

Parcours professionnel des urgentistes titulaires du DESC de Médecine d'Urgence dans l'interrégion du Sud-Ouest

Professional Career of Emergency Physicians once their Emergency Medicine Diploma Validated - Example of the Southwest Interregion

E. Dehours · S. Bourgeois · D. Lauque · X. Combes · P. Vignon · M. Galinski · S. Charpentier

Reçu le 30 avril 2017 ; accepté le 30 juin 2017
© SFMU et Lavoisier SAS 2017

Résumé *Introduction* : La création du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence (DES) en 2015 met la médecine d'urgence au même rang que toutes les spécialités. Ce diplôme fait suite au diplôme d'études spécialisées complémentaire de médecine d'urgence (DESC MU) de type 1, non qualifiant, créé en 2004. L'objectif de cette étude est d'évaluer le parcours et les projets professionnels des urgentistes titulaires du DESC MU de la région Sud-Ouest.

Méthode : Étude multicentrique descriptive en interrogeant tous les médecins ayant validé leur DESC MU de 2008 à 2015 dans l'interrégion Sud-Ouest. Le recueil de données a ciblé la description du premier poste occupé et du poste actuel (statut, lieu d'exercice, secteur, temps de travail, acti-

tivité annexe, nombre de changements de poste) ainsi que le projet professionnel à terme.

Résultats : Parmi les 173 DESC MU identifiés, 156 ont répondu (94 %) dont 151 exerçaient la médecine d'urgence lors de l'enquête. Plus de la moitié des répondants (55 % ; n=86) n'a jamais changé de lieu d'exercice après l'obtention du diplôme DESC MU et la majorité (81 % ; n=127) continue d'exercer dans leur région d'origine. L'activité des praticiens se diversifie au fil de l'avancée dans leur carrière professionnelle. À terme, 114 (75 %) des répondants envisagent de poursuivre la médecine d'urgence, tandis que 28 (19 %) n'en sont pas certains.

Discussion : La volonté des DESC MU de poursuivre dans cette jeune spécialité est encourageante et est vérifiée par leur implication professionnelle.

E. Dehours (✉) · S. Bourgeois · D. Lauque · S. Charpentier
Pôle de médecine d'urgences, CHU Toulouse,
place du Dr Baylac, TSA 40031,
F-31059 Toulouse cedex 9, France
e-mail : dehours.e@chu-toulouse.fr

D. Lauque · S. Charpentier
Université Paul Sabatier, F-31059 Toulouse cedex 9, France

X. Combes
Service d'accueil des urgences, SAMU SMUR,
CHU de la Réunion, F-97400 Saint Denis, France

P. Vignon
Pôle de médecine d'urgences, hôpital Dupuytren, CHU Limoges,
2 avenue Martin Luther King, F-87042 Limoges cedex, France

Faculté de médecine, CIC 1435, université de Limoges,
F-87000 Limoges, France

M. Galinski
Pôle urgences adultes – SAMU, hôpital Pellegrin,
CHU Bordeaux, place Amélie Raba Léon,
F-33000 Bordeaux, France

S. Charpentier
Faculté de médecine, INSERM USMR 1027,
F-31000 Toulouse, France

Mots clés Médecine d'Urgence · Carrière · Formation

Abstract Objective: Since 2004, emergency medicine training was a 2-year subspecialty program in France. It is replaced in 2017 by a 4-year full specialty program. This study evaluated the practice and plan of emergency physicians certified as subspecialist in the Southwest region of France.

Material and methods: We surveyed by Internet all emergency physicians certified between 2008 and 2015 in the Southwest region. We collected data on their first and current positions (status, setting, type of activity, working hours, ancillary activity, and hospital changes), and their long-term career plan.

Results: Among 173 physicians, 156 (94%) responded, and 151 (87%) were practicing emergency medicine at the time of the survey. Most of responders (127, 81%) stayed in the region where they graduated and 86 (55%) never moved from their first practice location. Practitioners with longer practice since certification had a more diversified activity in emergency medicine. The majority of responders (114, 75%) planned to practice emergency medicine over the long-term.

Discussion: Our study showed that emergency physicians certified as subspecialist in the Southwest region of France practice emergency medicine and are willing to pursue their career in this relatively new specialty.

