins une appétence pour l'urgence qui semble être pour eux, un pré requis indispensable pour intégrer le dispositif.

- MCS 11 : « *J'ai toujours été baigné dans l'urgence avec le SAMU et les pompiers, puis après s'est créé ce dispositif je l'ai intégré naturellement, je ne sais même plus en quelle année.* ».
- MCS 2 : « *...J'ai longuement hésiter entre urgentiste et médecin généraliste et puis finalement avec un dégoût de l'hôpital à force des stages en tant qu'interne, je me suis rabattu sur de la médecine générale plutôt* »
- MCS 4 : « *je ne voulais pas faire que de l'Hôpital parce que je ne me voyais pas non plus faire que ça et ça m'embêtait d'abandonner tout le côté urgence qu'on avait fait dans tout mon internat et qui me plaisait plutôt* ».

Certains MCS vont plus loin et avouent que les interventions leurs procurent des sensations fortes ce qui les motivent davantage à exercer cette activité.

- MCS1 : « *Et je pense que la petite poussée d'adrénaline elle n'est pas pour me déplaire quelque part. Mais avec l'âge on se calme un peu sur l'adrénaline. Je roule moins vite je suis beaucoup plus prudente. Parce qu'au départ c'était à fond la caisse quoi hein. Ça sert à rien de perdre une minute quoi.* »
- MCS 5 : « *...et le côté urgence avec l'adrénaline etc... qui est ... Faut pas se cacher qu'on recherche quand même un petit peu* ».

b) Devoir et responsabilité

Au cours des entretiens, un autre profil s'est dégagé, c'est celui du médecin engagé, impliqué dans son territoire, qui se sent responsable et redevable de la population vivant sur ce territoire. Intégrer le dispositif MCS apparaît donc pour ces médecins comme un moyen de protéger cette population.

- MCS 12 : « *Alors sur les motivations je pense que tu vas y arriver rapidement, ce n'est pas forcément par goût que j'ai fait ça moi [...] c'est pas un goût immodéré pour l'urgence qui m'a fait rentrer dans ce truc-là, c'est vraiment : « il faut des bras ? et bien je suis là ! ». C'est cet esprit-là. »*, « *... ça peut paraître bizarre de dire ça maintenant mais sincèrement c'est la vérité, je me sens une responsabilité de territoire donc moi j'ai... Il n'y en a pas beaucoup qui font ça maintenant j'ai l'impression »* »
- MCS 3 : « *... en tout cas je voulais essayer de ... d'être MCS parce que je trouvais que ça avait du sens pour le territoire dans le cadre d'un territoire isolé. C'était surtout plus pour le territoire, mes grosses motivations elles étaient là quoi »* »

c) Les conditions d'exercice

L'intégration dans le réseau MCS étant obligatoire sur l'île d'Yeu lorsque l'on y travaille, le dispositif a vu rejoindre dans ses rangs un nouveau profil de MCS. Ce sont des médecins généralistes sans appétence pour l'urgence qui recherchent d'une part, un cadre de vie favorable et d'autre part une activité salariée. Ces deux éléments étant réunis sur l'île d'Yeu, ces médecins ont, étant donné leur installation, intégré le dispositif.

- MCS 5 : « *j'ai pas une appétence particulière pour l'urgence, en tout cas pendant mon internat, j'avais pas une attirance pour l'urgence mais peut-être pour l'urgence hospitalière »*, « *On est venu une fois, deux fois, il y a eu pas mal de changement dans l'équipe, on nous a proposé un poste voilà, permanent qu'on a accepté, voilà, on s'est lancé dans l'aventure »* »
- MCS 8 : « *Le salariat, ça j'avoue que c'est... On a fait 3 ans de remplacement libéral avec parfois des déconvenues sur des tâches administratives et en vue d'un congé maternité, moi je trouve que pour une femme c'est quand même sécurisant de savoir qu'on a ça, le salariat. Et puis après la qualité de vie locale quoi »* »
- MCS 9 : « *c'est le fait que ça soit passé maison de santé salariée qui m'a motivée à m'installer »* ... « *je suis venue en vacances ici et tout d'un coup je me suis dit : « bah tient, je sais qu'ils sont devenus salariés, bah ça m'intéresse ! ». Et ça s'est fait comme ça »* »

Malgré l'absence initiale d'appétence pour l'urgence, une fois le dispositif intégré, ces médecins avouent que cette activité d'urgence ne leur pose aucun problème et ils en retirent des bénéfices.

- MCS 7 : « *De fait j'ai intégré le réseau MCS parce qu'au début c'était pas forcément trop ce qui me... J'aurai pas fait d'urgence je pense si je n'avais pas été sur l'Île d'Yeu* », « *Après le côté salarié c'est un super point, c'est clair qu'il n'y a rien d'autre à gérer, il n'y a pas d'administratif et ça c'est pas mal ! Euh et puis après, même, je voulais plus faire d'urgence, au final, d'en faire...* ».

2. DES BÉNÉFICES NON NEGLIGEABLES

a) Un retentissement personnel

Les médecins correspondant SAMU sont unanimes, cette activité leur apporte beaucoup de satisfaction et de fierté. En effet, les compétences acquises grâce à ce dispositif ainsi que la possession du matériel et des drogues leur permettent de peser dans la balance lors d'une intervention sur une urgence vitale. Ils voient donc le bénéfice en temps réel qu'ils apportent ce qui est très valorisant.

- MCS 1 : « *Le bénéfice c'est quelque part, tu vas me dire c'est presque de la philo, mais c'est d'être contente d'avoir pu à un moment donné, contribuer, pas de sauver des vies loin de là, mais à ... à assurer un peu la sécurité d'une victime en attendant un SMUR* »
- MCS 2 : « *Il y a eu, du coup, des belles, euh, des belles interventions médecins correspondant SAMU et du fait, on est assez satisfait de ce qu'on fait à notre petit niveau [...] Donc ça c'est chouette d'avoir cette responsabilité, c'est valorisant. Quand t'arrives sur une intervention, on sait que c'est toi qui vas reprendre le leadership de la situation.* »
- MCS 4 : « *il y a vraiment des côtés... mais vraiment gratifiant quoi dans certaines situations, que c'est vraiment chouette.* »
- MCS 6 : « *J'ai l'impression de servir à quelque chose !* »
- MCS 7 : « *Je trouve que c'est assez valorisant dans sa pratique* »

De plus, le fait d'intervenir sur de l'urgence vitale sur son propre territoire et souvent sur ses propres patients permet de créer un lien fort entre le médecin et son patient surtout lorsque les MCS revoient leurs patients dans les suites d'une intervention. Ce lien renforce la satisfaction d'avoir intégré le dispositif.

- MCS 2 : « *...et ça c'est vraiment satisfaisant pour ta pratique médicale surtout pour après quand tu revois tes patients. Tu sais que c'était un infarctus, tu sais que c'était sub occlu, tu sais ce qui se passe, et rarement on se trompe...* »

- MCS5 : « ...quelqu'un dont on va prendre l'infarctus par exemple, va revenir me voir en consultation 3 semaines après son retour. Ça créer un lien fort. Il y a beaucoup de patients que j'ai pris en charge en urgence qui maintenant sont mes patients au cabinet et c'est quelque chose qui est assez satisfaisant. »
- MCS 10 : « De prendre en charge des patients en médecine d'urgence sur des cas très grave comme un infarctus, et 3 à 4 semaines plus tard vous revoyez le patient dans votre bureau et vous avez le fil de l'histoire [...] Nous on voit vraiment ce qui s'est passé au moment où ils ne vont pas bien, qu'est-ce qu'on a fait sur le moment et comment ils vont après, et ça, ça n'a pas de prix. Il n'y a pas beaucoup d'autre endroit où on voit ça. Il y a un vrai suivi et on prend vraiment conscience de ce qu'on fait en urgence et bien ça a des répercussions sur la suite et ça je pense que tout ça mis bout à bout c'est quand même pas mal »
- MCS7 : « ...avec des patients, c'est assez exceptionnel aussi. Ça crée un lien assez particulier avec le patient. »

Être médecin correspondant SAMU permet également d'aborder la médecine générale avec plus de sérénité, en effet, l'activité MCS est formatrice en elle-même mais elle nécessite de la rigueur et un travail personnel pour se former continuellement et se tenir à jour des nouvelles recommandations ce qui permet in fine d'être plus confiant lors des interventions MCS mais également pendant les consultations de médecine générale.

- MCS 10 : « Alors c'est hyper exigeant parce qu'avoir des connaissances sur à peu près tout, c'est pas évident, mais en même temps c'est motivant, il faut toujours essayer de se mettre à jour, il faut toujours essayer de se former, essayer de trouver des petits trucs et la satisfaction c'est d'arriver à être très polyvalent sur beaucoup de choses, finalement, ça rend plus serein sur les prises en charge. »
- MCS 11 : « j'aime bien entretenir mes connaissances et l'urgence c'est comme le vélo, il faut continuer à se former mais on garde cette passion après je suis assez content de ce système parce qu'au final ça permet de garder un petit pied dans l'urgence »
- MCS 5 : « et puis le côté technique de progresser continuellement, progresser... Être à jour dans ses connaissances. C'est totalement différent quoi, des consultations »
- MCS 8 : « J'apprends plein de choses grâce aux formations organisées par le SAMU, ça nous permet de se maintenir à jour des urgences, ça diminue ton angoisse peut être en médecine générale face aux problèmes... parce que du coup t'es... comme tu fais régulièrement... Comme t'es maintenu à jour ça fait que t'es moins angoissé par les trucs du quotidien en médecine générale. »

- MCS2 : *« Ça t'oblige à te former, ça t'oblige à progresser, ça permet de prendre confiance en soi aussi. »*

Lors des entretiens, il en ressort clairement que cette activité n'est pas responsable d'épuisement. La question a également été posée aux MCS présents sur l'Ile d'Yeu et la réponse est identique. A l'heure actuelle, les MCS vendéens ne souffrent pas d'épuisement à cause de cette activité.

- MCS 3 : *« Je ne suis pas sûr qu'il y ait un épuisement finalement tant que ça dû au rôle de médecin correspondant SAMU pour notre territoire en tout cas. Après je ne sais pas pour les autres territoires. »*
- MCS 8 : *« Je ne pense pas que ça soit l'activité MCS qui soit responsable d'épuisement, en tout cas à l'Ile d'Yeu. »*
- MCS 4 : *« On a pas du tout cette sensation d'épuisement, au contraire, nous c'est vraiment quelque chose qui j'pense qui nous tient tous à cœur sur l'Ile d'être médecin correspondants SAMU. »*
- MCS 11 : *« Moi je n'ai pas du tout de lassitude et ça me plaît beaucoup. J'ai 57 berges maintenant et ça me plaît bien et sauf si j'avais des soucis de santé qui m'empêcherait de faire ça mais sinon j'ai bien l'intention de continuer. »*

A l'inverse de l'épuisement, quelques MCS estiment que cette activité est un facteur protecteur de l'épuisement professionnel, ainsi les interventions sont stimulantes intellectuellement, physiquement et brisent la routine des consultations de médecine générale et donc la monotonie.

- MCS 8 : *« je dirai que pour nous, comme c'est organisé à l'Ile d'Yeu, ça nous permet de lutter contre le Burn Out, ça peut paraître étonnant de dire ça mais je pense que ça nous stimule bien. »*
- MCS 13 : *« Après quand on est suffisamment nombreux je trouve pas que ça soit, qu'il y'ai un risque d'épuisement. Quand on est suffisamment nombreux, justement, ça permet de diversifier, et le fait de diversifier son activité justement, c'est un recours à ne pas s'épuiser ».*
- MCS 11 : *« Quel bénéfice ? Et bien je dirai d'abord de casser la monotonie, je n'aime pas la monotonie, j'aime bien faire des choses diverses et variées »*

b) Un dispositif d'intérêt commun

Les médecins interrogés sont d'accord pour dire que ce réseau a un bénéfice incontestable pour la population qui vit sur un territoire situé à plus de trente minutes d'un SMUR. Le réseau permet un gain de temps sur les prises en charges et donc une chance de survie plus élevée.

- MCS4 : *« je trouve qu'il y a tout un intérêt d'avoir un médecin correspondant SAMU qui peut faire les premiers gestes et qui peut sauver quelqu'un donc, bah, ça a un vrai impact moi je trouve que, voilà pour avoir fait des choses en urgence vitale, je suis contente d'avoir eu mon petit territoire et d'être à 5 minutes d'une intervention quoi. »*
- MCS7 : *« Il y a un vrai bénéfice pour le patient, c'est vraiment bien, c'est un vrai accès aux soins dans les zones isolées »*
- MCS5 : *« Même si parfois c'était un peu difficile on a un réel service rendu à la population qui est non négligeable. J pense vraiment très important. »*
- MCS13 : *« Le bénéfice... bénéfice de rendre service à la population du territoire. Ça je trouve que c'est un bénéfice pour la population »*

Sur les territoires de Noirmoutier et Saint Jean de Mont les MCS ont une activité libérale ce qui les obligent à quitter leurs consultations pour intervenir sur une urgence vitale. Compte tenu du bénéfice apporté par ce dispositif pour les patients, on est à même de se poser la question si ce dispositif est accepté par la population. D'après les MCS concernés, la population a bien identifié la problématique du territoire et accepte parfaitement ce dispositif.

- MCS3 : *« C'était un peu une crainte mais on m'avait rassuré là-dessus mais ils comprennent bien, ils savent qu'on est quand même à distance et donc ils voient que c'est bien pour le territoire et ils trouvent ça plutôt cool finalement, même si ça induit du retard. »*
- MCS 11 : *« Ils sont tout à fait habitués, c'est très bien accepté, ils aiment bien quelqu'un qui s'investit dans l'urgence et le non programmé. Ça les rassure [...] Parce que quand je reviens ils ne sont surtout pas fâchés et quand je m'excuse de mon absence, c'est très très rare que j'ai une réflexion négative. »*
- MCS 13 : *« La population locale elle comprend très bien. Elle comprend très bien, alors peut être qu'initialement il y a douze ans c'était un petit peu plus compliqué. Maintenant elle a très bien compris, elle identifie bien qu'on part sur une urgence vitale, d'ailleurs on leur dit, et ça c'est tout à fait compris et accepté »*

Le MCS 12 nuance les propos des autres médecins et nous dit : *« C'est chacun pour sa gueule de nos jours. Quand c'est pour eux qu'on part, très bien mais quand je passe par la salle d'attente pour leur dire : « Je reviens dans une heure j'ai une urgence », « oh purée, machin... » Franchement même les gens que je connais qui sont gentils avec moi, c'est pas franchement bien pris ! »*

Pour le SMUR, avoir un médecin sur place qui peut être déclenché en même temps qu'eux dans une zone où ils vont mettre plusieurs minutes à arriver est aussi un avantage. En effet ce médecin peut permettre à l'équipe du SMUR d'être désengagée s'il estime que l'intervention ne nécessite pas leur déplacement rendant le SMUR disponible pour une autre intervention.

- MCS1 : « *Et euh par contre ça m'arrive de dire de temps en temps de dire « bah non cette personne elle va pas si mal que ça » donc je rappelle le SMUR, vu les distances du SMUR, je leur dit « ça vaut pas le coup il peut rouler avec le VSAV, il est en sécurité ou elle est en sécurité » et le SMUR est dispo pour une autre intervention. »*
- MCS 2 : « *On est un peu leurs yeux et leurs oreilles ça c'est certain, on est sur le terrain et surtout on connaît notre terrain. Ça c'est quand même chouette d'apporter une plus-value pour le patient et pour l'organisation. Tu connais ton terrain géographique, tu connais très bien les moyens que tu as à disposition, tes pompiers, ton canot SNSM, tu sais comment tu vas te débrouiller, mieux qu'eux qui sont au bout du fil à la régulation »*

Il y a des cas plus rares et qui ne sont pas prévus dans le contrat MCS où les médecins sont déclenchés avant l'équipe du SMUR, ils prennent alors le rôle d'éclaireur et évite le déclenchement d'un SMUR le rendant disponible pour une autre intervention. Il peut arriver également que les MCS sont déclenchés lorsqu'il y a une carence de SMUR.

- MCS1 : « *Normalement ce n'est pas prévu dans le contrat avec l'ARS alors faudra peut-être pas trop l'écrire. Normalement c'est dans l'attente d'un SMUR. La vérité c'est que je suis convaincu que selon le médecin de régulation, les plus anciens qui me connaissent bien, parfois euh me disent, va donc voir, tu me fais un bilan flash et on verra si on envoie un SMUR. »*
- MCS 11 : « *...des fois je suis allé jusqu'à Beauvoir, jusqu'à Challans même, quand une fois le SMUR était déjà engagé et qu'il y avait un arrêt pas très loin de l'hôpital. »*
- MCS 13 : « *Quand on déclenche le médecin correspondant SAMU, on déclenche le SMUR en même temps mais il y a des moments où moi j'entends tout à fait la demande du médecin régulateur dans des situations qui ne nous paraissent pas clair mais qui pourrait être une urgence vitale sur lequel on est déclenché parfois, ou ils attendent quand même un premier bilan pour déclencher le SMUR. Il y a une deuxième situation qui est loin d'être rare celle-là, c'est des carences de SMUR quoi. »*

c) Lien MCS-SAMU

Lors de la signature du contrat tripartite entre le MCS, l'ARS et le SAMU, le médecin doit participer à une formation initiale de 4 jours et une formation continue annuelle de 2 jours par an. Les MCS sont unanimes, ces formations sont le point fort du dispositif de par sa qualité.

- MCS 4 : « *La formation tous les ans elle est géniale [...] C'est vraiment des formations ou tu apprends pleins de petites choses et c'est top, vraiment top* »
- MCS 8 : « *je pense qu'il faut insister sur la formation qui est vraiment de bonne qualité au CESU, on a des supers formateurs et des supers mannequins donc il faut vraiment en profiter* »
- MCS2 : « *Donc on s'est fait ça sur l'Ile d'Yeu, c'était d'ailleurs, un des trucs très chouette, c'est très chouette d'aller au CHD, il y a le matériel, il y a la formation de top qualité* »
- MCS 13 : « *Maintenant ce qu'il faut dire c'est que les formations sont bien faites, sont intéressantes, la simu à quand même changé complètement la formation des médecins en général et des médecins correspondant SAMU en particulier, on est quand même mis en situation avec des séminaires de deux journées par an et parfois de quatre journées par an, qui nous permettent premièrement de nous rencontrer et d'échanger entre médecins correspondant SAMU et en plus sur des mannequins, sur des appareils de simu de se retrouver quand même dans des situations proche du réel et de travailler des situations sur lesquelles on peut être appelé en urgence.* »
- MCS 11 : « *Les formations sont bien, elles sont intéressantes, on a des belles formations qui sont maintenant bien identifiées dans le temps. C'est très bien, avec des thèmes, tantôt la pédiatrie, tantôt l'accouchement, des choses sur lesquelles on risque de ne pas tomber ou très rarement* »
- MCS5 : « *c'est de pleins de point de vue, c'est un peu comme les groupes de pairs, ça permet d'échanger, de, aussi de discuter des choses qui ont été difficile dans l'année et ça nous permet de nous mettre à jour puis de nous sentir plus à l'aise face à des situations. C'est très, très bénéfique.* »

Les MCS sont d'accord pour dire qu'avoir intégré le dispositif leurs a permis de resserrer leurs liens avec les différents intervenants de la filière d'urgence ce qui réduit la « distance » ville-Hôpital. Ils décrivent cette relation comme bienveillante. Globalement ils estiment que les régulateurs et les smuristes pour la plupart sont compréhensifs de la solitude qui règne pendant les interventions MCS et sont donc à l'écoute et réactifs. Les formations permettent d'ailleurs de renforcer davantage ce lien.

- MCS4 : « *les médecins au téléphone sont tellement gentils, pour nous aider en fait. Ils savent qu'on a que 10 doigts, que 2 mains et donc, peu importe la situation, je pense qu'il faut toujours ressortir que du positif* ».
- MCS5 : « *J pense que c'est hyper important d'avoir des échanges avec le CHD, avec les médecins du CHD réguliers, qu'on soit sur la même longueur d'onde. Qu'on puisse faire remonter nos difficultés éventuelles. On a besoin d'être écouté, d'être*

soutenu quand ça ne va pas. Voilà. Mais globalement ça c'est plutôt le cas quoi. Il n'y a pas de difficulté généralement. »

- *MCS7 : « on s'entraide et après même les régulateurs sont hyper sympas donc il n'y a jamais de soucis. »*
- *MCS1 : « ..qu'on est aidé, que franchement on n'est pas dans la panade, jamais, bon parfois il y a des interventions qui craignent mais on n'est pas dans la panade parce qu'on sait que le SMUR va venir, j'parle des interventions un peu grave quoi. Que le régulateur il est toujours là pour conseiller quand on ne sait plus. »*
- *MCS 2 : « Moi je trouve que ça me permet d'avoir des bons rapports avec les urgences et le SAMU, avec les collègues du continent, qu'on se connaisse ou pas, tu vois ? On s'appelle comme toi et moi, on se tutoie : « oui, bah tu peux aller voir ça ? Oui j'y vais ». Il y a une certaine confraternité, une chaîne de secours tu vois ? »*

Le MCS 1 nous confie faire de la régulation ce qui lui permet d'avoir le point de vue et du régulateur et du MCS ce qui fortifie le lien entre la médecine rurale et l'Hôpital. Le fait de connaître physiquement les différents intervenants du SAMU facilite la communication lors des interventions MCS : *« J'ai oublié de dire dans la présentation je fais de la régulation aussi et ça, ça me motive énormément à continuer parce que le fait d'être en régulation, je côtoie, et les ambulanciers, des gens que je vois sur le terrain, des médecins hospitaliers et des infirmiers SMUR. On connaît chacun notre fonctionnement donc on comprend mieux les choses et ça, ça motive pour y aller, même les appels les permanenciers, bon il y a beaucoup de mouvements de personnels, mais, les permanenciers ils se disent « oh bah la sur ce secteur MCS1 elle doit pas être bien loin sur ce secteur » et le fait de se connaître physiquement aide beaucoup à travailler ensemble. »*

3. FREINS A L'ACTIVITE MCS

a) La solitude et l'isolement

Lorsqu'on demande aux médecins s'il existe un épuisement en lien avec cette activité MCS, la majorité m'a répondu dans la négative. Cependant certains d'entre eux ont repéré des éléments qui pourraient sur le long terme les amener à un épuisement. Parmi ces éléments, on retrouve la solitude pendant les interventions et le stress qu'elle provoque notamment la peur de ne pas y arriver tout seul surtout pendant les interventions longues.

- *MCS 7 : « On peut se dire des fois : « Oh là là on est un peu tout seul là-dedans dans cette activité de MCS ». Des fois à l'Ile d'Yeu on se sent un peu loin quoi ! Quand le SMUR ne peut pas voler des fois, c'est nous qui accompagnons en hélico, donc l'intervention peut être un peu longue et stressante. »*

- MCS 9 : « *Après on aime bien l'urgence parce que ça nous change un peu de la médecine générale mais c'est aussi stressant. Il y a de l'adrénaline mais le côté négatif c'est : « Est-ce que je vais y arriver toute seule ? ».*
- MCS 4 : « *...on peut vraiment se sentir très seul, pour avoir vraiment vécu aussi ce côté en plus insulaire, je me suis senti très seul dans une situation, le SAMU ne passait pas, il n'y avait pas de vol possible dans une tempête monstrueuse et mon patient était en arrêt cardio respiratoire, je me suis senti seule j'avoue. »*
- MCS 8 : « *Euh oui c'est fastidieux, c'est épuisant parce que ce sont des interventions longues surtout ici, parce que quand on sait qu'on part, il va y avoir une évacuation même si c'est le SAMU qui vient comme cette nuit. Tu vois MCS5 il est parti à 20h30, il est revenu à une heure du matin. »*

Malgré l'expérience accumulé ce stress est toujours présent comme nous confirme le MCS 9 : « *Je ne suis pas sûr, il augmente même en vieillissant, en me disant : « Est-ce que je vais toujours savoir faire ? » ».*

b) Facteurs d'épuisement

Autre élément repéré par les MCS susceptible de provoquer de l'épuisement sur le long terme c'est la fréquence des gardes associée à l'altération du sommeil pendant les gardes en sachant que la majorité des MCS doivent assumer leurs plannings de consultations le lendemain. Ils considèrent que même s'ils sont peu déclenchés la nuit, l'attente de l'appel ou la peur de louper un appel diminue la qualité de leur sommeil.

- MCS 7 : « *Ouai c'est ça qui est difficile aussi, c'est qu'on est un peu dans l'attente de l'appel et ça empiète un peu sur la vie de tous les jours aussi. »*
- MCS8 : « *Ouai, après c'est sûr qu'il y a des conséquences physiques. Physique parce que si tu dors... ça te coupe ta nuit, donc tu dors moins. Physique aussi parce que l'adrénaline c'est stimulant mais le lendemain tu payes un peu »*
- MCS 9 : « *La nuit, à l'idée que ça sonne, je ne dors plus beaucoup, même si ça ne sonne pas beaucoup. »*
- MCS 10 : « *Il y a quand même un hic dans tout ça, ce sont les gardes de nuit, et ça sur le long terme c'est quand même épuisant donc du coup voilà. »* Plus loin il ajoute : « *Inconsciemment on se rend compte qu'on dort moins bien. Beaucoup de médecins disent que quand ils sont de garde ils ont un moins bon sommeil par peur de ne pas entendre le téléphone, de louper l'appel et donc finalement ça crée une sorte de... même si on est chez nous et qu'il peut ne rien se passer, on est quand même sur le qui-vive mine de rien et peut être que ça sur le long terme ça peut avoir un impact.*

c) L'absence de formation MCS initiale

Il est stipulé dans le contrat qu'une formation initiale de 4 jours doit être dispensée aux MCS. Seuls les médecins ayant une capacité à l'aide médicale urgente peuvent en être exemptés sur demande. Lors des entretiens, les MCS qui ont récemment intégré le dispositif n'ont pas eu cette formation et la regrettent. Certains se sont sentis en difficulté et gardent un mauvais souvenir de leurs premières gardes.

- MCS 3 : *« j' pense que je serais plus à l'aise si j'avais eu cette formation initiale avec plus d'éléments en tête »*
- MCS 5 : *« C'est quelque chose qui n'est pas facile dans un premier temps parce qu'on se retrouve face à des situations assez complexes, anxiogènes, très anxiogènes, des situations qu'on n'a jamais vécues en dehors du confort de l'hôpital avec son infirmière, le senior au-dessus de soi etc. [...]je sais que par expérience, on a un des remplaçants qui est venu l'année dernière qui a eu quelques cas un peu voilà, difficile et je crois que ça, ça l'a un peu dégouté et il est parti. »*
- MCS 7 : *« quand je me suis confronté la première fois en Nouvelle Calédonie à devoir faire ce genre d'intervention, j'étais complètement en difficulté sans aucune formation, limite prévenue de ce qui allait m'arriver. Ça a été vraiment dur à accepter. »*
- MCS9 : *« moi j'ai commencé en 2015 et je me souviens qu'on m'avait fait signer le contrat et j'avais dit : « Ok mais moi je n'ai pas de formation donc... ». Je pense que mes premières... 2016 ou 2017... formalisé vraiment 2 jours par an... parce que dans le contrat c'était marqué : 4 jours de formation la première année de 2 sessions de 2 formations et après une session de formation par an, ce que je n'ai absolument pas eu la première année. », « Ouai c'était très stressant. La première garde je me disais : « Si je suis appelé sur ça ou ça je ne sais absolument pas faire ! » ».*

Associé à l'absence de formation initiale, les MCS 4 et 5 avouent ne pas avoir été accompagné lors de leurs arrivées sur leurs territoires : *« Moi je vois quand je suis arrivé j'ai été un peu lâché comme ça, « tiens les clefs de la voiture ». J'avais jamais vu le sac, machin, j'me dis a posteriori, heureusement que j'ai pas eu de trucs trop grave parce que j'avais pas pris l'entière mesure de ce que ça impliquait comme rôle »*. Le MCS 4 qui était interne sur l'île par le passé ajoute : *« Moi c'est vrai que, ils étaient, ils étaient un petit peu plus... pendant mon internat ils étaient un peu plus laxistes j'ai envie de dire, ils nous mettaient déjà tout seul très vite de garde. »*

d) Un manque de sollicitation

En fonction du territoire, les plaintes ne sont pas les mêmes, et justement il y en a une dont les MCS de l'île d'Yeu ne souffrent pas c'est l'irrégularité des interventions et la crainte de perdre la main, de ne plus savoir faire ce qui augmente le stress lors des interventions.

- MCS 1 : « *ça fait au moins quinze jours que je n'ai pas mis le nez dehors. C'est marrant parce que c'est souvent par série. Une fois je... En octobre j'ai fait 3 fois le même jour puis après 0 pendant une semaine [...] j'aime pas trop quand c'est trop calme.* »
- MCS6 : « *une fois j'ai eu 5 astreintes de suite, je n'ai pas eu un appel et la semaine d'après j'ai été appelé 3 fois en 24 heures donc c'est complètement variable. Après, c'était au mois de juin où j'avais 5 astreintes de suite, j'avais fait vendredi, samedi, dimanche, lundi et mardi et j'ai pas eu un seul appel, à tel point que j'ai appelé le SAMU pour leur demander s'ils avaient mon numéro !* »
- MCS9 : « *Oui c'est stressant forcément on n'est pas urgentiste, on n'est pas smuriste, on nous forme pour mais on n'en voit pas tous les jours des urgences vitales donc on a tendance à oublier.* »

Le MCS 2 qui exerce sur l'île d'Yeu confirme ce phénomène : « *Ah oui autre particularité, le fait d'être régulièrement de garde, nous c'est peut-être un biais, ça te permet d'être à l'aise quoi. Toutes les semaines t'es en condition une fois pour être appelé sur un truc grave ou pas grave. Ça c'est très facilitant pour nous. C'est vrai que si on m'appelait tous les 3 mois, j'aurai peut-être du mal.* »

Le MCS 1 a la sensation d'être de moins en moins sollicité : « *moi j'ai pas fait les calculs mais je pense qu'effectivement je sortais beaucoup il y a 2, 3,4 ans que en ce moment et ça me plaît pas. J'aimerais sortir un peu plus.* »

Ce manque de sollicitation, ils l'expliquent par le roulement des régulateurs et des permanenciers ce qui entraîne un manque de communication et ils insistent sur la nécessité que les régulateurs soient informés de leurs territoires et de leurs moyens.

- MCS 11 : « *si je prends l'activité sur de nombreuses années, je pense que ça fluctue dans le temps, ça fluctue en fonction des permanenciers, des urgentistes qui sont embauchés, ça fluctue des renouvellements d'équipe j'ai l'impression. C'est plus des habitudes de déclenchement qu'autre chose...* »
- MCS 1 : « *Je pense que des régulateurs ont une facilité de déclencher Noirmoutier et Yeu parce que c'est connu qu'il y a des MCS. Moi je t'assure que je côtoie des jeunes médecins hospitaliers mais sans incriminer, qui parfois ne savent pas qu'il y a un MCS sur un secteur.* »

e) **Désorganisation du cabinet**

Les MCS de l'île d'Yeu et de Pouzauges ont une organisation qui leur permettent lorsqu'ils sont d'astreinte de ne pas être interrompu pendant les consultations ce qui semble être un confort pour eux. Pour certains de ces médecins, avoir une activité MCS associée à une activité libérale n'est pas envisageable.

- MCS 1 : *« Du coup je suis médecin un peu soumis à horaire mais des horaires qui me laissent beaucoup de temps libre mais surtout qui me permettent de me détacher contrairement à un médecin généraliste par exemple, qui a par exemple 5,6 voire 10 personnes dans sa salle d'attente. »*
- MCS 2 : *« parce qu'avant bien sûr, les médecins d'avant, ils consultaient, ils avaient leur planning de médecine générale qu'ils abandonnaient dès lors qu'ils avaient une urgence, une urgence vitale. Nous on a ce confort parce qu'on a été aidé par notre administration, parce que ça a un coût, parce qu'on travaille un peu à perte mais toutes les urgences vitales peuvent être vues immédiatement, que ça soit sur site quand ça arrive avec les pompiers ou quand il faut aller au domicile. »*
- MCS 9 : *« Je pense qu'effectivement, moi si j'étais sur le continent en cabinet seul ou même pas forcément seul que j'avais ça en plus à gérer, ça me paraît très compliqué en effet, dans la mesure où t'as ton activité de médecine générale qui roule et puis boum faut que ça soit interrompu par les urgences ».*

Les principaux intéressés ont un avis mitigé sur la question, pour les uns cette interruption de tâche n'est pas un problème pour les autres l'accumulation du retard dans les consultations est un stress supplémentaire.

- MCS 3 : *« Enfin à chaque fois que ça m'est arrivé c'est toujours en fin de consultation, donc j'ai terminé la consultation et à chaque fois que j'ai eu besoin de lâcher une consultation comme ça c'était de la fin de consultation ou j'avais terminé ou j'étais juste en train d'imprimer, euh, et puis, euh, de souvenir, et du coup, après t'as du retard sur le reste »*
- MCS 12 : *« c'est plutôt un stress, je ne dis pas que c'est désagréable mais quand t'as une heure de retard et que t'as les rendez-vous pleins 2 mois à l'avance, moi j'ai les rendez-vous 2 mois à l'avance, t'es appelé par le SAMU, tu sais que t'es parti pour minimum une heure, t'es déjà dans la merde, t'es franchement dans la merde ! »*

4. L'AVENIR DU DISPOSITIF

a) Optimisme sur l'Île d'Yeu

Concernant le territoire de l'Île d'Yeu, les MCS sont plutôt optimistes concernant l'avenir. Ils avancent plusieurs arguments, d'une part, l'organisation du dispositif sur l'île est particulière, les médecins qui viennent travailler sur l'Île sont systématiquement MCS, qu'ils soient remplaçants ou installés. Ils considèrent cette activité comme partie intégrante de leur exercice de médecine générale et compte tenu de l'insularité, il ne peut en être autrement.

- MCS 10 : *« tous les médecins qui viennent travailler à l'Île d'Yeu, à l'hôpital local et au centre de santé sont de facto médecin correspondant SAMU, c'est-à-dire que la mission de médecin correspondant SAMU incombe au médecin qui travaille ici. »*
- MCS 9 : *« Ça s'intègre à l'activité de l'Île d'Yeu parce c'est inhérent, vu qu'on est les seuls médecins et les médecins pour tout, ça me paraît logique qu'on ait ce dispositif ici. »*
- MCS 5 : *« Dans notre contrat on est forcément médecin correspondant SAMU, on ne peut pas venir à l'Île d'Yeu, s'installer à l'île d'Yeu, en tout cas dans le, la structure quoi, existante sans être médecin correspondant SMAU parce qu'il y a un objectif d'équité euh comme on est salarié que tout le monde fasse le même travail. »*
- MCS 4 : *« Ouai c'est un peu obligatoire en fait dans le contrat de travail, médecin correspondant SAMU fait partie du contrat de travail de l'Île. »*

D'autre part, cette organisation leur permet de faire découvrir le dispositif aux internes SASPAS plus facilement que sur les autres territoires vendéens. Les internes participent donc aux astreintes MCS en journée et les médecins se sont assurés de développer suffisamment le compagnonnage pour que les internes s'autonomisent progressivement en fonction de leur appétence pour l'urgence, certains participant même aux formations.

Stratégie payante puisque la majorité des remplaçants qui viennent sur l'Île sont d'anciens internes ayant fait leurs stages sur l'Île et certains MCS sont aussi d'anciens internes.

- MCS 10 : *« J'ai été interne ici sur mon dernier semestre de médecine générale, donc du coup j'ai vu comment on travaillait ici »*
- MCS 9 : *« Oui, c'est souvent d'anciens internes. C'est le cas d'un des deux qui vient souvent, l'autre non. Ça permet de... On les connaît, ils connaissent. Ceux qui vont revenir cet été c'est pareil on les connaît. »*

- MCS 8 : « *Les internes aussi, en fait les internes deviennent souvent nos remplaçants, pas toujours mais on essaye de... aussi parce que c'est intéressant pour les internes, les internes viennent aux formations MCS* »
- MCS 4 : « *Oui, en fait j'ai fait mon stage de mai à novembre sur l'Île et je suis jamais reparti* »
- MCS 2 : « *Mais d'abord, on a quand même pas mal de remplaçants qui ont été internes chez nous, ils connaissent le dispositif, déjà ça opère un tri.* »

Ils avancent également l'argument des conditions de travail. Selon eux ils ne rencontrent aucune difficulté à trouver des remplaçants et à recruter des médecins sur l'Île depuis que le centre de santé est passée en activité salariée. Donc le cadre de vie et l'activité salariée sont les deux éléments les plus attractifs de l'Île.

- MCS10 : « *Le travail ici plus le cadre fait que je pense que... Ce n'est pas pour rien qu'on a quand même l'équipe avec la moyenne d'âge la plus faible de Vendée. Il y a le cadre et le côté salarié. Ça joue énormément. Il n'y a pas tous les papiers à faire, le boulot est suffisamment prenant.* »
- MCS 2 : « *Voilà, ça a permis en tout cas jusqu'à présent d'être attrayant. Alors moi je suis venu, ce n'est pas ce qui m'a fait venir, d'autres sont venus pour ça. Visiblement ça marche, en tout cas sur le recrutement c'est une bonne chose.* »

Le dernier argument c'est l'activité de groupe. Pour eux c'est un facteur protecteur d'épuisement à condition qu'il y ait une équité entre tous les membres du groupe en termes de charge de travail. En effet, l'activité de groupe permet un roulement régulier des gardes et astreintes avec une fréquence raisonnable à sept. Elle permet également de pouvoir débriefer avec les autres membres du groupe et les MCS faisant tous le même travail sur l'île, ils peuvent compter les uns sur les autres en cas d'intervention difficile.

- MCS 7 : « *En fait c'est bien de pouvoir se dire : « Bon allez j'ai un collègue sur qui je peux compter, même si ce n'est pas lui qui est d'astreinte, il va me faire 4 heures, moi je vais aller dormir et après je prends le relais »* ».
- MCS 8 : « *Notre organisation nous permet d'avoir des repos, pas systématique mais quand même, globalement des repos derrière et au moins une équipe qui comprend, tout le monde fait la même chose. Une équipe qui comprend qu'on peut être fatigué le lendemain* »
- MCS 9 : « *même s'il y a les collègues à côté, si on a un gros truc, après à 3 heures du matin, on va peut-être hésiter à l'appeler surtout s'il s'est tapé ça la veille et que le lendemain il bosse, mais il y a quand même une solidarité entre nous.* »

- MCS4 : *« Je pense que d'être en groupe MCS ça aide vraiment et aussi pour débriefer de certaines interventions qui nous ont parues difficiles ou choquantes ou des choses comme ça je pense que c'est vraiment intéressant donc voilà. Donc être en groupe ça a vraiment un effet positif. »*
- MCS 5 : *« Ce qui est vraiment important c'est le fait de ne pas se sentir seul quand on est de garde la nuit c'est de, éventuellement, pouvoir compter sur quelqu'un d'autre, bah soit via le téléphone avec le médecin régulateur ou alors dans notre équipe ça nous arrive de nous solliciter les uns les autres. La nuit c'est ça le facteur protecteur. »*

L'avenir du dispositif sur l'île d'Yeu semble donc tout tracé selon eux mais sous certaines conditions. Premièrement, tous réclament le maintien de l'hélicoptère sur l'île d'Yeu pour les évacuations sanitaires. Cela a déjà été remis en cause par le passé et pour ces médecins si tel était le cas, ils préféreraient s'en aller. Deux raisons sont évoquées, la première est que l'hélicoptère garantit un niveau de sécurité pour la population insulaire et il est déraisonnable de pouvoir compter uniquement sur l'hélicoSMUR. Et la deuxième est que les évacuations sanitaires par la mer prennent plus de temps et certains médecins souffrent de mal de mer ce qui semble inenvisageable pour eux.

- MCS 10 : *« il ne faut pas qu'on nous enlève notre organisation et il ne faut surtout pas qu'on nous enlève l'hélico parce que là ça sera dramatique. Le jour où il n'y a plus d'hélico moi je m'en vais ... Non, non moi je ne resterai pas jouer ici et d'ailleurs la population jeune ne restera pas sur l'île d'Yeu, parce que les jeunes couples qui ont des enfants en bas âge savent bien qu'il y a un hélico qui est basé H24, le jour où il n'y a plus d'hélico les gens vont aller vivre ailleurs parce qu'ils n'ont pas de garantie pour leurs familles et d'avoir des niveaux de sécurité digne des standards normaux. »*
- MCS 7 : *« C'est vrai que moi j'ai le mal de mer, je ne vois pas du tout, du tout faire cette activité s'il n'y avait plus d'hélico. Moi ça serait un motif d'arrêt... Pour moi ça serait vraiment un supplice et je pense qu'on serait plusieurs médecins dans ce cas-là. Pour moi ce n'est pas envisageable. »*

Deuxièmement, les médecins de l'île d'Yeu ne se voient pas rester sur l'île pendant toute une carrière. La plupart d'entre eux estiment qu'ils resteront une dizaine d'années puis s'en iront. La principale raison invoquée est celle de l'épuisement sur le long terme en lien avec le rythme de travail et les raisons qui ont été évoquées plus haut. D'autres raisons plus anecdotiques ont été décrites notamment l'insularité qui sur le long terme devient oppressant.

- MCS 5 : *« L'équipe a toujours été très instable. Les gens viennent, passent quelques années et au bout d'un moment s'épuisent et s'en vont. », « mais je ferai pas ça toute ma vie ça je le sais. Je ne sais pas on verra, on verra mais je pense qu'on va rester 10 ans et probablement qu'arrivé à un certain âge j'aurai plus, je le sais c'est quelque chose qui... Je pense que j'aurai plus la force physique de le faire, voilà »*

- MCS 4 : « *parce que je pense que quand t'as fait 10-15 ans de garde en tant que MCS peut être que t'as un épuisement sur le long terme. »* »
- MCS 2 : « *Moi je n'ai pas eu vent d'histoire d'épuisement. Je pense que c'est quelque chose qui nous guette tous sur l'Ile d'Yeu à moyen terme, on le sait. Après on disait déjà avec FX, on le disait déjà il y a 5 ans. Finalement, tu reviens 5 ans après on est toujours là et toujours aussi motivé. Mais c'est sûr qu'il y aura un moment où on lâchera l'affaire. »* »
- MCS9 : « *C'est plus le côté personnel qui me ferait quitter l'Ile d'Yeu. J'envisage encore quelques années mais pas plus quoi. C'est le côté enfermant et protecteur mais en même temps enfermant de l'Ile... »* »
- MCS 7 : « *Après je n'ai pas d'enfant, j'ai 32 ans, ça reste acceptable mais je me dis, ça peut quand même être usant, les réveils nocturnes, les weekends, nous ça va parce qu'on est nombreux mais on serait 2-3 dans un désert médical à faire ça, ouai, c'est usant quoi »* »

b) Des avis mitigés sur les autres territoires vendéens

Les médecins localisés sur le continent ne comprennent pas cette diminution du nombre d'astreinte, ils n'ont pas ressenti de difficulté particulière et estiment qu'ils se sont mis disponibles autant de fois qu'ils le pouvaient. Etant donné qu'ils exercent cette activité seuls sur leurs territoires, ils savent pertinemment qu'ils ne pourront pas assumer l'intégralité d'un tableau d'astreinte. Cette diminution du nombre d'astreinte selon eux est simplement le fruit d'une fluctuation.

- MCS 1 : « *Ça m'étonne parce que c'était des années où j'étais ultra dispo. Je ne sais pas comment il faisait ses calculs. »* »
- MCS 11 : « *Je n'ai pas du tout du tout ressenti de baisse de... pas du tout. Je ne sais pas, peut être que... Sauf si j'ai pris beaucoup de vacances ces années-là. »* »

En revanche le territoire de Noirmoutier était bel et bien en difficulté entre 2014 et 2017. Cette période correspond au moment où le territoire souffrait d'une carence de MCS. En effet, il ne restait plus que deux MCS à devoir assumer le tableau d'astreinte.

- MCS 3 : « *Je pense que c'est qu'il y a aussi, euh, on a territoire démuni. Je pense qu'il y a le MCS13 qui prenait beaucoup de garde et qui en prend moins, pas par épuisement mais par contrainte personnelle ou avant il habitait toujours sur Noirmoutier maintenant c'est plus le cas donc... »* »

- MCS 12 : *« Oui il y a eu des trous pour les astreintes. Il n'y a pas eu de trous de gardes ça c'est clair mais les astreintes MCS à un moment donné on était deux, après 3 mais bon... voilà, mais ouai et là tu vois au mois de juin ça va être chaud. On est en train d'essayer de remplir le tableau mais ça va être chaud »*
- MCS 13 : *« Nous, il nous arrivait quand on était deux, trois et que on mettait des trous dans la liste parce qu'on était incapable d'assumer, et bien d'être quand même sollicité par le SAMU pour nous dire : « Bah là j'ai un arrêt, là on est en difficulté, est ce que vous pourriez intervenir ? » Donc on sent le manque. »*

Aujourd'hui il y a 4 médecins correspondants SAMU sur Noirmoutier ce qui est plus confortable pour remplir le tableau d'astreinte, cependant les enquêtés estiment que pour être à l'aise il faudrait un nombre minimum de MCS sur un territoire qui serait de cinq ou six.

- MCS 3 : *« Nous, finalement, là à 4 ça commence à être presque confortable. En sachant que je dirai qu'il ne faut pas être trop nombreux parce qu'il faut quand même un minimum sortir j' pense pour rester un peu concentrer et en faire un minimum pour être à peu près pas trop mauvais j' pense en intervention. »*
- MCS 13 : *« Quand on est quatre, cinq à assumer la liste de garde, et bien la liste de garde est complète donc on n'est pas sollicité en dehors des astreintes qu'on prend »*
« Lorsqu'on est deux, trois, on commence à avoir l'idée qu'on pourrait tout assumer et donc parfois on se met un peu la barre haute. »
- MCS 4 : *« J' pense que c'est important qu'ils soient par petits groupe, pour éviter l'épuisement parce que j' pense qu'être de garde, enfin être d'astreinte, je ne sais pas combien de jours par semaine ou de semaines par an, mais je pense que c'est fatigant. »*

Malgré le fait qu'ils soient maintenant quatre sur le territoire de Noirmoutier, l'avenir du dispositif reste incertain pour ce territoire mais également pour Saint Jean de Monts et Pouzauges forcé de constater que 83.3% des MCS sur ces territoires ont plus de 50 ans. Ils voient bien que le manque d'effectif portera préjudice au dispositif dans les 10 ans qui viennent et sans parler du réseau MCS, la problématique de la désertification médicale plane sur ces territoires.

- MCS 13 : *« Je pense que pour pérenniser ce dispositif effectivement et ce qui risque de porter dommage au dispositif effectivement c'est le manque de candidat, et moi je l'ai bien ressenti au moment où on était deux, c'était compliqué quoi. »*
- MCS 3 : *« Nous sur le secteur, les MCS qui le sont veulent le rester, voilà après, la question c'est est ce qu'il y aura de possibles installations, on va réussir à avoir du monde qui va venir nous relayer, moi je suis jeune médecin, mais il y en a d'autres là, dans le dispositif qui partiront peut-être à la retraite d'ici 10 – 15 ans. Est-ce que*

dans 10 – 15 ans les praticiens qui auront pris leur place, j'espère en tout cas, feront ces missions ? »

- MCS 11 : *« j'ai espoir qu'un jour, qu'un confrère ou une consœur qui vienne s'établir avec moi pour développer cette activité mais pour l'instant je n'ai pas trouvé. [...] C'est le problème de la désertification. »*
« A vrai dire dans un cadre plus général, je ne sais ce que sera le dispositif à l'avenir non plus mais je ne sais pas non plus ce que sera à court terme la médecine générale. Là on va dans le mur. »

La pérennité du dispositif repose donc sur le recrutement et la capacité d'attraction du réseau. L'intégration dans le dispositif MCS se faisant sur le volontariat il existe un doute sur la capacité des jeunes médecins généralistes à faire de l'urgence.

- MCS 3 : *« Peut-être que les jeunes générations de médecins ne sont pas tous armés pour faire ça, j pense faut de l'appétence pour les urgences quoi. »*
- MCS 1 : *« ça dépend vraiment de la volonté et quand même un peu de l'attrait pour la mission d'urgence donc est ce que ... je pense que certains, ça ne les intéresse pas du tout, donc comment améliorer ça à part les stages d'urgence des jeunes... »*

De plus, les MCS libéraux rencontrent des difficultés pour faire découvrir leurs exercices à leurs internes compte tenu de l'organisation des cabinets mais également à cause de l'irrégularité des interventions.

- MCS 1 : *« Bah je ne peux pas immobiliser par exemple un interne je ne sais pas moi 3 jours de suite en me disant pourvu que je sois appelé en intervention. »*
- MCS 13 : *« On leur fait toucher du doigt, on leur explique. Il m'est arrivé de rares fois de pouvoir faire venir mon interne de médecine générale avec moi alors surtout des niveaux 1, voilà, ça c'était intéressant, des SAPSPAS c'est un peu plus compliqué. »*

Le MCS 11 nous confirme cette tendance en nous expliquant qu'il a parfois réussi à faire découvrir le réseau à certains internes qui avait une appétence pour l'urgence mais que ces internes sont maintenant des urgentistes. Il pense aussi que la spécialisation de la filière d'urgence a détourné les médecins généralistes de l'urgence et qu'il sera difficile de revenir en arrière.

- MCS 11 : *« Les intégrer c'est un peu compliqué [...] il y a des internes qui l'ont fait. J'ai des internes qui sont maintenant urgentistes à Challans comme Charlotte Vieillard ou à Nantes, Antoine Le Forestier ou bien Théo mais il est peut-être parti un petit plus loin. »*
- *« parce que je pense qu'il faut être motivé par l'urgence, c'est ça la chose et je vois bien que mes confrères et mes consœurs quand je fais des formations, comme c'est devenu une spécialité qui puis est, et bien, c'est... donc il y a des gens qui s'en sont désintéressé carrément et donc parallèlement en structurant la filière d'urgence on a peut-être aussi involontairement creusé les choses et démotivé certaines personnes qui*

s'impliquent et après il y a une facilité qui fait que des gens se sont... peut être pas désintéressé mais détourné. »

5. VALORISER LE RESEAU

a) La rémunération

La rémunération des MCS est forfaitaire. Il existe 3 forfaits, le premier est le forfait d'astreinte de 150 euros par plage de 24 heures ensuite il y a un forfait d'intervention qui est rémunéré 150 euros. Cette somme couvre tous les actes et les frais kilométriques de la sortie. Il existe un dernier forfait qui est le forfait d'accompagnement d'un patient. Ce forfait s'applique uniquement si le MCS doit accompagner un patient dans un transport sanitaire et il s'élève à 125 euros par heure d'accompagnement.

Les MCS vendéens estiment dans la majorité des cas que cette rémunération pourrait être valorisée à la hauteur du travail fourni.

- MCS 4 : *« J pense que ce qui pourrait pérenniser c'est un, être quand même payé de façon correcte pour les astreintes et les choses comme ça »*
- MCS 10 : *« Je trouve quand même, je parle pour nous, que d'être payé 150 euros brut pour aller réanimer un mec sur le bord de la route, le récupérer ce n'est pas très cher payé [...] Faites venir un serrurier chez vous un weekend, vous allez voir ce qu'il va vous prendre en déplacement simplement pour une porte. Nous on ne fait pas qu'ouvrir une porte, je pense que la rémunération pourrait être revalorisée. »*
- MCS 11 : *« C'est aussi une source de revenus, même s'il n'y a pas eu de revalorisation, même si je dois me remettre dedans, parce que ça doit faire 5-6 ans qu'il n'y a pas eu de revalorisation donc faut qu'un jour je discute ça avec l'ARS ».*
- MCS 13 : *« Je pense que les générations futures devront être vigilent au fait que la rémunération de ses interventions qui sont quand même très importantes pour la population, ne soit pas laissée de côté »*

b) Communiquer davantage

Les professionnels interrogés regrettent qu'il n'y ait pas suffisamment de communication autour du dispositif MCS. Ils ont remarqué qu'il était très peu connu des médecins généralistes et des étudiants en médecine ce qui pose un problème pour le recrutement.

- MCS 1 : « Bah déjà que les jeunes sachent que ça existe »
- MCS 4 : « Je pense qu'il faut démocratiser le truc en le faisant un peu plus connaître, en permettant plus de partage avec les urgences. Je ne sais pas trop mais il faut vraiment dédramatiser l'activité quoi ! »
- MCS 8 : « Je pense qu'il y a un réel manque de communication et ça fait peur aux généralistes. »
« Bah c'est vrai qu'en fait pour avoir un peu... pour avoir remplacé un peu à droite à gauche en France, il est très peu connu ce dispositif, en fait je pense qu'il y a très peu de communication dessus [...] C'est vrai que quand j'en parle autour de moi à des médecins qui sont libéraux dans d'autres régions, ils ne connaissent pas le dispositif et ils seraient potentiellement intéressés tu vois, enfin je ne sais pas... Alors après comment on pourrait communiquer ? Déjà il faudrait communiquer tout court pour le rendre plus attractif »

Les MCS se sont aussi aperçus que le dispositif n'était pas connu du grand public mais également des pompiers, des gendarmes et parfois même de certains spécialistes. Comme nous explique les MCS 3 et 11, ils ont parfois la sensation d'être illégitime lorsqu'ils arrivent sur une intervention ce qui provoque de temps en temps de la confusion. Ils regrettent de devoir se justifier auprès de tous les intervenants ce qui leur fait perdre du temps.

- MCS3 : « On a certaines fois des intérimaires qui ne savent pas ce qu'on est. Euh, ou d'autre gens qui interviennent sur le territoire qui vont se demander qui on est, qui pensent qu'on est le SAMU, qu'on est vraiment l'équipe du SMUR, donc ça des fois.... Il mériterait d'avoir plus d'infos là-dessus, et aussi des fois les spécialistes qui sont amenés à travailler avec nous notamment je vois ce weekend, je suis sorti sur un infarctus, la cardio que j'ai eu au téléphone qui n'était pas du tout au courant de ce qu'était un MCS qui m'a demandé de faire une thrombolyse sur le, sur l'infarctus parce qu'on allait être hors délai et ça je suis pas équipé pour le faire »
- MCS11 : « les gendarmes ils ne savent pas trop ce que c'est qu'un médecin correspondant SAMU, les pompiers non plus, il n'y a pas une grande communication, comme d'habitude, entre le SDIS et le SAMU, si bien souvent c'est : « Ah bon ça existe depuis longtemps ? » me demande souvent les pompiers », « on a l'impression d'arriver un peu comme un cheveu sur la soupe dans une affaire et il faut s'imposer, c'est un peu agaçant »

c) Perpétuer le compagnonnage

Une des forces du dispositif à l'heure actuelle c'est le compagnonnage. Certains médecins notamment sur l'Ile d'Yeu se sont plaint de ne pas avoir été accompagné correctement lors de

leur intégration dans le dispositif il y a plusieurs années. Ils ont décidé d'y remédier et ont développé un véritable compagnonnage. Chaque nouveau remplaçant est doublé sur une journée. Cette journée lui permet de se familiariser avec les locaux, le matériel et l'équipe et lors de ses premières interventions un médecin se rend toujours disponible pour l'accompagner ou pour l'aider jusqu'à son autonomisation complète. Cette volonté d'accompagnement des moins expérimentés par les plus expérimentés est palpable également sur les autres territoires. C'est un point important à développer et à perpétuer afin de rester attractif.

- MCS 13 : *« Je pense qu'il faut rentrer dans le dispositif tranquillement et souvent épaulé par les plus anciens par une sorte de compagnonnage. Moi c'est ce que j'ai fait avec un et avec les derniers arrivés, c'est-à-dire que lorsqu'ils étaient d'astreintes médecin correspondant SAMU, au départ je leur disais : « N'hésite pas à me déranger, je viendrai te donner un coup de main si besoin », pour que véritablement il y ait un compagnonnage parce que c'est comme tout en médecine, au moment où on passe certaines étapes, on a la crainte et la peur de ne pas y arriver et que ça soit trop compliqué. »*
- MCS 2 : *« Ceux qui sont un peu jeune dans leurs cursus, on essaye de les accompagner. Tu vois on a Claire qui vient remplacer là 3 semaines, qui était interne chez nous il y a 6 mois, ça lui fait un petit peu peur quand même. Du coup, il y a toujours un toubib pas très loin. Nous, on peut toujours être joignable et même pour la nuit, MCS 4 une de mes collègues lui a dit : « Ecoute si tu as des grosses interventions, tu m'appelles tout de suite, je viendrai avec toi ». Tu vois ? »*
- MCS 5 : *« J'trouve qu'on a amélioré beaucoup de chose depuis que je suis arrivé en fait aussi dans le ... dans l'encadrement des gens, des remplaçants, des gens qui venaient travailler ici. »*
- MCS 9 : *« Ouai, la première grosse urgence il me semble que j'ai appelé un collègue, j'ai eu un accouchement »*

IV. DISCUSSION

A. Forces de l'étude

Cette étude a été réalisée selon une méthode qualitative. Elle m'a semblé la plus adaptée pour recueillir les opinions et les ressentis des médecins correspondant SAMU afin de répondre à la question de l'épuisement en lien avec cette activité MCS. Les entretiens se sont déroulés avec l'aide d'un guide d'entretien et les questions étaient ouvertes permettant aux médecins interrogés d'aborder les différents thèmes de la manière dont ils le souhaitaient. La collecte des données s'est faite de façon la plus objective possible.

Cette étude est originale car aucune autre étude n'a abordé cette problématique chez les MCS vendéens. D'ailleurs le dispositif étant récent, il existe peu de littérature sur ce dispositif en Vendée.

Il n'y a pas de biais de sélection, en effet tous les médecins correspondant SAMU ont pu être interrogés, l'échantillon étudié est donc représentatif de la population cible. Malgré le faible nombre d'entretiens, la saturation des données a été obtenue après sept à huit entretiens.

Les entretiens ont pour la plupart été réalisés au domicile des médecins ou dans leurs lieux d'exercice mais en dehors de leurs journées de travail. Dans ces conditions, aucune limite de temps n'a été imposée aux interviewés ce qui leur a permis de développer leurs idées de façon optimale.

Le directeur de thèse étant lui-même MCS, son entretien s'est déroulé en dernier pour que ses réponses ne m'influencent pas sur le déroulé des autres entretiens et aucune information ne lui a été transmise concernant les autres entretiens avant que son tour vienne pour ne pas influencer ses réponses.

B. Limites de l'étude

Il existe des biais internes à l'étude notamment le fait que l'interviewer n'a aucune expérience avec la conduite d'entretiens semi dirigés et que cette inexpérience a probablement eu un impact sur le déroulé des entretiens.

Un autre biais important à prendre en compte est l'absence de triangulation des données. En effet, un seul chercheur a analysé les données et les données n'ont été recueillies qu'avec des entretiens semi-directifs.

Des biais externes à l'étude sont aussi à souligner, en effet, certains entretiens ont dû être réalisés par Visioconférence à cause du 2ème confinement puis par le couvre-feu ne me permettant pas de me déplacer loin et longtemps. Un autre entretien qui devait se réaliser en face à face s'est finalement déroulé via « zoom » en lien avec la tempête Bella du 28 décembre 2021, les liaisons avec l'île ayant été annulées.

Un entretien s'est déroulé un peu avant que les consultations ne reprennent ce qui a raccourci la durée de l'entretien.

C. Résultats comparés à la littérature

1. DES MOTIFS D'INTEGRATION VARIES

a) Recherche de la médecine générale authentique

Les médecins interrogés ont fait le choix délibéré de s'installer en zone rurale isolée. Ils ont remarqué que lorsqu'ils s'éloignaient des grands centres, ils retrouvaient une médecine générale beaucoup plus diversifiée, polyvalente qu'en zone urbaine ou péri urbaine et c'était pour eux un critère indispensable d'installation.

Lors des entretiens j'ai remarqué que les médecins qui recherchaient cette configuration étaient ceux avec la plus forte appétence pour l'urgence. Ils avaient quasiment tous été par le passé en contact avec l'urgence. Certains ont leur capacité d'aide médicale urgente, d'autres ont été médecins pompiers à un moment donné de leurs vies et d'autres encore avaient déjà été dans le dispositif MCS.

Lors du déploiement du dispositif en 2014 en Vendée et le recrutement des MCS se faisant par le volontariat, c'est donc tout naturellement que ces médecins ont intégré le dispositif MCS. Ils considèrent d'ailleurs leurs activités MCS comme partie intégrante de leurs activités de médecine générale.

b) Devoir et responsabilité

Les médecins généralistes qui font le choix de s'installer sur des territoires isolés et éloignés des SMUR endossent une responsabilité qu'ils doivent avoir en tête. En effet, sur ces territoires la population locale a le droit de prétendre aux mêmes normes de sécurité sanitaire que les populations qui ne sont pas concernés par cette problématique d'isolement et c'est d'autant plus visible lors d'urgences vitales.

C'est dans ce contexte que certains médecins généralistes ont décidé d'intégrer le dispositif. Celui-ci leur donne les moyens et la formation nécessaires pour assurer cette sécurité à la population locale.

