



HAL
open science

Caractéristiques des jeunes médecins urgentistes de Lorraine : enquête auprès des médecins issus du Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) de Médecine d'Urgence

Maxence Beer

► To cite this version:

Maxence Beer. Caractéristiques des jeunes médecins urgentistes de Lorraine : enquête auprès des médecins issus du Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) de Médecine d'Urgence. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03298326

HAL Id: hal-03298326

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298326>

Submitted on 18 Oct 2021

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année 2019

THESE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée
par
Maxence BEER
le 5 mars 2019

**Caractéristiques des jeunes médecins urgentistes
de Lorraine :**

**Enquête auprès des médecins issus du
Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
(DESC) de Médecine d'Urgence.**

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Membres de jury : Madame la Professeure Nelly AGRINIER
Monsieur le Professeur Gérard AUDIBERT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Lionel NACE



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Laure JOLY

SIDES : Dr Julien BROSEUS

Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

International : Pr Jacques HUBERT

Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre
CRANCE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET -
Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard
HUBERT
Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire
LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre
MALLIÉ
Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU Michel
MERLE
Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN -
Claude PERRIN
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine
RASPIILLER
Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel
SIBERTIN-BLANC
Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul
VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER -
Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François
KOHLER

Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2° sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3° sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2° sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie
CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM
TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2° sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3° sous-section (Biologie cellulaire)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4° sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2° sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3° sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian
RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4° sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL

3° sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4° sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^e sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^e sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^e sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^e sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

4^e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

2^e sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Docteur Cyril PERRENOT

54^e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L’ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4^e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5^e sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996) *Université de
Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

**A mon Maître et Président de thèse,
Monsieur Pierre-Edouard BOLLAERT,**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier de Médecine Intensive et Réanimation

Chevalier dans l'ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ce travail.

Je vous remercie pour votre disponibilité et pour vos conseils précieux.

Soyez assuré de mon sincère respect.

**A mon Maître et Juge,
Monsieur Gérard AUDIBERT,**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier d'Anesthésiologie et de Réanimation

Je vous remercie pour votre enseignement au cours de mon semestre en réanimation.

Vous me faites désormais l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

**A ma Maître et Juge,
Madame Nelly AGRINIER,**

Professeure des Universités

Praticien Hospitalier d'Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

Vous me faites l'honneur de siéger parmi le jury de ma thèse.

Je vous témoigne toute ma gratitude.

**A mon Juge et directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Lionel NACE,**

Pour m'avoir encadré dans ce travail de thèse, je vous remercie de l'aide que vous m'avez apporté.

Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mes parents, vous avez toujours été à mes côtés et votre soutien inconditionnel m'a permis de réaliser le plus beau des métiers. Je ne vous remercierai jamais assez. Cette réussite et également la vôtre.

Aux membres de ma famille, mes amis de Ruxurieux, de près ou de loin, vous avez su m'apporter le réconfort nécessaire. Merci d'avoir été présents.

A mes amis aulnois, pour votre amitié depuis le début, pour être cette lanterne chaleureuse dans ce brouillard médical. De nombreux fous rires sont encore à venir.

A Claire, la première des rencontres de ces onze années d'études. Merci pour ta bienveillance et ton amitié. Je suis fier du Docteur que tu es devenue.

A Edouard, Florence, Franck, Garry, Ludovic, Nathan, Sarah et Yann, pour tous ces souvenirs acquis, que ce soit pendant les révisions ou en vacances que nous partageons désormais ensemble. Vous m'avez chacun apporté un peu de votre personnalité. Merci du fond du coeur.

A mes co-internes : Antoine, Emeline, Camille G., Maude, Brice, Alexandre, Sahra, Paul, Camille B., Pauline, Manon, François, Philippe, Anne et Killian, nos semestres passés ensemble resteront toujours de bons souvenirs. L'amitié qui en est née en est la preuve.

A mes maitres de stage, pour m'avoir apporté vos connaissances et montré chacun une manière différente d'exercer la médecine. Votre apprentissage fut riche. Je vous suis infiniment reconnaissant.

Aux équipes de Cardiologie, de Médecine A et des urgences de Saint Dié, pour avoir rendu le travail si agréable à vos côtés. Merci de votre bonne humeur et de votre professionnalisme.

Merci aux jeunes urgentistes ayant répondu au questionnaire ainsi qu'aux personnes y ayant contribué.

SERMENT

« Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont 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 et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

| | |
|---|----|
| PARTIE 1 : INTRODUCTION GENERALE | 17 |
| A. LA MEDECINE D'URGENCE | 18 |
| I. DÉFINITIONS | 18 |
| II. HISTOIRE | 18 |
| II.1. DE L'ANTIQUITÉ À LA RÉVOLUTION..... | 18 |
| II.2. LE XVIIIÈME ET XIXÈME SIÈCLE : L'ORGANISATION DES PREMIERS SECOURS | 19 |
| II. 3. LE XXÈME SIÈCLE ET LA MÉDECINE D'URGENCE MODERNE..... | 20 |
| III. FORMATIONS PERMETTANT D'ACCÉDER À LA MÉDECINE D'URGENCE | 21 |
| III. 1. LA CAPACITÉ D'AIDE MÉDICALE URGENTE (CAMU) | 22 |
| III. 2. LA CAPACITÉ DE MÉDECINE D'URGENCE (CMU) | 22 |
| III. 3. LE DIPLÔME D'ETUDES SPÉCIALISÉES COMPLÉMENTAIRES DE MÉDECINE D'URGENCE (DESC DE MU)..... | 22 |
| IV. LE DIPLÔME D'ETUDES SPÉCIALISÉES DE MÉDECINE D'URGENCE (DES DE MU) | 23 |
| B. LA MEDECINE D'URGENCE EN LORRAINE..... | 25 |
| I. LE TERRITOIRE LORRAIN..... | 25 |
| I. 1. DÉMOGRAPHIE LORRAINE | 25 |
| I. 2. LES STRUCTURES D'ACCUEIL DES URGENCES EN LORRAINE | 25 |
| II. PRATIQUE DE LA MÉDECINE D'URGENCE | 27 |
| II. 1. LA MÉDECINE D'URGENCE À L'ÉCHELLE NATIONALE..... | 27 |
| II. 2. ACTIVITÉ DANS LES STRUCTURES D'URGENCES DE LORRAINE EN 2016..... | 28 |
| II. 3. DÉMOGRAPHIE DES MÉDECINS URGENTISTES LORRAINS | 28 |
| | |
| PARTIE 2 : ARTICLE DE THESE | 29 |
| A. INTRODUCTION | 30 |
| B. OBJECTIFS | 30 |
| C. MATERIEL ET METHODE..... | 30 |
| I. TYPE D'ÉTUDE..... | 30 |

| | |
|--|-----------|
| II. CRITÈRES D'INCLUSION | 31 |
| III. MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES | 31 |
| IV. ANALYSE STATISTIQUE | 32 |
| V. ASPECT ÉTHIQUE | 32 |
| D. RESULTATS | 33 |
| I. LA POPULATION D'ÉTUDE | 33 |
| II. PROFIL DE L'ÉTUDIANT INSCRIT EN DESC DE MU | 33 |
| III. EVALUATION DE LA FORMATION AU COURS DU DESC ET PARCOURS PROFESSIONNEL..... | 35 |
| VI. EXERCICE DE LA MÉDECINE D'URGENCE | 38 |
| E. DISCUSSION | 43 |
| I. DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'OBJECTIF PRIMAIRE | 43 |
| II. DISCUSSION DES RÉSULTATS DES OBJECTIFS SECONDAIRES | 45 |
| III. LIMITES DE L'ÉTUDE | 49 |
| III.1. POPULATION ÉTUDIÉE | 49 |
| III.2. TYPE DE RECUEIL | 49 |
| F. CONCLUSION..... | 50 |
| BIBLIOGRAPHIE | 51 |
| ANNEXES..... | 55 |

Abréviations utilisées

AMU : Aide Médicale Urgente.

AMUF : Association des Médecins Urgentistes de France.

BSPP : Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris.

CAMU : Capacité d'Aide Médicale Urgente.

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence.

CHG : Centre Hospitalier Général.

CHR : Centre Hospitalier Régional.

CHU: Centre Hospitalier Universitaire.

CNIPI : Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat

CMU : Capacité de Médecine d'Urgence.

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels.

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées.

DES de MU : Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine d'Urgence.

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires.

DESC de MU : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires de Médecine d'Urgence.

DIU : Diplôme Inter Universitaire.

DU : Diplôme Universitaire.

DU CATA: Diplôme Universitaire de Médecine de Catastrophe.

EC : Ecart Type

ECN : Examen Classant National.

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

PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale.

PH : Praticien Hospitalier.

PMA : Poste Médical Avancé.

SAU : Service d'Accueil des Urgences.

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours.

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

UHCD : Unité d'hospitalisation de Courte Durée.

UP : Urgences Pédiatriques.

PARTIE 1 : INTRODUCTION GENERALE

A. LA MEDECINE D'URGENCE

I. Définitions

L'urgence médicale pourrait être définie comme « la mise en danger à brève échéance – l'heure ou la demi-journée – de l'intégrité physique, voire de la vie d'une personne » [1].

Le champ de compétence de la médecine d'urgence serait alors de prendre en charge les situations médicales graves mettant en danger la vie du patient à court terme.

Le collègue américain des médecins urgentistes a proposé une définition de la médecine d'urgence qui prend en compte la subjectivité liée au patient et dit « qu'il relève de la médecine d'urgence un patient dont les symptômes sont apparus subitement et sont assez graves pour qu'une personne prudente, possédant un niveau courant de connaissances en santé, soit amené à croire qu'une visite médicale urgente et/ou non prévue est nécessaire » [2].

En France la définition du champ d'exercice s'appliquant à la médecine d'urgence a été rédigée dans un document écrit par B. Riou [3]. Il y est dit que la médecine d'urgence est une spécialité sans patientèle déterminée, attachée à un territoire. Que c'est une discipline hospitalière qui s'exerce dans des structures publiques ou privées, dans des limites courtes de temps (quelques heures à 24 heures). Qu'elle a pour mission d'accueillir, de traiter et d'orienter vers les spécialistes ou les unités spécialisées les patients qui relèvent d'une telle prise en charge. Que son champ d'action privilégié est constitué par les situations médicales nécessitant le recours à un plateau technique, à des techniques spécifiques ou à une hospitalisation.

II. Histoire

II.1. De l'antiquité à la révolution

Il a été mis en évidence que la notion de soins pour des pathologies aiguës existe depuis l'Égypte antique. Ainsi des textes d'époque rapportaient déjà des réductions de membres fracturés avec pose d'attelle. Les plaies étaient suturées et des pansements appliqués dessus ou encore du pavot était utilisé pour calmer les douleurs [4].

C'est Hippocrate qui définit en premier la notion d'urgence : « Il faut profiter de l'occasion de porter secours avant qu'elle n'échappe et on sauvera ainsi le malade pour avoir su en profiter » [5]. Dans son « Traité des maladies. », il dit qu'il faut agir vite et propose même que les médecins aient en permanence leur trousse de soins à portée de main.

On peut ainsi se rendre compte que la prise en charge rapide de pathologies aiguës est un enjeu depuis des millénaires. Il faudra cependant attendre le XVIII^{ème} siècle pour qu'une réelle organisation des soins urgents soit mise en place.

II. 2. Le XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècle : l'organisation des premiers secours

C'est vers 1750 que sont nées les premières prises en charge standardisées avec l'aide aux victimes de noyade. Tissot écrit vers 1750 : « C'est sur le bateau même où on a repêché le noyé que l'on doit commencer les premiers secours » [6]. Le bouche à bouche est de plus en plus enseigné et constitue la première réanimation respiratoire.