Keywords Emergency Medicine · Career · Training

Introduction

La médecine d'urgence nécessite une formation pratique et théorique spécifique qui a évolué au cours des 20 dernières années. La création du diplôme d'étude spécialisé de médecine d'urgences en 2015 a élevé la médecine d'urgence au même rang que toutes les spécialités. Ce diplôme fait suite au diplôme d'études spécialisées complémentaire de médecine d'urgence (DESC MU) de type 1, non qualifiant, créé en 2004 [1]. De nombreux praticiens urgentistes ont bénéficié de cette formation en France. La région Sud-Ouest réunissant les Facultés de médecine de Toulouse, Limoges, Bordeaux et la Réunion, a formé 173 urgentistes de 2008 à 2015 sous la supervision d'un coordonnateur interrégional. L'objectif de cette étude est de décrire le parcours et les projets professionnels des urgentistes titulaires du DESC MU de la région Sud-Ouest.

Méthode

Nous avons réalisé une étude multicentrique descriptive en interrogeant tous les médecins ayant validé le DESC MU de 2008 à 2015 dans l'interrégion Sud-Ouest.

Tous les praticiens titulaires du DESC MU ont été contactés par courriel et un questionnaire leur a été soumis par l'investigateur principal. Deux courriels de rappel ont été adressés à un et deux mois. Les courriels ont été récupérés auprès du secrétariat de chaque coordonnateur pédagogique.

Le questionnaire comprenait 18 questions regroupées en trois parties et était rempli de manière anonyme. Il portait 1) sur le 1^{er} poste occupé après l'obtention du diplôme et interrogeait sur le statut (assistant, attaché, chef de clinique, praticien contractuel, praticien hospitalier, remplaçant), le lieu d'exercice (centre hospitalo-universitaire [CHU], centre hospitalier général [CHG], secteur privé), le secteur (urgences, service mobile d'urgence et de réanimation [SMUR], centre de régulation et de réception des appels [CRRRA] et le temps de travail) ; 2) sur le poste actuel (statut, lieu d'exercice, secteur, temps de travail, activité annexe, nombre de changements de poste) ; et 3) sur le projet professionnel à terme. Une question ouverte à la fin du questionnaire permettait aux répondants d'exprimer les manques identifiés dans leur formation pendant le DESC MU.

Analyse statistique

Les résultats ont été recueillis via le logiciel Google Forms[®] (Google Inc, Mountain View, États-Unis) et comparés afin d'éliminer les doublons (erreur du logiciel ou questionnaire rempli deux fois par la même personne lors des courriels de rappel identifié par le courriel permettant l'accès au questionnaire). Nous avons réalisé une analyse descriptive des variables recueillies avec le calcul pour les variables qualitatives de l'effectif et de la fréquence. Les données sont rapportées en tant que valeur absolue et pourcentage pour les valeurs catégorielles, sinon en tant que moyenne avec écarts-types ou médianes avec les écarts interquartiles. Les données ont été analysées sous Excel[®] (Microsoft Corporation, Richmond, États-Unis).

Résultats

Parmi les 173 DESC MU identifiés, huit étaient perdus de vue (courriel invalide) : quatre pour le Limousin, trois pour l'Aquitaine, un pour Midi-Pyrénées. Parmi les 165 questionnaires envoyés, nous avons reçu 156 réponses, soit 94 % de participation répartie de la façon suivante : 97 % de réponses de la région Midi-Pyrénées (99/102), 95 % de réponses de la région Aquitaine (39/41) et 82 % de réponses de la région du Limousin (18/22). Tous les questionnaires remplis étaient complets.

Sur les 156 répondants, 151 (97 %) exerçaient la médecine d'urgence lors de l'enquête. Parmi eux, 139 (92 %) exerçaient la médecine d'urgence de manière exclusive et 12 (8 %) avaient aussi une activité de médecine légale, de réanimation, ou de téléconsultation maritime. Parmi les cinq praticiens n'exerçant pas la médecine d'urgence, deux exerçaient la médecine générale, un les soins de suite et de réadaptation, un les soins palliatifs, et un l'anesthésie-réanimation.