Cette notion de devoir et de responsabilité, on la retrouve dans les résultats de la thèse du Dr Thomas Bordier.

c) Les conditions d'exercice

Certains MCS sur l'île d'Yeu m'ont avoué qu'ils n'avaient pas d'appétence particulière pour l'urgence avant de s'installer. La recherche d'une médecine générale polyvalente et diversifiée était un critère important bien évidemment mais ce qui a fait pencher la balance c'est la qualité de vie que leur apportait les conditions d'exercice de la médecine générale sur l'île d'Yeu c'est-à-dire l'activité salariée et de groupe.

L'intégration dans le dispositif MCS étant systématique sur l'île d'Yeu, ces médecins ont donc de facto endosser le rôle de médecin correspondant SAMU. Ils n'auraient pas intégré le dispositif sur un autre territoire sans ces conditions. Avoir cette activité MCS seul en cabinet libéral n'est pas envisageable pour eux.

Les arguments en faveur de l'activité salariée avancés par les MCS sont l'absence de gestion administrative et fiscale du cabinet, les congés payés, les congés maternité et paternité, une meilleure gestion du temps de travail et donc un meilleur équilibre entre vie privée et professionnelle.

Ces propos corroborent avec une étude publiée par la DRESS en 2017(65) qui nous montre que d'ici 2040, l'exercice libéral reculera en faveur de l'activité salariée ou mixte. On passerait alors de 47 % en 2016 à 38 % en 2040 pour l'activité libérale a contrario de l'activité mixte qui augmenterait, passant de 11% en 2016 à 15% en 2040 et de 42% à 46% sur la même période pour l'activité salariée pure.

L'activité de groupe est également une condition nécessaire à l'installation ce que nous confirme l'étude réalisée par le conseil national de l'ordre des médecins en Avril 2019(66). Parmi les 4522 internes et jeunes remplaçants interrogés dans cette étude, 72% votent pour une activité de groupe, mixte ou en maison de santé pluriprofessionnelle.

On comprend donc que dans la décennie qui vient, l'exercice salarié, en groupe sera privilégié par les jeunes médecins généralistes qui souhaiteront s'installer. L'intégration dans le dispositif MCS étant basé sur le volontariat, reste à savoir si ces médecins seront prêts à intégrer le dispositif MCS s'ils s'installent.

2. DES BENEFICES NON NEGLIGEABLES

a) Un retentissement personnel

Tous sont unanimes, cette activité leur apporte une très grande satisfaction personnelle.

La mise à disposition par le SAMU référent du matériel et des médicaments d'urgence non disponible en ville permet en plus des compétences acquises en formation grâce à ce dispositif, d'apporter un bénéfice indéniable lors d'une intervention sur de l'urgence vitale en attendant une équipe SMUR ce qui est très gratifiant pour les MCS malgré le stress engendré.

Le fait d'intervenir sur son propre territoire et pour la plupart du temps sur ses propres patients est également valorisant puisque les patients sont reconnaissants du médecin qui les a pris en charge avec la possibilité de le revoir par la suite, le médecin ayant accès à la suite de l'histoire de la maladie, ce qui crée un lien médecin-patient plus fort qu'à l'ordinaire.

La plus-value d'intégrer cette activité de médecin correspondant SAMU au sein de son activité de médecine générale est qu'elle permet une plus grande sérénité pour l'exercice de la médecine générale au quotidien notamment grâce à la possession du matériel, des médicaments mais surtout des compétences acquises grâce au dispositif permettant de faire face aux soins non programmés mais également aux urgences qui peuvent survenir au cabinet.

Concernant l'hypothèse de l'épuisement des médecins correspondants SAMU vendéens qu'avait fait le Dr Archambaud dans sa thèse pour expliquer la diminution du nombre d'astreinte de l'ordre de 10% sur les territoires de Noirmoutier, de Saint Jean de Mont et de Pouzauges entre 2014 et 2017 la question a été posée directement à tous les MCS. Leurs réponses sont claires : il n'y a pas d'épuisement des médecins correspondants SAMU en Vendée en lien avec cette activité. Au contraire, pour eux, cette activité de MCS est un facteur protecteur d'épuisement professionnel à condition d'être suffisamment nombreux sur un territoire pour pouvoir l'exercer dans des conditions confortables.

Pour ces médecins, l'élément qui pourrait provoquer un épuisement professionnel c'est l'ennui, la monotonie. Cette notion de monotonie on la retrouve chez quasiment tous les médecins interrogés. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'ils ont pour la plupart préféré une activité de médecine générale rurale qu'ils trouvaient plus diversifiée comme nous l'avons vu plus haut et c'est pour cela qu'ils considèrent l'activité MCS comme protectrice d'épuisement, elle brise la routine.

Pour expliquer cette diminution du nombre d'astreintes pourvues sur cette période sur le territoire de Noirmoutier, les MCS l'expliquent tout simplement par la carence d'effectif sur cette période. Entre 2015 et 2017, le nombre d'astreintes pourvues est passée de 94.33% à 84.38%(4), ce qui n'est pas une diminution énorme lorsque l'on sait que sur cette période ils n'étaient que deux médecins à assurer les astreintes avec l'ambition de remplir tout le tableau d'astreinte.

Concernant Pouzauges et Saint Jean de Monts, les médecins étant seuls sur leurs territoires, ils n'ont pas l'ambition de remplir un tableau d'astreinte annuel mais se mettent disponibles aussi souvent qu'ils le peuvent et ne ressentent pas de lassitude. Sur Saint Jean de Mont le nombre d'astreintes pourvues entre 2015 et 2017 passe de 70.85% à 63.18% et sur le territoire de Pouzauges on remarque une stabilité sur ces années, le nombre d'astreinte passant de 64.5% à 67,98%. Ces valeurs sont pour eux simplement le fruit de fluctuations de leurs emplois du temps mais ne traduit pas un épuisement.

b) Un dispositif d'intérêt commun

Les MCS ont bien compris tout l'intérêt du dispositif et du bénéfice apporté par leurs interventions. D'une part pour la population, grâce au gain de temps considérable gagné sur de l'urgence vitale en lien avec la proximité d'un MCS. D'après la thèse du Dr Archambaud, le délai moyen d'arrivée du MCS sur une intervention en Vendée sur les 4 territoires est de 13 minutes 08 secondes contre 1 heure et 12 minutes pour le SMUR ce qui nous donne un gain d'1 heure et 2 minutes. Devant ces chiffres on voit bien l'impact que peut avoir un MCS sur une urgence vitale.

Le dispositif a également un intérêt pour le SAMU et notamment pour les équipes SMUR puisque, toujours d'après la thèse du Dr Archambaud, en 2017, sur les territoires de Noirmoutier, Pouzauges et Saint Jean de Mont, les équipes SMUR n'ont pas participé aux interventions lorsqu'un MCS était présent, une fois sur deux environ (respectivement 54.21%, 47.83% et 48.39%).

Plusieurs raisons expliquent le fait que certaines équipes SMUR ne participent pas aux interventions lorsqu'un MCS est présent. La première raison est que le MCS, une fois sur place peut estimer que l'équipe SMUR n'a pas besoin de se déplacer, ce qui permet au SMUR d'être disponible pour une autre intervention.

La deuxième raison est que le MCS est déclenché avant l'équipe du SMUR notamment lorsqu'il existe un doute sur une réelle urgence vitale et ceci dans le but d'épargner une équipe SMUR lui permettant d'être disponible ailleurs. Certains médecins ont été très mal à l'aise au moment de me l'expliquer puisque dans ce cas de figure, ils ne sont pas dans la légalité.

Comme précisé dans le guide de déploiement : « L'intervention du MCS est obligatoirement déclenchée par le SAMU-Centre 15, de manière simultanée à celle du SMUR. »(67)

Certains MCS m'ont avoué qu'ils étaient régulièrement déclenchés de cette façon surtout lorsque le régulateur de garde était un médecin expérimenté mais aussi lorsque les régulateurs connaissaient les MCS d'astreinte. Les jeunes régulateurs ou les intérimaires ne se permettent pas d'agir de la sorte.

A l'avenir, les MCS doivent s'attendre à être davantage déclenché de cette façon puisqu'il existe parallèlement à la carence de médecins généralistes en Vendée, une carence d'urgentistes et donc inéluctablement une carence de SMUR ce qui peut poser un problème car le temps passé par le MCS sur une intervention s'allonge et il ne faut pas oublier que les MCS ne sont pas des experts de la réanimation, qu'ils ne sont pas équipés et formés comme les smuristes et qu'ils interviennent seuls.

Cependant, les MCS comprennent tout à fait la demande des régulateurs et ont conscience de la carence d'urgentistes. Peut-être faudrait-il envisager d'assouplir les conditions de déclenchement des MCS dans ce contexte.

c) Lien MCS-SAMU

Le point fort du dispositif pour tous les MCS c'est la formation proposée. Les modalités de la formation du MCS sont décrites dans le contrat tripartite signé entre le MCS, l'ARS et le SAMU référent ainsi que dans le guide déploiement MCS. On peut d'ailleurs y retrouver le programme d'enseignement recommandé par la SFMU. La formation se décompose ainsi : une formation initiale théorique et pratique de minimum 4 jours et une formation continue annuelle de 2 jours pour maintenir ses compétences. Ces formations sont obligatoires.

Les MCS sont globalement très satisfaits de ces formations. Ces journées leur permettent de se rencontrer et d'échanger sur les difficultés qu'ils ont pu rencontrer dans l'année. La simulation sur mannequin et les différents scénarios sont très immersifs et réalistes. Le débriefing réalisé à la fin de chaque scénario permet de repérer les erreurs et de progresser.

On retrouve également ces résultats dans la littérature comme illustre le travail de thèse du Dr Bordier qui avait étudié le ressenti des MCS dans l'Aude.

Concernant les relations entre les MCS et le centre 15, les médecins correspondants SAMU estiment qu'avoir intégré le dispositif leur a permis d'améliorer la communication avec les régulateurs même s'ils estiment que cet exercice n'est pas facile, la majorité d'entre eux

trouvent que les régulateurs sont dans l'ensemble bienveillants envers eux lorsqu'ils les appellent. Certains MCS participent à la régulation du centre 15 et le fait de connaître physiquement les régulateurs facilitent les échanges.

Quelques MCS m'ont fait remarquer qu'il était parfois difficile de joindre le régulateur au téléphone avec des délais d'attente longs. Ce phénomène a déjà été relevé dans la littérature comme dans la thèse du Dr Villate(7) mais également dans celle du Dr Bordier(10).

3. FREINS A L'EXERCICE DE CETTE PRATIQUE

a) La solitude et l'isolement

Selon la fédération MCS France le médecin généraliste « *rencontre des difficultés et des freins pour prendre en charge les urgences dans le cadre de son activité de médecine générale : Solitude, stress, déséquilibre de l'activité d'une activité d'un cabinet de soins primaires lors de la prise en charge d'une urgence* »(67).

Lorsqu'on demande l'avis aux médecins correspondants SAMU, certes l'activité MCS leur apporte formation et dotation permettant de prendre en charge les urgences dans leur activité de médecine générale avec plus de sérénité qu'un médecin généraliste isolé qui ne ferait pas parti de ce dispositif, cependant elle ne permet pas de combler la solitude et le stress engendré par les interventions.

Les médecins de l'Ile d'Yeu ont été les plus nombreux à me faire la remarque. En effet, étant donné l'insularité, ils ne peuvent compter que sur les voies maritimes et aériennes pour évacuer les patients.

Si l'on s'en tient à la thèse du Dr Archambaud, en 2017, sur les 259 interventions réalisées sur l'Ile d'Yeu, les patients ont été transporté 21 fois par le SMUR et 203 fois par les MCS.

Sur les évacuations réalisées par les MCS, 170 ont été réalisées avec la réquisition de l'hélicoptère civil et sur ces 170 évacuations sanitaires, 14 sont des évacuations dites primaires, c'est-à-dire du domicile du patient vers une structure hospitalière du continent et 156 sont des évacuations T2, donc des évacuations de structures hospitalières à structures hospitalières.

Avec ces chiffres on démontre encore une fois tout l'intérêt du dispositif puisqu'il a permis d'épargner de nombreuses fois l'HéliSMUR le rendant disponible pour d'autres interventions mais on comprend surtout que sur l'Ile d'Yeu, la durée des interventions des MCS est plus longue que pour les autres MCS du continent puisqu'ils doivent gérer l'évacuation sanitaire, ce qui explique leurs plaintes concernant la solitude et le stress lors des interventions qui sont longues, que ce soit au sol comme dans les airs et peut être même davantage dans les airs car une fois dans l'hélicoptère, les médecins sont moins libres de leurs mouvements étant donné l'exiguïté de la cellule sanitaire d'une part, et d'autre part le bruit et le port du casque empêche d'entendre les alarmes du corpulse et l'auscultation est illusoire.(68)

Le seul moyen de diminuer la solitude et le stress est la communication avec le régulateur. Ceci explique pourquoi les MCS tiennent tant à avoir de bonnes relations avec les régulateurs et que ces derniers soient compréhensifs des conditions d'interventions des MCS.

b) Facteurs d'épuisement

Nous l'avons vu en amont, les MCS considèrent que cette activité est un facteur protecteur d'épuisement professionnel car elle permet de briser la routine des consultations de médecine générale et d'être polyvalent. Il faut préciser qu'en Vendée, le dispositif est déployé depuis 2014. Les médecins généralistes à avoir intégré le dispositif les premiers sont les médecins généralistes qui étaient déjà installés et sont également ceux avec l'appétence pour l'urgence la plus forte. Les autres MCS n'ont que 3 à 4 ans d'expérience parfois moins. Certains d'entre eux ont déjà repéré des éléments qui peuvent entraîner un épuisement sur le long cours.

Sur l'île d'Yeu, les médecins effectuent à tour de rôle des gardes de 48 heures le weekend. Sur cette garde ils cumulent l'activité MCS et la permanence de soins. Beaucoup d'entre eux avouent que ces gardes de 48 heures sont fatigantes. Les médecins de Noirmoutier ont le même fonctionnement mais aucun ne m'a fait cette remarque. Pour pallier un éventuel épuisement, l'équipe fait très attention à ce que tout le monde ait le même nombre de garde et le même nombre de semaine de vacances.

A Noirmoutier, entre 2014 et 2017, il n'y avait que deux médecins intégrés dans le dispositif, c'est d'ailleurs pour cette raison qu'il y a eu une diminution du nombre d'astreintes pourvues comme nous l'avons vu plus haut. A eux deux, ils ont eu l'ambition de remplir le tableau d'astreinte MCS pour atteindre un taux d'astreintes pourvues de 84.38% tout de même. Tout ceci en plus de leurs activités de médecine générale ainsi que la permanence des soins.

Pendant cette période, ces MCS étaient donc d'astreinte quasiment un jour sur deux.

Cette activité est un facteur protecteur d'épuisement à condition de l'exercer en équipe. La plupart des MCS interviewés estiment qu'une équipe de six est suffisant pour remplir un tableau d'astreinte complètement sans que les astreintes ne reviennent trop souvent. Un nombre trop élevé de MCS sur le même territoire est inutile puisque les astreintes s'espacent davantage et il ne faut pas oublier qu'il peut ne pas y avoir d'intervention certains jours d'astreinte. Il y a donc un risque de perdre la main et d'être moins à l'aise ce qui entraîne un stress.

Un autre facteur d'épuisement a été identifié c'est la mauvaise qualité du sommeil lors des astreintes MCS. En effet, lors de ces astreintes les médecins ne sont pas sur leurs lieux de travail mais chez eux, prêts à être déclenché à tout moment. Malgré le fait qu'ils sont peu déclenchés pour des interventions MCS en nuit profonde, certains MCS m'ont avoué ne pas bien dormir lorsqu'ils étaient d'astreinte par appréhension d'être dérangé par le téléphone ou tout simplement peur ne pas entendre le téléphone. Ils sont donc sur le qui-vive toute la nuit.

Dans la littérature nous retrouvons les mêmes résultats, que ce soit dans le milieu médical mais également dans d'autres milieux professionnels.(69),(70)

Ces études montrent que les astreintes sont un des facteurs majeurs de stress et qu'ils ont une répercussion sur la vie familiale et sociale mais également sur la santé, pouvant engendrer de l'anxiété, des troubles de l'humeur, des troubles cognitifs et de la fatigue. (71)

c) L'absence de formation MCS initiale

D'après le guide déploiement(67) la formation initiale et continue du MCS est obligatoire.

La formation initiale est assurée par le CESU sur une durée totale de 2 jours sous la forme d'un enseignement avec présence physique des apprenants et sous la forme de E learning, l'objectif étant d'acquérir les notions indispensables pour intégrer le dispositif du réseau des MCS et prendre en charge des urgences dans les 30 premières minutes et dans l'attente de l'arrivée d'une équipe SMUR.

Elle tient en 6 modules que sont : organisation / missions et responsabilités MCS / procédures d'intervention, cardio-respiratoire, troubles de conscience, traumatologie et analgésie, techniques médicales et mise en condition.

Puis un stage pratique de 48 heures dans les structures d'urgence du CH siège du SAMU d'origine organisé en binôme avec un médecin urgentiste référent. Le but de ce stage est de se familiariser avec le matériel et sa gestion lors des interventions, les gestes d'urgence (abords vasculaires, techniques d'immobilisation et de ventilation) et connaître les procédures d'interventions avec l'utilisation de fiches d'intervention et la transmission de bilan.

Dans les faits, aucun MCS ayant intégré le dispositif depuis qu'il est déployé sur le département vendéen n'a eu cette formation initiale.

Les MCS les plus âgés sont ceux qui ont été, à un moment donné de leurs carrières, urgentistes, anesthésiste-réanimateur, médecins pompiers... Certains d'entre eux ont leurs capacités d'aide médicale urgente. Cette expérience de l'urgence vaut comme formation initiale pour ces MCS.

En revanche, pour les autres, qui sont issus du DES de médecine générale, la seule expérience dans le milieu de l'urgence a été celle du stage de 6 mois dans un service d'urgence pendant l'internat. Pour ces médecins l'absence de formation initiale a été source de stress et certains avouent qu'ils auraient été plus à l'aise avec cette formation. La formation continue de 2 jours par semaine est donc utilisée comme formation initiale pour les nouveaux arrivants.

En réalité, il est difficile de mettre en place ces formations initiales. D'après les formateurs du CESU et les MCS, étant donné qu'il y a très peu de nouveaux entrants dans le dispositif par an sur le département de Vendée, il est difficilement envisageable de libérer 3 ou 4 formateurs pour 2 ou 3 MCS sur 2 journées.

A l'avenir il serait intéressant de mutualiser ces formations initiales au niveau régional ou national afin qu'elles deviennent réellement obligatoires.

d) Un manque de sollicitation

Sur les territoires de Saint Jean de Monts et Pouzauges, les MCS ont remarqué que les déclenchements étaient très irréguliers. Il arrive qu'il n'y ait aucune intervention MCS pendant plusieurs jours ou semaines puis qu'il y en ait une ou deux à suivre sur la même

journée. Cette irrégularité est une source de stress. En effet, après plusieurs jours sans avoir fait de l'urgence vitale, ces MCS craignent de perdre la main et de ne plus savoir faire.

Sur le secteur de Noirmoutier, les MCS ne m'ont pas fait cette remarque et sur l'île d'Yeu, les MCS ne se sentent pas concernés par cette problématique.

À Pouzauges et Saint Jean de Monts les médecins ont également la sensation d'être de moins en moins sollicités. Ils pointent du doigt un manque de communication et une méconnaissance de leurs moyens et du territoire par les régulateurs.

Si l'on regarde la thèse du Dr Archambaud, les interventions MCS sur les territoires de Pouzauges et de Saint Jean de Monts représentent 5.84% des interventions en Vendée en 2017.(4)

Sur cette même année à Pouzauges, la proportion d'intervention par astreinte était de 10.89% pour 67.98% d'astreintes pourvues sur la même année et à Saint Jean de Monts la proportion d'intervention par astreinte était de 11.71% pour 63.18% d'astreintes pourvues.

En comparaison, sur les secteurs de Noirmoutier et l'île d'Yeu la proportion d'intervention par astreinte étaient de respectivement 33.98% et 72.83% pour un taux d'astreintes pourvues de 84.38% et 100%.

En regard de ces valeurs, les MCS de Pouzauges et de Saint Jean de Mont sont effectivement moins sollicités que les autres MCS vendéens.

Pour expliquer cette différence de sollicitations entre les territoires, plusieurs éléments doivent être pris en compte.

Premièrement, la géographie des secteurs a un rôle important. En effet, Noirmoutier et Yeu étant des îles, les territoires sont bien définis et limités pour des superficies de 49 km² et 23.32km² alors que Pouzauges et Saint Jean de Monts sont situés sur le continent avec des superficies plus vastes (respectivement 320 km² et 184.68 km²). Concernant le secteur de Pouzauges, il faut préciser qu'il contient 11 communes limitrophes de deux autres départements que sont les Deux-Sèvres à l'Est et le Maine et Loire au Nord. On comprend alors que ce premier élément peut provoquer une confusion pour certains régulateurs.

Le deuxième élément à prendre en compte c'est la carence de médecins urgentistes en Vendée qui est préoccupante avec une inquiétude sur l'avenir du service des urgences et du SMUR de Luçon qui menacent de fermer. Nous pouvons noter également la fermeture des urgences de Montaigu la nuit entre le 21/07/21 et le 15/08/21 et aussi 5 nuits en fonctionnement dégradé aux urgences des Sables d'Olonne depuis le 1^{er} septembre 2021.

Toutes urgences vendéennes confondues il manque 40 équivalents temps plein d'urgentistes, dont 16 rien que pour le site de la Roche sur Yon. (72)

Les régulateurs étant pour la majorité des urgentistes, il y a donc un roulement rapide avec des régulateurs intérimaires. L'information concernant la possibilité de déclencher un MCS sur un secteur peut ne pas être transmise.

Pour pallier cette lacune, on retrouve dans : « MCS : référentiel et évaluation » co écrit par l'ANCESU, le CNGE, le CNUMU, les MCS France, la SFMU et le SUdF en Mai 2020 que : « Les outils techniques du Système d'Information du SAMU (SI SAMU) devront permettre le

déclenchement automatisé, selon le lieu d'intervention, du MCS par le SAMU Centre 15 avec communication des informations du dossier de régulation médicale. »(73)

Il pourrait être intéressant de réaliser une nouvelle revue d'activité des MCS vendéens entre 2018 et 2021 pour confirmer ou infirmer ce sentiment de diminution de sollicitation sur les territoires de Pouzauges et Saint Jean de Monts.

On pourrait également demander aux régulateurs et aux assistants de régulation médicale, leurs avis concernant ce dispositif.

e) **Désorganisation du cabinet**

En Vendée, les MCS n'ont pas tous la même organisation en fonction du territoire. Sur les territoires de Noirmoutier et de Saint Jean de Monts, les médecins sont libéraux. Ils gèrent leurs astreintes MCS comme ils le souhaitent. La majorité des MCS se mettent d'astreinte MCS pour 12 heures ou 24 heures parallèlement à leurs consultations. Ils peuvent également assurer la permanence des soins de 20 heures à 8 heures en même temps que l'astreinte MCS.

A Noirmoutier, ils se fixent l'objectif de remplir le tableau d'astreinte pour atteindre un taux de 100% d'astreintes pourvues. Sur le secteur de Saint Jean de Monts, étant donné que le MCS est seul sur son territoire, il n'a pas pour ambition de remplir à 100% un tableau d'astreinte mais il se met aussi souvent que possible disponible. Ce mode d'exercice implique qu'ils doivent quitter leurs consultations pour se rendre sur une intervention lorsqu'ils sont déclenchés par le centre 15 ce qui désorganise leurs cabinets.

Même s'ils confient que la population est compréhensive, cette désorganisation est un facteur de stress pour certains.

Dans les autres secteurs, leurs fonctionnements évitent la désorganisation du cabinet ce qui semble confortable pour eux. Exercer l'activité MCS sur le même mode que leurs voisins de Noirmoutier et de Saint Jean de Monts apparaît comme un frein à l'exercice de cette pratique.

Dans la littérature on retrouve un résultat similaire. Dans la thèse du Dr Borthomieu qui s'intitule : « *Evaluation de l'activité des Médecins Correspondants SAMU et retour d'expérience des acteurs intervenant dans ce dispositif en Vienne entre 2015 et 2018.* » elle retrouve que sur les 11 MCS interrogés, 60% estiment que la désorganisation du cabinet est un frein à l'exercice de cette activité et que 50% des MCS ont des difficultés à se libérer de consultation malgré un faible nombre d'intervention (2.9 interventions par médecin par an).(5)

4. **L'AVENIR DU DISPOSITIF**

a) **Optimisme sur l'île d'Yeu**

Le ressenti des MCS de l'île d'Yeu est globalement optimiste concernant l'avenir du dispositif sur leur territoire. Plusieurs éléments confortent ce ressenti.

Ils ont remarqué que depuis que le centre de santé est passé en exercice salarié, l'effectif s'est rajeuni avec une moyenne d'âge de 35 ans. On voit bien l'intérêt que les jeunes médecins généralistes portent à l'exercice salarié.

L'organisation du centre de santé- hôpital local permet de faire participer les internes SASPAS à l'activité MCS toujours sous couvert d'un senior. Cette intégration entraîne une répercussion positive pour le dispositif puisque les MCS m'ont fait remarquer que quelques-uns d'entre eux sont d'anciens internes de l'île d'Yeu mais également que leurs internes SASPAS deviennent souvent leurs remplaçants.

Les médecins ont une activité mêlant consultations de médecine générale, exercice hospitalier, permanence de soins et activité MCS. Chaque jour, un médecin est dédié à la permanence de soins dans une salle spécifique toute équipée située dans l'hôpital local. Ce médecin endosse le rôle de MCS le même jour qu'il assure la permanence de soins pendant 24 heures en semaine et 48 heures le weekend. Pendant ce temps, un autre médecin gère les patients hospitalisés tandis que les autres ont leurs activités de consultations au cabinet médical. Chaque médecin exécute ces missions à tour de rôle de façon équitable.

Ce mode de fonctionnement est confortable pour ces médecins car toutes les urgences vitales et les patients nécessitant d'être gérés le jour même, peuvent être vus sans désorganiser le cabinet médical ce qui est un stress en moins.

L'activité MCS est obligatoire sur l'île d'Yeu, on pourrait penser que cette obligation est un frein pour attirer des médecins généralistes mais cette obligation est contre balancée par l'activité salariée, en groupe et également par le cadre de vie qu'offre l'île d'Yeu.

Une part de ces médecins pensent qu'ils n'exerceront pas sur l'île pendant toute leurs carrières. Ils estiment que l'accumulation des différentes contraintes évoquées plus haut sur le long terme provoquera de l'épuisement. Il faut donc s'attendre à un turn over régulier des médecins sur l'île d'Yeu.

Concernant l'île d'Yeu, le dispositif MCS semble bien ancré et l'avenir assuré cependant cette organisation fonctionnerait-elle si on la transposait sur les autres territoires vendéens ?

b) Des avis mitigés sur les autres territoires vendéens

Les médecins des autres territoires ne sont pas aussi confiants que ceux de l'île d'Yeu. Ils savent l'intérêt du dispositif et du bénéfice qu'il apporte pour les zones isolées, ils nourrissent donc l'espoir de voir des médecins généralistes s'installer sur leurs territoires et d'intégrer parallèlement le dispositif. Cependant, les candidats sont peu nombreux, et certains médecins généralistes sont inquiets pour l'avenir du dispositif mais également pour l'avenir de la médecine générale en Vendée.

Les travaux réalisés sur « *la démographie des médecins généralistes et spécialistes sur la Vendée au 1^{er} Janvier 2020* » par le Dr Emmanuel Branthomme pour le conseil départemental de l'ordre des médecins de Vendée confirme ces inquiétudes.

En effet, en Vendée, il y a 0.62 médecins généralistes pour 1000 habitants soit 1 médecin pour 1554 habitants contre 1.52 médecins généralistes pour 1000 habitants en moyenne en France.

La population augmente tous les ans de 1% soit 8000 à 9000 personnes et la population âgée de plus de 65 ans augmente de 2.3% tous les ans et se localise principalement sur le littoral. Cette étude ne prend pas en compte la pandémie de Covid qui voit une fuite urbaine se mettre en place et aggraver probablement davantage le problème. Il faudrait donc 5 médecins généralistes de plus par an pour rester à un taux constant.

On peut également voir dans ce document qu'il y a environ 15 installations de médecins généralistes par an depuis 2013 contre environ 25 départs par an. Entre 2010 et 2019, l'effectif de médecins généralistes a diminué de 14.5% pour tomber à 443.(74)

Pendant la session du conseil départemental de la Vendée du 24/09/2021, il a été annoncé que 7800 Yonnais sont sans médecin traitant ainsi que 5000 aux Sables d'Olonne, 1300 à Fontenay le Comte, 1000 aux Herbiers, 1500 à Challans et 1000 à Luçon.(72)

On voit donc bien que l'avenir du dispositif MCS en Vendée est étroitement lié à celui de la médecine générale.

Pour lutter contre la désertification médicale et pour inciter les jeunes médecins généralistes à s'installer en zones sous dotés, le gouvernement a annoncé en Septembre 2018 le projet « Ma Santé 2022 ». Les objectifs sont que chaque Français soit soigné tous les jours de la semaine jusqu'en soirée et le samedi matin sans avoir passé par l'hôpital, de renforcer les actes de prévention et de maintenir au domicile le plus possible de personnes fragiles. « *L'exercice isolé doit devenir une exception en 2022* »(75)

Pour atteindre leurs objectifs, le gouvernement veut développer des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui seront financées par l'assurance maladie et les professionnels libéraux seront incités financièrement à s'engager dans une CPTS. Ils veulent également créer des maisons de santé et labelliser 500 à 600 hôpitaux de proximité.(75)

Il est également question de libérer du temps médical pour les médecins en s'appuyant sur des infirmiers de pratique avancée et des assistants médicaux.

Pour favoriser l'installation des jeunes médecins dans les territoires en difficulté, ils veulent encourager les stages des internes dans ces territoires en renforçant la rémunération des maîtres de stage et en mettant en place une aide financière de 200 euros par mois pour les internes réalisant un stage dans un secteur éloigné de leur ville de faculté.(75) Nous pouvons également citer les différents contrats incitatifs pour favoriser l'installation avec des aides financières pour les médecins s'installant dans des zones prioritaires.

Il a été remarqué que les internes qui réalisent une partie de leurs internats en Vendée repartent à Nantes une fois leurs études terminées pour exercer près de leur ville d'attache.

Pour lutter contre ce phénomène et inciter les étudiants à rester en Vendée après leurs études, le département de la Vendée s'est investi en signant le 29 octobre 2021, la charte des hébergements territoriaux des étudiants en santé. Cette charte consiste à créer des logements pour les étudiants avec une capacité d'accueil de 3 personnes proche des services de première nécessité, avec un espace commun, un espace de travail pour un loyer de 100 à 200 euros par mois.

Le conseil départemental a également la volonté de créer une antenne universitaire en Vendée pour que la Roche sur Yon devienne la ville d'attache des étudiants.

Les autres déterminants à l'installation qui sont à prendre en compte sont l'équilibre horaire, la présence de professionnels de santé et des établissements de santé dans le secteur, le travail en réseau, la présence de services publics et la proximité avec la famille. Le conjoint influence également le projet d'installation.(66)

L'autre inquiétude qu'ont les MCS pour l'avenir est le doute concernant l'intérêt des jeunes généralistes à pratiquer de l'urgence et donc d'intégrer le dispositif même une fois installé en zone éloignée d'un SMUR.

Les internes de médecine générale ne réalisent qu'un semestre dans un service d'urgence. C'est souvent le seul contact avec les urgences qu'ils ont de leurs formations et elle n'est pas représentative de leurs futurs exercices. Peut-être faudrait-il modifier cette formation en leur proposant davantage de pré hospitalier et favoriser les sorties avec le SMUR. On pourrait également proposer aux internes de participer à des formations de simulation avec le CESU au moment de leurs semestres aux urgences ou la formation initiale MCS de 4 jours.

5. VALORISER LE RESEAU

a) La rémunération

Bien que l'activité MCS soit source de revenus, les MCS avouent que cette rémunération n'est pas un élément les ayant motivés à intégrer le dispositif cependant certains d'entre eux estiment que celle-ci n'est pas suffisante et qu'elle devrait être revalorisée.

Dans la thèse du Dr Bordier, le ressenti des MCS dans l'Aude est le même que celui des vendéens.(10)

Les MCS n'ont cependant pas évoqué à quelle hauteur devrait se situer cette revalorisation pour qu'elle soit acceptable ni de quelle manière. Veulent-ils augmenter le forfait d'astreinte ou celui de l'intervention ?

Toujours dans la thèse du Dr Bordier, les MCS souhaitaient que les indemnités kilométriques soient ajoutées au forfait d'intervention. On pourrait imaginer cette solution pour les territoires de Saint Jean de Monts et de Pouzauges, ces territoires étant plus vaste que Noirmoutier et l'île d'Yeu.

D'autres MCS, évoquaient la possibilité d'indemnités de nuit profonde de minuit à 6 heures ou encore de défiscaliser les indemnités.(10) Ces solutions n'ont pas été abordées avec les MCS vendéens.

b) Communiquer davantage

Le manque d'effectif est ce qui portera préjudice au dispositif dans les années à venir, son avenir étant étroitement lié à celui de la médecine générale en Vendée, il y a donc un impératif à recruter.

Le principal axe d'amélioration sur lequel il faut miser c'est la communication. Il faut informer davantage les internes de médecine générale et d'urgence sur l'existence de ce dispositif.

Il faut faciliter le déclenchement des MCS par le centre 15 et que tous les régulateurs et ARM soient informés de l'existence de ce dispositif et que visuellement sur le logiciel CENTAURE ils puissent facilement identifier ou est localisé le MCS, son territoire et ses disponibilités surtout sur les territoires de Pouzauges et Saint Jean de Monts. Il serait intéressant de connaître l'avis des régulateurs et des ARM concernant ce dispositif.

La communication doit aussi passer auprès de la population concernée. Cela pourrait passer par un affichage dans les cabinets médicaux des MCS.

Enfin les pompiers et les gendarmes en exercice sur des territoires isolés doivent être informés, cela éviterait la perte de temps pour le MCS en intervention de se justifier auprès des différents intervenants.

c) Perpétuer le compagnonnage

Les jeunes médecins généralistes qui se lanceront dans le dispositif à l'avenir n'auront comme seule expérience de l'urgence que leurs stages dans les services d'urgence. Ils n'auront quasiment aucune expérience de la prise en charge de l'urgence vitale pré hospitalière. Ce saut dans l'inconnu est donc une étape stressante, d'autant plus qu'ils n'auront pas de formation initiale. L'accompagnement par des MCS plus expérimentés est donc un soutien important.

Sur l'île d'Yeu, ce compagnonnage est bien formalisé et obligatoire pour tous les nouveaux arrivants avec une journée de doublage.

Sur Noirmoutier, il y a une véritable volonté d'accompagner les nouveaux arrivants avec des MCS qui essaient de se rendre disponible au moindre problème en sachant que s'ils se déplacent en intervention pour aider ils désorganisent leurs consultations.

Sur les autres territoires, pour le moment il y a eu très peu de nouveaux médecins pour faire cette activité, nous n'avons donc pas abordé cette notion avec ces médecins mais étant donné l'investissement de ces MCS sur leurs territoires, ils n'auraient aucun souci pour se rendre disponible pour aider un jeune médecin sur une intervention.

Le compagnonnage est un argument à mettre en avant auprès des plus jeunes. Il permettra au dispositif d'être bien plus attrayant.

V. CONCLUSION

Les MCS vendéens sont globalement satisfaits de cette activité qu'ils estiment très valorisante. Cette étude a permis d'identifier différents profils de médecins avec des motivations différentes ce qui nous montre que ce réseau MCS n'est pas réservé qu'aux médecins ayant une passion pour l'urgence.

Les MCS ont bien compris l'importance du dispositif sur des territoires isolés en Vendée que ce soit pour la population et pour les équipes du SMUR.

Quelques freins à l'exercice de cette activité ont été relevés comme la désorganisation du cabinet, le manque de sollicitation sur les territoires de Pouzauges et Saint Jean de Monts, la solitude lors des interventions et l'absence de formation initiale.

Le département compte quatre secteurs complètement différents les uns des autres que ce soit par leurs géographies, l'organisation des MCS ou le mode d'exercice des médecins ayant intégré le dispositif.

Cette disparité explique les différents ressentis des MCS concernant l'avenir. Si les MCS de l'île d'Yeu sont plutôt optimistes, les MCS des autres territoires sont plus mitigés. Ils savent que l'avenir du dispositif est étroitement lié à celui de la médecine générale en Vendée sur lequel plane l'inquiétude de la désertification médicale dans un département où la population est vieillissante et augmente tous les ans.

En ce qui concerne la diminution du nombre d'astreinte entre 2014 et 2017, elle est la conséquence du manque d'effectif. D'ailleurs les MCS vendéens sont unanimes, il n'y a pas d'épuisement en lien avec cette activité à l'heure actuelle, elle est au contraire un facteur protecteur d'épuisement à condition qu'elle soit exercée en équipe. Il est donc impératif de recruter de nouveaux MCS pour pérenniser le dispositif.

Plusieurs propositions ont été formulées afin de rendre les territoires isolés sous dotés et le dispositif MCS plus attractifs :

- Développer l'exercice salarié et de groupe
- Mutualiser les formations initiales à un niveau régional ou national pour que les jeunes médecins intégrant le dispositif puissent bénéficier de ces formations.
- Valoriser la rémunération des MCS
- Informer la population et les étudiants en médecine de l'existence de ce dispositif.
- Communiquer et faciliter le déclenchement des MCS par les régulateurs notamment sur les territoires de Pouzauges et de Saint Jean de Monts.
- Promouvoir le compagnonnage et la qualité des formations MCS pour être plus attractant.
- Assouplir le cadre législatif concernant le déclenchement des MCS lors de carence de SMUR afin que ces interventions puissent être comptabilisées comme « intervention MCS » et donc rémunérées.

L'organisation du centre de santé de l'île d'Yeu semble bien fonctionner et être attractif. **Actuellement, il repose essentiellement sur des jeunes médecins, sera-t-il pérenne ?** Nous

pourrions imaginer transposer ce système sur les autres territoires de Vendée mais cela est-il reproductible et serait-ce accepté par les médecins ?

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences - APHP DAJ [Internet]. [cité 7 juin 2020]. 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/>
2. Ministère des affaires sociales et de la santé. Pacte Territoire Santé [Internet]. 2016 [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_territoire_sante_-_lutter_contre_les_deserts_medicaux.pdf
3. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? [Internet]. DREES; 2017 mai [cité 6 avr 2020]. Report No.: 17. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>
4. Archambaud B. Revue d'activité des médecins correspondants SAMU sur le territoire Vendéen de 2014 à 2017 et intérêts du dispositif dans la prise en charge pré hospitalière des urgences médicales. [Thèse de Doctorat]. [Nantes, France] : Université de Nantes; 2019.
5. Borthomieu L. Evaluation de l'activité des médecins correspondants SAMU et retour d'expérience des acteurs intervenant dans ce dispositif en Vienne entre 2015 et 2018 [Internet] [Thèse de Doctorat]. [Poitiers, France] : Université de Poitiers ; 2019 [cité 29 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.mcs-aura.fr/sites/default/files/documents/the%CC%80se%20DEFINITIVE.pdf>
6. Lacroix D. BILAN D'ACTIVITE DES MEDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU DE L'ARC NORD ALPIN. [Thèse de Doctorat]. [Grenoble, France] : Université de Grenoble ; 2009.
7. Villatte E. Efficience du dispositif médecin correspondant du SAMU dans la réponse à l'aide médicale urgente. [Thèse de doctorat]. [Grenoble, France] : Université de Grenoble ; 2019.
8. Hugo F. Cahier des charges régional des médecins correspondants SAMU: intérêts et limites pour le praticien. [Thèse de Doctorat]. [Grenoble, France] : Université de Grenoble ; 2016.
9. Bailly Beauregard L, Guevara F. Gestion de la dotation des médecins correspondants du SAMU du réseau Nord Alpin: difficultés et solutions. [Internet] [Thèse de Doctorat]. Clermont Auvergne; 2018 [cité 29 mai 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02102122/document>
10. Bordier T, Boss K, Université de Montpellier, Faculté de médecine. Le ressenti des médecins correspondants du SAMU dans l'Aude. [Thèse de Doctorat]. [Montpellier, France] : Université de Montpellier ; 2019.
11. Larousse É. Définitions : urgence - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
12. Medicalcul - Classification CCMU ~ Médecine d'Urgence [Internet]. [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <http://medicalcul.free.fr/ccmu.html>
13. CNGE. Abrégé de Médecine générale. France : Elsevier Masson ; 2003. p 53-57

14. Gouyon M, Drees. Les urgences en médecine générale [internet] Avril 2006 [cité le 05 déc 2021]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtss94.pdf>
15. Lechevrel A. La formation des médecins généralistes aux gestes et soins d'urgences en Loire Atlantique : état des lieux. [Thèse de Doctorat]. [Nantes, France] Université de Nantes; 2011.
16. Potin M, Pittet V, Staeger P, Vallotton L, Burnand B, Yersin B. Urgences vitales au cabinet médical : implications pour la formation et l'équipement du médecin de premier recours. Rev Médicale Suisse. 2008;5.
17. Sempowski IP, Brison RJ. Dealing with office emergencies. Stepwise approach for family physicians. Can Fam Physician. 1 sept 2002;48(9):1464-72.
18. D. J. Allen and P. J. Heyrman, La définition européenne de la médecine générale médecine de famille, WONCA EUROPE, p.52, 2002.
19. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.
20. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.
21. Études médicales [Internet]. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: [//www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html)
22. Arrêté du 1er juillet 2019 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.
23. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.
24. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.
25. Audouin C, Bouzille G, Leloup M, Fanello S. La formation des futurs médecins généralistes aux gestes d'urgence et de premier secours reste sous-optimale en France. Pédagogie Médicale. août 2013;14(3):229-31.
26. Code de la santé publique - Article R4127-11. Code de la santé publique.
27. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
28. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 114. 2016-41 janv 26, 2016.
29. Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022.
30. OMS | Dans la Classification internationale des maladies, le burn-out, ou épuisement professionnel, est considéré comme un «phénomène lié au travail» [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/

31. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.* 1981;2(2):99-113.
32. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health.* sept 2001;16(5):501-10.
33. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. :223.
34. LE MBI - BURN OUT - ECHELLE DE MESURE DE L EPUISEMENT PROFESSIONNEL DU SOIGNANT [Internet]. [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.psychanalyse.com/pdf/LE%20MBI%20-%20BURN%20OUT%20-%20ECHELLE%20DE%20MESURE%20DE%20L%20EPUISEMENT%20PROFESSIONNEL%20DU%20SOIGNANT%20\(3%20pages%20-%202082%20ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/LE%20MBI%20-%20BURN%20OUT%20-%20ECHELLE%20DE%20MESURE%20DE%20L%20EPUISEMENT%20PROFESSIONNEL%20DU%20SOIGNANT%20(3%20pages%20-%202082%20ko).pdf)
35. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress.* 1 juill 2005;19(3):192-207.
36. Cogen P. Burnout | Questionnaire CBI (Copenhagen Burnout Inventory) [Internet]. [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.therapiebreve.be/plus/tests/burnout-cbi>
37. Casin G. Syndrome d'épuisement des médecins généralistes français: revue de la littérature [Internet][Thèse de Doctorat]. [Toulouse, France]: Université de Toulouse; 2016 [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1505/1/2016TOU31597.pdf>
38. Laurent A, Chahraoui K. L'impact du stress professionnel sur les intervenants SMUR. *Prat Psychol.* 1 déc 2012;18(4):413-28.
39. Sauvegrain L. Enquête sur la santé et les besoins en santé des médecins libéraux en Loire Atlantique. [Thèse de Doctorat]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2016.
40. Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 RELATIVE A L'AIDE MEDICALE URGENTE ET AUX TRANSPORTS SANITAIRES. 86-11 janv 6, 1986.
41. Code de la santé publique - Article L6311-1. Code de la santé publique.
42. Ministère de l'intérieur, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. ORGANISATION DU SECOURS A PERSONNE ET DE L'AIDE MEDICALE URGENTE. 2008.
43. Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.
44. Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U.. 87-1005 déc 16, 1987.
45. Code de la santé publique - Article R6311-1. Code de la santé publique.
46. Code de la santé publique - Article R6311-2. Code de la santé publique.
47. Code de la santé publique - Article R6123-15. Code de la santé publique.
48. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai 22, 2006.

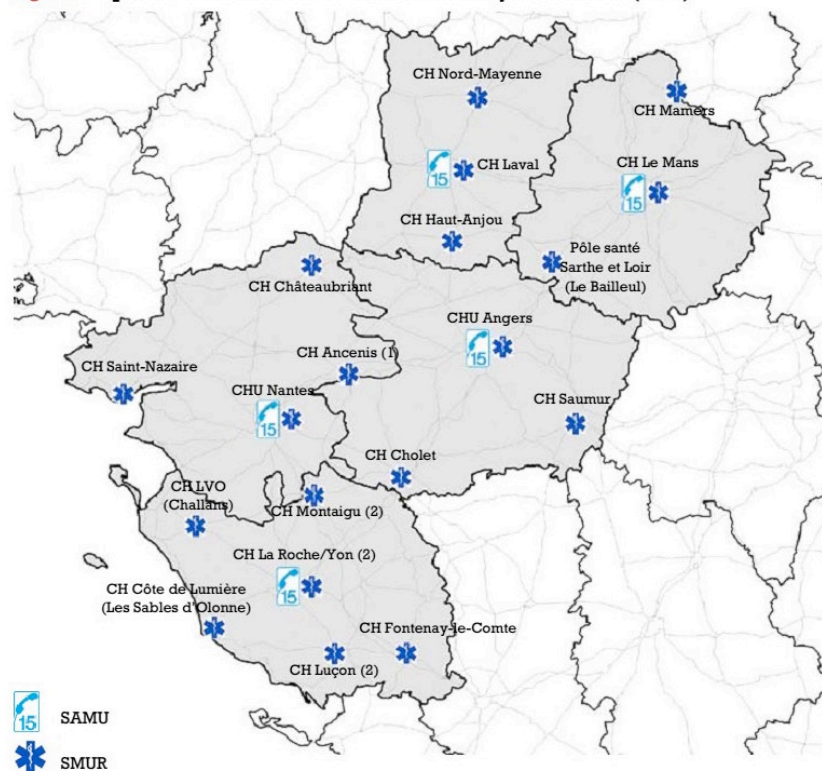
49. République Française. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU).
50. Ministère chargé de la Santé, Direction générale de l'offre de soins. Médecins correspondants du SAMU: Guide de déploiement [Internet]. 2013 juill [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf
51. LOI n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours. 96-369 mai 3, 1996.
52. Arrêté du 16 août 2004 relatif aux formations des médecins, pharmaciens et infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels.
53. ORS Pays de la Loire. DÉMOGRAPHIE DES MÉDECINS EN PAYS DE LA LOIRE GÉNÉRALISTES. Situation 2018 et évolution. 2019 mars. Report No.: 8.
54. ARS Pays de La Loire. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires [Internet]. 2019 [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-05/CDC2017-2019.pdf>
55. Chiffres clés [Internet]. Communauté de Communes de l'Île de Noirmoutier. 2018 [cité 22 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.cdc-iledenoirmoutier.com/mieux-nous-connaître/notre-territoire/chiffres-cles>
56. Île de Noirmoutier. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%8Ele_de_Noirmoutier&oldid=170590568
57. L'Île-d'Yeu. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=L%27%C3%8Ele-d%27Yeu&oldid=171530045>
58. Compareteur de territoire – Commune de l'Île-d'Yeu (85113) | Insee [Internet]. [cité 22 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-85113>
59. Pouzauges. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pouzauges&oldid=171709011>
60. Saint-Jean-de-Monts. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Saint-Jean-de-Monts&oldid=171594593>
61. Médecins de Montagne. Médecins Correspondants du Samu [Internet]. [cité 22 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.mdem.org/france/MENU2/page/Medecins-Correspondants-du-Samu.html>
62. ARS. Le fonds d'intervention régional [Internet]. [cité 22 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-fonds-dintervention-regional>
63. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 19: 142-145.
64. P. Hudelson. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Rev Med Suisse. [Internet]. 2004; [cité 14 avr 2020];0. 24011. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>

65. DREES. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. [Internet]. Mai 2017 [Cité 6 nov 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf>
66. Ordre National de l'Ordre des Médecins. Etude sur l'installation des jeunes médecins. [Internet]. 2019 [Cité 05 déc 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf
67. Direction générale de l'offre de soins. Médecins correspondants du SAMU, guide de déploiement. [Internet]. 2013 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf
68. SAMU Urgences de France. Doctrine d'emploi des hélicoptères dans le cadre de l'aide médicale urgente. [Internet]. 2017 [cité 11 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/doctrine-emploi-helico-sanitaires-amu-sudf-2017.pdf>
69. Bamberg E, Dettmers J, Funck H, Krähe B, Vahle-Hinz T. Effects of On-Call Work on Well-Being: Results of a Daily Survey1. *Appl Psychol Health Well-Being*. 2012;4(3):299-320.
70. Ziebertz CM, Beckers DGJ, Van Hooff MLM, Kompier MAJ, Geurts SAE. The effect on sleep of being on-call: an experimental field study. *J Sleep Res*. 2017;26(6):809-15.
71. L. Weibel, G. Caetano. Horaires atypiques de travail (hors travail de nuit) : quels effets sur la santé et la sécurité au travail ?. *Références en santé au travail*. [Internet]. Septembre 2019 ; [cité 5 déc 2021]; 19-32. Disponible sur : <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TC%20166>
72. Le Reporter sablais. Santé en Vendée. Il y a Urgence (Rédaction Les Sables d'Olonne) [Internet]. 2021 [cité 15 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.lereportersablais.com/sante-en-vendee-il-y-a-urgence-redaction-les-sables-dolonne/>
73. ANCESU, CNGE, CNUMU, MCS France, SFMU, SUdF. Médecin Correspondant SAMU, référentiel et évaluation [Internet]. Mai 2020 [cité 15 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.sfmou.org/upload/referentielsSFMU/Rj%C3%A9f%C3%A9rentiel%20national%20MCS%20-%20V1.0.pdf>
74. Branthomme E. Démographie des Médecins Généralistes et spécialistes sur la Vendée au 1^{er} Janvier 2020. Conseil départemental de l'ordre des médecins de la Vendée. 2020. p 37
75. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. 2021, [cité 18 nov 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

VII. ANNEXES

Annexe 1

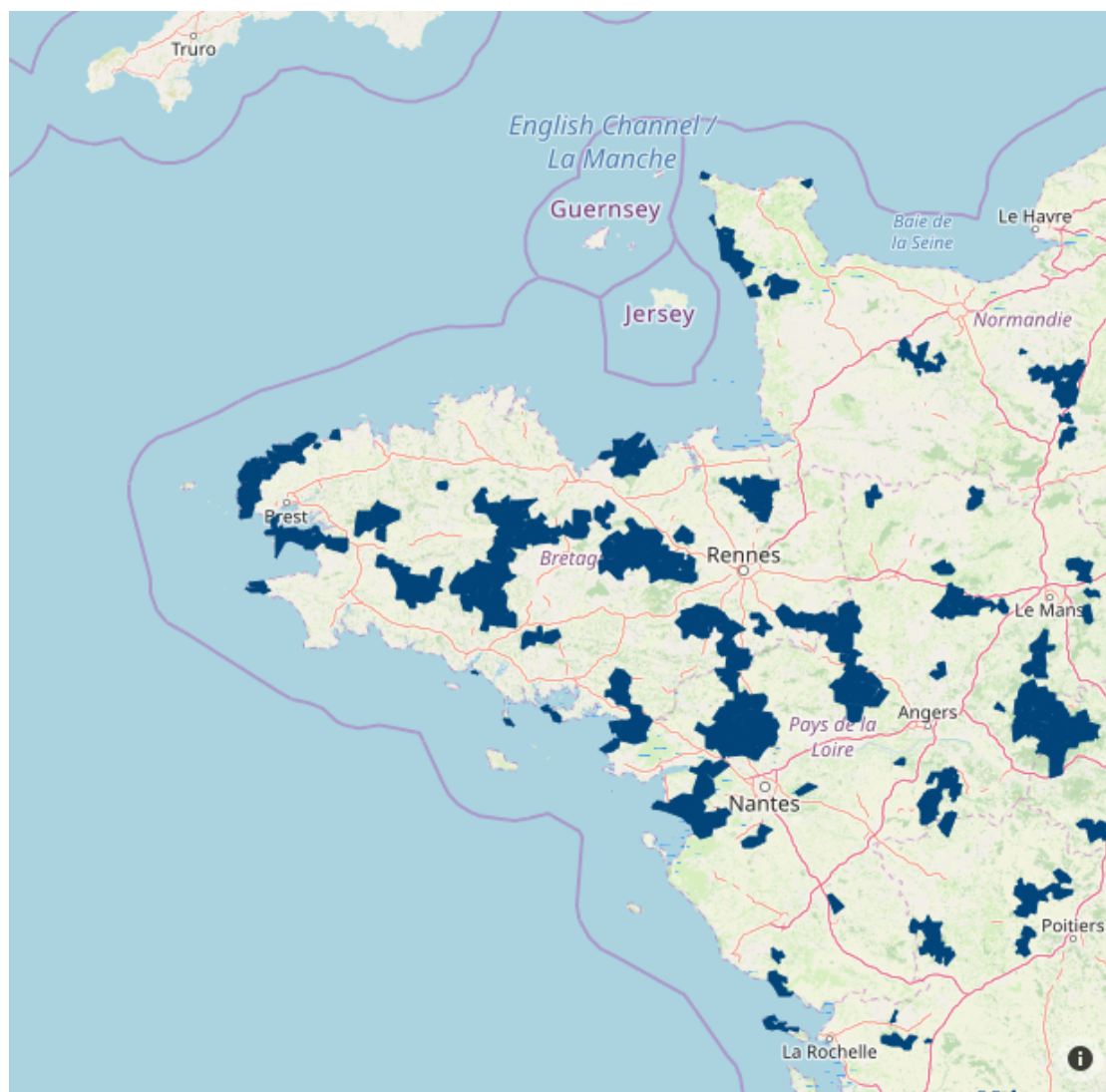
Fig 1.1 Implantation des SAMU et des SMUR en Pays de la Loire (2015)



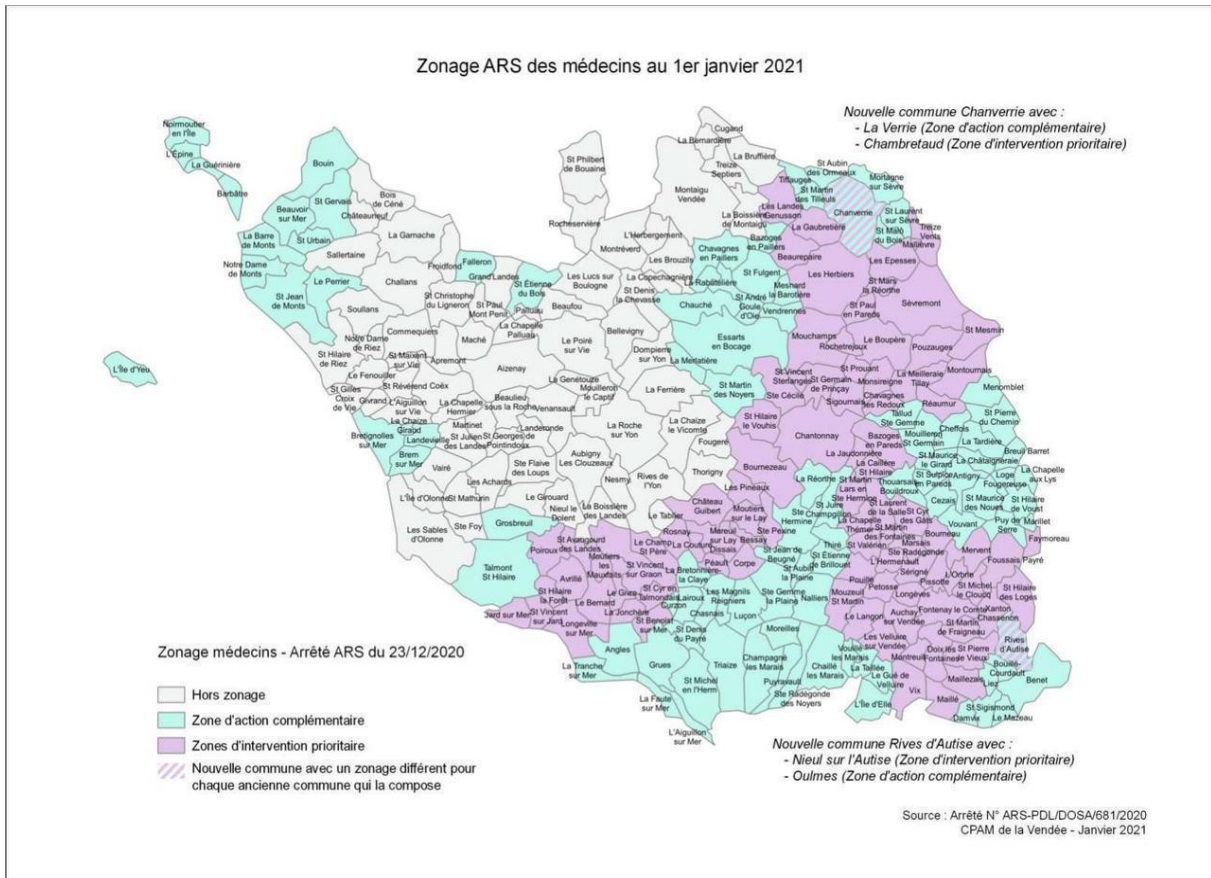
Source : ORU Pays de la Loire

1. Le SMUR du Centre hospitalier d'Ancenis est une antenne du SMUR du CHU de Nantes. Il assure un accueil en journée, 7 jours sur 7.
2. Les Centres hospitaliers de La Roche-sur-Yon, Montaigu et Luçon dépendent de la même entité juridique.

Annexe 2 : Zones situées à plus de trente minutes d'un service d'urgence, d'un SMUR et d'un médecin correspondant SAMU.



Annexe 3 : Zonage ARS des médecins au 1^{er} Janvier 2021



Annexe 4 :

Le guide d'entretien

Introduction et présentation du travail de thèse :

Ce travail fait suite à la thèse du Dr Archambaud soutenue en 2019 où il passait en revue l'activité des médecins correspondants SAMU de Vendée entre 2014 et 2017. Il fait le constat d'une diminution du nombre d'astreinte pourvues entre 2014 et 2017 de l'ordre de 10% dans certains territoires et fait l'hypothèse que ces territoires sont en difficulté notamment par épuisement de ces MCS.

Ce travail a pour objectif principal d'étudier le ressenti des médecins correspondant SAMU Vendéens concernant leur intégration dans ce dispositif afin d'identifier les facteurs d'épuisement de ces professionnels et dans un second temps de faire émerger des axes d'amélioration afin de susciter des vocations et de pérenniser le dispositif.

1/ Pouvez-vous vous présenter ?

- Homme/Femme
- Ancienneté
- Age
- Territoire concerné
- Sexe
- Interne dans le cabinet
- Activité libérale/salariée

2/ Quand et pour quelles raisons avez-vous intégré le dispositif MCS ?

3/ Quels bénéfices en tirez-vous ?

4/Comme décrit dans la présentation du travail de thèse, le nombre d'astreinte pourvues a diminué de 10% entre 2014 et 2017 en Vendée.

Comment l'expliquez-vous ?

5/Pour expliquer la diminution du nombre d'astreinte, le Dr Archambaud dans sa thèse fait l'hypothèse d'un épuisement des MCS.

Qu'en pensez ?

6/Vous êtes-vous déjà senti épuisé en lien avec votre double activité et si oui pour quelles raisons ?

- Manque d'énergie
- Retrait vis-à-vis du travail/Cynisme
- Perte d'efficacité

Qu'avez-vous mis en place pour contrer ces difficultés ?

7/ Quel point de vue avez-vous sur l'avenir du dispositif médecin correspondant SAMU en Vendée ?

8/ Selon vous, que faudrait-il améliorer pour rendre le dispositif plus attractif ?

-Dotation

-Formation

-Financement

-Promotion/communication

9/ Quels conseils donneriez-vous à un jeune médecin généraliste qui souhaiterait se lancer dans le dispositif ?

10/Avez-vous des éléments complémentaires à ajouter que nous n'avons pas abordé mais qui vous semblent important ?

Annexe 5 : Les Verbatims

Entretien du 01/12/2021

- En fait, ça fait suite à la thèse de Baptiste Archambaud, qui est médecin correspondant SAMU à Noirmoutier.
- Ah à Noirmoutier... Que je connais un peu parce qu'en fait on était en formation à l'île d'Yeu en Octobre. Notre recyclage obligatoire de 48 heures, financé par l'ARS. Donc je faisais partie de la session où Baptiste était présent. Il y avait 2 sessions. Pour moi c'était le bout de la Vendée. C'était bien. On apprend toujours beaucoup de choses et on revoit des choses. C'est obligatoire de toute façon.
- Donc oui, ça fait suite à cette thèse où il avait fait une revue d'activité entre 2014 et 2017 des médecins correspondant SAMU de Vendée et, euh, il s'était rendu compte d'une baisse, d'une diminution du nombre d'astreinte pourvue pendant cette période de l'ordre de 10%.
- De gens dispo ?
- Oui, et donc, sur 3 territoires sur 4. Et donc, il avait fait l'hypothèse de... est-ce que ces médecins correspondants SAMU se sentent un peu seuls et commencent à fatiguer ?
- Par rapport à la motivation plus, ah, je n'avais pas la notion qu'il avait fait sa thèse là-dessus.
- Donc voilà l'objectif de la thèse c'est de recueillir le ressenti des médecins correspondants SAMU sur le...