Sur les champs de batailles le chirurgien major Dominique Larrey imagine son ambulance volante et va au-devant des blessés jusque sous le feu de l'ennemi où il pratique des soins précoces [7]. Il réalise ainsi, en plein champ de bataille, deux cents amputations par jour pour sauver des blessés autrement voués à une mort certaine. La première pratique de *damage control* est sans doute apparue à ce moment-là.

En 1870 lors du siège de Paris, l'organisation de postes de secours avancés appelés « ambulances » sont assimilés aux ancêtres du poste médical avancé (PMA).

En 1876 le Docteur Passant démarre le système de la permanence des soins médicaux de nuit pour la population de Paris : 554 médecins participent à ce service de garde organisé par secteurs qui dès la première année effectuent plusieurs milliers de visites. Quelques années plus tard à l'occasion de l'épidémie de variole sévissant à Paris, des ambulances hippomobiles avec internes et brancardiers transportent les patients vers l'Hôtel-Dieu.

II. 3. Le XXème siècle et la médecine d'urgence moderne

C'est durant l'essor de l'après-guerre, dans les années cinquantes, que débute réellement l'organisation d'un service de secours pré-hospitalier.

En effet, le nombre croissant d'accidentés de la route exige que soient coordonnés l'alerte, les soins urgents immédiats, le transport et l'acheminement vers un service d'hospitalisation. Les secteurs ambulanciers sont ainsi créés en 1959.

En 1962 le Pr Alain LARCAN fonde à Nancy le premier SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) avec envoi sur les lieux de l'accident, par l'intermédiaire des ambulances des pompiers, un médecin [8]. Ainsi le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) du Département de Meurthe et Moselle a d'abord fonctionné, dès 1962, sous forme de SMUR. Trois ans plus tard le décret du 2 décembre 1965 oblige quelques 300 structures hospitalières à se doter d'un SMUR [9].

Dans le même temps, le Professeur Louis LARENG met en place une structure hospitalière qui permet de faire le lien entre l'urgence extra-hospitalière et la médecine intra-hospitalière : « du pied de l'Arbre à l'Accueil ». Il créa le premier service hospitalier dédié à la médecine d'urgence. Ce service fut créé au CHU de Toulouse, le 16 juillet 1968 avec le nom innovant de SAMU [10]. En France d'autres villes adopteront rapidement ce mode de fonctionnement.

En 1972 une circulaire [11] officialise la création de ces services et prévoit la création de SAMU au sein des centres hospitaliers afin de pouvoir accueillir en tout temps les urgences. Le SAMU est rendu officiel en 1975 avec un service de régulation composé de permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM).

En 1979 Madame Simone Veil décide la mise en place des « Centre 15 » départementaux regroupant avec un numéro unique d'appel gratuit : le 15.

III. Formations permettant d'accéder à la médecine d'urgence

Comme précédemment décrit, le début des années quatre-vingt a vu la mise en place des SAMU puis des centres 15. L'activité de ces nouveaux services hospitaliers voués à la médecine d'urgence a explosé et la démographie médicale, n'était plus suffisante. Des omnipraticiens étaient appelés en renfort afin d'amortir la demande croissante des consultants dans les SAMU.

Il n'existait alors aucune formation à la médecine d'urgence dans le tronc commun des études médicales, ni de diplôme spécialisant après l'examen de l'internat.

L'arrêté du 24 juillet 1970 représente le balbutiement de l'enseignement de la médecine d'urgence. Il stipule que doit « être assuré un enseignement élémentaire de soins d'urgence et de réanimation aux étudiants de 1ère année du 2ème cycle des études médicales ». La notion d'oxyologie médicale était introduite.

Pour répondre à cette nécessité de formation de médecins urgentistes, il a été décidé de former des médecins généralistes motivés par cette nouvelle discipline. Un groupe de responsables de SAMU a proposé dès 1981 la mise en place de diplômes d'université (DU) d'oxyologie-médecine d'urgence. Le premier de ces diplômes a été créé à l'université de Paris XIII Bobigny par Michel CUPA [13].

En juillet 1983, une nouvelle fois sous l'initiative du Professeur Louis LARENG et d'après un travail de thèse de Christine AMMIRATI [14], il est proposé de structurer l'enseignement de cette nouvelle discipline en 3 niveaux : oxyologie élémentaire en 1er cycle, oxyologie fondamentale dans le 2e cycle et oxyologie supérieure dans le 3e cycle. Chaque niveau répondant à des objectifs pédagogiques précis et devant permettre au futur médecin d'acquérir les gestes face à une situation de détresse vitale.

Dans cette dynamique, et sous l'impulsion de la loi de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires [16], votée le 6 janvier 1986, l'enseignement de la médecine d'urgence s'institutionnalise. Ainsi sont créées les deux capacités d'aide médicale urgente (CAMU) et de médecine de catastrophe.

III. 1. La Capacité d'Aide Médicale Urgente (CAMU)

L'arrêté fondateur de la CAMU est daté du 13 mars 1986 [15]. Cette formation reconnue par l'université et l'Ordre National des Médecins se déroulait sur une période de 2 ans et comprenait un enseignement théorique et pratique. Il n'est plus possible de s'inscrire à la CAMU mais elle est toujours reconnue et permet encore actuellement l'exercice de la médecine d'urgence dans un centre hospitalier. La CAMU s'est arrêtée en 1998 au profit de la CMU.

III. 2. La Capacité de Médecine d'Urgence (CMU)

L'arrêté du 3 juin 1998 modifiait la CAMU en capacité de médecine d'urgence (CMU) [17]. Le groupe de travail chargé d'élaborer la nouvelle maquette était composé à la fois de responsables de SAMU-SMUR et de responsables de services d'accueil des urgences. Le programme a été conçu pour répondre à la fois aux besoins de l'activité SAMU-SMUR et à ceux des SAU [12]. Celle-ci reposait sur une formation théorique de 160 heures et une formation pratique de 800 heures de stage réparties sur deux ans.

Cette formation est également reconnue pour intégrer un service d'accueil des urgences ou pour accéder à la qualification de praticien hospitalier. Une seule faculté propose encore la formation : Paris Diderot [18].

III. 3. Le Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires de Médecine d'Urgence (DESC de MU)

L'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine (DESC) [19] crée le DESC de médecine d'urgence. Il s'agit d'un DESC de type 1 dit « non qualifiant ». Il permet de conserver la qualification du diplôme d'étude spécialisé (DES) préparé initialement. Il ne donne pas de reconnaissance ordinale. Il s'oppose au DESC de type 2 qui est dit « qualifiant » et ne permet plus d'exercer le DES préparé initialement. Par exemple, le DESC de Gériatrie dans le cadre d'un DES de médecine générale supprime la qualification de médecine générale.

La formation au DESC de médecine d'urgence s'étale sur 2 ans. Il y a une année qui est effectuée au cours de l'internat, en pratique la dernière année de l'internat, et 6 mois en post internat avec une fonction à responsabilité médicale (assistant chef de clinique, assistant spécialiste, praticien hospitalier contractuel, praticien hospitalier attaché, faisant fonction d'interne post internat). La formation est partagée entre un enseignement théorique de 150 heures et un enseignement pratique pour lequel il est nécessaire de réaliser une maquette avec au minimum un stage d'un semestre dans les services suivants habilités :

1. SAMU/SMUR
2. Services des Urgences d'adultes
3. Services ou Unités des Urgences pédiatriques
4. Service de Réanimation

Parmi ces 4 stages obligatoires, 2 doivent être effectués en CHU. L'obtention du DESC de MU est sanctionné la présentation d'un mémoire en lien avec la médecine d'urgence.

La médecine évoluant sans cesse dans ses aspects théoriques ou techniques, la médecine d'urgence n'échappant pas à ce constat, il apparaissait nécessaire aux responsables de l'ensemble des organismes professionnels et scientifiques de la discipline de renforcer la formation des médecins urgentistes. Ce sentiment était également partagé par les étudiants en DESC comme l'ont démontré les travaux de T. Mesnier [20] et E. Dehours [21]. Dans la première étude 56% des étudiants répondants pensaient que la formation pratique en quatre semestres était insuffisante. Ainsi un projet de maquette pour un DES a été rédigé et remis en 2010 à la Commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI) [22].

IV. Le Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine d'Urgence (DES de MU)

Né de la volonté des spécialistes de la discipline d'améliorer la formation initiale des jeunes urgentistes et de faire reconnaître en France la médecine d'urgence comme une spécialité à part entière, le DES de MU voit officiellement le jour en 2015 [23]. C'est à la rentrée universitaire 2017 que les premiers internes issus de l'examen classant national (ECN)

ont pu choisir la médecine d'urgence comme spécialité. D'autres pays que ce soit dans le monde ou en Europe ont déjà reconnu la médecine d'urgence comme une spécialité à part entière. Ainsi la France est le 20ème pays de l'union européenne à reconnaître la médecine d'urgence comme une spécialité médicale.

Le DES de médecine d'urgence permet d'adapter la formation des urgentistes aux exigences de la médecine d'urgence moderne, en particulier dans l'étendue de son exercice (adulte et pédiatrique, médical et chirurgical, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital (SAMU, SMUR)) [24].

La durée de formation est de quatre ans pour le DES de médecine d'urgence, organisés en trois phases : socle, approfondissement et consolidation. La maquette du DES de MU est représentée dans le tableau 1 ci-dessous [25].

| Tableau 1 Principales caractéristiques de la maquette du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine d'urgence et des critères spécifiques d'agrément des stages dans une structure de médecine d'urgence. Ces éléments ne sont qu'indicatifs en l'absence de publication des textes officiels au moment de la publication de cet article. | |
|--|--|
| Stages | <p>Phase socle : un semestre en SU (adulte ou mixte) et un semestre en service de médecine interne, gériatrie (hors SSR et SLD) ou de médecine polyvalente d'aval des urgences</p> <p>Phase d'approfondissement : un semestre en SU pédiatrique ou de service de pédiatrie avec urgence, un semestre en SAMU/SMUR, un semestre en réanimation/USI, un semestre libre</p> <p>Phase de consolidation : un semestre en SU et un semestre en SAMU/SMUR dans la même structure (sauf dérogation).</p> <p>Au moins 50 % de stages en CHU, au moins un stage hors CHU, au moins trois mois en SAMU-CRRA 15. Un semestre en interCHU est possible.</p> |
| Critères d'agrément | <p>SAMU : au moins 50 000 DRM</p> <p>SMUR : au moins 1500 sorties primaires</p> <p>SU : au moins 25 000 passages, présence d'une SAUV et d'une UHCD, plus de 15 % d'hospitalisations (adulte) ou 5 % (pédiatrie), polyvalence (au moins 30 % de chirurgie/médecine.</p> <p>Autres critères : Projet pédagogique, encadrement académique, réunions interdisciplinaires.</p> <p>Phase socle : possibilité d'acquérir une proportion significative de compétences de niveau I.</p> |
| <p>SU : service d'urgence ; SAMU : service d'aide médicale urgente ; SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation ; CRRA15 : centre de régulation et de réception des appels du 15 ; DRM : dossier de régulation médicale ; SAUV : salle d'accueil des urgences vitales ; UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée ; CHU : centre hospitalo-universitaire ; SSR : soins de suites et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.</p> | |

La création du DES de MU est donc accompagnée de l'espoir d'une meilleure formation pour les jeunes médecins urgentistes. Les résultats pourront être observés dans quelques années.

B. LA MEDECINE D'URGENCE EN LORRAINE

Comme vu précédemment la médecine d'urgence en Lorraine est née sous l'impulsion du Professeur Alain LARCAN et de son équipe avec en 1962 la création du premier SMUR ainsi que la création du SAMU 54 en 1975, puis à la création des SAMU départementaux regroupés sous l'égide de Nancy, centre de région.

