amU Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix Marseille Université

Quels sont les motivations et les freins à intégrer le dispositif Médecin Correspondant SAMU en Ouest Corse ?

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES DE MARSEILLE

Le 23 octobre 2026

Par Monsieur BORELLI BAPTISTE
Né le 6 janvier 1999 à AJACCIO (02A) CORSE DU SUD

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur PAPAZIAN Laurent	**Président**
Monsieur le Docteur GIRERD André	**Directeur**
Monsieur le Docteur MIGLIARDI Jonathan	**Assesseur**

amU Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix Marseille Université

Quels sont les motivations et les freins à intégrer le dispositif Médecin Correspondant SAMU en Ouest Corse ?

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES DE MARSEILLE

Le 23 octobre 2026

Par Monsieur BORELLI BAPTISTE
Né le 6 janvier 1999 à AJACCIO (02A) CORSE DU SUD

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur PAPAZIAN Laurent	**Président**
Monsieur le Docteur GIRERD André	**Directeur**
Monsieur le Docteur MIGLIARDI Jonathan	**Assesseur**

amU Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix Marseille Université

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	**:**	**Pr. Georges LEONETTI**
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Justin MICHEL
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseillers	:	Pr. Patrick VILLANI
		Pr Patrick DESSI
		Pr Pierre ROSTINI

Assesseurs :

➢ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➢ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➢ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➢ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➢ groupements hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➢ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➢ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➢ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➢ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➢ DPC	:	Pr. Gabrielle SARLON
➢ Développement DPC	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
		Pr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur **:** **Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PASS - LAS	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Pr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Thomas RADULESCO
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Pr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Madame Lily BLANC-PACCHIONI

amU Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix Marseille Université

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur : **Pr. Bruno FOTI**

Directeurs adjoints : Pr. Michel RUQUET
: Pr. Anne RASKIN

Chargés de mission

- Formation initiale : Pr. Michel RUQUET
- Recherche : Pr. Anne RASKIN
- Formation continue : Pr. Bruno FOTI
- Relations internationales : Pr. Hervé TASSERY
- Internat et diplômes d'études spécialisées : Pr. Virginie MONNET-CORTI
- Affaires générales : Dr. Alain TOSELLO

ÉCOLE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Pr. Laurent BENSOUSSAN**
Directrice Adjointe : **Pr. Valérie AGHABABIAN**

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Pr. Sébastien COLSON**

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALBANESE Jacques
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AMBROSI Pierre
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASTOUL Philippe
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Daniel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNET Jean-Louis
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOTTA-FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
CRAVELLO Ludovic

MM DE MICO Philippe
DEJOU Jacques
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DENIS Danièle
DESSI Patrick
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DISDIER Patrick
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
DURAND Jean-Marc
ENJALBERT Alain
ERARD Jacques
FAUGERE Gérard
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FIGARELLA-BRANGER Dominique
FONTES Michel
FOUREL Jean
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GILBERT-ALESSI Marie-Christine
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GRISOLI François
GROB Jean-Jacques
GROULIER Pierre
GUYS Jean-Michel
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HARLE Jean-Robert
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HOUVENAEGHEL Gilles
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard

PROFESSEURS HONORAIRES

MM KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEGRE Régis
LECHEVALLIER Eric
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MAGNAN Pierre-Edouard
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARIANI Paul
MARTIN Claude
MARTINI Louis
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METRAS Dominique
MICHEL Jean
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MOULIN Guy
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLIVE Daniel
OLMER Michel
OREHEK Jean
ORTHLIEB Jean-Daniel
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe

MM RAOULT Didier
REBOUL Maurice
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROSSI Dominique
ROUDIER Jean
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SALVADORI André
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SIMEONI Horace
SIMON Jean
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean
ZATTARA Henri

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016		
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019
2017		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018
2018		
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021
2019		
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020
2020		
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023
M. le Professeur	DEJOU Jacques	31/08/2023
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2023

2023

M. le Professeur	AMBROSI Pierre	31/08/2026
M. le Professeur	OLIVE Daniel	31/08/2026
M. le Professeur	ROUDIER Jean	31/08/2026
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2024
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2024
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2024
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2024
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2024

EMERITAT

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2024

2024

Mme le Professeur	DENIS Danièle	31/08/2027
M. le Professeur	DESSI Patrick	31/08/2027
M. le Professeur	AMBROSI Pierre	31/08/2026
M. le Professeur	OLIVE Daniel	31/08/2026
M. le Professeur	ROUDIER Jean	31/08/2026
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2025
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2025
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2025
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2025

2025

M. le Professeur	ASTOUL Philippe	31/08/2028
M. le Professeur	ROSSI Dominique	31/08/2028
Mme le Professeur	DENIS Danièle	31/08/2027
M. le Professeur	DESSI Patrick	31/08/2027
M. le Professeur	AMBROSI Pierre	31/08/2026
M. le Professeur	OLIVE Daniel	31/08/2026
M. le Professeur	ROUDIER Jean	31/08/2026
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2026
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2026
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2026
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2025
M. le Professeur	COZZONE Patrick	20/06/2028
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2026

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ATTARIAN Shahram
AUDOIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BAT Flora
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BLAISE Didier
BLANC Julie
BLIN Olivier (disponibilité)
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BOULATE David
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BUKIET Frédéric
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu (Surnombre)
CERMOLACCE Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CHRETIEN Anne-Sophie
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COUDERC Anne-Laure
COURBIERE Blandine
CUISSET Thomas
CUNY Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DEVILLIER Raynier
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBOURG Grégory
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
ESCLASSAN Rémi
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOTI Bruno
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane (disponibilité)
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDRY Marine
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GONZALEZ Jean- Michel
GRAILLON Nicolas
GRAILLON Thomas
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GUEDJ Eric
GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYOT-CECCALDI Laurent
GUYE Maxime
HABERT Paul
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HRAIECH Sami
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François (détachement)
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER David
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LAN Romain
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE GALL Michel
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LOOSVELD Marie
MACAGNO Nicolas
MACE Loïc
MANCINI Julien
MEGE Diane
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne (Surnombre)
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MONNET-CORTI Virginie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao
PHILIP-ALLIEZ Camille
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiq
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RADULESCO Thomas
RANQUE Stéphane
RASKIN Anne
REGIS Jean
RESSEGUIER Noémie
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle (disponibilité)
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Pascal
RUQUET Michel
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAULTIER Paul
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
SUISSA Laurent
TABOURET Emeline
TAIEB David
TARDIEU Corinne
TARDIVO Delphine
TASSERY Hervé
TERRER Elodie
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel (détachement)
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLA Antoine
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke (détachement)
VIVIER Eric (disponibilité)
XERRI Luc
ZIELESKIEWICZ Laurent

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ABOUT Imad
ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François Retraite octobre 2025
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay
THOLLON Lionel

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie
THERY Didier

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège
CHELLY Jonathan
DIAS-ALVES Manuel
THERON Alexis

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah (disponibilité)
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ANTEZACK Angéline
APPAY Romain
ARCANI Robin
ATLAN Catherine (disponibilité)
BALLESTER Benoit
BARON Sophie
BEGE Thierry
BELLONI Didier
BENYAMINE Audrey
BLANCHET Isabelle
BOBOT Mickael
BOHAR Jacques
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel (détachement)
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CAMOIN Ariane
CAMPANA Fabrice
CARRON Romain
CASAZZA Estelle
CASSAGNE Carole
CATHERINE Jean-Hugues
CHAUDET Hervé
CHOPINET Sophie
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DARIEL Anne
DEHARO Pierre
DELLIAUX Stéphane
DELTEIL Clémence
DESPLAT/JEGO Sophie
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FOLETTI Jean- Marc
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GARCIAZ Sylvain
GASTALDI Marguerite
GAUBERT Jacques
GELSI/BOYER Véronique
GIRAUD Thomas
GIRAUDEAU Anne
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GOROKHOVA Svetlana
GOURIET Frédérique
GRIMALDI Stéphan
GUERIN Carole
GUIVARC'H Maud
GUIVARCH Jokthan
HAK Jean-François
HAUTIER Aurélie
HEIM Xavier
HOROWITZ Tatiana
IBRAHIM KOSTA Manal
JACQUET Christophe
JACQUOT Bruno
JALOUX Charlotte (disponibilité)
JARROT Pierre-André
KASPI-PEZZOLI Elise
KORCHIA Théo
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGARDE Stanislas
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LAMBERT Isabelle
LAURENT Michel
LENOIR Marien
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LORENZO Diane (Mise à disposition)
LUCIANI Léa
MAAROUF Adil
MALISSEN Nausicaa
MANSUY Charlotte
MARLINGE Marion
MENSE Chloé
MENU Estelle
MONNIER Jilliana
MORAND-HUGUET Aurélie
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NETTER Antoine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
PAULMYER/LACROIX Odile
PEDINI Pascal
PILLIOL Virginie
PIZZO Francesca
POMMEL Ludovic
PRECKEL Bernard-Eric
PROST Solène
RE Jean-Philippe
ROBERT Philippe
ROCHE-POGGI Philippe
ROCHIGNEUX Philippe
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud (disponibilité)
SARI-MINODIER Irène (détachement)
SAVEANU Alexandru
SILVESTRI Frédéric
STELLMANN Jan-Patrick
STEPHAN Grégory
SUCHON Pierre
TOSELLO Alain
TROUDE Lucas
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VENTON Geoffroy
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
AMANIA Audrey
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
LAVERNY Oskar
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MEZOUAR Soraya
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
THIRION Sylvie
VERNA Emeline
ZAKARIAN Carole

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva
KHOUANI Jérémy
LUTAUD Romain

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis
CARRIER Hélène
DE LAPEYRIERE Camille
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
GUERCIA Olivier
GUILLOT Laure
MIGLIARDI Jonathan
MITILIAN Eva

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
DAHAN COHEN Sonia
GALFOUT Sara
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
SOLER PERSIA Julie
TRINQUET Laure
TIBERTI Nadia
VILLA Milène

LRU ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
CHANTRAN Jean-Christophe
DE PIERETTI Capucune
LALANDE Xavier
LE GOFF Clément
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé
NIDDAM Cédric

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
HENRY Joannie
MARTIN-TEISSERE Pierre
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
PILLIOL Emilie
ROSTAGNO Stéphan

FORMATION AUDIOPROTHESE

SODAN Ana

LRU ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

AGNEL Joris
CORCHIA Candice
DUCHADEAU Marvin
LE ROY Franck
LECOMTE Marion
MOLLE Jérôme
OUJAMMAA Souaade
SCHWINGROUBER Jocelyn
SEPHONS Alexandra
TRAN Antoine
VILLANUEVA Lucca

CDD LRU MI-TEMPS ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

PARDOUX Eric

LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
DONATO Xavier
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
REPELLIN David

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

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

LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (PR) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH) disponibilité
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LAGIER David (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) détachement

ANGLAIS *11*

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

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

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

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

SACHAU-CARCEL Géraldine (LRU)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

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

AHERFI Sarah (MCU-PH) disponibilité
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
BARON Sophie (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
LUCIANI Léa (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

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

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

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

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

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

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

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

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

PROST Solène (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
TABOURET Emeline (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH) disponibilité

CARDIOLOGIE *5102*

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

DEHARO Pierre (MCU PH)
THERON Alexis (PR Associé mi-temps)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
BIRNBAUM David (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MEGE Diane (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
CHOPINET Sophie (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

FAURE Alice (PU PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GRAILLON Nicolas (PU-PH)
GUYOT-CECCALDI Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

BOULATE David (PU-PH)
COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
GAUDRY Marine (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GERIATRIE *5304*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
COUDERC Anne-Laure (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)
MACAGNO Nicolas (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (PU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH) (Disponibilité)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

LORENZO Diane (MCU-PH) (Mise à disposition)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GOROKHOVA Svetlana (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BLANC Julie (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

NETTER Antoine (MCU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
RESSEGUIER Noémie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE *4703*

CHRETIEN Anne-Sophie (PU-PH)
KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH) disponibilité

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
HEIM Xavier (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
DEVILLIER Raynier (PU PH)
LOOSVELD Marie (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GARCIAZ Sylvain (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
PEDINI Pascal (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
VILLA Antoine (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH) détachement

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)
KHOUANI Jérémy (MCF Méd. Gén. Temps plein)
LUTAUD Romain (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
CARRIER Hélène (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
DE LAPEYRIERE Camille (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUILLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

BELIARD Sophie (PU-PH)
DARMON Patrice (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DAVID Thierry (PU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
GRAILLON Thomas (PU PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH) (Surnombre)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)
SUISSA Laurent (PU-PH)

GRIMALDI Stéphan (MCU-PH)
MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

BAT Flora (PU-PH)
DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) (Retraite au 01/12/2025)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
RADULESCO Thomas (PU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MENU Estelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) (Retraite au 26/10/2025)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SAULTIER Paul (PU-PH)
TOSELLO Barthélémy (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH) détachement

COZE Carole (MCU-PH)
MORAND-HUGUET Aurélie (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH) disponibilité

KORCHIA Théo (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH) disponibilité
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PARDOUX Eric (ATER)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) (Surnombre)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)
LAMBERT Isabelle (MCU-PH)
PIZZO Francesca (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (PU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
HABERT Paul (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

HAK Jean-François (MCU PH)
STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
HRAIECH Sami (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

CHELLY Jonathan (PR Ass Mi-Temps)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION *91*

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
BLANC Catheline
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
GRIFFON Patricia
GIRAUDIER Anaïs
GRIFFON Patricia
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MONTICOLO Chloé
MULLER Philippe
PAVE Julien
PETITJEAN Aurélie
ROSTAGNO Stéphan

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

ARCANI Robin (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)

MAÏEUTIQUE *90*

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
REPELLIN David

ZAKARIAN Carole (MCF)

SCIENCES INFIRMIERES *92*

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
VILLA Milène (MAST)
AMANIA Audrey (LRU)
SCHWINGROUBERT Jocelyn (LRU)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE *56-01*

LE GALL Michel (PU-PH)
NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle (PU-PH)
PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)
TARDIEU Corinne (PU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCU-PH)
BOHAR Jacques (MCU-PH) (Retraite au 31/12/2025)
CAMOIN Ariane (MCU-PH)
GAUBERT Jacques (MCU-PH)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE *57-01*

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)
BELLONI Didier (MCU-PH)
CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE *56-02*

FOTI Bruno (PU-PH)
LAN Romain (PU-PH)
TARDIVO Delphine (PU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *65*

ABOUT Imad (PR)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX *58-01*

BUKIET Frédéric (PU-PH)
ESCLASSAN Rémi (PU-PH)
RASKIN Anne (PU-PH)
RUQUET Michel (PU-PH)
TASSERY Hervé (PU-PH)
TERRER Elodie (PU-PH)

BALLESTER Benoït (MCU-PH)
CASAZZA Estelle (MCU-PH)
GIRAUD Thomas (MCU-PH)
GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
JACQUOT Bruno (MCU-PH)
LAURENT Michel (MCU-PH)
MANSUY Charlotte (MCU-PH)
MENSE Chloé (MCU-PH)
PILLIOL Virginie (MCU-PH)
POMMEL Ludovic (MCU-PH)
PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)
RE Jean-Philippe (MCU-PH)
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)
STEPHAN Grégory (MCU-PH)
TOSELLO Alain (MCU-PH) (Retraite au 19/10/2025)

REMERCIEMENTS

Merci au Professeur Laurent PAPAZIAN pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse et d'avoir permis cette soutenance à l'Università di Corsica, point de départ de mes études de médecine.