- C'est bien ce que j'avais compris, c'est essentiellement sur le ressenti... notre... euh...sur cette mission-là.
- C'est ça, sur l'intégration dans le dispositif et sur le dispositif en lui-même. Voilà, bon, pour commencer, je vais vous demander de vous présenter.
- Alors moi je suis le MCS1, je suis médecin salarié d'une association qui s'appelle ADAPEI Aria 85, parce que ADPAEI il y en a dans toute la France, là, je suis sur ce département-là. Du coup je suis médecin un peu soumis à horaire mais des horaires qui me laissent beaucoup de temps libre mais surtout qui me permettent de me détacher contrairement à un médecin généraliste par exemple, qui a par exemple 5,6 voire 10 personnes dans sa salle d'attente. Ça veut dire que quand je suis appelé par la régulation du SAMU, euh, ils savent que je peux être disponible facilement. Je suis généraliste de base et depuis alors je ne sais plus la date, je dirai une dizaine d'année, 2000 ... même plus que ça, une quinzaine d'année, médecin correspondant SAMU.
- D'accord, ça marche. Le territoire ici j'imagine il est immense.
- Il faudrait qu'on regarde la carte exactement mais je suis à plus... de toute façon le statut de MCS c'est à plus de 30 minutes d'un CH et donc en l'occurrence je suis à 35 bornes de Cholet, 50 de la Roche sur Yon et de l'autre côté c'était Bressuire mais maintenant le centre Hospitalier des 2 Sèvres c'est Faye L'abbesse. Il y a une quarantaine de kilomètres et au sud il y a Fontenay le Conte, 35 bornes. Ce qui fait que ... Je ne vais pas déterminer le rayon exact, la majorité des appels c'est une quinzaine max autour de Pouzauges, la majorité... Ça m'est déjà arrivé exceptionnellement d'aller plus loin quand il y a une carence de SMUR plus près de Fonteny le Conte. Sur la Roche non, parce qu'ils ont des SMUR assez facilement. Sur le secteur du Maine et Loire par contre il y a une demande parce que...euh, je ne sais pas si tu connais François Xavier Barthélémy ?
- Non
- Qui est médecin à la Roche, et qui a pris un petit peu en main la responsabilité, un peu, d'ailleurs c'est lui qui était à l'initiative de notre recyclage le mois dernier. Et il s'interrogeait sur l'intérêt de recruter sur ce secteur de Pouzauges un deuxième MCS justement, lui c'est un peu pour épargner celle qui est toute seule, parce que moi je suis toute seule sur mon secteur et Marcelin Meunier, alors je ne sais pas si tu vas le rencontrer.
- Si je lui ai envoyé un mail.
- Alors lui je pense qu'il te verra assez vite parce qu'il est très motivé lui aussi.

- Il est à Notre Dame de Monts lui ?
- Oui. Et lui aussi est tout seul, alors que sur les îles, Yeu et Noirmoutier, tous les médecins ont endossé en quelque sorte le statut de MCS.
- A l'île d'Yeu oui ils sont tous MCS.
- A Noirmoutier je pense aussi, ah non peut être pas tous. Il doit y avoir MCS3, MCS13...
- Oui qui est mon directeur de thèse et il y a MCS12.
- Et MCS12, c'est ça ils sont trois. Donc le rayon c'est une vingtaine max autour de Pouzauges. J'ai oublié de dire que je suis aussi médecin pompier. Donc ça m'a un petit peu ... je pense, motivé pour accepter la mission ... Donc à l'époque le directeur du SAMU c'était Yves Marie Pluchon maintenant c'est Philippe Fradin pour la Vendée. C'est lui qui m'a proposé : « j'aimerais bien avoir un MCS sur cette zone isolée ». Euh, et le fait que je sois médecin sapeur-pompier sans formation CAMU rien du tout.
- Ouai c'est ce que j'allais vous demander.
- Non j'ai juste mon DU Sapeur-pompier avec une petite... Il y avait dans ce DU de médecin SP, de la médecine du travail mais aussi un petit versant, on a passé quelques jours à se former plus à l'urgence pré hospitalière quoi. Qui est loin, loin d'équivaloir à une formation d'une CAMU c'est très loin de ça mais revoir un peu les bases pour attendre le SMUR.
- Ok justement c'était ma question suivante. Qu'est-ce qui vous a poussé à intégrer le dispositif.
- Ah bah c'était une proposition du Dr Pluchon qui à mon avis a senti la motivation quelque part et qui savait que j'étais médecin pompier et que je sortais en intervention, ce que je ne fais plus d'ailleurs sous la casquette pompier, puisque le gros avantage d'avoir le statut MCS c'est d'être contractuel par l'hôpital avec une obligation de maintenir ses acquis à jour par nombre de jours de formation continue obligatoire par an. La dotation en matériel, ça c'est loin d'être négligeable. Et la facilité du coup de renouveler ce matériel dès qu'on passe au SAMU. J'ai oublié de dire dans la présentation je fais de la régulation aussi et ça, ça me motive énormément à continuer parce que le fait d'être en régulation, je côtoie, et les ambulanciers, des gens que je vois sur le terrain, des médecins hospitaliers et des infirmiers SMUR. On connaît

chacun notre fonctionnement donc on comprend mieux les choses et ça, ça motive pour y aller, même les appels, les permanenciers, bon il y a beaucoup de mouvement de personnel, mais, les permanenciers ils se disent « oh bah la sur ce secteur MCS1 elle ne doit pas être bien loin sur ce secteur » et le fait de se connaître physiquement aide beaucoup à travailler ensemble.

- Vous ça fait combien de temps que vous êtes médecin... quand vous avez accepté la mission de MCS vous exercez déjà ici en fait ?
- A Pouzauges ? A bah oui moi je suis à Pouzauges depuis 1985.
- D'accord et donc médecin pompier du coup c'était ?
- J'ai commencé en 2004 et MCS, en fait j'ai dit des bêtises tout à l'heure ça doit faire 2010, 5 ans après.
- Comment vous organisez les journées où vous êtes d'astreinte ?
- Et bien je communique à la régulation enfin au secrétariat du SAMU un tableau, un tableau de disponibilité. Alors moi comme je suis toute seule j'ai du mal à le faire par moi, mais bon elles tolèrent les secrétaires, elles me relancent toutes les quinzaines, en me disant attention il faut m'envoyer la suite, moi je fais par 15 jours, parce que je ne peux pas toujours me projeter sur mon emploi du temps sur 15 jours après quoi... parce que je me... MCS11 il t'en parlera, il est comme moi, on se met ... dès qu'on ne bouge pas de notre secteur, bah on se met dispo quoi. Donc j'ai des grandes plages horaires, des fois des 24 heures, euh, plusieurs jours de suite, que je donne comme dispo après les appels c'est complètement aléatoire.
- Donc oui vous vous mettez dispo mais uniquement quand vous n'exercez pas ?
- Ah bah si, même quand je travaille. Puisque du coup, de par la, euh, par mon travail de généraliste salarié, je peux largement partir en intervention une demi-heure. Ça ne me perturbe pas comme un généraliste qui a du monde dans sa salle d'attente.
- Ok d'accord, quel bénéfice vous en tirez finalement, d'être dans le dispositif ?
- Les bénéfices ?
- Qu'est-ce que ça vous apporte en plus ?
- Est-ce qu'on parle du bénéfice financier en premier ? C'est par pour ça que je le fais, ça c'est clair. Le bénéfice c'est quelque part, tu vas me dire c'est presque de la philo,

mais c'est d'être contente d'avoir pu à un moment donné, contribuer, pas de sauver des vies loin de là, mais à ... à assurer un peu la sécurité d'une victime en attendant un SMUR. Il y a des interventions très enrichissantes. Des accouchements j'en fais pas mal. Et bien, quand tu rentres d'intervention, t'es content. Bon quand tu vas sur un arrêt cardiaque qui n'est pas récupéré tu es moins content forcément. Mais c'est le propre du pré hospitalier et de l'hospitalier de toute façon. Et je pense que la petite poussée d'adrénaline elle n'est pas pour me déplaire quelque part. Mais avec l'âge on se calme un peu sur l'adrénaline. Je roule moins vite je suis beaucoup plus prudente. Parce qu'au départ c'était à fond la caisse quoi, hein ! Ça ne sert à rien de perdre une minute quoi.

- Quand le SAMU vous appelle pour vous déclencher, vous avez la possibilité d'accepter ou pas ? si vous êtes dispo.
- Ça m'est déjà arrivé parce que je mets beaucoup de créneaux. Parfois, malheureusement j'ai un imprévu, je me suis un peu trop éloigné, je suis parti aux Herbiers pour X raison. Je te donne un exemple, le mercredi matin, je suis aux Herbiers, toute la matinée, je ne me mets évidemment jamais disponible pour les interventions MCS parce que ça veut dire, revenir et c'est quand même un peu loin et comme j'y passe qu'une fois par semaine dans cet établissement donc je ne peux pas me permettre. Quand je suis sur mon secteur de Pouzauges, je te dis, je libère beaucoup de plages de dispo, mais ça m'est déjà arriver de refuser des interventions parfois aussi on peut négocier avec le permanencier ou le médecin par rapport à la plus-value selon le délai. Ça m'est déjà arrivé de dire : « ou là, les Epaisées c'est un peu loin... Le SMUR de Cholet est ce qu'il est dispo ? » s'ils me disent par exemple le SMUR de Cholet n'est pas dispo bon bah j'y vais. Mais ce n'est pas arrivé souvent. Après on calcule toujours la plus-value puis parfois il y a abandon, on dit « ah bah non ça ne vaut pas le coup de t'engager » tout ça c'est très souple quand même parce qu'ils savent que les créneaux sont, bah... Les créneaux proposés sont honnêtement sur un mois j'ai pas calculé il y en a beaucoup. Evidemment quand je pars en vacances il n'y a personne.
- Il y a beaucoup de SMUR qui sont annulé quand vous intervenez ?
- (Souffle) on ne devrait pas le dire mais ça arrive ouais. Normalement ce n'est pas prévu dans le contrat avec l'ARS alors faudra peut-être pas trop l'écrire. Normalement c'est dans l'attente d'un SMUR. La vérité c'est que je suis convaincu que selon le médecin de régulation, les plus anciens qui me connaissent bien, parfois, euh, me disent : « va donc voir, tu me fais un bilan flash et on verra si on envoie un SMUR ». Les jeunes médecins hospitaliers se couvrent beaucoup plus, clairement, ils ne prennent pas trop de risque, ils envoient les moyens tous en même temps, le MCS, le SMUR, ils lancent.
- Ok

- Et euh par contre ça m'arrive de dire de temps en temps de dire « bah non cette personne elle ne va pas si mal que ça » donc je rappelle le SMUR, vu les distances du SMUR, je leur dis « ça ne vaut pas le coup, il peut rouler avec le VSAV, il est en sécurité ou elle est en sécurité » et le SMUR est dispo pour une autre intervention. Cholet aime bien qu'on les annule, quand ce n'est pas absolument nécessaire qu'ils viennent jusqu'ici. Parce qu'eux ils ont moins d'équipe SMUR que la Roche. Et les relations sont d'ailleurs plus tendues. Alors ça c'est pareil tu feras ce que tu voudras de ce que je dis, avec Cholet qu'avec La Roche. Mais là je suis convaincue que ça reste purement humain c'est-à-dire que comme je connais bien les urgentistes de la Roche tout confondu hein, que je parle d'ambulanciers, par ce que ce sont eux qui m'aident à maintenir ma dotation à jour, hein. Ambulanciers, infirmiers, j'en connais quand même quelques-uns. Cholet moins, on travaille moins ensemble, parce que je ne régule pas, et du coup des fois on tombe sur des petits caractères : « oui on est loin de notre secteur, euh, on aurait dû être annulé, si on avait su que t'étais là nanani nana... » des fois il y a des petits mouvements d'humeur on va dire.
- Justement pour la dotation, quand vous devez refaire le plein, c'est toujours à la Roche ?
- Ah oui, parce que c'est le CHD, je m'arrange de faire ma commande idéalement... Sauf quand je suis... enfin c'est toujours pareil, la vérif des péremptions et tout ça...on est par infirmier SMUR, on n'est pas aussi rigoureux. Quand je vois que je vais tomber en panne de quelque chose, vu que je régule de temps en temps, bah je taxe.... J'me ramène avec mon bon de commande et les ambulanciers.... Il n'y a pas si longtemps que ça, il me manquait de l'Adré, j'en avais plus beaucoup, Euh, de la Cordarone, je m'étais aperçu de la péremption donc ils m'ont redonné directement. C'est ultra pratique. Le fait de réguler permet d'aller assez régulièrement à l'hôpital pour pouvoir... Et sinon si c'est un plus gros colis et que je n'ai pas l'occasion, euh, rapide d'aller sur l'hôpital ils me font passer par un autre moyen, ça peut être par une ambulance qui va sur le CH puis qui me la ramène, la dotation. On se débrouille toujours. Pareil pour la maintenance du Corpulse qui est soumis à vérif une fois par an. Il y a quelqu'un qui vient le chercher. Alors là, ils fonctionnent avec un transporteur, qui vient me récupérer mon Corpulse, qui me fait l'échange avec un autre du SMUR, le temps que le mien parte en maintenance. Il n'y a pas si longtemps que ça par exemple, le gars qui m'a déposé mon Corpulse arrivait de Notre Dame de Monts où il avait fait celui de MCS11. C'est une organisation qui honnêtement est bien rôdée. Après c'est à nous MCS d'être bien rigoureux dans notre conso, de ne pas faire trop de périmé et surtout de s'apercevoir des dates des produits. Parce que on a tendance.... Faut pas faire trop de stock, on ne sait pas à l'avance combien d'interventions on fera. Donc euh voilà, la dernière fois je n'ai pas fait une grosse commande puis euh j'dis voilà si je vois que ça baisse trop le stock, je redemanderai mais faut pas stocker trop parce que il y a des semaines ou je sors pas du tout.
- Ah oui ce n'est pas régulier ?

- Oh oui, là ça fait au moins quinze jours que je n'ai pas mis le nez dehors. C'est marrant parce que c'est souvent par série. Une fois je... En octobre j'ai fait 3 fois le même jour puis après 0 pendant une semaine et pendant le confinement...
- C'est plus calme ?
- Ah oui, clairement, ici, SMUR c'est pareil et je n'aime pas trop quand c'est trop calme.
- Pourquoi ?
- Peur de perdre la main.
- D'accord il faut toujours qu'il se passe quelque chose.
- Entretenir les acquis, bon ok il y a les formations mais c'est qu'une fois par an, j pense que de sortir la pratique tu l'entretiens sur le terrain.
- Je voulais revenir vers vous par rapport à la suite du travail du Dr Archambaud, sur le fait qu'il trouvait qu'il y avait une diminution du nombre d'astreinte pourvues. Il s'était rendu compte qu'il y avait 3 territoires en Vendée qui étaient en difficulté on va dire, c'était Notre de Dame de Monts, ici, Pouzauges et puis Noirmoutier.
- C'est-à-dire qu'il y avait trop de plages non pourvues en MCS et son travail il date de quelle année ?
- 2019, il a présenté sa thèse en 2019 et la revue d'activité il l'a fait entre 2014 et 2017.
- Ça m'étonne parce que c'était des années où j'étais ultra dispo. Je ne sais pas comment il faisait ses calculs.
- Il a récupéré les fiches d'interventions.
- Ah, il ne faut pas confondre l'astreinte et l'opérationnel. Moi je pense que l'activité opérationnelle elle était effectivement en diminution et ça, ça m'attriste mais ce n'est pas de notre fait à nous. C'est le fait qu'on n'est pas déclenché et à chaque formation de recyclage on le dit.
- D'accord
- Je pense que les régulateurs ont une facilité de déclencher Noirmoutier et Yeu parce que c'est connu qu'il y a des MCS. Moi je t'assure que je côtoie des jeunes médecins hospitaliers mais sans incriminer, qui parfois ne savent pas qu'il y a un MCS sur un secteur.
- Donc ça serait plus par méconnaissance du dispositif.

- Je dirai volontiers ça, ou par « je n'y pense pas » et parfois c'est l'ARM qui récupère en disant « mais attend ! Là il y a MCS1 ou MCS11 » mais comme il y a beaucoup de roulement de PH, il y a de plus en plus de roulement d'ARM j'ai l'impression que ça s'effiloche, tu vois ?
- La communication entre eux ou l'info ne passe pas.
- Mais à chaque fois on nous redit « mais si on va leur dire », mais moi je n'ai pas fait les calculs mais je pense qu'effectivement je sortais beaucoup il y a 2, 3,4 ans qu'en ce moment et ça ne me plait pas. J'aimerais sortir un peu plus.
- Donc ça serait plus la régulation qui ne déclenche pas ?
- De toute façon on ne peut pas s'auto déclencher, donc si l'activité elle baisse c'est soit qu'on n'est pas assez dispo, soit c'est qu'on n'est pas déclenché. Et je n'ai pas la notion, après je pourrai regarder mes tableaux mais je suis quasi sûr que je suis toujours aussi disponible.
- Hum, vous ne pouvez pas vous auto déclencher donc ça veut dire que si dans votre cabinet il y a une douleur thoracique...
- Bah si là, mais ça n'arrive jamais mais ça pourrait... Une détresse respiratoire si ça ne fait pas longtemps. J'ai une résidente.... ADAPEI Aria ce sont des adultes polyhandicapés. J'ai une résidente qui a fait une grosse détresse respi, j'ai appelé la régul, je ne sais pas comment ils ont intitulé le compte rendu d'intervention, est ce qu'ils ont mis « moyen MCS » ou « moyen médecin traitant » mais ça je ne sais pas. Mais ça ce n'est pas de l'auto-déclenchement parce que je n'ai même pas fait de compte rendu en plus. En fait, ce que je ne t'ai pas dit, tu dois le savoir sûrement, à l'issue de notre intervention, on remplit une fiche type, qui est élaborée par les responsables des médecins correspondant SAMU, ils sont plusieurs en fait... j'ai nommé FX Barthélémy mais aussi Julie Berger qui est aussi... qui fait partie du groupe de PH qui sont responsables de nous et c'est elle qui a élaboré la fiche la plus récente. A la fois pour la rémunération et à la fois, et surtout pour que ça corresponde au moyen qui effectivement est noté dans le logiciel... Tu connais le logiciel Centaure ?
- Non
- C'est le logiciel de régulation, ou le médecin hospitalier met le moyen qu'il détermine, il peut mettre SMUR + MCS ou je ne sais pas moi VSAV + SMUR + MCS ou euh MT ou pas de moyen, ambulance privée.
- Ok

- Donc forcément à un moment donné, la secrétaire du SAMU, avant d'envoyer les tableaux d'astreinte et les fiches d'interventions à l'ARS elle va croiser pour être sûr que c'est bien une intervention MCS, sinon on pourrait faire n'importe quoi. On ne va pas inventer des trucs non plus, on n'est pas des malhonnêtes (rires).
- J'avais une autre question, c'était par rapport à l'avenir du dispositif MCS en Vendée. Quel avis vous avez ? Est-ce que vous pensez que c'est quelque chose qui va se pérenniser ?
- Moi je pense que ça va se pérenniser, je pense, maintenant je me trompe peut-être mais je pense que ça va se pérenniser, la zone, comment dire, le réseau routier est quand même bien amélioré, je parle que de ma zone, entre Pouzauges et La Roche ça va de plus en plus vite. Vers les Deux Sèvres et le Maine et Loire, la route n'a pas changé depuis 15 ans donc le délai est toujours le même. Après je ne sais pas qui détient les clefs de la pérennisation, est ce que c'est l'ARS, c'est quand même elle qui finance, donc si un jour l'ARS n'a plus d'argent on peut imaginer que ça tombe, mais ce n'est pas dans l'air du temps du secours à la personne. Après ça pourrait ne pas se pérenniser s'il n'y a plus de moyens humains.
- Pour vous, qu'est-ce qu'il faudrait améliorer pour que le dispositif, pour le rendre plus accessible ou donner envie aux jeunes ?
- Bah déjà que les jeunes sachent que ça existe, ensuite que les jeunes s'installent, parce qu'il faut qu'ils soient sur la zone, bah qu'ils sachent que c'est un peu contraignant de se rendre disponible mais qu'on n'est pas dérangé non plus tous les 4 matins et que ça peut sonner la nuit, à n'importe quelle heure du jour comme de la nuit. Ça, ça dépend vraiment de la volonté et quand même un peu de l'attrait pour la mission d'urgence donc est ce que ... je pense que certains, ça ne les intéresse pas du tout, donc comment améliorer ça à part les stages d'urgence des jeunes...
- Vous, vous ne prenez pas du tout d'internes par exemple avec vous ?
- Bah comment veux-tu ? Pour sortir en intervention ?
- Ouai
- Bah je ne peux pas immobiliser par exemple un interne, je ne sais pas moi 3 jours de suite en me disant pourvu que je sois appelé en intervention. Parce que pendant les 3 jours il peut très bien ne rien se passer comme il peut se passer pleins de choses. Donc je ne vois pas comment... Par contre on pourrait imaginer peut-être, que ce soit des internes qui sortent en SMUR et qu'ils voient le travail de partenariat SMUR /MCS.

Euh, j'en ai vu une il n'y a pas longtemps... L'année dernière, c'est La Roche qui sortait et il y avait une interne dans le véhicule donc ils étaient 4. Et j'ai dit « oh ils sont 4 ! », « Oui on a une jeune interne » et c'est elle qui a fait le diagnostic sur le... Ça m'a fait sourire, c'était un Bouveret. Ils sortaient sur une douleur thoracique. Moi je la trouvais hyper tachycarde sur mon électro, je ne comprenais pas tout, pourquoi elle était si rapide la dame, elle n'avait pas de fièvre, rien, le médecin hospitalier SMUR l'ausculte, « bah, c'est quand même bizarre pourquoi elle est si rapide ? » Et c'est la petite jeune interne qui regardait l'électro qui dit « je ne vois pas d'onde P, ça ne serait pas un bouveret ? » puis c'était ça. L'avantage du Corpulse, notre scope, c'est qu'il télétransmet les électro direct en cardio avec un double à la régul du SAMU donc très rapidement le cardio a dit : « Bouveret, donc vous faites la manœuvre de Valsalva et ça va se remettre ».

Et là c'est l'interne qui ... Donc on peut imaginer que cette petite interne elle a trouvé que Saint Michel Mont Mercure ce soit joli pour venir (rires). Mais je ne vois pas comment améliorer... Donc FX Barthélémy, lui, il a dans l'idée qu'il faudrait un second médecin pour ma zone, Notre Dame de Monts, je ne sais pas ce qu'il projette. Il dit qu'il a une piste sur un médecin du Puy du Fou, qui travaille avec lui au Puy du Fou, qui est du secteur des Epaisées justement. Il m'a dit qu'il allait lui en parler, histoire qu'il n'y a pas de trou dans le... de jours de carence ou il n'y a pas de médecin. Tu vois là, ce weekend-ci, dernier, moi j'avais un déménagement à faire, je me suis dit je ne peux pas me mettre dispo parce que ce n'est pas possible. Je me suis mis indispo vendredi, samedi, dimanche. Donc je ne sais pas ce qu'il y a eu comme intervention sur le secteur, je ne sais pas si un SMUR est venu mais par exemple ces 3 jours-là il n'y avait personne. Après voilà, est ce que ça intéressera un deuxième médecin généraliste, je ne sais pas.

- Et justement qu'est-ce que vous donneriez comme conseil à un jeune médecin généraliste qui veut se lancer dans le...
- Je lui dirai que c'est bien (rire), ça c'est sûr, qu'on est aidé, que franchement on n'est pas dans la panade, jamais, bon parfois il y a des interventions qui craignent mais on n'est pas dans la panade parce qu'on sait que le SMUR va venir, j'parle des interventions un peu graves quoi. Que le régulateur est toujours là pour conseiller quand on ne sait plus.
- Oui au téléphone vous arrivez toujours à les avoir.
- Oui des fois il y a du délai, parfois faut être un peu patient mais ça m'est déjà arrivé il y a longtemps par exemple devant un nourrisson. J'avais pourtant une infirmière sapeur-pompier qui avait été déclenchée en même temps que moi, on était... Déjà elle avait pu perfuser le gamin, c'était bien, donc là j'étais déjà moins seule on va dire et les doses d'adrénaline pour un nourrisson de 5 kg, et la, gros trou de mémoire, comment je vais faire ma reconstitution ? Bah j'ai appelé la régul, faut pas s'embêter, et à chaque fois qu'on recyclé on nous le dit : « n'hésitez pas, vous êtes pas tout seul, vous êtes loin mais vous êtes pas tout seul ». Si on dit à l'ARM, c'est hyper urgent, passe-moi le médecin allez hop. Et ce jour-là en l'occurrence le médecin hospitalier

que j'ai eu au téléphone à eu un blanc et il m'a dit : « euh oups, euh, attends je vais appeler la néonate et puis on va voir, je te tiens au courant très vite » comme quoi on est tous.... Faut être humble je pense. Et pas hésiter à dire « je suis un peu perdu, au secours quoi » c'est comme ça que ça fonctionne.

- Le recyclage, c'est tous les ans 48 heures, pour vous c'est suffisant ?
- Oh on pourrait doubler mais ça doit coûter cher à l'ARS aussi hein. Parce qu'on a une rémunération comme quoi, je ne sais même plus combien c'est, je n'ai même pas regardé. On doit recevoir un bulletin de salaire de l'hôpital, c'était octobre, ah oui tient, ils n'ont pas payé cette année, enfin c'est à la hauteur de 10 consultations perdues je crois qu'ils doivent nous payer. Donc c'est hyper formateur. Cette année c'était sur la pédiatrie, on n'avait pas eu ça depuis des années, bah ça t'aide beaucoup parce que la pédiatrie c'est quand même plus stressant qu'autre chose. Même les urgentistes les plus aguerris le disent de toute façon il n'y a pas de honte à se dire que quand ils partent sur un problème pédiatrique ils ne sont jamais rassurés. Il y a eu une année c'était sur l'accouchement en pré hospitalier, l'arrêt cardiaque est revu presque à chaque fois, ça doit être obligatoire je pense et puis les nouvelles techniques, style on revoit presque tous les ans maintenant la perfusion intra osseuse, qui permet d'aller beaucoup plus vite mais comme on ne le fait pas souvent, bah il faut revoir. Ce sont des exemples hein. On fait beaucoup de techniques, beaucoup de cas concrets, on est immergé, ils ont un super laboratoire au CESU 85, on est presque dans la réalité avec la même poussée d'adrénaline parce qu'il y a des gens qui te regardent et qui réagissent à ce que tu fais.
- Ce sont des acteurs ?
- Non ce sont des gens du CESU, les ambulanciers peuvent faire les victimes, il y a des mannequins super qui peuvent mimer une victime à la perfection et sinon les scénarios bah c'est ... Ca peut être mimé, la pour la pédiatrie, c'était des infirmières de réa ped qui jouaient des mamans désespérées parce que leurs gamins respiraient pas tu vois, un peu de théâtre et beaucoup de matos et des scénarios qui sont étudiés quoi... Ils ont des objectifs et il faut que le MCS qui est en train de se recycler atteignent les objectifs mais ce n'est jamais noté et jamais...voilà. On se rend compte par nous même si on a globalement bien géré la situation ou pas, mais il n'y a pas de note, pas d'avis négatif, les médecins qui participent, bah voilà ils disent : « bah moi j'aurai fait comme-ci, t'aurai dû faire comme ça, moi je me serai trompé ». Voilà, c'est très très, il y a beaucoup d'échange et on se rassure mutuellement. Il y a toujours la petite décharge en se disant ou là là, pourvu que j'y arrive.
Ça nous remet en confiance et en question.
- Est-ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordé qui vous semble important ?

- Bah pour revenir sur la thèse de Baptiste, ce qui me désole le plus honnêtement, pour donner suite à la thèse de Baptiste justement c'est que quand même s'il constate qu'il y a moins d'intervention ce n'est peut-être pas une histoire de disponibilité, je ne sais pas comment c'est à Noirmoutier, je ne connais par leurs tableaux, ils sont plusieurs. Tu demanderas à MCS11, tu lui poseras la même question, moi j'aime pas du tout entendre un SMUR qui passe et qu'on ne m'ait pas contacté et s'il y a un message à passer c'est que les nouveaux régulateurs soient bien au courant de leurs moyens et de la zone, parce que des fois j'entends : « c'est où Montournay ? », « Bah ce n'est pas loin de Pouzauges ».
- Donc vraiment communication et géographie ?
- Bah la carte tu ne peux pas l'apprendre par cœur mais je ne suis même pas sûr que le logiciel de régulation, alors qu'informatiquement ça doit être possible, puisse leur dire à tel endroit il y a tel moyen, informatiquement je pense que ça peut se paramétrer et que ça soit couplé avec notre tableau d'astreinte. En disant « oh bah il y a le MCS 1 et oh elle est dispo ! ».
- Oui il n'y a pas d'alerte sur le logiciel.
- Je n'ai pas l'impression c'est encore très humain cette affaire et humain dépendant.
- Ok et bien moi j'ai fini.
- Très bien !

Entretien du 07/12/21

- Merci d'avoir accepté aussi vite après mon mail, je ne pensais pas que ça serait allé aussi vite.
- Ouai, ouai, moi je suis en fin d'arrêt de travail parce que je me suis fait opérer d'une épaule donc je me devais d'être réactif pour ces questions-là si tu veux.
- Ouai, d'accord, c'est super !
- Et puis c'est une activité que j'aime particulièrement, activité MCS, donc je fais attention que les travaux de thèse puissent avancer.
- Moi mon sujet de thèse, j'avais mis juste un petit mot sur mon mail de présentation. C'était sur le ressenti des médecins correspondants SAMU de Vendée concernant leur intégration dans le dispositif.

- D'accord.
- Et sur ce qu'ils pensaient du dispositif. Ça fait suite à la thèse de Baptiste Archambaud qu'il a soutenu en 2019. Il faisait une revue d'activité entre 2014 et 2017. Donc moi je fais la suite, je fais le côté un peu qualitatif.
- D'accord.
- Du coup j'ai une dizaine de question, ça prend une demi-heure à peu près...
- Juste, je me permets sur le contexte, on est 7 médecins titulaires à l'année, je peux les motiver tout à fait pour qu'ils répondent à la suite. Je leur ai parlé de ton mail de ta thèse. Je leur ai dit que j'allais répondre en premier et ensuite j'allais les solliciter si tu le souhaites...
- Oui, oui, le but c'est que je puisse interroger tous les MCS de Vendée, vous êtes treize donc... Si je peux avoir tout le monde...
- Ouai, ouai, tu verras, ça c'est la première chose, n'hésite pas à nous contacter, soit tu as le secrétariat, moi je leur en ai parlé et moi j'essaierai de leur redire en réunion de... en tout cas de faire réponse à tes demandes. La deuxième chose, nous à l'Ile d'Yeu du fait de l'insularité, notre dispositif MCS correspond à celui du département. A ceci près qu'on rajoute quelques petites fonctions, euh, qui ne sont pas dévolus aux MCS normalement.
- Ok,
- Je ne les ai plus particulièrement en tête mais, certains médicaments si tu veux qu'on a, parce qu'on a du délai, parce que c'est compliqué, du fait du délai de transport mais je pense qu'il ne faut pas... Je pense que ce n'est pas le but de ta thèse mais c'est juste pour te donner le contexte.
- Ok, ok.
- On est en marge de l'activité MCS mais parce qu'on fait les choses de manière très pratique, avec ce qu'on...
- Ouai c'est ça du fait de l'insularité, c'est particulier à l'Ile quoi.
- Tout à fait.

- Ok, pour commencer, pour faire un peu dans l'ordre, est ce que vous pouvez vous présenter ?
- Oui, je vais essayer, sauf que je bug déjà un petit peu. Moi je suis MCS 2, je suis médecin généraliste, j'ai fait mon externat on va dire à la faculté de Toulouse, pour aller ensuite faire mon internat à Nantes pour me rapprocher de la mer, de l'atlantique, découvrir d'autres régions. J'avais fait pendant mon internat, une disponibilité de six mois pour remplacer à droite, à gauche en France pour me faire une idée de la médecine générale et ses multiples aspects. Donc j'ai pas mal remplacé dans la région Pays de Loire mais aussi dans le département de la Lozère et qui fait partie de la région Occitanie maintenant, qui est un département enclavé, le moins peuplé de France et qui bénéficiait lorsque j'y suis passé du dispositif MCS. Voilà, c'est-à-dire qu'il y a des grandes campagnes peu peuplées ou le SAMU est loin. Montpellier c'est loin. Donc les médecins généralistes étaient déjà armés MCS donc je connaissais déjà un peu ce dispositif. Et en parallèle à la fin de mon internat après deux à trois années de remplacements je me suis posé à l'Île d'Yeu parce qu'on y pratique un exercice de médecine générale somme toute standard. Parce qu'on a hors saison une population de 5000 habitants, c'est vraiment un minimum mais on est probablement au-delà, et surtout on a une longue saison de mars à novembre, ou il y a beaucoup de résidences secondaires, beaucoup de gens de passage, donc c'est difficile à quantifier mais on a un bon volume d'activité de médecine générale.

Deuxième point, sur l'Île d'Yeu on a un petit hôpital local qu'on a transformé depuis 2-3 ans et qui nous sert à faire... Il faisait EHPAD avant et du SSR, maintenant on fait de la médecine et du SSR donc on peut utiliser des lits de médecine pour gérer une colique néphrétique, pour gérer du soin palliatif, de l'infectieux un peu aigu en fonction de comment on sent la situation clinique et toujours en rapport déjà avec nos collègues. On travaille beaucoup avec nos référents de Challans ou de la Roche sur Yon et finalement, on en vient à assurer une garde 24h/24 toute l'année, en lien avec la régulation du centre 15. Cette garde c'est un peu une double garde entre guillemets quoi ou astreinte. C'est une garde de médecine générale ça c'est certain, parce qu'il faut répondre à des besoins qui ne sont pas forcément urgent ou gravissime mais c'est quand même pas mal de voir des cystites le dimanche parce que les gens ils sont franchement inconfortable. On fait ça, mais on fait aussi l'activité SAMU, en tout cas médecin correspondant SAMU, parce qu'on a 2 choses. On a un bon réservoir de traumatologie, parce qu'on est une destination touristique avec beaucoup de vélos. Peu ou pas d'accident de voiture tu vois. On n'est pas sur des accidents à haute cinétique mais on est beaucoup sur du traumatisme crânien ça nous arrive souvent chez l'enfant qui tombe des remorques, on fait des fractures X ou Y avant des fractures de bourrin ou tassements vertébraux qu'il te faut en tout cas techniquer, immobiliser, soulager dans l'attente d'un transfert quel qu'il soit. Une belle part de traumatologie et puis après forcément sur notre population on a de la médecine aigüe avec toutes les urgences, des grosses bronchiolites, des détresses respiratoires chez l'enfant par exemple, des infarctus, on ne va pas tous les citer. Mais euh, en résumé, de la médecine générale, un peu d'hôpital, des gardes de médecine générale, des gardes de MCS et euh, on a une ligne en maison de retraite donc ça fait un panel d'activité hyper intéressante quand t'es jeune médecin. C'est un peu contraignant, astreignant mais c'est chouette.

- Là vous êtes salarié ? Vous êtes sept et vous avez une activité salariée en fait.
- Voilà, la particularité sur l'île d'Yeu c'était de fixer, à attirer, à fixer des médecins généralistes avant qu'on arrive. C'est-à-dire qu'ils étaient tous libéraux mais il y avait beaucoup de médecins de passage. Donc ils ont, il y a une dizaine d'années, officié une transformation sous la gestion de l'hôpital local. L'Hôpital local de l'île d'Yeu c'est une entité propre, c'est un tout petit hôpital qui gère comme je t'ai dit les lits de médecine et de SSR, qui gère des consultations avancées, on a des cardiologues qui viennent, des ophtalmos, des choses comme ça mensuellement. Et à côté de ça on a le centre de santé et donc si tu veux on est tous salariés, on est sept salariés de l'Hôpital et on a effectué normalement, à peu près tous, la même activité.
- Ok
- Voilà, ça a permis en tout cas jusqu'à présent d'être attractif. Alors moi je suis venu, ce n'est pas ce qui m'a fait venir, d'autres sont venus pour ça. Visiblement ça marche, en tout cas sur le recrutement c'est une bonne chose. Mais ça amène beaucoup de complexité sur les relations professionnelles si tu veux, dans le dynamisme, dans... voilà. Tu, sous le nom de salariat tu peux tout mettre. On a eu des problématiques avec des gens qui ne voulaient pas travailler, voilà. Donc c'est un équilibre entre bien travailler, c'est normal, pas s'épuiser mais voilà. Mais en même temps avoir une dynamique, parce que si tu veux moi je trouve que dans le côté libéral, c'est quand même moteur, t'as envie de faire des choses pour ton cabinet, t'as envie de t'investir, t'as envie de faire évoluer ton matériel, t'as envie... Là c'est différent, mais c'est une autre culture, ça s'apprend mais à mon avis c'est ce qu'il faut pour les petits territoires comme ça, mais c'est plus le côté insulaire.
Voilà, il faut que finalement, l'ARS et les instances, la commune, soit un peu porteur sur le plan logistique de cette activité sanitaire s'ils veulent une pérennité des médecins. Tu vois qu'on se rend compte dans 10 ans, on ne sait pas ce qu'il en sera.
- Vous ça fait combien de temps que vous êtes sur l'île d'Yeu ?
- Ça doit faire 3-4 ans, c'est pour ça que je souriais, c'est que, je ne saurais pas te répondre précisément. Je venais remplacer avant, je faisais... Le cycle typique, tu viens faire des saisons d'été, des petites saisons, juillet/Août et quand ça se passe bien, tu reviens faire des grandes saisons, un peu les ponts de mai/juin et septembre et après quand il y a une place qui se libère, tu prends ton poste quoi.
- Et quand vous arrivez sur l'île d'Yeu, vous avez, vous n'avez pas le choix, vous devez devenir MCS ou on vous laisse le choix ?
- Non on n'a pas le choix de, c'est notre politique à l'heure actuelle en termes de ressource humaine c'est qu'on n'a pas le choix de l'activité médicale. On fait tous, on

va dire la même chose. Une seule exception, c'est un de nos médecins qui fait médecin coordinateur dans les EHPAD.

- D'accord

- Sinon on fait tous le même métier, en tout cas sur le papier, de cabinet en consultation, d'Hôpital et de gardes. Dans la pratique, chacun se diversifie, certains sur la pédiatrie, d'autres, moi sur la gériatrie. Mais on fait tous le même type d'activité. Mon ressenti c'est qu'on passe à tour de rôle sur les gardes. Alors comment ça se passe sur le plan organisationnel. Ce qu'on a fait, on a d'un côté le cabinet, en plus c'est deux endroits différents, on a le cabinet qui fonctionne du lundi au samedi midi avec des consultations programmées, plus des petits RDV aigus pour des conneries. Et à côté de ça on a dégagé un temps plein, tous les jours, un médecin de garde, tu vois, on l'appelle comme ça, qui consulte dans une salle dédiée. Elle est physiquement sur le site de l'Hôpital. En quoi elle dédiée, c'est que c'est un petit box d'urgence comme t'as dû connaître sur le continent. Tu fais de la médecine, tu fais de la petite traumatologie et après tu peux faire de la médecine plus lourde. Parce que, un, t'as le service qui n'est pas loin donc il y a un peu plus de matos hospitalier, je ne sais pas, de sonde urinaire de ce que tu veux, tu peux tout trouver. Et après on a des armoires de matériel MCS. Dans une salle on a ça. Donc ça fait vraiment deux pôles de centre de santé et le pôle urgence, mais ce qui est génial c'est qu'on a un seul logiciel de médecine générale. Les mecs on les connaît de près ou de loin, mais qu'ils viennent aux urgences pour n'importe quelle raison, on a le pedigree médical, donc ça c'est fantastique.

On va pouvoir trouver l'ECG même s'il a 3 ans, la dernière bio etc... Ce que tu n'as pas forcément quand tu travailles aux urgences, tu sais, à La Roche ou à Saint Nazaire etc... C'est, tu sais bien quand ils arrivent à 2 heures du matin et que t'as rien sur le ... on va dire sur le plan médical. Nous, même si on est isolé, on a un dossier médical, ça ne marche pas pour les touristes bien sûr, mais ça rend hyper intéressant ce travail d'urgence. Donc un bon logiciel avec une salle équipée. A côté de cette salle on a une radio, une salle de radio qui date, qui doit avoir une quinzaine d'année maintenant, ou on fait nous-même nos petites radios, ça c'est pour de la traumatologie relativement simple et un peu de radio thoracique parce que le bénéfice des ASP n'est pas... pas forcément hyper évident pour modifier la prise en charge des patients et après les rachis c'est trop compliqué pour nous à faire, on n'est pas radiologue tu vois. L'été on a un peu de renfort mais sinon le reste de l'année on est tout seul, il faut déshabiller les gens, les interroger, tu vois les petits vieux, aller faire la radio de la cheville ou du poignet, les faire revenir, les rhabiller, enfin voilà. Si tu veux on a dégagé ce temps de médecin, ce qui amène beaucoup de confort, parce qu'avant bien sûr, les médecins d'avant, ils consultaient, ils avaient leur planning de médecine générale qu'ils abandonnaient dès lors qu'ils avaient une urgence, une urgence vitale. Nous on a ce confort parce qu'on a été aidé par notre administration, parce que ça a un coût, parce qu'on travaille un peu à perte mais toutes les urgences vitales peuvent être vues immédiatement, que ça soit sur site quand ça arrive avec les pompiers ou quand il faut aller au domicile. On prend la garde à 8h30 le matin jusqu'au lendemain matin, on est dispo, on a le téléphone de garde, on a une voiture de garde et une salle. Et ensuite

toutes les urgences moyennes ou tous les trucs douteux, on peut assurer une consultation à toute personne qui le demande, tu vois ? C'est ça qui est le confort par rapport à d'autres cabinets qui n'ont pas cette possibilité, nous on peut assurer une consultation non programmée, parce que les secrétaires ont un peu l'habitude, elles sentent quand c'est soit un petit peu foireux mais que ça nécessite une évaluation médicale ou enfin voilà. En tout cas on est dans le recours rapide et ça nous permet de balayer finalement l'ensemble des patients.

- Le dispositif...
- J'ai repris dans l'organisation des médecins de l'Île d'Yeu, j'ai repris il y a quelques mois, la gestion de cette salle d'urgence et donc par voie de conséquence le rôle de référent auprès du SAMU. Donc tu vois, je suis en train d'y travailler, enfin j'y avais déjà travaillé, j'étais déjà, officieusement, j'avais déjà fait des réformes de rangement de sacs. Tu vois, il y a toute une organisation interne à avoir, parce que nous on n'est pas un MCS. Tu vois, quand tu prends Baptiste, Cyrille Vartanian, ils ont leurs sacs, leurs corpulse, ça les regarde, c'est très personnel comme matériel. Où on se rajoute une contrainte, c'est qu'il faut apprendre à travailler à 7 médecins ensemble, et 7 médecins, c'est 7 mariages ou 6 mariages chacun. Tout le monde voit les choses différemment pour le rangement donc il faut arriver à avoir une force d'analyse, de dire, : « bah, écoute, par la pratique il faut relever ce qui ne fonctionne pas. » Tu vois ce Week end, alors ça c'est pas mal, on a des messageries WhatsApp, alors ce n'est pas sécurisé, mais on a pas mal de discussions informelles sur du, de l'organisation matérielle. Ce matin il y avait une discussion sur les réunions IVG entre midi et deux mais à l'inverse sur le côté MCS ils ont consommé tout ... ce Week end. Ça permet de faire circuler l'information de manière plus souple entre 7 médecins, que les mails c'est bien, moi je suis pour ça, les mails, les protocoles, mais il faut trouver des moyens de communication aussi pratique et facile. Tu peux dire : « Tient, il manque ça dans le sac d'urgence, ou est-ce que vous l'avez foutu ? », ou prendre un truc en photo : « c'est le bordel, ce n'est pas rangé, vous déconnez quoi ! ». Cette petite particularité c'est que l'organisationnel est pas si évidente par ce que dans les services du SAMU ou ailleurs t'as quand même les ambulanciers ou les infirmières qui vont faire le check du matos quoi ! Nous, tu prends 7 médecins qui voient la vie différemment plus les remplaçants, ça tourne tous les jours, mais finalement, il n'y a personne qui est dédié au rangement finalement. Moi je comprends le truc, chaque médecin est responsable de son matériel sur sa tranche de garde, ça le regarde. Et moi, quand je consulte, quand je prends ma garde, je prends la première demi-heure pour m'assurer que les choses soient fonctionnelles, voilà. Le corpulse etc... Et après on a demandé, comme on a un support hospitalier, on a demandé à une de nos infirmières de faire une révision mensuelle à peu près de nos ampouliers et des péremptions. Voilà. Ça c'est acceptable de leur demander ça. Pourquoi, parce que l'été, Juillet, Août, notre Hôpital local nous met en renfort un infirmier la journée de 10h à 20 h parce qu'on a une demande, parce que c'est la côte, c'est une zone touristique et ça nous permet de travailler en binôme et d'être beaucoup plus efficace. Les infirmiers, ils sont motivés, ils ont de l'expérience. Pour certains ce sont un peu des docteurs bis. Ça fait 10 ans qu'ils font ça, ils ont fait des urgences, ils voient les choses aussi bien que toi qui est toubib quoi. Et c'est très chouette de travailler en binôme et ça nous

permet de leur demander hors saison de faire des petites choses, tu vois ? Là je suis en train... Je lance une réforme de rangement dans tous nos matériels et ça c'est en partenariat avec les infirmiers parce que finalement, je dois dire les médecins ne sont pas très rangés. Les infirmiers, tu vois ils ont cette culture. Ils travaillent avec des équipes, donc voilà. Les médecins libéraux c'est plus compliqué quoi.

- Ok, s'il y avait quelque chose à améliorer dans le dispositif, en tout cas sur l'île d'Yeu, notamment du fait d'être plusieurs, c'est vraiment l'organisation qui faudrait améliorer quoi.

- On y travaille, moi j'y travaille, ça nécessite de la pédagogie que je n'ai pas forcément toujours, mais ça me fait progresser, mais globalement si tu veux, on travaille à l'extérieur, on voit ce qui fonctionne, on voit ce qui ne fonctionne pas. En termes de technicité on n'utilise pas des trucs ultra compliqués non plus quoi.

- Pour la dotation quand vous avez besoin de refaire le plein, c'est avec le CHD de la Roche ?

- Ouai

- Comment vous vous organisez ?

- Le quotidien justement est assuré par ces infirmiers. Ils font une sorte de révision mensuelle. Ils ont une liste de matériels, d'ailleurs qui doit être mis à jour. On a décidé de la garder en papier pour le moment., tu vois. Ils envoient ça à la cadre du SAMU. Moi je veux qu'on continue à être un petit peu comme ça mais je vais modifier l'organisation interne. Je suis en train de leur créer une adresse mail, une session informatique à eux, pour que... Je sois en copie de ce qu'ils envoient au SAMU, pour que je vois ce qui se passe, et que je puisse leur faire redescendre l'information, parce que tu comprends ils sont trois. Il y en a forcément un qui est de repos, un dans le service et un, dans ... voilà. En ce moment, Jean François, il est en dialyse, Florence elle est peut-être en activité ASALEE et Isabelle elle est peut-être chez elle. Moi je suis censé travailler, donc je suis en train de travailler à faire circuler l'information de manière plus efficace. Mais ça ce n'est pas une problématique MCS, c'est une problématique interne à nous, donc voilà, je voudrai qu'on aille vers ça. Ensuite ça c'est l'organisation du quotidien, c'est eux qui gèrent tout ça. Comme je t'ai dit on utilise pas mal les messageries, on discute entre nous. On a un staff hebdomadaire pour nos patients hospitalisés, donc ça permet de faire remonter entre praticiens, les problèmes qu'on a rencontré. Et après, du coup, on avait Antoine et Julie Berger comme référents. Antoine va nous quitter de ce que je sais. Donc pour le moment on a Julie Berger comme référent MCS. Tu vois, pour elle, je la contacte, soit si j'ai des problèmes, des problèmes du quotidien quoi, ce n'est pas un problème de manque d'ampoules ou quoi que ce soit. C'est si je veux élargir ma dotation ou modifier quelque chose. Tu vois on n'avait pas de masques à haute concentration pédiatrique, par exemple. Pour rajouter quelque chose, il faut une discussion médicale, c'est

logique. « Qu'est-ce que vous en pensez ? E-ce que ça dépend, où pas des MCS ? » Et ensuite on fait redescendre l'information auprès du cadre du SAMU et on l'intègre dans la dotation. Donc voilà il y a 2 niveaux de discussions. Mais essentiellement ce sont les infirmiers qui font.

- Vous avez intégré le dispositif au moment où vous êtes arrivé sur l'île ou déjà avant, pendant vos remplacements en Lozère, vous étiez déjà médecin correspondant SAMU ?

- Et bien, quand tu viens remplacer sur l'île d'Yeu, tu intègres de facto le dispositif MCS. Et alors, là, on fait un système de parrainage un petit peu, parce qu'on ne cherche pas forcément à mettre en difficulté les remplaçants. Mais d'abord, on a quand même pas mal de remplaçants qui ont été internes chez nous, ils connaissent le dispositif, déjà ça opère un tri. Certains nous disent qu'ils ne veulent pas refaire ces gardes parce que ce n'est pas leur trip, ça leur fait peur. Donc, s'ils veulent remplacer sur une toute petite durée, une semaine, deux semaines, nous ça peut bien nous dépanner et on se débrouille, on fait nos gardes tu vois, et on n'est pas en difficulté. A l'inverse, il y en a d'autres qui aime bien ça. Ceux qui adorent ça, il n'y pas de problème, ils les prennent. Ceux qui sont un peu jeune dans leurs cursus, on essaye de les accompagner. Tu vois on a Claire qui vient remplacer là 3 semaines, qui était interne chez nous il y a 6 mois, ça lui fait un petit peu peur quand même. Du coup, il y a toujours un toubib pas très loin. Nous, on peut toujours être joignable et même pour la nuit, MCS 4 une de mes collègues lui a dit : « Ecoute si tu as des grosses interventions, tu m'appelles tout de suite, je viendrai avec toi ». Tu vois ?
Donc il y a une espèce de parrainage officieux et ce qu'on fait même entre nous, les titulaires, quand il y a vraiment un gros carton ou qu'on t'appelle sur un arrêt, ou un truc vraiment foireux, si t'as un pote sous la main, moi ça m'est arrivé pour un accouchement, j'ai pris une de mes collègues, j'ai dit : « Vient on y va à deux ! ». Parce qu'on n'a pas d'ambulancier, pas d'infirmier, le temps passe vite, certes on a des bons pompiers mais t'es pas plus mal aidé d'un copain. Donc voilà, tu arrives, t'es remplaçant, généralement on te connaît parce que t'as remplacé, t'étais interne, et vraiment on y va tout doux, tout doux, et puis on fait au cas par cas. Quand on ne te connaît pas, on te double. On te double, voilà, on te montre comment ça fonctionne. Ça ne permet pas de tout savoir, mais on ne peut pas se permettre de laisser les gens, en disant : « bah tient, prend les clefs et débrouille toi et on se revoit dans deux jours ».

- D'accord, oui parce que quand ils arrivent sur l'île ils n'ont pas forcément fait la formation initiale.

- Ah non, ils n'ont pas fait la formation, et puis c'est plus une formation continue la formation MCS. Mais on touche plus un public de jeunes médecins remplaçants qui ont les urgences pas très loin, plus ou moins le SAMU pas très loin, tu vois dans le... Ecoute dans la pratique, ça se passe plutôt bien.

- Ok, si vous n'aviez pas été sur l'Ile d'Yeu, c'est un dispositif que vous auriez pu intégrer ? Ça vous aurait intéressé ?

- Dans le Massif central oui par exemple. Dans mon expérience oui carrément ! Carrément, parce que... Pour avoir fait pas mal de remplacements, tu touches assez vite les limites de tes capacités structurelles en tant que cabinet, tu vois ? Sur des cabinets de 2 ou 3 praticiens. Je ne parle pas des gros cabinets, mais des cabinets « classiques » dans la campagne. Rapidement tu es limité parce que tu n'as pas accès aux médicaments. Tu ne rentabilises pas forcément les investissements matériels. Tu vois, je ne sais pas si tu en as entendu parler, beaucoup de gens, se sont posé la question : « Est-ce que j'achète ou pas un électrocardiographe pour un cabinet de médecine générale ? Oui mais est-ce que je vais en faire tous les jours ? Est-ce que j'aurai la compétence ? Est-ce que... » Donc tu vois tu te poses déjà la question de limite, de limiter ton activité dans les cabinets parce que matériellement il y a des freins.

Enfin ce dispositif MCS, c'est un bon accompagnement pédagogique et puis c'est un bon support matériel. Certainement que ça a un coût tu vois, mais... Nous on partage un corpulse pour 7 et après on a deux sacs d'urgence. On a deux sacs d'urgence parce que hormis décembre, janvier, février, le reste de l'année on est assez sollicité et quand on part en intervention, ça prend du temps, le canot SNSM... Voilà c'est important d'avoir une deuxième ligne pour les copains sur l'Ile.

Tout ça pour te dire, que ça nous offre, ça nous élargit la pratique médicale de la médecine générale au regard dans le besoin de terrain qui apparaît cohérent. Que ça soit ici ou ailleurs, un accidenté dans ta rue, ou un randonneur qui fait une fracture bi malléolaire à 10 minutes de ton cabinet dans le fin fond de la Lozère, tu lui apportes un sacré bénéfice à être immobilisé, soulagé. Ça ne coûte pas hyper cher, là un arrêt cardiaque, voilà, déjà que la mortalité en pré hospitalier est énorme, si en plus t'as pas de matériel, t'as pas de matériel quoi ! Tu ne fais rien ! Donc voilà, moi je trouve que c'est chouette.

- Quel bénéfice ça vous apporte d'être dans le dispositif MCS ?

- Euh, bonne question, bénéfice personnel ? Moi je trouve que ça me permet d'avoir des bons rapports avec les urgences et le SAMU, avec les collègues du continent, qu'on se connaisse ou pas, tu vois ? On s'appelle comme toi et moi, on se tutoie : « oui, bah tu peux aller voir ça ? Oui j'y vais ». Il y a une certaine confraternité, une chaîne de secours tu vois ? Donc voilà c'est de porter cette vision de la médecine. On est un peu leurs yeux et leurs oreilles ça c'est certain, on est sur le terrain et surtout on connaît notre terrain. Ça c'est quand même chouette d'apporter une plus-value pour le patient et pour l'organisation. Tu connais ton terrain géographique, tu connais très bien les moyens que tu as à disposition, tes pompiers, ton canot SNSM, tu sais comment tu vas te débrouiller, mieux qu'eux qui sont au bout du fil à la régulation. Donc ça c'est chouette d'avoir cette responsabilité, c'est valorisant. Quand t'arrives sur une intervention, on sait que c'est toi qui vas reprendre le leadership de la situation.

Ça t'oblige à te former, ça t'oblige à progresser, ça permet de prendre confiance en soi aussi. Après moi, je n'ai pas grand-chose à dire, j'ai plus souffert, enfin pas souffert mais j'ai plus un souvenir d'angoisse ou d'anxiété pendant des gardes de cardiologie pendant l'internat, parce qu'on en avait tout le temps, tout le temps et que quand t'es plus jeune c'est un peu plus dur mais l'expérience rentre et du fait de cette expérience moi je prends l'activité MCS de manière plutôt cool. Tu verras, en intervention, je suis stressé, je suis concentré, c'est normal mais je ne le vis pas mal.

Donc qu'est-ce que ça m'apporte comme bénéfice ? Je ne saurai pas te le dire, si ce n'est que c'est chouette quoi. C'est ultra chouette et puis t'es serein quoi.

On est très, j'en reviens, on est très basé sur de la médecine simple, c'est énormément d'interrogatoire, c'est bien connaître ses dossiers, donc voilà, parce que t'as pas de scanner sous la main, parce que t'as pas de biologie, parce que c'est tout... C'est ton sentiment clinique et là tu peux peser dans la balance et là c'est vraiment chouette dans la décision pour la prise en charge de ton patient.

Je me souviens pour un de mes patients d'avoir attendu 2 heures pour... le transférer sur le CH Nord pour une histoire d'infarctus, c'était une espèce d'angor atypique avec des manifestations ECG très frustré et en fait quand t'as l'expérience, tu sais qu'il faut prendre le temps, tu sais qu'il faut convaincre les mecs en face mais si t'es blindé, ton dossier... Tu y arrives. Et ça c'est vraiment satisfaisant pour ta pratique médicale surtout pour après quand tu revois tes patients. Tu sais que c'était un infarctus, tu sais que c'était sub occlu, tu sais ce qui se passe, et rarement on se trompe... Ça arrive, je tiens un petit fichier de mes interventions pour me donner une idée pour être un peu plus objectif que subjectif et je me fais une auto-cotation, je mets en vert ce qui a vraiment servi au patient, en jaune, c'était un peu douteux et en rouge quand ça sert à rien, je pourrai te le filer, après je vais pas te faire perdre de temps là-dessus parce que je pourrai t'en parler des heures, je regarde juste... Tu peux me poser des questions en même temps.

- Ouai, du coup, je vais revenir sur mon sujet, je fais la suite de la thèse de Baptiste Archambaud qui avait fait une revue d'activité. Dans sa conclusion il avait trouvé que dans certains territoires de Vendée, Pouzauges, Notre de Monts et Noirmoutier, il avait trouvé une diminution du nombre d'astreintes pourvues de l'ordre de 10% entre 2014 et 2017 et lui concluait, peut être que ces médecins sont en train de s'épuiser. Là c'est différent sur l'île d'Yeu parce que vous êtes sept et que vous tournez mais je ne sais pas si vous vous côtoyez, sûrement pendant les formations mais, est ce qu'il y a d'autres médecins qui vous font ce retour ?
- Je ne sais pas, tu vois, on les a eu, on a fait de la formation sur l'île d'Yeu en Octobre. C'est que du fait du Covid c'était compliqué, on est passé ric-rac tu vois. C'était un rassemblement de personnes, c'était en octobre donc tu vois, avant que ça parte en pression. Donc on s'est fait ça sur l'île d'Yeu, c'était d'ailleurs, un des trucs très chouette, c'est très chouette d'aller au CHD, il y a le matériel, il y a la formation de top qualité mais après c'est vrai, on va au restaurant entre nous. Mais là tout le monde est venu de toute la Vendée, il y avait tous les médecins sur 4 journées. Ça faisait une ambiance, pas une ambiance vacances mais très familial en fait. Voilà, c'est ça, très familial et ça permettait de pas mal parler. Moi je n'ai pas eu vent d'histoire d'épuisement. Je pense que c'est quelque chose qui nous guette tous sur l'île d'Yeu à

moyen terme, on le sait. Après on disait déjà avec FX, on le disait déjà il y a 5 ans. Finalement, tu reviens 5 ans après on est toujours là et toujours aussi motivé. Mais c'est sûr qu'il y aura un moment où on lâchera l'affaire.

- Pourquoi ? Parce que c'est le rythme, c'est trop soutenu ?
- Bah tu vois, ce n'est pas hyper intense, mais c'est la régularité. Toutes les semaines une garde, après il y a les weekends. Après il y a des choses locales, tu vois, MCS5 et MCS8 ils sont en couple, moi et MCS4 on est en couple, donc ça fait 4 médecins en couple si tu veux. Donc moi je prends un weekend de garde, bah oui mais elle, elle est à la maison et elle garde la petite et inversement donc ça met des contraintes familiales.
On ne sait pas quel sera le modèle, si ça sera le même, les mêmes praticiens dans 5 ans ou 10 ans. Je pense que les quelques années devant nous ça ne pose pas de soucis mais il y aura un peu d'épuisement. Il y a un peu d'épuisement. Mais globalement, sur l'activité MCS, elle est nécessaire dans ma perception de médecin. Donc si tu veux ce n'est pas quelque chose qui pèse même si ça peut prendre du temps, c'est comme ça, on t'appelle sur un accouchement, on t'appelle sur... une situation urgente c'est ton boulot de médecin, c'est ta raison de vivre. Et je te décrivais à côté de ça on a l'activité de médecine générale standard. Alors ça ce n'est pas forcément bien perçu par la régulation. Pas par la régulation SAMU mais par la régulation médicale au centre 15. Parfois, on a l'impression qu'ils nous considèrent comme les médecins de l'Île de Vendée ou etc... Nous on fait les MCS, on fait notre hôpital quand on est de garde, il y a les EHPAD et après il y a la médecine générale, donc quand on nous appelle à 3 heures du matin pour une otite, ça c'est fatiguant, c'est fatiguant. Donc ça, c'est vrai que, ça dépend de chaque praticien, en attendant, c'est de dire :
« Bah oui ça sera demain matin à 10 heures. »
« Comment ça ? Moi je t'appelle, le gamin il ne dort pas »
« Oui très bien, mais de toute façon, là je ne vais pas poser les mains et le guérir tout de suite, et de toute façon, je n'ai pas de pharmacie ouverte... »
Donc c'est tous ces appels qui me pèsent, de médecine générale un petit peu. Je ne dis pas que c'est mal régulé. Je ne dis pas ça, ce n'est pas mon propos. Je dis que j'accepte plus de me lever pour de l'urgence vitale que pour le... pour des motifs qui ne me paraissent pas forcément urgent et ce n'est pas facile à réguler par téléphone, par contre j'accepte encore moins d'assumer les problématiques de société, d'alcool, de bagarres, ça, ça je trouve ça très pénible. J'essaye de rester professionnel, je vous donne un délai, 10 minutes, 15 minutes, 20 minutes avec les gens et quand j'en ai marre, qu'ils sont bourrés, écoute, je... voilà. Moi j'ai de l'énergie à garder pour mes patients au cabinet le lendemain, pour ma famille, pour les urgences vitales, donc voilà. Il y a ce petit truc à la marge, surtout l'été, les jeunes bourrés, qu'on couvre. Voilà, c'est peut-être ça qui peut amener un peu d'épuisement.
- IL y a un autre médecin que j'avais interrogé, qui faisait la remarque qu'il y avait un manque de communication avec la régulation. En tout cas, que les nouveaux médecins qui étaient à la régulation connaissaient mal le dispositif et, soit ils ne déclenchaient

pas parce qu'ils ne savaient pas qu'il y avait un médecin correspondant SAMU sur le territoire, soit par excès.