I. Le territoire lorrain

I. 1. Démographie Lorraine

La Lorraine se compose de 4 départements : la Meurthe et Moselle (54), la Meuse (55), la Moselle (57) et les Vosges (88). Sa superficie est de 23 547 km² pour une population de 2 323 888

Habitants en 2018 [26]. Depuis le 1er janvier 2016 [27], elle a fusionné avec les régions d'Alsace et de Champagne-Ardenne pour former la région Grand Est.

I. 2. Les structures d'accueil des urgences en Lorraine

La région Lorraine comporte 4 SAMU (CH d'Epinal, CHRU de Nancy, CH de Metz et CH de Verdun), 23 services d'accueil des urgences (CHRU de Nancy adultes et enfants, CHR Metz, CHR Thionville, CH Forbach, CH Sarreguemines, CH Epinal, CH Verdun, CH Briey, HIA Legouest, Hospitalor St Avold, CH Sarrebourg, CH St Dié, CH Remiremont, CH Mont St Martin, CH Lunéville, Polyclinique Gentilly, CH Neufchâteau, CH Bar le Duc, Hôpital Clin. Claude Bernard, CH Toul, CH Pont à Mousson, CH Vittel) et 17 SMUR (CHRU de Nancy, CHR Metz, CHR Thionville, CH Forbach, CH Sarreguemines, CH Epinal, CH Verdun, Hospitalor St Avold, CH Sarrebourg, CH St Dié, CH Remiremont, CH Lunéville, CH Neufchâteau, CH Bar le Duc, CH Toul, CH Pont à Mousson et CH Mont St Martin) [28] qui sont représentés avec les structures de soins de la Région Grand Est dans la figure 1 et 2.

CARTE DES SAMU, SMUR ET ANTENNES SMUR DE LA RÉGION GRAND EST

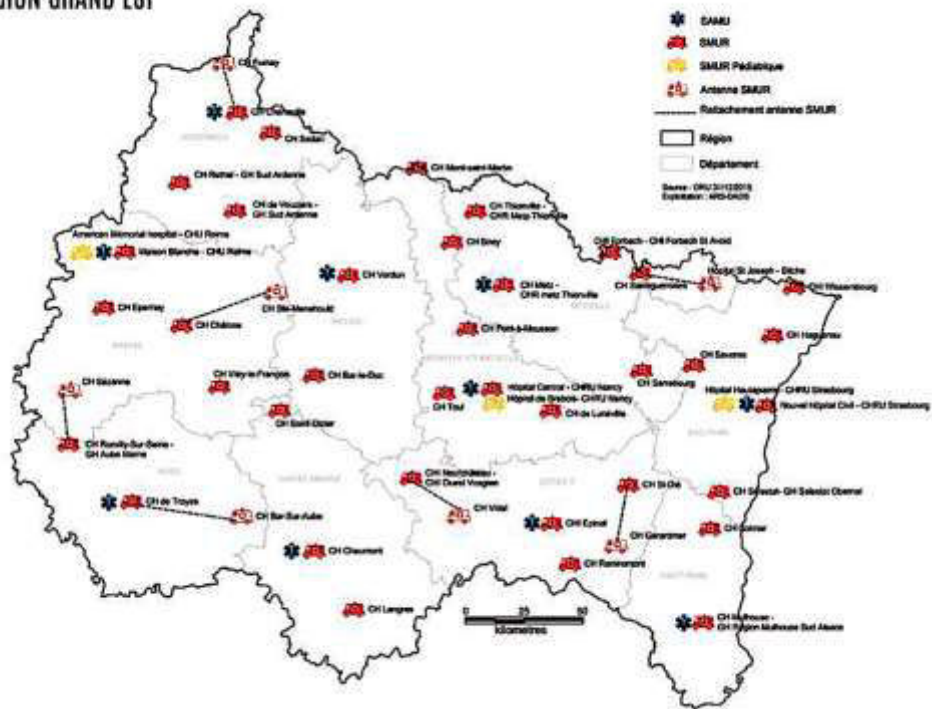


Figure 1

CARTE DES SERVICES D'URGENCE DE LA RÉGION GRAND EST



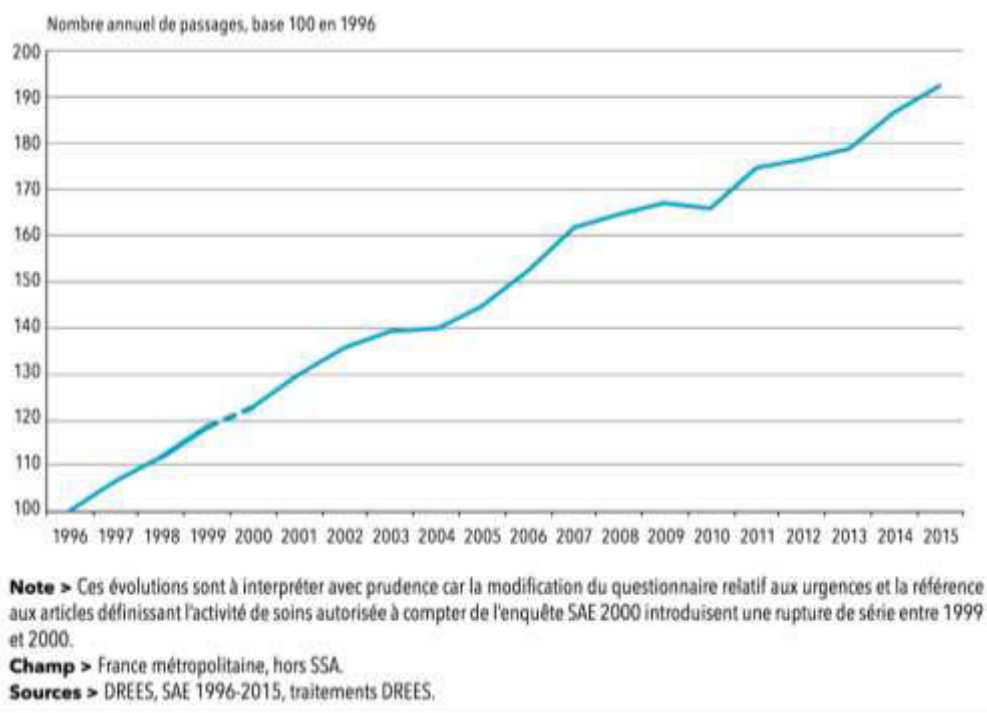
Figure 2

II. Pratique de la médecine d'urgence

II. 1. La médecine d'urgence à l'échelle nationale

Les services d'urgences sont un maillon clé du système de soins. Ils sont l'interface entre la médecine de ville et l'hôpital. Leurs activités sont en constante augmentation depuis plus de 20 ans avec chaque année en moyenne 3% de passages en plus. Plus de 20 millions de personnes se rendent aux urgences chaque année, soit près d'un Français sur 3. L'engorgement des services, notamment lors des pics épidémiques hivernaux, fait régulièrement l'objet de médiatisation.

Le graphique ci-dessous permet de visualiser l'évolution de l'activité des services d'urgences depuis 1996.



Graphique 1 : Evolution du nombre de passages dans les SAU depuis 1996.

Le nombre et la nature des demandes a changé depuis la création des SAU. Celles-ci tendent à s'éloigner de plus en plus de la seule prise en charge des urgences vitales et de la traumatologie grave vers des problématiques socio-sanitaires. Se pose également la question de la réponse à apporter aux nouvelles habitudes de consommation de soins, qui tendent à valoriser l'immédiateté.

II. 2. Activité dans les structures d'urgences de Lorraine en 2016

Le nombre de passages aux urgences déclarés par les établissements en 2016 était de 672 221 pour la région Lorraine soit 3421 passages pour 10 000 habitants. A titre de comparaison, pour le territoire Grand Est, le nombre de passages était de 538 192 en Alsace soit 2839 passages pour 10 000 habitants et 406 056 en Champagne-Ardenne soit 2986 passages pour 10 000 habitants) avec une majoration de 5,4% par rapport à l'année précédente. Cette augmentation est en majeure partie due à l'augmentation de l'activité sur le territoire vosgien (+4%) [28].

La majorité des passages s'effectuait en CH (61%) contre 30% en CHU et 9% dans le domaine privé. Le pic d'affluence est observé en Juin alors que le mois d'aout voit l'activité fortement décroître (flux migratoire estival). L'âge moyen est de 40,8 ans et 15% des patients ont plus de 75 ans.

La demande dans les services d'urgences ayant considérablement augmentée ces 20 dernières années, l'offre de soins devait elle aussi s'étoffer. Cela est passé par une série de mesures précédemment citées : création de différents diplômes, ouverture de la médecine d'urgence à des médecins omnipraticiens et bientôt par une spécialisation à part entière.

II. 3. Démographie des médecins urgentistes lorrains

Actuellement il y a 295 médecins urgentistes qui exercent en Lorraine répartis dans les différentes structures. Ce nombre prend en compte les temps pleins ou partiels et les différents postes qu'il est possible d'occuper (PH, PHC, remplaçants, assistants).

Cependant le nombre de praticiens demeure insuffisant face à la demande de soins. Pour pallier à cela l'Agence Régionale de Santé et la Fédération Hospitalière de France ont établi une convention cadre en 2013. Cette convention permet aux médecins urgentistes en poste dans un établissement de santé public du territoire Grand Est d'exercer une activité de médecine d'urgence dans un autre établissement de ce territoire, en sus de leurs obligations de service.

PARTIE 2 : ARTICLE DE THESE

A. INTRODUCTION

La médecine d'urgence est devenue une spécialité à part entière avec la création du Diplôme d'Etude Spécialisée de médecine d'urgence (DES MU) par l'arrêté du 13 novembre 2015 [1].

Cette spécialisation s'accompagne de la disparition du diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine d'urgence (DESC de MU) qui permettait depuis 2004 la formation des médecins urgentistes [2]. En Lorraine sur la période s'écoulant de 2004 à 2016, 144 médecins urgentistes ont été formés de cette manière.

Alors que les internes de la première promotion du DES de médecine d'urgence débutent leur formation dans les locaux des différentes structures d'accueil des urgences de France, il nous paraissait intéressant de dresser un état des lieux sur les caractéristiques des jeunes médecins urgentistes lorrains.

B. OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude était de mettre en évidence les profils des étudiants en médecine d'urgence de Lorraine titulaires ou en cours de validation du DESC de MU.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient de mettre en évidence le flux migratoire professionnel des jeunes médecins urgentistes de Lorraine et d'en révéler les motivations, de décrire les différentes formations complémentaires effectuées ou encore d'obtenir le ressenti vis à vis de leur pratique.

C. MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique en interrogeant les médecins inscrits en DESC de MU à l'université de Lorraine sur la période allant de 2004 jusqu'à 2016. La période de recueil des données s'étendait de Juillet à Octobre 2018. Un questionnaire leur a été soumis par l'envoi d'un

courrier électronique. Un courrier de rappel a été envoyé chaque mois de l'inclusion.

II. Critères d'inclusion

Tous les étudiants inscrits au DESC de MU à la faculté de médecine de Nancy à partir de l'année universitaire 2004-2005 jusqu'à l'année universitaire 2016-2017 ont été inclus.

Les étudiants ayant abandonné le DESC de MU en cours de formation ont également été inclus dans l'étude.

III. Méthode de collecte des données

Les listes d'étudiants ont été récupérées auprès du service de scolarité gérant le DESC de MU à la faculté de médecine de Nancy ou à défaut auprès des secrétariats des structures d'urgences. Il visait à collecter leur identité et leur adresse de courrier électronique.

Les chefs de services des structures d'urgences de Lorraine ont été informés par courrier électronique de la réalisation de cette étude.