Merci également au Dr Jonathan MIGLIARDI, assesseur de cette soutenance de thèse, qui a aussi été mon premier maître de stage en début d'internat. C'est Laure et toi qui m'avez fait réellement découvrir et comprendre ce qu'était la médecine générale. Je garde précieusement l'ensemble des conseils et des remarques bienveillantes.

Merci au Dr André GIRERD, directeur de ce travail, pour sa disponibilité et ses conseils. On aura mis pas mal de temps à se lancer, mais on en est venu à bout finalement. On peut aborder sereinement la suite, avec cette année de Docteur Junior maintenant que cette thèse est derrière nous. Au-delà de la médecine et de ton rôle de directeur de thèse, ta rencontre a été un véritable tournant cette année, tant sur le plan professionnel que personnel. Les moments passés au cabinet, mais aussi à l'extérieur, tout comme les appels avec Josepha, ont rythmé mes douze derniers mois. Merci encore.

Merci au Dr Dominique POGGI et au Dr Dominique RAMIS, mes 2 autres maîtres de stage durant mon SASPAS. Vous m'avez accueilli et m'avez fait me sentir comme chez moi durant ces 6 mois. Votre bienveillance, vos paroles et vos modes d'exercice m'ont énormément inspiré. Vous êtes ma définition de ce qu'est un médecin de famille dans une zone comme l'Ouest Corse. Toutes ces heures à apprendre à vos côtés m'ont fait grandir et m'ont permis d'encore plus m'épanouir lors de mes journées de travail.

À l'ensemble de l'équipe du Finosello, juste quelques mots pour vous remercier de votre accueil pendant ces 2 semestres passés avec vous. Vous m'avez accueilli et mis dans les meilleures conditions pour ma formation. On se retrouvera très vite, j'en suis certain.

Je tiens également à remercier l'ensemble de mes maîtres de stage et des professionnels de santé que j'ai croisés, les médecins qui m'ont accordé leur temps pour mon étude et aussi toutes les personnes que j'ai pu rencontrer durant ces 3 ans.

Papa et Maman, merci pour l'amour dans lequel j'ai grandi et votre soutien inconditionnel durant toutes ces années. Tous vos sacrifices pour Camille et moi nous ont permis d'en arriver là aujourd'hui et ont rendu cette occasion possible. Je ne vous le dis pas assez, je sais : je vous aime.

Camille, mon frère. Entre une colocation 5 jours sur 7 à Marseille et un retour à Ajaccio avec une fracture de la mâchoire en prime, je suis tellement fier de ce que tu es devenu. Malgré des caractères totalement opposés, je pense qu'on ne s'est jamais autant entendu que ces derniers temps. Merci d'être toujours proche de moi. Je suis fier de toi et je t'aime fort.

Clelia, mon amour, je pense que même un million de mercis ne seraient pas suffisants. Ton amour et ta douceur ont bercé mes 3 dernières années de vie et la totalité de mon internat. Tu as accepté de déménager et de venir à Ajaccio avec moi, loin de ta famille et de tes plus vieilles amies. C'est la plus belle chose que tu aies pu m'offrir. Tu as toujours été l'oreille présente pour m'écouter et m'aider. Je t'aime.

Merci à Mamie et Papy pour leur amour, leur tendresse et les heures passées à nous faire faire nos devoirs. Vous avez tant donné pour nous, je vous aime fort.

Merci à Pépé et Mémé pour leur affection, pour les litres de café durant les étés passés à Piana et leur œil toujours posé sur nous. Tous les moments sont et resteront si précieux dans ma mémoire. Je vous aime.

Vannina et Marc, ma marraine et mon parrain, merci pour votre bienveillance, votre affection et vos yeux toujours posés sur moi.

Merci à mes oncles, tantes, cousins et cousines, pour ces moments toujours rafraîchissants quand l'on se retrouvait, qui m'ont permis de tenir bon à chaque retour à Corte puis à Marseille.

Merci à Walter pour tout ton temps passé auprès de Camille et moi. Tu fais partie de notre vie, et tu as toujours été là à nos côtés. Malgré les évènements, tu restes une personne très importante pour nous.

Merci à Sabrina pour sa présence à mes côtés ainsi qu'à ceux de Papa. Tous les week-ends où vous êtes venus à Marseille étaient des moments de réconfort.

Merci à Marie, Michel, Patrick, Anne et Max pour leur accueil au sein de leur famille. J'ai eu de la chance en trouvant Clelia, et d'autant plus en tombant sur vous.

Merci à un ami particulier, Romain, qui d'ailleurs est plutôt un frère. Depuis si longtemps, tu t'es toujours tenu près de moi, de Mezzavia jusqu'au continent, en passant par Corte. Je pense qu'on est passé par toutes les émotions ensemble. Tu sais à quel point tu comptes pour moi.

Merci à Vincent, Anthony, JB, Pascal et Pierre, mes frères de cœur, membres des Daltons puis du Noyau, pour tous ces moments passés ensemble, ces rires, ces disputes, ces parties de cartes. Même si nous avons tous les 7 pris des chemins différents, nous gardons cette complicité comme si l'on ne s'était jamais séparé. Merci d'avoir été et d'être encore là. Je vous aime.

À ma seconde famille : Corinne, JB, François, Laura, Fred, Gérard, Robin, Andréa, Léana, Lisa Maria, Perrine, Pascal, Vincent, Pierre, Laetitia, Léa, Thomas, Charly. Une partie entière de notre vie passée ensemble, ça renforce les liens. Je suis si fier de ce que nous sommes devenus. Merci pour les moments que l'on a passés, et j'ai hâte de tout ce qu'il nous reste à découvrir ensemble.

Merci à Camille et Louis pour ces moments passés dans l'appartement à St Barnabé, à chaque retour à Marseille et chaque été à Ajaccio. Votre présence réchauffe toujours notre cœur avec Clelia.

SOMMAIRE

SOMMAIRE **1**

I. INTRODUCTION **3**

A. Contexte 3
a. Histoire de la médecine d'urgence *3*
b. Le réseau Médecin Correspondant du SAMU *5*
c. Les motivations et les freins à l'engagement dans le dispositif MCS dans la littérature *8*
d. Le réseau MCS en Corse *10*
B. Justification de l'etude 13

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES **15**

A. Type d'etude 15
B. Recherche prealable 15
C. Population etudiee et echantillonnage 16
D. Recueil de donnees 16
E. Analyse des donnees 17
F. Cadre ethique et legal 18

III. RÉSULTATS **20**

A. Caracteristiques de la population 20
B. Un dispositif perçu comme essentiel dans un territoire aux contraintes particulieres 21
a. Un territoire marqué par l'éloignement des secours *21*
b. Les spécificités saisonnières de l'Ouest Corse *22*
c. Le MCS comme réponse adaptée aux délais d'intervention *23*
d. Une place reconnue dans la chaîne de secours *24*
C. La confiance en ses competences comme condition a l'engagement 24
a. Une formation initiale puis continue, jugée indispensable *25*
b. Le maintien des compétences, entre crainte et absence de doute *25*
c. L'expérience préalable à l'urgence, un continuum chez les participants *26*
D. Un engagement porte par le sentiment d'utilite et la valorisation de la pratique 27
a. Un engagement porté par le sentiment d'être utile *28*
b. Une pratique valorisante, entre attrait pour l'urgence et développement professionnel *28*
c. Une reconnaissance financière assumée mais nuancée *30*
E. Une responsabilite de MCS difficile a concilier avec l'exercice liberal 31
a. Une disponibilité impactant la vie personnelle et familiale *31*
b. Une responsabilité lourde à assumer *32*
c. Des contraintes organisationnelles et matérielles de l'exercice *33*
F. Une relation ambivalente avec la regulation du SAMU 34
a. Une collaboration construite au fil du temps *35*
b. Des dysfonctionnements ponctuels de la régulation *36*
c. Une régulation parfois secondaire dans le parcours de soins *37*
G. Un dispositif perfectible malgre une forte adhesion de principe 38
a. Des freins à l'accès à la formation MCS *38*
b. Des propositions pour améliorer le fonctionnement du dispositif *39*

IV. DISCUSSION **41**

A. Principaux resultats 41
a. Une adhésion de principe qui ne suffit pas à favoriser l'engagement *41*
b. Un engagement fondé sur le sentiment d'utilité et la confiance en ses compétences *42*
c. Des freins principalement liés aux contraintes de l'exercice libéral *43*
d. Une articulation parfois complexe entre la régulation médicale et les pratiques de terrain *44*
e. Des leviers d'évolution pour favoriser le développement du dispositif *45*

B. Forces et limites de l'etude 45
a. Forces de l'étude 45
b. Limites de l'étude 47
C. Comparaison avec la litterature 50
a. Des motivations largement concordantes avec la littérature 50
b. Une perception favorable du dispositif malgré des réticences à l'engagement 52
c. Des freins à l'engagement retrouvés dans les travaux antérieurs 53
d. Des spécificités territoriales au regard de la littérature 56
D. Perspectives pour l'avenir 57
a. Dissocier la découverte du dispositif de l'obligation d'adhésion 57
b. Adapter l'organisation du dispositif aux réalités locales 58
c. Développer une offre de formation aux soins d'urgence en ambulatoire 59
d. Des perspectives de recherche pour prolonger ce travail 60

V. CONCLUSION 61

VI. BIBLIOGRAPHIE 63

VII. ANNEXES 66

A. Guide d'entretien semi-dirige 66
B. Annonce de recrutement pour l'etude 67
C. Grille COREQ 68
D. Mail de l'ARS Corse, reçu le 27/08/2025 69
E. Figure 1 : Organigramme de declenchement MCS 70
F. Figure 2 : Territoire de l'Ouest Corse concerne par l'etude 71
G. Figure 3 : Caracteristiques des medecins participants a l'etude 72

VIII. LISTE DES ABRÉVIATIONS 73

I. INTRODUCTION

A. Contexte

a. Histoire de la médecine d'urgence

Les origines de la médecine de soins urgents remontent à l'Antiquité.

Dès le Ve siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate abordait la notion d'urgence des soins dans le Traité des Maladies (1) : « 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 ». Il valorisait à cette époque déjà la nécessité de prendre en charge rapidement les malades et préconisait ainsi aux soignants de garder leur trousse à disposition en permanence, afin de pouvoir prodiguer des soins en situation d'urgence.

À la fin du XVIIIe siècle puis au début du XIXe siècle, notamment pendant les guerres napoléoniennes, les chirurgiens militaires français, comme le baron Larrey (2) ou encore Pierre-François Percy (3), travaillent sur les concepts de « mort évitable » et de « triage des blessés » sur les champs de bataille. Un équipage de chirurgie mobile est alors créé, avec des tables de chirurgie intégrées à des charrettes et une trousse d'amputation portable.

Les premières ambulances, rendues mobiles par des chevaux, sont créées et les premiers soins sont pratiqués sur place avant le transport (3). C'est la création de la première forme du service de santé des armées.

Ce principe est toujours en vigueur en Europe de nos jours, sous l'appellation « Stay and stabilize », traduit par « Rester et stabiliser ». Il se différencie du modèle anglo-saxon « Scoop and run », que l'on peut traduire par « Charger et courir », dont le principe est l'évacuation de la victime le plus rapidement possible vers un centre de soins (4).

Après la Seconde Guerre mondiale, les techniques modernes d'anesthésie et de réanimation progressent, notamment avec l'amélioration des méthodes de transfusions sanguines.

En 1956, Maurice Cara, médecin des Hôpitaux de Paris, crée la première ébauche de Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) pour venir en aide aux nombreuses insuffisances respiratoires causées par l'épidémie de poliomyélite. Il est chargé de réaliser des transferts secondaires entre hôpitaux pour permettre aux patients de bénéficier de soins de réanimation. Ces transports sont rendus possibles grâce à l'aide d'une nouvelle technique d'assistance respiratoire, le « Poumon d'Acier » (5).

À la même époque, l'augmentation des accidents de la route liée à l'essor de l'automobile entraîne une mobilisation accrue d'équipes de secours spécialisées.
Le Professeur Marcel Arnaud, neurochirurgien des Hôpitaux de Marseille, crée le « Secours routier français » en 1955 (6) et instaure la notion de polytraumatisé en 1957.

En 1965, le Professeur Lareng du centre hospitalier universitaire de Toulouse propose le premier projet d'un SMUR véhiculant à son bord un infirmier et un médecin. En 1968, le premier Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) est créé sous sa surveillance dans le but de coordonner l'action des équipes préhospitalières du SMUR avec celle des services d'urgence hospitaliers. Pour cela, il crée également le premier centre de régulation médicale des appels (7).

En conséquence de toutes ces avancées, la loi du 31 décembre 1970 contraint tous les hôpitaux généraux et Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) à assurer un service d'urgence continu (8).

Pour assurer un effectif suffisant et venir en aide aux praticiens hospitaliers, les médecins généralistes commencent dès 1974 à participer à la régulation médicale.
Les centres de réception et de régulation des appels, appelés « Centre 15 », sont créés en 1978. Ils sont joignables par un numéro national unique et gratuit, le 15, avec une écoute et un conseil d'un médecin (9).

La loi du 6 janvier 1986 relative à l'Aide Médicale Urgente (AMU) et aux transports sanitaires (10) définit clairement les missions du SAMU (11) :

- Réceptionner et trier les appels via un numéro unique, le 15 ;
- Assurer une écoute 24 heures sur 24 et apporter un conseil médical ;
- Assurer l'envoi et la coordination des moyens de secours les plus adaptés dans les délais les plus courts ;
- Assurer la coordination des SMUR et de leurs unités mobiles hospitalières ;
- Vérifier la disponibilité des lits d'hospitalisation afin d'orienter le patient vers la structure la mieux adaptée ;
- Participer à l'élaboration et à l'organisation des différents plans de secours ;
- Assurer la formation des personnels médicaux et paramédicaux aux soins d'urgence via les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU).

L'aide médicale urgente doit donc permettre d'assurer des soins appropriés aux malades et aux parturientes, quelle que soit leur localisation, en relation avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours.

b. Le réseau Médecin Correspondant du SAMU

i. La création du réseau

La circulaire du 16 avril 2003 a défini le concept de Médecin Correspondant du SAMU (MCS) comme un « relais dans la prise en charge de l'urgence vitale ». Il permet de couvrir des territoires isolés, dans le but d'offrir une prise en charge SMUR dans des délais acceptables pour ces populations dispersées (12).

Les réseaux MCS ont ensuite été reconnus par le décret du 22 mai 2006 (13) et l'arrêté du 12 février 2007 (14), définissant les fonctions et les modalités d'intervention.

En 2012, le président de la République François Hollande intègre dans son programme la notion de « 30 minutes » comme durée souhaitable pour avoir accès à des soins d'urgence.

Le « Pacte territoire santé » de 2012 à 2015 de la ministre des Affaires Sociales et de la Santé Marisol Touraine (15) encourage le déploiement des MCS et parvient à tripler leur effectif. Le « Pacte territoire santé 2 » de 2015 (16) maintient et renforce ce déploiement, avec pour objectif de recruter et de financer 700 Médecins Correspondants du SAMU pour 2017. Le développement du dispositif s'est poursuivi au cours des années suivantes, conduisant à son implantation dans plusieurs territoires isolés.

L'arrêté du 29 décembre 2023 élargit le terme de « Médecin Correspondant du SAMU » à « Professionnel de Santé Correspondant du SAMU » dans l'optique d'intégrer d'autres professionnels de santé dans le dispositif (17).

ii. Le rôle du MCS

Les propriétés et les fonctions des MCS sont décrites dans le guide de déploiement des MCS de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) (18). Le MCS est un médecin généraliste volontaire et formé à l'urgence.