Le premier poste occupé était en majorité un poste d'assistant (63 % ; n=98), moins souvent de contractuel ou d'attaché (Fig. 1) avec une évolution au fil du temps vers un statut de praticien contractuel (PHC) (52 % ; n=78) puis de praticien hospitalier (PH) (22 % ; n=33) (Fig. 1). La répartition des lieux d'exercice évolue peu au fil de la carrière des praticiens. Il existe une répartition équivalente entre l'activité en CHU (45 % ; n=70) et l'activité en CHG (45 % ; n=70) lors du poste initial. Elle est favorable aux CHG (52 % ; n=78) sur l'activité actuelle (Fig. 2). Plus de la moitié des répondants (55 % ; n=86) n'a jamais changé de lieu d'exercice après l'obtention du diplôme DESC MU et la majorité de ces urgentistes (81 % ; n=127) continue d'exercer dans leur région d'origine.

Concernant le temps de travail entre le premier poste et le poste actuel, 121 (79 %) étaient à temps plein vs 131 (87 %) actuellement, 16 (10 %) en temps partagé vs 6 (4 %) et 16

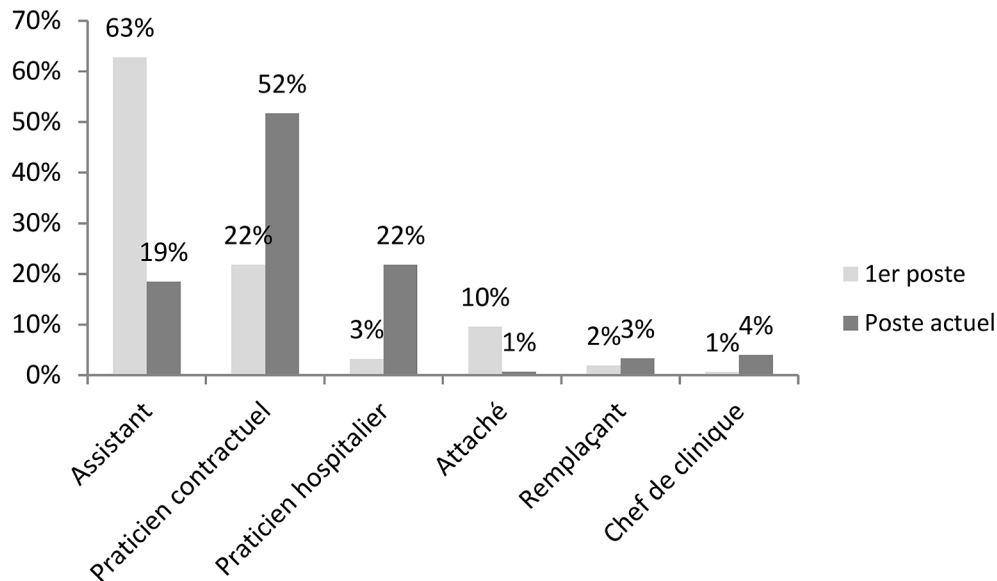


Fig. 1 Statut des médecins lors du 1^{er} poste occupé et du poste actuel

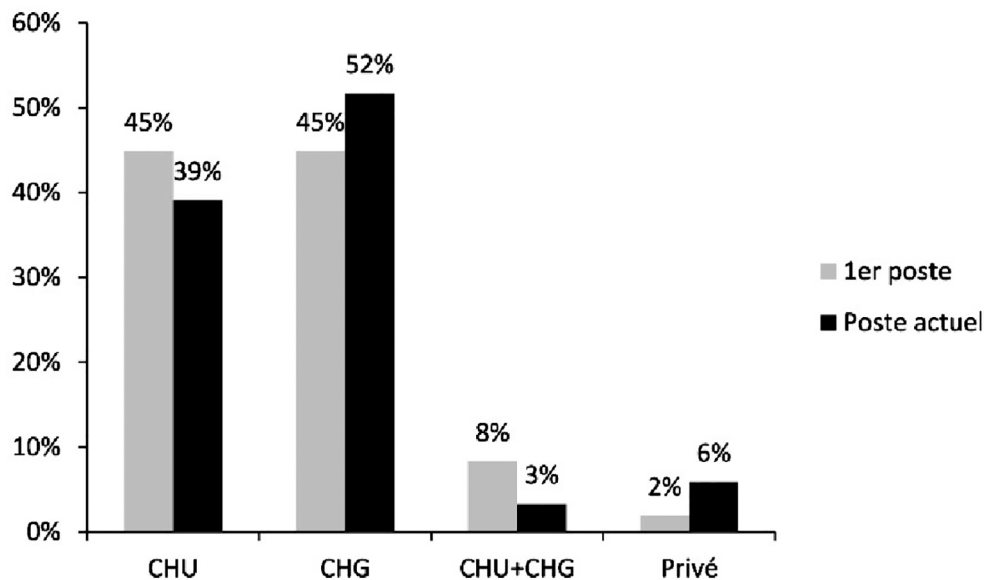


Fig. 2 Répartition des lieux d'exercice entre le 1^{er} poste occupé et le poste actuel. CHU : centre hospitalo-universitaire ; CHG : centre hospitalier général

(10 %) en temps partiel vs 14 (9 %). Au fil des années d'exercice professionnel en médecine d'urgence, les praticiens ont une activité plus diversifiée puisque tous les secteurs d'activité voient leur pourcentage augmenter entre le premier poste et le poste actuel (Fig. 3). La régulation reste l'activité réalisée par le plus faible nombre de médecins (Fig. 3). Au premier poste 132 (85 %) exerçaient une activité mixte SAMU/Urgences vs 134 (89 %) au poste actuel.