Les résultats ont été recueillis par l'investigateur principal. Les données ont été traitées de manière anonyme et recueillies par l'envoi informatisé de questionnaires auto-administrés par l'intermédiaire du logiciel *Google Forms*®.

Le questionnaire était composé de 30 questions (Annexe 1) et était rempli de manière anonyme. Il comportait des réponses ouvertes et fermées. Il portait sur le profil de l'interrogé (âge, sexe, situation familiale, présence d'enfants, faculté d'origine, période de décision d'inscription en DESC de MU, date d'inscription en DESC de MU, le rang à l'examen classant national, le DES préparé) ; sur la formation (délais de validation entre la fin du DES et du DESC de MU, abandon du cursus, passage d'un contrat avec un centre hospitalier régional (CHR), le statut lors du premier poste, les raisons d'un éventuel changement d'établissement, validation de diplômes complémentaires) ; et enfin sur les conditions de travail de la médecine d'urgence (postes occupés, temp de travail, fatigue, perspectives professionnelles au sein de la MU, réorientations envisagées).

Une question supplémentaire permettait aux répondants de s'exprimer librement à la suite du questionnaire.

IV. Analyse statistique

Les données ont été analysées via le logiciel *Microsoft Excel*®.

Les données qualitatives des réponses catégorielles ont été rapportées sous forme de valeurs absolues et pourcentages.

Les données quantitatives ont été rapportées sous forme de valeurs absolues, moyennes et écarts types.

V. Aspect éthique

Les médecins ont été informés de l'étude menée et de l'anonymat des réponses. Ils étaient libres de répondre au questionnaire et leur accord était implicite à partir du moment où ils acceptaient de répondre.

D. RESULTATS

I. La population d'étude

157 étudiants dont 79 de sexe féminin (50,3%) ont été inclus dans l'étude. 7 étudiants ont été perdus de vue : adresse mail non retrouvée ou invalide. Le questionnaire a été envoyé à 150 médecins. 75 réponses ont été reçues soit un taux de participation de 50% (Figure 1).

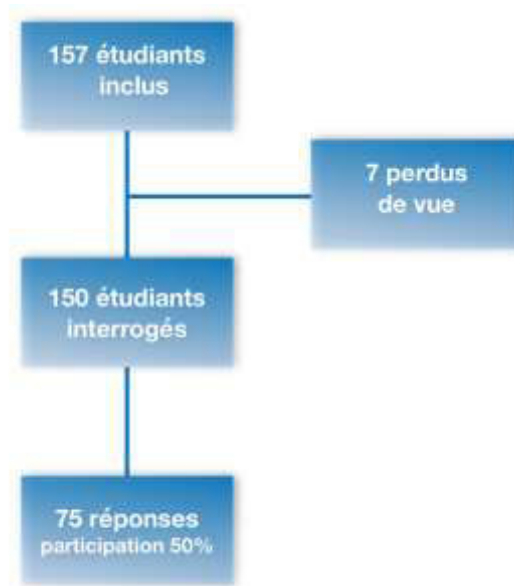


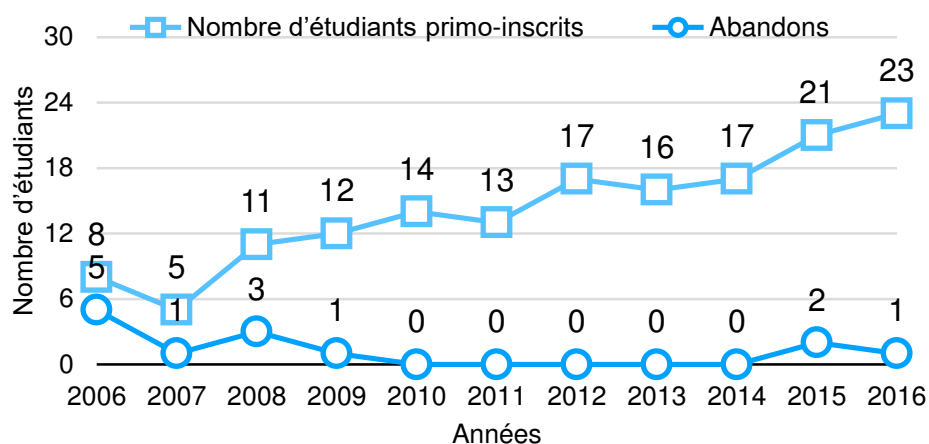
Figure 1 : Diagramme en flux relatif aux participations

II. Profil de l'étudiant inscrit en DESC de MU

Parmi les médecins ayant répondu, 41 étaient des femmes (54,7%) et 34 des hommes (45,3%). L'âge moyen des répondants était de 33 ans (âges extrêmes 40 ans et 28 ans). 63 médecins se sont déclarés en couple (84%) et 12 célibataires (16%). Ils étaient 30 (40%) à avoir un ou plusieurs enfants et 45 (60%) à ne pas en avoir.

Les étudiants en DESC de MU ont pour la très grande majorité réalisé leur deuxième cycle des études médicales à la faculté de médecine de Nancy (68 étudiants, soit 90,7%). Les autres provenaient des facultés de Besançon (2 étudiants, soit 2,7%), Strasbourg (3 étudiants, soit 4%), Marseille (1 étudiant, soit 1,3%) ou encore Paris Créteil (1 étudiant, soit 1,3%). Au total les étudiants hors région représentaient 9,3% des étudiants en DESC de MU en Lorraine.

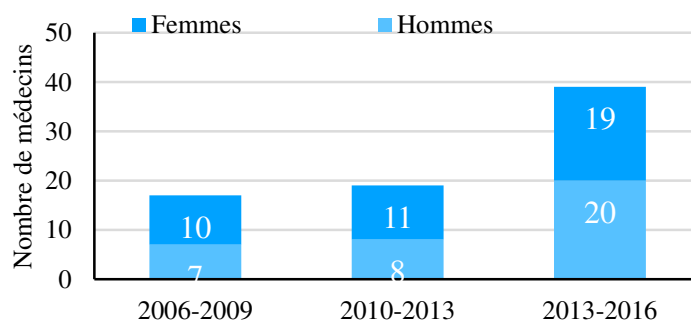
D'après les registres de la faculté, 13 étudiants se sont inscrits en DESC de MU et ont par la suite abandonné le cursus. Cela représente 8,3% des inclus. Parmi ces 13 étudiants ayant abandonné, 9 ont répondu au questionnaire soit 12% des répondants.



Graphique 2 : Rapports des étudiants inscrits en DESC de MU et des abandons

L'âge moyen lors de l'inscription en DESC de MU était de 27,4 ans parmi les répondants.

En stratifiant en trois groupes le nombre de répondants en fonction de l'année d'inscription au DESC, on observe que 17 médecins étaient inscrits dans la période 2006-2009, 19 dans la période 2010-2013 et 39 dans la période 2014-2017.



Graphique 3 : Nombre de répondants stratifiés sur l'année d'inscription

Une question portait sur le moment où était né le désir d'exercer la médecine d'urgence. A cette question 29 étudiants (38,7%) déclarent avoir eu l'envie d'exercer la médecine d'urgence au cours du second cycle, pour 37 d'entre eux (49,3%) le choix s'est fait après l'ECN et enfin 9 (12%) d'entre eux avaient la vocation avant la faculté. On remarquera que dans le sous-groupe des répondants ayant abandonné le DESC MU, 4 avaient décidé de commencer leur formation après l'ECN et 3 pendant le second cycle des études médicales.

Une question était posée pour connaître le rang obtenu à l'ECN. A cette question 66 ont répondu (biais de mémorisation concernant 9 interrogés) et le rang moyen était 4660 (ET = 1770), l'écart entre les classements variait de 578 à 7800.

Unaniment le DES préparé était le DES de médecine générale avec 100% des répondants y étant inscrits.

III. Evaluation de la formation au cours du DESC et parcours professionnel

L'évaluation s'est faite en sous-groupe, c'est à dire sur les étudiants n'ayant pas abandonné le DESC de MU (66 étudiants).

Parmi ces étudiants, 40,9% n'avaient pas encore validé le DESC de MU au moment du questionnaire soit 27 étudiants. Dans le groupe des 39 étudiants ayant validé le DESC de MU, le délai moyen de validation du DESC après la première inscription était de 3,3 (ET = 1,35) ans. En réalisant une analyse stratifiée en fonction des années d'inscription en DESC de MU en 3 groupes (périodes : 2006-2009, 2010-2013 et 2014-2017) le temps moyen de validation du DESC de MU après la première inscription est de 3 (ET = 1,29) ans pour les inscrits entre 2006 et 2009, 3,75 (ET=1,6) ans pour les inscrits entre 2010 et 2013 et 2,8 (ET=0,57) ans pour ceux inscrits entre 2014 et 2017.

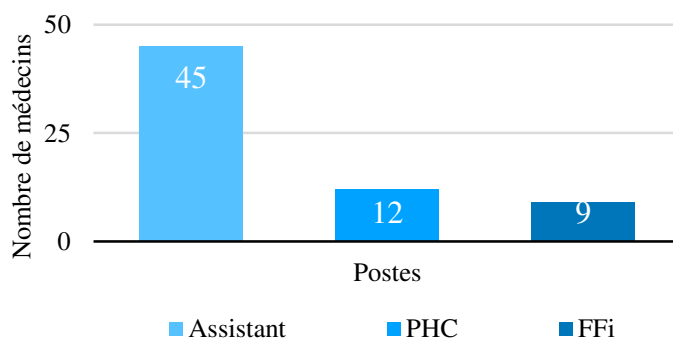
Le délai moyen de validation du DESC de MU après validation du DES était de 1,6 an.

Nous nous sommes intéressés au partenariat que pouvait avoir les étudiants avec un hôpital de périphérie, dit « financement » ou « contrat ». Presque 1 étudiant sur 2 s'était associé à un centre hospitalier de périphérie pour s'inscrire en DESC de MU.

La principale raison pour laquelle les médecins ont avoué préférer travailler avec un centre hospitalier de périphérie est le fait de ne pas vouloir exercer en CHU (36,4%). Vient ensuite le fait que cela soit en rapport avec un projet professionnel (pour 30,3%), puis l'impossibilité d'être formé au CHU (pour 27,3%) et enfin pour 3% en rapport avec un projet personnel.

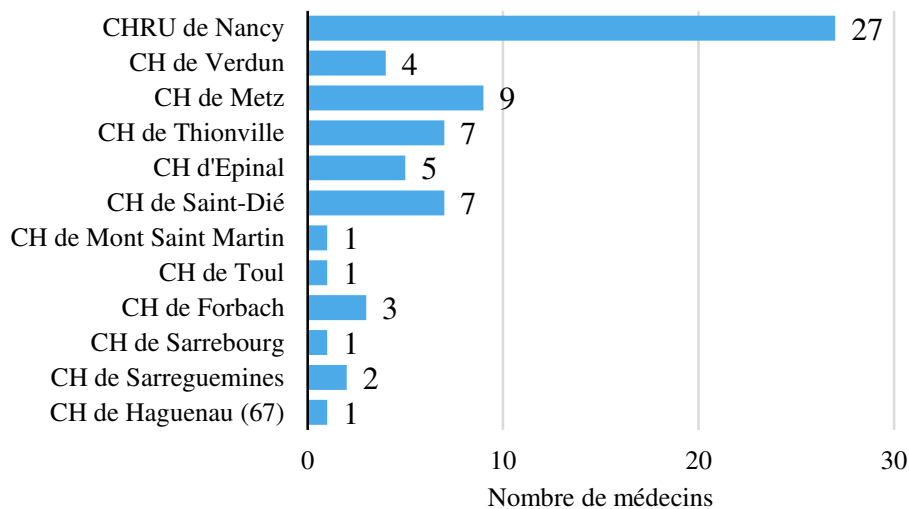
Dans le cadre de la réalisation du DESC de MU en partenariat avec un CHR, les centres hospitaliers préférés sont Saint-Dié et Thionville (n=7 soit 21,2%), Metz (n= 6 soit 18,2%), Epinal et Verdun (n= 4 soit 12,5%), puis les centres hospitaliers de Mont Saint Martin, Pont à Mousson, Sarrebourg, Sarreguemines et Toul (n= 1 soit 3%).