- Ouai, après je ne veux pas jeter la pierre, ce n'est pas facile de réguler. Mais, voilà, moi je le sentais et je le sais déjà pour la saison estivale, je fais un travail personnel pour me canaliser, pour me dire, tu vas te lever pour des cons, voilà c'est comme ça, c'est l'été et tout le reste de l'année c'est chouette. Tout métier à des contraintes. Il y a des moments très tristes dans l'activité MCS, il y a des moments joyeux, parce que t'as vraiment aidé dans une situation et puis il y a des trucs à la marge qui sont relou.

(Me montre ces stats sur l'ordinateur)

Après je suis un grand évacuateur, c'est, plus t'as de l'expérience solide, plus tu gères différemment. Moi quand j'étais jeune remplaçant ici, je faisais plus recours à des évacuations d'hélicoptères, quelles qu'elles soient. Maintenant que j'ai un peu plus d'expérience, je prends un peu plus de risque. Je vais attendre demain la bio, ou je temporise et je lui fais prendre le bateau demain matin. Cette année, après, il y avait les covids mais... à part lui, il avait 8/4 de tension c'était une leptospirose mais il est décédé le pauvre... ça c'était un kite surfer, il s'était explosé la moitié du visage avec décollement de la peau sur toute la moitié du visage et je suis allé le chercher à la flotte. Un bolus qui l'a soulagé, le mec douloureux de partout. Mais on a fait un beau relai avec le SAMU, ils l'ont intubé, sédaté.

Là tu vois, une tachycardie jonctionnelle assez mal tolérée avec des douleurs, on a fait un coup de Striadine, tu ne risques pas grand-chose, comme ça tu stoppes le... Ensuite, dans un deuxième temps on le transfère stabilisé, faire son cycle de tropo, tu vois un peu l'histoire.

Il y a pleins de situations où tu peux être utile. Voilà.

- Quels conseils vous donneriez à un jeune médecin généraliste qui veut se lancer dans le dispositif ?
- Dans le dispositif MCS ? Bah tu vois tout ce qu'on vient de dire, c'est beaucoup par compagnonnage. Les mecs qui ont la force de faire ça tout seul dans leur coin et de se lancer, déjà je leur dit chapeau, je ne sais pas si moi je le ferai. Moi je trouve que le compagnonnage dans la médecine c'est important, tu le vois bien dans ces formations, tu le vois au téléphone quand t'es dans la merde et que t'appelle la régulation. C'est beaucoup des histoires... C'est une histoire humaine, c'est une histoire de compétence, c'est une histoire de dialogue. Mais qu'est-ce qu'on pourrait dire à un petit jeune qui veut se lancer : « Mais vas-y fonce ! » Commence par la formation annuelle, parce que c'est très bienveillant. Parce que tu vois que les autres qui sont là depuis qu'ils font ça depuis 4 ans- 5 ans, ils se trompent en formation s'ils jouent le jeu. Et ça permet de bien partager les petites problématiques de territoire, voilà, on n'a pas les mêmes moyens que l'hôpital donc on se débrouille différemment. Commence par ta formation et tu verras c'est bienveillant ». J'ai l'impression que je m'égare dans les questions, tu peux me recadrer, faut pas hésiter !

- Non non c'est très bien, j'ai eu les réponses à toute mes questions. D'ailleurs on arrive à la fin et je voulais vous demander s'il y a des choses que je ne vous ai pas demandé qui vous semblaient important et qu'on n'a pas abordé ?
- Euh, sur l'activité MCS ? Sur le qualitatif ? Après je suis un peu le rationnel de l'équipe mais je pense qu'on devrait avoir des statistiques un peu annuelles. On ne fait pas la compétition ou quoique ce soit mais on devrait savoir combien on a fait d'interventions sur l'année, comment ça se passe, enfin tu vois... Après est ce que c'est pertinent ? Médicalement, c'est sûr, politiquement, je ne suis pas sûr que ça soit pertinent, mais faire une synthèse d'activité annuelle tu vois. Après nous c'est particulier, c'est l'île d'Yeu on sait qu'on fait 300 interventions dans l'année, voilà, à vue d'œil, mais c'est du boulot administratif du côté du SAMU. Je pense pour moi que c'est important pour accompagner le dispositif parce que forcément il y a des moments où il va falloir le réorganiser, faire des choix, il faudra s'appuyer sur des faits.
- Après c'est quelque chose qui est faisable puisque toutes vos fiches d'interventions sont enregistrées, c'est possible, c'est faisable ça.
- Bien sûr, tout à fait. Nous on fait des fiches d'interventions après chaque situation. C'est transmis toutes les quinzaines au secrétariat du SAMU par nos secrétaires. Donc là-dessus il y a une bonne base de données, donc voilà.
- Dernière question que je n'ai pas posé sur l'avenir du dispositif MCS en Vendée ou en France. Il y a beaucoup de MCS qui sont pessimistes sur l'avenir du dispositif pensant que ça intéresse moins les médecins généralistes et que c'est quelque chose qui pourrait ne pas se pérenniser.
- Oui oui, mais voilà, t'as bien raison, il y a toujours eu ce discours, est ce que les médecins veulent aller à la campagne ou pas, seuls ou pas, de s'isoler, mais, moi je suis né à la campagne, j'ai connu la médecine de campagne, j'ai fait ça comme remplacements en disponibilité, j'ai fait un peu de ville et la ville ce n'est pas mon truc. La campagne c'est génial, c'est un métier top. Quoi de mieux comme dispositif que d'accompagner les médecins dans ce qui les fait stresser au possible ? Je ne dis pas qu'il y a des besoins partout mais quand même, il y a plein d'endroits où on est loin du SAMU et par des choses simples il y a un net bénéfice pour les patients. Ça c'est difficile à prouver aux autorités mais oui il y a un bénéfice qu'on voit et puis on est plutôt bien accompagné quoi. Moi dans ma tête de médecin MCS, il est hors de question que je connaisse par cœur les posologies de médicaments anti épileptique, je m'en fous royalement, ce n'est pas mon quotidien, je vais l'utiliser une fois tous les 3 ans, c'est pas mon truc. Par contre être bien organisé et savoir bien communiquer avec le SAMU, j'ai une question ou quoi en intervention, j'appelle ! « Ecoute je me souviens plus de tel truc, t'en penses quoi ? » enfin d'abord je dis : « j'ai stabilisé je pense ça, ça, ça, t'en penses quoi ? ». Voilà.

Et t'est hyper bien accompagné donc... Sur le plan pratique je ne vois pas d'obstacle à la pérennité de ça. Et je te dis, je pense qu'il vaut mieux tourner les choses en disant : « Bah voilà vous êtes dans le fin fond de la campagne, autant avoir cette compétence, cet accompagnement... » et leur montrer que c'est bien, c'est vraiment un dispositif qui est bienveillant. Moi je vois les choses dans l'autre sens. Si j'avais à déménager au fin fond d'une autre campagne je pense que je réfléchirais à avoir un peu la même activité. Tu vois si j'avais à aller vivre en Lozère, je le ferai. Je ne le ferai peut-être pas trente ans mais je le ferai parce que dans d'autres campagnes c'est quand même un peu moins touristique que chez nous. Ici c'est particulier, c'est toute l'année tout le temps. Ah oui autre particularité, le fait d'être régulièrement de garde, nous c'est peut-être un biais, ça te permet d'être à l'aise quoi. Toutes les semaines t'es en condition une fois pour être appelé sur un truc grave ou pas grave. Ça c'est très facilitant pour nous. C'est vrai que si on m'appelait tous les 3 mois, j'aurai peut-être du mal. Je te dis, à 35 ans dans la Lozère, je le ferai bien 10 ans - 15 ans.

- Bon et bien merci pour toutes vos réponses.

Entretien du 07/12/2020

- C'est un peu la suite de ta thèse, moi je fais sur le, je fais du qualitatif, je fais sur le ressenti des médecins correspondants SAMU en Vendée. A la suite de la lecture de ta thèse, je suis tombé dessus dans le cadre de mon projet. Tu fais la conclusion....
- Ouai une étude de cas.
- Tu retrouvais qu'il y avait une diminution du nombre d'astreinte pourvues.
- Oui tout à fait.
- De l'ordre de 10% sur certains territoires de Vendée notamment à Noirmoutier et moi je fais la suite.
- Et juste pour info, t'es dans une formation de médecin généraliste ou d'urgentiste ?
- Généraliste.
- D'accord.
- Là j'ai fini et je fais des remplacements. Pour commencer est ce que tu peux te présenter ?
- Oui moi je suis le MCS3, médecin généraliste sur la maison de santé de Noirmoutier depuis juin 2019 et je suis installé. Et là en l'occurrence pour ce qui t'intéresse plus, je suis médecin correspondant SAMU depuis novembre 2019 donc ça fait à peu près un

an d'exercice en sachant que je me suis interrompu 3 mois en avril, mai, juin parce que ma femme aussi était enceinte et je voulais être disponible.

- Ok, donc oui t'as fait... T'étais remplaçant ici ?
- Non, en fait je me suis installé très vite après ma thèse en fait, j'étais décalé de 6 mois, j'avais pris une dispo, j'étais venu travailler ici pendant mon internat pendant 6 mois donc en fait j'ai passé ma thèse en mai 2019 ou avril 2019 et du coup j'ai commencé en juin.
- Installé au mois de juin, ok ça marche. Donc ici tu es libéral ?
- Oui libéral, je travaille 4 jours par semaine.
- OK, ici il y a un interne dans le cabinet ?
- Il y a des internes en SASPAS, je prendrai des internes à terme mais je n'ai pas d'interne à l'heure actuelle.
- Donc là tu as intégré le dispositif MCS au mois de novembre 2019 tu me disais, qu'est ce qui t'as poussé à intégrer le dispositif ?
- Alors en fait moi dans mon parcours initial je voulais faire.... J'ai longuement hésité entre urgentiste et médecin généraliste et puis finalement avec un dégoût de l'hôpital à force des stages en tant qu'interne, je me suis rabattu sur de la médecine générale plutôt. Euh, et puis j'étais venu ici, je connaissais du coup le MCS 13 qui était MCS, ancien urgentiste réanimateur lui de son côté et je trouvais ça intéressant pour le territoire et je me suis dit pourquoi pas, et qui plus est en ayant fait ma thèse là-dessus en tout cas je voulais essayer de ... d'être MCS parce que je trouvais que ça avait du sens pour le territoire dans le cadre d'un territoire isolé. C'était surtout plus pour le territoire, mes grosses motivations elles étaient là quoi.
- Ok parce que la sur Noirmoutier vous êtes 3 ?
- On est 4, Il y a un quatrième aussi. Donc 3 médecins installés en tant que médecins libéraux, de la maison de santé, le MCS 13, le MCS12 et moi-même. Et le dernier, le 4ème qui est un médecin à la retraite qui est un anesthésiste qui nous prête main forte, donc si tu veux je te donnerai ses coordonnées.
- Oui carrément, ok, donc là les jours où t'es sur le tableau d'astreinte, tu fais aussi les consultations ici ?
- Ouai, enfin chacun fait comme il veut mais tous, on fait, on le fait sur des journées où on travaille en consultation, souvent on les couple aux gardes classiques. On a un tableau de garde de MCS, d'astreinte MCS et il y a un tableau d'astreinte, de garde

classique sauf que nous sur le territoire, euh, pour la plupart du territoire vendéen, à part les 2 îles que sont l'île d'Yeu et Noirmoutier le tableau s'arrête ... enfin les gardes s'arrêtent à minuit. Nous on fait jusqu'au lendemain jusqu' à 8 h du matin.

- Quand vous êtes médecin correspondant SAMU ?
- Non, c'est tous les médecins qui sont de garde. En garde en fait, on fait aussi office d'effecteurs mobiles pour notre territoire.
- Ok ça marche, donc les gardes se font dans la maison médicale de garde ?
- En fait on est appelé et puis en fonction, avec le régulateur, euh, on décide, mais moi... On fait toutes nos vacations ici et pas dans la maison de garde. La maison de garde elle sert surtout l'été.
- Ok, donc euh, comment tu t'organises les jours ou tu es médecin correspondant SAMU ? Donc tu es appelé et tu peux partir comme ça...
- Ouai je laisse tout en plan.
- D'accord et les gens ça leur pose pas de soucis ?
- Non, généralement... C'était un peu une crainte mais on m'avait rassuré là-dessus mais ils comprennent bien, ils savent qu'on est quand même à distance et donc ils voient que c'est bien pour le territoire et ils trouvent ça plutôt cool finalement, même si ça induit du retard. Généralement on arrive à faire en sorte que... Enfin à chaque fois que ça m'est arrivé c'est toujours en fin de consultation, donc j'ai terminé la consultation et à chaque fois que j'ai eu besoin de lâcher une consultation comme ça c'était de la fin de consultation ou j'avais terminé ou j'étais juste en train d'imprimer, euh, et puis, euh, de souvenir, et du coup, après t'as du retard sur le reste mais il y en a qui annule et généralement les gens sont compréhensifs et ils vont d'ailleurs plus à l'essentiel sur le reste de la consultation.
- Vous prenez le nombre d'astreinte que vous voulez ?
- On essaye surtout de remplir complètement le tableau, c'est ça le but.
- Et à 4 du coup ça se fait bien ou ça revient souvent ?
- Ça va, c'est à dire que je pense qu'on est habitué à être relativement souvent de garde donc oui, en sachant comme je te le disais, comme il y a le planning de garde aussi à côté ou on tourne à 4 aussi, il y a un autre médecin qui n'est pas MCS qui fait des gardes et Michel, enfin Michel Faure le médecin qui est à la retraite qui ne participe pas à ce planning-là donc on tourne à 4, des fois à 5 quand il y a des remplaçants. Des fois plus, l'été il y a plus du coup, il y a des renforts estivaux. Donc on est habitué à

être de toute façon, à être de garde, ou entre guillemets à être bloqué pour une ou deux gardes...

- Le fait d'avoir intégré le dispositif ça t'apporte quel bénéfice ?
- Euh, il y en a plusieurs, il y a quand même une satisfaction professionnelle même si sur certaines interventions on se sent pas suffisamment formé, ou un peu démuni, ou en manque de matériel, ou de technique, ou aussi le fait d'être tout seul mais il y a quand même pas mal de fois où on voit qu'on a intérêt pour, euh, d'adapter les moyens ou anticiper les choses, moi je vois surtout ma mission de médecin correspondant SAMU comme ça, c'est-à-dire être en premier relais, avoir un premier relais de diagnostic médical, après je dirai je vois la mise en place d'une thérapeutique initiale plus comme du bonus quoi.
- OK.
- Enfin sauf pour l'arrêt mais le reste je le vois comme ça. Il y a eu, du coup, des belles, euh, des belles interventions médecins correspondants SAMU et du fait, on est assez satisfait de ce qu'on fait à notre petit niveau.
- En général, sur une journée ou t'es médecin correspondant SAMU, il y a combien de sorties par exemple ?
- Ah non il n'y a pas une sortie par jour, euh c'est très variable, l'été on sort plus. L'été ça peut aller jusque... Moi je crois que j'ai eu 3 sorties par jour, ce qui est déjà beaucoup. Je crois que le record c'était... le Dr Dalmasso qui, sur un weekend du 15 Août je crois, nous avait annoncé 6 ou 7 sorties MCS donc là en gros je pense qu'il a fait qu'enchaîner mais non sinon, l'hiver on sort beaucoup moins. Ce weekend j'étais de garde et j'étais médecin correspondant SAMU et je suis sorti 2 fois, ce qui est beaucoup pour un weekend, parce que sinon ça faisait quasiment un mois que je n'étais pas sorti en tant que MCS à hauteur d'une... Sur une dizaine de jours de médecin correspondant SAMU par mois à peu près.
- Ok, je reviens sur ta thèse où tu avais fait la conclusion qu'il y avait une diminution du nombre d'astreinte de l'ordre de 10 % à peu près entre 2014 et 2017 et tu faisais l'hypothèse que peut-être ces médecins correspondants SAMU là commençaient à s'épuiser. Maintenant que t'as intégré le dispositif, tu le vois comment ?
- Je ne suis pas sûr de ma conclusion en ayant intégré le dispositif. Je pense que c'est qu'il y a aussi, euh, on a territoire démuni. Je pense qu'il y a le MCS13 qui prenait beaucoup de garde et qui en prend moins, pas par épuisement mais par contrainte personnelle ou Avant il habitait toujours sur Noirmoutier maintenant c'est plus le cas donc... Il y a des gardes de nuit qu'il faisait et qu'il ne fait plus du coup faut aussi qu'on les fasse en plus, du coup c'était peut-être plus par rapport à ça, des jours que, des jours auxquels, vu qu'ils tournaient vraiment à deux sur notre territoire, et bien l'autre médecin, il y avait possibilité sur les deux, ce qui se comprend, mais je n'ai pas... Je ne suis pas sûr qu'il y a un épuisement finalement tant que ça dû au rôle de

médecin correspondant SAMU pour notre territoire en tout cas. Après je ne sais pas pour les autres territoires. Il faudra demander à Marcellin parce qu'il tourne vraiment tout seul et ça doit être lourd à porter mais nous, euh, nous, finalement, là à 4 ça commence à être presque confortable. En sachant que je dirai qu'il ne faut pas être trop nombreux parce qu'il faut quand même un minimum sortir j' pense pour rester un peu concentrer et en faire un minimum pour être à peu près pas trop mauvais j' pense en intervention.

- Ok, Moi j'ai été à Pouzauges voir MCS1 et elle ne trouvait pas qu'il y avait forcément un épuisement, par contre ce qu'elle regrettait c'était que certains régulateurs, notamment les jeunes, il y avait un manque de communication en fait entre la régulation et... Des fois ils ne les déclenchaient pas d'où peut-être la diminution du nombre de... Elle trouvait qu'elle sortait moins en fait.
- C'est possible, c'est possible. Alors, là je pense qu'on est... il y a 2 territoires qui sont les plus gros territoires en termes de nombre d'interventions, en tout cas c'était le cas à moins que ça ait beaucoup changé, mais, que ce soit l'île d'Yeu ou Noirmoutier étant donné qu'on est des îles on a un territoire très défini, très limité. Je ne pense pas qu'on passe à côté d'interventions parce que le territoire est fini, pour ma thèse j'avais posé la question de savoir : « mais comment vous faites pour ces 2 territoires qui sont au milieu du territoire vendéen. Comment vous avez défini ? ». Et en fait les assistants de régulation qui ont l'air d'être ceux, vraiment qui pensent aux médecins correspondants SAMU. Parce qu'eux ne bougent pas et disent que : « Mais c'est vrai qu'on n'a pas de limite, des fois on va aller jusqu'à 20 km et des fois c'est vrai qu'on ne va pas le faire alors que c'est plus près ça dépend. Comme le territoire n'est pas fini, ça rentre en ligne de compte sur le fait de ne pas toujours penser à eux quoi. » En plus MCS1, la difficulté c'est qu'elle est sur une équipe ou il y a soit la Roche sur Yon soit Cholet, donc je pense que ça complique encore plus les choses.
- Je reviens sur l'épuisement. Sur l'île d'Yeu il n'y a pas d'épuisement mais quand on est très jeune sans enfant ou alors proche de la retraite, le fait d'être médecin correspondant SAMU ça ne pose pas trop de souci mais dès qu'il y a des enfants ou une vie de famille ça peut vite devenir compliqué. Je ne sais pas comment toi tu le vis ?
- Bah c'est vrai que ça complique avec... bon ma femme aussi qui se remet à avoir une activité professionnelle, c'est vrai que c'est ... on jongle, par exemple moi je commence mon activité, moi je commence à 8 heures et bien typiquement si madame commence avant, qu'il faut que je dépose le petit à la crèche et que je termine ma garde à 8 heures avant de venir bosser. Je suis callable jusqu'à 8 heures donc c'est sûr que si je dois déposer mon petit à la crèche et être appelé en même temps, bah, ça serait un peu compliqué, ça peut être un peu compliqué. Donc oui ça ce sont des choses qui complique un peu les choses.
- Ok mais ça ne pose pas de soucis tant que ça.

- Pour l'instant je n'ai pas eu le souci mais ça viendra peut-être. C'est assez rare qu'on soit appelé au petit matin. C'est variable mais au petit matin j'ai dû faire sur une trentaine d'intervention cette année on va dire j'en ai une ou deux.
- OK, donc là, s'il y avait des choses à modifier ou à améliorer sur le dispositif sur ce territoire qu'est-ce que ça serait ?
- Alors sur le territoire, euh, bah là on est en discussion avec les pompiers qui se disaient : « qu'est-ce que vous êtes à même de faire, comment on pourrait travailler plus en équipe ? » Donc ça c'est intéressant, je pense qu'on va développer l'idée. Euh, mais c'est vrai que notre rôle n'est pas toujours bien défini sur les interventions. Jusqu'où on va ? qu'est-ce qu'attend le SAMU de nous ? ça reste un peu flou même en ayant fait une thèse là-dessus c'est un peu à l'interprétation de.... Enfin, en fonction de ce que somme le MCS de faire sur place, en sachant que les médecins du SMUR que j'ai toujours eu après étaient toujours contents des prises en charge même si on ne fait pas toujours énormément de choses mais ils étaient contents d'avoir déjà ce premier appui, premier Bon voilà. Euh, ta question c'était qu'est-ce qu'on peut améliorer sur le territoire de Noirmoutier ? Parce qu'après il y a des choses à améliorer sur le plan général.
- C'est valable aussi.
- Alors après c'est plus, de manière générale, il y a tout le temps une nécessité de communication, que ça soit sur, euh, certains smuristes, notamment quand ils sortent. On a certaines fois des intérimaires qui ne savent pas ce qu'on est. Euh, ou d'autre gens qui interviennent sur le territoire qui vont se demander qui on est, qui pensent qu'on est le SAMU, qu'on est vraiment l'équipe du SMUR, donc ça des fois... Il mériterait d'avoir plus d'infos là-dessus, et aussi des fois les spécialistes qui sont amenés à travailler avec nous notamment je vois ce weekend, je suis sorti sur un infarctus, la cardio que j'ai eu au téléphone qui n'était pas du tout au courant de ce qu'était un MCS qui m'a demandé de faire une thrombolyse sur le, sur l'infarctus parce qu'on allait être hors délai et ça je suis pas équipé pour le faire et là j'estime que c'est déjà un peu beaucoup en sachant que je suis tout seul, voilà.
- Oui c'est ça donc plus de communication ?
- Ouai, ça nécessiterait plus d'informations.
- Que ce soit dans le milieu de la santé ou la population générale ?
- Ouai
- Sur l'avenir du dispositif, il y a d'autres travaux qui ont été fait sur le dispositif MCS pas forcément en Vendée, dans la France, qui retrouvait que le dispositif était efficace mais que à terme, les MCS étaient assez pessimistes sur l'avenir du dispositif. Quel est ton point de vue ?

- Euh, je voudrais revenir sur la question précédente après parce que j'ai des choses à rajouter.

Mais par rapport à ça, en soit j'pense qu'en soit, nous sur le secteur les MCS qui le sont veulent le rester, voilà après, la question c'est est ce qu'il y aura de possibles installations, on va réussir à avoir du monde qui va venir nous relayer, moi je suis jeune médecin, mais il y en a d'autres là, dans le dispositif qui partiront peut-être à la retraite d'ici 10 – 15 ans. Est-ce que dans 10 – 15 ans les praticiens qui auront pris leur place, j'espère en tout cas, feront ces missions ? Je ne sais pas parce qu'effectivement ça peut être perçu comme quelque chose... Peut-être que les jeunes générations de médecins ne sont pas tous armés pour faire ça, j'pense faut de l'appétence pour les urgences quoi. C'est sûr que si t'aimes pas ça, faut pas faire MCS non plus, il y a des situations difficiles et dur à gérer quand même assez souvent. Donc oui je peux comprendre ça, mais par rapport à ça quoi. Par rapport au fait de : « est ce que on va trouver des vocations, d'autres jeunes, suffisamment pour le faire ». Après, ou je pense que oui c'est que on sait un peu où on s'installe. C'est à dire que nous on est un territoire ou on est loin de l'hôpital. De manière générale, on a à gérer beaucoup d'urgence et on est des fois hors recommandations sur un certain nombre de prise en charge parce qu'on n'a pas accès aux examens, parce qu'on essaye d'éviter l'hospitalisation et qu'on gère les choses à domicile. Donc on a déjà les profils de gens qui travaillent ici, qui veulent s'installer ici, ils ont déjà un profil ou ils sont plus sereins par rapport aux situations à risque et de crise.

- Tout à l'heure tu voulais revenir sur la question d'avant.
- Sur les choses ou...
- Pour améliorer...
- Pour améliorer, oui, moi je reste persuadé, tu vois moi je suis rentré dans le dispositif il y a un an, euh, dans les textes c'est bien spécifié qu'il faut une formation initiale et une formation continue.
- Oui
- Je n'ai pas eu de formation initiale. Parce que, bah, ils n'en font pas assez en fait, Je comprends totalement leurs raisons, c'est-à-dire que normalement t'as une semaine de formation initiale, ils ne vont pas faire, vu qu'il y a une entrée ou deux par an de MCS, moi je crois que j'ai été le premier depuis que le dispositif existait, de nouveau médecin traitant, de nouveau en tout cas c'est ce qu'ils m'ont dit. Sur l'Ile d'Yeu je serai surpris qu'il n'y en ait pas eu d'autre mais en gros c'est tellement rare de nouveaux MCS qu'ils ne peuvent pas se permettre de ... pendant une semaine, libérer, enfin faire un planning au SAMU de formation avec 2 ou 3 formateurs pour un seul, j'entends tout à fait, mais du coup ça mériterait moi je pense à mutualiser les formations initiales sur le territoire en France.

- Oui.
- Pour qu'il y ait une vraie formation initiale, parce que du coup on a des formations continues qui sont peut-être plus spécialisées mais tu vois typiquement on a vu l'accouchement , des choses qu'on voit très rarement ou pas du tout, mais des choses plus basiques qui sont par exemple l'infarctus, qui sont des situations qu'on a pas travaillé encore et euh, pourtant qu'on rencontre beaucoup plus, qu'est peut-être moins stressant effectivement qu'un accouchement à domicile ou que l'arrêt et la gestion de crise pendant l'arrêt mais ça serait intéressant de le travailler. J pense que en tout cas, ça mériterait de revenir sur le principe de formation initiale et de mutualiser ces formations sur le plan national. Euh, pour avoir le temps de se reformer aussi aux gestes.
- Parce que toi, t'as été formé un peu sur le tas ? Par compagnonnage ?
- Euh tout seul oui, mais euh c'est vrai que je n'ai pas eu cette formation initiale, enfin, j'avais fait la formation comme ça 2 jours et après je me suis lancé dans le bain. Je m'étais dit je me laisse 3 mois pour voir si ça me stresse trop, si ça ne me convient pas j'arrêterai, puis bon finalement, ça se passe plutôt correctement donc euh...
- Ça ne t'a pas porté préjudice en tout cas de ne pas avoir cette formation ?
- Bah oui et non, c'est-à-dire que, j pense que je serais plus à l'aise si j'avais eu cette formation initiale avec plus d'éléments en tête. Et puis dans le cadre de la formation ils essayent d'y porter attention parce que on le leur rappelle assez souvent, mais on est formé par des gens qui sont des smuristes et du coup ça implique un biais dans la formation, des gens qui sont expert de la réanimation. Nous on ne l'est pas, donc des fois revenir sur quel est notre niveau de base, ils ne l'ont pas toujours en tête et des fois ils le voient plus haut, des fois ils le voient plus bas. Et aussi, l'autre chose, c'est qu'eux ils arrivent, ils sont en équipe, ils sont 3 sur une intervention, nous on est tout seul pour la plupart. Il y en a certains qui ont de la chance d'avoir des infirmiers sapeurs-pompiers qui viennent donc là ça aide. Mais quand on est tout seul on n'a pas le même rythme, en plus on n'est pas expert de la réanimation, mais en plus on est tout seul pour poser sa voie, perfuser, passer le bilan, faire le bilan initial et examiner le patient, donc on a quand même plus d'inertie. Et ça si tu veux, sur les formations qui sont des formations de simulation, ils essayent de le mettre en place mais, enfin c'est difficile de l'intégrer pour eux parce qu'ils ne travaillent pas comme ça quoi.
- D'accord, à part les smuristes, qui serait à même d'animer les formations ? D'autres MCS ?
- Non je pense qu'il faut que ça reste des smuristes parce qu'ils sont experts mais peut être que ça vaudrait le coup qu'il y ait plus de regard dans l'écriture des formations, qui est peut-être, ouai effectivement, qu'il y ait plus d'échange et de communication là-dessus. Mais ce qu'ils essayent de faire, enfin, on voit vraiment qu'ils essayent de

nous former, ça je... Ça serait les pistes d'améliorations parce qu'il y a quand même de gros efforts qui sont fait. Ils font ça très sérieusement quand même, elles sont très bien les formations, mais si il y a des pistes d'améliorations sur la formation, à mes yeux, elles seraient là, la formation initiale et puis peut être toujours plus se rappeler qu'on est tout seul et qu'on est pas expert, des fois revoir les exigences et par rapport à...A nous donner un petit peu ce qui sera attendu sur telles situations, qu'est-ce qu'ils attendraient de nous , parce que encore une fois, ça va dépendre euh voilà, des fois tu ne sais pas trop jusqu'où ils voudraient qu'on aille dans ce qu'on peut faire et souvent ce qui est rapporté c'est un peu le facteur limitant du temps et du relais par l'équipe SMUR qui est censé être envoyé mais ça peut arriver qu'il n'y ait pas d'équipe SMUR d'envoyée et tu vois... Tu... C'est exceptionnel mais j'ai dû une fois accompagner un enfant de Noirmoutier jusqu'au CHU de Nantes tout seul parce qu'il n'y avait pas de SMUR disponible. Elle était à peu près stable mais voilà, des situations comme ça, savoir jusqu'où ils veulent qu'on aille quoi.

- Donc oui, ça serait mieux définir le rôle du MCS.

- Ouai c'est ça et c'est vrai, un autre truc mais tu vois que je trouve problématique et qui manque de moyen et de considération qui est porté au dispositif : on nous donne des livrets, qu'on peut avoir pour des protocoles, ce sont des protocoles pour les smuristes... On ne va pas avoir toutes les drogues, tout le savoir-faire sur le truc et je pense que ça mériterait... Je pense qu'il faudrait qu'ils soient rémunérés. Mais ça nécessiterait et bien qu'on se mette à une table entre MCS et smuristes et de refaire le truc sur... On reprend leurs protocoles hein mais on dit : « Ça on ne fera pas, ça on fera » tu vois ? Simplifié les choses pour que nous, on soit en mesure de faire... En fait un vrai protocole de MCS, ça serait intéressant. Et ça permettrait aussi de rassurer d'autres médecins pour devenir médecins correspondants SAMU.

- Ça marche, on arrive sur la fin, je voulais savoir quels conseils tu donnerais à un jeune médecin généraliste qui voudrait se lancer dans le dispositif ?

- Euh, faudrait se renseigner auprès d'autres médecins éventuellement...Faire les formations initiales, faire des formations, un peu se poser la question sur qu'est ce qui pourrait être bloquant ? Qu'est ce qui bloquera dans le truc ? Et puis notamment c'est les gestes, souvent c'est ça qui est rapporté, c'est le fait de faire des gestes techniques aux gestes d'urgence. Ben il y a pleins de moyens de se reformer à côté, l'hôpital, enfin les hôpitaux locaux et les services d'urgences locaux seront contents d'avoir un médecin correspondants SAMU sur leur territoire et feront le nécessaire pour les former, je pense que ça, ça serait bien. Donc oui ça, ça serait les choses à voir. Après il faut être honnête il y a beaucoup de choses où finalement on ne fait pas, enfin, c'est juste du bilan et on annule le transport et les gens sont transportés en non médicalisé. En termes d'actes techniques on n'a rien fait ou en tout cas pas grand-chose ou le temps qu'on fasse notre bilan initial le SMUR arrive donc euh, voilà. C'est ce que je pourrai apporter.

- Est-ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordé et qui te semblent importantes ?
- Oui une des choses, enfin une des pistes qui serait intéressante ça serait de, c'est compliqué, ça serait de mutualiser un peu ce dispositif, parce que là c'est toujours une entente tripartite entre les médecins, l'ARS et l'hôpital. Et du coup en fait les formations elles seront... Qu'est-ce qu'on attend d'un MCS, et le dispositif il dépend d'un département à l'autre très clairement. Je trouve que ça mériterait en clarté sur le dispositif pour qu'on ait tous le même fonctionnement sur le plan opérationnel et du coup ça permettrait peut-être que, bah il y ait des dotations communes pour tout le monde, du même matériel et d'avoir des formations communes et aussi de monter une entité de médecin correspondant SAMU sur le plan national, euh, parce que tu vois c'est toujours le même problème, si tu pars pour faire des cahiers de protocoles MCS, c'est un peu toujours le même problème, si tu fais en Vendée un protocole MCS, un protocole dans le 44, un protocole.... Dans chaque département il y a un médecin correspondant SAMU et ça multiplie la charge de travail, alors qu'on pourrait mutualiser et faire le même travail et je pense que ça mériterait en connaissance enfin.... C'est un dispositif ou plus tard même des médecins ne sauront même pas ce que c'est quoi. Donc ça mériterait un gros travail de communication.
- Ok, donc on a fini, merci à toi.
- Parfait.

Entretien du 28/12/2020

- Merci de participer à mon travail, avant de commencer, est ce que ça vous dérange si j'enregistre l'échange ?
- Non non ça ne me dérange pas du tout.
- Donc mon travail de thèse il consiste à recueillir le ressenti des médecins correspondants SAMU Vendéens concernant leur intégration dans le dispositif. Il fait suite à la thèse de Baptiste Archambaud, qui avait fait une revue d'activité sur l'activité des MCS de Vendée entre 2014 et 2017. Il s'était rendu compte d'une diminution du nombre d'astreinte pourvue dans cette période sur certains territoires et du coup il avait fait l'hypothèse d'un épuisement, peut-être, de ces médecins-là. On en rediscutera tout à l'heure.
- Oui.
- Est-ce que vous pouvez vous présenter pour commencer ?

- Moi je suis le MCS4, j'ai aucune idée de la fin de mon internat, ça ne fait pas très longtemps, mais... J'ai dû finir mon internat en 2017 euh, 18, 19, 20 ouai c'est ça et je me suis installé directement ici en novembre 2017, je me suis installé dès la fin de mon internat.
- Ok, l'internat vous l'avez fait à Nantes ?
- Ouai j'ai fait mon externat et mon internat à Nantes.
- Ok, ok, donc là vous êtes en activité salariée, vu que vous êtes sur l'Ile. Vous êtes médecin généraliste ?
- Oui
- Ok et pourquoi vous êtes allé sur l'Ile d'Yeu ? Vous aviez fait un stage là-bas ?
- Oui, en fait j'ai fait mon stage de mai à novembre sur l'Ile et je n'y suis jamais reparti.
- Ok donc vous êtes sur l'Ile depuis 3 ans.
- Oui
- Vous avez intégré le dispositif... Enfin, j'ai cru comprendre que quand on s'installe sur l'île on intègre automatiquement le dispositif MCS.
- Ouai c'est un peu obligatoire en fait dans le contrat de travail, médecin correspondant SAMU fait parti du contrat de travail de l'Ile. Quand on commence à signer un contrat on est directement médecin correspondant SAMU, on a juste à faire la formation une fois par an et voilà.
- Ok, vous n'avez pas fait la formation initiale avant de signer le contrat ? Ça s'est fait un peu par compagnonnage ?
- Exactement
- Donc votre activité de médecin correspondant SAMU, elle s'intègre comment dans votre activité de médecin généraliste sur l'île ?

- On a quasiment une garde par semaine, euh, et on a un weekend de garde par, enfin toutes les 7 semaines logiquement à peu près tous les mois, un mois et demi. En fait, nous, les gardes, celles de médecin correspondant SAMU, euh, c'est le médecin de garde qui sera déclenché par le SAMU pour être médecin correspondant SAMU.
- Ok
- Donc ils ne peuvent pas déclencher un autre médecin sauf si le médecin de garde est déjà parti, mais voilà, c'est le médecin qui est de garde ce jour-là qui sera déclenché en médecin correspondant SAMU.
- Ok, d'accord. Donc quand vous êtes arrivé sur l'île d'Yeu, ce qui vous intéressait c'était le côté insulaire, ce n'était pas forcément le côté urgence ?
- Moi ce qui me plaisait c'était la triple activité qu'on avait en fait. On a du cabinet de ville, on a de l'Hôpital et on a des urgences. Moi c'était cette triple activité et en sachant que j'avais une arrière-pensée en installation. C'est que j'adore la gynéco et j'avais la possibilité d'en pratiquer pas mal ici sachant qu'il n'y a pas beaucoup, enfin, on a un gynéco qui vient tous les mois. Donc je savais qu'avec cette opportunité-là de pouvoir agrandir mon panel là-dessus quoi.
- Ok ? Quel bénéfice vous en tirez d'avoir cette activité de médecin correspondant SAMU sur l'île ? Personnellement et professionnellement ?
- Un enrichissement professionnel, enfin, on a toujours des situations auxquelles on ne s'attend pas et encore plus, j'ai envie de dire en tant qu'insulaire et donc ça nous, enfin moi en tout cas j'ai eu l'impression de grandir sur ma pratique professionnelle puisque c'est vrai que dès que je suis sortie de mon internat je n'ai presque pas fait de remplacement. J'en ai fait un peu pendant mon internat mais je n'en ai quasiment pas fait après donc c'est vrai que sur le plan professionnel... euh... je ne sais pas. L'activité peut être très calme comme très dense quoi donc c'est... C'est tellement, on voit vraiment de tout, ça va vraiment de rien à tout que, on ne sait jamais sur quoi on part quoi.
- Ok donc il y a toujours un peu de stress ?
- Ouai
- Ça n'a pas été handicapant du coup de ne pas avoir fait la formation initiale de médecin correspondant SAMU, démarrer sur le tas comme ça ?

- Non je ne me suis pas senti lésé parce que j'ai quand même fait 6 mois d'été en fait ici en..., ou j'étais... Moi c'est vrai que, ils étaient, ils étaient un petit peu plus, pendant mon internat ils étaient un peu plus laxistes j'ai envie de dire, ils nous mettaient déjà tout seul très vite de garde.
- Ouai.
- Pas la nuit mais la journée, et du coup j'avais déjà l'impression d'avoir 6 mois un peu toute seule j'ai envie de dire mais avec justement mon chef, euh, la journée donc j'avais cette impression d'être déjà très autonome et si j'avais un problème de pouvoir avoir mon chef derrière donc, euh, ensuite être installé, enfin être installé assez vite, ça ne m'a pas posé de problème, non ça ne m'a pas manqué la formation. Elles étaient contentes de l'avoir le jour où je l'ai eu mais je n'ai pas eu de sensation de gros gros manque.
- Ok, Comme je vous disais mon travail il fait suite à la thèse de Baptiste Archambaud et je voulais revenir justement sur le fait que, lui, trouvait qu'il y avait une diminution du nombre d'astreinte pourvue entre 2014 et 2017. Bon après je pose cette question mais c'étaient les autres territoires qui étaient intéressés par ce phénomène.
- Ouai
- Je pense que l'île d'Yeu n'est pas forcément touchée.
- C'est vrai que c'est MCS 2 qui fait les stats de médecin correspondants SAMU. Moi je n'ai pas l'impression qu'on diminue notre activité enfin en tout cas, nous, notre activité SAS. C'est un peu compliqué, je ne sais pas si MCS2 vous a expliqué. On a, nous on a vraiment une activité SAS, donc un peu urgence et sur cette activité-là, on a vraiment le médecin correspondant SAMU qui se greffe dessus quand on est appelé par le SAMU. Euh du coup, savoir combien est ce qu'on a d'interventions réelles sur un MCS je ne saurai pas dire, parce que parfois on a des trucs qui se finissent en Médecin Correspondant SAMU où on était pas du tout déclenché initialement là-dessus mais c'est vrai que moi j'ai pas cette sensation de diminution enfin si, si on a quand même une diminution de choses mais j'ai l'impression parce qu'on est 7 médecins et que du coup la population est peut-être plus ... euh.. plus cadrée j'ai envie de dire. Il y a plus de RDV en tout cas qui sont fait et la population je pense qu'elle est plus screenée. J pense que tout le monde a vu au moins une fois un médecin ce qui n'était pas le cas à l'époque.
- Ok et sur la notion de... il faisait aussi l'hypothèse qu'il y avait peut-être un épuisement des médecins correspondant SAMU surtout pour ceux qui étaient tout seul dans leur région.
Mais je ne sais si sur l'île d'Yeu avec la double activité vous ressentez...

- Non pas du tout, on a pas du tout cette sensation d'épuisement, au contraire, nous c'est vraiment quelque chose qui j'pense qui nous tient tous à cœur sur l'île d'être médecin correspondant SAMU. Après on est une équipe jeune, donc c'est peut-être un biais. On a tous la trentaine, on n'est pas... On n'est pas vieux j'ai envie de dire. Je pense que ça biaise vachement le truc, parce que je pense que quand t'as fait 10-15 ans de garde en tant que MCS peut être que t'as un épuisement sur le long terme.
- Ok j'imagine qu'avec des enfants ça doit compliquer les choses également.
- Ça complique un peu...
- Ok, hum, il y a d'autres études qui ont été faites sur le dispositif dans d'autres régions et la conclusion à chaque fois c'était que les médecins correspondants SAMU étaient assez pessimistes sur l'avenir du dispositif. Ça manquait de communication par rapport au dispositif, que les gens ne connaissaient pas assez...
- Mais ça je pense que sur le continent oui mais nous c'est facile on est sur une île, on est 7 médecins, tout le monde nous connaît, il n'y a pas de soucis là-dessus. Tous les pompiers nous connaissent et de toute façon, tout passe par nous. Il n'y a pas d'urgence, il n'y a pas d'Hôpital, enfin l'Hôpital c'est nous, les urgences c'est nous du coup, non, on n'a pas ce côté : « ils ne nous connaissent pas, ils ne savent pas qu'on existe », voilà, ça c'est vraiment, c'est quelque chose que nous on ne connaît pas en tout cas.
- Ouai, il y a d'autres médecins sur d'autres territoires en Vendée qui se plaignaient justement que les régulateurs du SAMU ne connaissaient pas ou peu en tout cas le dispositif et les déclenchaient pas forcément alors qu'ils étaient là et dispo quoi, donc, je ne sais pas si entre vous c'est une plainte que vous avez...
- Ouai ça je veux bien y croire par contre. Mais non pas nous, bah nous c'est, voilà, c'est comme je disais, euh, nous le SAMU sait forcément qu'on existe puisque de toute façon quand on voit un patient ils sont obligés de nous déclencher la nuit. Donc du coup ils nous connaissent, pour eux ça leur paraît logique de nous appeler. Ils nous disent bien au téléphone, quand ils nous déclenchent en tant que médecin correspondant SAMU, ils nous le disent.
- Ouai ok. Donc, le point de vue sur l'avenir du dispositif c'est que ça va se pérenniser sur l'île en tout cas, sur le continent c'est peut-être moins sûr en tout cas.
- Ouai, moi je trouve ça intéressant sur les territoires qui sont loin du SAMU par contre quoi. Nous on voit bien, on le voit bien, on est sur un territoire complètement isolé, et quand, comme aujourd'hui il y a tempête, le SAMU ne vole pas, et bien on est quand

même content d'être médecin correspondant SAMU et de savoir quoi faire en attendant le SAMU quoi. Donc non moi je trouve que sur des territoires isolés ça passe aussi bien sur un continent ou on est à plus d'une heure d'un SAMU, je trouve qu'il y a tout intérêt d'avoir un médecin correspondant SAMU qui peut faire les premiers gestes et qui peut sauver quelqu'un donc, bah, ça a un vrai impact moi je trouve que, voilà pour avoir fait des choses en urgence vitale, je suis contente d'avoir eu mon petit territoire et d'être à 5 minutes d'une intervention quoi.

- Ouai, là par exemple, comme aujourd'hui le SAMU ne vole pas, donc j'imagine que ça sera que demain, qu'il y aura des transferts ?
- Non du coup c'était notre hélicoptère qui a volé.
- Donc il y a quand même un hélicoptère.
- Oui on a un hélicoptère sur l'île qui fait normalement les traversées « passagers » mais il a quand même une partie où il fait le sanitaire et donc dès qu'on a une urgence et que le SAMU ne vole pas ou ne veut pas parce que c'est pas suffisamment urgent, c'est notre hélico qui prend la relève.
- Ok qui est réquisitionné
- Ouai exactement.
- Ok, sinon s'il n'y a aucune possibilité de vol, les patients sont gardés à l'hôpital le temps de ... non ?
- Alors si c'est une vraie urgence vitale on les emmènera toujours de l'autre côté quoi qu'il arrive. Ça sera soit le canot SNSM soit ça sera l'armée.
- Ah d'accord, ok.
- Ouai, on les emmène toujours de l'autre côté s'il y a une vraie urgence.
- Ouai ils ne restent pas stagner sur l'île, ce n'est pas assez technique à l'Hôpital.
- Non, non.

- Ok, j'avais une autre question, justement pour cette question d'attractivité du dispositif et pour le pérenniser, est-ce que pour vous il y aurait des choses à améliorer pour le rendre plus attractif ?
- Bah je sais trop comment se passe la rémunération de l'autre côté, euh, mais je pense qu'on est tous pareil, la rémunération fait...
- Et bien il y a un forfait d'astreinte et puis après c'est à la sortie quoi donc c'est comme vous j'imagine ?
- Bah non, nous c'est un peu particulier, euh, nous l'astreinte, enfin oui si, ce n'est pas une garde mais une astreinte et du coup, euh, oui oui c'est payé si on est vraiment déclenché en tant que médecin correspondant SAMU et par contre c'est un peu compliqué de faire la différence entre une urgence du cabinet. Ici c'est un peu plus compliqué comme on voit tous les patients régulés même pour de la médecine générale. J pense que ce qui pourrait pérenniser c'est, un, être quand même payé de façon correcte pour les astreintes et les choses comme ça et deux, que les médecins correspondants SAMU ne soient pas seul sur leurs territoires. J pense que c'est important qu'ils soient par petits groupes, pour éviter l'épuisement parce que j pense qu'être de garde, enfin être d'astreinte, je ne sais pas combien de jours par semaine ou de semaines par an, mais je pense que c'est fatigant. On ne dort pas forcément pareil et c'est fatigant donc je pense que d'être en groupe MCS ça aide vraiment et aussi pour débriefer de certaines interventions qui nous ont paru difficiles ou choquantes ou des choses comme ça je pense que c'est vraiment intéressant donc voilà. Donc, être en groupe ça a vraiment un effet positif.
- Ok, donc vous, vous êtes arrivé en dernier semestre sur l'Ile. C'était dans le cadre du SASPAS. Ça c'est quelque chose qui pourrait être fait pour vous ? D'envoyer des internes... Enfin c'est ce qui vous a décidé à rester sur l'Ile ?
- Ouai ouai après, oui c'est vraiment, ce côté tripartite qui m'a paru ... Moi je savais que je n'arriverai pas à faire que de la médecine générale, ça c'était une idée qui était très clair dans ma tête, j'y arriverai pas et en même temps je voulais pas faire que de l'Hôpital par ce que je ne me voyais pas non plus faire que ça et ça m'embêtait d'abandonner tout le côté urgence qu'on avait fait dans tout son internat et qui me plaisait plutôt donc j'étais plutôt parti pour faire de la médecine générale en ville et puis faire des gardes à l'Hôpital et finalement j'ai trouvé, enfin mon dernier semestre a vraiment fait que je suis resté quoi et j'ai vraiment adoré cette activité et je ne regrette toujours pas trois ans après quoi. Après, envoyer des internes en MCS du continent je ne sais pas comment est leur activité en journée, je ne sais pas s'ils voient 10 urgences sur la journée ou s'ils voient une urgence tous les 3 jours quoi.

- J'en avais discuté du coup avec un autre médecin qui était tout seul sur son territoire et qui disait que c'était compliqué parce que pendant une semaine il peut très bien ne rien se passer ou alors ça peut être en pleine nuit quoi...
- Oui c'est ça qui est très compliqué.
- C'est vrai que mettre un interne sur l'Ile d'Yeu c'est plus facile à ce niveau-là.
- Nous on a déjà 2 internes sur l'Ile.
- Les 2 internes SASPAS ?
- Oui 2 SASPAS
- D'accord, ok ils prennent des gardes aussi s'ils ont envie ?
- Ce n'est pas trop s'ils ont envie, ça fait partie de leurs contrats ici. En fait, ils ont une garde quasiment par semaine, ils ne font pas la nuit, ils sont toujours la journée et il y a toujours un senior sur l'Hôpital le jour où ils sont de garde, on ne les laisse pas tout seul, en tout cas depuis mon semestre on ne les laisse plus tout seul.
- Parce que vous vous étiez tout seul ?
- Oui moi ça m'est arrivé d'être toute seule, toute seule et ce n'est pas très ... Ca m'est arrivé de rappeler un médecin qui était au cabinet pour qu'il annule ses consultations et qu'il parte avec moi et c'était pas toujours rassurant d'avoir personne à l'Hôpital. Donc on a changé ça et maintenant il y a toujours un senior à l'Hôpital le jour où l'interne est de garde.
- Je voulais poser la question aussi par rapport à la dotation, comment ça fonctionne sur l'île d'Yeu ?
- On a une liste de dotation, on a les infirmières qui sont de temps en temps, ce que nous on appelle un SAS, donc elles sont à la journée à la SAS et c'est là où elles refont tous les stocks. On essaye d'avoir une infirmière le jour où on décide, enfin sur un jour plutôt calme, on essaye de réviser notre sac, enfin nos sacs parce que on en a deux, on essaye de réviser avec une infirmière comme ça on refait tous les stocks et la vérification des dates de péremption des médicaments mais ce sont des infirmières qui gèrent ces placards de stock avec vraiment la liste, elles nous font le détail, elles mettent la quantité qu'elles commandent et c'est nous qui signons, essentiellement MCS2 et moi puisque c'est nous qui sommes les médecins responsables de ce que

nous on appelle la SAS, je ne saurais pas te dire les acronymes mais en fait c'est notre salle d'urgence et c'est nous qui en sommes responsables avec MCS2.

- Il y a un sac par personne ?

- On tourne tous sur le même sac, qui est le sac n°1 avec un corpulse, une voiture de garde et un téléphone et donc ça, on se le passe à 8h30 le matin au cabinet médical, on fait les transmissions qu'on doit transmettre et ainsi de suite donc, et une fois qu'on a pris le samedi matin on la rend le lundi matin et il y a un deuxième sac et on est en projet d'avoir un deuxième corpulse pour les « au cas où » qui arrive essentiellement l'été. Ça arrive essentiellement l'été, faut avouer qu'on a une grosse activité saisonnière mais l'activité saisonnière peut commencer entre mai et se termine en septembre octobre quoi. Grosse saison ou d'ailleurs on ne marche pas de la même façon l'été que l'hiver et voilà. On a vraiment les 2 sacs qui sont armés de la même façon.

- Ok ça marche. Quel conseil vous donneriez à un jeune médecin généraliste qui voudrait se lancer dans le dispositif ?

- S'il aime faire les actes d'urgence c'est que c'est fait pour lui. Vraiment c'est quelque chose qui... Enfin moi vraiment c'est quelque chose qui fait vivre, certes c'est hyper flippant quand on y est ou qu'on se dit que tout peut déraiper ou que tout peut bien se finir, c'est vraiment vivre avec l'adrénaline. Donc, s'il y a quelqu'un qui veut se lancer et qui n'est pas sûr de lui c'est vraiment s'il aime les actes techniques et les actes d'urgence c'est une activité qui est faite pour lui et il y a vraiment des côtés... mais vraiment gratifiant quoi dans certaines situations, que c'est vraiment chouette. Après il faut la formation, ouai il faut que ça soit régulier parce qu'il y a tellement de choses qui changent rapidement, il faut connaître son sac, connaître les techniques. Enfin, moi qui n'ai pas... J'ai eu un congé mat il n'y pas très longtemps, il était relativement court, j'ai pris le strict minimum. Donc je ne sais plus, j'ai fait 18 semaines ou je n'ai pas pratiqué. Je suis revenu je l'ai senti passé.

- Ouai le retour était difficile.

- Ouai le retour on oublie vite les petites... les petites choses qu'on avait mis en place avant on les oublie vite.

- Ok, moi j'ai fini, juste avant de terminer, est ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordé qui vous semblent importante ?

- Moi j'avais une question, c'était... peut être qu'en le disant je vais penser à quelque chose d'important mais pourquoi avoir choisi ce sujet de thèse sur les médecins correspondants SAMU ?
- Parce que pour moi c'est un projet aussi, moi j'habite à Sainte Pazanne et euh... là j'attends... Je vais être papa bientôt, donc je me laisse le temps de me poser dans la maison et dès que je suis thésé, je me lance je pense sur Noirmoutier, ça serai plus près de chez moi.
- D'accord, avec... Ils sont combien sur Noirmoutier ?
- Ils sont 4, il y a MCS 13, MCS3, MCS12 et MCS6 qui lui est un ancien anesthésiste et qui va s'arrêter bientôt.
- Mouai j'en avais 3 dans ma tête, c'est le dernier qui me manquait. Bah c'est qu'une bonne chose. Moi je trouve que c'est une vraie expérience, je pense que tu verras la différence entre l'été et l'hiver, surtout à Noirmoutier un peu comme nous sur l'Ile d'Yeu. Tu verras, moi j'ai vraiment adoré cette expérience et que j'aime toujours autant. Vivre une vraie intervention de médecin correspondant SAMU, on peut vraiment se sentir très seul, pour avoir vraiment vécu aussi ce côté en plus insulaire, je me suis senti très seul dans une situation, le SAMU ne passait pas, il n'y avait pas de vol possible dans une tempête monstrueuse et mon patient était en arrêt cardio respiratoire, je me suis senti seule j'avoue mais malgré tout, les médecins au téléphone sont tellement gentils, pour nous aider en fait. Ils savent qu'on a que 10 doigts, que 2 mains et donc, peu importe la situation, je pense qu'il faut toujours ressortir que du positif et moi c'est vraiment... c'est peut-être dur parfois, certaines interventions sont peut-être dures mais c'est vraiment top quoi, moi je ne regrette vraiment pas ce choix, la formation tous les ans elle est géniale. On te croisera probablement si tu intègres ça, on te croisera à cette formation. Cette année elle était sur l'Ile d'Yeu puisqu'elle a été décalée à cause du Covid. C'est vraiment des formations où tu apprends pleins de petites choses et c'est top, vraiment top.
- C'est sur 2 jours c'est ça les renouvellements ?
- Oui sur 2 jours et renouveler tous les ans.
- Il y a des ateliers simulations j'imagine ?
- Ouai, il y a vraiment le côté pratique, le cathé intra os, les perfusions, savoir manipuler le scope, voilà les petites choses comme ça, et après on passe sur des simulations. Ce sont des gens ou des mannequins qui simulent et tu intervies en tant que médecin, ou pompiers ou voilà et tu intervies sur ça et ça te met tellement en condition. Au bout

d'un moment tu dis : « Non mais euh il n'est pas vivant », t'as l'impression que tu vas le jouer et en fait non pas du tout, tu te mets vraiment en condition et t'as vraiment l'impression que ton bonhomme il ne va pas bien. Donc c'est vraiment top parce que tu vis vraiment la simulation quoi. Tu te dis : « Nan mais en vrai je n'aurai pas fait ça » et en fait si si, en vrai t'aurais fait exactement pareil parce que t'as le même stress qu'en intervention quoi.

- Plus le stress des autres qui regardent en plus !

- Ouai mais j'avoue que tu l'oublies ça aussi. On est vraiment dans une salle séparée, ce sont des caméras qui te filme, qui sont vraiment bien cachées et les autres sont dans une autre salle avec les gens qui te regarde. Donc t'a pas du tout ce stress de ça que t'as les gens qui te regarde, t'as pas les gens en face de toi donc t'oublies quoi.

- Ok

- T'as fait la formation de médecin correspondant SAMU pour l'instant ?

- Non pas pour l'instant. Quand j'ai fait mes urgences à Cholet, j'avais hésité à faire un droit au remord pour faire urgentiste mais c'est pareil je ne me voyais pas faire toute une carrière aux urgences, donc j'hésitais entre les deux, donc ça c'est le bon compromis.

- Ouai je suis assez d'accord c'est le bon compromis.

- Ouai. Bon et bien merci !

- Mais de rien !

- Bonne journée et bonjour à MCS2 !

- Je n'y manquerai pas. Les autres t'ont répondu ?

- Oui il y a MCS5.

- Ouai je vais relancer les autres, je pense que c'est intéressant que tu nous aies nous 7 comme il n'y a pas beaucoup de médecins correspondants SAMU.

- Ouai super !

Entretien du 24/01/21

- Bonjour et merci de participer à mon projet de thèse.
- De rien, c'est normal, j'ai moi-même passé ma thèse il n'y a pas si longtemps que ça donc je sais quelle merde c'est.
- Donc mon travail de thèse consiste à interroger les médecins correspondants SAMU vendéens et recueillir leurs ressentis concernant leurs intégrations dans le dispositif, leurs motivations etc...
- Ok très bien qui est le directeur de thèse ?
- C'est Cyrille Vartanian.
- D'accord.
- Pour commencer, est ce que vous pouvez vous présenter ?
- Oui, moi je suis MCS 5, je suis médecin généraliste, je suis originaire d'Alsace, j'ai fait mes études là-bas et maintenant je suis installé sur l'île d'Yeu depuis 2 ans. Je suis médecin correspondant SAMU depuis mon installation à l'île d'Yeu.
- Ouai.
- J'avais fait des remplacements également euh, plusieurs étés, 2 étés avant de m'installer ou j'avais accompli cette fonction qui est automatique quand vous êtes médecin à l'île d'Yeu. Euh que dire d'autre ? J'ai fait mes études en Alsace, je suis originaire de là-bas. J'ai fait tout mon cursus médical là-bas et j'ai fait ma thèse il y a maintenant 2 ans je crois. Donc je suis un jeune médecin généraliste.
- Ok, là vous avez quel âge ?
- J'ai 34 ans
- Avant de, donc ouai vous avez fait votre externat à Starsbourg et votre internat sur Nantes ?
- Euh Strasbourg aussi.

- Ok Strasbourg aussi, et du coup pourquoi ce changement ? Qu'est-ce qui vous a fait venir sur l'île d'Yeu après ?
- Euh ce sont les circonstances de la vie. Ma femme est médecin généraliste aussi sur l'île d'Yeu, elle est originaire de Nantes, elle, elle a fait ses études à Nantes, on s'est rencontré à Strasbourg et il s'avère que d'anciens médecins de l'île d'Yeu, le Dr Clair et sa femme sont originaires de Strasbourg également et après avoir passé 16 ans là-bas, sur l'île d'Yeu, ils sont retournés à Strasbourg et on les a rencontrés là-bas et se sont eux qui nous ont incité à découvrir l'île d'Yeu et voilà. On est venu une fois, deux fois, il y a eu pas mal de changement dans l'équipe, on nous a proposé un poste voilà, permanent qu'on a accepté, voilà, on s'est lancé dans l'aventure.
- Et avant de vous installer sur l'île d'Yeu vous connaissiez le dispositif médecin correspondant SAMU ?
- Euh pas du tout.
- Ok
- Euh non j'dis une bêtise puisque j'étais médecin correspondant SAMU à Mayotte aussi, j'ai fait quelques petits remplacements là-bas et oui on était aussi médecin correspondant SAMU là-bas.
- Oui, à Mayotte quand on va là-bas, on est automatiquement aussi, médecin correspondant SAMU ? C'est comme ça que ça marche ? Comme sur l'île d'Yeu ?
- Ça dépend où on est, moi j'étais dans un dispensaire, euh, périphérique donc, une petite distance du centre hospitalier principal, les routes étant ce qu'elles sont là-bas, un peu comme l'île d'Yeu d'ailleurs, c'est compliqué d'avoir le SAMU rapidement, donc tous les dispensaires périphériques, on était médecin correspondant SAMU donc on avait une dotation de matériel également et j'ai fait une formation aussi d'ailleurs là-bas quand j'étais MCS.
- Ok, ouai donc vous aviez déjà une formation à l'urgence entre guillemets avant de venir sur l'île d'Yeu.
- Euh oui, je n'ai pas une appétence particulière pour l'urgence, en tout cas pendant mon internat, je n'avais pas une attirance pour l'urgence mais peut-être pour l'urgence hospitalière. Euh, c'est totalement différent de l'hospitalier, à Mayotte je n'avais pas beaucoup fait d'interventions de médecin correspondant SAMU et ce n'est vraiment pas comparable en termes de population, de mentalité. Là-bas on allait plutôt constater le décès, plutôt que d'essayer de...