Il participe à la mission du service public de l'AMU en intervenant sur des urgences potentiellement vitales, à la demande du médecin régulateur du SAMU-Centre 15 (19). Son territoire d'intervention est déterminé par les Agences Régionales de Santé (ARS), en lien avec différents acteurs locaux, dont le SAMU-Centre 15. Cette détermination découle d'une évaluation des territoires et des populations éloignés, où le délai d'accès aux soins urgents est supérieur à 30 minutes. Un déclenchement SMUR est effectué de façon simultanée. Le MCS est donc le premier intervenant médical sur les lieux. Il est chargé de réaliser un bilan avant d'en référer au régulateur, qui devra apprécier le degré d'urgence et ajuster les moyens pour répondre aux besoins du patient.
Le MCS signe un contrat avec l'établissement où siège le SAMU ou avec une structure pilote associative pour définir ses conditions d'intervention.

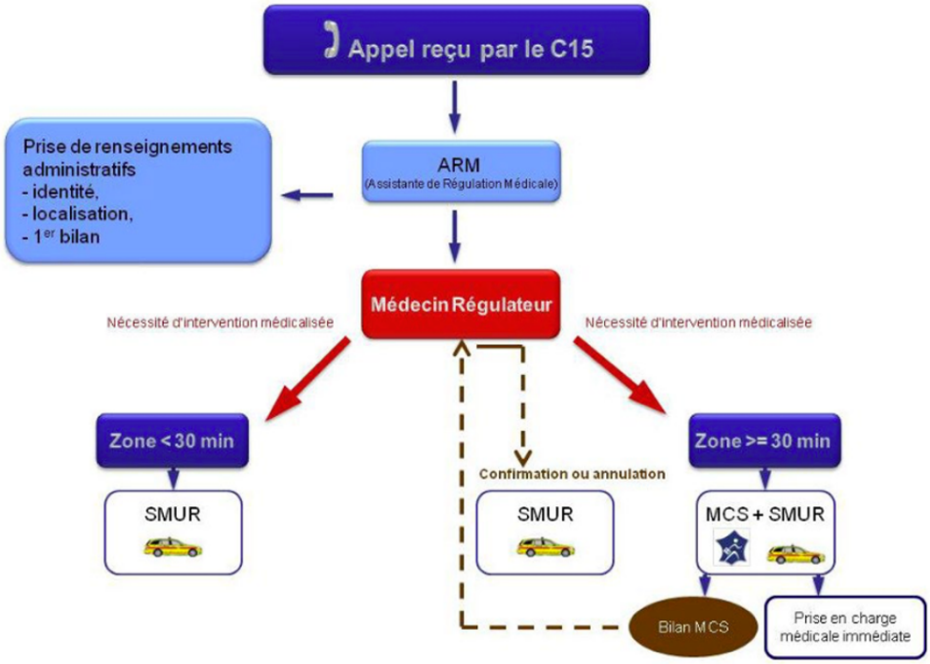


Figure 1 : Organigramme de déclenchement du MCS

La formation des MCS intervient sous l'égide des SAMU et des CESU. Elle est constituée d'une formation initiale théorique et pratique, associée à une formation continue annuelle pour l'actualisation des connaissances. Elle doit être conforme aux recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et validée par le Collège Français de Médecine d'Urgence (CFMU).

L'ARS recommande la mise en place de protocoles d'intervention SAMU/MCS, définis localement dans chaque SAMU-Centre 15. Le matériel et les dotations médicamenteuses sont mis à disposition du MCS par l'établissement avec lequel il a passé convention. Une liste détaillée du matériel fourni est définie dans le cadre du protocole d'intervention, précisant également les conditions de son stockage, de son entretien et de son renouvellement.

L'ARS valide enfin les enveloppes budgétaires. Ces sommes versées par le Fonds d'intervention régional permettent l'organisation et la permanence des MCS. Chaque intervention est donc rémunérée et les journées de formation sont indemnisées.

c. Les motivations et les freins à l'engagement dans le dispositif MCS dans la littérature

Depuis la création des réseaux de Médecin Correspondant du SAMU, plusieurs travaux ont cherché à évaluer leur fonctionnement ainsi que les facteurs influençant l'engagement des médecins dans ce dispositif.

i. Les motivations à l'engagement

Les études réalisées dans différentes régions françaises mettent en évidence plusieurs motivations récurrentes. Le sentiment d'utilité pour la population apparaît comme un élément majeur d'engagement. Les médecins interrogés considèrent leur participation au dispositif comme un moyen d'améliorer l'accès aux soins urgents dans des territoires isolés et de réduire les délais de prise en charge des urgences vitales. L'attachement au territoire et la volonté de répondre aux besoins de la population locale sont fréquemment rapportés. Les travaux réalisés dans les Hautes-Alpes (20) retrouvent également comme facteurs motivationnels la création de liens interprofessionnels, la diversification de l'activité médicale et le maintien des compétences en médecine d'urgence. L'intérêt pour l'exercice préhospitalier constitue ainsi un facteur important d'engagement.

ii. Les freins à l'engagement

À l'inverse, plusieurs freins à l'engagement ont été identifiés dans la littérature (20–23). Le sentiment d'isolement lors des interventions est régulièrement rapporté. Les médecins peuvent être amenés à intervenir seuls sur des situations potentiellement graves avant l'arrivée des équipes SMUR, ce qui génère un sentiment de responsabilité important. La charge émotionnelle associée à la prise en charge des urgences vitales est également décrite comme un frein majeur. Les médecins évoquent notamment la peur de situations critiques, l'exposition à des évènements

potentiellement traumatisants et les répercussions psychologiques liées à certaines interventions.

D'autres obstacles concernent l'organisation de l'exercice libéral. Les interventions peuvent entraîner une interruption de l'activité du cabinet, une réorganisation des consultations ainsi que des difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle. Certains médecins rapportent également des interrogations concernant le maintien des compétences, les modalités de formation ou encore les responsabilités médico-légales associées à cette activité.

iii. Une seule étude corse, à prolonger

Malgré l'identification de ces différents facteurs, les données disponibles restent limitées et concernent principalement des régions continentales françaises. Les spécificités géographiques, démographiques et organisationnelles de la Corse pourraient influencer différemment les représentations des médecins généralistes vis-à-vis du dispositif MCS.

Néanmoins, un travail exploratoire a été mené en Corse en 2019 (21) par Robaglia et Poli, sur les secteurs de la Costa Verde et des Deux Sevi. Cette étude qualitative, menée auprès de médecins généralistes adhérents et non adhérents, a mis en évidence trois profils de praticiens selon leur ancienneté d'installation et leur rapport à la médecine d'urgence : de jeunes médecins récemment installés peu enclins à associer médecine générale et médecine d'urgence, des praticiens d'âge intermédiaire déjà engagés dans le dispositif et des praticiens plus expérimentés, non adhérents mais rompus à la gestion des urgences. Cette étude retrouvait également un sentiment de compétence clinique structuré autour de l'expérience antérieure de l'urgence, ainsi qu’une relation à la régulation du SAMU faite à la fois de coopération et de dépendance.

Ces données restent circonscrites à deux secteurs de la Corse et remontent à plusieurs années. Bien que les Deux Sevi appartiennent à l’Ouest Corse, les

spécificités de la microrégion restent à documenter plus profondément, et l'évolution éventuelle de ces représentations dans le temps reste à vérifier.

d. Le réseau MCS en Corse

i. Une région atypique avec une démographie inégalitaire

La Corse est à la fois une île et une région à part entière. Cela lui confère une géographie variable avec des reliefs importants culminant jusqu'à 2 700 mètres d'altitude ainsi qu'un littoral de près de 1 000 km, ce qui rend les déplacements insulaires délicats. Au 1er janvier 2025, elle compte 360 200 habitants selon l'INSEE (24). Avec 1 % de croissance par an, la population croît trois fois plus vite que la moyenne nationale, malgré un solde naturel négatif.

Ajaccio est la ville abritant la Préfecture régionale de la Corse et compte 76 000 habitants en 2023 (25), avec un total de plus de 120 000 habitants en englobant la périphérie. La Préfecture départementale de Haute-Corse se trouve à Bastia, où résident 46 000 personnes en 2023 (26). Les villes de Calvi, Corte et Porto-Vecchio s'inscrivent comme les trois autres bassins notables de population sur l'île.

En 2025, le maillage territorial des services d'urgence et des SMUR compte :

- Un SAMU-Centre 15 à Ajaccio ;
- Un SAMU-Centre 15 à Bastia ;
- Sept services d'urgence avec antennes SMUR situés à Ajaccio, Bastia, Calvi, Corte, Porto-Vecchio, Sartène et Bonifacio ;
- Une antenne SMUR sans service d'urgence à Ghisonaccia.

La configuration géographique de la Corse complexifie souvent les moyens de prise en charge de la population locale, certaines communes étant situées à plus de 30 minutes d'un service d'accueil des urgences (SAU) ou d'une antenne de déclenchement SMUR. Les conditions météorologiques en hiver peuvent entraîner également une majoration du temps d'intervention, rendant certaines localisations plus

difficiles d'accès. De plus, l'afflux touristique présent toute l'année, mais nettement renforcé en été (27), entraîne une hausse temporaire de population et est à prendre en compte dans la gestion et la possibilité d'accès aux soins urgents.

Au total, 72 000 personnes résident à plus de 30 minutes d'un déclenchement SMUR, soit environ 20 % de la population de la Corse. Grâce au dispositif MCS, ce chiffre diminue mais reste tout de même important avec 48 000 habitants soit environ 13,3 % de la population.

ii. Les caractéristiques du réseau corse

Ce réseau a été créé en s'appuyant sur le modèle de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. La Corse recense actuellement sept MCS (28), qui sont tous des médecins généralistes exerçant dans des territoires situés à plus de 30 minutes d'un déclenchement SMUR. Parmi ces sept MCS, cinq exercent en Ouest Corse, sur les secteurs d'Ota/Cargèse et de Tiuccia/Sagone. Les deux MCS restants exercent sur le secteur de la Costa Verde, en Haute-Corse.

Ces acteurs de terrain interviennent à la demande du SAMU-Centre 15 d'Ajaccio et Bastia. Ils peuvent également s'auto-déclencher, en visite ou en consultation, s'ils estiment que la situation répond aux critères d'urgence potentiellement vitale. Après avis et validation du régulateur SAMU Corse, un renfort du SMUR est envoyé ou non.

Chaque MCS a dû signer une convention avec le directeur du centre hospitalier d'Ajaccio ou de Bastia, ainsi qu'avec l'ARS. Ils sont les premiers acteurs médicaux de la filière d'AMU, l'objectif étant d'offrir un accès aux soins urgents 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Une formation qualifiante et obligatoire est assurée par le CESU 2A à Ajaccio (29,30), d'une durée initiale de quatre jours, avec pour objectif unique d'être capable de prendre en charge les 30 premières minutes d'une urgence potentiellement vitale, en attendant le SMUR. Le programme de cette formation repose sur plusieurs grandes catégories :

- Prise en charge d'un arrêt cardiaque adulte et pédiatrique ;
- Prise en charge des détresses neurologiques et respiratoires ;
- Syndromes coronariens aigus, troubles du rythme et troubles de la conduction ;
- Ateliers procéduraux : Intubation Oro-Trachéale (IOT), pose de Voie Veineuse Périphérique (VVP) et intra-osseuse ;
- Familiarisation et utilisation de la dotation MCS et des dispositifs (respirateur, scope…) ;
- Rôle du MCS ;
- Prise en charge du traumatisé sévère ;
- Analgésie-sédation en traumatologie adulte et pédiatrique ;
- Prise en charge des comas.

Cette formation est destinée aux médecins généralistes répondant aux critères d'éligibilité définis par l'ARS et le CESU.
Les médecins adhérant au dispositif bénéficient également de deux journées annuelles de recyclage, l'une d'actualisation théorique et l'autre portant sur une remise à niveau sur ateliers.

iii. Plus précisément dans la microrégion Ouest Corse

La microrégion comprend 33 communes différentes, s'étendant sur environ 1 000 km^2 entre littoral et montagne. Elle correspond à la communauté de communes Spelunca-Liamone, regroupant environ 7 600 habitants (31–33).



Figure 2 : Territoire de l'Ouest Corse concerné par l'étude

Pour assurer la prise en charge des urgences sur ce territoire, dix médecins généralistes y sont installés au moment de notre étude. Parmi eux, cinq généralistes adhéraient au dispositif Médecin Correspondant du SAMU, un sixième était en cours de formation pour l'intégrer, et les quatre autres n'y adhéraient pas (28).

B. Justification de l'étude

En Corse, et plus particulièrement dans les territoires ruraux et isolés tels que l'Ouest Corse, les délais d'accès aux structures d'urgence peuvent compromettre la prise en charge précoce des patients en situation d'urgence vitale.

Malgré son intérêt reconnu dans ces territoires, le nombre de médecins engagés dans le dispositif demeure limité. Les raisons expliquant cette adhésion incomplète restent encore peu documentées, en particulier dans le contexte insulaire corse avec une seule étude (21).

Une meilleure compréhension des motivations, des freins et des représentations des médecins généralistes apparaît ainsi nécessaire afin d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer leur engagement et d'accompagner le développement du dispositif.

Dans ce contexte, nous nous sommes demandé : « Quels sont les motivations et les freins à intégrer le dispositif Médecin Correspondant du SAMU en Ouest Corse ? »

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les motivations et les freins des médecins généralistes exerçant dans la microrégion Ouest Corse à rejoindre le dispositif Médecin Correspondant du SAMU.
Les objectifs secondaires de cette étude étaient d'explorer les représentations des médecins généralistes vis-à-vis du dispositif MCS, de décrire leur expérience de la prise en charge des urgences en territoire isolé et de recueillir les propositions d'amélioration du dispositif formulées par les participants.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

A. Type d'étude

Une étude qualitative a été menée chez les médecins généralistes exerçant dans la microrégion Ouest Corse, par la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés.
Cette méthode a semblé judicieuse, dans la mesure où les motivations et les freins relèvent de phénomènes subjectifs, propres à chacun.

Une analyse thématique selon une approche inductive, sans hypothèse initiale, a ensuite été menée, centrée sur les motivations, les freins et les représentations des participants vis-à-vis du dispositif MCS.

B. Recherche préalable

En amont des entretiens, des recherches bibliographiques ont été effectuées dans le but d'acquérir les connaissances nécessaires à la réalisation du guide d'entretien. Celles-ci concernaient surtout le rôle du MCS et son histoire, qui nous étaient auparavant peu connus. Cette recherche bibliographique a volontairement été limitée afin de permettre une ouverture maximale aux données recueillies et de limiter l'influence des connaissances préalables sur l'analyse.

Ces recherches bibliographiques ont été effectuées dans les catalogues en ligne de la Bibliothèque universitaire d'Aix-Marseille et du SUDOC. D'autres moteurs de recherche comme PubMed ou Google Scholar ont été utilisés également.

Enfin, l'ARS Corse nous a fourni certaines données épidémiologiques sur le dispositif MCS, ainsi que les coordonnées de certains médecins en faisant partie.

C. Population étudiée et échantillonnage

L'objectif n'était pas de recruter un échantillon statistiquement significatif, mais d'explorer une diversité de représentations et d'expériences possibles.

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste, d'exercer en libéral et d'être installé en Ouest Corse.

Le critère d'exclusion était d'exercer en tant que remplaçant.

Nous avons eu accès à la liste des Médecins Correspondants du SAMU de la microrégion grâce à l'ARS Corse, ainsi qu'à nos connaissances et relations personnelles et professionnelles. L'ensemble des médecins éligibles a été contacté par téléphone initialement.

D. Recueil de données

Le recueil des données a été réalisé au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés. Ceux-ci ont été conduits par l'investigateur et réalisés en présentiel ou par visioconférence selon les contraintes géographiques et les disponibilités des participants.