Le poste occupé à la prise de fonction était celui d'assistant pour 68,2% des répondants (n=45). Vient ensuite le statut de praticien contractuel pour 18,2% (n=12) puis celui de faisant fonction d'interne pour 13,6% d'entre eux (n=9).



Graphique 4 : Postes occupés à la prise de fonction

Les établissements ayant accueilli les jeunes médecins urgentistes étaient le CHU de Nancy majoritairement avec 40,9% (n=27), puis Metz 13,6% (n=9), Saint-Dié et Thionville 10,6% (n=7), Epinal 7,6% (n=5), Verdun 6,1% (n=4), Forbach 4,5% (n=3), Sarreguemines 3% (n=2) et Mont Saint Martin, Sarrebourg et Toul 1,5% (n=1). Un médecin a débuté hors de la région Lorraine à Haguenau (1,5%). A noter que 2 médecins avaient un temps partagé entre le CHU et le CH de Verdun.



Graphique 5 : Lieu de premier poste occupé.

Une question s'intéressait au temps exercé dans la structure du premier contrat. 18 médecins ont quitté leur première structure soit 27,3%. Parmi eux, le temps d'exercice moyen au sein de la première structure était de 2,9 (ET = 2,3) ans avec des extrêmes à 6 mois et 5 ans.

Parmi les 27 médecins ayant débuté leur activité au CHU, 6 ont changé d'établissement soit 22,2% de ces médecins.

Les médecins ayant changé d'établissement l'ont fait une seule fois majoritairement (n=14 soit 70%). Les autres ont changé 2 fois (n=4 soit 20%), 3 fois (n=1 soit 5%) ou 5 fois (n=1 soit 5%). Parmi les répondants issus de la faculté de médecine de Nancy (n=59), 5 médecins n'exercent plus dans la région soit 8,5%.

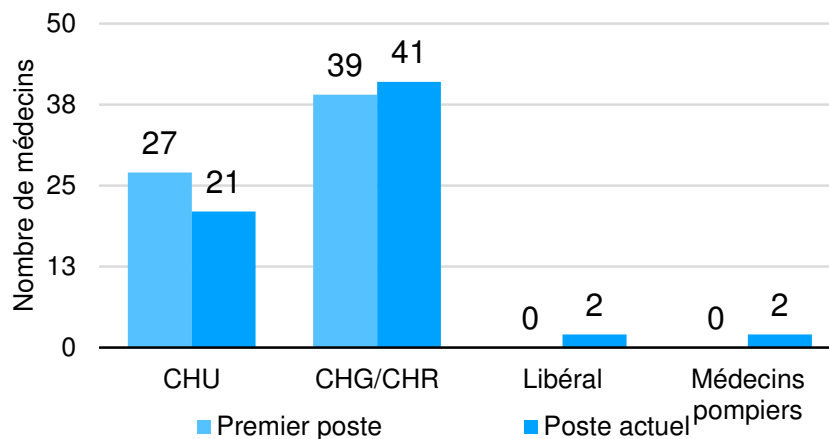
Les raisons de changement d'établissement sont principalement pour convenance personnelle (rapprochement familial, ...) pour 50% des répondants (n=9). Les autres raisons évoquées sont la charge de travail et l'ambiance de travail pour 27,7% (n=5), les questions d'organisation sont responsables de 16,7% des départs (n=3). 2 ont quitté leurs services initiaux, un pour entamer une reconversion professionnelle (n=1) et l'autre pour des questions d'absence de perspective professionnelle au sein du service (n=1).

VI. Exercice de la médecine d'urgence

Le temps de travail dans les établissements avait majoritairement comme base 39 heures de temps posté (n=50, soit 75,8%). D'autres travaillaient sur un temps posté de base à 48 heures (n=14 soit 21,2%). Un médecin a déclaré avoir un temps de travail basé sur 44 heures (n=1 soit 1,5%) et un autre ne sait pas (n=1 soit 1,5%).

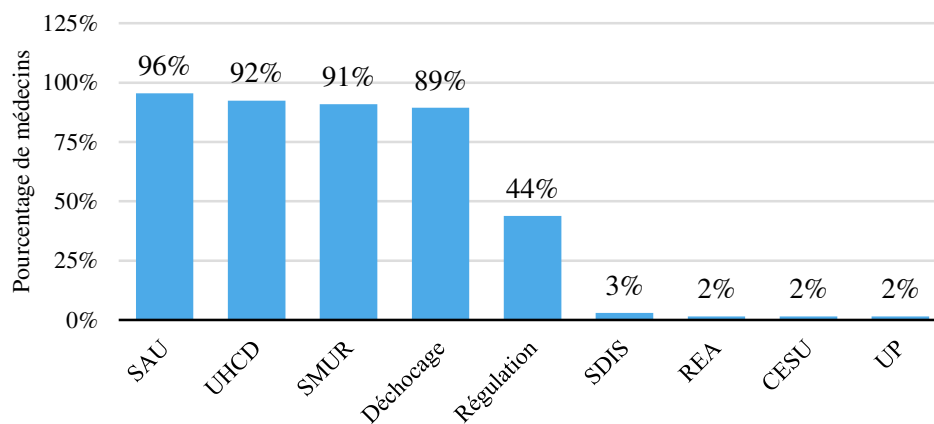
La majorité des répondants exerçait au CHU de Nancy (n=23, soit 34,8%). Les autres hôpitaux étaient représentés pour 10,6% pour Metz (n=7), Saint-Dié 9,1% (n=6), Thionville 7,6% (n=5), Verdun 6,1% (n=4), Toul, Lunéville et Sarreguemines avec chacun 4,5% (n=3), Epinal 3% (n=2), Forbach, Neufchâteau, Remiremont, Sarrebourg, Mont Saint Martin avec chacun 1,5% (n=1).

On constatait que 3 médecins exerçaient hors région à Paris (BSPP), Marseille et Lyon. Cela représentait 4,5% des répondants. 2 médecins étaient engagés dans des brigades de sapeurs pompiers (SDIS 57 et BSPP). Enfin, 2 médecins exerçaient une activité de remplacement (3%).



Graphique 6 : Lieu d'exercice en fonction de la période de la carrière professionnelle

Nous nous sommes intéressés aux fonctions qu'occupent les médecins au sein de leur structure d'urgence. Bien entendu la majorité a une activité SAU et SMUR avec respectivement 95,5% (n=63) et 90,9% (n=60) des médecins. L'UHCD occupe une part importante avec 92,4% (n=61) devant le déchocage avec 89,4% (n=59). L'activité de régulation concernait 29 praticiens (43,9%). Les autres postes étaient pour l'un une activité en réanimation (n=1 soit 1,5%), un autre praticien partageait son temps avec les urgences pédiatriques (n=1 soit 1,5%), un exerçait une activité en Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) et 2 chez les pompiers (n=2 soit 3%).



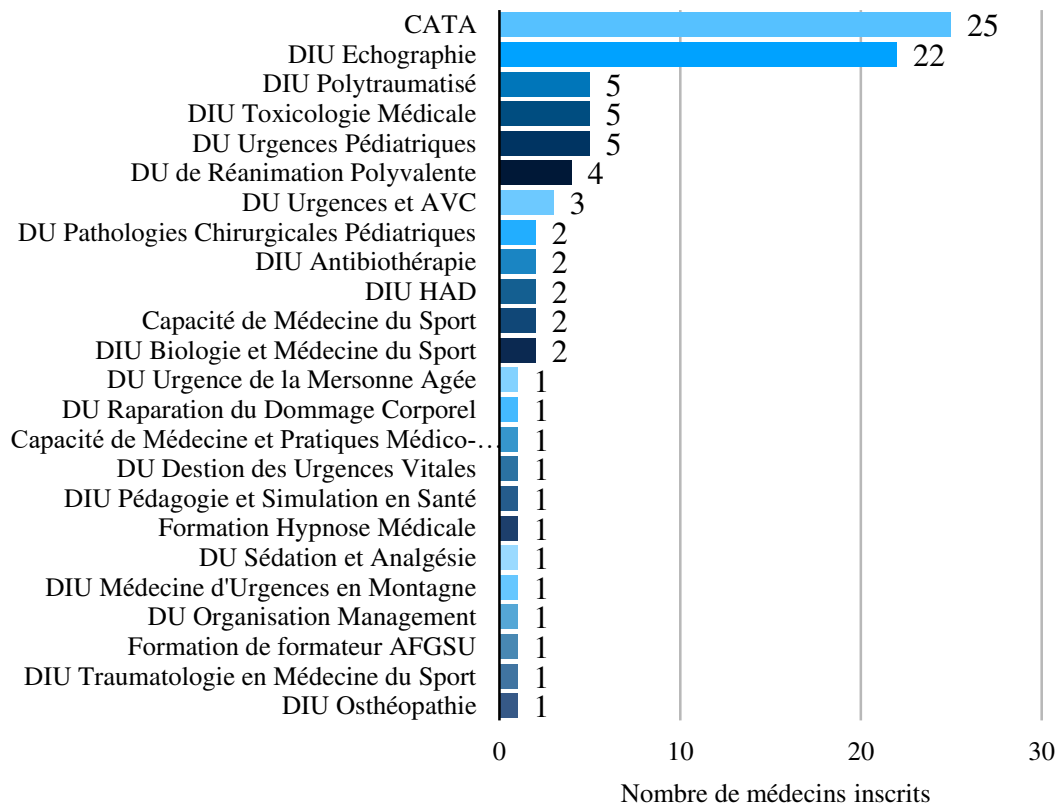
■ SAU : Service d'accueil des Urgences; UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée; SMUR: Service mobile d'urgence et de réanimation; SDIS : service départemental d'incendie et de secours; REA : réanimation, CESU : Centre d'enseignement des soins d'urgence; UP : urgences pédiatriques

Graphique 7 : Activités pratiquées par les médecins urgentistes lorrains

Nous avons interrogé les médecins sur leur investissement dans d'autres formations. 23 déclaraient ne pas avoir suivi d'autre formation (34,8%). Les autres cumulaient en moyenne 2 diplômes chacun (n=43, m=2,11) et s'étaient formés à la capacité de médecine de catastrophe (n=25 soit 37,9%) ou à la pratique de l'échographie (n=20 soit 30,3%) pour la majorité.

Les autres formations suivies étaient : DIU biologie et médecine du sport, DIU ostéopathie, Capacité de médecine du sport, DIU traumatologie et médecine du sport, DU réanimation polyvalente, DIU urgences pédiatriques, DIU prise en charge du polytraumatisé, DIU toxicologie médicale, DU organisation, management et qualité des services d'urgence et des services à activité non programmée, DIU antibiothérapie, DU urgence AVC, DU médecine d'Urgence de la personne âgée, DIU hospitalisation à domicile, DU réparation

juridique du dommage corporel, Capacité de médecine Pratiques médico-judiciaires, DU pathologies chirurgicales pédiatriques, DU gestion des urgences vitales, DIU de santé de l'enfant, DIU pédagogie et simulation en santé, Formation hypnose médicale, DU sédation et analgésie, DIU médecine et urgences en montagne et formation de formateurs AFGSU.



Graphique 8 : Les formations complémentaires suivies par les médecins urgentistes

Il nous semblait important de questionner les médecins sur leur fatigue au travail. Ainsi à la question « estimez-vous souffrir d'un *burn out*? », 89,4% des médecins ont répondu « non » (n=59).