À terme, 114 (75 %) des sujets interrogés envisagent de poursuivre la médecine d'urgence, 28 (19 %) n'en sont pas certains et seulement 4 (3 %) souhaitent revenir à la médecine

générale. Cinq urgentistes (3 %) envisagent une autre pratique (réanimation, maison médicale de garde, activité mixte).

Soixante-huit personnes ont laissé des commentaires libres (44 %). Vingt-deux répondants (16 %) insistent sur la nécessité d'augmenter le temps de formation en simulation. La formation en régulation manque pour 18 médecins (11 %). Sept (4 %) pensent qu'il faudrait inclure une formation adaptée à des situations fréquemment rencontrées aux urgences (médecine légale, gériatrie, psychiatrie) en préservant le stage chez le praticien de médecine générale. Dix-neuf répondants

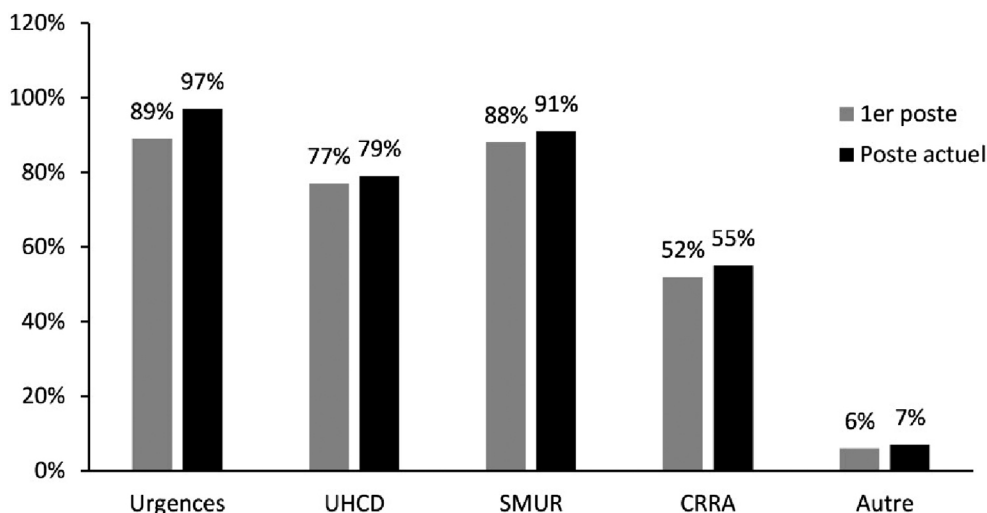


Fig. 3 Répartition des secteurs d'activité entre le 1^{er} poste occupé et le poste actuel. UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée ; SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation ; CRRA : centre de réception et de régulation des appels

(12 %) souhaitent des stages en anesthésie, imagerie, pédiatrie, obstétrique et traumatologie. Enfin, dix médecins (6 %) souhaiteraient que soient inclus dans la formation la gestion de flux et la gestion du stress, avec des séances de débriefing et la mise en place d'un compagnonnage.