Un guide d'entretien semi-dirigé unique a été élaboré avant le début de l'étude. Il explorait les connaissances des médecins concernant le dispositif MCS, leur expérience de la prise en charge des urgences, leurs représentations du dispositif ainsi que les motivations, les freins et les perspectives de développement du réseau en Ouest Corse. Des relances spécifiques étaient utilisées lorsque les participants appartenaient ou non au réseau MCS, afin de prendre en compte leur expérience respective. Le guide d'entretien a été amené à évoluer au fil des entretiens.

Les questions étaient ouvertes, au nombre de neuf, et accompagnées de reformulations ou de relances destinées à approfondir certains éléments du discours.

Une partie descriptive recueillait l'âge, les années d'expérience et le parcours professionnel des participants. Ces informations permettaient d'établir leur profil professionnel tout en instaurant un climat de confiance avant le début de l'entretien.

L'ordre des questions pouvait être adapté en fonction de l'orientation donnée par les participants à la conversation, afin de favoriser une spontanéité du discours et une émergence de thèmes non anticipables.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis retranscrits intégralement sur un logiciel de traitement de texte (Word®). Les retranscriptions ont été intégrales, mot à mot, en prêtant attention aux éléments verbaux et non verbaux significatifs tels que les silences, les rires ou certaines anecdotes jugées pertinentes pour l'analyse.

L'investigateur, interne en médecine générale, a pris en compte sa position et son influence potentielle dans la conduite des entretiens et l'analyse des données.

E. Analyse des données

Les données recueillies ont été analysées selon une méthode d'analyse thématique inductive. Cette analyse a été conduite selon les principes décrits par Braun et Clarke (34).

Après retranscription intégrale des entretiens sur un logiciel de traitement de texte (Word®), chacune a fait l'objet de lectures répétées afin de permettre une imprégnation progressive des données. Les unités de sens pertinentes ont ensuite été identifiées et codées de manière inductive, sans grille de codage préétablie.

Les codes obtenus ont ensuite été regroupés selon leurs similitudes afin de faire émerger des catégories, puis des thèmes reflétant les représentations et les facteurs influençant l'engagement dans le dispositif MCS.

L'analyse a été réalisée au fur et à mesure du recueil des données afin de permettre l'émergence progressive de concepts. Le recueil de données a été interrompu lorsque les derniers entretiens n'ont plus permis de faire émerger de nouveaux codes ni de nouveaux thèmes, suggérant que les principaux concepts avaient été identifiés.

Un journal de bord a été tenu tout au long du travail afin de consigner les réflexions méthodologiques et les pistes d'interprétation.

La rédaction de l'étude a respecté les critères COREQ (35).

F. Cadre éthique et légal

L'étude était présentée comme portant sur l'exercice de la médecine générale en territoire isolé, sans mention initiale du dispositif MCS, afin de limiter un éventuel biais de sélection. L'objectif final de notre recherche portant sur le dispositif MCS était systématiquement précisé à chaque participant avant le recueil de son consentement et le début de l'entretien, garantissant ainsi un consentement libre et éclairé conforme aux exigences éthiques.

Le consentement a été recueilli oralement avant chaque entretien.
Les participants ont été informés de la possibilité de mettre fin à l'entretien à tout instant et de quitter l'étude sans fournir d'explication.

Les entretiens ont été anonymisés de telle manière qu'aucun praticien concerné ne soit identifiable, conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) du 27 avril 2016.

Une fois les retranscriptions achevées, nous avons désigné les médecins généralistes participants par la lettre M s'ils adhéraient au dispositif ou par la lettre N s'ils n'y adhéraient pas, puis les avons classés par ordre chronologique (M1, M2… pour les MCS ; N1, N2… pour les non-MCS). Les enregistrements ont été effacés dès la retranscription terminée.

Notre étude n'a pas nécessité d'avis auprès du comité de protection des personnes (CPP) ni d'assurance. En effet, notre étude ne relevait pas du régime des recherches impliquant la personne humaine au sens de la loi Jardé n° 2012-300 du 5 mars 2012, modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016, dans la mesure où elle portait sur les représentations et les modalités d'exercice de professionnels de santé, sans intervention sur leur personne.

Elle n'a pas nécessité non plus d'accord de la part d'un comité d'éthique car elle ne comportait ni recueil de données sensibles sur l'orientation sexuelle ou la religion, ni entretien avec des personnes mineures ou majeures sous mesure de protection.

III. RÉSULTATS

A. Caractéristiques de la population

Notre étude présentait une population initiale de dix participants potentiels. Tous ont été contactés avant le début des entretiens. Deux d'entre eux n'ont pas répondu malgré une relance initiale.

Notre septième entretien n'a pas permis d'identifier de nouveaux codes ni de nouveaux thèmes, suggérant que les principaux concepts avaient été identifiés. Cette observation a été confortée par la réalisation d'un huitième entretien, qui n'a pas fait émerger de nouveaux éléments.

Devant cette absence de nouvelles données, mise en évidence par nos deux derniers entretiens, il n'a pas été jugé nécessaire de relancer une seconde fois les deux derniers praticiens et donc nous avons clôturé notre recrutement.

L'échantillon de cette étude était donc composé de huit médecins généralistes, quatre hommes et quatre femmes, âgés de 29 à 66 ans, pour une moyenne d'âge de 43,6 ans.

Les durées d'installation en Ouest Corse variaient entre 6 mois et 37 ans, pour une moyenne de 13,9 ans.

Quatre d'entre eux adhéraient au dispositif Médecin Correspondant du SAMU et les quatre autres n'y adhéraient pas. Pour les quatre médecins adhérents, l'ancienneté au sein du dispositif variait entre 1 an et 11 ans, pour une moyenne de 5,3 ans.

Les entretiens ont été réalisés entre le début du mois de juin 2026 et la fin du mois de juillet 2026. Quatre entretiens ont été réalisés en présentiel et quatre en visioconférence.

La durée moyenne des entretiens était de 30 minutes et 10 secondes, avec une durée minimale de 23 minutes et 19 secondes et une durée maximale de 53 minutes et 55 secondes.

Caractéristiques	Échantillon de l'étude
Nombre de participants	8 médecins généralistes
Sexe	4 femmes, 4 hommes
Âge moyen (étendue)	43,6 ans (29 ans-66 ans)
Durée moyenne d'installation (étendue)	13,9 ans (6 mois-37 ans)
Nombre d'adhérents au dispositif	4 MCS
Ancienneté moyenne d'adhésion au dispositif (étendue)	5,3 ans (1 an-11 ans)
Durée moyenne des entretiens (étendue)	30'10 (23'19-53'55)

Figure 3 : Caractéristiques des médecins participants à l'étude

B. Un dispositif perçu comme essentiel dans un territoire aux contraintes particulières

Les entretiens mettent en évidence un consensus quant à la pertinence du dispositif MCS dans le contexte de l'Ouest Corse. Qu'ils soient adhérents ou non au dispositif, les médecins interrogés considèrent que les contraintes d'éloignement, les délais d'intervention et les variations saisonnières justifient l'existence du dispositif. Les discours soulignent également la place qu'occupe désormais le MCS au sein de la chaîne locale de secours.

a. Un territoire marqué par l'éloignement des secours

Bien que l'adhésion au dispositif MCS implique d'être installé à plus de 30 minutes d'un déclenchement SMUR, plusieurs participants relatent des délais d'intervention des secours traditionnels (hors SAMU) prolongés en lien avec l'isolement géographique de leur secteur d'activité et le manque d'effectifs.

M1 : « *Un jour, j'ai été déclenché, même les pompiers sont arrivés 25 minutes après moi. Si on avait dû attendre que le VSAV arrive avant de déclencher le MCS, il y aurait eu une perte de chance pour le patient.* »

Au-delà des délais d'intervention, les participants décrivent la prise en charge de l'urgence comme une composante inhérente à l'exercice de la médecine générale en milieu rural et isolé. Qu'ils soient adhérents ou non, tous rapportent avoir déjà été confrontés à des situations d'urgence nécessitant une prise en charge avant l'arrivée des secours.

N1 : « *Le premier jour après m'être installé, j'ai été appelé au domicile d'une patiente pour un accouchement inopiné. J'ai réalisé l'accouchement seul comme j'ai pu, mais heureusement que le SAMU est arrivé pour gérer l'hémorragie de la délivrance. L'attente m'a semblé interminable.* »

Cette réalité est également illustrée par N3, qui décrit une urgence vitale survenue directement au cabinet médical.

N3 : « *Un jour, un patient est arrivé avec des douleurs thoraciques au cabinet. Il a fait l'arrêt cardiaque sur ma table d'examen. J'avais un peu de matériel pour perfuser mais rien d'autre, j'ai dû attendre l'arrivée du SAMU en faisant le massage cardiaque uniquement*. »

b. Les spécificités saisonnières de l'Ouest Corse

À cet éloignement structurel s'ajoute une forte variabilité saisonnière de l'activité, notamment en lien avec l'afflux touristique estival.

M2 : « *En juin, j'ai réalisé 8 interventions MCS, parfois même 2 par jour. Ça change de l'hiver, où parfois on ne fait que 2 sorties dans le mois. De la même façon, on est beaucoup plus sollicités pour des urgences non vitales également*. »

Les participants décrivent cette augmentation de l'activité comme un facteur renforçant les besoins en ressources médicales sur le territoire. Cette saisonnalité est perçue comme affectant l'ensemble de l'offre de soins, au-delà du seul dispositif MCS.

N3 : « *La fréquentation est multipliée par quasiment 10 entre juin et septembre. Même un médecin non installé qui passe dans la région, il aurait de quoi largement travailler*. »

N1 : « *Même en dehors de l'urgence vitale, on est amené à voir beaucoup plus de petites urgences avec les touristes en juillet et août*. »

c. Le MCS comme réponse adaptée aux délais d'intervention

Les médecins interrogés, qu'ils soient adhérents ou non au dispositif, considèrent le MCS comme une réponse adaptée aux contraintes territoriales précédemment décrites. Son principal intérêt réside dans la possibilité d'initier précocement la prise en charge des patients, en attendant l'arrivée des moyens de secours spécialisés.

M1 : « *C'est un vrai plus pour le patient dans sa prise en charge. On est dans un territoire éloigné, donc notre présence et notre action permettent d'avancer le diagnostic et les thérapeutiques, donc d'aider à la fois le malade, les confrères du SAMU et ceux des urgences*. »

N2 : « *L'intérêt est évident ! Ça offre des chances supplémentaires au patient*. »

M4 : « *Pour les patients, c'est un gain de temps... Un accès aux soins d'urgence vraiment bénéfique*. »

Cette perception est également partagée par les médecins non adhérents, qui reconnaissent eux aussi l'intérêt du dispositif dans l'amélioration du pronostic des patients.

N4 : « *Dans cette région, on voit bien l'intérêt du dispositif : intervenir en attendant que les secours arrivent, pour favoriser un meilleur pronostic pour le patient.* »

d. Une place reconnue dans la chaîne de secours

Au-delà de leur rôle d'intervenant de proximité, plusieurs médecins décrivent une véritable reconnaissance de la part de la régulation médicale. Cette relation de confiance apparaît comme un facteur facilitant les échanges avec le SAMU et la mobilisation rapide des moyens de secours.

M2 : « *Maintenant, ils savent qui je suis et ils me font confiance. Quand je fais mon bilan et que je demande un transport en urgence, je sais que je vais être suivi. Ça facilite les discussions et donc la fluidité dans l'aiguillage du patient.* »

M3 : « *Quand je dresse mon bilan, et que j'estime que le patient nécessite un transport aérien, le SAMU envoie un hélicoptère dans les plus brefs délais*. »

Cette collaboration est également perçue par les médecins non adhérents, qui identifient les MCS comme un maillon pleinement intégré à la chaîne de secours.

N1 : « *Lors d'un déclenchement MCS, une équipe SMUR est censée être envoyée en même temps théoriquement. Même si je n'y participe pas, on voit bien le lien et la suite logique dans la prise en charge*. »

M4 : « *On bosse vraiment en collaboration avec le SAMU. On est souvent là pour faire la jonction dans la prise en charge du patient*. »

C. La confiance en ses compétences comme condition à l'engagement

Les entretiens mettent en évidence que la confiance accordée à ses compétences en médecine d'urgence occupe une place importante dans les discours des participants concernant leur engagement dans le dispositif MCS. Cette confiance apparaît variable selon les médecins et est influencée par leur parcours de formation, leur expérience

antérieure de l'urgence ainsi que le maintien de leurs compétences au fil du temps.

a. Une formation initiale puis continue, jugée indispensable

La formation obligatoire, dispensée par le CESU 2A, est unanimement considérée comme l'un des points forts du dispositif MCS, y compris par les médecins n'y ayant pas accès.

N1 : « *Il paraît que la formation est top… J'aimerais beaucoup y avoir accès, même en tant que simple généraliste*. »

Si la nécessité de cette formation ne fait pas débat, certains participants soulignent néanmoins qu'elle ne suffit pas, à elle seule, à se sentir pleinement préparé à la prise en charge des urgences vitales, comme l'illustrent les propos de N4.

N4 : « *La formation est fondamentale, mais elle ne dure que 4 jours. Je trouve ça un peu maigre pour me sentir prêt à gérer des urgences vitales*. »

Les participants mettent également en avant l'intérêt des sessions annuelles de recyclage, perçues comme un moyen de maintenir et d'actualiser leurs connaissances et d'entretenir leurs compétences techniques.

M3 : « *Lorsqu'on a fait la journée au bloc, j'ai découvert les masques et les tubes laryngés. Maintenant, cela fait partie de la dotation MCS. Le recyclage est toujours intéressant pour pratiquer la mise en place de ventilation et la pose de voie d'abord*. »

b. Le maintien des compétences, entre crainte et absence de doute

Le maintien des compétences apparaît comme une préoccupation récurrente dans les discours. Plusieurs médecins estiment que la confiance acquise au cours de la

formation initiale peut s'éroder avec le temps en l'absence d'une pratique régulière des situations d'urgence.

N2 : « *Pour intuber, il faut le faire régulièrement. J'ai appris à le faire quand j'étais interne, mais je ne sais pas si j'en serai capable aujourd'hui dans des conditions d'urgence*. »

N3 : « *La théorie, on peut la revoir. C'est la pratique, les gestes et les prises en charge dans les situations de stress qui manquent*. »

Cette préoccupation est également retrouvée chez d'autres participants, pour lesquels le manque de pratique régulière constitue un frein à la confiance dans la prise en charge des urgences vitales.

N4 : « *Je ne me sens pas légitime, je ne me sens pas capable ni formé à ce jour. J'ai peur de ne pas pratiquer assez, de ne pas avoir les compétences nécessaires*. »

À l'inverse, M3 estime que la fréquence des interventions MCS, associée aux sessions de recyclage, lui permet de maintenir ses compétences et de conserver sa confiance dans la prise en charge des situations d'urgence.

M3 : « *On est assez régulièrement sollicité, avec nécessité de réaliser des gestes techniques. Et comme je l'ai souligné auparavant, on pratique beaucoup lors des recyclages*. »

c. L'expérience préalable à l'urgence, un continuum chez les participants

Au-delà de la formation MCS, les données recueillies soulignent que le rapport à l'urgence est fortement influencé par le parcours professionnel antérieur des médecins. L'expérience acquise avant l'installation apparaît comme un véritable

continuum, allant d'une exposition limitée à une pratique régulière et prolongée, et influençant le niveau de confiance exprimé par les participants.

Chez plusieurs médecins, une exposition limitée ou vécue difficilement au cours de leur formation nourrit un sentiment d'insécurité face aux situations d'urgence.