Concernant les perspectives dans le métier, 28,8% déclaraient ne pas savoir encore combien de temps exercer la médecine d'urgence. Un tiers d'entre eux n'ont pas de perspective dans le métier à 5 ans (n= 22), ils sont 18,2% à 10 ans (n=12) et 19,7% ne se voient pas exercer au-delà de 10 ans (n=13).

Les raisons invoquées à une hypothétique cessation d'activité étaient multiples:

« Dérive du système de santé. Demande non urgente croissante. Devenir = consultations non programmées de médecine générale à toute heure et gratuitement. »

« Conditions de travail trop difficiles. »

« Nuits et weekend : conciliation difficile avec une vie de famille. »

« Physiquement et psychologiquement incompatible avec une vie de famille. »

« Reconversion professionnelle. »

« Dégoût du système. »

« Charge de travail, horaires, ambiance. »

« Travail éreintant, pénibilité des nuits. »

« Mutation de la profession, des conditions de travail des urgentistes. »

« Augmentation de la charge et de la pénibilité du travail. »

« Reconversion. »

Si les médecins urgentistes interrogés devaient se reconvertir, ils choisiraient de le faire dans la médecine générale pour 5 d'entre eux, dans un service de médecine hospitalière type gériatrie, soins palliatifs ou médecine polyvalente pour 10 d'entre eux. 2 choisiraient le corps des sapeurs pompiers, 2 en médecine du sport, 1 en médecine légale, 1 en réanimation médicale, 1 en pédiatrie et 1 dans un domaine non médical. 10 ne savaient pas dans quelle discipline se réorienter.

Dans la partie commentaire libre, les médecins ont pu s'exprimer :

« La réorientation professionnelle et le délai dans lequel je l'envisagerai est dépendante des conditions de travail au CHRU (moyens, charge de travail, structures et locaux hospitaliers), de l'évolution du métier d'urgentiste (disparition du SMUR? de la régulation médicale?), et de l'épuisement face à la mission "secondaire" qui nous incombe désormais malgré nous : s'occuper du patient dont personne ne veut sur le plan médical, social ou économique. »

« Médecine d'urgence, la plus belle discipline du monde. »

« Conditions de travail difficiles avec nuits, conflits, tension permanente et dysfonctionnements doivent nous contraindre à apprendre à mieux nous organiser. Nous avons la main sur tout le *throughput* (flux interne aux urgences). A nous de mieux nous organiser pour que nos pratiques soient plus fluides (autonomisation des patients, pertinence des prescriptions en urgence, ré-adressage, automatisation documents, attitude vis à vis du patient et vision à moyen/long terme, contractualisation avec les services supports et filialisation des patients, management par qualité de vie au travail... Et arrêtons de nous plaindre. »

« Le système de santé actuel a-t-il encore un avenir? »

« 39h théoriques, plus de 48h cliniques effectuées/semaine et en formations/réunions en sus. Plus de 40% de passages en plus en 5 ans. L'exercice tout en étant toujours aussi intéressant et stimulant devient vraiment éreintant. »

E. DISCUSSION

I. Discussion des résultats de l'objectif primaire

Une étude avait été réalisée quelques années auparavant sur la reconversion professionnelle des médecins urgentistes lorrains [29] mais aucune ne s'était intéressée aux caractéristiques que l'on pouvait rencontrer en amont de la formation des jeunes médecins urgentistes lorrains. L'objectif principal de notre étude était de mettre en évidence les profils des étudiants en médecine d'urgence de Lorraine sur toute la période d'existence du DESC de MU.

Le profil de l'étudiant inscrit en DESC de MU respectait une quasi parité avec 79 femmes et 78 hommes. La faculté de médecine de Nancy a formé 144 médecins urgentistes sur la période d'étude soit de 2004 à 2017. Parmi ces 144 médecins nous constatons une parité parfaite puisque 72 étaient des femmes et 72 des hommes. Notre étude constate une équilibration du rapport homme/femme puisque C. BERTRAND constatait en 2003, dans une étude qui analysait les profils des médecins inscrits en capacité de médecine d'urgence (CMU), une prédominance de médecins masculins à hauteur de 61% [30]. Puis G. STOFFEL dans son enquête sur les médecins urgentistes lorrains un sex-ratio de 58% d'hommes et 42% de femmes [29]. Cette tendance s'explique par l'augmentation croissante du nombre de femmes dans la profession et le taux de féminisation atteindrait 54 % en 2030 [31]. Tendence confirmée par le travail de T. MESNIER en 2014 avec une enquête auprès de 439 médecins inscrits en seconde année de DESC de MU en France pour l'année universitaire 2013/2014 qui démontrait que les femmes étaient majoritaires à hauteur de 55 % [20].

L'âge moyen au moment de l'inscription en DESC est de 27,4 ans. Notre étude démontre que la population est jeune par rapport à ce qu'avait constaté C. BERTRAND pour les inscrits à la CMU (32,9 ans). On peut alors penser que la création du DESC de MU aura eu un intérêt certain sur le déroulement de la carrière des étudiants, permettant d'accéder directement après l'internat à l'exercice désiré.

On remarque que 90,7% des médecins ayant répondu ont effectué leurs études en Lorraine. Le DESC ne s'est alors enrichi que de 9,3% de médecins venant d'une autre région. On constate une certaine sédentarisation des jeunes étudiants lorrains par rapport au

reste des étudiants de France qui n'étaient que 49% à avoir poursuivi leur formation de DESC de MU dans leur faculté d'origine [20]. De plus, seulement 8,5% des urgentistes issus de Lorraine ont quitté la région. Ces résultats sont supérieurs aux médecins urgentistes de la région du Sud-Ouest qui étaient 81% à être restés dans leur région d'origine [32]. La Lorraine semble capable de garder les médecins urgentistes dans son territoire.

Le désir d'exercer la médecine d'urgence se décide de manière égale avant ou après l'ECN avec 49,3% des étudiants se décidant après l'examen. Les années d'études semblent déterminantes pour faire naître la vocation puisque c'est à l'issue de celles-ci que 88% des étudiants choisiront d'exercer la médecine d'urgence. Pour maintenir cette dynamique il paraît primordial de poursuivre le bon encadrement des externes et surtout des internes lors de leurs stages aux urgences.

On constate que le rapport abandons/inscrits des étudiants n'a cessé de diminuer au cours des années pour atteindre son minimum en 2016. De plus, le nombre de médecins décidant de s'associer à un centre hospitalier dit de périphérie pour réaliser sa formation démontre l'intérêt sans faille pour la spécialité. Cela peut s'expliquer par l'attrait que propose la médecine d'urgence de part sa diversité et son dynamisme. Mais il est important de considérer le travail effectué par les sociétés savantes qui ont eu pour but de faire reconnaître la médecine d'urgence en tant que spécialité à part entière, concourant au respect de la discipline et lui conférant un nouvel attrait.

Concernant le classement obtenu à l'ECN, la moyenne est située à 4660 (ET = 1770). Il y a une grande disparité avec des classements allant de 578 à 7800.

A notre connaissance aucune étude n'a identifié un rapport entre le rang à l'ECN et le choix de la médecine d'urgence. Avec l'arrivée du DES nous devrions disposer de statistiques nationales permettant de décrire un éventuel lien entre classement et choix de s'inscrire en DES.

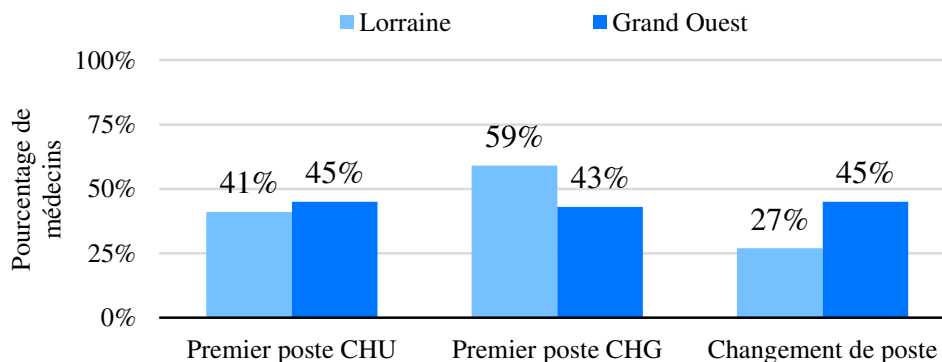
Le diplôme préparé était le DES de médecine générale dans 100% des cas confirmant la tendance observée dans d'autres études. A Nancy en 2016 il y avait 146 étudiants qui choisissaient la médecine générale à l'issue de l'ECN [33]. Parmi eux 22 choisissaient de s'inscrire en DESC de MU. Cela représente 15% de la promotion de médecine générale. Le DES, au-delà d'une meilleure formation, permettra aux autorités de réguler ce flux de

médecins urgentistes entrant dans la carrière et de mieux réguler également le flux de médecins généralistes.

II. Discussion des résultats des objectifs secondaires

Parmi les 66 étudiants répondants ayant poursuivi le DESC, presque 41% d'entre eux n'avaient pas encore validé le diplôme (27 étudiants). Parmi ceux qui l'avaient validé, le délai moyen de validation du DESC était de 3,3 ans. Ceci peut s'expliquer par la difficulté que rencontre les étudiants à réaliser leur mémoire de DESC à la suite de la soutenance de la thèse et du mémoire de DES de médecine générale tout en assumant leurs nouvelles responsabilités au sein des services. Cependant on remarque qu'avec le temps le délai pour accéder au métier s'amointri. La création du DES devrait aboutir à réduire ce délai avec présentation d'un seul mémoire et de la thèse en fin de phase d'approfondissement [25]. De plus, le constat de 13,6% de postes occupés en tant que faisant fonction d'interne en post internat devrait disparaître avec le nouveau diplôme, permettant de mieux réguler encore le flux des médecins urgentistes sortant de l'internat.

Majoritairement le premier poste occupé était au CHRU (40,9%). Ces valeurs sont proches de l'étude réalisée par E. DEHOURS à propos des jeunes médecins urgentistes de l'inter-région du Sud-Ouest où ils étaient 45% à y exercer à la suite de l'internat [32]. On remarque un flux négatif au désavantage du CHRU qui voit ses médecins quitter le service au profit des CHG/CHR, de l'exercice libéral ou d'une activité chez les pompiers. Le changement d'établissement est fréquent chez les urgentistes puisqu'il concerne 1 médecin sur 3. Ces résultats diffèrent de l'échantillon de médecins du Grand Ouest qui présente une mobilité plus importante. Il pourrait être sous-estimé en raison de l'effet centre et du caractère jeune de l'échantillon.



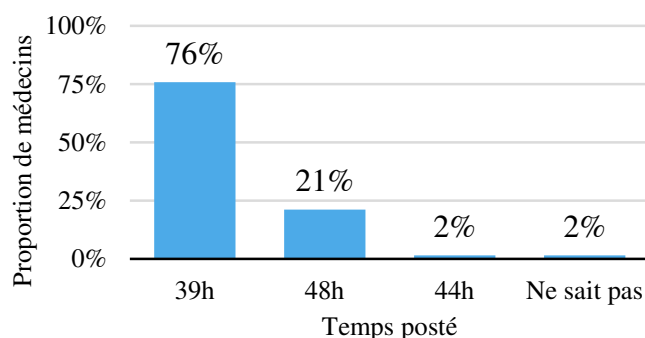
Graphique 9 : Comparaison de la région Lorraine et Grand Ouest

Les raisons évoquées au changement d'établissement sont à parts égales liées à des facteurs personnels ou professionnels. Ces résultats peuvent être corrélés aux résultats obtenus pour les motifs de reconversions professionnelles étudiées par G. STOFFEL [29]. En effet 40% choisissaient de se reconvertir car ils estimaient que le métier d'urgentiste n'était pas compatible avec la vie de famille. On remarque d'ailleurs que les postes pouvant être occupés lors d'une hypothétique réorientation seraient des postes sans garde de nuit en majorité. Il semble que le changement d'établissement ne soit qu'une prémisse à l'abandon de carrière. Le médecin tentant de trouver une meilleure stabilité dans un autre établissement ou poste afin d'établir une vie de famille plus stable.