Discussion

Plusieurs études ont été publiées ces dernières années afin de recueillir la satisfaction des jeunes urgentistes concernant leur formation. Notre étude avait pour objectif principal de connaître leur parcours professionnel au cours des premières années suivant l'obtention de leur diplôme. La forte participation à ce questionnaire (94 % ; n=156), a permis d'établir des résultats solides sur le profil des urgentistes de l'interrégion Sud-Ouest.

Cinq d'entre eux ont abandonné la médecine d'urgence (soit 3 % de notre population étudiée) au cours des premières années suivant l'obtention du DESC MU. Si nous prenons en compte les perdus de vue cela représente 7 % du total des urgentistes interrogés. Une grande majorité des participants (75 % ; n=114) envisage de poursuivre leur carrière dans cette spécialité.

Ces résultats sont en nette progression comparés à une autre étude réalisée en 2014 également auprès des urgentistes de l'interrégion Sud-Ouest. Dans cette enquête, seulement 14 % des praticiens pensaient finir leur carrière au sein d'une structure d'urgence et 48 % étaient indécis [2]. Cette évolution favorable pourrait s'expliquer par une évolution des mentalités avec la récente création du DES de médecine d'urgence qui va permettre une reconnaissance de cette discipline comme une spécialité médicale à part entière et qua-

lifiante sur le plan ordinal [3]. Le manque de reconnaissance et de valorisation du travail d'urgentiste, en particulier la nuit et le week-end, est un motif d'abandon mentionné dans précédents travaux et retrouvé dans notre enquête [4-6].

Les postes d'assistants sont majoritaires après la validation du DESC MU, ces mêmes assistants évoluant par la suite vers un statut de PHC puis de PH. On constate une augmentation logique du nombre de PHC et de PH au cours des dernières années parmi les médecins titulaires du DESC MU. Ces promotions améliorent leur statut et leur reconnaissance au sein des établissements de santé. Dans l'étude de 2014, 59 % des médecins urgentistes occupaient des postes de PH ou PHC et 2 % un poste de chef de clinique contre 73 % et 4 % respectivement dans notre étude [2]. Ces postes de PH offrent un statut stable avec de réelles perspectives d'évolution, leur augmentation est de fait la bienvenue et doit se poursuivre pour favoriser l'épanouissement professionnel [4].

Les jeunes urgentistes travaillent en grande majorité à temps plein et la plupart d'entre eux ont une activité diversifiée incluant l'accueil des urgences, l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et le SMUR. Toutefois, seulement la moitié d'entre eux exercent au CRRA. Ce constat peut s'expliquer par les carences ressenties au niveau de la formation théorique et pratique, comme décrite dans l'étude de Reuter et al. en Île-de-France, où 91 % des interrogés estimaient ne pas avoir été suffisamment formés à cette pratique [7]. Cette carence est retrouvée dans notre étude comme la deuxième cause d'insatisfaction concernant la formation reçue au cours du DESC. Mais avec la création du DES, cet écueil devrait être comblé puisque la formation à la régulation est intégrée dans la maquette [8]. Ce constat négatif doit être atténué par le fait que beaucoup de praticiens

travaillent dans des structures dépourvues de CRRA. Mieux formés avec le DES, ils seront peut-être mieux préparés à l'exercice de la régulation médicale mais devront avoir accès à un CRRA.

Le principal point négatif évoqué dans la formation reste la difficulté d'accès à la formation par simulation médicale. Ce point avait déjà été souligné dans une enquête nationale en 2015 auprès des DESC MU dans laquelle 99 % des jeunes urgentistes interrogés souhaitaient bénéficier de plus d'apprentissage par simulation [9]. Cet outil pédagogique a fait ces preuves tant sur la formation initiale que continue [10] et son développement est continu tant au niveau national qu'international [11]. Les centres de simulation de haute qualité existent comme au CHU de Toulouse, ou le seront prochainement dans la plupart des CHU. La simulation nécessite cependant des ressources humaines considérables qui peuvent limiter son utilisation [12].