- Ok, le fait d'être directement médecin correspondant SAMU sur l'île d'Yeu, ce n'est pas quelque chose qui vous a bloqué ?

- Euh, alors quand on ..., j' pense, que quand on sort de l'internat et qu'on est un peu rodé... Bah on a fait un stage aux urgences, on est encore dans le bain, ce n'est pas quelque chose qui m'a bloqué, c'était même plutôt quelque chose d'assez attrayant. Pour être franc, ça rompt un peu avec la routine des consultations donc non ce n'est pas quelque chose qui m'a bloqué, c'est quelque chose qui n'est pas facile dans un premier temps parce qu'on se retrouve face à des situations assez complexes, anxiogènes, très anxiogènes, des situations qu'on n'a jamais vécu en dehors du confort de l'hôpital avec son infirmière, le senior au-dessus de soi etc. Voilà, alors j'ai eu de la chance, je n'ai peut-être pas été, je n'ai pas eu des choses trop hard dès le début sinon ça m'aurait peut-être dégouté aussi, je sais pas, je sais que par expérience, on a un des remplaçants qui est venu l'année dernière qui a eu quelques cas un peu voilà, difficile et je crois que ça, ça l'a ... Un peu dégouté et il est parti. Il est parti au terme de son remplacement hein, il n'est pas parti en avance mais je pense que c'est quelque chose qui fait qu'il ne va pas revenir.

- Ok, ok, vous n'avez pas de CAMU ou de...

- Nan

- Et ça ne vous a pas du tout... vous n'avez pas fait la formation MCS initiale avant d'arriver sur l'île ?

- Ouai, ça fait 3 ans qu'on les fait de manière systématique mais avant c'était un peu moins bien rodé, on va dire et, ce n'était pas quelque chose de... maintenant on propose à nos remplaçants réguliers de faire les formations MCS avec nous ce qui est logique mais moi quand je suis arrivé, on n'était pas intégré dans la formation d'emblée, on était un peu.... C'est vrai on était un peu lâché comme ça... C'était stressant.

- Ouai un peu stressant. Ces formations-là vous trouvez qu'elles ont réellement un bénéfice sur votre activité ?

- Ouai complètement, c'est de plein de point de vue, c'est un peu comme les groupes de pairs, ça permet d'échanger, de, aussi de discuter des choses qui ont été difficile dans l'année et ça nous permet de nous mettre à jour puis de nous sentir plus à l'aise face à des situations. C'est très, très bénéfique.

- Sur l'île d'Yeu, c'est une activité salariée, du coup vous signez un contrat euh avec l'ARS...

- Euh on est salarié de l'Hôpital de l'île d'Yeu auquel est rattaché le centre de Santé pour la partie médecine générale et euh il y a une partie... Dans notre contrat on est forcément médecin correspondant SAMU, on ne peut pas venir à l'île d'Yeu, s'installer à l'île d'Yeu, en tout cas dans le, la structure quoi, existante sans être médecin correspondant SMAU parce qu'il y a un objectif d'équité, euh, comme on est salarié que tout le monde fasse le même travail. Les gardes c'est comme partout ce n'est pas le truc après lequel les gens courent. Donc s'il y en a un qui ne fait pas de garde, ça risque de créer des distensions dans l'équipe, donc quand on arrive à l'île d'Yeu on est médecin correspondant SAMU, c'est dans notre contrat quoi.
- Ok, comment elles s'organisent les journées ? Un coup vous avez vos consultations et vous avez des gardes de médecine générale et des gardes de MCS ?
- Oui c'est ça. En fait, on est à tour de rôle, euh, on fait nos gardes à tour de rôle et quand on est de garde, on est de garde, on va dire pour toutes les urgences de médecine générale que notre secrétariat nous adresse qui est filtré par le centre de santé. Les gardes on les fait à l'Hôpital qui est un bâtiment distinct du centre de santé qui n'est pas loin, à 400 m avec une salle d'urgence spécifique, un appareil de radio et, donc on reçoit les urgences de médecine générale non régulées par le 15 ou par la régulation médicale et on reçoit également tout ce qui est régulé par le 15. Toutes les ambulances ou des patients qui nous sont adressés via les pompiers. Les ambulances de l'île d'Yeu arrivent chez nous de la même manière. Donc ça on fait à tour de rôle. C'est une journée par semaine parce qu'on est 7 et on fait 24 heures d'affilée.
- Voilà donc ça fonctionne la nuit aussi. C'est jusqu'à 8 heures du matin ?
- Oui c'est ça. On prend notre garde à 8h30 et on la rend le lendemain matin à 8h30.
- Donc ça c'est pour le côté médecine de ville et vous avez aussi des gardes médecins correspondant SAMU ?
- On les fait en même temps. On ne fait pas nos consultations et la garde en même temps.
- D'accord.
- Et quand on est de garde on est de garde pour tout. Comme ça, ça évite que ça revienne trop.
- Donc oui vous n'êtes pas dérangé pendant vos consultations de médecine générale.

- Non, et c'est aussi au niveau du matériel, comme on a.... On en a 2, le matériel est à l'hôpital, le sac, le corpulse, tout ça donc... La voiture, on a une voiture de garde qui est avec un gyrophare et qui... comment dire... est identifiée. Donc tout ça on l'a. Il y en a qu'une, donc on l'a quand on est de garde, on a tout ce matériel à notre disposition dans la journée.
- Donc vous avez deux sacs pour...vous êtes 7 c'est ça ?
- C'est ça.
- Donc celui qui prend le sac le matin vérifie le sac et refait le sac le soir ?
- Euh, alors on a un système de vérification de... Normalement celui qui utilise le sac le refait en rentrant d'intervention. On fait une vérification systématique tous les matins puisque, on considère que celui qui l'a utilisé, le refait mais par contre, a des fréquences assez régulières on fait une révision avec l'infirmière où on sort tout, on vérifie toutes les dates de péremption etc.
- D'accord, il n'y a pas trop de soucis par rapport au matériel. Il n'y a jamais de rupture de dotation ?
- Non Non, c'est très suivi on a un référent pour ça qui est le MCS2, on a des infirmières qui font des vérifications de notre salle d'urgence régulièrement pour s'assurer qu'il n'y a pas de pénurie dans les stocks de médicaments etc. C'est très ... Voilà, de manière périodique, c'est très, il n'y a jamais eu de soucis de rupture ou de mauvaise surprise, ouai parce que c'est déjà arrivé par le passé. De même pour le corpulse, il est toujours branché, chargé, il y a toujours de la batterie, il y a toujours des électrodes, il y a toujours ce qu'il faut dedans. Voilà.
- Ok.
- Et c'est le médecin qui est de garde qui est le garant de ça et s'il a utilisé quelque chose, le remet à l'identique, sinon on ne s'en sort pas quoi.
- Oui faut que tout le monde joue le jeu quoi.
- Ouai.

- Quel bénéfice vous en tirez ? Parce que vous du coup, ce n'est pas forcément quelque chose qui vous attirait à la base d'être médecin correspondant SAMU. Mais quel bénéfice vous en tirez d'être dans ce dispositif ?
- Euh, en termes de, il y a l'aspect purement médical avec le, ouai avec la rupture avec les consultations et le quotidien et le côté urgence avec l'adrénaline etc... qui est ... Faut pas se cacher qu'on recherche quand même un petit peu, et puis il y a le, le caractère polyvalent de notre exercice qui est quelque ... en tout cas pour l'instant au stade de ma carrière médicale qui est quelque chose en tout cas auquel j'attache de l'importance. Je ne voudrai pas me mettre trop tôt dans quelque chose de trop plan plan.
- Oui ça permet de diversifier l'activité.
- Ouai c'est ça et puis le côté technique de progresser continuellement, progresser... Être à jour dans ses connaissances. C'est totalement différent quoi, des consultations. Et ce qui est particulier à l'Ile d'Yeu c'est-à-dire que quelqu'un dont on va prendre l'infarctus par exemple, va revenir me voir en consultation 3 semaines après son retour. Ça créer un lien fort. Il y a beaucoup de patients que j'ai pris en charge en urgence qui maintenant sont mes patients au cabinet et c'est quelque chose qui est assez satisfaisant.
- Ouai il y a un vrai suivi derrière avec un vrai lien quoi. Il y a Baptiste Archambaud qui est médecin correspondant SAMU sur Noirmoutier qui avait fait sa thèse aussi sur les médecins correspondants SAMU de Vendée. Il avait fait une revue d'activité entre 2014 et 2017. Le territoire de l'Ile d'Yeu n'est pas concerné mais il s'était rendu compte qu'entre 2014 et 2017 le nombre d'astreinte diminuait au fur à mesure des années et il faisait l'hypothèse qu'à la vue de cette activité il pouvait y avoir un épuisement de ces médecins en lien avec cette activité. Je ne sais pas si vous... Là ça ne fait pas longtemps que vous êtes sur l'Ile d'Yeu mais est-ce que c'est une activité qui pourrait entraîner un épuisement ou pas du tout ?
- Oui oui, tout à fait ! C'est que c'est commun au système de garde, c'est quelque chose qui est fatiguant et qui est exigeant. Alors nous, il y avait des périodes où il n'y avait pas beaucoup de médecin sur l'Ile d'Yeu ou... De toute façon on n'a pas le choix que d'avoir quelqu'un de garde. Le territoire fait qu'entre guillemets, c'est une obligation qu'il y ai quelqu'un de garde. Je ne vois pas comment ça pourrait fonctionner autrement enfin... c'est pas possible. Donc après on fait très attention à prendre des périodes de repos à avoir un rythme régulier de vacances, à avoir une équité dans les gardes, on a un compte à la fin de l'année ou on est censé faire le même nombre de garde. Même nombre de garde de weekend aussi puisqu'on fait les samedi et dimanche, même nombre de garde de vendredi. Tout ça, ça fait partie des choses qui sont à surveiller justement pour qu'il n'y ait pas d'épuisement ou de sentiment d'injustice ou d'inégalité qui fait qu'effectivement certaines personnes peuvent... comme par le passé vriller et partir. C'est déjà arrivé à l'Ile d'Yeu.

- Ah oui.
- Ah oui oui. L'équipe a toujours été très instable. Les gens viennent, passent quelques années et au bout d'un moment s'épuisent et s'en vont.
- J'imagine dans l'équipe vous êtes que des jeunes ?
- Oui on a tous entre 30 et 35 ans. La doyenne elle a 45 ans je crois.
- D'accord. Vous, vous vous voyez faire ça... c'est une activité que vous vous voyez faire pendant un moment encore ?
- Pour l'instant ça ne me dérange pas. Je ne dis pas que ce n'est pas fatiguant et parfois on peste un peu quand on est réveillé la nuit mais je ne ferai pas ça toute ma vie ça je le sais. Je ne sais pas on verra, on verra mais je pense qu'on va rester 10 ans et probablement qu'arrivé à un certain âge j'aurai plus, je le sais c'est quelque chose qui... Je pense que j'aurai plus la force physique de le faire, voilà. Pour l'instant en tout cas ça correspond à une période de ma vie où je suis capable de l'assumer. On a une très bonne entente dans l'équipe. C'est hyper important. L'ambiance est bonne. Toutes les conditions sont réunies pour que ça se passe bien mais c'est un facteur de risque on va dire d'épuisement l'activité MCS et les gardes quoi.
- Ok, il y a d'autres thèses qui ont été faites sur le dispositif. Il y a pleins de conclusions de thèses qui disent que c'est un dispositif qui par l'avenir va... ça ne va pas se pérenniser, c'est quelque chose qui va se perdre dans le temps. L'île d'Yeu c'est différent, c'est à part, il n'y a que vous sur l'île. Mais votre point de vue par rapport à ça, c'est quelque chose dont vous parlez ?
- De cette possibilité là non. Ça on ne l'entrevoit pas parce que moi je ne vois pas comment ça peut fonctionner autrement sur l'île d'Yeu. Du fait de l'isolement on ne pourra jamais, je ne vois pas comment. Ça paraît tellement compliqué de faire par exemple un service d'urgence sur l'île d'Yeu, ce que ça impliquerait en termes de personnel. Il faudrait un nombre incroyable de médecins. Ne serait-ce que si ... Nous on fait des astreintes si on devait faire des gardes on ne pourrait pas travailler avec le même rythme. Honnêtement à part mettre 10 médecins aux urgences je ne vois pas comment ou alors construire un pont (rires). C'est un dispositif nécessaire et qui sauve des vies sur l'île d'Yeu. Ou alors on pourrait fonctionner dans notre coin mais ça serait du bricolage en termes de matériel etc.

- Ok, pour vous, s'il y avait quelque chose à améliorer dans le dispositif qu'est-ce que ça serait ? Pour que ça attire d'autres gens ?
- Nan c'est le... J'trouve qu'on a amélioré beaucoup de chose depuis que je suis arrivé en fait aussi dans le ... dans l'encadrement des gens, des remplaçants, des gens qui venaient travailler ici. Ce qui est vraiment important c'est le fait de ne pas se sentir seul quand on est de garde la nuit, c'est de, éventuellement pouvoir compter sur quelqu'un d'autre, bah soit via le téléphone avec le médecin régulateur ou alors dans notre équipe ça nous arrive de nous solliciter les uns les autres. La nuit c'est ça le facteur protecteur. Moi je vois quand je suis arrivé j'ai été un peu lâché comme ça, « tiens les clefs de la voiture ». Je n'avais jamais vu le sac, machin, j'me dis a posteriori, heureusement que je n'ai pas eu de trucs trop graves parce que je n'avais pas pris l'entière mesure de ce que ça impliquait comme rôle, alors des fois on se met peut-être trop la pression. Peut-être qu'on est devenu trop... Quand je suis arrivé pour donner un exemple, le corpulse il était à l'hôpital, les gens, on ne l'emmenait pas avec nous dans la voiture quand on était de garde, même des fois le sac il restait à l'hôpital. C'est à dire que des fois il y avait une urgence, un arrêt cardiaque, le médecin il passait d'abord à l'hôpital avant d'aller... Aujourd'hui tout est prêt quoi. On n'est pas comme une équipe du SAMU mais quand on est de garde on a la voiture avec le corpulse, le sac, tout est prêt. On est habillé en trente secondes et on est prêt à partir. Ça m'est déjà arrivé d'être plus rapidement sur place sur un arrêt cardiaque que les pompiers parce que ce n'était pas loin de chez moi. Ça partait d'où déjà ça ? (Rires) Ah oui ce qu'il faut améliorer ? Euh voilà c'est... Bah, les formations, continuer à faire des formations, j'pense que c'est hyper important d'avoir des échanges avec le CHD, avec les médecins du CHD réguliers, qu'on soit sur la même longueur d'onde. Qu'on puisse faire remonter nos difficultés éventuelles. On a besoin d'être écouté, d'être soutenu quand ça ne va pas. Voilà. Mais globalement ça c'est plutôt le cas quoi. Il n'y a pas de difficulté généralement.
- Est-ce que...
- Ouai c'est ça, d'être écouté, et quand on a le régulateur au bout du fil, qu'ils aient vraiment conscience de ce que ça implique quand on est à l'île d'Yeu et qu'on est tout seul quoi. J'étais de garde quand ? Vendredi soir j'ai eu une hématomie sur des varices œsophagiennes. Là on a besoin que le mec en face il dise : « écoute, j'arrive, j'me bouge » parce qu'il faut que ça aille vite. Non on n'a pas de bio, non on n'a pas de sandostatine, il y a d'autres choses qu'on n'a pas. Il faut vraiment qu'on soit compris par le médecin régulateur et qu'il comprenne nos limites.
- Qu'ils ne vous laissent pas tout seul.
- Ouai pas tout seul.
- Quels conseils vous donneriez à un jeune médecin généraliste qui veut se lancer dans le dispositif ?

- Euh, bah de le faire c'est chouette. Non mais c'est de faire les formations, essayer d'échanger avec d'autres médecins correspondant SAMU pour comprendre comment ça marche et ce n'est pas quelque chose à prendre à la légère non plus. Il faut avoir conscience de l'enjeu, de ce que ça représente.
- Ok, bah moi j'ai fini, est ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordé qui vous semble important et que vous auriez aimé dire ?
- Longue vie aux médecins correspondant SAMU ! Euh non je n'ai rien de plus. En tout cas, à titre personnel, c'est quelque chose d'extrêmement enrichissant. J'ai vécu des situations que je n'aurai pas vécu autrement. Même si parfois c'était un peu difficile on a un réel service rendu à la population qui est non négligeable. J pense vraiment très important.
- Bon et bien merci d'avoir participé.

Entretien du 10 Février 2021

- Oui moi je fais ma thèse sur les médecins correspondants SAMU, sur leur ressenti, pourquoi est-ce qu'ils ont intégré le dispositif. Je fais ça en Vendée. Si j'ai bien compris vous n'êtes pas médecin généraliste.
- Pas du tout
- Pour commencer est ce que vous pouvez vous présenter ?
- Oui bien sûr, MCS6, je suis médecin Anesthésiste Réanimateur, j'étais interne euh, j'ai fini mes études à La Roche sur Yon et j'avais un...à l'époque j'étais d'abord externe puis étudiant hospitalier parce qu'il y a eu un changement de statut dans les années 69. Les externes sont devenus étudiants hospitaliers. Donc je suis devenu étudiant hospitalier. A l'époque on avait un stage interné d'un an à la fin des études générales. On faisait d'abord médecine générale et à la fin des études de médecine générale on avait un stage interné d'un an que j'ai fait à Thouars dans le service de médecine et il y avait un cardiologue qui s'appelait Docteur Moulin et qui était un cardiologue d'avant-garde. Le service cardio par rapport au service du CHU de Poitiers là où j'avais fait mes études, parce que je suis de Charentes Maritimes, j'ai fait mes études à Poitiers et voilà. Et donc, d'avant-garde, qui était vraiment même en avance au CHU de Poitiers, et en fait c'était un gars qui était complètement livresque ! Et qui était copain de Lenègre qui était un grand cardiologue parisien et qui en plus allait aux Etats Unis dans une clinique connue... mince j'ai oublié...célèbre...
- Mayo ?

- Voilà c'est ça ! Et qui avait des contacts avec les cardiologues et qui faisait, et qui était avant gardiste sur tout ce qui était rythmologie, troubles de l'excitation tout ça, et en fait, il avait peur du sang ! Donc au point de vue théorie/recherche il était génial, c'était un bon pédagogue, un peu buté des fois et donc voilà, et tous les internes qui passaient chez lui il cherchait à les faire bosser quoi ! Et en plus comme il était, il avait peur du sang, en fait, on était ses mains. Donc en théorie il était génial et en pratique il était nul ! J'exagère un peu mais bon. Serge Moulin il s'appelait, je ne sais pas ce qu'il est devenu, bref ! Et en fait, je me suis vachement intéressé à tout ce qui était cardio d'urgence, les infarctus tout ça... dans un service qui était au top. On avait 6 lits de soins intensifs cardio. Après je suis devenu interne... Ah oui ! Accessoirement on faisait des épreuves, les faisceaux de His, nous ! On faisait pour lui ! Lui ne faisait pas ! On faisait tout ce qui était trouble de conduction, troubles d'excitation tout ça. J'ai fait un an avec lui. C'était très formateur. Comme j'étais interne à la Roche sur Yon, on m'a proposé une place en réa et j'ai continué là-dedans et du coup, la cardio c'était compliqué à faire à l'époque. Ça commençait déjà à être réservé entre guillemets aux internes. Si on n'était pas interne au CHU, parce qu'à l'époque il y avait 2 filières : les internes du CHU et la filière des CES, pour faire des spécialités mais il fallait d'abord être médecin généraliste pour faire un CES, enfin il fallait d'abord avoir fini les études de médecine générale pour faire un CES ou alors par le biais de l'internat de CHU. Bon, j'ai pas passé le concours, j'ai pas eu envie, j'étais feignant peut-être. J'avais passé le concours d'interne périphérique quand j'étais à Thouars justement parce que je me disais que la médecine générale...au début je voulais faire pédiatre, j'ai fait mes études de médecine pour faire pédiatre et en fait le premier stage j'ai été en pédiatrie à Poitiers, j'ai été dégoûté de la pédiatrie par un boucher là ! Oh là là, qui franchement se foutait des gamins, il ne faisait pas de pédiatrie, il faisait de l'expérimentation quoi, et voilà... Bon bref. Donc premier stage pédiatrie et franchement bon, ça m'a un peu dégoûté donc après je voulais faire médecine générale et je n'ai pas eu, soit le courage ou l'envie de passer le concours de l'internat pour être interne au CHU qui se passait en 3 ou 4 -ème année à l'époque et ce stage à Thouars m'a fait dévier, voilà. Donc cardio c'était bouché par l'internat, c'était très difficile de faire cardio, il y avait un CES mais les places étaient prises par les internes et donc voilà, et donc... par contre anesthésie réanimation il y avait de la place, aux urgences, il y avait de la place puisque les urgentistes n'existaient pas.

- Ça c'était en quelle année du coup ?

- 72-73 mon stage interné et 73 jusqu'à 77, j'étais interne à la Roche et donc j'ai fait beaucoup de réa et du coup je suis... à l'époque il n'y avait qu'un médecin anesthésiste à la Roche. Vous connaissez la Roche ?

- Oui j'y suis passé en pédiatrie et en gynéco.

- Donc il n'y avait qu'un médecin anesthésiste, donc c'était le vieil hôpital, l'Hôpital Napoléonien qui était en ville, boulevard d'Angleterre, je ne sais pas ce qui a à la place... un bâtiment tout neuf. Et donc il y avait eu un clash l'année avant que j'arrive

parce que ça fonctionnait en collaboration avec la clinique Saint Charles. Donc il y avait eu un clash parce qu'il n'y avait qu'un seul chirurgien qui était temps plein à l'Hôpital, le Dr Delorme, et tous les autres c'étaient des médecins qui étaient à la fois à la clinique et à l'hosto. En gros, il y avait deux ou trois qui travaillaient à l'hosto et à la clinique et leurs femmes étaient anesthésistes comme ça... Pourquoi pas. Les gars ont quitté l'hôpital donc il n'y avait plus qu'un chirurgien et un anesthésiste. Donc je suis arrivé là-dessus donc il y avait tout à faire, les urgences c'était... Par rapport à l'hôpital actuel ça n'a rien à voir ! Donc on a beaucoup bossé avec l'anesthésiste et deux ou trois internes qui étaient motivés et on a bossé beaucoup pour les urgences, pour la réa. Par exemple il y avait combien ? 4, 6, 7 lits de réa à l'époque et il y avait un rein artificiel avec des séances de rein artificiel qui avaient été côté, le rein il était encore dans son emballage ! Pour dire l'ambiance générale de l'hosto. En médecine il n'y avait que des médecins généralistes qui étaient dans les services de médecine, voilà. Le premier cardiologue qui est arrivé, le Dr Douarin, un vrai cardiologue parce qu'avant c'était un pseudo etc... Donc tout était comme ça, il y avait tout à faire. Et par hasard, par hasard non, à l'époque c'était pas comme maintenant, tu pouvais... En plus c'était bizarre parce qu'à l'époque tu pouvais développer ton hosto comme tu voulais, il y avait des sous et ils ne rechignaient pas à filer des sous et tout... Et donc l'année d'avant le clash, il y avait le directeur de l'hôpital et un des chirurgiens de la clinique qui était président de la CME et qui était à l'hosto aussi, qui était copain avec Giscard d'Estain et avec Poniatoski qui était ministre, les républicains indépendants ou je ne sais plus quoi... Et donc il est allé le voir et il avait obtenu le ferme et définitif, la construction des Oudairies avec un hôpital... il y avait deux services de chirurgie à l'époque, dont un qui était quasiment fermé. Tout ce qui était intéressant ça partait à la clinique et le reste ça restait à l'hôpital, c'était un mouvoir quoi. Donc il y avait 2 services de chirurgie de 20 lits et aux Oudairies il y avait 4 services de 30 lits, voilà, tout était comme ça. La médecine il y avait un service de 20 lits et pareil il y avait gastro, cardio, machin et tout pour les Oudairies, un hôpital gigantesque quoi. Donc il y avait beaucoup de boulot à faire, enfin moi j'étais interne donc j'ai bossé autant que je pouvais mais avec Delorme c'était un chirurgien polyvalent qui se disait le meilleur mais qui ne faisait pas grand-chose et donc il y avait Jagnard qui était anesthésiste, le seul à l'époque et donc on a réussi à bosser quand même pas mal dans cette réa, dans les urgences. Il y a Dubouet qui est arrivé, un néphrologue, enfin il était interne mais qui était en néphro. On a réussi à recruter Rouleau, le chirurgien qui était longtemps le président de CME et même président des présidents des CME pendant plusieurs années. Bourdon un urologue etc... Donc il y avait de la place en anesthésie, donc je me suis dit que j'allais me tourner vers l'Anesthésie Réanimation, c'était tout jeune comme spécialité parce qu'avant c'étaient les bonnes sœurs qui faisaient les anesthésies sur ordre des chirurgiens. On n'a jamais compté les heures. Quand on rentrait à 22 heures, surtout aux Oudairies, parce que dans l'ancien hosto il n'y avait pas de... Le bloc était merdique, mais quand on était aux Oudairies c'était pfff...

- Donc vous avez fait toute votre carrière à La Roche ?
- Une grande partie, après je suis allé... J'ai commencé le CES ici en accord avec Mme Nicolas qui était la grande chef à l'époque de l'anesthésie réa de Nantes, grande patronne, et son mari qui était chef de service de cardio. J'ai fait la première année à la

Roche et j'ai fini à Nantes et quand je suis revenu, en fait, on a monté le SAMU de la Roche en 78. Je suis revenu à la Roche on a monté le SAMU avec Poissonnet qui était un anesthésiste qui était venu l'année d'avant, ça l'arrangeait bien le SAMU parce qu'il y avait beaucoup d'administratif, beaucoup de discussions, beaucoup de choses comme ça, c'est qu'il n'aimait plus le bloc en fait... D'ailleurs il s'est très vite mis dans son bureau en bas au SAMU et il n'en bougeait plus. Bref ! Après avec un collègue, Henry, qui est parti à Amnéville, responsable du SAMU, donc on a beaucoup bossé aux urgences et SAMU et moi aussi en réa parce que j'étais... parce que quand je suis revenu j'étais assistant en réa. Donc j'ai fait anesthésiste avec le côté réa, c'était plutôt ça mon trip !

- Les urgences aux Oudairies c'était quand ?
- Ça a ouvert en 76 les Oudairies donc il y avait déjà le service des urgences mais il n'y avait pas de médecin ! Il y avait des internes ou alors c'était nous qui assurons les urgences lourdes quoi. Donc il y avait Pointeau, médecin généraliste qui était orienté plutôt urgence qui nous aidait pas mal, mais le SAMU c'était nous. Le chef officiel c'était Jannière puis après c'est devenu Poissonnet qui faisait fonctionner les urgences, le SMUR, donc tout ce qui était urgence grave c'était nous quoi. Il y avait un bloc de 3 salles d'opération aux urgences et 9 salles d'op au bloc central, donc on ne faisait rien, je veux dire, dans les années 72, 73 et 74 il ne se passait quasiment rien à l'hosto et aux Oudairies, un hôpital avec 12 salles d'op ! Don j'ai toujours été orienté urgences, trucs comme ça... urgences, mater et réa, voilà.
- Maintenant vous êtes à la retraite si j'ai bien compris, depuis quand ?
- Depuis 2013. En gros notre vie c'était 7 heures du matin jusqu'à 22 ou 23 heures tous les jours quand on n'était pas de garde. Donc il y avait Jannière, Poissonnet, Henry et moi. Il y avait une petite Miss qui était venu au bout de deux ou trois ans en 80 en temps partiel qui faisait que du bloc et donc voilà c'était ça. Le boulot c'était de courir partout toute la journée entre le bloc, la réa, le SMUR, les urgences graves et tout et en plus à la fin de la journée quand t'avais fini ta journée il fallait faire la visite dans les services parce qu'à l'époque il n'y avait pas de consultation d'anesthésie, donc tu avais 7 ou 8 malades à voir pour le lendemain pour le bloc avec des fois des trucs compliqués chez les cardiaques, les trucs, les machins... Tu découvrais un malade complètement déséquilibré à 20 heures-21 heures et tu te démerdes pour qu'il soit près le lendemain. Donc voilà.

Moi je me suis beaucoup battu pour les consultations d'anesthésie. On a commencé à la Roche un an ou deux avant que ça soit rendu obligatoire. Il n'y avait que moi qui les faisait parce que mes collègues ça ne les intéressait pas. Moi je trouvais ça débile de découvrir des malades le soir. Donc après c'est devenu obligatoire en 81 ou 82 même un peu plus.

- Donc oui à la retraite en 2013 et vous avez intégré le dispositif MCS en juin de cette année c'est ça ?

- Oui, et donc en gros c'était ça le boulot, et en 85, il y avait 2 choses, d'abord il y avait le changement de statut, parce qu'avant il y avait 3 catégories de médecins, le chef de service, les adjoints et les assistants, c'étaient les PH actuels quoi, mais il y avait 3 catégories avec statuts différents, carrières différentes et rémunérations différentes. En gros, les chefs de service étaient payés 2 fois plus que les autres, en gros, donc il y avait eu des manifestations et donc un changement de statut ou tout le monde était à la même enseigne, praticiens hospitaliers avec des...qui avaient des fonctions de chef de service mais pas du tout reconnu. Donc il y avait ça et d'autre part on était en Burn out. Il faut quand même le reconnaître parce que quand tu fais ça tout le temps depuis des années. Parce que moi ça a duré de 73 à 84 à pas vivre à faire que de l'hôpital. Le premier qui est parti c'est Henry et après je suis parti, mine de rien j'étais reclassé au 3^{ème} échelon de PH, parce que j'étais adjoint, si je restais là et si je trouvais un poste de chef de service, je passais au 7^{ème} échelon donc in extremis, dernier mouvement, parce qu'il y avait deux mouvements, donc au dernier mouvement j'ai trouvé un poste de chef. Enfin c'était un prétexte, enfin, ce n'était pas négligeable non plus de passer du 3^{ème} au 7^{ème} échelon, bref. Mais en fait on en avait marre, on s'est tous barré en fait. En gros on était tous épuisé, et donc on s'est tous barré.

- Vous êtes allé où après ?

- En Corrèze comme chef de service. Sauf que l'équipe qui est arrivé après nous, le premier qui est arrivé il a dit qu'il ne voulait pas bosser dans des conditions comme ça. De 3, un an après ils étaient 10, et deux ans après ils étaient 15 ! Il faut dire aussi que l'activité a monté, seulement nous comme des idiots, on faisait tout ! Nous on avait beau dire « on y arrive plus », voilà. Comme on faisait, bah...voilà. Moi je suis parti à Ussel et d'Ussel, je suis parti Outre-Mer. J'ai fait les Antilles et la Nouvelle Calédonie mais j'étais toujours... A Saint Martin aux Antilles, j'étais chef de service des urgences, à Ussel, j'étais chef de service des urgences/SMUR et après j'ai continué toujours comme ça. Donc je suis revenu les dernières années à Challans. Comme on avait vécu beaucoup dans les Iles, on est revenu à Noirmoutier plutôt que dans les terres. Bref ! J'ai fini à Challans et puis la retraite et comme j'ai fait que ça, j'ai continué parce que je ne savais pas trop quoi faire.

- Donc Challans jusqu'en 2013 et entre 2013 et maintenant ?

- Ici, il y avait le SSR qui était à.... Beau secours à La Guérinière. En fait c'était une maison de repos qui était privé, tenu par des sœurs et c'est une maison de repos pour les Parisiens qui venaient ici pour se rebooster qui était poser sur la plage à La Guérinière dans un vieux bâtiment qui appartenait aux sœurs et au bout d'un moment, je ne sais pas ce qui s'est passé, ça s'est transformé en SSR et c'était Challans qui gérait cet établissement. Voilà. Il n'y avait pas beaucoup de kiné, c'était plutôt, moitié gériatrie... Bon bref. Il y avait un médecin généraliste qui tenait le SSR. En décembre 2013, même bien avant ça, en avril 2013, elle est partie du jour au lendemain. Je ne l'ai pas connu. Je crois qu'elle est sur la côte pas loin, elle a ouvert un cabinet de médecine générale. D'après ce qu'on m'a dit c'était un problème de statut qu'elle

avait négocié avec le CHLVO et comme ça ne marchait pas elle est partie. Elle avait dû mettre un ultimatum. Mon épouse est infirmière donc elle travaillait là-bas. Moi j'avais le choix et donc comme je venais de prendre ma retraite, bah, je me suis occupé du SSR. Après j'ai fait des remplacements un peu partout. Le Covid, j'ai bossé en réa à Tulle et puis voilà, je n'ai pas arrêté depuis la retraite. On m'a rappelé en Nouvelle Calédonie, à Saint Martin, même à Challans, j'ai fait du SMUR, des urgences, voilà.

Et puis j'ai été pris d'une idée subite, je me suis dit que j'allais faire des consultations avancées... ce n'est pas vraiment ça, parce que les collègues, ils étaient 11 médecins il n'y a pas si longtemps que ça.

- Sur l'île ?
- Oui, ils ne sont plus que 5 ! Donc, j'ai discuté plusieurs fois avec Vartanian et au bout d'un moment « Moi je suis là, je peux vous aider éventuellement, faire un peu de médecine générale, des urgences ». Et j'ai voulu faire ça, d'autant plus que mon épouse est infirmière et a fait une formation d'Ostéopathe et quand elle eut fini en 2018, on lui a trouvé un cabinet, il fallait lui trouver un cabinet pour qu'elle exerce, et la maison médicale s'était créé et l'ancien cabinet de Vartanian où il était, était vacant, il était libre. C'est le premier médecin de Barbâtre, il était à Perrier, il avait fait construire ce bâtiment et apparemment il avait eu des mauvaises relations avec les médecins qui ont suivi notamment Vartanian et les 2 autres médecins qui ont suivi, Docteur Courtier et Riault. Et donc il a décrété qu'il le vendait et il l'a même bradé. Il est toujours là, sa femme est pharmacienne, lui il a créé le cabinet médical ici. Et dans l'ancien cabinet il y a deux espaces et ma femme est là-dedans.

Et donc j'ai dit : « Je viens avec vous et je vous aiderai », pourquoi pas ? Je n'aurai pas fait un temps plein mais faire au moins un peu, et le conseil de l'ordre n'a jamais voulu.

- Pourquoi ?
- Parce que je n'ai jamais fait de médecine générale alors ils n'ont pas voulu. Alors j'ai eu une idée farfelue, je me suis dit : « Pourquoi pas faire des consultations avancées d'anesthésie ». Parce que les gens qui vont effectivement à Nantes ou à la Roche pour une consultation d'anesthésie pour, euh, par exemple, pas des interventions sur le cœur mais pour la cataracte ou des trucs comme ça, est ce que c'est vraiment utile qu'ils fassent 150 bornes ? Donc j'ai dit que j'allais faire ça. Je trouvais que c'était une bonne idée, j'en ai discuté avec la sécu pour savoir ce qu'ils en pensaient, ils m'ont dit : « Ah là là mais nous on applaudit à deux mains », parce qu'on paye des VSL pour des gens qui ne voient rien pour une consultation d'anesthésie à la Roche ou à Nantes, sauf qu'il y a eu le covid qui est arrivé. J'ai ouvert le cabinet en mars, il y a eu le Covid, plus d'interventions, machin et en fait depuis ça n'a jamais fonctionné. J'ai investi 140 000 euros. Après Anesthésiste Réanimateur, ils sont bien gentils, mais si je fais une consultation et qu'il y a un mec qui fait un arrêt et que je fais le 15 ou le 18, je pense qu'on pourrait me le reprocher donc je me suis équipé court quoi !

Défibrillateur, machin pour intuber, aspirateur, enfin tout quoi pour pouvoir répondre aux impératifs d'Anesthésiste Réanimateur.

Donc voilà, j'ai discuté avec Vartanian pour les aider éventuellement un peu pour prendre des gardes mais avec le problème de l'ordre c'était compliqué et donc du coup j'étais bien content de prendre des gardes MCS.

- Avant vous connaissiez le dispositif ?
- Non non je ne connaissais pas avant que Vartanian m'en parle.
- Comment vous vous organisez quand vous êtes MCS ? Vous prenez une astreinte par semaine ?
- Bah c'est variable, des fois c'est 8 dans le mois. On est 4 donc globalement c'est ça ouai.
- Donc comment vous vous organisez ?
- Bah comme les autres ! J'ai tout mon matos dans la voiture.
- Du coup, vous aviez tout votre matériel finalement.
- Ah bah oui parce que j'avais déjà tout acheté par ailleurs, parce que sinon c'est le SAMU qui fournit. Du coup j'ai regretté parce que si j'avais été MCS plus tôt le SAMU m'aurait tout fournit et ça serait tranquille mais bon...
- Pour la dotation quand vous avez utilisé votre matériel ils vous fournissent ?
- Ah oui pour le renouvellement des médicaments tout ça. Après je suis un peu brimé parce que je suis quand même anesthésiste réanimateur et urgentiste aussi et des fois on est un peu limité quoi, parce que comme ils travaillent avec les médecins généralistes ce n'est quand même pas tout à fait les mêmes expériences et le même travail quoi. Ça m'est arrivé qu'une fois mais par exemple on n'a pas le droit à la noradré...
- Toutes les drogues ne sont pas dispo quoi.
- Voilà, parce que ce sont des médecins généralistes, on n'a pas le droit à la kétamine parce que ce sont des médecins généralistes, des choses comme ça, des choses que je manipule facilement. Je conçois que les médecins généralistes n'ont pas l'habitude de manipuler ce genre de drogue mais voilà... Parce que par exemple, l'autre fois il y avait une petite dame qui a été retrouvé dans le coma, en arrêt, bon bref. On a réussi à faire repartir mais le problème c'est quand on l'a ventilé, intubé et mis sous sédation à l'hypnovel et bien la tension elle s'est cassé la gueule ! Et pas de noradrénaline, on est embêté ! Moi je l'aurai bien utilisé. Après elle est allé à Nantes.

Une autre fois il y avait un mec qui faisait un choc septique, il avait 8 de tension, un pouls à 140, machin, je le remplis, alors c'est sûr que le SMUR arrive après mais bon...

- Donc vous vous sentez un peu limité ?
- Bah oui, limité par rapport à l'habitude de bosser quoi, alors que maintenant tout le monde le dit qu'il faut traiter le choc le plus rapidement possible, c'est une perte de chance quoi !
- Mais du fait que vous soyez anesthésiste réanimateur, vous n'avez pas pu négocier avec l'ARS et le SAMU ?
- Bah j'ai négocié avec le chef du SAMU, euh... Fradin ! Mr Fradin que je connaissais parce que je l'avais déjà vu à la Roche et donc voilà. Mais il n'a pas l'air....
- De vouloir ?
- Non, il n'a pas l'air de vouloir. Alors après moi je ne me sens pas brimé mais c'est plutôt gênant.

(Est parti chercher quelque chose dans une autre pièce et reviens avec un papier qu'il me montre.)

Ça c'est le directeur, le directeur du CHD à l'époque qui était poète à ses heures et qui avait, comme beaucoup d'Hôpitaux, qui avait fait une revue hospitalière qui s'appelait... Il m'avait fait un petit poème à l'époque.

(Je le lis dans ma tête)

C'était en 78, c'était une petite revue où il y avait les arrivées, les départs, les décès, les naissances, les retraites, un reportage sur le service enfin toute la vie de l'Hôpital quoi ! Et donc le directeur qui avait lancé ce journal, maintenant tous les hôpitaux en ont un, et donc moi quand je suis arrivé à Ussel, j'ai lancé la revue de l'Hôpital d'Ussel parce que j'étais habitué à ce genre de truc et voilà.

- Donc oui, MCS depuis le mois de juin, 8 astreintes par mois à peu près vous me disiez, vous sortez beaucoup ?
- C'est complètement variable, une fois j'ai eu 5 astreintes de suite, je n'ai pas eu un appel et la semaine d'après j'ai été appelé 3 fois en 24 heures donc c'est complètement variable. Après, c'était au mois de juin où j'avais 5 astreintes de suite, j'avais fait vendredi, samedi, dimanche, lundi et mardi et je n'ai pas eu un seul appel, à tel point que j'ai appelé le SAMU pour leur demander s'ils avaient mon numéro ! « Ah non on n'a pas cherché à vous joindre ». Après au mois de juillet la première garde qui a suivi j'ai été appelé 3 fois, 2 fois pour des noyades et une fois pour une fracture de coude.
- Ça vous apporte quoi d'être MCS ?

- Bah je ne sais pas, j'ai l'impression de servir à quelque chose !
- Finalement à la retraite vous n'avez jamais lâché.
- Non, parce que je ne sais pas faire grand-chose d'autre et vu mon expérience quand j'étais étudiant hospitalier, j'ai bossé pas mal en réa, d'abord parce que j'avais pris des nuits d'infirmier pour améliorer les fins de mois, parce que je n'avais pas beaucoup de sous à l'époque, maintenant non plus d'ailleurs, enfin bref, parce que médecin hospitalier on n'est pas malheureux mais enfin on n'a pas des sommes astronomiques ! Enfin bref. Donc à l'époque je n'avais rien mais même à l'époque je pense que ce n'est pas possible de faire ce que j'ai fait, parce que j'étais boursier et heureusement parce que mon père était décédé, ma mère elle ne faisait rien, elle n'avait pas de métier donc si je n'avais pas été boursier... je pense qu'actuellement c'est impossible de faire ce que j'ai fait parce que les jeunes ne sont plus aidés comme j'ai été aidé. Je crois, enfin, peut-être pas impossible mais difficile. L'évolution n'est pas si bien que ça pour les gens qui sortent d'un milieu défavorisé comme je l'étais et je crois qu'ils ne vont pas y arriver parce qu'ils n'ont pas les aides. J'ai pu faire les études de médecine grâce aux aides, bon j'avais peut-être des prédispositions intellectuelles mais si je n'avais pas eu ces aides ça aurait été difficile. Donc pour améliorer les fins de mois j'ai fait infirmier quand j'étais en troisième année de médecine et comme moi j'aimais bien la réa, les infirmières elles t'apprennent à piquer...
- Pour en revenir un peu sur votre activité de MCS, pour avoir interrogé d'autres MCS, alors vous c'est tout nouveau, mais eux trouvent qu'ils sont de moins en moins déclenchés et ils me disent qu'il y a certains régulateurs qui ne connaissent pas le dispositif...
- Moi je ne sais pas parce que je suis tout jeune dans le truc mais c'est vrai que ne pas être appelé pendant 5 jours j'étais surpris mais bon c'est quand même relativement rare qu'on ne soit pas appelé, au moins une fois, sauf lundi où je n'ai pas été appelé mais toutes les autres fois j'ai été appelé au moins une fois. Les 2 derniers patients que j'ai eu c'étaient des hypothermies. C'est le truc que j'ai bossé à la Roche quand j'étais en réa parce qu'il y en avait beaucoup et ça m'avait beaucoup mobilisé, j'ai même fait des publications là-dessus et j'ai beaucoup bossé dessus parce que tous les gens qui arrivaient en hypothermie ils mourraient tous parce qu'on ne savait pas s'en occuper quoi. Donc j'ai retrouvé ce cas-là, une petite dame de 88 ans qui a été retrouvée chez elle, elle avait 27.8° de température et le dernier c'était 27.4°. Donc effectivement à 88 ans, on ne va pas lui proposer l'ECMO, c'est sûr, mais encore une fois on peut lui proposer mieux que ce qui a été fait quoi !
- Parce que vous étiez limité ?
- Non ce n'est pas ça mais pfff, le médecin du SMUR qui est venu il ne connaît pas l'hypothermie, il ne sait pas ce que c'est manifestement ! Parce que la dame elle avait une fréquence cardiaque à 22 et un élargissement du QRS mais c'est normal en hypothermie, et lui il voulait qu'elle ait 80 donc il lui faisait adrénaline sur adrénaline ! Je lui disais : « Mais arrête tu vas la faire passer en fibrillation ! » ce n'est

pas ça le traitement, en rythme sinusal, enfin pas sinusal mais elle a un rythme cardiaque spontané et une tension qui était à 11, enfin qui variait entre 9 et 11 et c'est bon ! Elle a 27 de température qu'est-ce que tu veux faire ? Et non il a fait adrénaline sur adrénaline et elle a fait sa fibrillation avant d'arriver à Challans et voilà, bon.

Alors le dernier je l'ai envoyé avec les pompiers et je leur ai dit : « vous le laissez sous oxygène, vous lui mettez des couvertures, bien au chaud, enfin pas trop chaud le truc et surtout vous ne le stimulez pas et on attend ». Et effectivement le lendemain il avait 37°, ils ont continué aux urgences là-bas. Parce que quand on est trop agressif, ça se termine mal.

- Vous êtes dans le dispositif depuis pas longtemps mais est ce qu'il y a des choses que vous avez remarqué qui pourrait être amélioré ? Justement vous me parliez des drogues auxquelles vous n'aviez pas accès.

- Ouai, par exemple on n'a pas le droit de... A l'île d'Yeu ils ont le droit d'avoir des fibrinolytiques et pas nous ! Alors d'accord il y a le SMUR de Challans mais il lui faut quand même 45 minutes pour arriver, bon, nous il nous faut 5 à 10 minutes, donc on gagne 30 minutes, est ce que ça vaut le coup de gagner 30 minutes ou pas ? That is the question ! Moi je me pose la question mais j'ai la réponse, moi je pense que ça vaut le coup. Bon, voilà, des trucs comme ça.
Est-ce qu'on ne pourrait pas en profiter avant que je meure pour... C'est ce que je me dis.
A l'île d'Yeu ce sont des médecins généralistes aussi, certes ils sont, entre guillemets, hospitaliers mais ce sont quand même des médecins généralistes et eux ils ont le droit d'utiliser les fibrinolytiques. Alors c'est vrai que l'hélico met peut-être plus de temps et qu'il n'est peut-être pas toujours disponible mais nous le pont peut être fermé s'il y a du vent supérieur à 120 km/heure. Je ne sais pas pourquoi. Mais quand on n'en a pas, on n'en a pas, on ne va pas l'inventer parce que le pont est fermé !

- Il y a d'autres drogues comme ça ? Vous parliez de la kétamine...

- Je ne comprends pas pourquoi, mais je crois que c'est en train de changer. Les urgentistes par exemple, ils n'ont pas le droit d'utiliser de la kétamine. Ils ont droit depuis pas longtemps à l'etomidate, ils ont le droit depuis pas longtemps au propofol mais pas à la kétamine ! Pourquoi ? Je me pose la question.

- Quand ils partent en intervention à l'extérieur ?

- Non non les urgentistes, mais pourquoi ? La kétamine est une excellente drogue pour endormir les gens choqués justement parce que ça n'a pas d'effet hémodynamique, enfin c'est sympathomimétique contrairement aux autres qui sont parasymphomimétiques donc ils font chuter la tension, bradycardie tout ça, alors que la kétamine ça fait plutôt monter la tension, c'est vasoconstricteur, bon bref ! Et en plus à priori si on l'utilise toute seule il n'y a pas de, à dose normale, il y a une

protection des voies aériennes, par ce que le réflexe de déglutition est conservé, donc que des qualités ! Je ne sais pas pourquoi ils n'ont pas le droit.

- Du coup vous participez aux formations continues ?
- Oui, justement sur l'Ile d'Yeu au mois d'Octobre. C'est bien, c'est intéressant. Cette année ça va être ici à Noirmoutier, on ne sait pas encore le thème. C'est intéressant ces formations, surtout les formations sur mannequins. Je suis allé en faire, parce que j'ai été dans des endroits un peu isolés comme à Wallis et Futuna par exemple. Et bien il n'y a pas de pédiatre par exemple. Il y a une maternité mais il n'y a pas de pédiatre, voilà. Du coup c'est l'anesthésiste qui fait le pédiatre. Et sachant ça j'ai fait une formation de réa néonatal à Limoges et j'ai fait en revenant une simulation à Nantes au CESU au centre de simulation sur la néonatal.
- Qu'est-ce que vous donneriez comme conseils à un médecin généraliste qui voudrait se lancer dans le dispositif ?
- Qu'il fasse un peu d'urgence, voilà. Déjà en formation au centre d'enseignement à Nantes et puis en doublure d'urgence/SMUR, mais bon je pense que la plupart ont fait ça, non ?
- Et bien en médecine générale, on passe 6 mois dans un service d'urgence, stage qui est obligatoire.
- Oui voilà, moi ce que m'a reproché le conseil de l'ordre est un peu vrai sauf que je suis qualifié en médecine générale puisque c'était obligatoire pour faire une spécialité de mon époque. C'est supprimé depuis 95. On m'a demandé de choisir ce que je voulais faire, soit ma qualification de médecin généraliste, soit ma qualification de médecin anesthésiste réanimateur mais que je restais qualifié mais que je pouvais revenir sur mon choix éventuellement, ça c'était en 95 et finalement je ne peux pas revenir sur mon choix. Alors ils m'ont demandé de faire un an de formation complémentaire pour pouvoir faire médecin généraliste. J'ai dit que je n'avais pas très envie quand même, avec je ne sais plus combien d'heures de formation et accessoirement 8000 euros. C'est une formation qui est réservée pour les médecins qui n'ont pas exercé depuis plus de trois ans ou qui reviennent avec un diplôme étranger ou je ne sais pas quoi. Je n'ai pas eu envie.
- Vous pensez rester combien de temps dans le dispositif ?
- Ah bah je commence à prendre de l'âge, je vais vers 73 ans cette année, donc bon, ça ne va peut-être pas durer un siècle, peut-être 3-4 ans. Mon cabinet je vais finir par le fermer parce que la CARMF, l'URSSAF me réclame des sommes astronomiques pour continuer alors que je suis déjà retraité alors ça ne me sert strictement à rien, en plus je ne gagne rien. Là actuellement, j'ai repris le SSR pour quelques semaines parce qu'il y a un médecin qui s'est arrêté.

- Ok, bon moi j'ai terminé, je ne sais pas si vous aviez des choses à rajouter ?
- Non mais c'est très bien ce dispositif, parce qu'effectivement le SMUR est un peu loin donc s'il y a quelqu'un qui peut commencer... Quand j'étais à Ussel j'ai fait aussi parti de la commission d'organisation des urgences du Limousin donc on avait défini qu'il fallait trente minutes, qu'il fallait un maillage du territoire dans un maximum de trente minutes parce qu'effectivement la perte de chance ça existe c'est pour ça que les fibrinolytiques machin c'est... ça me chatouille un peu mais bon bref. Ceux d'ici ils ne sont pas plus bêtes que ceux de l'Ile d'Yeu pour l'utiliser à bon escient. Heureusement que ce dispositif existe, parce que 45 minutes c'est long, donc s'il n'y a pas mieux, s'il n'y a pas une prise en charge mieux en attendant les 45 minutes, l'intérêt du dispositif reste limité.
- Bon et bien merci !
- Et bien
-

Entretien du 16/03/21

- Merci d'avoir répondu, d'avoir accepté de participer à mon sujet de thèse. Mon travail consiste à recueillir le ressenti des médecins correspondants SAMU, leurs ressentis sur le dispositif, sur leurs intégrations, leurs motivations, éventuellement s'il y a des points négatifs sur ce dispositif, qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour améliorer le dispositif s'il y avait besoin.
C'est un sujet qui fait suite à la thèse de baptiste Archambaud, qui est aussi médecin correspondant SAMU sur Noirmoutier. Lui faisait une revue d'activité des MCS vendéens entre 2014 et 2017 et il s'était rendu compte que dans trois territoires en Vendée, le nombre d'astreinte diminuait au fur à mesure des années et que peut être ces médecins s'épuisaient...
- Ouai
- Voilà, j'ai axé ma thèse un peu là-dessus, c'est-à-dire, est ce que cette activité-là, est une activité qui peut être épuisante quand on l'exerce dans un territoire donné, est ce qu'il existe déjà un épuisement des MCS en Vendée ?
- Bah je pense que la réponse est évidente (rires). Je vais juste chercher mon café et j'arrive...
Et du coup tu fais avec Baptiste Archambaud ?
- Non, c'est Cyrille Vartanian qui était aussi le directeur de thèse de Baptiste Archambaud d'ailleurs.

- D'accord, OK. Et il faudrait que je te... Du coup, t'as pas eu de réponse de MCS10 et MCS9 ? Ni MCS8 ? En fait je pense que je vais te donner leurs numéros, ça ne va pas les déranger. Au pire tu peux les appeler et puis tu vois avec eux quoi.
- Ouai, je ferai ça, je prendrai après, j'avais déjà eu leurs mails persos, je leur avais envoyé un mail mais je n'avais pas eu de réponse.
- C'est vrai qu'ils sont un peu comme moi, ils ont dû oublier de répondre.
- Je me suis dit, vaut mieux faire les entretiens cet hiver parce que quand la haute saison va commencer, après c'est foutu...
- Ouai et puis nous on se fait un peu manger par le Covid aussi. Ça nous prend un temps complet, donc on est un peu en galère là.
- Les vaccinations ?
- Bah vaccinations et tests. C'est nous qui faisons les tests donc le matin on teste et l'après-midi on vaccine, donc ça nous prend un temps plein, donc voilà, c'est pour ça qu'on est un peu débordé !
- D'accord ! Pour faire un peu dans l'ordre, est ce que vous pouvez vous présenter ?
- Et bien oui ! Du coup je suis MCS7, je suis médecin généraliste sur l'Ile d'Yeu depuis maintenant bientôt 3 ans. De fait j'ai intégré le réseau MCS parce qu'au début ce n'était pas forcément trop ce qui me... Je n'aurai pas fait d'urgence je pense si je n'avais pas été sur l'Ile d'Yeu. Après j'en faisais déjà avant parce que j'ai été médecin en Nouvelle Calédonie, médecin remplaçant en Nouvelle Calédonie et du coup, là-bas aussi il fallait faire la permanence des soins et l'urgence locale donc au fait en dispensaire je faisais déjà un peu cette activité-là.
- Ok, donc 3 ans sur l'Ile d'Yeu, l'internat ? Dans la région ou pas du tout ?
- Pas du tout, j'ai fait mon externat à Nantes mais après j'ai fait mon internat dans l'Océan Indien, à Mayotte.
- OK, d'où les remplacements en Nouvelle Calédonie peut être ?
- Oui c'est ça, je suis parti en Nouvelle Calédonie pour un projet professionnel, j'avais un DU de médecine tropicale, je voulais continuer un peu là-dedans, et puis j'aimais

bien la médecine isolée, je m'étais dit : « Allez je me lance dans la cambrousse quoi ! » Et puis il y avait tout un versant de santé publique qui m'intéressait en Nouvelle Calédonie. J'ai fait ça un an et demi et puis voilà. Finalement j'ai trouvé ça fatiguant parce qu'on avait des astreintes pour le coup. En fait on était en dispensaire donc on était en zone très isolé là-bas. En fait j'étais de garde un soir sur deux, un soir sur trois avec des astreintes, pas des gardes à dormir au dispensaire mais des astreintes ou il faut être dispo en 10 minutes pour des grosses urgences et ouai donc c'était un peu usant quoi. Donc j'avais prévu de ne plus en faire, et finalement voilà.

- Vous n'avez pas de formation à l'urgence ? Vous êtes médecin généraliste mais...
- Ouai, Ouai je suis médecin généraliste, je n'ai pas de formation à l'urgence, j'avais fait mon stage d'urgence pendant l'internat et après... bah non j'ai fait... Au dispensaire j'ai appris pas mal sur le tas et ici après j'ai eu les formations MCS, je crois 3 journées par an. Moi j'en ai fait deux.
- Comment vous êtes arrivé sur l'Ile d'Yeu alors ?
- Et bien en rentrant je cherchais un remplacement, je me suis dit : « en Pays de Loire ça serait pas mal ». Ça me rapprochait de... J'avais plutôt le projet de m'installer à Paris au départ mais ça me faisait un peu grand changement quoi ! Donc je me suis dit : « pour l'été je vais retourner sur la côte » et du coup c'est comme ça que je suis arrivé là. Finalement ça m'a plu et en fait quand je suis arrivé il y avait le Dr José Florence qui partait donc j'ai pris son poste.
- Et quand vous êtes arrivé sur l'Ile d'Yeu il y a eu un doublage quelques jours ?
- Ouai ici c'est bien, j'ai été doublé sur ma première journée de garde. Ma première journée de garde on m'a montré le fonctionnement de la salle, du matériel, comment appeler le régulateur, la voiture, tout le fonctionnement. Et après comme c'est un petit territoire, qu'on se connaît tous, que c'est une petite équipe, on est... On fait tous MCS, en fait du coup tout le monde est hyper dispo en cas de question ou quoi, on s'appelle entre nous, on s'entraide et après même les régulateurs sont hyper sympas donc il n'y a jamais de soucis.
- Ce que vous avez apprécié sur l'Ile d'Yeu pour vous installer c'était quoi finalement ? C'était l'activité salariée ? C'est l'insularité ?
- Bah c'était un peu tout en fait, je retrouvais un peu le côté insulaire avec une médecine hyper variée, avec de la pédiatrie et de la gériatrie, du suivi à une urgence absolue quoi, du coup ça c'est vraiment le côté intéressant. Après le côté salarié c'est un super point, c'est clair qu'il n'y a rien d'autre à gérer, il n'y a pas d'administratif et ça c'est

pas mal ! Euh et puis après, même, je voulais plus faire d'urgence, au final, d'en faire... Là on est 7 à tourner sur le planning donc ça fait une garde par semaine, ça m'allait bien par rapport à ce que je faisais avant ou j'en avais entre deux et, enfin où j'étais de garde tous les deux jours quoi !

- Ouai donc une garde par semaine ça reste gérable.
- Ouai ça reste gérable, après c'est vrai que c'est fatiguant quoi, mais ça reste gérable quoi !
- Ouai sans avoir d'appétence pour l'urgence, ça le fait quand même.
- Ouai au début je n'aimais pas trop mais maintenant j'aime bien ça ! Je me sens plus à l'aise en fait, avec les années, on est aussi plus, en tout cas moi je me sens plus en confiance et plus à l'aise là-dessus et je vis mieux mes gardes.
- Si ça avait été sur un autre territoire, vous ne l'auriez pas forcément fait ?
- Nan je ne pense pas, pas à ce rythme-là en tout cas. J'aurai fait plus espacé qu'une garde par semaine.
- C'est vraiment le fait d'être tout seul que vous appréciez quoi. Pour l'épuisement vous m'avez répondu mais quand on est tout seul et que les gardes sont plus fréquentes.
- Ouai, après même déjà là je trouve qu'au rythme où on est, parce qu'en fait on est 7 à tourner, on fait une garde par semaine, on fait des weekends de 48 heures donc ça peut revenir assez vite, on peut faire lundi, samedi et dimanche. Quand on a 2 collègues en vacances qui ne sont pas remplacés, on tourne du coup plus qu'à cinq sur le planning, ça revient un peu plus et là ouai, si on a une nuit...ça nous arrive d'être réveillé deux, trois fois par nuit, le lendemain, consulter, là ouai c'est lourd. Les weekends sont un peu longs aussi je trouve, 48 heures c'est un peu lourd. Sur les autres territoires je ne sais pas comment ils font. Moi je trouve assez long le samedi-dimanche, après nous on n'est pas que MCS, on est aussi la permanence de soins. Donc on a une activité qui est un peu plus conséquente sur le Week end qu'un MCS qui ferait que ça.
- Oui sur les autres territoires, ils ne fonctionnent pas comme sur l'Ile d'Yeu.
- Nous, c'est un peu mélangé, des fois on ne sait même pas ce qui va être du MCS, de la permanence de soins...