Les conditions de travail et l'absence de perspective professionnelle au sein des services et également citée. S'il est difficile d'avoir un impact concernant les choix personnels car la médecine d'urgence est un métier dit « à gardes », il est en revanche possible d'avoir un impact sur les conditions de travail. Une réflexion est à mener pour conserver les effectifs en place. Le gouvernement y a d'ailleurs été sensibilisé ces dernières années avec la mise en place de la circulaire du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences du type SAMU-SMUR [34] et pose trois principes :

- la généralisation du temps continu.
- la mise en place d'un référentiel national de temps de travail des urgentistes basé sur 39 heures de temps clinique et d'un forfait de temps non clinique dans la limite de 48 heures hebdomadaires.
- et enfin l'adaptation territoriale des organisations de l'urgence.

Nous avons constaté dans notre étude que le temps de travail de 39h posté n'était pas respecté dans tous les établissements.



Graphique 10 : Application des 39 heures clinique

Même si globalement les établissements adoptent cette réforme il existe quelques disparités. Cela est sans doute dû à la pénurie de médecins urgentistes et aux contraintes financières qui pèsent sur les établissements. Le passage à 39 heures avait été estimé par un surcoût national minimum de 90 millions d'euros [35]. Cependant cette réforme semble porter ses fruits en rendant la profession attractive au vu du nombre croissant de jeunes étudiants inscrits en DESC de MU.

Les médecins urgentistes diversifient leur activité en étant impliqués dans plusieurs postes. La régulation médicale semble être abandonnée n'étant pratiquée par seulement 43,9% des médecins. Ce poste est pourtant un élément clé de la gestion des urgences pré-hospitalières. La faible proportion de médecins régulateurs s'explique par le caractère d'implantation des SAMU. L'éloignement géographique des centres de réception et de régulation des appels (CRRA) ne facilite pas la participation des médecins les plus éloignés. De plus, l'absence de formation spécifique à la régulation médicale est un frein certain à sa pratique. C'est ce que PG REUTER constatait dans une étude menée sur les titulaires du DESC de MU en Île de France [36]. 72% estimaient avoir ressenti des carences de formation au cours de leurs premières régulations en tant que médecin senior. Plus de neuf médecins sur dix recommandaient une formation théorique et pratique de la régulation médicale. La création du DES de MU devrait répondre à ces attentes. Dans les années à venir la participation des médecins urgentistes à la régulation médicale devrait se majorer avec l'intégration à la maquette d'une période de 3 mois en CRRA.

Les autres postes occupés sont minoritaires et témoignent de la capacité des médecins urgentistes à assumer plusieurs fonctions et à se diversifier.

C'est également ce que démontre l'adhésion aux multiples formations secondaires avec deux diplômes complémentaires en moyenne par médecin. L'envie des médecins urgentistes de se former sans cesse à de nouvelles techniques prouvent qu'ils souhaitent améliorer leur pratique.

Le *burn out* dans notre échantillon atteint 10,6% de médecins. C'est un taux clairement en dessous de ce qu'a pu constater une étude de l'AMUF où 67% se déclaraient victime de la surcharge de travail [37]. Ces résultats peuvent s'expliquer par le jeune âge des répondants (âge moyen = 33 ans). Cependant, malgré l'absence de fatigue pathologique, ils

étaient un tiers à ne pas envisager de poursuivre l'exercice de ce métier au-delà des 5 ans. A l'opposé 20% se voient encore exercer au-delà de 10 ans. Les principales raisons évoquées sont la pénibilité du travail et le changement de comportement des patients. Pour autant l'amour de la médecine ne disparaît pas car ils envisagent de se reconvertir pour la majorité dans le domaine médical.

Notre population, si elle souhaitait se réorienter, le ferait en priorité dans un service d'hospitalisation, de type médecine polyvalente, puis en médecine générale. Enfin une part moins importante le ferait dans d'autres filières : médecine du sport, pompiers, médecine légale, réanimation médicale, pédiatrie.

G. STOFFEL constatait un taux de reconversion des médecins urgentistes lorrains d'environ 50% vers la médecine générale. Ensuite ils choisissaient la réanimation médicale, la gériatrie ou les soins palliatifs [29]. Nos résultats divergent donc et cela peut être expliqué par le fait que les jeunes étudiants en DESC de MU désirent avant tout exercer dans une structure hospitalière pour avoir une activité salariée. En effet les jeunes médecins fuient de plus en plus l'activité libérale. Les nouvelles générations ne sont plus disposées à sacrifier leur vie personnelle à leur travail : la charge de travail paraît trop importante, ainsi que la gestion administrative du cabinet. Ainsi notre étude représente bien cette nouvelle génération de médecins.

A la parution du DES de MU les inquiétudes étaient liées au fait de l'impossibilité de réorientation en médecine générale, porte de sortie pour les médecins urgentistes las de la discipline. Mais on constate que parmi les jeunes médecins cette reconversion n'est pas au premier plan et nous permet de croire que le DES de MU ne sera pas fuit à cause de cette impossibilité de cumuler les deux disciplines (médecine générale et médecine d'urgence).

III. Limites de l'étude

III.1. Population étudiée

Le principal biais de cette étude réside dans le faible nombre de participation au questionnaire. En effet seulement 50% ont répondu au questionnaire. Le nombre important de non-répondants provoque un biais de sélection. Nous avons tenté de corriger ce biais par la collecte de sous informations. Nous nous sommes efforcés de retrouver les sujets perdus de vue et à défaut de regrouper le maximum de sous informations possible (âge, sexe, année d'inscription en DESC, poursuite du cursus ou non). La puissance de l'étude est donc faible. L'analyse des résultats peut donc être différente de la réalité mais les chiffres sont corrélés à d'autres études et cela nous permet de penser que notre étude bien que faible est tout de même représentative.

Dans cette étude multicentrique, il semble aussi qu'il y ait un biais de recrutement par effet centre avec presque 35% des répondants exerçant en CHU.

III.2. Type de recueil

Le caractère rétrospectif peut entraîner un biais de mémorisation, notamment en ce qui concerne les années de validation ou le délai de validation du DESC de MU.

F. CONCLUSION

Alors que le DES de MU vient de voir apparaître ses premiers étudiants dans nos services d'urgences, notre étude a permis d'identifier le profil de l'étudiant en DESC de MU en Lorraine. Depuis sa création en 2004 le DESC de MU a permis de former 144 médecins, sans différence de sexe. La création du diplôme en 2004 a permis de rajeunir la profession de près de 5 ans par rapport à l'ancienne formation. Le désir de réaliser le DESC de MU étant né pendant leurs études pour la majorité souligne l'importance de l'encadrement des étudiants en médecine dans les services d'urgences. Le classement à l'ECN ne semble pas être un facteur discriminant. Même si tous les étudiants sont issus du DES de médecine générale, l'attrait pour une activité salariée semble être un facteur déterminant pour poursuivre vers la médecine d'urgence. Cela représente la tendance actuelle des jeunes médecins à fuir le libéral à cause des contraintes qu'il apporte. Les médecins urgentistes ont les mêmes attentes que leurs confrères médecins du XXIème siècle et essaient de concilier vie de famille et vie professionnelle. Ceci les motive à changer d'établissement en cherchant plus de confort de travail, notamment vers les CHG. Pour autant, la motivation des jeunes urgentistes lorrains est réelle. Elle est mise en évidence par le nombre croissant d'inscrits au diplôme ainsi que de médecins formés. Les nombreuses formations complémentaires suivies et la diversité des postes occupés témoignent également de l'implication dont font preuve les jeunes médecins dans leur métier. Et même si le nombre important d'heures de travail réalisées est une contrainte mal vécue de la profession, les dernières mesures mises en place par le gouvernement semblent porter leurs fruits avec une réduction du *burn out* ressenti par les praticiens. Cependant les critères qualitatifs se dégradent et les médecins se plaignent de ne plus pouvoir exercer leur métier dans de bonnes conditions et réclament plus de moyens. L'arrivée du DES de MU ne changera rien aux contraintes quotidiennes rencontrées par les praticiens. L'augmentation progressive du nombre de passages aux urgences ainsi que la complexité des patients tant sur le plan médical que social rend les prises en charge de plus en plus lourdes. Le prochain combat à mener pour garder la profession attractive semble de donner aux médecins les moyens d'exercer dans de bonnes conditions.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] « Qu'est-ce qu'une urgence médicale ? » Consulté le 22 octobre 2018. <http://droit-medical.com/actualites/evolution/208-urgence-medicale>.
- [2] « Definition of emergency medicine. » American College of Emergency Physicians. Ann Emergency Med. 1994; 24:33-4.
- [3] « Qu'est-ce que la médecine d'urgence ? » B. RIOU. Document de travail pour la Commission nationale de l'internat et du post- internat (CNIPI). 2010.
- [4] « Histoire du médicament. ». Consulté le 23 octobre 2018. https://www.editions-ellipses.fr/PDF/9782340009356_extrait.pdf.
- [5] «Hippocrate». Baccou R. Edition Sechers. 1970
- [6] « Ressuscitation et médecine d'urgence, une perspective historique ». Anhnefeld. Cahier d'anesthésiologie. Tome 37. Décembre 1989:571-576
- [7] « La médecine napoléonienne ». Lemaire Jean-François, Nouveau Monde/Fondation Napoléon (éd.), Paris, 2003
- [8] « Réanimation et médecine d'urgence ». Consulté le 23 octobre 2018. http://www.professeurs-medecine-nancy.fr/Textes_2005/Rea.htm.
- [9] « Décret n°65-1045 du 2 décembre 1965 complétant le décret 59957 du 3 août 1959 par un Art. 6-1 (institution de l'obligation pour certains établissement hospitalier de se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence) », 1965:65-1045
- [10] « La naissance du SAMU » Louis LARENG, La Revue des SAMU. 2005:19-320
- [11] « Circulaire DGS/650/MS 4 du 19 juillet 1972 relative aux directives générales en ce qui concerne les secours médicaux d'urgence (aide de l'Etat) ».
- [12] « L'évolution de l'enseignement de la médecine d'urgence jusqu'à la naissance du DESC ». B. NEMITZ. La Revue des SAMU. 2005:319-320.

[13] CUPA M, HENNEQUIN CI, LAPANDRY CI, MARTINEZ-ALMOYNA M, MENTHONNEX Ph, NEMITZ B. « Vers un diplôme d'université d'oxyologie-médecine d'urgence. » Poster présenté au 3eme Congrès National des SAMU, Lyon, 1981. Rev SAMU 1983;6:83-4.

[14] AMMIRATI Ch. « Pour l'enseignement de l'oxyologie - État actuel et propositions d'amélioration." Thèse Médecine. Amiens. 27 avril 1984.

[15] « Arrêté du 13 mars 1986 complétant l'arrêté du 25-07-1985 fixant la liste et la réglementation des capacités en médecine. » Journal officiel de la République française, 16 mars 1986. mars 16, 1986.

[16] « Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. » <https://www.legifrance.gouv.fr/> Consulté le 24 octobre 2018.

[17] « Arrêté du 3 juin 1998 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à la réglementation et à la liste des capacités de médecine. » <https://www.legifrance.gouv.fr/> Consulté le 24 octobre 2018.