La gestion du flux, le stress et la charge de travail sont des préoccupations majeures, qui peuvent être responsables d'un burnout [13]. Des mesures préventives doivent être mises en place au sein des structures d'urgences, mais également au niveau individuel, avec le développement de séances de débriefing et d'un compagnonnage. Ces mesures doivent être complémentaires des efforts faits pour améliorer les conditions de travail dont la médiocrité constitue la première cause d'abandon et de reconversion au sein de notre profession [14-16]. Seulement 6 % des médecins interrogés réclamaient cette formation initiale sur la gestion du flux et sur la gestion du stress, probablement parce qu'aucune question ne portait spécifiquement sur ce sujet dans notre enquête.

Conclusion

Alors que le DES de médecine d'urgence vient de voir le jour, la volonté des DESC MU de poursuivre dans cette jeune spécialité est encourageante, tout comme leur implication professionnelle par un travail à temps plein. Les jeunes urgentistes aspirent à une activité diversifiée au sein d'un lieu d'exercice stable et témoignent du désir d'améliorer leur formation médicale afin de renforcer leurs compétences au service des patients.

Remerciements Nous tenons à remercier l'ensemble des secrétariats universitaires des pôles de médecine d'urgence de l'interrégion.

Liens d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun lien d'intérêt.

Références

1. Nemitz B (2005) L'évolution de l'enseignement de la médecine d'urgence jusqu'à la naissance du DESC. *Rev Samu* 28:329-32
2. Dehours E, Moustafa F, Jaudet G, et al (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 ? *Ann Fr Med Urgence* 5:144-9
3. Levraut J (2015) DESC de médecine d'urgence, quel bilan au bout de dix ans : bien, mais doit mieux faire. *Ann Fr Med Urgence* 5:141
4. Stoffel G (2014) La reconversion professionnelle des médecins urgentistes. Enquête auprès des médecins urgentistes lorrains reconvertis entre 2003 et 2012. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_STOFFEL_GAUTIER.pdf (Dernier accès 1^{er} mai 2017)
5. Vermare E, Frappé P (2012) Abandons de carrières en médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urgence* 2:232-6
6. Diot C (2014) Réorientation professionnelle des médecins urgentistes du Nord-Pas-de-Calais. Lille 2. <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-3277> (Dernier accès 1^{er} mai 2017)
7. Reuter PG, Saada A, Akodad H, et al (2015) 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* 5:90-4
8. Nemitz B, Carli P, Carpentier F, et al (2012) Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urgence* 2:125-38
9. Mesnier T, Mimoz O, Oriot D, et al (2015) DESC de Médecine d'Urgence : comment les jeunes urgentistes apprennent-ils leur spécialité ? Première enquête nationale. *Ann Fr Med Urgence* 5:95-102
10. Okuda Y, Bond W, Bonfante G, et al (2008) National growth in simulation training within emergency medicine residency programs, 2003-2008. *Acad Emerg Med* 15:1113-6
11. Nunes F, Pene M, Coffin P, et al (2014) La simulation : la méthode pédagogique de formation aux situations critiques ? *Ann Fr Anesth Reanim* 33:A368-9 (Abstract)
12. Levraut J, Fournier JP (2012) Jamais la première fois sur le patient ! *Ann Fr Med Urgence* 2:361-3
13. Sende J, Jbeili C, Schvahn S, et al (2012) Facteurs de stress et conséquences du stress en médecine d'urgence : enquête nationale. *Ann Fr Med Urgence* 2:224-31
14. Pelloux P, Faggianelli B, Garrigue R (2011) Enquête nationale AMUF 2011 : « Médecins Urgentistes, quel avenir ? ». <http://www.amuf.fr/derni-res-news/enqu-te-nationale-amuf-2011.html> (Dernier accès 1^{er} mai 2017)
15. Richard-Galles C (2012) Syndrome d'épuisement professionnel et idéation suicidaire parmi les médecins urgentistes bretons. À propos d'une cohorte de 157 praticiens. <http://www.cmub.org/contenus/cmub/burnout.pdf> (Dernier accès 1^{er} mai 2017)
16. Goldberg R, Thomas H, Penner L (2011) Issues of concern to emergency physicians in pre-retirement years: a survey. *J Emerg Med* 40:706-13