- Ouai, quand vous êtes déclenché vous ne savez pas si ça va être du MCS ou de la permanence de soins ?
- Ouai c'est ça, ou même des fois on va être déclenché par la permanence de soins et finalement il va y avoir évacuation derrière et finalement c'est nous qui nous auto déclenchons MCS.
- Ok ça marche, vous me disiez qu'il y avait des remplaçants aussi qui viennent souvent en renfort l'été.
- Ouai, en fait on a nos rempla réguliers, là ils sont 2 à venir régulièrement et pour ceux qui viennent plutôt coup par coup. Là en ce moment ce sont nos anciens internes SASPAS.
- Ce sont souvent des gens que vous connaissez ? Ce sont souvent d'anciens internes qui viennent remplacer ?
- Ouai, alors après pas tous, là récemment on a eu un remplacement de congé mat, lui il venait d'Angers, on le connaissait pas du tout et ça s'est bien passé.
- Pour les remplaçants, vous disiez que vous essayez de les intégrer dans la formation MCS.
- Ouai alors en fait du coup, ce qui est pas mal, c'est qu'effectivement on a demandé au CESU si on pouvait former nos internes et nos remplaçants parce qu'au final on a les mêmes tous les étés.
- Ah les internes de SASPAS aussi ?
- Les internes de SASPAS peuvent assister à la formation. Comme on ne peut pas mettre tout le cabinet à la même formation, on fait 2 groupes. On a 2 SASPAS, on essaye d'avoir le premier interne sur la première session et le deuxième interne sur la deuxième session.
- D'accord.
- Je pense que ça leur plaît. Ça les déstresse aussi.
- Comment ça fonctionne pour les internes SAPSAS ? Ils prennent une journée de garde ? Ils font des nuits ?

- Ça dépend un peu de leur projet de vie professionnelle mais en général on essaye de leur faire prendre des gardes assez régulièrement. C'est à peu près une fois par semaine parce qu'ils sont là une semaine sur deux, donc on essaye sur leur semaine de leur mettre une journée de garde. Après pour le coup ils sont... c'est une journée de garde entre guillemets, c'est sur leur planning. Ils font un 8h-18h, ils ne font pas la nuit. Ils sont basés sur notre salle d'urgence qui est dédiée en fait à toute la traumatologie, les urgences aiguës et ils sont supervisés à ce moment-là par notre médecin d'Hôpital, qui la plupart du temps est juste à côté en fait. S'il y a une intervention SAMU c'est eux qui partent, donc en général ils emmènent quand même le senior avec eux et on prend le relai pour la nuit.
- Et ça se passe bien ?
- Ouai pour la plupart du temps ça se passe super bien. Il y en a qui sont super autonomes, qui adorent ça et pour qui ça ne pose aucun souci. Il y en a qui sont beaucoup moins à l'aise donc on les laisse moins tout seul dans ces cas-là, parce que forcément c'est un peu plus de l'urgence donc... Mais oui globalement ça se passe bien.
- Quel bénéfice vous en tirez d'être dans le dispositif MCS ?
- Euh, quel bénéfice ? Je trouve que c'est pareil sur la confiance... Enfin c'est pareil la confiance... Parce que je n'ai jamais bossé autrement que MCS ici mais sur la confiance avec les régulateurs, je trouve que c'est pas mal, on ne nous refuse jamais une évacuation. On ne nous met pas en difficulté en tout cas quand on fait une régulation 15. Je pense qu'il y a une confiance qui est là, le fait qu'on soit MCS quand même. Et puis... Je ne sais pas... Il y a pas mal de... Je ne sais pas... La formation est un peu rassurante quand même. La formation est vachement bienveillante. Je trouve que c'est assez valorisant dans sa pratique. On peut se dire des fois : « Oh là là on est un peu tout seul là-dedans dans cette activité de MCS ». Des fois à l'Ile d'Yeu on se sent un peu loin quoi ! Quand le SMUR ne peut pas voler des fois, c'est nous qui accompagnons en hélico, donc l'intervention peut être un peu longue et stressante. Mais du coup, je trouve quand on fait des petits debriefs en formation je trouve que c'est valorisant et c'est rassurant aussi.
- Les premières fois, bah, vous aviez déjà fait MCS, mais vous vous n'êtes pas sentis pénalisés quand vous êtes arrivés sur l'Ile sans avoir fait la formation initiale par exemple et juste avoir fait le stage des urgences en tant qu'interne ?
- A l'Ile d'Yeu non parce que j'en avais fait ailleurs mais quand je me suis confronté la première fois en Nouvelle Calédonie à devoir faire ce genre d'intervention, j'étais complètement en difficulté sans aucune formation, limite prévenue de ce qui allait m'arriver. Ça a été vraiment dur à accepter. Du coup une fois que j'ai fait quelques

interventions au bout de 3 à 4 mois où vraiment je n'étais pas bien sans la formation, à force d'en faire et d'y être confronté, bon bah... Voilà.

- Il y avait un autre point aussi mais l'île d'Yeu n'est pas concerné, mais il y a eu plusieurs études, plusieurs thèses qui ont été réalisées dans d'autres territoires sur le dispositif MCS qui étaient très pessimistes sur l'avenir du dispositif, que c'était un dispositif qui n'attirait pas beaucoup les jeunes médecins généralistes et que ceux qui font ça tout seul dans leur coin se disent qu'une fois qu'ils seront partis à la retraite, personne ne sera là pour reprendre la suite et que ça serait un dispositif qui finirait par disparaître. Alors vous c'est différent parce que vous êtes sur une île donc il n'y a pas le choix, c'est comme ça. Votre point de vue sur ça ?
- Je ne sais pas, c'est difficile de répondre parce qu'effectivement nous c'est un peu particulier, après je vois nous on a l'hélico, ça c'est vachement bien, ça a déjà été remis en cause déjà, on a parlé de nous l'enlever. C'était avant que j'arrive, finalement la direction de l'Hôpital de Challans s'était battue pour le garder. C'est vrai que moi j'ai le mal de mer, je ne vois pas du tout, du tout faire cette activité s'il n'y avait plus d'hélico. Moi ça serait un motif d'arrêt... Pour moi ça serait vraiment un supplice et je pense qu'on serait plusieurs médecins dans ce cas-là.
Pour moi ce n'est pas envisageable. Après je n'ai pas d'enfant, j'ai 32 ans, ça reste acceptable mais je me dis, ça peut quand même être usant, les réveils nocturnes, les weekends, nous ça va parce qu'on est nombreux mais on serait 2-3 dans un désert médical à faire ça, ouai, c'est usant quoi. Après je ne sais pas quel rythme d'appels ils ont les autres MCS mais...
- Ça dépend... ils disent, un ou deux appels par garde de 24 heures, des fois pas du tout.
- Ouai donc c'est quand même énorme. Un ou deux appels, si c'est la nuit régulièrement et si c'est tous les 2 à 3 jours l'astreinte...
- Ceux que j'ai interrogé, qui sont vraiment tout seul, me disent que des fois pendant plusieurs semaines il peut ne rien y avoir et puis une journée, il peut y avoir 2 ou 3 appels.
- Ouai c'est ça qui est difficile aussi, c'est qu'on est un peu dans l'attente de l'appel et ça empiète un peu sur la vie de tous les jours aussi. Et en même temps... c'est ça, franchement, ici on est appelé par la permanence de soins, tout se mélange un peu donc c'est un peu difficile de répondre que sur le MCS.
- Ça reste acceptable à partir du moment où on est plusieurs et qu'on ne se sent pas tout seul.
- Ouai c'est ça. Des fois il y a des Weekends ou ça ne s'arrête plus quoi ! On est appelé, appelé, appelé ! En fait c'est bien de pouvoir se dire : « Bon allez j'ai un collègue sur

qui je peux compter, même si ce n'est pas lui qui est d'astreinte, il va me faire 4 heures, moi je vais aller dormir et après je prends le relai ».

- Même la nuit, la permanence de soins... ça appelle beaucoup sur l'Ile d'Yeu ?
- C'est variable, après non franchement, on va être appelé au max à 22 heures, 3 heures et 6 heures. Ce n'est pas non plus toutes les nuits. Il y a beaucoup de nuits où on ne va pas être appelé du tout, mais c'est vrai que l'été on passe sur un système de nuit parce que oui, toutes les nuits on est appelé. Du coup on ne bosse plus que la nuit pendant une semaine, on fait plus de 24 heures en fait. Par exemple le weekend, même des weekends d'hiver des fois on... Il y a un Weekend, il n'y a pas très longtemps, pendant 36 heures je n'ai pas dormi quoi ! Entre la permanence de soins, l'hôpital qui peut beurrer un peu, le MCS, les unes ou deux activités qui vont se rajouter mais en fait ça prend tout de suite 3 heures parce que le temps de voir le patient, de partir en hélico, de revenir, de déposer euh... c'est assez long, bah en fait on enchaîne vite les heures. Donc c'est vrai de pouvoir se dire : « Ok j'appelle quelqu'un si vraiment j'en peux plus » c'est assez confortable quoi.
- Ok, s'il y avait quelque chose à améliorer pour rendre le dispositif plus attractif, bon finalement pour l'Ile d'Yeu la solution elle a été trouvée, c'est l'activité salariée, de groupe, mais pour les autres secteurs s'il y avait quelque chose à améliorer pour inciter les jeunes médecins généralistes à se lancer dans le dispositif ça serait quoi pour vous ?
- Moi je dirai surtout la découverte et la dédramatisation de l'activité parce qu'il n'y a pas beaucoup d'urgence finalement dans une activité de médecine générale et elle peut être un peu effrayante. Nous en tout en cas on voit ça sur... Enfin moi je l'ai vécu quand j'ai... J'étais pas du tout parti là-dessus initialement, finalement ça se passe bien. Nos remplaçants c'est souvent ça, ils arrivent effrayés et finalement ça roule ! Je pense qu'il faut démocratiser le truc en le faisant un peu plus connaître, en permettant plus de partage avec les urgences. Je ne sais pas trop mais il faut vraiment dédramatiser l'activité quoi !
- Pour en avoir discuté avec d'autre, c'est vraiment ce qui est pointé du doigt. Moi j'en ai entendu parler pendant un congrès, mais sinon avant je n'en avais jamais entendu parler. Pourtant je suis passé aux urgences à Cholet et à Challans.
- Ouai alors pourtant Challans, on bosse vachement avec eux, mais nous on s'arrête à l'héliport, on ne les voit jamais. On voit beaucoup plus les gens à La Roche parce qu'on s'arrête sur le toit de l'Hôpital. Mais vraiment la formation c'est hyper bien, je vois, moi je l'ai dit, mais des fois je me dis : « Mais quand est ce qu'on atterrit ? J'ai les pétoches que le mec s'arrête ». En plus ici c'est particulier parce qu'on n'a pas d'infirmière donc on est vraiment tout seul à prendre en charge le patient.
- Dans l'hélico ?

- Ouai, mais même à l'Hôpital, quand on est MCS on n'a pas d'infirmier avec nous. Donc en fait quand il faut pousser des drogues, c'est à nous de piquer, de diluer, de... Sauf l'été où on arrive à mettre cet infirmier de l'hôpital avec nous sur les urgences mais qui est financé par le MCS, enfin par le dispositif MCS et du coup des fois le stress monte un peu tout seul. C'est bien d'avoir un collègue avec qui échanger dans l'urgence et de se dire : « Bon, lui il maîtrise les médocs, les dilutions, les machins et moi pendant ce temps-là je peux réfléchir à ce que je veux faire pour le patient », et ici on n'a pas ça. Et du coup je vois en formation quand on debrief avec les urgentistes et tout, ils nous disent : « En même temps personne ne fait ça et c'est normal que ça soit difficile et en même temps c'est l'Ile d'Yeu et machin » et c'est vraiment hyper bien d'avoir cet échange bienveillant dans cette pratique un peu comme ça où on se met en difficulté.
- Oui c'est vrai que si moi je devais me lancer dans le dispositif, ce qui me ferait peur, ça serait plus ça. Pas tant l'urgence en elle-même mais l'utilisation des drogues, perfuser, faire ses dilutions, injecter, tout seul.
- Ici on peut s'entraîner parce qu'on a l'hôpital, donc moi au début quand j'étais, enfin... régulièrement, je me disais : « Allez ça fait longtemps que je n'ai pas perfuser » et bien je viens le matin plus tôt et je fais mes prises de sang, je perfuse, je fais le boulot des infirmières, mais je me force à le faire. Mais c'est vrai qu'il faut pouvoir le faire parce que dans les cabinets de médecine générale ça n'arrive jamais quoi ! C'est pour ça, je me dis des échanges, peut être des échanges, par ce que je pense qu'il y a des médecins généralistes qui serait intéressés pour faire ça et peut être que de les amener à faire ça pourrait permettre qu'une fois ou deux par mois ou par an ils aillent faire des gardes aux urgences, ils se remettent un peu dans le monde hospitalier de l'urgence. C'est peut-être plus facile de le faire en équipe que tout seul dans son cabinet quoi.
- Quels conseils vous donneriez à jeune médecin qui voudrait se lancer ?
- Franchement c'est une activité qui est sympa. Il y a un vrai bénéfice pour le patient, c'est vraiment bien, c'est un vrai accès aux soins dans les zones isolées, c'est varié, on continue d'apprendre tout le temps. C'est vraiment une lutte contre l'encroûtement de la médecine générale aussi quoi ! C'est vraiment chouette quoi. Il faut réussir à ... Il ne faut pas se dire : « Si je n'y arrive pas c'est moi qui suit nul », non c'est une pratique qui est compliquée et elle est... c'est allé se mettre en difficulté, c'est apprendre des choses, des choses que les patients... enfin, avec des patients, c'est assez exceptionnel aussi. Ça crée un lien assez particulier avec le patient. C'est intéressant quoi ! Après quels conseils, je ne sais pas moi...
- Est-ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas parlé que vous auriez aimé dire sur l'activité MCS ?

- Euh non, après je trouve que même si c'est une activité qui est difficile, je pense pour les médecins parce que, ouai ce n'est pas la médecine de tous les jours mais c'est un vrai apport pour tous les jours. Il faut réussir à maintenir cette activité quoi. C'est un dispositif qui marche bien. Voilà.
- Très bien. Et bien moi j'ai fini ! Merci d'avoir participé.
- De rien !

Entretien du 29/03/21 (3)

- Ce matin j'ai fait quoi ? trauma de cheville, trauma de dos, une toute petite d'un mois qui soi-disant était dyspnéique qui finalement ne l'était pas du tout. Ça c'était la plaie de pouce, ça c'était une trachéite à la con, je ne sais pas quoi, et puis voilà. Là j'ai une visite pour un malaise et puis voilà. Là j'ai quoi ? Diverticulite ?
 - Ok
 - Ouai et du coup le SAMU c'est à partir de 20 heures quoi.
 - Ouai souvent c'est plus en soirée que ça commence ?
 - La journée aussi, sauf urgence vitale, ils appellent le 15 mais c'est vrai que la journée c'est nous qui réglons. Les secrétaires elles se transforment un peu en ARM quoi... C'est la particularité d'ici. Alors on essaye de leur apprendre, quand les gens appellent : « J'ai une douleur thoracique » ou « J'ai un bras qui ne marche plus ». « Raccrochez et faites le 15 », « Oui mais le 15 ils ne sont pas là ! », « Oui mais ça ira plus vite ! ».
- Ça déclenchera les pompiers, ça déclenche l'hélico et ça nous déclenche nous derrière. Après nous, c'est mélangé, l'urgence et le dispositif MCS. Et le SAMU, des fois, ils nous appellent mais sans forcément nous dire « en tant que MCS ».
- Ah oui ils ne vous préviennent pas ?
 - Pas toujours. « Je vous déclenche pour un malaise à domicile » mais ils ne vont pas toujours te dire « en tant que MCS ».
 - Ok ça marche.
 - T'as un canevas de trucs ?
 - C'est mon repère pour mes questions.
 - Vas-y je réponds à tes questions.

- Ok, bon je vous ai déjà expliqué le sujet de thèse et l'objectif du travail. Est-ce que pour commencer vous pouvez vous présenter ?
- Oui, je m'appelle MCS9, Voilà. Je suis médecin généraliste.
- D'accord, médecin généraliste sur l'Ile d'Yeu depuis combien de temps ?
- Depuis... c'est ma 6ème année. Je suis la plus ancienne de l'équipe.
- Vous avez quel âge ?
- J'ai 46 ans.
- Ok, les études ? Externat, internat c'était...
- A Paris.
- Les deux ?
- Oui.
- D'accord, avec une formation à l'urgence ?
- Pas du tout, une formation de médecine générale classique à Paris.
- Ok. Et avant d'être sur l'Ile d'Yeu, vous faisiez quoi ?
- Alors j'ai fait beaucoup de remplacements à Paris et ailleurs et puis je suis parti pas mal avec médecin sans frontière. J'ai travaillé 7 ans pour eux à l'étranger et en France et ensuite j'ai travaillé pour une autre association de migrants à Paris qui s'appelle le COMEDE. Donc j'ai fait pendant 10 ans, j'étais surtout auprès des migrants, des populations précaires, réfugiés etc... Voilà. Et j'ai décidé d'arrêter parce que c'était un peu épuisant et l'île d'Yeu je connais depuis que je suis enfant parce que mes parents avaient une maison de vacances ici. J'ai déjà travaillé ici il y a 10 ans. A l'époque, c'étaient des médecins libéraux et j'étais leur collaboratrice, donc je venais régulièrement les remplacer. Donc je connaissais déjà, et voilà. J'ai décidé de m'installer, un changement de vie de quitter Paris.
- Oui radical.
- Et puis de retrouver un peu la médecine générale, vue que je n'en faisais plus beaucoup. J'étais vraiment sur les migrants, les demandes d'Asile etc... Voilà. Et je suis là, c'est ma 6ème année.
- Donc vous avez connu le côté de l'île d'Yeu libéral et le changement salarié.

- Oui et c'est le fait que ça soit passé maison de santé salariée qui m'a motivé à m'installer.
- C'était justement ma question d'après, qu'est-ce qui vous a poussé à vous installer ici ?
- Ouai, bah déjà je voulais... Je sentais bien que si je continuais dans les migrants, l'humanitaire, voilà, la médecine... Je m'oubliais un peu et j'étais épuisée psychologiquement et puis l'opportunité... je suis venue en vacances ici et tout d'un coup je me suis dit : « bah tient, je sais qu'ils sont devenus salariés, bah ça m'intéresse ! ». Et ça s'est fait comme ça.
- Au moment des remplacements c'était du libéral et c'est en revenant qu'ils étaient salariés, Ok.
- Connaissant déjà le territoire, connaissant déjà... ayant d'offrir une autre vie à mes enfants... Et en se disant un an au départ puis finalement je suis déjà à 6 !
- Quand c'était en libéral, il y avait déjà cette activité de MCS ?
- Alors je ne pense pas que ça s'appelait comme ça, ça s'appelait « zone blanche » à l'époque mais ce n'était pas autant... Je n'ai pas beaucoup de souvenir de tout ça j'avoue... Mais ce n'était pas autant formalisé qu'aujourd'hui. Il n'y avait pas de formation ou très peu. Maintenant on a une formation tous les ans. Mais non ça n'était pas du tout formalisé comme aujourd'hui.
- Oui donc quand vous êtes venu ici ce n'était pas forcément pour cette activité de MCS. Elle était là parce qu'elle était là mais...
- Ah non non pas du tout !
- Vous n'avez peut-être même pas d'appétence pour l'urgence ?
- Non, au contraire ! Tout le stress au départ, surtout moi vu le parcours que j'avais eu, ce n'était pas simple les premières urgences ! Il a fallu s'y remettre !
- Après 10 ans dans les associations c'est sûr qu'il fallait s'y remettre ! Si vous n'étiez pas venu sur l'Île d'Yeu ce n'est pas une activité que vous auriez fait dans un autre territoire ?
- Euh ?
- Si vous partiez, là, maintenant de l'Île d'Yeu pour aller dans un autre endroit...
- Est-ce que ça serait un des critères pour m'installer ailleurs ?

- Oui
- Non, pas particulièrement. Ça s'intègre à l'activité de l'île d'Yeu parce c'est inhérent, vu qu'on est les seuls médecins et les médecins pour tout, ça me paraît logique qu'on ait ce dispositif ici. Après on aime bien l'urgence parce que ça nous change un peu de la médecine générale mais c'est aussi stressant. Il y a de l'adrénaline mais le côté négatif c'est : « Est-ce que je vais y arriver toute seule ? ».
- Ouai donc pour revenir un peu sur la thèse de Baptiste Archambaud, vous ne diriez pas que c'est une activité épuisante mais en tout cas qui est stressante en tout cas.
- Oui c'est stressant forcément on n'est pas urgentiste, on n'est pas smuriste, on nous forme pour mais on n'en voit pas tous les jours des urgences vitales donc on a tendance à oublier. Non je ne dirai pas que c'est... C'est tellement intégré à l'activité ici, on sait tellement qu'on peut avoir tout qui nous tombe sur le coin de la gueule à tout instant, le rien comme le gravissime. Voilà, moi je le vois plus comme ça. Pour moi ce n'est pas une activité en plus, elle s'intègre dans notre activité quand on est de garde comme moi aujourd'hui quand on fait les urgences.
- Très bien. Il y a des remplaçants qui viennent ici l'été, vous les intégrez dans la formation MCS, comment ça fonctionne ?
- Oui, alors là on a des remplaçants, donc on est 7 permanents comme tu le sais et on a 2 personnes qui sont un peu nos remplaçants permanents qui viennent plus de 6 mois sur 12 donc ils sont intégrés dans la formation. Il y en a 2 là, donc quand ils sont là et qu'ils peuvent ils viennent avec nous les faire. Donc remplaçants réguliers, je pense que quelqu'un qui est de passage 2 semaines, non, il n'aura pas le droit à la formation. Parce qu'il faut être sous contrat avec l'ARS pour bénéficier de la formation. Donc celui qui vient remplacer une semaine et qui ne revient plus jamais, il n'y a aucun intérêt mais il sera de fait MCS même s'il n'a pas eu la formation même si... Alors c'est vrai qu'on essaye d'éviter ceux qui viennent qu'une semaine etc... parce que l'avantage des deux qu'on a, c'est qu'ils connaissent par cœur comme nous, ils sont totalement autonome et indépendant et on essaye de fidéliser les remplaçants de part cette activité particulière aussi et celui ou celle qui va venir pas longtemps et bien on va lui dire : « Si t'es appelé en tant que MCS et que tu ne sais pas, n'hésites pas à nous appeler quoi », ou alors celui qui vient qu'une semaine il ne fera pas de garde. On essaiera de le mettre en consultation et il ne fera pas de garde. Tout dépend du profil, là on a eu un qui est venu 6 mois, qui était nouveau, il n'avait jamais été MCS et puis il s'est lancé dans le truc sans soucis.
- Et les remplaçants que vous avez ce sont d'anciens internes ?
- Oui, c'est souvent d'anciens internes. C'est le cas d'un des deux qui vient souvent, l'autre non. Ça permet de... On les connaît, ils connaissent. Ceux qui vont revenir cet été c'est pareil on les connaît.

- Du coup quand vous avez commencé l'activité salariée, vous étiez MCS directement, il y avait la formation à ce moment-là ?
- Alors pas au tout début, moi j'ai commencé en 2015 et je me souviens qu'on m'avait fait signer le contrat et j'avais dit : « Ok mais moi je n'ai pas de formation donc... ». Je pense que mes premières... 2016 ou 2017... formalisées vraiment 2 jours par an... parce que dans le contrat c'était marqué : 4 jours de formation la première année de 2 sessions de 2 formations et après une session de formation par an, ce que je n'ai absolument pas eu la première année.
- Et ça pour vous ça été handicapant ?
- Oui un peu, c'est stressant, surtout moi, vu mon parcours, qui n'avait pas vu une urgence depuis 10 ou 15 ans et encore moins une urgence vitale. Moi, poser un scope je ne savais pas faire mais voilà mon parcours fait que je ne savais pas faire. Pour ma première garde je crois que je me suis débrouillé ou j'ai dû appeler un collègue quand vraiment c'était chaud !
- En 2015 vous étiez combien ici ?
- Alors moi j'ai dû commencer en septembre. Emmanuel Gravier il était encore là, on devait être 4 ou 5, il y avait José Florence... On devait être 5.
- Donc avec des gardes qui revenaient plus souvent.
- Ouai, la première grosse urgence il me semble que j'ai appelé un collègue, j'ai eu un accouchement. Les formations sont bien maintenant. Ils sont venus ici pour la dernière en octobre. C'était vachement bien qu'ils viennent ici comme ça ils voient comment ça se passe ici. Moi j'aime beaucoup y aller parce que... Nous on en fait pas non plus beaucoup des urgences vitales mais ça permet de réviser des trucs, de revoir dans une ambiance très bienveillante avec le simulateur c'est vachement bien aussi. Souvent ils prennent des scénarios qui ont lieu à l'Ile d'Yeu donc c'est... On s'y croit vraiment.
- Vous pensez faire cette activité pendant combien de temps sur l'Ile d'Yeu ?
- Je ne sais pas. Pas toute ma vie c'est sûr. Disons que pour un médecin généraliste ici, c'est vrai que ça a beaucoup de bon côté, c'est une activité polyvalente, on fait et de l'urgence et de la médecine générale. Je trouve que pour un médecin généraliste il n'y a pas mieux que de bosser ici. Après c'est plus le côté personnel qui me fera je pense quitter ce caillou. Je pense qu'il faut savoir... Les enfants aussi, il faut se poser des questions, est ce qu'un moment il ne faut pas les sortir d'ici pour qu'ils voient autre chose ? C'est plus le côté personnel qui me ferait quitter l'Ile d'Yeu. J'envisage encore quelques années mais pas plus quoi. C'est le côté enfermant et protecteur mais en même temps enfermant de l'Ile...

- Je reviens sur le dispositif MCS. Il y a plusieurs thèses qui ont été faites sur le dispositif. Les médecins qui étaient seuls dans leur territoire ne trouvant personne pour prendre la relève étaient très pessimistes sur l'avenir du dispositif. S'il y avait quelque chose à améliorer dans le dispositif pour le pérenniser, le rendre plus attractif, qu'est-ce que ça serait ?
- Nous c'est à part, mais je comprends qu'un généraliste dans son cabinet tout seul, genre Marcellin qui en a jusque-là de consultations, qui doit assurer pour un bassin de population de je ne sais pas combien, qui peut être appelé à tout moment pour une urgence vitale, qui est seul, c'est plus compliqué je pense. Je pense peut-être plus de formation du coup, peut-être 2 fois par an mais ça m'a l'air compliqué. Nous, c'est vrai qu'on a des infirmiers si on peut, si on veut sur une urgence vitale, on peut en emmener un avec nous sur site. On a l'infirmière pompier qui peut venir avec nous. Je pense qu'effectivement, moi si j'étais sur le continent en cabinet seul ou même pas forcément seul que j'avais ça en plus à gérer, ça me paraît très compliqué en effet, dans la mesure où t'as ton activité de médecine générale qui roule et puis boum faut que ça soit interrompu par les urgences, alors c'est ce qui fait aussi le piment je pense, pour eux, c'est peut-être ce qu'ils recherchent aussi... Qu'est-ce qu'il faudrait améliorer ? Peut-être plus de formation et que quand on les appelle qu'ils soient peut-être un peu plus à l'écoute quoi de notre... ils ne le sont pas tous. Il y en a pleins qui nous connaissent bien et ils savent très bien...
- Les régulateurs ?
- Ouai, il y en a d'autre ou c'est plus compliqué quoi... Ils ne comprennent pas qu'on est seuls, sans infirmier, sans brancardier, sans... à se démerder... : « Bah tu le perfuses ! », « Bah oui mais je n'y arrive pas ! », « Bah tu te débrouilles ». Bon ! Peut-être plus de compréhension de la part des régulateurs sur le côté un peu isolé quoi. Ok on est médecin correspondant SAMU, on est formé par vous, mais nous on ne fait pas ça tous les jours ! On fait ça une fois tous les 6 mois, enfin, ce n'est pas notre activité quotidienne les urgences vitales, ça reste assez exceptionnel, ici pas tant que ça, mais sur le continent... Faire le 15 ou aller chercher directement les gens... Je ne sais pas mais... Nous je pense qu'on n'a pas le choix de l'être, c'est évident, donc après... Non je ne vois pas ce qu'on pourrait améliorer, ça s'est déjà beaucoup amélioré, là maintenant on a des référents parmi les médecins du SAMU dédiés, le système de commande, machin, quand on a besoin de matos, ça ne pose pas de soucis...
- Le fait d'être dans le dispositif, qu'est-ce que ça vous apporte comme bénéfice ?
- Euh, d'être meilleur en urgence je pense, depuis 6 ans maintenant, j'ai à peu près tout fait je pense. Ouai, m'améliorer dans la pratique de l'urgence. Moi j'ai été pro accouchement, j'ai fait beaucoup d'accouchements ici, par hasard. Ça fait longtemps que je n'en ai pas fait, ce n'est pas pour ça que je saurai le faire si ça m'arrive demain mais, je pense d'être plus à l'aise avec les urgences vitales.
- Et avec le temps est ce que le stress diminue ?

- Je ne suis pas sûr, il augmente même en vieillissant, en me disant : « Est-ce que je vais toujours savoir faire ? ». Oui, moi qui ai quelques années de plus, les gardes de 24 heures, je trouve ça dur et le weekend 48 heures c'est très dur, du samedi au lundi... On peut avoir 3 conneries comme dix urgences vitales en même temps, et ce côté, voilà mobilisable à tout moment pour tout et n'importe quoi... Faut être dispo quoi, donc le weekend on est chez soi en attendant que le téléphone sonne, parce que si on va se promener un peu, imagine on a un SCA ou un arrêt ou je ne sais pas quoi, on se dit : « Non je ne peux pas, il faut que je sois près de ma voiture avec tout le matos ». Avec le temps oui, plus à l'aise sur certains trucs mais en même temps parfois plus stressé aussi bizarrement, étonnamment. La nuit, à l'idée que ça sonne, je ne dors plus beaucoup, même si ça ne sonne pas beaucoup.
- C'est ça qui est épuisant finalement, c'est l'attente de l'appel.
- Oui c'est ça et le côté « Je suis seule ». Parce que je suis quand même seule, même s'il y a les collègues à côté, si on a un gros truc, après à 3 heures du matin, on va peut-être hésiter à l'appeler surtout s'il s'est tapé ça la veille et que le lendemain il bosse, mais il y a quand même une solidarité entre nous. Après ce qui est dur aussi c'est d'être sans infirmier. Il y a les pompiers mais, voilà. Quand on est envoyé de chez nous la nuit, qu'on arrive à domicile, il y a les pompiers souvent mais bon, on est seuls, si on arrive à perfuser machin... Nous on a la chance d'avoir un hôpital où il y a les infirmières, à ce moment on va rouler vers l'hôpital et demander l'aide à l'infirmière mais quand on est obligé de faire un truc très très vite à domicile, on n'est parfois pas à l'aise, surtout quand on n'y arrive pas ! c'est-à-dire qu'on est médecin correspondant SAMU, mais on n'est pas le SAMU avec l'infirmière... On est tout seul. Après on a toujours la solution de repli avec l'hôpital et il y a une infirmière jour et nuit...sur un truc, ils viendront toujours nous aider, on est une équipe.
- Quels conseils vous donneriez à un jeune médecin généraliste qui voudrait se lancer dans le dispositif ?
- Quels conseils ? Je pense que ça peut être un plus pour ce médecin à condition de ne pas avoir peur non plus. Est-ce que moi par exemple si j'étais installé sur le continent, est-ce que j'aurais envie d'être MCS ? Je ne sais pas, ça dépend de l'activité, ça dépend du type de boulot et pas tout seul quoi. Nous c'est vrai qu'on est quand même une équipe donc on a toujours un copain à appeler, on a toujours une infirmière sous le coude, même si on va tout seul au domicile, derrière on peut se débrouiller pour ne pas être seul, même si voilà, on est chacun son tour et chacun son tour des merdes, voilà, on ne va forcément réveiller le collègue à 4 heures du matin si on peut faire autrement quoi. Après c'est déjà arrivé et on s'entraide quoi, ça paraît logique. Mais des conseils ? Je ne sais pas comment ils font sur le continent. Est-ce qu'ils mettent leurs journées de MCS ou leurs nuits... Est-ce qu'ils les mettent à part de leurs activités, je ne pense pas, je pense que c'est mélangé à leurs trucs, sachant qu'ils sont libéraux en plus... Nous on a notre repos juste le lundi, parce qu'on a négocié. Parce que nous ce sont des astreintes, ce ne sont pas des gardes, donc on n'est pas censé avoir de repos. Ça veut dire que je peux avoir une nuit de merde, et demain je dois enchaîner. Donc

après on se démerde entre nous pour trouver quelqu'un ou pour faire un gros trou en début d'après-midi pour se reposer.

- Est-ce qu'il y a des choses que l'on n'a pas évoqué que vous aimeriez dire ?
- Non je ne crois pas, le SAMU on leur a déjà dit mais ne pas oublier de nous dire « en tant que MCS » quand on nous déclenche : « Je vous déclenche en tant que MCS », parce que nous on fait des fiches après, tu les connais je pense, ce sont des fiches d'interventions, maintenant on est rémunéré pour ça. C'est surtout quand on part en hélico derrière ou s'il y a une grosse urgence et qu'il n'y a pas d'évac aussi. Et ça on est censé la remplir et l'envoyer que si on est déclenché en tant que MCS, officiellement. Et c'est parfois les ARM qui nous appellent, de plus en plus : « Je vous déclenche Docteur, telle adresse, pour un malaise... » c'est vrai que parfois ils oublient de nous déclencher officiellement en tant que MCS.
- Et il y a possibilité pendant l'intervention de transformer ? En disant : « Là tu me déclenches sur un malaise mais là c'est du SAMU ! »
- Oui, et si ça se termine en hélico... Parce que ce qu'on nous avait dit c'est qu'il faut qu'on nous dise « en tant que MCS ». Des fois, c'est l'infirmière de l'EHPAD qui nous appelle parce qu'ils ne veulent pas passer par le 15, ou les gens à domicile... Voilà. Alors on va y aller et en fait il s'avère que c'est une vraie urgence MCS, alors on va appeler le SAMU en leur disant : « Je suis là en tant que MCS sur un malaise ». Après ces fiches elles ont été refaites il n'y a pas longtemps... Tous les mois, la secrétaire les scanne au SAMU. Après je pense qu'on n'a jamais trop vérifié que toutes nos fiches étaient bien prises en compte. Je pense que... A une époque, il y en a qui vérifiait que tout correspondait bien... Je pense qu'il y en a qui doivent passer à l'as... Je ne sais, mais qu'on on ne les comptabilise pas.
- Très bien, et bien moi j'ai terminé alors merci !
- De rien.
-

Entretien du 29 Mars 2021 (2)

- Bonjour, je suis Philippe Henry, merci d'avoir accepté de participer à mon projet de thèse. Je travaille sur les médecins correspondants SAMU de Vendée. Mon travail fait suite à la thèse de Baptiste Archambaud qui est MCS à Noirmoutier. Il avait fait une revue d'activité des MCS de Vendée entre 2014 et 2017. Il s'était rendu compte, pas sur l'île d'Yeu mais sur les autres territoires en Vendée, qu'il y avait une diminution du nombre d'astreinte pendant cette période et il faisait l'hypothèse que ces médecins étaient en train de s'épuiser. J'essaie de répondre à cette question : y a-t-il un épuisement des MCS en Vendée ? Je recueille le ressenti de ces médecins concernant leurs motivations, ce qui pourrait être amélioré dans le dispositif... Voilà.
Pour commencer, est ce que vous pouvez vous présenter ?

- Donc moi je suis le docteur MCS 10, je suis médecin généraliste à l'île d'Yeu depuis 2015 et donc médecin correspondant SAMU à ce titre-là. Donc ça fait maintenant 5-6 ans que je fais ça, voilà. Alors l'activité de médecin correspondant SAMU existe de façon non officielle depuis assez longtemps sur l'île d'Yeu mais l'activité a été formalisée dans des contrats, vraiment inclus dans notre contrat de travail depuis 2017. C'est-à-dire que maintenant, tous les médecins qui viennent travailler à l'île d'Yeu, à l'hôpital local et au centre de santé sont de facto médecin correspondant SAMU, c'est-à-dire que la mission de médecin correspondant SAMU incombe au médecin qui travaille ici.
- D'accord, avant c'étaient des médecins libéraux et on appelait ça des zones blanches c'est ça ?
- C'est ça, et donc il y avait d'autres contrats qui étaient nominatifs, médecin par médecin, maintenant c'est l'hôpital qui a un contrat avec le SAMU 85 et donc de facto dans nos contrats de travail, l'activité MCS fait partie intégrante de notre travail.
- Ok, du coup vous êtes tous salariés du centre médical ?
- On est tous salarié de l'entité « hôpital local-centre de santé » qui est une seule entité qui a un budget propre, qui a son directeur propre. L'ensemble des consultations qui sont faites et des actes qui sont réalisés, que ce soit en médecine d'urgence, en pédiatrie, en gériatrie, tout ce qu'on veut, vont dans un pot commun et sont ensuite redistribués en salaire. Ça c'est unique en France. Il n'y a pas beaucoup de structure qui fonctionne comme ça.
- Oui c'est vrai, je crois qu'il y a un autre cabinet dans le Maine et Loire, où ils sont huit et ils ont le même fonctionnement.
- Voilà c'est ça, on les avait vu, de Mauléon je crois.
- Vous avez une formation à l'urgence ?
- Alors du coup, à la base je n'en ai pas. J'ai été interne ici sur mon dernier semestre de médecine générale, donc du coup j'ai vu comment on travaillait ici, j'ai été formé un peu sur le tas quand même. Depuis 2017, ont été mis en place des formations dans le contrat avec le SAMU, on a 2 jours de formations par an au CESU du SAMU 85.
- Ok, donc externat et internat à Nantes ?
- Externat à Brest et Internat à Nantes et dernier semestre ici à l'île d'Yeu en SASPAS.
- Donc après, remplaçant puis installation ?

- Après j'ai fait quelques remplacements, je suis allé au CHD, à Montaigu sur un remplacement, je suis allé bosser à Saint Nazaire à la clinique mutualiste de l'estuaire où là on faisait du SSR onco, soins palliatifs, ortho... C'était un peu la jungle et puis je suis revenu à l'Ile d'Yeu parce que le coin me plaisait et le travail.
- Qu'est-ce qui vous a fait rester à l'île d'Yeu alors ?
- Ce qui m'a conduit à revenir à l'île d'Yeu après mon SASPAS c'est d'une part la polyvalence, c'est-à-dire qu'on est à la fois médecin de ville, médecin urgentiste. On fait nous même les évacuations sanitaires hélicoptérées, on est deux médecins à faire les évacuations en canot de sauvetage, moi et le MCS2 parce qu'il faut avoir un peu le pied marin. On est aussi médecin hospitalier parce qu'on gère la partie hospitalière, moi j'ai passé mon DU d'échographie, donc je fais en plus de l'échographie, là je faisais des infiltrations échoguidées depuis le début de 2021, donc ça offre en fait, finalement, un champ d'activité qui est juste énorme. Alors c'est hyper exigeant parce qu'avoir des connaissances sur à peu près tout, ce n'est pas évident, mais en même temps c'est motivant, il faut toujours essayer de se mettre à jour, il faut toujours essayer de se former, essayer de trouver des petits trucs et la satisfaction c'est d'arriver à être très polyvalent sur beaucoup de choses, finalement, ça rend plus serein sur les prises en charge.
- Quand vous vous êtes installé, vous m'avez dit ça fait 5 ans ?
- Compte 5 ans ouai.
- Ok, donc quand vous êtes arrivés ce n'était pas encore salarié ?
- Ah si, le centre de santé il était déjà salarié, il est fonctionnement salarié depuis 2010 à peu près voir 2009 je crois.
- Ça aussi c'était un critère pour venir sur l'Ile d'Yeu ?
- Alors il y avait aussi, voilà la polyvalence, puis le fait d'être médecin salarié, pas avoir d'URSSAF, de CARMF à payer, pas de paperasse, pas de compta, euh, payé au mois et donc on a un salaire brut et après on a les jours de garde, 150 euros brut la garde, et les activités de médecins correspondants SAMU. Nous on est payé 150 euros l'acte. Largement inférieur à ce que sont payés les libéraux, mais en fait on récupère une partie salariée, l'Hôpital se garde une bonne partie de l'argent qui est attribuée... Même si les financements ont toujours été opaques, on ne sait pas trop comment ça marche...
- L'activité MCS n'était pas forcément un critère pour venir sur l'Ile d'Yeu ?
- C'est en plus. Ça faisait partie d'un tout en fait. La médecine générale sur l'Ile d'Yeu c'est la médecine générale à l'ancienne quoi. D'ailleurs c'est ce que m'avait dit les anciens qui étaient là : « La médecine générale sur l'Ile d'Yeu c'est la médecine

générale authentique ». Parce que quand on est de garde, alors notre fonction de MCS elle fait partie de notre fonction de garde mais en fait sur notre garde on ne fait pas que du MCS, on fait de l'astreinte hospitalière, l'astreinte de médecine générale de ville, des cystites, des doigts coincés dans la porte, ce ne sont pas des urgences vitales mais bon voilà. Et les urgences régulées par le centre 15, type arrêt cardiaque, AVP grave, noyades, traumatismes sévères sur les falaises, sur la plage...

- Ouai donc la médecine générale sur le continent, c'est ce qu'eux ont perdu, ils ont perdu l'activité d'urgence quoi.
- Ouai c'est ça, et justement je trouve que, encore une fois c'est assez exigeant mais finalement je trouve que comme métier c'est génial.
- Si vous deviez partir d'ici et aller dans un territoire, c'est une activité que vous feriez ? MCS ?
- Je ne sais pas parce qu'en fait il y a quand même un hic dans tout ça, ce sont les gardes de nuit, et ça sur le long terme c'est quand même épuisant donc du coup voilà. Pourquoi pas aller... Si je devais partir, si j'étais obligé, j'irais peut-être dans un milieu isolé, type Amazonie ou DOM TOM. Parce que finalement, l'intérêt de tout ça c'est de travailler dans des milieux où vous êtes tout seul et il faut se démerder mais si après j'ai envie de me planquer, j'irai à Nantes en centre-ville. Je renouvellerai de la Paroxétine !
- Pour revenir sur l'épuisement, par rapport à la thèse de Baptiste Archambaud, vous disiez que les gardes de nuit étaient épuisantes sur le long terme. Vous diriez que l'activité MCS est épuisante également ?
- Alors, on a de l'activité de MCS de nuit, c'est rare. On est souvent réveillé pour des activités autres : l'EHPAD, le col du fémur à l'EHPAD encore une fois, le mec bourré qui est tombé à vélo qui s'est cassé la gueule...
- Oui c'est de la permanence de soins finalement.
- Oui c'est de la permanence de soins. L'activité de MCS la nuit elle est relativement faible. Avec OYA hélicos, on a les chiffres, puisque souvent les activités de MCS aboutissent quand même sur une évacuation hélicoptérée, et pour 80 à 85% c'est OYA hélico qui fait les Eva San et de mémoire il y a 200 éva san par an et un tiers sont faites de nuit donc c'est à peu près l'activité annuelle de MCS la nuit. Après, il y a des facteurs... ça c'est l'activité réelle, mais après il y a le facteur psychologique, parce que quand vous êtes de garde et que vous êtes susceptibles d'être appelé pour un arrêt et bien vous dormez moins bien. Et donc du coup, vous récupérez moins. Je pense que sur le long terme je pense que ça peut taper un peu sur le système, on verra bien.
- C'est le fait d'être dans l'attente de l'appel.

- Ouai bah en fait, inconsciemment on se rend compte qu'on dort moins bien. Beaucoup de médecins disent que quand ils sont de garde ils ont un moins bon sommeil par peur de ne pas entendre le téléphone, de louper l'appel et donc finalement ça crée une sorte de... même si on est chez nous et qu'il peut ne rien se passer, on est quand même sur le qui-vive mine de rien et peut être que ça sur le long terme ça peut avoir un impact.
- Vous, par exemple, c'est une activité que vous vous voyez faire pendant combien de temps ?
- Oh moi, tant que je pourrai, j'adore l'Ile d'Yeu, j'adore la vie à l'Ile d'Yeu, je suis bien ici, je trouve qu'on a une qualité de vie qui est incroyable et on a un métier qui est très polyvalent et je ne sais pas franchement ou on aura, ou on peut trouver une telle polyvalence dans tout, que ce soit dans la vie, on peut aller faire de la pêche, de l'avion, de la voile, on peut aller à la chasse pour ceux qui chasse. On peut faire de la pêche à pied, la vie est super conviviale, les étés sont cléments et il y a ce côté insulaire l'hiver où il y a beaucoup moins de population, un peu plus cool, un peu plus... Le travail ici plus le cadre fait que je pense que... Ce n'est pas pour rien qu'on a quand même l'équipe avec la moyenne d'âge la plus faible de Vendée. Il y a le cadre et le côté salarié. Ça joue énormément. Il n'y a pas tous les papiers à faire, le boulot est suffisamment prenant.
- Il y a des remplaçants l'été ?
- On a aucun problème à trouver des remplaçants l'été par ce que le système de salariat permet justement de dire aux remplaçants : « tu vas travailler de telle semaine à telle semaine et tu vas gagner tant ». On leur fait un contrat de travail de telle date à telle date et puis, ils font leurs dates, ils ont leurs chèques et ils ne sont pas imposés en URSSAF dessus, donc, ils sont juste imposés en impôt sur le revenu. Donc financièrement c'est avantageux, ils peuvent savoir quand est ce qu'ils viennent et puis il y a le côté un peu polyvalence.
- Quand ils viennent pour la première fois... Là j'ai cru comprendre que vous avez des remplaçants fixe, mais comment ça se passe pour eux ?
- On en a eu un qui est venu début deuxième semestre 2020, il s'est très vite adapté à faire ses radios, mais on se rend compte que les jeunes médecins ça va très vite, les anciens c'est un peu plus compliqué mais ça vient aussi. Plus on est jeune, plus on s'adapte vite mais finalement tout le monde s'adapte.
- Les nouveaux qui arrivent vous les doublez ?
- Au début on les coache, notamment pour faire des radios, leur montrer le fonctionnement des logiciels etc... Mais c'est vrai un médecin qui arrive d'une activité de 20 ans en ville qui n'a pas fait d'activité d'urgence en 20 ans, il aura quand même pas mal de travail personnel à faire pour se remettre à niveau, même si on a des protocoles pour tout, même si on utilise les protocoles des urgences du CHU de

Nantes, du SAMU 85, on a même des protocoles d'urgence du CHU de Lyon qui traînent. Des fois on fait un petit mix... Pour savoir mais bon voilà, donc on arrive à s'en sortir, on a toujours l'avis du régulateur au bout du fil, les spécialistes s'il faut et puis de toute façon le maître mot c'est : « si on ne sait pas faire, on envoie sur le continent ». On a encore la chance sur l'île d'Yeu d'avoir un hélicoptère qui fait du sanitaire qui est basé sur l'île d'Yeu. L'ARS il y a 4-5 ans avait supprimé les évacuations sanitaires pendant 6 mois parce qu'ils considéraient, je ne sais pas, que c'était du confort, en disant que le SAMU 44 viendrait sur l'île d'Yeu mais en réalité le SAMU 44 ne vient pas, quand les conditions de vol sont dégradées en plein hiver. Alors qu'en fait en plein hiver ce qui se passe c'est que les conditions de vols sont possibles entre l'île d'Yeu et Fromentine, on fait juste le saut de puce. C'est vrai qu'après le plafond baisse, ce qui fait que... en fait on a juste besoin d'un hélico qui fait un saut de puce entre l'île d'Yeu et le continent et puis ensuite il y a un relais SMUR, des fois on ne peut pas aller jusqu'à la Roche sur Yon, on ne peut pas aller jusqu'à Nantes, on ne peut même pas aller jusqu'à Challans parce qu'en fait les conditions de vols se dégradent au-dessus de la terre et sont généralement plus clémentes, enfin les plafonds sont plus haut au-dessus de la mer. Et les SAMU sont homologués pour voler à une certaine attitude de vols parce qu'en fait les SAMU ne sont pas propriétaires de leurs machines, ils louent à des boîtes privées. Et les boîtes privées, elles sont payées au forfait donc elles n'ont pas d'intérêt de voler du coup ils mettent des minimas de vols très élevés comme ça ils volent moins, ils prennent moins de risque et les pilotes ne peuvent même pas transiger à cette règle parce que s'ils descendent en dessous d'une certaine altitude, il y a un mouchard dans l'appareil et directement lorsque l'appareil se pose au sol, le rapport de vol est envoyé directement à la société de location et s'ils ont passé en dessous d'une certaine altitude assignée, ils se prennent une balle dans le dos et ils sont au chômage. Donc même l'héroïsme n'est pas permis. On est en France.

- Quand les conditions sont trop mauvaises, vous les gardez sur l'Hôpital ?
- On arrive toujours à s'en sortir parce que les conditions mauvaises pour l'hélico ce n'est pas le vent. Le facteur limitant c'est la visibilité, le plafond bas, donc le brouillard et le givre. Le givre il n'y en a pas beaucoup, il y a 2 à 3 jours de givre par an, on n'est pas beaucoup soumis à ça, par contre des jours de brouillard il y en a même en plein été et donc du coup, là, l'hélico ne peut pas voler et en général quand l'hélico ne vole pas, j'en parlai justement l'autre jour avec un pilote, l'armée ne vient pas. Même avec des équipements sophistiqués, ils ne prennent pas de risque de venir, ou il faudrait vraiment que ça soit un gamin avec un pronostic vital engagé et encore... Ouai ouai, non, même l'armée ne prend pas plus de risque, parce que finalement les hélicos modernes sont tous taillés à peu près pareil, les militaires ont des radars mais ça reste des conditions de vol très périlleuses et il y a un risque qui est non négligeable. Par contre quand il y a du brouillard, on peut en général, il n'y a pas beaucoup de vent, donc on peut aller en canot de sauvetage.
- Ok, donc quand on ne peut pas y aller par les airs, on peut y aller par la mer.

- Voilà, et vice et versa. Si on ne peut pas aller par la mer, on va par les airs. En général, on arrive à s'en sortir. C'est rare qu'on ait dû garder des gens, bloqués ici plus de 6 heures, par ce que les tempêtes elles passent en 6 heures, le brouillard reste rarement plus de 6 heures, a moins qu'on soit avec un plafond très bas, j'ai eu le cas l'autre jour avec un SCA St + antérieur étendu chez une dame de 60 ans sans facteur de risque si ce n'est le tabagisme et on l'a trombolysé ici sur place et heureusement qu'on avait la thrombolyse parce que ça a permis de reperfuser pendant le vol et même le vol, c'était chaud, c'était de nuit, il a fallu voler très bas pour l'envoyer tout de suite en coro à Nantes et bilan des courses, elle s'en est très bien sortie parce que malgré son antérieur étendu il y a 20 ans-25 ans elle aurait eu une insuffisance cardiaque meuh meuh dans les suites et là, elle a une FEVG normale et très peu de traces.
- Les autres MCS sur le continent n'ont pas accès à la thrombolyse d'après ce que j'ai compris, pourquoi à votre avis ?
- Ce qui est curieux, parce que à Fontenay le Comte ils thrombolysent. Maintenant la thrombolyse, à mon avis devrait être systématique partout, quand t'as un bel infarctus, il vaut mieux thrombolysé quitte à aller à la coro ensuite, visiblement ils n'ont pas plus de saignement, ou ils temporisent à l'USIC de Cardio et avec ça, ça doit reperfuser un petit peu finalement et être suffisant pour oxygéner un peu le myocarde.
- Il y avait un médecin de Noirmoutier qui avait fait la demande pour avoir le tenecteplase et ça n'a pas abouti.
- C'est très curieux, mais nous ça nous a sauvé des myocardes, ça c'est sûr. Même si on a l'accès à l'hélico on thrombolysé quand même parce qu'il y a une plus-value, ça c'est indéniable.
- S'il y avait quelque chose à améliorer dans le dispositif qu'est-ce que ça serait ? Sur l'île d'Yeu ou sur le continent.
- Sur le continent, je pense que c'est bien plus difficile pour eux, parce qu'ils sont tout seul, nous on est en équipe. On a accès quand même a... On est en plus médecin hospitalier donc on a accès à pas mal de matériel mine de rien. Pour nous, à l'île d'Yeu, il nous manque toujours un peu de matériel mais c'est bon... On aimerait bien avoir une VNI par exemple, on n'en a pas parce qu'on nous dit que ça coûte trop cher alors que les patients qui ont des apnées du sommeil ont une VNI chez eux, bref... On ne comprend pas tout... Qu'on puisse au moins, si on intube par exemple des noyers, de ne pas avoir à ballonner en attendant que le SMUR arrive avec son respirateur mais qu'on puisse en avoir un. Petit à petit on arrive à améliorer le matériel. Maintenant on a deux scopes alors qu'avant on en a demandé pendant 5 ans un corpulse alors qu'on est 7 MCS ! Mais bon la encore on nous disait : « Ça coûte trop cher nanani nana... » Alors que nous on l'utilise tous les jours. Mais bon, sinon ça fonctionne assez bien maintenant, en 5 ans il y a eu des modifications qui ont été énormes sur le fonctionnement des urgences sur l'île d'Yeu, sur la formation des médecins, la formation continue j'entends en urgence grâce au CESU, le CESU qui se développe.

Je pense qu'on est sur la bonne voie. Pour le moment c'est très bien, il ne faut pas qu'on nous enlève notre organisation et il ne faut surtout pas qu'on nous enlève l'hélico parce que là ça sera dramatique. Le jour où il n'y a plus d'hélico moi je m'en vais, parce que là, à ce moment-là, on tombera dans un système où on sera tributaire du SMUR sur le continent et ça sera beaucoup plus dur et là on aura des catastrophes. Ça ne sera plus un endroit où on peut travailler... Non, non moi je ne resterai pas jouer ici et d'ailleurs la population jeune ne restera pas sur l'Ile d'Yeu, parce que les jeunes couples qui ont des enfants en bas âge savent bien qu'il y a un hélico qui est basé H24, le jour où il n'y a plus d'hélico les gens vont aller vivre ailleurs parce qu'ils n'ont pas de garantie pour leurs familles et d'avoir des niveaux de sécurité digne des standards normaux. On habite certes sur une Ile, mais on n'est pas si loin que ça, ça impose juste qu'il y a un hélico qui soit à disposition, en plus c'est un forfait annuel payé par l'ARS, pas très cher, en plus ça ne coûte rien, pour le contribuable ça ne coûte rien, pour un niveau de sécurité qui est indéniable.

- S'il y avait quelque chose à améliorer ça serait travailler en équipe et le salariat pour attirer des jeunes.
- Ouai, en fait il faudrait des structures de médecins salariés adossés à des hôpitaux locaux, il y a 15 ans, on a supprimé les hôpitaux locaux et là on commence à y revenir, parce que tout CHU ce n'est pas possible et que donc du coup on verra peut-être réapparaître des hôpitaux locaux avec des médecins généralistes qui touchent un peu à tout et qui peuvent monter des structures comme ça un peu pluridisciplinaire avec une balance urgence et donc la fonction MCS ferait partie de cette chose-là.
- Quel bénéfice vous en tirez d'être MCS ?
- Une certaine satisfaction de toucher un peu à tout, de prendre en charge des patients en médecine d'urgence sur des cas très grave comme un infarctus, et 3 à 4 semaines plus tard vous revoyez le patient dans votre bureau et vous avez le fil de l'histoire. L'urgentiste ou le SMURiste il voit le patient une fois et il ne le revoit plus jamais et il pleure pour avoir un compte rendu à droite à gauche pour savoir ce qui s'est passé. Nous on voit vraiment ce qui s'est passé au moment où ils ne vont pas bien, qu'est-ce qu'on a fait sur le moment et comment ils vont après, et ça, ça n'a pas de prix. Il n'y a pas beaucoup d'autre endroit où on voit ça. Il y a un vrai suivi et on prend vraiment conscience de ce qu'on fait en urgence et bien ça a des répercussions sur la suite et ça je pense que tout ça mis bout à bout c'est quand même pas mal.
- Est-ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas évoqué que vous auriez aimé dire ?
- Je trouve quand même, je parle pour nous, que d'être payé 150 euros brut pour aller réanimer un mec sur le bord de la route, le récupérer, ce n'est pas très cher payé. Ou pour aller gérer des infarctus comme ça tout seul, les évacuer, alors que ça relève de l'HéliSMUR, mais il faut bien le faire parce qu'il n'y a pas d'autre solution tout ça pour 150 euros... faites venir un serrurier chez vous un weekend, vous allez voir ce

qu'il va vous prendre en déplacement simplement pour une porte. Nous on ne fait pas qu'ouvrir une porte, je pense que la rémunération pourrait être revalorisée.

- Très bien, j'ai fini.
- Merci, excellent !

Entretien du 29/03/21 (1)

- Du coup je fais ma thèse sur les médecins correspondants SAMU de Vendée, ça fait suite à la thèse de Baptiste Archambaud qui est médecin correspondant SAMU à Noirmoutier et il avait fait une revue d'activité des médecins correspondants SAMU de Vendée entre 2014 et 2017 et puis... En fait, dans la conclusion de sa thèse, il s'est rendu compte que sur ces années-là il y avait une diminution du nombre d'astreinte, enfin l'île d'Yeu n'était pas concernée par cette diminution, c'étaient les autres territoires mais il y avait une diminution du nombre d'astreinte de l'ordre de 10%, il faisait l'hypothèse que ces MCS étaient en train de s'épuiser. Donc je prends la suite et je recueille le ressenti des MCS sur leurs intégrations, leurs motivations, est-ce que c'est une activité épuisante pour eux, qu'est-ce qu'ils aimeraient améliorer dans ce dispositif ?
- J'avais eu les... enfin Baptiste nous avait présenté rapidement sa thèse donc c'est intéressant... C'est bien d'avoir la suite.
- Est-ce que tu peux te présenter ?
- Ouai, je m'appelle MCS8, je suis installée à l'île d'Yeu depuis 3 ans, ça fait 5 ans que je fais cet exercice ici, parce que je venais en renfort l'été ici. J'avais pratiqué aussi l'activité des MCS lors de... à Mayotte, elle est complètement différente d'ici, on faisait très peu de sortie MCS là-bas.
- Avec MCS5 ?
- Oui avec MCS5, il t'en a parlé aussi peut être ?
- Oui.
- Ouai ok, j'avais fait des formations MCS qui étaient super au SAMU de Mayotte. Il y a un pôle au CESU... Il y a un CESU qui est assez actif. Il y a peu de personnes qui viennent et du coup je trouve qu'elles sont toujours très riches ces formations. Il y avait aussi des petits mannequins de simulation, bon pas aussi perfectionnés qu'au CESU de la Roche mais il y avait quand même des petites choses. Et en plus on avait aussi fait des formations, bon je fais une petite parenthèse, mais avec les ambulanciers

et j'avais trouvé ça super, d'avoir une interaction avec... comme sur le terrain quoi... Enfin bref, petit aparté. Quoi dire d'autre pour me présenter ? Bah voilà, j'ai fait mon internat en Alsace et voilà je reviens dans l'Ouest.

- De médecine générale ? Internat de médecine générale ?
- Oui de médecine générale, j'ai un DU de médecine tropicale mais qui ne me sert pas trop ici !
Quoique parfois on a des touristes qui voyagent beaucoup et qui ramènent des pathologies tropicales mais ce n'est pas le quotidien.
- Donc à part le stage aux urgences pendant l'internat qui est obligatoire et les formations MCS il n'y a pas d'autre formation à l'urgence ?
- Non.
- C'était une volonté de faire un peu d'urgence comme ça ou c'est vraiment parce que...
- Bah, à la base pas forcément mais quand je suis venu remplacer ici j'ai bien aimé l'activité de MCS et d'ailleurs ça reste pour nous... je dirai que l'activité de MCS, en gros on a une garde par semaine, une astreinte MCS plus une garde MCS, un peu tout mélangé ici, je pense qu'on t'a un peu expliqué comment ça se passait ici, mais c'est un peu un souffle dans la semaine, ça permet de varier l'activité et moi je trouve que... Tu parles d'épuisement, après nous on a une organisation différente, mais nous c'est vraiment un souffle dans la semaine même si c'est parfois épuisant, tu sais que tu vas être réveillé la nuit, des fois tu ne sais pas comment tu vas finir ta semaine, mais ça permet de changer et l'activité d'urgence elle est stimulante, voilà. Mais du coup je n'ai pas de formation d'urgence pour ça.
- Comment vous êtes arrivés sur l'Ile d'Yeu alors ?
- Et bien c'était du bouche à oreille. A Strasbourg j'ai rencontré un médecin qui a exercé pendant 17 ans à l'Ile d'Yeu et elle m'a dit : « Tiens tu es de Nantes, tu dois connaître l'Ile d'Yeu, si tu veux travailler là-bas, ils cherchent des médecins l'été, si tu veux remplacer là-bas à la fin de l'internat je te file un numéro ». Du coup comme ça on a remplacé en été, ça s'est super bien passé, on a fait 2 saisons et il y a 2 médecins qui sont partis sur l'Ile d'Yeu donc il y avait un besoin. Voilà. Donc on est venu en couple.
- Quand j'interroge les autres c'est toujours ça, ils sont venus remplacer... c'est toujours le même schéma. Du coup qu'est-ce qui vous a retenu à l'Ile d'Yeu ?

- Moi je dirai, principalement l'activité professionnelle, le côté... la diversité, aussi bien l'activité qui est aussi bien comme le médecin de famille, voilà, on fait aussi bien du suivi de grossesse de la pédiatrie, de la gériatrie, je dirai aussi l'activité MCS, le cadre avec le petit hôpital local qui est hyper familial, avec l'équipe on se sent, enfin moi c'est ma deuxième famille, pour autant je n'y suis pas tout le temps fourré mais c'est vraiment qu'il y a une solidarité, c'est une petite structure donc ça joue. Le salariat, ça j'avoue que c'est... On a fait 3 ans de remplacement libéral avec parfois des déconvenues sur des tâches administratives et en vue d'un congé maternité, moi je trouve que pour une femme c'est quand même sécurisant de savoir qu'on a ça, le salariat. Et puis après la qualité de vie locale quoi.