M2 : « *J'étais effrayé à l'idée de faire des urgences, j'étais traumatisé par mon stage durant mon internat qui s'était mal passé…* »

N4 : « *Moi, je n'ai pas fait de stage au SAMU… Je ne suis peut-être pas aussi à l'aise qu'un autre pour les gestes d'urgence*. »

À l'autre extrémité de ce continuum, M3 décrit un parcours largement orienté vers la médecine d'urgence, complété par une expérience en tant que médecin-pompier au début de son exercice.

M3 : « *J'ai fait 6 mois de SAMU, 6 mois d'urgence et 6 mois de cardio durant mon internat. Puis j'ai été médecin-pompier jusqu'à la création du dispositif MCS. Ça aide à être à l'aise devant l'urgence*. »

D. Un engagement porté par le sentiment d'utilité et la valorisation de la pratique

Les entretiens mettent en évidence plusieurs dimensions associées à l'engagement dans le dispositif MCS. Les participants évoquent le sentiment d'utilité auprès de la population, la valorisation de leur pratique professionnelle ainsi que la reconnaissance financière comme des éléments participant à cet engagement.

a. Un engagement porté par le sentiment d'être utile

L'engagement dans le dispositif MCS est avant tout présenté comme un moyen d'améliorer la prise en charge des patients. Les médecins adhérents décrivent un fort sentiment d'utilité et de service rendu à la population.

M4 : « *Être MCS, c'est un service que l'on rend à la population*. »

Cette perception est renforcée par la reconnaissance exprimée par les patients et par le sentiment de contribuer à l'offre de soins sur le territoire de l'Ouest Corse.

M2 : « *Quelques jours après une intervention, le patient m'appelle pour me donner de ses nouvelles. Il me remercie de lui avoir sauvé la vie en pleurant… J'avoue qu'il n'y a pas plus belle reconnaissance et que le sentiment de satisfaction d'avoir été utile était immense*. »

Pour M1 et M3, tous deux originaires des zones où ils exercent, cette utilité dépasse les seules interventions réalisées et s'inscrit dans une volonté plus large de rendre service à la population de leur territoire.

M1 : « *Les patients savent que je suis MCS. Je pense que ça les rassure, ils sont contents de ce que je fais pour le territoire et pour le village*. »

M3 : « *C'est un service que l'on rend à la population, qui nous tient à cœur car nous avons grandi et habitons ici*. »

b. Une pratique valorisante, entre attrait pour l'urgence et développement professionnel

Au-delà du bénéfice apporté aux patients, le dispositif MCS est décrit comme une opportunité d'enrichir l'exercice de la médecine générale. Les participants décrivent des trajectoires différentes concernant leur intérêt pour la médecine d'urgence. Chez

certains, cet intérêt précède l'engagement en tant que MCS, tandis que chez d'autres, il se développe progressivement avec l'expérience.

M4 : « *Je voulais faire urgentiste moi à la base. Puis quand j'ai vu la création d'un internat dédié à la médecine d'urgence, je me suis réorienté vers la médecine générale*. »

M2 : « *En commençant les gardes MCS, au début, j'avais peur. Puis au fil du temps, je me suis rendu compte que je savais faire. Donc j'ai pris confiance en moi, et maintenant j'adore*. »

Le parcours de M3 s'inscrit quant à lui dans une trajectoire déjà orientée vers la médecine d'urgence, construite au cours de son internat puis de son expérience comme médecin-pompier.

M3 : « *J'ai fait 6 mois de SAMU, 6 mois d'urgence et 6 mois de cardio durant mon internat. Puis j'ai été médecin-pompier jusqu'à la création du dispositif MCS*. »

Les participants soulignent également que le dispositif leur offre l'occasion de mettre en pratique les connaissances acquises lors des formations, contribuant ainsi à leur pratique professionnelle.

M2 : « *Avant, les protocoles du SAMU, c'était uniquement du théorique pour moi. Maintenant, je sais les appliquer et quand je vois que ça fonctionne et que ça améliore le patient, c'est super satisfaisant*. »

Enfin, le dispositif est décrit comme faisant évoluer le rôle du médecin généraliste lors des interventions MCS, avec une implication accrue dans la prise en charge des urgences.

M2 : « *Lors d'un déclenchement MCS, tu passes de médecin généraliste au cabinet à leader d'une prise en charge d'urgence vitale*. »

c. Une reconnaissance financière assumée mais nuancée

La rémunération constitue un élément évoqué régulièrement lors des entretiens, sans qu'elle apparaisse comme une motivation exclusive à s'engager. Son importance est reconnue par l'ensemble des médecins, mais reste abordée selon des perspectives différentes.

Pour certains, elle est perçue comme une reconnaissance légitime du temps consacré et de la responsabilité assumée.

M1 : « *La rémunération MCS, c'est aussi un apport financier qui n'est pas négligeable… Je pense que ce n'est pas une honte de le dire*. »

D'autres participants, qu'ils soient adhérents ou non au dispositif, abordent davantage la rémunération sous l'angle des disparités avec la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA).

M2 : « *La rémunération du dispositif, ça valorise nos actes d'urgence, notamment financièrement… s'il n'y a pas de garde MCS la nuit, on n'est payé que sur la PDSA jusqu'à minuit*… »

N2 : « *Sans être vénal, étant donné que le MCS n'est pas cumulable avec la PDSA en nuit profonde, du coup on serait payé moins et on offrirait des soins à moins de patients… Sur ce plan-là, il n'y a pas trop d'intérêt*. »

À l'inverse, M3 évoque spontanément la rémunération comme l'un des avantages du dispositif, au même titre que le matériel mis à disposition ou la formation proposée.

M3 : « *La rémunération, ce n'est pas anodin non plus, c'est un avantage… À la fin de l'année, ça fait une jolie somme hein*. »

E. Une responsabilité de MCS difficile à concilier avec l'exercice libéral

Les entretiens mettent en évidence que l'engagement dans le dispositif MCS s'accompagne de contraintes importantes pour les médecins. Les participants décrivent des répercussions sur leur vie personnelle, le poids de la responsabilité inhérente à la prise en charge des urgences, ainsi que des contraintes organisationnelles liées à l'exercice du dispositif en médecine générale.

a. Une disponibilité impactant la vie personnelle et familiale

Les participants décrivent les répercussions des gardes MCS sur leur vie personnelle et familiale. Cette disponibilité apparaît comme une contrainte inhérente au dispositif, nécessitant une adaptation permanente de l'organisation quotidienne, tant sur le plan professionnel que personnel.

M4 : « *Quand tu es MCS, toute ta vie perso est rythmée par le planning de garde. Avec des enfants en bas âge, l'organisation doit être millimétrée par moment*. »

Cette contrainte est également évoquée par les médecins non adhérents, qui anticipent les conséquences qu'un tel engagement pourrait avoir sur leur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle.

N3 : « *Dans notre cabinet, on est de garde un jour sur trois pour la PDSA. Vu qu'on ne peut pas cumuler avec le MCS, en y adhérant, on serait de garde deux jours sur trois, ça serait invivable*. »

Plusieurs participants décrivent également les stratégies mises en place pour préserver leur vie personnelle malgré les contraintes liées aux gardes.

M2 : « *Dès que je quitte le travail, je mets en place un répondeur avec consignes de contacter le 15 en cas d'urgence et je ne réponds plus que quand le SAMU m'appelle.*

C'est la seule astuce que j'ai trouvée pour conserver un peu de temps personnel même pendant les gardes. »

Malgré ces adaptations, certains reconnaissent que cet engagement implique des concessions sur leur vie personnelle.

M1 : « *Avec les déclenchements MCS, c'est sûr que j'ai perdu quelques moments avec ma femme et ma fille, ça met un peu les nerfs*. »

M2 : « *Je sais que toutes ces gardes, ça met en péril mon équilibre et ma vie perso, mais bon… Ça correspond au sens que je donne à mon métier*. »

b. Une responsabilité lourde à assumer

Les participants décrivent la prise en charge des urgences vitales comme une responsabilité particulièrement lourde, pouvant s'accompagner d'une charge émotionnelle et d'un sentiment de solitude, notamment lorsqu'ils interviennent avant l'arrivée des secours.

M1 : « *C'est parfois compliqué, tu te retrouves seul devant un patient en urgence vitale et des proches en détresse. Il faut assumer tes responsabilités dans ces moments*. »

M4 : « *Je trouve que c'est une sacrée responsabilité… Il faut que tu sois en capacité d'assurer la prise en charge pendant 30 minutes*. »

Au-delà de la responsabilité médicale, plusieurs médecins évoquent également la charge émotionnelle associée aux interventions, tant pendant leur déroulement qu'après leur prise en charge.

M4 : « *Il y a aussi la charge émotionnelle à gérer. En vivant sur le territoire, on est amené à prendre en charge des connaissances, et parfois même des proches*. »

M2 : « *Une fois que tu rentres après l'intervention, que l'adrénaline de la situation redescend, c'est parfois compliqué de faire comme si de rien n'était*. »

Chez les médecins non adhérents, cette responsabilité est également perçue à travers les moyens limités dont ils disposent pour faire face à certaines situations.

N2 : « *Même si on n'a pas tout le matériel au cabinet, on est obligé de faire ce qu'on peut avec notre stéthoscope, notre tensiomètre et la petite trousse d'urgence qu'on se constitue nous-même… Et on doit prendre en charge les détresses vitales du mieux qu'on peut, avec la même responsabilité que si on était MCS… Ce n'est pas toujours évident*. »

c. Des contraintes organisationnelles et matérielles de l'exercice

Les participants décrivent plusieurs contraintes pratiques liées à l'exercice de la médecine d'urgence en médecine générale. Celles-ci concernent à la fois l'organisation de l'activité médicale lors des déclenchements et la gestion du matériel nécessaire aux interventions.

Les déclenchements imposent une réorganisation immédiate de l'activité du cabinet afin d'assurer la continuité des soins.

M1 : « *Quand je suis déclenché et que la salle d'attente est pleine, je demande à la secrétaire de contacter les patients suivants pour les prévenir. Ils comprennent en général, mais je suis obligé de rattraper les consultations sur ma pause déjeuner ou sur mon temps libre personnel*. »

L'absence de repos compensateur à l'issue des gardes est également rapportée comme une contrainte dans l'organisation de l'exercice.

M3 : « *Quand tu pars sur une intervention qui dure à 4h du matin et que tu n'as pas de repos de garde le lendemain, la journée de consultations est nettement moins évidente*. »

Au-delà de l'organisation de l'activité, plusieurs participants évoquent les contraintes liées à la gestion du matériel.

M4 : « *Certes les infirmières du SAMU refont le plein du sac tous les mois. Mais quand tu passes des drogues sur une intervention, c'est à toi de les remplacer le lendemain, sinon ça peut manquer pour la garde suivante*. »

M2 : « *Le matériel MCS est imposant avec l'obus d'oxygène, le respirateur, le LifePack… Ça peut être une vraie épreuve pour tout acheminer*. »

Des difficultés similaires sont également rapportées par les médecins non adhérents au dispositif MCS, concernant leur matériel personnel destiné à la prise en charge des urgences.

N3 : « *J'ai ma propre trousse d'urgence avec de l'adrénaline, deux ou trois solutés et des antibiotiques. Vu que je ne m'en sers pas souvent, c'est fréquent que les produits périment… Et c'est à moi seul de les remplacer dans ce cas*. »

F. Une relation ambivalente avec la régulation du SAMU

Les entretiens mettent en évidence une relation globalement positive entre les médecins et la régulation du SAMU, tout en faisant émerger certaines difficultés dans son fonctionnement. Les participants décrivent une collaboration construite au fil du temps, rapportent des dysfonctionnements ponctuels de la régulation et évoquent des adaptations du circuit de prise en charge face à certaines situations.

a. Une collaboration construite au fil du temps

Les médecins interrogés décrivent une relation globalement satisfaisante avec la régulation du SAMU. Plusieurs participants estiment que cette collaboration s'est renforcée au fil du temps, favorisant des échanges plus fluides et une meilleure prise en compte de leurs évaluations cliniques.

M2 : « *Maintenant, ils savent qui je suis et ils me font confiance. Quand je fais mon bilan et que je demande un transport en urgence, je sais que je vais être suivi. Ça facilite les discussions et donc la fluidité dans l'aiguillage du patient.* »

Cette qualité des échanges est également rapportée par les médecins non adhérents, certains soulignant que l'interconnaissance avec les médecins régulateurs facilite les interactions.

N3 : « *Je connais pas mal de régulateurs personnellement, par la faculté et les années d'exercice. C'est sûr que ça facilite les échanges*. »

Les participants rapportent également une amélioration progressive de leurs relations avec la régulation au fil du temps. Celle-ci se traduit notamment par une plus grande disponibilité des équipes et par des échanges qui se prolongent au-delà des interventions lorsqu'un débriefing est nécessaire.

M3 : « *Depuis deux ou trois ans, on constate une nette amélioration dans la qualité des discussions, des déclenchements et de leur disponibilité*. »

M1 : « *Les médecins du SAMU sont disponibles après les interventions, pour faire le point sur ce qui a été bien fait et ce qui peut être amélioré*. »

b. Des dysfonctionnements ponctuels de la régulation

Les participants rapportent plusieurs situations dans lesquelles certaines décisions ainsi que le fonctionnement de la régulation sont perçus comme discutables. Celles-ci concernent aussi bien certaines décisions médicales que des difficultés organisationnelles, avec des conséquences jugées plus ou moins importantes selon les situations.

Cette perception est également retrouvée chez les médecins non adhérents, certains s'interrogant sur la pertinence de certaines décisions de régulation dans le contexte d'isolement géographique du territoire.

N2 : « *Il est arrivé que le SAMU nous appelle pour un arrêt cardiaque à quasiment une heure de route, nous demandant de faire un bilan avant de les rappeler pour savoir s'il y a nécessité de déclencher un équipage SMUR. On sait pertinemment qu'on part pour dire d'arrêter la réanimation et signer le certificat de décès… C'est discutable*. »

D'autres participants rapportent des situations dans lesquelles certaines décisions de régulation ont été perçues comme pouvant retarder la prise en charge des patients.

M1 : « *J'ai eu un patient qui a fait un traumatisme crânien grave. Il présentait des troubles de la vigilance, du coup j'ai demandé un transfert aérien. Ils ont refusé et ont déclenché un équipage terrestre. Le patient s'est dégradé, j'ai dû l'intuber sur place 10 minutes plus tard. Je les ai rappelés et là, ils m'ont envoyé l'hélicoptère tout de suite*. »

Des difficultés organisationnelles sont également évoquées, notamment concernant la gestion des tableaux de garde.

M4 : « *Sur certaines de mes gardes, je vois les VSAV ou parfois le SMUR passer dans le village. Quand j'appelle la régulation et que je leur demande pourquoi je n'ai pas été déclenché, ils me répondent qu'ils n'ont pas de MCS de garde sur leurs tableaux*. »

M3 : « *Il existe encore des confusions entre tableaux de garde de PDSA et de MCS. Comme la PDSA finit à minuit sur notre territoire, il arrive que les régulateurs pensent que la garde MCS aussi se termine à minuit*. »

c. Une régulation parfois secondaire dans le parcours de soins

Les participants décrivent plusieurs situations dans lesquelles la régulation du SAMU n'intervient pas en premier dans le parcours de soins. Les patients, leur entourage ou certains professionnels de santé sollicitent souvent directement les médecins, conduisant parfois à une régulation secondaire par le Centre 15.