[18] « Université Paris Diderot | Université | Capacité médecine d'urgence ». Consulté le 24 octobre 2018. <https://formation.univ-paris-diderot.fr/formations/capacite-medecine-durgence>

[19] "Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. ». Consulté le 24 octobre 2018.

[20] Mesnier T., O. Mimos, D. Oriot, et D. A. Ghazali. « DESC de Médecine d'Urgence : comment les jeunes urgentistes apprennent-ils leur spécialité ? Première enquête nationale ». Annales françaises de médecine d'urgence 5, n° 2: 95-102.

[21] Dehors E., Moustafa F., Jaudet G., Lauque D. (2015) « Que pensent les urgentistes de la région Sud-Ouest de leur formation par le DESC de médecine d'urgence, dix ans après sa création » Annales Française de Médecine d'Urgence 5:144-9

[22] « Projet de maquette du DES de médecine d'urgence. » SFMU, CNUMU, SUdF, AMUF (2009)

[23] "Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. » JORF n°0281 du 4 décembre 2015. Consulté le 27 septembre 2018.

- [24] Nemitz B, Carli P, Carpentier F, et al. « Référentiel métier- compétences pour la spécialité de médecine d'urgence." Annales Française de Médecine d'Urgence 2012 2:125–38
- [25] Riou, B. « 2017 : l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence ». Annales Française de Médecine d'Urgence 7, n° 1 (février 2017): 1-4.
- [26] « Estimation de population au 1er janvier, par région, sexe et grande classe d'âge ». Consulté le 24 octobre 2018. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>.
- [27] « Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, » (2015)2015-991.
- [28] « Panorama urgence 2016. Activités des structures d'urgences région Grand Est ». Consulté le 24 octobre 2018. http://www.colmu.net/documents/panorama_2016.pdf.
- [29] G. STOFFEL « La reconversion professionnelle des médecins urgentistes. Enquête auprès des médecins urgentistes lorrains reconvertis entre 2003 et 2012. » Thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine. 2014.
- [30] Bertrand, Catherine, Eric Lecarpentier, Christine Ammirati, James Couvreur, Jean Paul Le Bourgeois, et Bernard Nemitz. « Formation post doctorale en médecine d'urgence : analyse des résultats d'une enquête nationale auprès des apprenants ». Pédagogie Médicale 4, n° 3 (août 2003): 136-44.
- [31] « La démographie médicale à l'horizon 2030 ». Consulté le 27 octobre 2018. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf>.
- [32] Dehours, E., S. Bourgeois, D. Lauque, X. Combes, P. Vignon, M. Galinski, et S. Charpentier. « Parcours professionnel des urgentistes titulaires du DESC de Médecine d'Urgence dans l'inter région du Sud-Ouest ». Annales Française de Médecine d'Urgence 7, n° 4 (1 juillet 2017): 234-38.
- [33] « Nancy : rangs limites d'affectation et postes pour les Epreuves Classantes Nationales (ECN / ENC) ». Consulté le 27 octobre 2018. http://www.remede.org/internat/rangs-enc.html?mode=det&conv_chu=Nancy.

[34] «CIRCULAIRE N° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.».

Consulté le 7 novembre 2018.

<http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=39046>.

[35] « Temps de travail des urgences : dépenser plus pour économiser plus ? » Fédération Hospitalière de France (FHF). Consulté le 8 novembre 2018. <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Temps-de-travail-des-urgences-depenser-plus-pour-economiser-plus>.

[36] Reuter PG, Saada A, Akodad H, et al. La formation à la régulation médicale au cours du DESC de médecine d'urgence d'Île-de-France : état des lieux. *Ann Fr Med Urgence*(2105)5:90–4

[37] « Les risques psycho-sociaux dans les services d'urgences et les SAMU ». Urgentistes et fiers de l'être. 13 septembre 2018. <http://amuf.fr/2018/09/13/enquete-flash-les-risques-psycho-sociaux-dans-les-services-durgences-et-samus-de-france/>.

PARTIE 4 : ANNEXES.

ANNEXE 1 : Questionnaire.

Question 1 : Êtes-vous :

- Un homme
- Une femme

Question 2 : Quelle est votre année de naissance ?

- 1970
- 1971
- 1972
- 1973
- 1974
- 1975
- 1976
- 1977
- 1978
- 1979
- 1980
- 1981
- 1982
- 1983
- 1984
- 1985
- 1986
- 1987
- 1988
- 1989
- 1990
- 1991
- 1992
- 1993
- 1994
- 1995

Question 3 : Quelle est votre situation familiale ?

- Célibataire
- En couple

Question 4 : Avez-vous des enfants ?

Oui
Non

Question 5 : Quelle est votre faculté d'origine ?

Nancy
Autre :

Question 6 : Quand votre choix d'exercer la médecine d'urgence est-il né ?

Avant la faculté de médecine
Au cours des années d'études à la faculté
Après l'examen classant national

Question 7 : Quel était votre rang à l'ECN?

.....

Question 8 : Quel DES avez-vous préparé ?

DES de médecine générale
Autre :

Question 9 : Quelle était la date de votre première inscription au DESC de MU ?

2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017

Question 10 : Avez-vous abandonnez le DESC de MU?

Oui
Non

Question 11 : Si oui, pourquoi ?

.....

Question 12 : En quelle année avez-vous validé les DESC de MU ?

2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018

Je ne l'ai pas encore validé

Question 13 : Quel était le délai entre la validation du DES et du DESC de MU ?

1 an
2 ans
3 ans

Je ne l'ai pas encore validé.

Autre :

Question 14 : Avez-vous passé un contrat avec un centre hospitalier général ou régional pour votre DESC de MU ?

Oui
Non

Question 15 : Si oui, pourquoi avoir choisi un CHR ou CHG ?

Souhait en rapport avec un projet professionnel
Formation au CHRU impossible
Souhait de ne pas exercer au CHRU
Autre :

Question 16 : Pouvez-vous indiquer le nom du centre hospitalier ?

CH de Bar-le-Duc
CH de Verdun
CH de Metz
CH de Thionville
CH d'Epinal
CH de Saint-Dié
CH de Sarrebourg
CH de Forbach
CH de Luneville
CH de Sarreguemines
CH de Neufchâteau
CH de Remiremont
CH de Saint Avold
CH de Toul
CH de Pont à Mousson
CH de Briey
CH de Mont Saint Martin

Question 17 : Quel statut aviez/avez-vous lors de votre premier poste ?

Assistant
Praticien contractuel
Autre :

Question 18 : Dans quel établissement était-ce ?

CHRU Nancy
CH de Bar-le-Duc
CH de Verdun
CH de Metz
CH de Thionville
CH d'Epinal
CH de Saint-Dié
CH de Sarrebourg
CH de Forbach
CH de Luneville
CH de Sarreguemines
CH de Neufchâteau

CH de Remiremont
CH de Saint Avold
CH de Toul
CH de Pont à Mousson
CH de Briey
CH de Mont Saint Martin
Autre :

Question 19 : Combien de temps avez-vous exercé ou depuis combien de temps exercez-vous dans la structure où vous travailliez initialement ?

6 mois
1 an
2 ans
3 ans
4 ans
5 ans
6 ans
7 ans
8 ans
9 ans
10 ans
11 ans
12 ans
13 ans
14 ans

Question 20 : Combien de fois avez-vous changé d'établissement au cours de votre exercice ?

Aucune, je travaille toujours dans la structure initiale
1
2
3
Autre :

Question 21 : En cas de changement d'établissement, pouvez-vous les lister dans l'ordre chronologique ?

.....

Question 22 : Si votre lieu actuel n'est plus le lieu d'exercice initial, pourquoi avoir changé ?

Reconversion professionnelle
Charge de travail
Ambiance de travail
Convenance personnelle
Autre :

Question 23 : Où exercez-vous actuellement ?

CHRU Nancy
CH de Bar-le-Duc
CH de Verdun
CH de Metz
CH de Thionville
CH d'Epinal
CH de Saint-Dié
CH de Sarrebourg
CH de Forbach
CH de Luneville
CH de Sarreguemines
CH de Neufchâteau
CH de Remiremont
CH de Saint Avold
CH de Toul
CH de Pont à Mousson
CH de Briey
CH de Mont Saint Martin
Autre :

Question 24 : Sur quel temps de travail hebdomadaire posté se base votre établissement ?

35 heures
39 heures
48 heures
Autre :

Question 25 : Quelle(s) activité(s) exercez-vous au sein de votre structure?

SAU
SMUR
UHCD
Déchocage
Régulation
Autre :

Question 26 : Estimez-vous souffrir d'un *burn out* ?

Oui
Non

Question 27 : Avez-vous validé des diplômes complémentaires ?

- Non
- Oui, DU d'échographie
- Oui, capacité de médecine de catastrophe
- Autre :

Question 28 : Pensez-vous toujours exercer la médecine d'urgence dans :

- 5 ans
- 10 ans
- Plus de 10 ans
- Ne sait pas

Question 29 : Si non, pourquoi ?

.....

Question 30 : Et quelle réorientation professionnelle envisageriez-vous ?

.....

Question 31 : Commentaire libre

.....

RESUME DE LA THESE

Introduction : A l'aube de la première promotion du DES de médecine d'urgence, il nous paraissait intéressant de dresser un état des lieux sur les caractéristiques des jeunes médecins urgentistes lorrains issus du diplôme d'études complémentaires spécialisées de médecine d'urgence (DESC de MU).

Objectif : L'objectif principal de cette étude était de mettre en évidence les profils des étudiants en médecine d'urgence de Lorraine titulaires ou en cours de validation du DESC de MU. L'objectif secondaire de cette étude était de mettre en évidence le flux migratoire professionnel des jeunes médecins urgentistes de Lorraine et d'en révéler les motivations.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique en interrogeant les médecins inscrits en DESC de MU à la faculté de médecine de Nancy sur la période allant de 2004 jusqu'à 2016. La période de recueil des données s'étendait de juillet à octobre 2018. Un questionnaire leur a été soumis par l'envoi d'un courrier électronique. Un courrier de rappel a été envoyé chaque mois de l'inclusion.

Résultats : sur les 157 étudiants inscrits en DESC de MU, 7 ont été perdus de vue. Sur les 150 interrogés, 75 ont répondu au questionnaire (50%). Entre 2004 et 2016, la faculté de médecine de Nancy a formé 144 médecins urgentistes avec une parité parfaite. 13 étudiants ont abandonné la formation (8,3%). La moyenne d'âge lors de l'inscription était de 27,4 ans et tous les étudiants étaient issus du DES de médecine générale. Ils validaient le DESC en 3,3 ans en moyenne. Le premier poste occupé était majoritairement un poste d'assistant (68,2%) et la répartition entre CHU et CHG/CHR était homogène (respectivement 40,9% et 59,1%). Le *burn out* touche 10% de ces jeunes médecins et 50% d'entre eux n'ont pas de perspectives dans le métier à 10 ans. Les formations complémentaires étaient suivies par près de 75% de médecins.

Conclusion : Les jeunes médecins urgentistes lorrains issus du DESC de MU sont motivés par cette nouvelle spécialité qu'est la MU, en témoigne le nombre croissant d'inscrits. L'urgentiste type n'a pas de profil particulier, il est motivé par une activité salariée variée qu'il combine avec des formations complémentaires afin d'améliorer sa pratique. La création du DES de MU va encore permettre une meilleure formation et devrait corriger les écueils que pouvaient rencontrer les étudiants du DESC.

TITRE EN ANGLAIS : Characteristics of young emergency physicians in Lorraine : study about students in DESC in emergency medicine.

THESE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2018

MOTS CLES : médecine d'urgence ; formation ; enseignement médical ; DESC.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye BP 20199

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY CEDEX