- Si vous n'aviez pas été sur l'Ile d'Yeu, enfin, vous avez fait MCS à Mayotte mais si c'était ailleurs en Vendée ou sur un autre territoire, est ce que vous auriez fait spécifiquement MCS ou c'est vraiment l'opportunité ici qui s'est présentée ?

- Alors la question elle est dans deux sens. Par exemple, si un jour je m'en vais à Pouzauges, je ferai l'activité MCS ? Par contre, est ce que je me serai installé à Pouzauges ?

- En fait la question c'est : si vous partez ailleurs, est ce que c'est une activité qui vous intéresserait ou... ?

- Du coup ouai.

- OK ça marche. Donc l'été il y a des remplaçants qui viennent ici. Quand les remplaçants ils arrivent ici, ils n'ont pas de formations MCS. Vous les doublez ? Comment ça se passe ?

- Alors là récemment on a essayé d'inclure nos remplaçants dans les formations MCS. Ils sont venus, enfin ceux qui viennent régulièrement. Les internes aussi, en fait les internes deviennent souvent nos remplaçants, pas toujours mais on essaye de... aussi parce que c'est intéressant pour les internes, les internes viennent aux formations MCS. Et puis là tu vois nos remplaçants réguliers, quand on voit qu'ils viennent régulièrement on les intègre dans la formation MCS mais c'est vrai qu'initialement il y a toujours un moment ou au début ils n'ont pas toujours été formés donc on les... comment ça se passe au début ? Si, de toute façon il y a forcément une journée de doublage puisqu'il y a des choses qu'ils ne maîtrisent pas comme la radio. En garde on fait des radios.

- Oui j'ai vu la petite salle de radio.

- Alors ça c'est l'ancienne salle de radio, c'est parce qu'il y a encore le sigle sur la porte. Avant ça se faisait ici, maintenant c'est à l'hôpital. Tu vas voir c'est juste à côté de la salle d'urgence, il y a la salle de radio avec un nouvel appareil, enfin c'est un appareil qui est plus récent, il a 5 à 10 ans mais là c'était vraiment un vieux truc qui était là. Donc déjà il y a tout ça où on est obligé de doubler la première garde et puis en même temps on leur montre le matériel de MCS, on leur explique le fonctionnement etc. On a la chance d'avoir depuis quelques années des remplaçants qu'on a plus trop besoin de former donc...
- Oui et puis avant c'étaient des internes que vous connaissiez déjà...
- Oui ils ont fait 6 mois.
- C'est que des SASPAS qui viennent ?
- Et bien oui, on en a 2, on a réussi à filouter un peu, enfin filouter un peu, il ne faut pas dire ça à Cyrille ! Nan nan mais c'est vrai qu'on a 2 SASPAS, ça a été remis en cause à un moment donné quand notre équipe s'est renouvelée et qu'on était plus que des jeunes médecins parce qu'il faut quand même avoir un certain nombre d'années d'ancienneté, il faut d'abord être passé par des internes de premier niveau et puis en fait nous on a pas du tout eu ça. Alors après au vu de l'insularité et des particularités ici ils sont revenus toutes les... Le DMG est venu sur l'île d'Yeu et nous a rencontré et ils ont compris que c'était peut-être un peu mieux d'avoir un petit peu d'expérience pour pouvoir être mis en autonomie plus vite ici sans être mis en difficulté.
- Pour revenir sur la thèse de Baptiste, est ce que vous diriez que l'activité de MCS c'est une activité qui est épuisante ou c'est le fait d'être 7, d'être ici que ça n'est pas forcément épuisant ?
- Euh, j'essaie de faire la part entre l'activité MCS et nos gardes à nous, la permanence de soins parce qu'il y a les 2. Parce que nous on a la permanence de soins de la nuit profonde en fait et je pense que c'est ça qui est quelque fois confondu ici. Euh moi je... vraiment l'activité MCS pure, quand on nous appelle en nous disant : « Je vous appelle en tant que... » c'est comme ça qu'on fait la différence, « je vous appelle en tant que médecin MCS pour une... pour partir... » souvent c'est une intervention à domicile. Euh oui c'est fastidieux, c'est épuisant parce que ce sont des interventions longues surtout ici, parce que quand on sait qu'on part, il va y avoir une évacuation même si c'est le SAMU qui vient comme cette nuit. Tu vois MCS5 il est parti à 20h30, il est revenu à une heure du matin.
- Parce que vous accompagnez sur le continent c'est ça ?
- Quand c'est le SAMU qui vient non. Mais tu vois, tu fais ton bilan, t'attends toujours un petit peu, bah tu vois, pour voir s'ils viennent. Cette nuit c'était un coma, bah pour

voir s'il se réveille un peu, tu vois, parce que... t'as pas envie de... les conséquences sont... Ce sont des moyens qui sont plus important que sur le continent, tu vois. Là tu fais venir le SAMU en hélico, machin, tu temporises un petit peu avant de prendre ta décision, même si t'es toujours avec le SAMU. Mais du coup ça prend toujours un peu plus de temps, puis le transfert jusqu'à l'aérodrome, euh, quand c'est nous qui accompagnons, il faut compter le voyage puis le retour, ça fait en général 3 heures, donc ça prend tu temps, quand c'est en pleine nuit c'est fatigant, mais pour autant il y a ce côté un peu stimulant intellectuellement puis du fait que ça change de l'activité de médecine générale du quotidien et notre organisation nous permet d'avoir des repos, pas systématique mais quand même, globalement des repos derrière et au moins une équipe qui comprend, tout le monde fait la même chose. Une équipe qui comprend qu'on peut être fatigué le lendemain. Donc en définitive, je ne pense pas que ça soit... Je pense que c'est plus la permanence de soins en nuit profonde qui est plus fatigante par ce que des fois tu vas être appelé pour des trucs un peu... voilà, même si je trouve que la régulation fait bien son boulot. Mais le MCS pure je pense... enfin je ne sais pas.

- Ouai il y a un peu d'adrénaline et stressant mais ce n'est pas forcément épuisant...
- Ouai, après c'est sûr qu'il y a des conséquences physiques. Physique parce que si tu dors... ça te coupe ta nuit, donc tu dors moins. Physique aussi parce que l'adrénaline c'est stimulant mais le lendemain tu payes un peu, mais je ne sais pas ... quand tu aimes ce que tu fais, c'est quand même moins épuisant. Je ne pense pas que ça soit l'activité MCS qui soit responsable d'épuisement, en tout cas à l'Ile d'Yeu.
- La question qui se posait aussi, il y a d'autres thèses sur les MCS dans d'autres régions où les médecins correspondants SAMU étaient très pessimistes sur l'avenir du dispositif. Après voilà, l'île d'Yeu c'est particulier donc... mais, où ils sont tous seuls comme le reste de la Vendée, comme ils ne trouvent personne pour les remplacer, ils pensent que ce n'est pas un dispositif qui va se pérenniser, c'est quelque chose qui va se perdre. Je ne sais pas si, ici c'est différent, la question je ne peux pas la poser ici, parce qu'ici il n'y a pas le choix c'est comme ça, mais s'il y avait quelque chose à améliorer dans le dispositif pour le rendre plus attractif qu'est-ce que ça serait ?
- Bah c'est vrai qu'en fait pour avoir un peu... pour avoir remplacé un peu à droite à gauche en France, il est très peu connu ce dispositif, en fait je pense qu'il y a très peu de communication dessus. Je ne sais pas si c'est très bien homogénéisé en termes de matériel etc... c'est peut-être ça qui manque, la communication. C'est vrai que quand j'en parle autour de moi à des médecins qui sont libéraux dans d'autres régions, ils ne connaissent pas le dispositif et ils seraient potentiellement intéressés tu vois, enfin je ne sais pas... Alors après comment on pourrait communiquer ? Déjà il faudrait communiquer tout court pour le rendre plus attractif. Et puis après, je pense que ce qui peut... parce qu'il y a quand même des moyens en termes de matériels qu'on te donne quoi et ça je pense que les médecins sont très loin de s'imaginer tout le matériel auquel on peut avoir accès, et puis après, peut-être renforcer... Moi ce que je trouve

super c'est, après c'est aussi parce qu'on est sur un petit territoire mais globalement, pour avoir discuté avec les médecins de Vendée lors des formations, ça aussi c'est super stimulant les formations. Je pense que c'est un truc, peut-être dans la communication dire qu'on est formé, ça permet de se mettre à jour, enfin, ça change tout le temps, toutes les recommandations des urgences. Les formations sont de super bonne qualité ça je pense qu'il faut communiquer là-dessus et pour avoir discuté avec des médecins de Vendée, je ne sais plus ce que je voulais dire... Ah oui si voilà, ce qui fonctionne bien, c'est le travail en équipe, on est seuls, certes, mais on est toujours avec les pompiers. Et je trouve que ce travail en équipe il existe quoi, on n'est pas non plus abandonné et, je reviens toujours à la charge avec ça mais je trouve qu'idéalement aussi dans la formation il faudrait... En tout cas il faudrait nous mettre plus en relation avec les équipes locales du SDIS, j'adorerai, j'ai essayé, je n'étais pas loin de réussir d'inclure le SDIS dans notre formation MCS à l'Ile d'Yeu. On y arrivera ! Ça permettrait aussi de renforcer ce travail en équipe et les médecins correspondants SAMU se sentent moins seuls pendant les interventions.

- J'ai cru comprendre que l'été il y a une infirmière qui est avec vous ?
- Alors il y a une ISP et sinon à l'hôpital local, l'été, la journée, il y a une infirmière en plus qui est dédiée à la salle d'urgence et qui peut être détachée pendant ses heures mais pas la nuit parce qu'en fait elle est présente sur les horaires où il y a le plus de monde aux urgences donc pour toute la traumatologie d'été souvent donc elle est là de 11 heures à 21 heures globalement et donc si tu as une intervention MCS dans ce créneau là et qu'elle est dispo parce qu'il n'y a personne en urgence dans la salle d'urgence et qu'elle est d'accord, elle peut venir.
- Ok, pour en revenir avec les pompiers, quand vous êtes déclenchés en tant que MCS, vous allez sur l'intervention mais les pompiers sont prévenus en même temps que vous ?
- Souvent, la plupart du temps quand on est déclenché, c'est suite... Il y a 2 possibilités, soit ce sont les pompiers qui ont été déclenchés en premier et c'est eux qui ont demandé, suite au bilan, il y a déclenchement du MCS, ou alors on est déclenché en même temps donc on arrive potentiellement... ça dépend qui est le plus proche mais potentiellement, parfois on arrive avant eux parce qu'ils sont un petit peu plus loin, parfois on arrive en même temps, parfois on arrive après mais la plupart du temps on travaille, quasiment 75% des cas c'est toujours avec les pompiers et nous ça nous permet d'évacuer soit vers l'hôpital local soit... C'est aussi particulier ici, parce qu'on n'a pas d'ambulance.
- Donc ce sont les pompiers qui font ambulance ?
- Ouai les transferts, tout ça. Donc c'est vrai qu'on a quand même cette... on n'est jamais complètement seuls même si ce ne sont pas eux qui vont poser la perf mais ils peuvent quand même faire des choses et psychologiquement ça fait du bien qu'ils soient là.

- Quels bénéfices vous en tirez d'avoir intégré le dispositif ?
- Finalement, moi je dirai, je suis peut-être optimiste parce que ça fait 6 mois que je n'ai pas fait de garde mais moi je dirai que pour nous, comme c'est organisé à l'Ile d'Yeu, ça nous permet de lutter contre le Burn Out, ça peut paraître étonnant de dire ça mais je pense que ça nous stimule bien. J'apprends plein de choses grâce aux formations organisées par le SAMU, ça nous permet de se maintenir à jour des urgences, ça diminue ton angoisse peut être en médecine générale face aux problèmes... parce que du coup t'es... comme tu fais régulièrement... Comme t'es maintenu à jour ça fait que t'es moins angoissé par les trucs du quotidien en médecine générale. Et puis non, que des choses positives finalement.
- Quels conseils vous donneriez à un jeune médecin généraliste qui veut se lancer dans le dispositif ?
- Je lui dirai que c'est bien ! Je l'encouragerai ! Je pense que, en effet, c'est, en termes de rythme, il faut faire attention à sa vie de famille quand même, il ne faut pas en prendre trop, je pense qu'une par semaine c'est bien. Après je ne sais pas comment c'est possible... Alors après je pense qu'on n'a pas la même activité, enfin, on n'est pas déclenché pareil, on est peut-être un peu plus déclenché sur l'île d'Yeu, je ne sais pas, je pense que les gardes sont peut-être plus calmes sur le continent.
- Là où ils sont tous seuls, ils se plaignent de ne pas être déclenché plus que ça lorsqu'ils se mettent disponible. C'est le médecin à Pouzauges qui me disait ça qu'elle se met dispo dès qu'elle peut et elle voyait bien qu'elle était de moins en moins déclenchée.
- Après je ne sais pas, ça, ça vient du fait que les régulateurs sont... Nous on le ressent, c'est vraiment particulier, il faut vraiment bien connaître, au niveau de la régulation on le voit quand il y a les nouveaux régulateurs parce qu'ils ne connaissent pas l'Ile d'Yeu, il n'y a pas de pont... Je ne sais pas si les régulateurs sont bien mis au courant du fait qu'il y ait des MCS ou c'est parce qu'en termes de rentabili...de morbi-mortalité, est ce que ça change quelque chose, est ce qu'il y a eu des études là-dessus, je ne sais pas...
- Sur l'efficacité du dispositif ?
- Oui
- Ah bah si, il y a eu plusieurs études, plusieurs thèses qui ont montré que déjà en termes de temps il y a un réel bénéfice et je n'ai plus les chiffres en tête mais il y avait une chance en plus quand il y avait un MCS qui intervenait. Mais oui en fait ce qu'elle décrivait c'est qu'il y a beaucoup de nouveaux régulateurs qui ne connaissent pas forcément la géographie de la Vendée et qui ne connaissaient pas le dispositif. Donc encore un manque de communication envers les médecins, les généralistes, les spécialistes et les régulateurs.

- Après la connaissance géographique on ne peut pas trop leur en vouloir, je pense que quand tu débarques déjà en tant que régulateur, ça ne doit pas être très facile déjà, on te forme déjà à ton propre métier, tu ne peux pas maîtriser tout... Enfin le dispositif je pense que les régulateurs ils doivent le connaître quand même ! Je pense qu'il y a un réel manque de communication et ça fait peur aux généralistes. Je pense que MCS1 elle est super motivée par ça.
- Est-ce qu'il y a des choses dont on n'a pas parlé et que vous aimeriez aborder ?
- Euh on en a parlé, je pense qu'il faut insister sur la formation qui est vraiment de bonne qualité au CESU, on a des supers formateurs et des supers mannequins donc il faut vraiment en profiter. Non sinon je ne vois pas.
- Très bien, je te remercie !
- Merci à toi !

Entretien du 17 Avril 2021

- J'ai des choses qui se télescopent un petit peu parce que je me suis inscrit à une capacité de médecine aérospatiale à Toulouse et donc entre ma gestion des remplacements et la capacité tout ça donc voilà. C'est pour ça que j'ai un peu cafouillé à t'appeler donc voilà.
- Le temps que... Comme il y a 13 médecins correspondants SAMU en Vendée ça m'a laissé le temps d'interroger les autres.
- On est 13 ?
- Vous êtes 13, ouai.
- Ah ouai ? Sur la Vendée ?
- Oui.
- Mais alors attend, il y a...
- Sur l'île d'Yeu il y en a 7 déjà.
- Ah oui c'est ça, c'est ça.

- Après il y a MCS 1 à Pouzauges.
- Ouai comme moi un peu tout seul quoi.
- Et puis 4 à Noirmoutier.
- Alors il y a...
- Il y a MCS 13, MCS3, MCS 12 et puis MCS6.
- Ah je ne le connais pas lui.
- Il a intégré le dispositif au mois de juin c'est pour ça.
- Ah oui d'accord. MCS 3, je le connais parce que c'était mon ancien interne.
- Du coup, moi je réalise ma thèse sur les MCS...
- Parce que tu es médecin urgentiste aussi peut être ?
- Non, je suis médecin généraliste, j'ai fini mon internat au mois de novembre et je fais des remplacements.
- Ok et en même temps tu bosses ta thèse, ok, super, bah écoute, très bien.
- Donc moi mon travail de thèse il fait suite à la thèse de Baptiste Archambaud. Il avait fait une revue d'activité sur les médecins correspondants SAMU et puis il avait remarqué que sur certains territoires notamment Notre Dame, Pouzauges et Noirmoutier il y avait une diminution du nombre d'astreintes pourvues de l'ordre de 10% entre 2014 et 2017 et il faisait l'hypothèse de... Est-ce que ces médecins s'épuisent ? En rapport avec cette activité et voilà.
- Baisse d'astreinte de 10% ? Chez moi ?
- Sur les trois territoires.
- Ah ouai... ça ne correspond pas à mon ressenti...
- Et du coup moi je recueille le ressenti de ces médecins, pourquoi est-ce qu'ils ont intégré ce dispositif ? Qu'est-ce qu'ils voudraient améliorer ?
- Bien, c'est une bonne idée, très bien.
- Pour commencer, est ce que vous pouvez vous présenter ?

- Ok et bien moi je suis MCS 11, je suis médecin généraliste à Notre Dame de Monts depuis 93, ce qui fera bientôt 28 ans le 15 juin. Je suis de temps en temps seul et parfois 2. Parce que depuis déjà 27 ans, l'été, je prends un associé, un collaborateur pendant deux mois et demi à trois mois. Et donc cette partie-là de l'année je suis rarement seul. Et puis par ailleurs je suis aussi formateur/Maitre de stage interne et puis externe, donc il y a souvent du mouvement au cabinet. Qu'est-ce que je peux dire d'autre ? je suis généraliste, je suis médecin correspondant SAMU depuis bah longtemps... J'ai été urgentiste de 91 à 93...
- Oui voilà c'est ce que j'allais vous demander. Si vous aviez une formation d'urgence à la base ?
- Voilà c'est ça. J'étais médecin... j'ai intégré la deuxième année de... après la création de la CAMU à l'époque. Donc à l'époque on pouvait rester à l'Hôpital une année renouvelable une fois et ensuite il fallait s'installer en médecine générale donc voilà. Je crois que j'étais la deuxième année, j'étais la deuxième promotion on va dire. Voilà, et puis bon bah voilà, j'ai toujours continué à faire dans un premier temps j'ai été médecin pompier pendant quelques années sur le centre d'intervention de Saint Jean de Mont avec des collègues et puis au fur à mesure des années, la fonction de médecin pompier est devenue de plus en plus de la médecine de travail avec surtout des visites du travail et de moins en moins sollicité dans l'urgence donc ça m'intéressait moins donc j'ai démissionné en 2005 ou quelque chose comme ça et puis donc j'intervenais... J'ai toujours été baigné dans l'urgence avec le SAMU et les pompiers, puis après s'est créé ce dispositif je l'ai intégré naturellement, je ne sais même plus en quelle année.
- C'était en 2003.
- Oui c'est ça 2003, donc j'ai dû l'intégrer en 2004-2005 au moment où j'ai laissé ma fonction de SP et j'intégrais ce dispositif qui correspondait mieux à ce que je recherchais.
- Vous disiez qu'il y avait des internes qui venaient ici. Vous arrivez à les intégrer ?
- Les intégrer c'est un peu compliqué. En fait, comment dire ? Quand les internes sont ici, ce sont des SASPAS donc au bout d'un certain temps ils sont en autonomie très rapidement au bout de deux ou trois journées d'accoutumance et donc moi je fais mon petit travail de mon côté, j'ai d'autres activités, je suis médecin expert auprès du juge des tutelles auprès du tribunal depuis 20 ans donc je fais des expertises pour des tutelles, des curatelles, et puis je suis médecin coordinateur du centre des traumatisés crâniens qui n'est pas très loin donc... Et bah ça me prend du temps aussi, il y a 40 personnes qui sont au long cours ici et puis j'étais médecin coordinateur de la maison de retraite de Notre Dame mais j'ai abandonné il y a 2 ans parce que j'ai... je ne voulais pas être complice d'une maltraitance et j'ai alerté les médias, l'ARS et je leur ai dit : « si les choses ne changent pas d'ici deux mois je m'en vais » et voilà c'était la petite histoire et je suis toujours le médecin coordinateur du centre des traumatisés

crâniens à côté donc, et puis expert auprès des juges des tutelles donc je fais pas mal de choses dans ce sens-là, je suis aussi donc médecin du sport, médecin gériatre, j'ai fait des capacités dans ce sens-là, j'avais fait un DU préventive de l'enfant, un DU de médecine tropicale et de médecine des gens de la mer donc voilà je fais pas mal de petites choses et je suis assez investi donc...

- Oui je vois ça.
- Et puis je suis médecin du permis de conduire, je suis médecin de la protection civile aussi. Et oui, en Vendée, par rapport à l'urgence, je suis médecin référent de la protection civile de Vendée aussi et voilà mais ça c'est bénévole. Pour en venir en fait, j'ai dévié un peu, quand mon interne est là, j'ai mes propres activités, des fois je suis à 3-4-5 kilomètres, je suis au Perrier ou à Beauvoir donc quand il y a une intervention, c'est un peu compliqué de perdre du temps pour venir ici et... il y a des internes qui l'ont fait. J'ai des internes qui sont maintenant urgentistes à Challans comme Charlotte Vieillard ou à Nantes, Antoine Le Forestier ou bien Théo mais il est peut-être parti un petit plus loin. Donc ces gens-là se sont intégrés sinon quand je sens qu'ils ne sont pas trop branchés... Je les emmène avec moi au départ puis quand ils me font comprendre que c'est moyen pour eux, bah voilà donc je ne viens pas les chercher et parfois il y a aussi l'obstacle de la distance.
- Oui parce que votre territoire il est assez vaste finalement ?
- Oui c'est assez vaste, ça peut, des fois jusqu'à Saint Hilaire de Riez, je suis allé des fois jusqu'à Saint Gilles, parfois je suis allé aussi sur Noirmoutier, des fois je suis allé jusqu'à Beauvoir, jusqu'à Challans même, quand une fois le SMUR était déjà engagé et qu'il y avait un arrêt pas très loin de l'hôpital, ouai, voilà. Ouai je me déplace volontiers, je suis assez motivé, donc ouai je prends pas mal d'astreinte donc je ne sais pas ce qui ressortait de... Je ne m'étais pas trop penché sur cette histoire d'astreinte... Je suis assez motivé, j'aime bien.
- Qu'est-ce qui vous a motivé à intégrer le dispositif ?
- Bah surtout que j'étais urgentiste et j'ai toujours aimé ça et je voulais continuer en médecine générale à participer à l'urgence et puis bon je suis un petit peu loin... c'était un peu volontaire de venir sur la côte et d'avoir à gérer le quotidien, le non programmé et puis entre le non programmé et l'urgence la marge est étroite. C'était un continuum entre cette CAMU, cette volonté d'être sur la côte, de faire du non programmé et de continuer cet investissement dans l'urgence quoi. Voilà.
- Donc vous êtes tout seul ici sur un territoire qui est très vaste, il n'y a pas d'autre médecin...
- Alors à Notre Dame il n'y a pas d'autre médecin, à la Barre de Mont il y a un médecin généraliste. Ici Notre Dame c'est 2000 l'hiver et ça peut monter jusqu'à 15-20000 l'été voir 30000 ponctuellement, pareil pour Saint Jean de Mont et Saint Hilaire, ça

peut monter jusqu'à... C'est 8000 l'hiver, ça peut monter jusqu'à 200000 l'été, donc ça peut exploser. Bon pareil pour la Barre de Mont où il y a un médecin mais qui ne s'investit pas trop non plus donc parfois ça peut m'arriver peut-être avec mes collègues de Noirmoutier qui vont aussi peut-être mais moi des fois je suis appelé sur Beauvoir ça peut arriver et ouai voilà quoi.

- Donc les jours où vous êtes MCS, comment vous vous organisez ?
- Et bien, j'ai la chance d'avoir une secrétaire à plein temps donc elle est habituée à ce que quand je pars, elle gère tous les RDV, elle redistribue en fonction de mon planning, donc ça c'est un point très important, j'ai une secrétaire qui est super performante pour gérer les urgences. Donc comment je m'organise ? En fait, je suis prêt à partir quasiment tout le temps à chaque fois que je suis là si je ne suis pas en vacances. Je suis d'astreinte très souvent, là tu vois, s'il y a quelque chose je suis prêt à partir, je fais mes petits papiers, je bosse un peu ma capacité d'aérospatiale et ouai je suis dispo s'il y a quelque chose jusqu'à... ce matin... J'ai fait un peu d'avion, donc là j'ai fait mon petit tour d'avion et puis depuis midi et jusqu'à minuit je suis disponible. Ouai je ne me pose pas trop de questions, j'aime bien mon métier, je fais ça à fond et ça se passe bien.
- Donc ouai même quand vous êtes en consultations au cabinet vous êtes disponible ?
- Ouai au contraire, j'adore ! Parce que ça me change un peu.
- Les gens ils ne disent rien ?
- Ah non, ils sont tout à fait habitués, c'est très bien accepté, ils aiment bien quelqu'un qui s'investit dans l'urgence et le non programmé. Ça les rassure, ça valorise le médecin de s'investir comme ça aussi je pense. Parce que quand je reviens ils ne sont surtout pas fâchés et quand je m'excuse de mon absence, c'est très très rare que j'ai une réflexion négative.
- Oui donc ça ne gêne absolument pas l'activité de consultation ?
- Non, non non pas du tout. Je peux rajouter aussi je fais de la régulation à la Roche à l'ADOPS donc j'y vais de temps en temps aussi.
- Quel bénéfice vous en tirez d'être dans le dispositif ?
- Quel bénéfice ? Et bien je dirai d'abord de casser la monotonie, je n'aime pas la monotonie, j'aime bien faire des choses diverses et variées, j'aime bien entretenir mes connaissances et l'urgence c'est comme le vélo, il faut continuer à se former mais on garde cette passion après je suis assez content de ce système parce qu'au final ça permet de garder un petit pied dans l'urgence et en même temps je pense qu'au final... j'aime bien la médecine générale aussi mais je me dis que d'être urgentiste pendant toute une carrière ça peut être difficile je pense. J'en parle avec des copains qui sont

urgentistes, ils ont le même parcours que moi, parfois... Voilà. Se lever à n'importe quelle heure toujours et tout le temps ça peut être... Ouai... Donc varier les choses c'est bien. Donc la variété surtout et d'abord. C'est aussi une source de revenus, même s'il n'y a pas eu de revalorisation, même si je dois me remettre dedans, parce que ça doit faire 5-6 ans qu'il n'y a pas eu de revalorisation donc faut qu'un jour je discute ça avec l'ARS même si ce n'est qu'une activité qui est reconnue correctement pour une fois. La troisième chose c'est... c'est surtout la première en fait, j'aime bien varier les activités.

- Pour en revenir un peu sur la thèse de Baptiste par rapport à l'activité de MCS, est ce que vous diriez que c'est une activité épuisante ?
- Je n'ai pas du tout du tout ressenti de baisse de... pas du tout. Je ne sais pas, peut être que... Sauf si j'ai pris beaucoup de vacances ces années-là. Moi je n'ai pas du tout de lassitude et ça me plaît beaucoup. J'ai 57 berges maintenant et ça me plaît bien et sauf si j'avais des soucis de santé qui m'empêcherait de faire ça mais sinon j'ai bien l'intention de continuer.
- Et d'être à plusieurs ?
- Non au contraire, mais j'essaye en formant des internes, j'ai espoir qu'un jour qu'un confrère ou une consœur qui vienne s'établir avec moi pour développer cette activité mais pour l'instant je n'ai pas trouvé. Il y a eu des essais de temps en temps puis ce n'étaient pas des urgentistes en fait et donc ce n'était pas des gens qui étaient, les gens qui sont venus, c'étaient des jeunes médecins avec des conjoints qui étaient aussi investis dans leur métier et donc on est un peu excentré, c'est toujours le problème de la distance par rapport à Nantes. Au-delà de trente minutes c'est compliqué d'accueillir un jeune confrère. Après ça peut changer, ça pourrait être un confrère qui vient 3 jours par semaine. C'est le problème de la désertification.
- Quand je discutais avec MCS1, elle, par contre, elle se plaignait d'être de moins en moins déclenchée. Je ne sais pas si avec le temps vous avez ce ressenti.
- Ça dépend, là avec le Covid c'est sûr que c'est un peu compliqué, il y a moins de gens le soir mais si je prends l'activité sur de nombreuses années, je pense que ça fluctue dans le temps, ça fluctue en fonction des permanenciers, des urgentistes qui sont embauchés, ça fluctue des renouvellements d'équipe j'ai l'impression. Ce sont plus des habitudes de déclenchement qu'autre chose... j'ai même l'impression des fois que le fait d'avoir fait de la régulation à La Roche et de connaître les équipes et tout ça, ça facilite les échanges. Maintenant je connais les permanenciers, je peux les reconnaître à la voix etc. Quand ils m'appellent ils disent : « Tiens c'est un tel... ». Ça fluctue je dirai, je dirai que c'est plus une fluctuation qu'une diminution. Je ne me suis pas penché sur les chiffres.
- Oui donc ça dépend de l'équipe de régulateurs.

- Oui j'ai l'impression ouai.
- Quand vous faites de la régulation, sur votre logiciel il n'y a rien qui... Un nouveau régulateur qui vient d'arriver dans la région, il y a quelque chose qui lui dit : « dans cette zone là il y a un MCS que tu peux déclencher ».
- Normalement oui, normalement oui. Ils ont la possibilité de déclencher, il y a visuellement la possibilité de déclencher un médecin correspondant SAMU et normalement ils ont des recommandations qui font qu'en cas de, par exemple, d'arrêt cardiaque, systématiquement, ils déclenchent le médecin correspondant SAMU de la zone en même temps que le SMUR. Si le SMUR est engagé et que c'est la Roche qui se déplace, ils déclencheront plus facilement le MCS. Sinon dès qu'il y a un arrêt cardiaque ou une pathologie cardiaque, un SCA ou autre, et bien oui, ils déclenchent systématiquement le médecin correspondant SAMU, normalement c'est ce qui doit se faire.
- Après votre intervention vous rédigez une fiche ?
- C'est ça une fiche qui normalement est en révision. Lors de la dernière formation en octobre on avait discuté à propos de la fiche avec Antoine Le Forestier qui devait revoir un peu des choses, alors je ne sais pas où est ce qu'il en est... Pour la rendre plus complète, un peu plus médicale et pour exploiter des données également. En même temps il ne faut pas trop charger les choses parce que c'est vrai que quand on a une intervention et qu'il faut déjà ranger tout son matos, faire l'inventaire de ce qui a été utilisé et ce qu'il faut réapprovisionner et rapidement parce que si on repart, ça arrive l'été, moi je suis déjà parti trois fois dans la journée, et bien voilà, il ne faut pas avoir pleins de papiers à remplir non plus quoi, donc il faut trouver le juste milieu.
- Et pour vous ravitailler justement comment vous faites ?
- Souvent moi je fais un gros ravitaillement et quand il me manque des choses dans l'année souvent je me le prescris moi-même.
- Il y a eu d'autres thèses qui ont été réalisées sur le dispositif MCS dans d'autres territoires en France et ces thèses relatent que les MCS sont en général très pessimistes sur l'avenir du dispositif...
- Ah bon ?
- Le fait d'être seul, qu'ils ne trouvent personne pour prendre la suite. Ce qui en ressort de ces thèses c'est que le dispositif va finir par s'essouffler par manque d'attractivité.
- A vrai dire dans un cadre plus général, je ne sais ce que sera le dispositif à l'avenir non plus mais je ne sais pas non plus ce que sera à court terme la médecine générale. Là on va dans le mur. En Vendée, je ne sais plus si c'est 30 ou 40% des médecins

généralistes qui s'en vont en retraite dans les 10 ans donc c'est énorme. Moi dans 10 ans j'en aurai 67 ans, moi je partirai peut-être vers 65 ans donc... Effectivement je ne sais pas. Je pense que si jamais je n'arrive pas à... ce n'est pas non plus le projet d'une vie, si la structure, il n'y a pas de postulant, j'aurai bien aimé qu'il y ait quelqu'un qui reprenne après il est possible qu'à l'avenir il n'y ait qu'un centre médical cantonal à Saint Jean de Monts par exemple et que tous les médecins travaillent sur Saint Jean de Monts, ça sera un remaillage différent mais ça sera en fonction de l'offre et de la demande. Après c'est vrai que sur la côte ça reste compliqué. Alors je ne sais pas, je l'intègre plus dans une offre de soins, je ne sais pas mes collègues. MCS1 à Pouzauges, qu'est-ce qu'il en est ? L'Ile d'Yeu c'est un peu spécial. Ils sont tous salariés aussi, il risque d'avoir des médecins parce que le salariat c'est quelque chose qui attire les jeunes médecins aussi. Yeu ils sont aussi en convention avec l'Hôpital local donc je ne sais pas comment ils s'organisent. Ils interviennent par garde de 24 heures il me semble donc... Chaque secteur est un peu différent, c'est ce qui fait sa richesse et comment dire ? Sa faisabilité. Que ce système soit assez souple, alors je ne sais pas. Je crois que... Noirmoutier, je ne sais pas parce que, pour l'instant ça va mais il y a eu des moments difficiles, le bocage, je ne sais pas quel est l'état de leurs tensions actuellement, pendant un temps c'était compliqué mais je crois qu'il y a des maisons médicales qui se sont ouvertes sur le bocage du fait de la proximité par rapport à Nantes donc pour l'instant il n'y a peut-être pas trop d'inquiétudes mais... Je ne sais pas.

- S'il y avait des choses à améliorer dans le dispositif, ça serait quoi selon vous ?
- Oui, moi il y a des choses que je souligne régulièrement c'est, dans notre pratique, c'est l'identification. Alors on a maintenant une chasuble depuis à peu près un an déjà, on est identifié mais bon c'est insuffisant. L'hiver ça peut arriver qu'on aille sur un accident par exemple et dans le noir on est difficilement identifié. Sur un lieu d'accident, si on se gare sur le bord de la route, on n'a pas de chose fluo, on n'est pas bien identifié. Sur notre voiture, ben ouai il y a un gyrophare mais il y aurait un truc pour coller un truc magnétique ou je ne sais quoi, tu vois, je pense que c'est important. Je ne sais pas si on est écouté mais je me méfie parce que ça peut être des causes d'accident premièrement, parce que quand on est sur la voie publique bon bah voilà et deuxièmement et bien les gendarmes ils ne savent pas trop ce que c'est qu'un médecin correspondant SAMU, les pompiers non plus, il n'y a pas une grande communication, comme d'habitude, entre le SDIS et le SAMU, si bien souvent c'est : « Ah bon ça existe depuis longtemps ? » me demande souvent les pompiers, et donc parfois même...
- Il faut se justifier sans arrêt quoi.
- Voilà c'est ça, donc c'est un peu, on a l'impression d'arriver un peu comme un cheveu sur la soupe dans une affaire et il faut s'imposer, c'est un peu agaçant alors que si on avait quelque chose de visible, on aurait pas à penser à ça en plus du reste, parce que on a tout le monde sur la pensée quand on arrive sur une intervention, entre gérer les témoins, gérer la famille, gérer le patient, regarder comment se déroule la réanimation qui est effectuée par les pompiers si elle est efficace ou pas, avoir notre schéma, notre

algorithme dans la tête, préparer notre perfusion, notre voie veineuse ou bien osseuse donc ça fait beaucoup de chose à penser donc si on pouvait nous soulager des petites choses comme ça, mais bon, des fois il y a une marge entre ce qui est dit en théorie et ce qui est sur le terrain et c'est pas toujours facile de faire passer les choses. Moi je pense que c'est très important, j'espère qu'un jour il n'y aura pas d'accident... Je me suis déjà senti en danger.

- Vous êtes le premier à me faire la remarque. Sur l'Ile d'Yeu c'est différent, Ils ont une voiture bien identifiée avec un gyrophare avec marqué médecin dessus.
- Et bien voilà ! Je n'ai pas ce système, j'ai ma voiture, avec un petit gyrophare, j'ai juste une petite fiche SAMU mais dans le noir ça ne se voit pas. Ça a l'air de rien mais quand il faut s'exprimer, passer les différents... Quand il y a un pète et qu'il faut passer les différents obstacles gendarmes et pompiers, il faut encore se présenter donc ça perturbe les choses, ça, c'est compliqué, ça c'est une des difficultés que je souligne et qui n'est pas toujours entendue.

L'autre chose, bah non, écoute ça se passe plutôt bien, si, il y a autre chose qui est assez général, c'est qu'on est parfois mis en attente longtemps et.... Pfff.

- Avec les régulateurs au téléphone ?
- Voilà c'est ça, et donc je me dis que parfois on pourrait faire notre synthèse au permanencier et si le régulateur a besoin, qu'il nous appelle sur notre portable, ça serait un système pour améliorer la communication, parce que parfois on est dans la voiture pendant 15 minutes en train de revenir de Saint Hilaire ou Saint Jean et puis après vous allez au cabinet et vous commencez vos consultations, vous avez toujours la petite musique d'attente, alors qu'on aurait laissé notre bilan initial au permanencier qui lui nous dirait : « non non ne quittez pas je vous passe mon collègue », donc voilà. Donc je pense que la communication de ce côté-là ça pourrait être mieux, on pourrait lorsque le médecin régulateur urgentiste est occupé de laisser notre bilan initial au médecin et voilà. Une autre chose aussi c'est, peut-être, il pourrait être intéressant de quand on a un message vocal qu'on a un petit SMS pour avoir l'adresse, parce que des fois l'adresse à l'oral, on cherche un peu, on nous rappelle une deuxième fois. Quand je vais dans des endroits comme Saint Hilaire, des fois il y a des endroits qui sont compliqués à trouver et bien d'avoir un message vocal et deuxièmement un petit SMS ça pourrait être intéressant. Ne serait-ce que, bon bah quand on est en train de... On se dit : « Tiens je vois ou c'est, machin truc » quand on est en train de se préparer, de gérer notre départ rapidement, éventuellement si l'interne est là, et en même temps on se dit : « Oh merde ce n'est peut-être pas tout à fait là », ça peut être intéressant d'avoir un support écrit.
- Pour rendre le dispositif plus attractif, est ce qu'il y aurait des choses ?

- Bah plus de communication puis, ce n'est pas facile, parce que je pense qu'il faut être motivé par l'urgence, c'est ça la chose et je vois bien que mes confrères et mes consœurs quand je fais des formations, comme c'est devenu une spécialité qui puis est, et bien, c'est... C'est un peu l'Etat qui a fait ça aussi, pendant des années, moi je me souviens, il y a 15-20 ans, l'ARS nous disait : « Vous n'êtes plus en charge de la filière d'urgence » c'était un peu le discours, donc il y a des gens qui s'en sont désintéressés carrément et donc parallèlement en structurant la filière d'urgence on a peut-être aussi involontairement creusé les choses et démotivé certaines personnes qui s'impliquent et après il y a une facilité qui fait que des gens se sont... peut être pas désintéressés mais détournés. Je vois bien quand je discute avec des collègues généralistes sur des conduites à tenir ou des situations complexes et bien ils sont un peu gênés si le SMUR vient pas tout de suite, c'est l'effet néfaste de la spécialisation de la filière urgentiste.
- Est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez rajouter que l'on n'a pas abordé.
- Bah écoute non, je trouve que je suis très intéressé, je suis très motivé, ça me plaît bien. Il n'y a pas grand-chose finalement, il y a des petites choses qu'il faudrait perfectionner régulièrement. Les formations sont bien, elles sont intéressantes, on a des belles formations qui sont maintenant bien identifiées dans le temps. C'est très bien, avec des thèmes, tantôt la pédiatrie, tantôt l'accouchement, des choses sur lesquelles on risque de ne pas tomber ou très rarement sauf MCS1 qui fait beaucoup d'accouchements, c'est sa spécialité là-bas.
- Merci
- Bah de rien !

Entretien du 23/05/2021

- Merci d'avoir accepté de participer à mon projet de thèse. Le sujet porte sur les médecins correspondants SAMU vendéens. Ce travail fait suite à la thèse de Baptiste Archambaud qui avait fait sa thèse sur... il avait une revue d'activité sur les MCS Vendéens entre 2014 et 2017. Moi je prends la suite un peu de ça, je recueille le ressenti des médecins correspondants SAMU, pourquoi ils se sont lancés dans le dispositif, leurs motivations...
- Tu vas être surpris !
- Est-ce que vous pouvez vous présenter ?

- Donc, moi, le MCS12, 57 ans et demi, j'ai mis le pied sur Noirmoutier en 97 en tant que remplaçant. J'ai été remplaçant fixe de 97 à 2000. J'ai essayé de m'installer ailleurs entre 2000 et 2003 mais il n'y avait plus la mer, donc je suis revenu en 2003 suite au départ d'un de mes anciens médecins qui m'employait qui partait à la retraite et donc voilà je suis là depuis 2003.
- Donc oui installé depuis 2003, vous êtes médecin généraliste de base où vous avez une formation dans l'urgence ?
- Non non non, oh là non ! Justement sur le parcours c'est un peu spécial, j'ai commencé médecin généraliste et puis c'est vrai que les années 2000, on nous a rajouté des fonctions au fur et à mesure, ce qui fait que maintenant j'ai plein de fonctions autres, toujours dans la médecine qui se sont ajoutées et qui font que je suis quasiment en état d'exploser permanente, je suis en état d'implosion ou d'explosion, sur la cordelette en permanence par ce qu'au fur à mesure... Alors sur les motivations je pense que tu vas y arriver rapidement, ce n'est pas forcément par goût que j'ai fait ça moi. Je suis issu de la médecine générale et puis après vu la désertification de la médecine, à un moment donné on a dit : « Tiens la maison de retraite il faut des médecins ». Bon moi j'ai une... ça peut paraître bizarre de dire ça maintenant mais sincèrement c'est la vérité, je me sens une responsabilité de territoire donc moi j'ai... Il n'y en a pas beaucoup qui font ça maintenant j'ai l'impression, mais du coup ça m'entraîne dans des extrêmes. Donc j'ai un territoire à gérer et je fais ce qu'il faut pour que mon territoire soit satisfait en médecine donc à un moment donné à la maison de retraite il n'y avait plus personne : je suis rentré à la maison de retraite en quart temps.
- Vous êtes le médecin coordinateur c'est ça ?
- Non je suis médecin salarié à quart temps de l'EHPAD parce qu'il n'y avait personne pour le faire enfin pas grand monde donc j'y suis allé. Après on nous dit : « il y a des gardes », j'ai pris des gardes donc on a essayé de garder à Noirmoutier les gardes de 24 heures sur 24, la nuit, c'est le seul endroit en Vendée avec l'île d'Yeu où on fait nos gardes même après minuit. On les fait bien, il n'y a jamais de trou de gardes, donc ça, ça nécessite beaucoup d'engagement aussi parce que tout le monde ne fait pas les gardes en plus. Et puis un beau jour, sous l'impulsion de MCS 13 qui aime bien organiser les choses, il nous a dit : « bah tiens le SAMU veut organiser les médecins correspondants SAMU, on va s'y lancer ! ». Bon et bien allons-y ! Il n'y avait personne d'autre pour le faire donc il n'y avait que Cyrille et moi pour le faire à l'époque.
- Ça c'était en quelle année ?
- On a commencé le correspondant SAMU.... L'année exacte.... On avait une réunion avec l'ARS pour en parler, je dirai bien une dizaine d'année.
- Oui donc au début vous étiez que tous les deux à faire ça.

- Oui voilà et puis on a été longtemps à deux, ça veut dire un jour sur deux et puis après MCS3 est arrivé et maintenant il y a MCS6 aussi, un médecin retraité mais qui en fait pas énormément non plus donc voilà c'est un petit peu... mais un moment donné oui c'était un jour sur deux. Donc je me suis mis ces fonctions là parce qu'il fallait le faire, ce n'est pas particulièrement un goût pour l'urgence, c'est plutôt un stress, je ne dis pas que c'est désagréable mais quand t'as une heure de retard et que t'as les rendez-vous pleins 2 mois à l'avance, moi j'ai les rendez-vous 2 mois à l'avance, t'es appelé par le SAMU, tu sais que t'es parti pour minimum une heure, t'es déjà dans la merde, t'es franchement dans la merde ! Donc c'est plutôt ce stress-là après le stress de l'intervention j'arrive à gérer ce genre de truc maintenant mais voilà tu vois c'est une grosse contrainte moi je le vois comme une contrainte, ce n'est pas un goût immodéré pour l'urgence qui m'a fait rentrer dans ce truc-là, c'est vraiment : « il faut des bras ? et bien je suis là ! ». C'est cet esprit-là. Je fais aussi des gardes sur le continent, cette nuit j'ai dormi deux heures tu vois, je ne suis pas obligé de les faire ces gardes-là, il n'y a personne pour les faire, sur le continent ils ne font pas leurs gardes.
- Ce sont des gardes de caps ?
- Non ce n'est pas du CAPS, ils appellent ça gardes de médecins secteurs. En dehors de Noirmoutier et de l'Ile d'Yeu, t'as trois médecins sur la Vendée. Moi je fais tout le territoire de Bouin à la Tranche jusqu'à Aizenay, tu vois ? Médecin effecteur mobile ils appellent ça, et ça j'en fais partie aussi. Il faut des bras, voilà. Donc j'y retourne la semaine prochaine, ici mardi, mercredi sur le continent, vendredi, samedi et dimanche ici, c'est à peu près toutes les semaines pareilles, tu me rajoutes le SAMU tous les jours de garde.
- Le jour où vous êtes MCS, comment vous vous organisez ?
- Et bien déjà, les jours où on est de garde. On est de garde ici sur Noirmoutier, donc c'est celui qui est de garde qui est MCS c'est évident !
- Donc vous faites la permanence de soin plus MCS en même temps, d'accord.
- Ouai et puis après il y a des jours où on est MCS quand t'as un médecin de garde qui n'est pas MCS. Il faut remplir le tableau donc on peut être MCS sans être de garde. (*Part ouvrir la porte à un patient puis revient et enchaine*). Après sur la formation, non je ne suis pas, non je n'ai pas de formation spéciale, après on a des formations tous les ans. Je ne me suis jamais fait peur en médecine, j'ai été aide-opérateur pendant mes études pendant 5 ans en clinique chirurgicale donc tout ce qui est recoudre, machin, je suis plutôt bon, après, avant qu'on soit MCS, on était sur Noirmoutier du temps que j'étais remplaçant en 2000 il y avait les gardes pompiers donc du coup on a eu une période un petit peu bâtarde où on avait le bip pompier sur nous, ça sonnait (*imite un cri de peur*) et on se refilait un scope déjà sur les gardes pompiers mais c'était un peu bâtard parce qu'on avait un scope mais le matériel et les drogues c'était nous qui nous équipions. Après ils nous ont mis un petit stock à la

maison de retraite mais comme c'était un stock commun il y avait toujours des manques enfin ça merdait jusqu'à ce qu'à se structure en MCS, là on nous à donner les moyens et du matériel qu'on peut commander.

- Maintenant vous avez chacun votre sac avec votre corpulse ?
- Alors le scope, on n'a pas chacun un scope, on se le refile mais oui on a chacun notre sac. On fait nos commandes directement au SAMU.
- Quand vous êtes de garde vous mettez tout dans votre coffre prêt à partir ?
- Ah bah j'ai plus cher dans mon coffre que de voiture, un scope ça coûte 25000 euros !
- Quel bénéfice vous en tirez d'être dans le dispositif MCS ?
- (*Rires*) Bénéfice moral ? Ben je te dis de gérer, c'est franchement de tenir mon territoire. Franchement j'ai vu un MCS provisoire, je trouvais ça scandaleux, qui était MCS quand ça l'arrangeait ! il ne faisait pas MCS le jour, il faisait MCS la nuit... MCS la nuit quand il était de garde mais pas MCS le jour parce qu'il gérait ses patients donc c'est un petit peu voilà... Donc à la limite tu peux imaginer un arrêt « ah bah non moi je préfère soigner mon angine que d'aller sur l'arrêt ». Tu vois ? Moralement parlant moi je ne peux pas, je ne peux pas concevoir ça. Il y a un arrêt sur Noirmoutier, bah il faut y être que ça te plaise ou pas ! Je te dis c'est plus une contrainte qu'autre chose mais bon sang tu ne peux pas...moralement parlant... Voilà t'es là tranquille dans ton cabinet « il y a un arrêt là-bas », « Oui bah écoute on va attendre que le SAMU vienne de Challans ou de la Roche » bah non, après, voilà.

Il y a cet état d'esprit où tu fais ce que tu peux, je ne suis pas un grand réanimateur, je suis certainement moins bien qu'un médecin SAMU quand il arrive mais t'essayes de tenir la baraque quoi ! Ça fait partie de notre activité à Noirmoutier ou alors on ne vient pas à Noirmoutier. Ça peut en effrayer certains, voilà, mais oui, comme à l'Ile d'Yeu ils sont tous formés comme ça, c'est obligatoire, c'est leur état d'esprit. Noirmoutier c'est bâtard parce qu'il y a le pont mais on peut trouver différentes personnes : ceux qui ont cet esprit-là et ceux qui viennent pour faire leurs tafs à leurs horaires... Ouai non, surtout si c'est un de tes patients en plus. Le lendemain dire : « il y avait un arrêt personne n'est venu, vous n'étiez pas là ? » « Bah si j'étais là j'avais des rendez-vous », tu vois par exemple. On se connaît tous, enfin non on ne se connaît pas tous sur l'Ile mais quand même ! Moi ça fait 25 ans que suis ici donc ils me connaissent... Voilà. Ils savent que je tiens le territoire et voilà. Il faut pouvoir se regarder dans une glace. Moi mon but dans la vie ce n'est pas forcément d'avoir tout bien fait mais c'est de se dire « t'as fait le taf mon gars, t'as fait des conneries, t'en as tué quelques-uns sans doute mais qu'est-ce que t'as à te reprocher ? T'as fait ce que tu as pu, t'as été courageux ». Je vois les choses comme ça, ça paraît épique ce que je te raconte mais je te jure que c'est ça, sinon je ne ferais pas autant de garde, je ne me crèverai pas, je m'épuise, c'est épuisant.

- Justement c'est là où je voulais en venir. Dans sa thèse Baptiste s'était rendu compte qu'entre 2014 et 2017 il y avait une diminution du nombre d'astreintes pourvues dans ces années-là de l'ordre de 10% sur Noirmoutier, Pouzauges et Notre Dame de Monts.
- Oui il y a eu des trous pour les astreintes. Il n'y a pas eu de trous de gardes ça c'est clair mais les astreintes MCS à un moment donné on était deux, après 3 mais bon... voilà, mais ouai et là tu vois au mois de juin ça va être chaud. On est en train d'essayer de remplir le tableau mais ça va être chaud.
- Oui donc c'est parce que vous étiez en nombre insuffisant qu'il y avait des trous à cette période-là.
- Oui bien sûr et 10% ce n'est pas beaucoup.
- Dans sa thèse Baptiste faisait l'hypothèse que les MCS sur ces territoires étaient en train de s'épuiser. Vous étiez en train de me dire que vous vous épuisiez.
- Oui mais j'ai 58 ans, je n'en ai pas 35 ! A 35 ans je n'étais pas épuisé.
- Donc c'est avec le temps que vous vous êtes épuisé ?
- Oui et c'est une question de personnalité aussi donc je suis un peu... Voilà. Je suis un peu hyper actif dans le genre donc... Voilà. De toute façon que ce soit en MCS ou autre on s'épuise avec nos patients, même sans faire MCS c'est épuisant. C'est toute la médecine qui est comme ça.
- Vous me disiez que vous aviez 58 ans, MCS6 il en a 73 ans, qu'est-ce que vous....
- Oui mais lui il est retraité donc ça va, il fait du MCS et puis il ne fait rien d'autre, moi je fais du 8 heures – 21 heures 30 mais oui se lever la nuit à 73 ans bravo quand même.
- C'est quoi votre point de vue sur l'avenir du dispositif MCS en Vendée ?
- C'est très homme-dépendant. Même le système de garde c'est pareil, quand il y en a pour le faire ça tient, le jour où il n'y a plus personne pour le faire ça s'écroule, ça c'est clair. Alors si ça s'écroule et qu'ils en veulent absolument un... Je dis si on ne s'en tient pas à notre pré carré de territoire et bien... Les gardes c'est pareil, et bien ils feront autrement. L'hôpital ils feront autrement, ils trouveront des médecins salariés, on perdra ça... Pourquoi pas hein ? Si plus personne ne veut faire les gardes sur le continent, ils vont dire que... je fais partie du bureau de l'ADOPS aussi, et bien un moment tout va exploser ! Donc ça sera plus pour les généralistes et donc faudra pas venir pleurer qu'on fait que du renouvellement et que la médecine n'est pas intéressante et qu'on ne gagne pas sa vie, ce n'est pas vrai. Tu trouves peut-être ça monstrueux que je dise ça dans une période où on manque de médecin mais au bout

d'un moment tu veux plus recoudre ? Tu veux plus faire de garde ? Tu veux faire de la médecine de ville comme à Paris, tu vas soigner ta petite angine et encore, et après tu viendras pleurer ! Non non il faut garder... Moi je tiendrai bien mais après il y aura peut-être des motivés.

- Pour le rendre plus attractif, le dispositif, pour vous qu'est-ce qu'il faudrait améliorer ?
- Il est pas mal organisé, qu'est-ce que tu veux qu'ils fassent de plus ? On nous donne le matériel, ils sont attentifs, on remplit nos tableaux de garde comme on veut, ils ne nous mettent pas la pression, ils ne nous disent pas : « si c'est obligé, il faut bosser, bosser, bosser ! » Non pas du tout, on remplit, ils sont contents, on ne remplit pas, tant pis, ça les emmerde mais ils ne nous mettent aucune pression là-dessus, franchement, on fait ce qu'on peut. En matière d'urgence de toute façon quand tu es face au patient tu fais ce que tu peux avec tes compétences que tu essayes d'améliorer, t'es pas un hôpital. Et ce que tu peux c'est déjà pas mal, c'est déjà bien, c'est mieux que rien. Au début j'avais deux ampoules, un scope, je faisais quoi ? je faisais des diagnostics puis après il y avait de la perf, du cathé intra osseux, de quoi intuber, on peut faire pas mal de chose mais même comme ça, on est content quand ils arrivent parce qu'il y a des choses que bon je me dis : « je m'arrête là, c'est à peu près stabilisé » je sais que je pourrai aller plus loin mais je n'ai pas envie parce que quand ils sont stabilisés : « je vais pas me lancer dans l'intubation tout de suite, ils arrivent dans 10 minutes », même une perf un peu compliqué, « ils arrivent dans un quart d'heure, je vais leur laisser la perf », tu vois ? Je ne vais pas faire un massacre, eux ils te perfusent des petits machins, moi je ne suis pas capable.
- Tous les ans vous avez une formation ? Cette année c'est à Noirmoutier je crois ?
- Oui, je n'ai pas regardé la date. Alors c'est pareil il faut pouvoir l'organiser ça. L'année dernière c'était à l'Ile d'Yeu, c'était une bonne et une mauvaise nouvelle, ça nous a... Parce qu'il faut y aller et il faut revenir et il faut intégrer ça dans son programme aussi. T'es pas là deux jours... c'est pareil il faut l'intégrer mais ce n'est pas si simple. Parce que les 2 jours... Moi en une journée je vois 35 à 40 patients donc deux jours il faut les caler les 80 patients, après tu souffres.
- Quels conseils vous donneriez à un jeune médecin généraliste qui voudrait se lancer dans le dispositif ?
- Bah il faut être dynamique, il faut y aller ! Qu'est-ce qu'on craint ? J'en vois qui disent : « Je ne vais pas faire ça, ça me fait peur ! ». Pfff, ce n'est pas difficile, c'est un ou deux actes techniques à savoir, c'est toujours la même chose, plus de la moitié voire les trois quarts des appels ce sont des douleurs thoraciques, après un peu d'accidents de la route. Ce n'est pas dur en diagnostic, c'est plus dur de faire un diagnostic compliqué au cabinet... L'urgence ça peut impressionner mais c'est pas difficile. T'arrives, tu : « ah il n'est pas bien, il faut de l'oxygène, faut une perfusion,

c'est un infarctus ». C'est toujours très stéréotypé, t'applique les... ce n'est pas dur, il ne faut pas se faire peur c'est tout !

Pour le motiver ? Si t'as pas le goût, t'as pas le goût, si t'es mou, t'es mou, t'arriveras à rien ! Il faut être un peu sportif, moi je cours dans les dunes avec mon sac sur le dos. Ce n'est pas inintéressant et puis quand tu as fait, t'en parles. Ça t'emmerde sur le moment, ça fout ta journée en l'air surtout qu'il y en a plusieurs en été des fois mais... ça te laisse des souvenirs quand même, bons ou mauvais. Et puis les gens ont besoin de... Les gens te voient et puis les pompiers ils voient bien qui est sur le terrain ! t'es dans ton territoire, t'es pas vu pareil, ils savent très bien qui en met un coup et qui se laisse aller... Voilà, ça se sait.

- Les gens ne disent rien quand vous partez comme ça en pleine consultation ?
- Si, c'est chacun pour sa gueule de nos jours. Quand c'est pour eux qu'on part : très bien, mais quand je passe par la salle d'attente pour leur dire : « Je reviens dans une heure j'ai une urgence », « oh purée, machin... » Franchement même les gens que je connais qui sont gentils avec moi, c'est pas franchement bien pris ! Alors ils nous disent : « Ah c'est bien vous faites de l'urgence tout ça », ouai quand ils ne sont pas dans la salle d'attente et qu'ils ne subissent pas le truc. Il y en a la moitié qui part et qui reprend RDV ou pas, et l'autre moitié qui attend une heure que je revienne. Une intervention c'est rarement plus d'une heure, même un infarctus, ils finissent toujours par arriver ! Et quand ils arrivent, je m'en vais, je ne reste pas jusqu'au bout de l'intervention pour faire joli, donc au bout d'une heure c'est plié, donc... On est bien vu dans la population certainement mais à condition que ça ne tombe pas sur eux et qu'ils n'en subissent pas les conséquences ! Ça grogne dans la salle d'attente de toute façon en permanence. Ça grogne parce qu'ils ne peuvent pas avoir de RDV, ça grogne parce que c'est long, la grogne est là.
- Est-ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordé et que vous auriez aimé dire ?
- Non moi je te l'ai dit dès le début sur mes motivations, je ne suis pas particulièrement attiré par l'urgence mais c'est parce qu'on a besoin. Je suis au centre de vaccination, je fais des tests au centre, je suis à la maison de retraite, je suis de garde ici, je suis de garde sur le continent parce qu'il faut être là quoi. Je fais de l'échographie parce que à un moment donné je ne pouvais plus avoir de RDV d'échographie, il n'y a plus de dermato donc j'ai investi dans de la cryothérapie pour brûler les personnes âgées, les marins qui font leurs kératoses actiniques. Pourquoi j'ai fait ça ? parce que j'étais coincé, donc je m'y suis lancé !
- Vous avez fait un DU d'écho ?
- Non, pas de DU d'écho, j'ai fait une petite formation, tu peux faire de l'écho comme ça, t'es pas obligé de faire un DU de cardio pour manier un stéthoscope ! Alors je ne fais pas de la grande écho mais c'est utile, je fais la différence entre une vésicule

biliaire et une colique néphrétique. Je ne fais pas d'écho de tendon ou de machin... Alors le DU si j'avais eu le temps oui pourquoi mais maintenant j'ai bientôt 60 ans...

- Bon et bien j'ai terminé !
- Bien, très bien, si t'as besoin de renseignements supplémentaires tu me dis !

Entretien du 08 Juin 2021

- Mon travail fait suite au travail de Baptiste Archambaud, ça part du constat qu'il avait fait sur le... Il s'était rendu compte qu'il y avait une diminution du nombre d'astreinte pourvues entre 2014 et 2017 sur 3 territoires en Vendée donc Noirmoutier, Pouzauges et Notre Dame de Mont et il avait fait l'hypothèse de : est-ce que ces médecins correspondants SAMU sont en train de s'épuiser ? Donc voilà, mon travail de thèse part de ce constat et mon objectif c'est de répondre à cette question, donc je recueille le ressenti des médecins correspondants SAMU de Vendée pour connaître leurs motivations, ce qui les a poussés à intégrer ce dispositif, les axes d'améliorations éventuellement.
Pour commencer est ce que vous pouvez vous présenter ?
- Oui moi je suis MCS 13, je suis médecin généraliste sur la MSP de l'Île de Noirmoutier sur les 2 sites, Noirmoutier et Barbâtre, et moi je suis plus particulièrement sur le site de Barbâtre.
- Ok, donc là vous avez quel âge ?
- Moi j'ai 51 ans.
- 51 ans. Vous êtes médecin généraliste de base ?
- Oui je suis médecin généraliste, voilà, je suis passé par l'internat de médecine générale et à la fin de mon internat de médecine générale j'ai fait un cursus de médecine d'urgence. Voilà c'est un peu ça qui m'a fait repartir après sur le médecin correspondant SAMU puisque effectivement pendant 7 ans après mon internat de médecine générale j'ai passé ma CAMU qui existait encore à cette époque-là et j'ai fait le DU de réanimation de Lille et j'ai exercé comme attaché dans un premier temps à l'Hôpital Cochin à Paris aux urgences de l'Hôpital Cochin puis j'ai été praticien contractuel à l'Hôpital de Meaux aux urgences et au SMUR ainsi que après en réanimation où j'ai été PH contractuel 3-4 ans en réanimation à l'Hôpital de Meaux et je prenais également des gardes sur l'ambulance de réanimation des sapeurs-pompiers de Paris. Voilà, donc j'ai fait un petit peu le tour de la médecine d'urgence et lorsque j'ai décidé de revenir à la médecine générale qui était mon premier amour pourrait-on dire, je ne me suis pas installé à Noirmoutier par hasard parce que je savais effectivement, j'avais repéré qu'en étant assez loin d'un hôpital de premier recours on pratiquait des gestes également de médecine d'urgence.