M4 : « *Régulièrement, c'est moi qui m'auto-déclenche sur sollicitation des patients… Ça arrive dans quasiment la moitié des interventions*. »

M3 : « *Les gens ont mon numéro de téléphone, ils m'appellent directement, sans passer par le 15. Je me déplace, puis j'appelle le 15 avec mon bilan. J'appelle ça un déclenchement à rebours*. »

Ce mode de recours direct aux médecins est également décrit par les médecins non adhérents, dans le cadre de la PDSA.

N2 : « *La plupart du temps, on est sollicité directement par les patients, leurs familles ou les infirmières plutôt que par le SAMU durant nos gardes de PDSA*. »

Face à ces sollicitations, certains médecins décrivent des adaptations de leur organisation afin d'encourager un recours prioritaire au Centre 15.

M2 : « *Dès que je quitte le travail, je mets en place un répondeur avec consignes de contacter le 15 en cas d'urgence et je ne réponds plus que quand le SAMU m'appelle*. »

G. Un dispositif perfectible malgré une forte adhésion de principe

Les entretiens mettent en évidence une adhésion de principe au dispositif MCS, sans remise en cause de son intérêt par les participants. Ces derniers identifient en revanche plusieurs pistes d'amélioration portant sur les modalités d'accès au dispositif ainsi que sur son fonctionnement quotidien.

a. Des freins à l'accès à la formation MCS

Les participants décrivent plusieurs difficultés susceptibles de limiter l'accès à la formation MCS. Celles-ci concernent notamment les conditions d'accès à la formation, son financement ainsi que ses modalités d'organisation.

Les médecins non adhérents évoquent en premier lieu les conditions d'accès à la formation. Certains estiment que celle-ci pourrait être dissociée d'un engagement immédiat dans le dispositif.

N1 : « *Il serait intéressant de pouvoir bénéficier de la formation et de l'assurance qu'elle confère sans être obligé de prendre les gardes tout de suite*. »

D'autres participants soulignent des freins liés aux critères d'éligibilité, au financement de la formation ou à ses modalités d'organisation.

M2 : « *J'ai des amis qui veulent faire la formation, mais étant donné qu'ils ne sont pas encore installés, l'ARS et le CESU refusent qu'ils s'inscrivent*. »

N3 : « *Aujourd'hui, si on n'est pas MCS tout de suite, la formation n'est pas disponible ni financée. C'est quand même un frein pour quelqu'un qui hésiterait à se lancer*. »

Enfin, des contraintes organisationnelles sont également rapportées concernant la mise en place des sessions de formation.

M3 : « *Le CESU ne veut pas organiser de formation s'il n'y a pas au minimum trois médecins, mais refuse les candidatures. Comme il n'y avait qu'une seule candidature validée cette année, il n'y a pas eu de formation*. »

b. Des propositions pour améliorer le fonctionnement du dispositif

Les participants formulent plusieurs propositions visant à améliorer le fonctionnement quotidien du dispositif MCS. Celles-ci concernent les moyens matériels mis à disposition, l'organisation territoriale ainsi que certaines modalités de fonctionnement.

Plusieurs médecins suggèrent une évolution des moyens matériels mis à disposition, notamment par un réapprovisionnement plus fréquent du sac d'intervention et une adaptation de certains équipements aux besoins rencontrés sur le terrain.

M4 : « *Un réapprovisionnement 2 fois par mois, ça serait super. Ça nous enlèverait une charge importante en post-intervention*. »

M2 : « *Avoir un véhicule de service avec l'ensemble du matériel à l'intérieur, ça sécuriserait les interventions ! Il y aurait moins de risque d'oublier une chose ou l'autre dans la hâte du déclenchement*. »

D'autres participants proposent une évolution de l'organisation territoriale, notamment par un recours plus important aux véhicules légers infirmiers (VLI). Cette proposition est toutefois nuancée par la disponibilité encore inconstante de ces équipes sur certains secteurs.

N2 : « *Les VLI sont des véhicules équipés, conduits par des infirmiers formés à l'urgence et bénéficiant de protocoles rédigés par le SAMU. Si tu incites les infirmiers à prendre ce rôle, tu couvres pas mal de territoires supplémentaires, même sans bénéficier de l'intervention d'un MCS*. »

N3 : « *Démocratiser les VLI, ça serait idéal ! Parce que pour l'instant, il y en a quelques-uns, mais leur présence est trop aléatoire donc tu ne peux pas compter dessus*. »

Enfin, certains participants suggèrent de faire évoluer les modalités de fonctionnement du dispositif afin d'en favoriser le développement. Ils évoquent notamment un assouplissement de son cadre de fonctionnement ainsi que le développement d'une offre de formation continue dédiée aux soins d'urgence préhospitaliers à destination des médecins généralistes.

N1 : « *Le dispositif MCS avec un cadre légal un peu plus souple et permissif, je suis preneur*. »

N4 : « *Il n'y a pas de formation hors MCS proposée par le CESU pour l'apprentissage des gestes techniques en médecine générale. Je pense qu'une telle formation pourrait favoriser la prise de conscience de nos compétences et donc favoriser secondairement l'adhésion au dispositif*. »

IV. DISCUSSION

A. Principaux résultats

Cette étude qualitative avait pour objectif principal d'explorer les motivations et les freins des médecins généralistes à rejoindre le dispositif Médecin Correspondant du SAMU (MCS) en Ouest Corse. Les résultats mettent en évidence que l'adhésion au principe du dispositif est largement partagée par les médecins interrogés, qu'ils soient adhérents ou non.

L'engagement effectif apparaît toutefois influencé par un ensemble de facteurs individuels, organisationnels et territoriaux qui dépassent la seule perception de l'intérêt du dispositif.

a. Une adhésion de principe qui ne suffit pas à favoriser l'engagement

L'un des principaux enseignements de cette étude est le décalage observé entre l'adhésion des médecins généralistes interrogés au principe du dispositif MCS et leur engagement effectif.

En effet, qu'ils soient adhérents ou non, les participants reconnaissent unanimement l'intérêt du dispositif pour améliorer la prise en charge des urgences vitales en territoire isolé. Pourtant, cette adhésion de principe ne se traduit pas systématiquement par une participation au dispositif.

Ce constat suggère que les difficultés de développement du réseau MCS en Ouest Corse ne relèvent pas d'une remise en cause de sa pertinence, mais davantage des conditions dans lesquelles les médecins peuvent, ou souhaitent, s'y engager.

Les facteurs individuels, organisationnels et territoriaux semblent ainsi davantage conditionner l'engagement que l'acceptabilité du dispositif lui-même.

Cette distinction apparaît importante, car elle oriente les leviers d'amélioration non pas vers la démonstration de l'intérêt du dispositif, mais vers l'identification et la réduction des obstacles à l'engagement des médecins généralistes.

b. Un engagement fondé sur le sentiment d'utilité et la confiance en ses compétences

L'engagement en tant que MCS semble reposer sur la combinaison de deux dimensions complémentaires : le sentiment d'utilité auprès de la population et la confiance dans ses propres compétences à prendre en charge une urgence vitale.

Les médecins décrivent leur engagement avant tout comme une manière de répondre à un besoin du territoire et de contribuer à l'amélioration de l'offre de soins. La reconnaissance exprimée par les patients apparaît comme un facteur renforçant ce sentiment d'utilité.

À l'inverse, les médecins non adhérents ne remettent pas en cause l'intérêt du dispositif, mais expriment plus fréquemment des doutes quant à leur légitimité ou à leur capacité à intervenir dans des situations d'urgence.

La confiance en ses compétences apparaît ainsi comme un déterminant majeur de la décision de s'engager. Elle ne semble toutefois pas reposer uniquement sur la formation initiale dispensée par le CESU, mais également sur le parcours professionnel antérieur, l'expérience des situations d'urgence et le maintien régulier des compétences.

Pour les médecins adhérents, la formation MCS constitue un véritable levier de réassurance en confortant leur capacité à intervenir.

À l'inverse, plusieurs médecins non adhérents considèrent que les difficultés d'accès à cette formation limitent leur possibilité de développer cette confiance et constituent, à ce titre, un frein supplémentaire à leur engagement.

Cette observation suggère que la confiance des médecins dans leurs compétences ne repose pas seulement sur la formation initiale, mais se construit progressivement au fil de l'expérience, de la formation continue et d'une pratique régulière. Elle souligne également que l'accès à la formation constitue un enjeu majeur, à la fois comme facteur de développement des compétences et comme levier potentiel d'adhésion au dispositif.

c. Des freins principalement liés aux contraintes de l'exercice libéral

Les principaux freins à l'engagement identifiés dans cette étude ne relèvent pas d'un manque d'intérêt pour la médecine d'urgence, mais des contraintes inhérentes à l'exercice de la médecine générale libérale. Les médecins interrogés évoquent en premier lieu les difficultés à concilier l'activité de MCS avec leur exercice quotidien, notamment en raison des répercussions sur l'organisation du cabinet, de l'impact sur la vie personnelle et familiale, ainsi que de l'absence de temps de récupération après certaines interventions.

Ces contraintes apparaissent d'autant plus marquées que l'activité de MCS s'ajoute à une charge de travail déjà importante. Les participants décrivent ainsi un équilibre parfois difficile à maintenir entre leur engagement au service de la population et les exigences de leur activité professionnelle. Cette tension peut conduire certains médecins à renoncer à s'engager dans le dispositif, malgré une perception positive de son intérêt.

Au-delà de ces contraintes organisationnelles, les médecins soulignent également le poids de la responsabilité associé à la prise en charge des urgences vitales. Si cette responsabilité participe, pour certains, à l'intérêt du dispositif et à la valorisation de leur pratique, elle constitue également une source d'appréhension et de charge émotionnelle pour d'autres.

L’ensemble de ces éléments suggère que les freins identifiés relèvent davantage des conditions d’exercice de la médecine générale en territoire isolé que du dispositif MCS lui-même.

d. Une articulation parfois complexe entre la régulation médicale et les pratiques de terrain

L’articulation entre la régulation médicale et les pratiques de terrain apparaît plus nuancée que ne le laisse supposer le fonctionnement théorique du dispositif MCS. Les médecins adhérents décrivent globalement des échanges satisfaisants avec les médecins régulateurs et reconnaissent le caractère sécurisant de cette collaboration. Toutefois, plusieurs participants rapportent également des situations de désaccord ou des difficultés attribuées à une connaissance parfois imparfaite des réalités locales.

Les pratiques de recours aux soins décrites par les participants ne s’inscrivent pas toujours dans le parcours de soins attendu. Les médecins généralistes sont parfois sollicités directement par les patients, leur entourage ou d’autres professionnels de santé, conduisant à des auto-déclenchements puis à une régulation secondaire. Ces situations illustrent la place centrale occupée par les médecins généralistes dans l’organisation locale des soins et les liens de proximité entretenus avec la population.

L’ensemble de ces observations suggère que le fonctionnement du dispositif MCS ne dépend pas uniquement de son organisation institutionnelle, mais également des pratiques locales de recours aux soins. Il met en évidence l’influence des spécificités territoriales sur la manière dont la régulation médicale s’articule avec les organisations de soins existantes.

e. Des leviers d'évolution pour favoriser le développement du dispositif

Les propositions formulées par les participants s'inscrivent dans la continuité des principaux freins identifiés au cours de cette étude. Elles ne remettent pas en cause les objectifs du dispositif MCS, mais visent à en faciliter l'exercice et à favoriser son développement.

Les évolutions proposées concernent principalement l'amélioration des conditions d'intervention, l'adaptation de l'organisation territoriale ainsi que le renforcement de l'offre de formation. L'amélioration des moyens matériels, le recours plus important aux véhicules légers infirmiers (VLI) ou encore l'assouplissement de certaines modalités de fonctionnement sont perçus comme des leviers permettant de mieux concilier l'activité de MCS avec l'exercice de la médecine générale.

Le développement d'une offre de formation dédiée aux soins d'urgence préhospitaliers apparaît également comme un axe d'amélioration majeur. Au-delà du renforcement des compétences, une telle formation pourrait contribuer à développer la confiance des médecins dans leur capacité à intervenir en situation d'urgence et, ainsi, favoriser leur adhésion au dispositif.

B. Forces et limites de l'étude

a. Forces de l'étude

i. Le choix de la méthode qualitative

La principale force de cette étude réside dans le choix de la méthode qualitative, qui nous a semblé particulièrement adaptée à notre question de recherche lors de la conception de cette étude. Notre objectif n'était pas de mesurer la fréquence de l'adhésion au dispositif MCS chez les généralistes, ni d'identifier des associations statistiques des facteurs d'engagement, mais de comprendre les motivations et les

freins pouvant influencer l'engagement des médecins généralistes d'Ouest Corse, ainsi que leurs représentations et leurs expériences.

Le recueil des données par le moyen d'entretiens individuels semi-dirigés a ainsi permis de laisser une expression libre aux participants et d'explorer leurs perceptions de manière approfondie. Cette approche a permis de faire émerger des dimensions difficilement accessibles par une approche quantitative.

Elle a ainsi permis d'appréhender l'engagement dans le dispositif dans sa totalité, en prenant en compte à la fois les facteurs individuels, professionnels et territoriaux.

ii. Une diversité des profils professionnels

La sollicitation de l'ensemble des médecins généralistes éligibles du territoire, plutôt qu'une sélection parmi eux, a favorisé la diversité des profils, notamment selon leur âge, leur lieu et leur ancienneté d'installation, ainsi que leur adhésion ou non au dispositif. Cette exhaustivité de recrutement avait pour objectif de recueillir des expériences et des représentations diverses vis-à-vis du dispositif MCS, afin de limiter le risque d'une sélection orientée vers des profils particuliers.

Cette stratégie a conduit à l'inclusion de médecins présentant des profils et des parcours professionnels variés. L'échantillon comprenait ainsi quatre médecins MCS et quatre médecins non-MCS, avec des niveaux d'exposition à la médecine d'urgence différents, allant du médecin non-MCS nouvellement installé au médecin MCS plus expérimenté, avec une expérience acquise au cours de sa formation initiale et de son exercice professionnel.

La répartition entre hommes et femmes était également équilibrée, avec quatre femmes et quatre hommes.

Cette hétérogénéité a favorisé l'émergence de points de vue contrastés et a contribué à mettre en évidence la pluralité des facteurs susceptibles d'influencer l'engagement dans le dispositif.

Enfin, cette composition de l'échantillon a permis, dès le septième entretien, de ne plus faire émerger de nouveaux codes ni de nouveaux thèmes, ce qui a été confirmé par le huitième entretien, suggérant ainsi que l'échantillon constitué permettait d'explorer les principales dimensions du phénomène étudié.

iii. Une présentation neutre au premier contact

Lors du premier contact avec les médecins, l'étude était présentée comme portant sur l'exercice de la médecine générale en territoire isolé, sans que son objet spécifique concernant le dispositif MCS ne soit précisé. Le sujet précis de l'étude n'était révélé qu'au moment de l'entretien, avant le recueil du consentement, afin que les participants puissent consentir à leur participation en connaissance de l'objet réel de l'étude. Le droit de retrait restait toutefois possible à tout moment.

Cette démarche visait à réduire l'influence de la connaissance préalable du sujet sur la décision de participer ou non. Elle permettait notamment d'éviter de sélectionner préférentiellement des médecins déjà sensibilisés au dispositif.

Cette précaution a ainsi contribué à limiter le risque de biais de sélection lié au sujet de cette étude.

b. Limites de l'étude

i. Une expérience limitée en recherche qualitative

L'investigateur principal étant un novice en recherche qualitative, son expérience limitée dans la conduite d'entretiens semi-dirigés et dans l'analyse des données constitue une limite certaine de cette étude. La maîtrise de la posture lors des entretiens, les techniques de relance et la recherche de l'approfondissement du discours se sont ainsi construites progressivement au cours du recueil.