- OK, donc c'était une volonté de se mettre en périphérie loin des centres.
- Ouai. L'intérêt de se mettre en périphérie loin des centres c'est que je trouvais qu'on avait une médecine générale beaucoup plus diversifiée que lorsqu'on se retrouvait en plein centre d'une grande ville.
- OK. Les études, externat, internat, ça n'était pas du tout dans la région ?
- Non moi j'ai fait un externat et un internat uniquement parisien.
- Ok ça marche. Là vous êtes sur Barbâtre du coup. Vous avez une activité salariée ou libérale ?
- Moi j'ai une activité libérale, oui.
- Ok et il y a des internes qui sont avec vous ?
- Alors j'ai des internes oui. J'ai accueilli pendant longtemps des internes de niveau 1 et maintenant j'ai un interne SASPAS.
- Que vous arrivez à intégrer dans le dispositif ?
- Médecin correspondant SAMU ?
- Oui.
- Non ça c'est difficile. On leur fait toucher du doigt, on leur explique. Il m'est arrivé de rares fois de pouvoir faire venir mon interne de médecine générale avec moi alors surtout des niveaux 1, voilà, ça c'était intéressant, des SASPAS c'est un peu plus compliqué parce que souvent les SASPAS sont là quand je suis à la fac donc...
- Ah oui et ils ont leurs créneaux en plus donc...
- C'est ça.
- Ok ça marche. Vous avez intégré le dispositif en quelle année alors ?
- Dès sa création. En fait, dès sa création... Je ne me souviens plus en quelle année...
- En 2003 ?
- Non alors parce que la création du médecin correspondant SAMU véritablement déployée et nominativement MCS ça a été véritablement 2009 je crois qu'on a signé véritablement les contrats. Avant c'était des médecins territoriaux qui étaient appelés par le SAMU ils n'avaient pas cette fonction qu'on a maintenant et la formation qu'on a demandé.

- Ce qu'on appelait les zones blanches avant.
- C'est ça, c'étaient des médecins de zones blanches, c'est ça.
- Ok et comment vous avez entendu parler de ce dispositif au tout début ?
- De médecins correspondant SAMU ?
- Ouai.
- Bah le dispositif de médecin correspondant SAMU au tout début on l'a créé quoi. C'est-à-dire que ça a été une discussion avec le chef de service des urgences de la Roche sur Yon à partir, véritablement, des médecins de zones blanches et on a identifié qu'effectivement il y avait besoin d'avoir recours à un médecin mais pas forcément pour avoir... Le médecin de zone blanche était plus un médecin de bobologie, enfin il y avait les urgences vitales mais on lui confiait toutes les sutures à n'importe quelle heure de la journée. Après on a identifié qu'il serait important en fait pour toute urgence vitale ou toute urgence nécessitant l'appel d'une urgence de réanimation d'un SMUR, il serait important d'avoir un premier recours, un effecteur de premier recours qui soit proche et donc la discussion est partie de là dans les années 2007-2008 et progressivement on s'est retrouvé autour d'une table entre les médecins intéressés du territoire, l'ARS et le SAMU et c'est là que l'aventure à commencer.
- Au tout début vous étiez combien à Noirmoutier à faire ça ?
- Alors au tout début en fait on a intégré tous les médecins de zone blanche au début un petit peu comme ça par ce qu'on allait sur toutes les urgences puis progressivement quand c'est devenu un peu plus contraignant et par la formation, l'exigence de formation et l'exigence de répondre un peu systématiquement aux appels avec les astreintes il y a quelques médecins qui se sont désengagés.
- Ok par ce que sur Noirmoutier vous êtes combien de médecins généralistes qui exercent sur l'île ?
- Actuellement on est 6.
- Il y a 6 médecins généralistes, d'accord, dont trois qui sont MCS et un qui est médecin retraité.
- Actuellement on est quatre. Trois médecins généralistes et un retraité qui lui était anesthésiste.
- Oui c'est ça. Vous m'avez un peu dit les raisons pour lesquelles vous avez intégré le dispositif, c'était pour refaire de l'urgence mais est ce qu'il y a d'autres raisons ?

- Oui oui, moi je trouve que le dispositif était particulièrement intéressant pour deux raisons. La première raison, déjà pour prendre au mieux en charge les patients le plus rapidement possible et ça je pense que c'est quelque chose d'essentiel dans le dispositif parce qu'on sait que dans la médecine d'urgence on gagne... Sur vingt minutes d'avance on gagne un facteur chance. Ça c'est la première chose, et la deuxième chose c'est aussi permettre au SAMU de gagner en disponibilité parce qu'il y a des moments dans les interventions, il y a des interventions un petit peu « éclaireur » ou en fait on désengage le SMUR et ça aussi je trouve un net avantage au niveau du territoire pour le collectif.
- D'accord, donc vous pouvez annuler des SMUR qui sont déjà partis si ça ne vaut pas le coup quoi.
- Oui.
- Ça vous arrive d'y aller en tant qu'éclaireur, enfin, sans que le SMUR ne soit engagé ?
- Normalement, systématiquement et ça c'est dans le contrat, quand on fait partir... Quand on déclenche le médecin correspondant SAMU, on déclenche le SMUR en même temps mais il y a des moments où moi j'entends tout à fait la demande du médecin régulateur dans des situations qui ne nous paraissent pas claires mais qui pourraient être une urgence vitale sur lequel on est déclenché parfois, ou ils attendent quand même un premier bilan pour déclencher le SMUR. Il y a une deuxième situation qui est loin d'être rare celle-là, ce sont des carences de SMUR quoi. Donc voilà, quand les équipes sont engagées un petit peu partout avant de faire partir par exemple l'hélico de la Roche, s'il y a peu d'équipes sur le territoire ça peut être intéressant que le médecin correspondant SAMU parte. Alors bien évidemment ce n'est pas sur un arrêt cardio respiratoire parce que l'arrêt cardio respiratoire il n'y a pas de discussion quoi, mais sur des douleurs thoraciques qui ne sont pas si flagrantes que ça ou même qui sont assez typiques mais sur lesquelles c'est assez intéressant d'avoir un premier électro c'est...
- D'accord ça marche. Les jours où vous vous mettez disponibles pour une astreinte comment ça se passe ?
- Alors on a deux possibilités. Soit on peut prendre une astreinte de douze heures soit on peut prendre une astreinte de 24 heures. Voilà que ça soit 8 heures-20 heures, soit 8 heures à 8 heures le lendemain matin. Comment ça se passe ? Et bien on sait qu'à n'importe quel moment on est joignable et on peut tout lâcher pour répondre à une urgence vitale.
- Vous faites les gardes de permanence de soins en même temps que les astreintes MCS ?
- Oui actuellement sur Noirmoutier on fait ça sauf l'été. Sauf l'été quand on est de garde le Week end parce qu'on a encore la chance l'été de pouvoir doubler les gardes de

Weekend parce qu'il y a un peu de monde donc en fait celui qui est médecin correspondant SAMU il n'est pas de garde, il est d'astreinte. Ça lui permet d'aller faire les visites que l'autre ne peut pas faire et vu l'afflux de population, souvent il ne bouge pas du local d'urgence, premièrement, et deuxièmement d'être libre à n'importe quel moment pour aller sur une urgence vitale. Mais dans les autres moments, vu que nous ne sommes pas beaucoup, effectivement on a demandé... Au départ ce n'était pas prévu, au départ ce qui était prévu c'est que ça soit incompatible mais vu la pénurie médicale et la difficulté de remplir les tableaux de garde il a été véritablement, rapidement évoqué la possibilité de cumuler les deux, voilà. Tout en sachant que bien évidemment quand on est appelé sur une urgence médecin correspondant SMAU c'est elle qui prime sur le reste.

- OK. Quand vous quittez comme ça votre cabinet et que vous laissez tout en plan, la population locale qu'est-ce qu'elle en pense ?
- La population locale elle comprend très bien. Elle comprend très bien, alors peut être qu'initialement il y a douze ans c'était un petit peu plus compliqué. Maintenant elle a très bien compris, elle identifie bien qu'on part sur une urgence vitale, d'ailleurs on leur dit, et ça, c'est tout à fait compris et accepté.
- Ok d'accord, donc ça n'a pas d'impact sur votre...
- Non ça n'a pas d'impact sur moi. On ne peut pas dire qu'ils soient contents d'attendre une heure et demie ou de revenir un autre jour mais c'est entendu et il n'y a pas de grief qui nous est fait sur cette activité.
- En général vous partez une heure, une heure et demie quand vous partez comme ça en intervention ?
- C'est ça, c'est...ça peut aller très vite et c'est au moins 40-45 minutes et ça peut être plus long et j'ai vu des interventions durer même deux heures et demie quoi. Mais en moyenne c'est une heure et quart une intervention de médecin correspondant SAMU.
- Ok. Quel bénéfice vous en tirez d'être dans le dispositif MCS ?
- Le bénéfice... bénéfice de rendre service à la population du territoire. Ça je trouve que c'est un bénéfice pour la population. Un bénéfice aussi que soit bien ciblé la personne qui se déplace sur les urgences vitales, que le SAMU ne tourne pas autour de plusieurs acteurs qu'on pourrait appeler au moment d'une urgence vitale. On sait qu'il y en a un ce jour-là et qui est bien identifié et ça c'est pratique pour les uns et pour les autres parce que le jour où on n'est pas médecin... Là on raisonne en jour où on est médecin correspondant SAMU mais les jours où on n'est pas médecin correspondant SAMU on sait qu'on ne va pas gérer les urgences vitales donc ça je pense que c'est également un bénéfice. Et également un bénéfice personnel de garder cette compétence et ses habilités dans l'exercice de la médecine de tous les jours.

- Pour en revenir sur l'hypothèse qu'avait fait le Dr Archambaud sur la diminution de 10% du nombre d'astreintes pourvues, comment vous l'expliquez ?
- On peut l'expliquer du fait que progressivement on n'a pas été beaucoup parce que à Noirmoutier on a été plus que deux. Là on est remonté à quatre depuis peu de temps mais à un moment on était plus que deux. A deux, même en essayant de combler les trous... A savoir que même en étant à deux on remplissait toute la liste juillet-Août ce qui est quand même un record et qu'on arrivait sur l'année à remplir 80 à 85% des astreintes ce qui était bien. Donc effectivement c'était beaucoup plus dur. Maintenant qu'on est quatre il n'y a quasiment plus un trou dans la liste de garde. A quatre on est capable de... On serait 5 ou 6 on serait encore plus large et ça serait sympa mais à quatre on commence à souffler un peu plus quoi.
- Ok. Donc sur la question de l'épuisement de ces médecins, est ce que vous vous êtes déjà senti épuisé avec cette activité de MCS en plus de votre activité de médecine générale ?
- Moi je pense qu'en fait... Alors effectivement lorsqu'on se retrouve face à un très grand nombre d'astreinte et un tableau d'astreinte où on se dit : « je suis entre l'idée qu'il va falloir rendre service à la population et si ces jours il n'y a pas de médecins correspondant SAMU d'astreinte, il y a quand même un risque de perte de chance », on se sent un petit peu... Quand on est rentré dans le dispositif une fois on se sent un petit peu redevable et c'est là que risque d'arriver l'épuisement. Après quand on est suffisamment nombreux je ne trouve pas que ça soit, qu'il y'a un risque d'épuisement. Quand on est suffisamment nombreux, justement, ça permet de diversifier, et le fait de diversifier son activité justement, c'est un recours à ne pas s'épuiser.
- Ça marche. Je voulais changer de sujet un petit peu. Je voyais que la moyenne d'âge des médecins en Vendée elle est de 51 ou 52 ans je ne sais plus. Dans 10 ans il y aura 40 % de ces médecins qui vont partir à la retraite. Votre point de vue sur le futur de ce dispositif médecin correspondant SAMU dans les 10 ans qui viennent ? Est-ce que vous pensez que c'est un dispositif qui va se pérenniser ou c'est quelque chose qui va se disparaître ?
- Je pense que c'est un dispositif qui va se pérenniser, je pense qu'il va y avoir une professionnalisation véritable des médecins correspondant SAMU. On y rentre, c'est-à-dire que, nous au tout début on ne demandait pas grand-chose. On demandait un peu de bonne volonté et un peu de... quelques compétences à l'urgence mais on ne demandait pas grand-chose pour devenir médecin correspondant SAMU et depuis quelques temps on demande un peu plus de chose. Il y a un véritable cahier des charges et il y a un véritable contrat avec un véritable cursus qui vient d'être écrit l'été dernier et par des médecins correspondant SAMU de France, et des médecins urgentistes pour véritablement montrer le cheminement et montrer les différentes formations des futurs médecins correspondants SAMU. Moi je pense que c'est en zone lointaine, en zone blanche... c'est quelque chose qui va fonctionner et je me rends compte qu'il y a pas de mal de jeunes qui sont intéressés aussi par le dispositif et qui sont prêt à rentrer dans des dispositifs, j'en veux pour preuve, là on va bientôt faire

une formation annuelle à Noirmoutier prochainement, médecin correspondant SAMU en octobre et il y a trois autres médecins qui ne sont pas actuellement médecin correspondant SAMU et qui sont intéressés par la formation donc je pense que progressivement ça va faire des émules et moi j'ai bon espoir que ce dispositif devienne pérenne.

- Ok. Qu'est-ce qu'il faudrait améliorer alors pour le rendre plus attractif, pour communiquer un peu plus pour le pérenniser ?
- Je pense que pour pérenniser ce dispositif effectivement et ce qui risque de porter dommage au dispositif effectivement c'est le manque de candidat, et moi je l'ai bien ressenti au moment où on était deux, c'était compliqué quoi. C'était compliqué d'assurer les astreintes et il y a même un moment on ne savait même plus si on était ou si on n'était pas d'astreinte par ce que ça revenait tellement vite que c'était compliqué. Je pense que si sur des territoires on est au moins cinq, six, et que l'astreinte de médecin correspondant SAMU elle revient une fois par semaine voire deux fois par semaine c'est tout à fait gérable pour le territoire. Je pense que c'est ce qui permettra de pérenniser celui-ci et que les gens ne s'essouffent pas, c'est véritablement le nombre et je pense qu'il y a un nombre minimum par territoire et ce nombre minimum par territoire il doit être de quatre, cinq, et déjà on est pas mal. Alors c'est sûr que les territoires où c'est difficile, je connais mes collègues de Pouzauges ou mon collègue de Notre Dame de Monts, lorsqu'on est un seul médecin sur le territoire c'est compliqué. Alors c'est compliqué je dirai oui et non, parce que quand on est tout seul on sait qu'on ne va pas pouvoir tout assumer. Lorsqu'on est deux, trois, on commence à avoir l'idée qu'on pourrait tout assumer et donc parfois on se met un peu la barre haute. Quand on est tout seul on sait qu'on ne va pas pouvoir assumer et on se dit : « Bah les jours où je suis disponible je suis là, les jours où je ne suis pas disponible je ne prends pas quoi ». Mais je pense que la difficulté c'est quand on est deux, trois. Parce que quand on est deux, trois, on n'est pas le nombre mais on aimerait bien, parce qu'on voit l'utilité du dispositif, et on aimerait bien assumer et même parfois quand on n'est pas d'astreinte et que le SAMU est en difficulté, on est sollicité. Nous, il nous arrivait quand on était deux, trois et que on mettait des trous dans la liste parce qu'on était incapable d'assumer, et bien d'être quand même sollicité par le SAMU pour nous dire : « Bah là j'ai un arrêt, là on est en difficulté, est ce que vous pourriez intervenir ? » Donc on sent le manque. Quand on est quatre, cinq à assumer la liste de garde, et bien la liste de garde est complète donc on n'est pas sollicité en dehors des astreintes qu'on prend.
- OK. Qu'est-ce que vous donneriez comme conseils à un jeune médecin généraliste qui veut se lancer dans le dispositif justement.
- Alors moi je lui donnerai comme conseil particulièrement de se former déjà, voilà. Je le rassurerai énormément. Je pense qu'il faut rentrer dans le dispositif tranquillement et souvent épaulé par les plus anciens par une sorte de compagnonnage. Moi c'est ce que j'ai fait avec un et avec les derniers arrivés, c'est-à-dire que lorsqu'ils étaient d'astreintes médecin correspondant SAMU, au départ je leur disais : « N'hésite pas à me déranger, je viendrai te donner un coup de main si besoin », pour que

véritablement il y a un compagnonnage parce que c'est comme tout en médecine, au moment où on passe certaines étapes, on a la crainte et la peur de ne pas y arriver et que ça soit trop compliqué. Maintenant ce qu'il faut dire c'est que les formations sont bien faites, sont intéressantes, la simu à quand même changé complètement la formation des médecins en général et des médecins correspondant SAMU en particulier, on est quand même mis en situation avec des séminaires de deux journées par an et parfois de quatre journées par an, qui nous permettent premièrement de nous rencontrer et d'échanger entre médecins correspondant SAMU et en plus sur des mannequins, sur des appareils de simu de se retrouver quand même dans des situations proche du réel et de travailler des situations sur lesquelles on peut être appelé en urgence.

Toutes ces choses-là font qu'on peut passer rapidement ses craintes et ses peurs de devenir médecin correspondant SAMU et c'est une activité, premièrement très intéressante et qui permet de sortir, un petit peu, du train-train quotidien.

- Ok. Du coup moi j'ai terminé, j'avais juste une dernière question, est ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordé sur le dispositif que vous auriez aimé dire ou aborder ?
- Après ce qu'on peut aborder sur le dispositif et qui pourrait rendre pérenne le dispositif dans l'avenir c'est probablement la rémunération des médecins correspondant SAMU. Parce que ça aussi ça fait partie. Ça été une bataille initiale pour savoir combien ça allait être payé etc... Je pense que les générations futures devront être vigilent au fait que la rémunération de ses interventions qui sont quand même très importantes pour la population, ne soit pas laissée de côté parce que s'ils partent là-dessus, même s'ils ne le font pas particulièrement pour ça, il faut que le temps passé, et comme on disait, ça peut être une heure et quart, une heure et demie, deux heures, soit rémunérée à sa juste valeur quoi. Et ça si on ne le fait pas pour ça initialement, il faut quand même que ça soit écouté et que ça soit suivi quoi.
- Ok, ça marche. Bon et bien j'ai terminé. Merci de m'avoir accordé du temps.
- De rien.

Annexe 6 : Tableaux d'analyse des entretiens

Analyse de l'entretien du MCS 1

Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
Facteurs d'épuisement	La solitude	Être le seul MCS sur son territoire, facteur d'épuisement
	L'interruption de tâche et la prise de retard sur les	Retard sur les consultations programmées facteur de stress et critère péjoratif du dispositif

	consultations programmées	MCS ?
	Diminution du nombre et irrégularité des interventions	<p>Irrégularité des interventions vécue comme péjoratif chez ce MCS.</p> <p>L'irrégularité des interventions vécue comme péjoratif par ce MCS de peur de perdre ses acquis.</p> <p>Impression d'être de moins en moins déclenché. Ce qui est pointé du doigt ici c'est le mouvement trop rapide des régulateurs et des ARM ralentissant la communication mais également une méconnaissance du dispositif par les jeunes équipes.</p>
Ressenti de l'activité	Activité MCS compatible avec tous les modes d'exercices	Activité salariée et organisation de son activité permettant une plus grande disponibilité pour les interventions MCS et une diminution du stress de prendre du retard sur le reste de la journée.
	Une activité accessible à tous les médecins généralistes à condition d'avoir une appétence pour l'urgence.	<p>L'absence de formation spécifique à l'urgence n'est pas rédhibitoire pour devenir MCS.</p> <p>Nécessité tout de même d'avoir une formation de base pour les urgences.</p> <p>Appétence pour l'urgence. Critère nécessaire pour devenir médecin correspondant SAMU ?</p>
	La dotation	<p>La dotation, facteur facilitant l'intégration du dispositif.</p> <p>La dotation, la facilité de se réapprovisionner, l'entretien du matériel, facteurs facilitants l'intégration dans le dispositif.</p>
	La rémunération	Bénéfice financier facteur pouvant motiver l'intégration dans le dispositif.
	Une formation de qualité	La formation obligatoire annuelle de qualité et enrichissante motivant la poursuite de l'activité MCS mais aussi considéré comme un critère pouvant attirer de jeunes médecins généralistes dans le dispositif.

		La formation obligatoire considérée comme un avantage, gage de qualité.
	Bienveillance entre MCS	<p>Bien accompagné malgré la solitude pendant les interventions. Bienveillance entre MCS et les autres intervenants.</p> <p>Dispositif bien organisé. Sentiment de sécurité. MCS bien accompagné.</p> <p>Bienveillance entre les MCS. Facteur pouvant favoriser l'intégration de jeunes médecins généralistes dans le dispositif.</p>
	Une activité valorisante	<p>Le rôle joué dans la société est valorisant. Sentiment d'accomplissement.</p> <p>La proximité et les relations entretenues avec les autres intervenants de l'urgence dans le cadre de cette activité de régulation permet de se sentir moins seul lorsque l'on est isolé sur un territoire mais également entretient la motivation à poursuivre cette activité de MCS.</p> <p>Souplesse du dispositif notamment grâce aux relations entretenues dans le cadre de son activité de régulation.</p> <p>Confirmation de la relation entre la souplesse du dispositif et les relations étroites entretenues avec les autres intervenants de l'urgence sur son territoire. Construction d'un réseau solide et sentiment de confiance entre ces intervenants.</p>
Avenir du dispositif		Optimisme quant à l'avenir du dispositif mais le manque de nouveaux arrivants dans le dispositif pourrait être responsable de la fin du dispositif
Des améliorations à apporter	<p>Une communication à développer sur le dispositif</p> <p>Modifier l'organisation des stages d'urgence des internes en médecine</p>	<p>Manque de communication sur le dispositif décrit comme un facteur limitant. La non-installation des jeunes médecins généralistes vu comme un élément pouvant être responsable de la non-pérennisation du dispositif</p> <p>Difficulté de faire découvrir le dispositif aux internes en lien avec l'organisation des stages mais aussi de l'irrégularité des interventions.</p>

	générale	<p>Axe d'amélioration : développer les sorties SMUR pour les internes de médecine générale.</p> <p>Correction à apporter au dispositif : le délai d'attente au téléphone entre MCS et régulateur.</p>
--	-----------------	---

Analyse de l'entretien du MCS 2

Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
Ressenti de l'activité MCS	Un dispositif bénéfique	<p>Un dispositif bénéfique à la population. Un dispositif qui rend service à la population.</p> <p>Dispositif utile pour la population et pour le SAMU.</p> <p>Dispositif bénéfique pour les patients.</p>
	Une activité épanouissante et valorisante	<p>Activité valorisante</p> <p>Activité épanouissante malgré la charge de travail.</p>
	Polyvalence et diversification de son activité	<p>Activité polyvalente sur l'île d'Yeu</p> <p>Activité diversifiée, polyvalente.</p> <p>Intégrer le dispositif MCS permet de diversifier son activité et d'élargir l'offre de soins à ses patients</p>
	Activité MCS créatrice de liens	<p>Amélioration des relations avec les autres intervenants de la filière d'urgence.</p> <p>Création d'un lien médecin-patient plutôt qu'une relation.</p>

<p>Activité permettant plus de sérénité dans sa pratique quotidienne</p>	<p>Exigence de travail et de formation mais pour au final être plus serein dans son activité de médecine générale.</p> <p>L'activité MCS apporte plus de sérénité dans sa pratique quotidienne.</p>
<p>Activité stressante mais pas épuisante à elle seule</p>	<p>Nécessité d'équité dans la charge de travail entre les MCS de l'Ile d'Yeu pour prévenir les conflits mais aussi l'épuisement.</p> <p>Une organisation bien rôdée</p> <p>Organisation faite pour qu'il n'y ait pas d'interruption des consultations de médecine générale par les interventions MCS. Décrit comme confortable.</p> <p>Activité sur l'Ile d'Yeu vu sur le moyen terme. Absence d'épuisement sur l'Ile d'Yeu pour le moment.</p> <p>L'activité MCS en elle-même n'apporte pas d'épuisement, c'est plutôt l'accumulation des tâches mais surtout les réveils intempestifs pour intervenir sur des motifs non urgents, notamment en saison haute.</p> <p>Méconnaissance de l'organisation des médecins généralistes sur l'Ile d'Yeu par la régulation médicale.</p>

	Bienveillance et solidarité entre MCS	<p>Bienveillance entre MCS.</p> <p>Bienveillance entre MCS. Formation de qualité.</p> <p>Dispositif permettant un accompagnement et une bienveillance pour les médecins travaillant dans des zones éloignées du SMUR.</p> <p>Travail en binôme l'été avec une IDE sur l'Ile d'Yeu. En solitaire le reste du temps. Plaisir à travailler en binôme</p> <p>Travail d'équipe et solidarité entre MCS sur l'Ile d'Yeu</p>
Pérenniser le dispositif	Se former	<p>La formation MCS, point fort du dispositif.</p>
	Activité salariée pour attirer	<p>Activité salariée sur l'Ile d'Yeu pour attirer et maintenir les médecins généralistes sur l'île</p> <p>Le salariat pour être attractif.</p> <p>Le salariat apporte aussi son lot de problèmes.</p>
	Professionnalisation de l'activité MCS	<p>Gestion des consommables et du matériel par les IDE. Professionnalisation de l'activité MCS. Gérer comme une entreprise.</p>
	Le compagnonnage	<p>Système de compagnonnage pour les nouveaux arrivants à l'Ile d'Yeu.</p> <p>Remplaçants, anciens internes SASPAS avec appétence pour l'urgence.</p> <p>Compagnonnage pour les nouveaux arrivants.</p> <p>Compagnonnage pour accueillir les nouveaux arrivants dans le dispositif</p>

Spécificité de l'île d'Yeu		<p>Accès à certains médicaments sur l'île d'Yeu que les autres MCS du département n'ont pas.</p> <p>Gestion des consommables et du matériel par les IDE. Professionnalisation de l'activité MCS. Gérer comme une entreprise.</p> <p>Travail d'équipe et matériel commun nécessite d'être organisé et rigoureux</p> <p>Activité salariée</p> <p>La régularité des interventions MCS permet d'entretenir ses compétences.</p>
-----------------------------------	--	---

Analyse de l'entretien du MCS 3

Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
Ressenti de l'activité	MCS solitaire et solitude	<p>La solitude pendant l'intervention ralentit les actions pendant l'intervention.</p> <p>L'intervention en solitaire impose une certaine lenteur du MCS à l'inverse d'une équipe de SMUR qui intervient à plusieurs.</p>
	Sentiment de devoir, de responsabilité de territoire	<p>Satisfaction personnelle, activité valorisante</p>
	Dispositif adaptable à tous les modes d'exercice	<p>Activité libérale. Dispositif adaptable à tous les modes d'exercice.</p> <p>Souplesse du dispositif sur l'emploi du temps.</p>
	Dispositif apprécié de la population	<p>Population locale compréhensive.</p> <p>Les départs imprévisibles du MCS pendant les consultations, bien acceptés par les patients.</p>
Facteurs de stress	Gardes de 24 heures propres aux îles Vendéennes, fréquentes	<p>Particularité des 2 îles vendéennes. Gardes de 24 heures pour la permanence de soins et pour l'activité MCS qui se surajoute.</p> <p>Nombreuses gardes de 24 heures qui reviennent souvent. Facteur d'épuisement ? Bien vécu par ce MCS mais biais : est tout jeune MCS.</p>
	Stress de prendre du retard sur les consultations	<p>Particularité du libéral : nécessité d'abandonner les consultations pour une intervention MCS.</p> <p>Facteur de stress par rapport au retard accumulé ?</p>

		Retard accumulé non vécu comme stressant par ce MCS.
	Diminution du nombre d'astreinte par manque de moyens humains, pas par épuisement.	Diminution du nombre d'astreinte par manque de MCS et pas par épuisement des MCS présents sur le territoire de Noirmoutier.
Optimisme quant à l'avenir du dispositif mais sous conditions	Nécessité de médecins généralistes avec de l'appétence pour l'urgence pour intégrer le dispositif	Doute sur la capacité des jeunes générations de médecins généralistes de faire de l'urgence préhospitalière. Perte de cette compétence depuis la spécialisation de la médecine d'urgence.
	Un nombre de MCS minimum et maximum par territoire pour que ça fonctionne	<p>Nombre de sorties minimum à respecter pour ne pas perdre ses acquis. Il y a un nombre de MCS à respecter : si pas assez nombreux le risque est de ne pas pouvoir remplir le tableau d'astreinte. Si trop nombreux, le nombre d'interventions diminue et il y a un risque de perdre ses acquis.</p> <p>Objectif de remplir le tableau d'astreinte lorsque l'on est plusieurs sur un territoire. Objectif non atteignable lorsque l'on est seul.</p> <p>Irrégularité des interventions.</p>
Des améliorations à apporter	Vers une définition plus précise du rôle de MCS	<p>Mieux définir le rôle du MCS en intervention.</p> <p>Ce MCS aimerait que le rôle du MCS soit mieux défini pendant une intervention. Qu'est ce qu'on attend de lui ? Jusqu'où peut-il aller ? Sensation de ne pas en avoir fait assez ? Rien n'est codifié à ce sujet.</p>
	Manque de communication	<p>Davantage de communication sur le dispositif auprès de la population mais aussi des autres spécialités médicales.</p> <p>Sensation de non-légitimité et/ou de confusion auprès des autres intervenants. Perte de temps au moment de se justifier et de devoir expliquer qui on est aux autres intervenants en plus de gérer tout le reste.</p>
	Des formations plus proches des MCS	<p>Décalage dans la formation entre les formateurs et les formés.</p> <p>Difficulté des formateurs de se mettre à la place des MCS. Les formateurs sont des experts de la réanimation, les MCS non. Les formateurs interviennent en équipe à contrario des MCS qui</p>

	<p>intervienne seul.</p> <p>Les formateurs doivent se mettre davantage au niveau des MCS lors des formations initiales et continues.</p>
Création de protocoles par les MCS, pour les MCS	Réaliser des vrais protocoles pour les MCS
Mutualiser au niveau national le dispositif MCS	<p>Depuis la création du dispositif, aucun MCS n'a pu participer à la formation initiale. Peu de nouveaux entrants dans le dispositif et difficulté d'organiser des formations initiales pour quelques MCS. La mutualisation des formations sur le plan national permettrait de proposer davantage de formations initiales.</p> <p>Intérêt de mutualiser les formations initiales pour les nouveaux MCS afin de respecter le contrat tripartite signé et de ne pas mettre en difficulté les jeunes MCS sur le terrain.</p> <p>Pas de formation initiale pour les nouveaux MCS par manque de nouveaux entrants. Difficulté d'organiser une formation pour quelques personnes.</p> <p>Mis en difficulté sans cette formation initiale.</p>

Analyse de l'entretien du MCS 4

Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
Ressenti de l'activité	Qualités du MCS : la polyvalence et l'appétence pour l'urgence	<p>Qualité du MCS : La polyvalence</p> <p>Savoir s'adapter aux différentes interventions</p> <p>Les compétences apprises en tant que MCS permettent une plus grande polyvalence et donc plus d'autonomie.</p> <p>Être capable de gérer n'importe quelle situation n'importe où, n'importe quand.</p> <p>Apprécier la polyvalence et avoir une appétence pour l'urgence : compétences nécessaires pour devenir MCS.</p>
	Bénéfice apporté par le dispositif	Enrichissement professionnel. Acquisition d'une maturité en médecine générale.

		<p>Activité stimulante qui brise la monotonie et protège du burn out malgré le stress engendré.</p> <p>Activité gratifiante.</p>
	Spécificités du dispositif sur l'Ile d'Yeu	<p>Dispositif adaptable à tous les modes d'exercice.</p> <p>Activité MCS intégrée dans l'activité du médecin généraliste compte tenu de la configuration du territoire. Solution reproductible sur d'autres territoires pour pérenniser le dispositif sur les territoires isolés ?</p> <p>Un médecin dédié à la permanence de soin pour 24 heures tous les jours qui peut être déclenché également en tant que MCS par le SMUR.</p> <p>Pas de diminution d'activité sur l'Ile d'Yeu.</p> <p>MCS incontournable sur l'Ile d'Yeu.</p> <p>Dispositif incontournable sur les îles MCS identifiés</p> <p>Gestion de la dotation et des stocks par les infirmières supervisées par deux MCS responsables de la salle d'urgence.</p>
Facteurs d'épuisement	La solitude pendant les interventions	<p>Isolement d'un MCS sur son territoire, facteur d'épuisement par répétitions des astreintes avec altération du sommeil.</p>
Facteurs protecteurs d'épuisement	L'activité de groupe	<p>L'activité MCS en groupe empêche l'épuisement et paraît plus attractif qu'une activité solitaire. Soutien entre MCS dans une activité de groupe.</p>
	La communication entre MCS et régulateurs	<p>La solitude des interventions MCS comblée par l'aide apportée par les régulateurs au téléphone.</p>
	Activité protectrice de l'épuisement professionnel MCS de	<p>Pas d'épuisement des MCS sur l'Ile d'Yeu. Au contraire activité protectrice d'épuisement professionnel.</p> <p>Epuisement sur le long terme ?</p> <p>Absence d'épuisement sur l'Ile d'Yeu car équipe jeune. Peut-on déduire de ces propos que les jeunes MCS ne se voient pas faire plus de 10 à 15 ans dans ce dispositif ?</p>

		Activité stimulante qui brise la monotonie et protège du burn out malgré le stress engendré.
<u>Axe d'amélioration</u>	La rémunération	Améliorer la rémunération des MCS pour que le dispositif soit plus attractif.
	Faire découvrir le dispositif aux internes de médecine générale : un moyen de pérenniser le dispositif.	<p>Installation dès la fin de son internat dans le même cabinet ou elle a fait son SASPAS.</p> <p>Faire découvrir le dispositif MCS dès l'internat de médecine générale, une solution pour créer des vocations et pérenniser le dispositif ?</p> <p>Absence de formation initiale compensée par une intégration par compagnonnage</p> <p>Pas de formation initiale mais compensée par 6 mois de stage SASPAS</p> <p>Amélioration du stage SASPAS sur l'Ile d'Yeu avec un meilleur compagnonnage qui permet aux internes qui choisissent ce stage de découvrir le dispositif MCS plus sereinement avec moins d'appréhension et peut-être de ne pas attirer que des internes avec le même profil type (appétence pour l'urgence)</p> <p>Facilité d'intégrer les internes dans le dispositif MCS compte tenu de l'organisation sur l'Ile. Formation nécessaire avant d'entrer dans le dispositif.</p>
	Nécessité d'une activité régulière	<p>Nécessité des formations continues mais également d'avoir une activité régulière afin de ne pas perdre la main</p> <p>Formation de qualité</p>

Analyse de l'entretien du MCS 5

Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
Facteurs d'épuisement :	La solitude	
	Gardes rapprochées et altération du sommeil	

	<p>Des débuts difficiles dans le dispositif MCS pour les jeunes médecins</p>	<p>Intégration dans le dispositif MCS plus facile lorsque l'on sort de l'internat même sans appétence pour l'urgence plutôt qu'après plusieurs années d'exercice sans avoir fait face à des situations d'urgence.</p> <p>Les premières interventions en tant que MCS sont déstabilisantes.</p> <p>Jeunes médecins découragés dans leurs débuts dans le dispositif.</p> <p>L'absence de compagnonnage et formation au moment de l'intégration augmente le stress et peut décourager de jeunes médecins à intégrer le dispositif.</p>
<p>Facteurs protecteurs d'épuisement :</p>	<p>Communication MCS-régulateur</p>	<p>La solitude décrit comme facteur de risque d'épuisement mais contre balancé par le travail d'équipe et par la communication entre les MCS et la régulation.</p>
	<p>Travail d'équipe</p>	<p>Travail d'équipe : facteur protecteur d'épuisement.</p>
	<p>Equité du nombre de garde et des vacances</p>	<p>Pas d'épuisement des MCS sur l'Ile d'Yeu mais activité qui est potentiellement épuisante (répétition des gardes). Plusieurs choses mises en place pour prévenir l'épuisement sur l'Ile d'Yeu (vacances, équité dans les gardes !!)</p>
	<p>La polyvalence</p>	<p>Activité MCS brise la routine et protège de l'épuisement.</p> <p>Rupture avec la routine. Protecteur d'épuisement professionnel.</p> <p>La polyvalence permet de briser la routine. Protecteur d'épuisement professionnel.</p>
<p>Spécificité de l'Ile d'Yeu :</p>		<p>Activité MCS intégrée à l'activité de médecine générale salariée par soucis d'équité entre les médecins. Que tout le monde ait la même activité et le même nombre de garde.</p> <p>Pas d'interruption des consultations par les interventions MCS.</p> <p>Gestion de la dotation par IDE de l'Ile supervisé par un MCS référent.</p> <p>Activité MCS couplée à l'activité de médecine générale sur l'Ile d'Yeu.</p> <p>Equipe de l'Ile d'Yeu jeune</p>

Ressenti de l'activité	Profil du MCS	<p>Recherche de sensations fortes</p> <p>Avoir un conjoint(e) qui accepte de vivre dans un territoire isolé et qu'il puisse y trouver du travail.</p> <p>Absence d'appétence à l'urgence avant d'entrer dans le dispositif.</p> <p>Activité MCS envisagée comme passagère dans la carrière de médecine générale, comme une expérience.</p> <p>Expérience MCS dans les DOM TOM</p>
	Bénéfice apporté par le dispositif	<p>Bienveillance entre MCS.</p> <p>Activité MCS permet de progresser, d'acquérir des compétences, de se former.</p> <p>L'activité MCS permet de créer un lien fort entre le patient et le médecin lors de la prise en charge et surtout pour le suivi au long cours.</p> <p>Dispositif utile à la population</p>
Axes d'amélioration	Compagnonnage	<p>Encadrement et compagnonnage des nouveaux MCS et des remplaçants, amélioré depuis quelques années sur l'île d'Yeu.</p> <p>Elément qui peut permettre d'attirer de nouveaux MCS.</p>
	Communication MCS-Centre 15	<p>Entretenir la communication MCS-régulateur à travers les formations.</p> <p>Les régulateurs doivent se mettre au niveau des MCS et comprendre leurs difficultés.</p>
Avenir du dispositif		<p>L'avenir du dispositif MCS sur l'île d'Yeu est plutôt optimiste puisque ça ne peut pas fonctionner autrement.</p>

Analyse de l'entretien du MCS 6

Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
Ressenti de l'activité	Activité valorisante	Sentiment d'être utile dans la société
	Formations MCS, point fort du dispositif.	

	Dispositif bénéfique pour la population	Dispositif utile à la population Dispositif bénéfique pour la population
Facteurs d'épuisement	Irrégularité des interventions MCS	
Axe d'amélioration	Accès limité aux médicaments	<p>Le MCS n'a pas accès à tous les médicaments de réanimation. En tant qu'ancien anesthésiste réanimateur, se sent limité pour sa pratique.</p> <p>Frustré de ne pas pouvoir utiliser ses compétences d'anesthésiste réanimateur au service du dispositif.</p> <p>Ce MCS estime que ne pas avoir accès à toutes les drogues est une perte de chance pour les patients.</p> <p>Souhaiterait avoir accès aux mêmes drogues que les MCS sur l'Ile d'Yeu (kétamine, curare et fibrinolytiques)</p> <p>Estime que ne pas pouvoir utiliser certains médicaments est une perte de chance pour les patients. Remet en question le rôle du MCS.</p>

Analyse de l'entretien du MCS 7

Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
Ressenti	Dispositif utile à la population	
	Une activité polyvalente et formatrice	Une médecine générale rurale, variée et polyvalente sur l'ile d'Yeu
	Une activité valorisante	Relation médecin-patient plus forte après une intervention MCS
	Une activité qui brise la routine	L'activité MCS permet de lutter contre la routine des consultations de médecine générale et protège de l'épuisement professionnel.
Facteurs d'épuisement :	L'absence d'appétence pour l'urgence	Absence d'appétence pour l'urgence avant d'intégrer le dispositif.
	Le rythme soutenu	Répétition des astreintes épuisante. Décision prise de ne plus faire de l'urgence.

	L'accumulation de la permanence des soins en plus des interventions MCS sur des gardes de 48 heures le weekend facteur de risque d'épuisement. Rythme des gardes sur l'Ile d'Yeu potentiellement épuisante mais compensée par la jeunesse, une équipe nombreuse et l'absence d'enfant	
La solitude et l'isolement	Solitude et isolement stressant lors d'interventions MCS Interventions MCS longues et solitaires. Les interventions MCS en solitaire vécues comme stressantes.	
L'absence de formation initiale	Des débuts difficiles dans le dispositif s'améliorant avec le temps et l'expérience. Intégration difficile dans le dispositif sans formation. Débuts difficiles dans le dispositif MCS. Absence de formation initiale avant d'entrer dans le dispositif. Participation à des formations continues.	
L'attente de l'appel		
Le manque de clarté lors du déclenchement sur une intervention : MCS ou permanence de soins ?	Confusion entre interventions en lien avec la permanence de soins et les interventions MCS	
Prévenir l'épuisement	Bienveillance et solidarité entre MCS	Bienveillance entre MCS et régulateurs. Bienveillance entre MCS Journée d'accompagnement lors de la première garde sur l'Ile d'Yeu.
	Un travail d'équipe	Travail d'équipe permet de prévenir le risque d'épuisement Travail d'équipe et solidarité entre MCS comme facteurs de protection de l'épuisement.

	Un effectif suffisant	Nombre de MCS minimum à respecter sur un territoire pour éviter l'épuisement.
	Equité entre MCS	Roulement régulier et à un rythme raisonnable des gardes MCS entre les 7 médecins de l'Ile d'Yeu.
	Les formations MCS	Réassurance des MCS lors des formations Formations MCS rassurantes et bienveillantes pour les MCS.
	La relation entre MCS et régulateurs	Confiance entre régulateurs et MCS
Axes d'améliorations	Communiquer pour pérenniser	Déramatisation de l'activité MCS par davantage de communication auprès des internes et des médecins
	Déramatiser pour pérenniser	La découverte du dispositif MCS par les internes lors de leur stage SASPAS permet de pérenniser le dispositif. Déramatisation et pérennisation du dispositif lorsque les internes participent à la formation MCS.
	L'activité salariée pour attirer	L'activité salariée comme argument pour l'installation en zone isolée.
	Spécificité de l'Ile d'Yeu : Conserver l'hélicoptère !	Avenir du dispositif MCS optimiste sur l'Ile d'Yeu à condition que l'hélicoptère soit toujours à disposition des MCS.

Analyse de l'entretien du MCS 8

Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
Des facteurs de stress identifiés	Interventions longues et solitude	Interventions MCS longues, fastidieuses et solitaires Interventions longues et fatigantes
	Sommeil de mauvaise qualité pendant les gardes	Conséquences physiques des gardes en lien avec une mauvaise qualité de sommeil. Gardes fatigantes.
	Absence de formations initiales MCS	
	Méconnaissance du	

	dispositif par les nouveaux régulateurs.	
Ressenti sur l'activité MCS	Activité stimulante	
	Activité protectrice du Burn Out	Activité qui brise la routine Activité MCS brise la routine et protège de l'épuisement professionnel. L'activité MCS protège du Burn out car activité stimulante, formatrice et permet de relativiser sur la pratique de médecine générale quotidienne. Pas d'épuisement en lien avec l'activité MCS.
	Activité permettant davantage de polyvalence	Médecine générale polyvalente sur l'Ile d'Yeu
Facteurs limitant le stress :	Formations MCS de qualité	Formations MCS riches
	Le compagnonnage	Accompagnement la première journée de garde. Compagnonnage des MCS sur l'Ile d'Yeu
	Bienveillance et solidarité entre MCS	Travail d'équipe, bienveillance et solidarité entre MCS.
	Travail d'équipe	Travail d'équipe et collaboration avec les équipes locales du SDIS. Collaboration et soutien des pompiers sur l'Ile d'Yeu Travail d'équipe et solidarité entre MCS
	Respecter un rythme	Respecter une fréquence raisonnable de gardes MCS
Pérenniser le dispositif	Communiquer pour dédramatiser	Communiquer pour dédramatiser et pour attirer. Communiquer pour attirer Vanter les avantages matériels pour attirer.
	Vanter les formations MCS	Formations MCS de qualité. Former pour attirer.
	L'activité salariée pour attirer les jeunes médecins en zone rurale.	L'activité salariée pour attirer.

Faire découvrir le dispositif aux internes	La découverte du dispositif par les internes par participation aux formations MCS et par leurs stages SASPAS permet de pérenniser le dispositif

Analyse de l'entretien du MCS 9

Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
Ressenti de l'activité MCS	Une activité protectrice de l'épuisement	Activité stimulante.
		Activité MCS partie intégrante du rôle du médecin généraliste sur l'Ile d'Yeu Activité MCS faisant partie intégrante du rôle du médecin généraliste sur l'Ile d'Yeu.
		Médecine générale authentique, polyvalente
		Activité formatrice Acquisition de connaissances et de compétences dans le domaine de l'urgence grâce au dispositif MCS.
	Une activité stressante	La solitude Solitude vécue comme facteur de stress. Intervention MCS en solitaire mais solitude vécue comme facteur de stress. La solitude comme facteur de stress et fatigantes.
		L'irrégularité des interventions Stress de perdre l'habitude, de ne plus savoir faire en lien avec l'irrégularité des urgences vitales. Peur de perdre ses acquis avec le temps.
		L'absence de formation initiale Absence d'appétence pour l'urgence. Des débuts stressants dans le dispositif. S'est senti en difficulté lors des premières gardes par l'absence de formation initiale. Absence de formation initiale
		L'interruption de tâche L'interruption des consultations vécus comme un facteur de stress.

		<p>L'attente du coup de téléphone vécu comme stressant. Altération de la qualité du sommeil épuisant sur le long terme. Gardes du Weekend longues</p>
	Les motivations	<p>Le salariat Le salariat, motif d'installation sur l'Ile d'Yeu.</p> <p>Le travail d'équipe Travail d'équipe : condition sine qua non de l'activité MCS. Travail d'équipe avec les IDE de l'hôpital de l'Ile d'Yeu Avoir une activité MCS seul sur un territoire est réhibitoire.</p> <p>Solidarité et bienveillance entre MCS Compagnonnage sur l'Ile d'Yeu Solidarité entre MCS.</p> <p>La formation MCS Formations MCS rassurantes et bienveillantes.</p> <p>Activité MCS envisagée à moyen terme dans sa carrière. Insularité pesante sur le long terme. Rythme des MCS sur le continent vu comme excessif par les autres MCS vivant sur l'Ile d'Yeu.</p>
Des améliorations à prévoir	Communication	<p>Déclencher « en tant que MCS »</p> <p>Faire découvrir le dispositif aux internes de médecine générale permet de le pérenniser. Davantage de formation comme axe d'amélioration</p> <p>Davantage de compréhension et d'écoute pour certains régulateurs.</p>

Analyse de l'entretien du MCS 10

Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
Ressenti de l'activité MCS :	Médecine générale authentique	<p>Activité MCS considérée comme partie intégrante du rôle du médecin généraliste.</p> <p>Médecine générale authentique nécessite exigence et rigueur.</p> <p>Une activité MCS intégrée dans l'activité de médecine générale sur l'Ile d'Yeu.</p>
	Gardes épuisantes sur le long terme	<p>Gardes nocturnes épuisantes sur le long terme. Altération de la qualité du sommeil lors des gardes possiblement épuisant sur le long terme. L'attente de l'appel anxiogène et altérant la qualité de sommeil.</p>
	L'activité MCS permet plus de sérénité dans sa pratique quotidienne	
	La polyvalence	<p>La polyvalence comme critère d'installation sur l'Ile d'Yeu.</p> <p>La polyvalence nécessite de l'exigence et de la rigueur.</p> <p>La polyvalence, gage de sérénité pour sa pratique Appétence pour la polyvalence</p>
	Appétence pour l'urgence	
	Création d'un lien fort entre le MCS et son patient pendant et surtout après une intervention MCS.	
Pérenniser le dispositif	L'activité salariée	<p>L'activité salariée comme critère d'installation sur l'Ile d'Yeu.</p> <p>L'activité salariée et le cadre de vie sur l'île d'Yeu attirent les jeunes médecins généralistes</p> <p>La polyvalence et l'activité salariée attirent les jeunes médecins généralistes</p> <p>Activité contractualisée avec l'activité salariée sur</p>

		l'Ile d'Yeu
	Faire découvrir le dispositif aux internes	Découverte de l'activité MCS lors d'un stage pendant l'internat.
	Le travail d'équipe	Le travail d'équipe apporte une plus-value.
	Le compagnonnage	Facilité d'adaptation pour les jeunes médecins. Compagnonnage des nouveaux arrivants.
Axes d'amélioration	Revaloriser la rémunération	Revalorisation de la rémunération des MCS.hj Augmenter la rémunération des MCS
	Conserver l'hélicoptère sur l'Ile d'Yeu	Hélicoptère de l'Ile d'Yeu indispensable pour la sécurité de tous les islais mais aussi pour l'avenir du dispositif MCS. Avenir radieux pour le dispositif MCS sur l'Ile d'Yeu à condition que l'hélicoptère soit toujours dédié aux évacuations sanitaires
	Accès à la thrombolyse pour tous les MCS	Intérêt de la thrombolyse dans les territoires isolés
	Davantage d'équipement	Souhait d'avoir davantage d'équipement.

Analyse de l'entretien du MCS 11

Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
Ressenti sur sa pratique	Une activité épanouissante	Investi et motivé dans le dispositif MCS. MCS motivé et prend du plaisir à réaliser cette activité. Médecin investi et motivé dans le dispositif MCS. Appétence pour l'urgence et la ruralité. Passion pour l'urgence Activité MCS : valorisant pour le médecin généraliste qui la pratique. Considère l'activité MCS comme partie intégrante de son activité de médecine générale.
	Appétence pour l'urgence	
	Une activité qui protège de l'épuisement	Activité MCS brise la monotonie et protège du burn out.

		<p>Activité qui brise la routine des consultations.</p> <p>La polyvalence permet de lutter contre la monotonie et donc de protéger de l'épuisement professionnel</p>
	Absence d'épuisement	<p>Ne s'explique pas cette diminution du nombre d'astreinte sur son territoire à cette période.</p> <p>Absence d'épuisement. Volonté de continuer cette activité jusqu'à la retraite</p>
	Activité formatrice	<p>Activité formatrice qui demande une certaine rigueur et une exigence de formation.</p> <p>Formations MCS, le point fort du dispositif.</p> <p>Dispositif accepté par la population.</p>
Pessimisme quant à l'avenir du dispositif	Désertification médicale	Difficulté de pérenniser le dispositif sur son territoire mais également son activité de médecine générale, en cause : la désertification médicale
	Peu de médecins généralistes avec une appétence pour l'urgence	<p>Intégration de quelques internes par le passé mais avec des profils ayant une appétence pour l'urgence.</p> <p>La spécialisation de la filière d'urgence a détourné de la médecine générale les profils ayant une appétence pour l'urgence d'où la difficulté à trouver de jeunes MCS et à pérenniser le dispositif</p>
	Difficulté d'intégrer les internes dans le dispositif	<p>Difficulté d'intégrer les internes SASPAS dans le dispositif compte tenu de l'organisation du stage.</p> <p>Difficulté de faire participer tous les internes SASPAS aux interventions MCS compte tenu de l'organisation du cabinet.</p>
	Le salariat, une solution contre la désertification médicale ?	Le salariat pour lutter contre la désertification médicale et pérenniser le dispositif : une pierre deux coups ?
Des améliorations à apporter	Revalorisation de la rémunération	Bénéfice financier mais nécessité de revaloriser cette rémunération.
	Communication	Méconnaissance du dispositif par la population générale mais également par les autres

	<p>Intervenants sur des urgences préhospitalières. Perte de temps à devoir se justifier auprès de tout le monde en plus de gérer la situation d'urgence.</p> <p>Irrégularité des interventions MCS dépendantes du mouvement des équipes de régulateurs.</p> <p>Améliorer la communication avec les régulateurs. Mises en attente longues.</p>
Visibilité des MCS lors des interventions.	<p>MCS mal identifié visuellement lors des interventions. Mise en danger des MCS sur la chaussée.</p> <p>Intervention MCS par carence de SMUR.</p>

Analyse de l'entretien du MCS 12

Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
Ressenti sur l'activité	Intégration dans le dispositif par devoir	<p>Absence d'appétence pour l'urgence</p> <p>Intégration dans le dispositif par devoir et non pas par goût pour l'urgence.</p> <p>Devoir et responsabilité de son territoire et de la population qui s'y trouve nécessite un engagement total dans sa profession limite de sacrifice. Se sent investi d'une mission.</p>
	Une activité contraignante	<p>Activité MCS contraignante</p> <p>Interventions MCS stéréotypées et redondantes. Peu de difficulté</p>
	Carence de MCS	<p>Diminution du nombre d'astreinte par carence en MCS sur cette période.</p> <p>Diminution du nombre d'astreinte par carence en médecin et pas par épuisement.</p>
Epuisement professionnel		<p>Epuisement en lien avec l'accumulation de ses différentes activités et pas seulement son activité MCS.</p> <p>Surcharge de travail avec accumulation de tâches au fur et à mesure des années.</p> <p>Surcharge de travail par désertification</p>

	<p>Surcharge de travail, organisation du travail et objectifs irréalistes</p>	<p>médicale du territoire mais également par devoir et par sentiment d'être responsable de la population locale.</p> <p>Engagement et sacrifice pour conserver la permanence de soins sur le territoire.</p> <p>Interruption des consultations et prise de retard sur les rendez-vous vécu comme stressant.</p> <p>Avoue s'épuiser par surcharge de travail. S'impose cette charge de travail car se sent responsable du territoire.</p>
	<p>Ressentiment, hostilité à l'égard des collaborateurs et irritabilité</p>	<p>Comportement égoïste de la patientèle. Les retards des RDV en lien avec les interventions MCS</p> <p>Ressentiment à l'égard de sa patientèle.</p> <p>Irritabilité, ressentiment à l'égard des médecins qui sont effrayés d'intégrer ce dispositif.</p> <p>De moins en moins de médecins généralistes avec de l'appétence pour l'urgence mais également de moins en moins de volontaires pour satisfaire la permanence de soins.</p>
<p>Des points positifs</p>		<p>Dispositif bien organisé et déjà beaucoup d'améliorations apportées depuis sa création.</p> <p>Souplesse du dispositif. Pas de pression de la part du SAMU pour remplir les tableaux d'astreinte.</p> <p>Organisation et intégrer les formations MCS dans son emploi du temps contraignant.</p> <p>Les interventions en elles-mêmes ne sont pas stressantes.</p>
<p>Avenir du dispositif</p>	<p>Pessimisme</p>	<p>De moins en moins de médecins généralistes avec de l'appétence pour l'urgence mais également de moins en moins de volontaires pour satisfaire la permanence de soins. Sous-entend une</p>

		fainéantise des autres médecins généralistes.
--	--	---

Analyse de l'entretien du MCS 13

Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
Ressenti sur l'activité MCS	Une activité épanouissante	Formation et appétence pour l'urgence Recherche de la polyvalence, de la médecine générale authentique. Plaisir à exercer une médecine générale diversifiée, polyvalente. Permet d'entretenir ses compétences liées à l'urgence dans son exercice de médecine générale.
	Un dispositif bénéfique à la population	Dispositif utile pour la population. Prise en charge de l'urgence vitale plus rapide par le MCS. Augmente le taux de survie Dispositif bénéfique à la population. Dispositif accepté par la population. Reconnaissante
	Un dispositif bénéfique pour le SAMU	Dispositif utile pour le SAMU. Disponibilité pour d'autres interventions et donc utile indirectement à la population également.
	Un dispositif bien organisé	Bonne organisation du dispositif. Un MCS identifié par jour sur un territoire. Pas de perte de temps pour le SAMU.
	Diminution des astreintes par carence d'effectif	Pénurie de médecins sur l'Ile de Noirmoutier. Difficulté de remplir les tableaux de garde Diminution du nombre d'astreinte par pénurie de MCS sur Noirmoutier. Surcharge de travail des MCS restants pour offrir une permanence de soins optimale.
	Une activité protectrice de	MCS sur le territoire pour que le dispositif

Une activité à double tranchant	l'épuisement sous certaines conditions	fonctionne Activité protectrice de l'épuisement professionnel. Brise la monotonie, la routine de l'activité de médecine générale
	Risque d'épuisement des MCS si carence d'effectif	Nombre minimum de MCS à respecter sur un territoire pour que le dispositif fonctionne et qu'il se pérennise. Risque d'épuisement des MCS si effectif insuffisant par surcharge de travail. Si effectif insuffisant, risque d'épuisement par surcharge de travail mais également par fixation d'objectifs irréalistes. Nombre minimum de MCS sur un territoire à respecter pour que le dispositif fonctionne correctement et que les MCS ne s'épuisent pas. Culpabilité lorsqu'il se met indisponible et qu'il y a un trou dans le tableau d'astreinte
Pérenniser le dispositif	Les formations MCS, point fort du dispositif.	Se former pour se rassurer.
	Le compagnonnage	Réassurance par le compagnonnage.
	Revaloriser la rémunération	Valoriser la rémunération des MCS.
	Vers une professionnalisation du MCS	Médecin de zone blanche, ancêtre du MCS, dédié à la petite traumatologie. Être MCS nécessite exigence et rigueur dans la formation et dans les astreintes. Professionnalisation des MCS à l'avenir. Davantage d'exigence en termes de compétence et de formation pour devenir MCS

SERMENT MEDICAL

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 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.

Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Emmanuel MONTASSIER

Vu, le Directeur de Thèse,
Monsieur le Professeur Cyrille VARTANIAN

Vu, le Doyen de la Faculté,
Madame le Professeur Pascale JOLLIET

NOM : HENRY

PRENOM : Philippe

Titre de Thèse : Médecins correspondants SAMU vendéens : ressenti des médecins ayant intégré le dispositif. Etude qualitative à partir de 13 entretiens semi-directifs.

RESUME

- Introduction :

Les médecins correspondants SAMU sont des médecins exerçant sur des territoires situés à plus de trente minutes d'une équipe SMUR qui interviennent en premier recours sur des urgences vitales par le déclenchement du centre 15 en attendant l'arrivée du SMUR. En Vendée, il existe 4 secteurs que sont Pouzauges, Saint Jean de Monts, Noirmoutier et l'île d'Yeu. Une étude réalisée en 2019 a remarqué qu'il y avait une diminution du nombre d'astreinte pourvues de l'ordre de 10% entre 2014 et 2017 sur trois de ces territoires. L'hypothèse d'un désinvestissement de ces médecins par épuisement a été émise.

L'objectif de ce travail est donc de recueillir le ressenti de ces MCS vendéens afin de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

- Méthode :

Nous avons réalisé une étude qualitative grâce à des entretiens semi-dirigés des 13 MCS de Vendée. Cette méthode est adaptée pour explorer les sentiments et les comportements des MCS.

- Résultats :

Les MCS Vendéens sont satisfaits d'exercer cette activité qu'ils estiment valorisante dans leurs pratiques, quel que soit leurs profils ou les motivations les ayant poussés à intégrer le dispositif. Ils sont unanimes quant à l'absence d'épuisement en lien avec cette activité, au contraire, elle est pour eux un facteur protecteur d'épuisement professionnel.

Cependant, certains freins à la pratique de cette activité ont été repérés comme la solitude lors des interventions, les astreintes de 48 heures le weekend sur l'île d'Yeu, l'absence de formation initiale, le manque de sollicitation sur les territoires de Pouzauges et de Saint Jean de Monts et la désorganisation des cabinets pour les médecins exerçant en libéral.

Concernant l'avenir du dispositif, si les MCS de l'île d'Yeu sont optimistes notamment grâce à leur organisation, les autres MCS sont plus mitigés. Le manque d'effectif et la désertification médicale en font un dispositif fragile sur les 3 autres territoires. La pérennisation du dispositif se base donc sur le recrutement de nouveaux MCS.

- Conclusion :

L'avenir du réseau MCS est donc étroitement lié à celui de la médecine générale en Vendée. Il y a donc intérêt de rendre l'exercice de la médecine générale ainsi que le dispositif MCS attractifs dans ce département. Cette attractivité pourrait passer par le développement de l'exercice coordonné, en groupe libéral ou salarié en fonction de l'existant, la valorisation de la rémunération des MCS, la mutualisation des formations initiales. Informer les internes de médecine générale de l'existence de ce dispositif est également essentiel.

MOTS-CLES

Médecin Correspondant SAMU, Aide Médicale Urgente, Vendée, Ressenti, urgence vitale.