Les premiers entretiens ont pu être moins approfondis sur certains aspects, tandis que l'expérience acquise a permis d'affiner progressivement leur conduite. Cette évolution a pu entraîner une certaine hétérogénéité dans la qualité des échanges et des propos recueillis.

ii. Une analyse réalisée par un seul investigateur

Le codage et l'analyse des données ont été réalisés par un investigateur unique, ce qui expose à un risque de subjectivité dans l'interprétation des verbatims et la construction des thèmes. L'absence de double codage ne permet notamment pas de confronter de manière indépendante les différentes interprétations possibles des données.

Cette limite a toutefois été prise en compte durant la totalité du processus d'analyse. La tenue d'un journal de bord a permis de conserver une trace des réflexions et de l'évolution de l'analyse au cours du recueil. Les retranscriptions ont également fait l'objet de lectures répétées, avec des allers-retours entre les données recueillies et les catégories émergentes, afin de questionner et d'affiner progressivement les interprétations.

iii. Une possible influence de la position de l'investigateur

La position de l'investigateur a pu influencer le déroulement des entretiens et les données recueillies. Son statut d'interne en médecine générale ainsi que le fait qu'il soit originaire du territoire étudié étaient connus des participants. Par ailleurs, des relations professionnelles et personnelles préexistantes avec certains médecins ont pu influencer la dynamique des échanges ou la manière dont certains participants ont présenté leur expérience du dispositif. Ces éléments peuvent être à l'origine d'un biais de subjectivité dans le recueil des données.

Cette proximité professionnelle a toutefois pu faciliter l'instauration d'un climat de confiance et favoriser la liberté d'expression des participants.

iv. Un biais de sélection possible

Malgré la présentation neutre de l'étude lors du premier contact, un biais de sélection ne peut être totalement exclu. Le recrutement reposait notamment sur la sollicitation des médecins généralistes exerçant dans le territoire étudié, certains contacts ayant également été établis dans le cadre des relations professionnelles de l'investigateur.

La participation reposant sur le volontariat, les médecins ayant accepté de participer pouvaient présenter certaines caractéristiques ou des disponibilités particulières. Les dix médecins généralistes installés sur le territoire ont été contactés, dont deux n'ont pas répondu malgré une relance. Huit ont donc pu être inclus dans cette étude, ce qui pourrait limiter ce biais. Les entretiens sept et huit n'ayant pas fait émerger de nouveaux codes ni de nouveaux thèmes, il n'a pas été jugé nécessaire de relancer une seconde fois les deux médecins restants.

v. Un contexte territorial spécifique

L'étude a été menée dans la microrégion Ouest Corse, un territoire présentant des caractéristiques géographiques particulières, à la fois insulaires et montagneuses, et qui est marqué par une forte saisonnalité touristique. Les expériences et représentations recueillies sont ainsi susceptibles d'être influencées par ces spécificités, notamment par les contraintes liées à l'éloignement des structures d'urgence et à l'organisation locale des soins.

Cette spécificité limite la transférabilité des résultats à d'autres territoires, dont les caractéristiques géographiques, démographiques ou organisationnelles peuvent différer.

vi. Des modalités d'entretien hétérogènes

Les entretiens ont été réalisés selon deux modalités différentes, avec quatre entretiens menés en présentiel et quatre réalisés à distance. Cette hétérogénéité des conditions d'entretien peut avoir influencé la dynamique des échanges et la richesse des données recueillies. Les entretiens réalisés en présentiel permettaient notamment une observation plus directe des éléments non verbaux, tandis que les entretiens à distance pouvaient limiter cette appréciation.

C. Comparaison avec la littérature

a. Des motivations largement concordantes avec la littérature

Le bénéfice attendu pour le patient constitue, dans notre étude comme dans les travaux antérieurs, l'un des facteurs motivationnels les plus constants. Dans l'étude réalisée par Grisoni (22), la principale motivation identifiée chez les internes était le bénéfice apporté au patient, interprété par les auteurs comme une volonté de répondre à un besoin local et d'améliorer la prise en charge urgente de la population.

L'étude corse de Robaglia et Poli (21) retrouvait le même constat : l'utilité du dispositif et le gain de chance potentiel pour les patients figuraient parmi les principaux éléments positifs rapportés, y compris par les non-MCS. Dans l'étude de Rajoelison et Tellier menée dans les Hautes-Alpes (20), cette motivation trouvait une traduction concrète dans les données d'activité, avec un délai moyen d'arrivée du MCS de 12 minutes contre 43 minutes pour le SMUR, soit un gain d'environ 31 minutes dans les situations d'urgence concernées.

Cet engagement ne repose cependant pas uniquement sur une motivation altruiste. Les médecins MCS interrogés dans les Hautes-Alpes décrivaient également la possibilité de pratiquer la médecine d'urgence, tout en restant dans un exercice libéral, de diversifier leur activité et d'être directement à l'origine de la prise en charge. Le sentiment d'être utile s'associait ainsi à une forme de satisfaction professionnelle.

Robaglia et Poli (21) retrouvaient de même, parmi les facteurs attractifs identifiés chez les non-MCS, l'intérêt médical, l'acquisition de compétences et la rémunération.

La dimension financière apparaît toutefois nuancée selon les travaux et dans notre étude. Dans l'étude de Grisoni (22), 55,8 % des internes interrogés la jugeaient non déterminante, tandis que Robaglia et Poli (21) la retrouvaient parmi les facteurs attractifs. Dans notre étude, elle est reconnue comme un avantage et une forme de valorisation du temps et de la responsabilité engagés, mais également envisagée sous l'angle des différences de rémunération avec la PDSA. Elle semble ainsi constituer un élément complémentaire de l'attractivité du dispositif plutôt qu'une motivation centrale à l'engagement.

La comparaison avec ces travaux doit toutefois être interprétée avec prudence, les populations étudiées n'étant pas toujours comparables. Les internes interrogés par Grisoni (22) se trouvent en effet dans une phase de construction de leur projet professionnel, tandis que les médecins de notre étude sont déjà confrontés aux contraintes concrètes de l'exercice libéral. Les motivations exprimées peuvent ainsi être influencées par des situations professionnelles différentes.

La fonction MCS apparaît ainsi susceptible de répondre à plusieurs aspirations : être utile à la population, améliorer la prise en charge des patients, diversifier son exercice, maintenir une activité libérale tout en conservant un lien avec la médecine d'urgence et développer ses compétences.

La place du contexte territorial apparaît toutefois particulièrement importante dans notre étude. Si le sentiment d'utilité et le service rendu sont rapportés également dans les travaux antérieurs, ils apparaissent ici étroitement associés aux caractéristiques propres à l'Ouest Corse, notamment à l'éloignement des secours et à la saisonnalité importante de l'activité. Cette dimension territoriale pourrait ainsi contribuer à renforcer la perception de l'utilité du dispositif et à donner une signification particulière à l'engagement.

Ces résultats suggèrent ainsi que l'engagement dans le dispositif MCS repose sur une combinaison de motivations, à la fois liées aux patients, à la pratique professionnelle et au contexte territorial.

b. Une perception favorable du dispositif malgré des réticences à l'engagement

La littérature met en évidence un décalage entre la perception du dispositif MCS et la décision personnelle de s'y engager. Dans le travail de Robaglia et Poli réalisé en Corse (21), la majorité des médecins non-MCS interrogés jugeait le dispositif utile pour la population, malgré leur propre non-adhésion. Un constat comparable est rapporté par Rajoelison et Tellier dans les Hautes-Alpes (20), où l'utilité du dispositif face à l'éloignement des soins urgents n'était pas remise en cause de façon significative.

Ce décalage apparaît également dans le travail de Leroux dans l'Indre (23). Alors que 89 % des MCS interrogés se déclaraient satisfaits du dispositif, seuls 14 % des médecins non-MCS se disaient intéressés pour l'intégrer. Les freins rapportés par ces derniers étaient notamment le manque de temps, l'inappétence pour l'urgence, le stress ou encore des relations conflictuelles avec le SAMU.

Cette distinction rejoint nos résultats, qui mettent également en évidence un écart entre la reconnaissance de l'utilité du dispositif et l'engagement individuel. La perception favorable du MCS semble ainsi constituer un préalable à l'adhésion, sans pour autant suffire à elle seule à entraîner un engagement personnel.

Les résultats de Leroux (23) et de Rajoelison et Tellier (20) suggèrent également l'importance de l'expérience concrète du dispositif : les médecins MCS en décrivent plus directement les bénéfices et les modalités de fonctionnement, tandis que les non-MCS peuvent en reconnaître l'utilité tout en restant à distance de son exercice et des contraintes qui lui sont associées.

La reconnaissance du bénéfice apporté aux patients ne semble donc pas suffisante, à elle seule, pour lever les freins à l'engagement. Dans notre étude, cette discordance paraît davantage liée aux contraintes concrètes associées à l'exercice de MCS qu'à une remise en question du principe même du dispositif.

Cette convergence entre plusieurs territoires suggère ainsi que les difficultés de développement du dispositif semblent moins liées à sa pertinence qu'aux conditions de l'engagement individuel des médecins.

c. Des freins à l'engagement retrouvés dans les travaux antérieurs

La méconnaissance du dispositif MCS chez les médecins non adhérents est largement documentée dans la littérature, notamment concernant les modalités d'intervention et l'articulation avec le SAMU-Centre 15. Dans l'étude de Grisoni (22), 52,4 % des internes de Poitou-Charentes déclaraient ne pas connaître le dispositif avant leur participation. En Corse en 2019 (21), les auteurs retrouvaient une méconnaissance encore plus marquée chez plusieurs non-MCS, certains n'ayant même jamais entendu parler du dispositif. Les non-MCS des Hautes-Alpes pouvaient à l'inverse en donner une définition globalement correcte.

Notre étude se distingue toutefois de ces travaux sur ce point. Les médecins non-MCS que nous avons interrogés semblaient disposer d'une connaissance relativement précise du fonctionnement, malgré leur absence d'adhésion. Cette différence pourrait être liée au contexte particulier de l'Ouest Corse, où le dispositif est implanté dans un territoire restreint et où les généralistes sont directement ou indirectement confrontés à son fonctionnement.

Ce résultat invite ainsi à relativiser l'hypothèse selon laquelle la méconnaissance du dispositif constituerait un frein majeur à l'adhésion. Dans notre étude, les médecins non-MCS semblent globalement connaître son fonctionnement tout en restant réticents à s'engager.

La crainte de ne pas disposer des compétences suffisantes face à une urgence vitale constitue en revanche un frein retrouvé de manière concordante dans la littérature et notre étude. Dans l'étude de Grisoni (22), 33,9 % des interrogés citaient cette crainte parmi les principaux freins à l'exercice de MCS, avec une anxiété à l'idée de pratiquer une réanimation. Rajoelison et Tellier (20) retrouvaient également, chez les médecins non-MCS, un manque d'aisance dans la prise en charge de l'urgence. À l'inverse, les médecins MCS rapportaient davantage de confiance, qu'ils associaient à leur formation et à leur expérience. Ces résultats rejoignent ainsi ceux de notre étude, dans laquelle le manque de confiance dans ses compétences apparaît également comme un frein important à l'adhésion au dispositif chez les non-MCS.

Si cette dimension apparaît de manière récurrente dans les différents travaux, le caractère qualitatif de notre étude ne permet toutefois pas d'en apprécier le poids relatif par rapport aux autres facteurs identifiés, ni d'établir une relation causale entre le niveau de confiance et la décision d'adhérer au dispositif.

La formation constitue également un élément régulièrement retrouvé dans les travaux antérieurs. Chez les non-MCS interrogés par Rajoelison et Tellier (20), elle bénéficiait généralement d'une opinion favorable mais restait mal connue dans son contenu et ses modalités, certains l'imaginant chronophage et très protocolisée. Les MCS, à l'inverse, la décrivaient comme variée, concrète et adaptée, notamment grâce aux simulations. De même, 79,1 % des internes interrogés par Grisoni (22) estimaient que la formation MCS pourrait être bénéfique à leur pratique quotidienne. Notre étude retrouve également cette place importante accordée à la formation. Certains participants évoquent des réticences à réaliser la formation initiale, en lien avec un cadre juridique imposant l'adhésion au dispositif une fois celle-ci réalisée. Cette obligation ressort comme un frein dans notre étude, davantage que le contenu et la qualité de la formation elle-même.

Les contraintes organisationnelles représentent par ailleurs l'un des freins les plus constants de la littérature. Elles constituaient le premier frein identifié par les internes dans le travail de Grisoni (22), notamment en lien avec la gestion du temps. Robaglia et Poli retrouvaient en Corse en 2019 (21) des préoccupations similaires, notamment

la crainte de laisser la salle d'attente pleine, d'abandonner temporairement sa patientèle ou de détériorer la relation médecin-patient. Ces résultats sont concordants avec ceux de notre étude, dans laquelle la disponibilité et la compatibilité de l'activité MCS avec l'exercice quotidien de la médecine générale libérale constituent des freins importants à l'engagement.

Enfin, la relation avec le SAMU et les autres acteurs de l'aide médicale urgente apparaît plus contrastée selon les travaux. Dans l'étude corse de 2019 (21), la coopération avec le SAMU était globalement perçue comme une aide, mais plusieurs médecins rapportaient un manque d'écoute ou de considération. Certains évoquaient un possible clivage entre généralistes et urgentistes. Chez les MCS, la coopération était jugée globalement bonne sous réserve de difficultés liées au respect des modalités de déclenchement. Dans les Hautes-Alpes (20), les MCS décrivaient également le SAMU comme un soutien pendant les interventions, tandis que certains médecins non-MCS exprimaient davantage de réserve vis-à-vis de la relation avec l'hôpital.
Notre étude retrouve cette diversité des perceptions, avec des expériences de collaboration positives mais également des situations de désaccord ou de tension avec la régulation. La relation avec le SAMU apparaît ainsi, comme dans certains travaux antérieurs, susceptible d'être vécue de manière différente selon le statut et l'expérience des médecins.

Ces situations sont toutefois rapportées du point de vue des médecins interrogés et ne permettent pas, à elles seules, de conclure à un dysfonctionnement objectif de la régulation. Elles peuvent également refléter des différences d'expérience, de compréhension des modalités de déclenchement ou de perception des contraintes propres à chaque acteur.

d. Des spécificités territoriales au regard de la littérature

L'étude de Robaglia et Poli (21) constitue ici un point de comparaison particulièrement pertinent : elle concernait déjà des médecins généralistes exerçant dans deux territoires isolés de Corse, la Costa Verde et les Deux Sevi, entre lesquels les auteurs soulignaient des différences importantes dans les modalités concrètes du dispositif. En Costa Verde, le dispositif MCS était notamment associé à un véhicule léger de secours médicalisé et à des infirmiers sapeurs-pompiers, alors que cette organisation n'existait pas dans les Deux Sevi. Ces différences au sein de la Corse montrent que l'organisation du réseau MCS peut être adaptée aux ressources et aux contraintes propres à chaque territoire.

Nos résultats, recueillis dans la microrégion Ouest Corse, doivent ainsi être interprétés dans un contexte territorial particulier. L'insularité, le relief, l'éloignement des structures d'urgence et la forte saisonnalité touristique constituent des caractéristiques susceptibles d'influencer les besoins de la population, les modalités de recours aux soins et les conditions d'exercice des médecins généralistes. Elles contribuent notamment à donner une place particulière au médecin généraliste dans la réponse aux situations d'urgence et peuvent renforcer l'intérêt d'un dispositif reposant sur une intervention médicale de proximité.

Ainsi, au-delà des déterminants de l'engagement déjà mis en évidence dans d'autres territoires par les travaux de Grisoni (22) et Rajoelison et Tellier (20), notre étude souligne l'importance des conditions locales dans lesquelles le dispositif MCS est organisé et exercé.

La comparaison avec les travaux antérieurs invite donc à considérer le réseau MCS, non comme un modèle uniforme, mais comme un dispositif dont les modalités peuvent être adaptées aux caractéristiques de chaque territoire.

D. Perspectives pour l'avenir

a. Dissocier la découverte du dispositif de l'obligation d'adhésion

Nos résultats mettent en évidence que l'obligation d'adhérer au dispositif à l'issue de la formation constitue, pour certains médecins, un frein à l'accès à cette formation.

Cette réticence ne semble pas principalement liée au contenu ou à la qualité de la formation, mais au fait que celle-ci est perçue comme engageant directement le médecin dans l'exercice de MCS. Elle peut ainsi limiter la possibilité, pour des médecins intéressés mais encore hésitants, de découvrir concrètement le dispositif avant de prendre une décision.

Une première perspective pourrait donc consister à dissocier davantage la découverte du dispositif de l'obligation d'adhésion, en proposant à chaque généraliste installé dans un territoire éligible un temps d'information sur le dispositif et sa formation, voire un temps d'immersion préalable auprès d'un médecin MCS. Cette étape pourrait permettre aux médecins de mieux appréhender les modalités concrètes d'exercice, les compétences nécessaires et les conditions d'intervention.

Une telle évolution ne remettrait pas en cause les exigences de formation nécessaires à l'exercice de MCS, le cadre réglementaire prévoyant que la formation soit effectuée sous la direction du SAMU-Centre 15 et du CESU, avec l'accord de l'ARS.

Il ne s'agirait donc pas de modifier les exigences de compétences, mais de permettre une étape préalable de découverte du dispositif, distincte de l'engagement à proprement parler. Cette évolution pourrait constituer un levier pour réduire certaines réticences initiales et permettre aux médecins généralistes éligibles de prendre leur décision d'adhérer ou non au dispositif sur la base d'une connaissance plus concrète du rôle et des conditions d'exercice du MCS.

b. Adapter l'organisation du dispositif aux réalités locales

Nos résultats mettent en évidence l'importance des conditions concrètes d'exercice du MCS dans la décision des médecins de s'engager. Les contraintes liées à la disponibilité, à l'organisation du cabinet, au matériel ou encore aux modalités d'intervention peuvent en effet rendre difficile la conciliation entre l'activité de MCS et l'exercice quotidien de la médecine générale libérale.

Une perspective pourrait consister à adapter davantage l'organisation du dispositif aux caractéristiques et aux ressources de chaque territoire, plutôt qu'à rechercher une uniformisation totale du fonctionnement, dans la continuité des leviers matériels et organisationnels identifiés dans nos résultats.

La comparaison avec un autre territoire corse montre déjà que cette adaptation locale est possible. Dans l'étude de Robaglia et Poli (21), l'organisation du dispositif différait entre la Costa Verde et les Deux Sevi, notamment avec la présence d'un VLI et d'infirmiers sapeurs-pompiers. Ces différences illustrent la possibilité d'organiser le dispositif en fonction des ressources disponibles et des contraintes propres à chaque territoire.

En Ouest Corse, un renforcement des moyens matériels mis à disposition des MCS, notamment par la mise à disposition d'un véhicule de service dédié ou un recours plus large aux VLI, ainsi qu'une meilleure articulation avec des acteurs déjà présents sur le territoire, comme les infirmiers sapeurs-pompiers, pourraient constituer un levier pour faciliter l'exercice, dans un contexte où l'effectif reste limité.

L'enjeu serait ainsi de préserver un cadre commun garantissant la sécurité et la qualité de la prise en charge, tout en laissant une marge d'adaptation aux réalités locales. En Ouest Corse, une organisation davantage ajustée aux contraintes de l'exercice libéral et aux caractéristiques du territoire pourrait ainsi contribuer à rendre l'engagement dans le dispositif plus compatible avec la pratique quotidienne des médecins généralistes.

c. Développer une offre de formation aux soins d'urgence en ambulatoire

Nos résultats montrent que la confiance dans ses compétences constitue un déterminant important de l'engagement dans le dispositif MCS. Elle apparaît notamment associée à l'expérience des situations d'urgence et au maintien régulier des compétences. Plusieurs participants ont ainsi exprimé leur intérêt pour une formation permettant de renforcer ou d'actualiser leurs connaissances en médecine d'urgence, indépendamment de leur adhésion au dispositif MCS.

Une perspective pourrait consister à développer une offre de formation aux soins d'urgence, destinée à l'ensemble des médecins généralistes exerçant en ambulatoire et distincte de la formation spécifique nécessaire à l'exercice de MCS. Une telle formation pourrait permettre aux médecins souhaitant entretenir ou développer leurs compétences en matière de prise en charge des urgences de bénéficier d'un enseignement adapté à leur pratique, sans que sa réalisation n'implique une adhésion au réseau MCS.

Cette offre pourrait également bénéficier aux médecins déjà engagés dans le dispositif, en venant s'ajouter aux deux sessions de recyclage annuelles pour assurer le maintien des connaissances.

Dans le contexte de l'Ouest Corse, dépendant du SAMU-Centre 15 de Corse-du-Sud et du CESU 2A, une telle offre n'est pas proposée. Le développement d'une telle formation, pouvant s'inscrire dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), pourrait constituer une piste d'évolution de la formation aux soins d'urgence sur le territoire et potentiellement favoriser secondairement l'adhésion au dispositif MCS.

d. Des perspectives de recherche pour prolonger ce travail

Notre travail, de nature qualitative et centré sur un territoire restreint, ouvre plusieurs perspectives de recherche pour en prolonger la portée.

Un suivi longitudinal pourrait permettre d'évaluer l'évolution des représentations des médecins après la mise en place d'éventuels leviers d'action, et d'identifier les facteurs associés à l'adhésion ou au désengagement du dispositif dans le temps.

Le travail de Robaglia et Poli (21), réalisé dans les secteurs de la Costa Verde et des Deux Sevi, dont le second appartient à l'Ouest Corse, a constitué un éclairage préalable sur les représentations des médecins généralistes vis-à-vis du dispositif. Notre étude vient compléter ces données en explorant les déterminants de l'engagement dans l'Ouest Corse, qui présente des caractéristiques territoriales et organisationnelles singulières. Des travaux menés dans d'autres territoires corses, ainsi qu'une extension à d'autres territoires isolés ou insulaires français, permettraient également de mieux distinguer ce qui relève de déterminants communs à l'engagement de ce qui relève du contexte propre de l'Ouest Corse.

L'exploration du point de vue des patients sur le dispositif, encore peu documenté, permettrait par ailleurs de mieux appréhender son acceptabilité et sa place dans le parcours de soins au-delà du seul point de vue médical.

Enfin, des études quantitatives pourraient préciser le poids respectif des différents facteurs identifiés dans les différentes études, tandis que l'évaluation des effets d'éventuelles modifications de la formation, de l'organisation territoriale ou des moyens mis à disposition permettrait d'identifier les mesures les plus susceptibles de favoriser l'engagement des médecins.

V. CONCLUSION

Cette étude qualitative a permis d'explorer les motivations et les freins des médecins généralistes d'Ouest Corse à rejoindre le dispositif Médecin Correspondant du SAMU.

Les résultats soulignent que l'engagement dans ce dispositif ne se réduit pas seulement à un choix binaire entre adhésion et refus. Le dispositif est unanimement reconnu comme utile pour la population par les médecins interrogés, qu'ils y participent ou non, mais cette reconnaissance ne suffit pas à elle seule à entraîner un engagement effectif. Celui-ci repose sur la combinaison de ce sentiment d'utilité et d'une confiance dans ses propres compétences à intervenir en situation d'urgence, tout en exposant les praticiens à des contraintes organisationnelles et professionnelles importantes.
Les médecins interrogés décrivent un engagement conditionné par la disponibilité qu'il exige, la responsabilité qu'il implique et le cadre juridique qui l'encadre, davantage que par le contenu de la formation ou la pertinence du dispositif lui-même.

Cette étude suggère également que la question de l'engagement dans le dispositif MCS est étroitement liée au contexte territorial dans lequel elle est inscrite.

En Ouest Corse, l'insularité, le relief, l'éloignement des structures d'urgence et la forte saisonnalité touristique renforcent la place du médecin généraliste dans la réponse aux situations d'urgence vitale. Celui-ci constitue ainsi un acteur de proximité particulièrement important dans un territoire où l'accès aux structures d'urgence peut être retardé par les contraintes précédemment citées. Dans ce contexte, les modalités concrètes du dispositif, qu'il s'agisse des moyens matériels disponibles ou de l'organisation locale avec le SAMU-Centre 15, apparaissent comme des éléments susceptibles d'influencer l'engagement des praticiens.

Au-delà de ces constats, notre étude met en évidence une confiance dans ses compétences qui semble se construire progressivement, davantage par l'expérience clinique, la pratique régulière et le maintien des compétences que par la formation initiale. Elle invite ainsi à considérer l'engagement des médecins généralistes non

comme une décision nécessairement figée, mais comme une trajectoire susceptible d'évoluer avec l'expérience acquise, l'accès à la formation et les conditions concrètes d'exercice.

Enfin, les propos recueillis rappellent que le développement du dispositif MCS dépasse largement le seul champ des motivations individuelles. Il est influencé par les interactions entre les contraintes de l'exercice libéral, le cadre réglementaire, l'organisation territoriale des soins urgents et les ressources disponibles localement. En ce sens, il interroge non seulement les leviers propres au dispositif MCS, mais plus largement la place du médecin généraliste dans la réponse aux urgences vitales dans les territoires isolés.

Ainsi, ce travail de thèse souligne que l'engagement des médecins généralistes d'Ouest Corse dans le dispositif MCS constitue un révélateur des enjeux contemporains de l'accès aux soins urgents dans les territoires isolés et insulaires : un équilibre à trouver entre les contraintes de l'exercice libéral et les besoins d'une population dispersée et éloignée des structures de soins. Mieux prendre en compte cette réalité apparaît comme une nécessité pour penser un dispositif adapté aux besoins du territoire comme à ceux des praticiens.

Dans cette perspective, la dissociation entre découverte du dispositif et obligation d'adhésion, l'adaptation des moyens matériels et organisationnels ainsi que le développement d'une offre de formation aux soins d'urgence pourraient contribuer à favoriser l'engagement des médecins généralistes dans le dispositif Médecin Correspondant du SAMU et, plus largement, à consolider et améliorer l'accès aux soins urgents en Ouest Corse.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Hippocrate : des maladies, livre IV (bilingue) [Internet]. [cité 24 août 2026]. Disponible sur : https://remacle.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/maladies4.htm

2. Le baron Dominique-Jean Larrey, pionnier de l'urgence chirurgicale. | Ministère des Armées et des Anciens combattants [Internet]. 2026 [cité 24 août 2026]. Disponible sur : http://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/histoire-baron-dominique-jean-larrey-pionnier-lurgence-chirurgicale

3. Pierre-François PERCY (1754-1825) [Internet]. [cité 24 août 2026]. Disponible sur : https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/percy.html

4. Al-Shaqsi S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. Oman Med J. oct 2010 ; 25(4) : 320-3. doi : 10.5001/omj.2010.92 PubMed PMID : 22043368 ; PubMed Central PMCID : PMC3191661.

5. Poumon d'acier Emerson respirator [Internet]. [cité 13 août 2025]. Disponible sur : http://www.patrimoinehospitalierdunord.fr/pneumologie-poumon-dacier-emerson-respirator.html

6. Burggraeve D. Marcel Arnaud : Fondateur de la traumatologie routière, précurseur des SMUR et des SAMU [Internet]. 2003 [cité 5 juill 2026]. 1 vol. (n.p.); ill. en coul. Disponible sur : https://pnrs.ensosp.fr/Default/doc/SYRACUSE/4191/marcel-arnaud-fondateur-de-la-traumatologie-routiere-precurseur-des-smur-et-des-samu

7. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [Internet]. [cité 24 août 2026]. Décès de Louis Lareng, fondateur du SAMU et pionnier de la médecine d'urgence. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/deces-de-louis-lareng-fondateur-du-samu-et-pionnier-de-la-medecine-d-urgence

8. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière - Légifrance [Internet]. [cité 8 juill 2026]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000874228

9. Organisation de la prise en charge des urgences, ADSP n°52, septembre 2005.

10. Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires - Légifrance [Internet]. [cité 8 juill 2026]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000512206

11. Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U. - Légifrance [Internet]. [cité 8 juill 2026]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000522005

12. Bulletin Officiel n°2003-20 [Internet]. [cité 24 août 2026]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm

13. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) - Légifrance [Internet]. [cité 24 août 2026]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000788652

14. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) - Légifrance [Internet]. [cité 24 août 2026]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000611010

15. DGOS. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [Internet]. [cité 24 août 2026]. 2012 : Pacte territoire santé 2012-2015. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-2012-2015

16. Pacte territoire Santé 2, 2015 [Internet]. [cité 9 juill 2026]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_a5_pts_2_-_26-11.pdf

17. Article 1 - Arrêté du 12 février 2007 relatif aux professionnels de santé correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU), révisé par l'arrêté du 29 décembre 2023 - Légifrance [Internet]. [cité 27 août 2026]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000048920807

18. Guide MCS 31.07.2013 [Internet]. [cité 22 juin 2026]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf

19. Médecin Correspondant du SAMU : Le médecin généraliste au cœur de l'aide médicale urgente, 2024 [Internet]. [cité 22 juin 2026]. Disponible sur : https://www.exercer.fr/full_article/2485

20. Rajoelison P, Tellier L. Quels sont les facteurs de motivation et les freins à devenir Médecin Correspondant du SAMU dans les Hautes Alpes ? [Thèse d'exercice] [Internet]. [2012-...., France]: Aix-Marseille Université; 2021 [cité 10 août 2025]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03136369

21. Robaglia A, Poli C. Amélioration de l'accès aux soins urgents dans les déserts médicaux en Corse : perception et ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du dispositif « Médecins Correspondants du SAMU ». 9 oct 2019;109.

22. Grisoni A. Les motivations et les freins à l'exercice de Médecin Correspondant du SAMU : étude descriptive qualitative auprès des internes de médecine générale du Poitou-Charentes [Thèse d'exercice] [Internet]. [1896-..., France]: Université de Poitiers; 2019 [cité 2 juill 2024]. Disponible sur : http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/1463cc7c-26f8-43da-b5df-e2809ad18f5e

23. Leroux C. Ressenti des médecins généralistes de l'Indre vis-à-vis du dispositif de médecin correspondant du SAMU dans leur département [Thèse d'exercice].

[France]: Université de Tours. UFR de médecine ; 2020.

24. En Corse, de plus en plus d'habitants et de moins en moins de naissances - Insee Analyses Corse - 56 [Internet]. [cité 9 oct 2025]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/8544726

25. Commune d'Ajaccio (2A004) | Insee [Internet]. [cité 24 août 2026]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-2A004

26. Commune de Bastia (2B033) | Insee [Internet]. [cité 24 août 2026]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-2B033

27. L'ARS Corse recherche des médecins pour renforcer sa filière urgences pour la saison estivale | MCS Aura [Internet]. [cité 2 juill 2024]. Disponible sur : https://www.mcs-aura.fr/node/988

28. Mail de l'ARS Corse, reçu le 27/08/2025.

29. CESU 2A Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence de Corse-du-Sud [Internet]. [cité 27 août 2026]. Disponible sur : https://www.cesu2a.com/

30. Catalogue formation 2026 CESU 2A [Internet]. [cité 8 juill 2026]. CESU 2A Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence. Disponible sur : https://www.cesu2a.com/_files/ugd/519dc8_75731da21ddf4561af3b18df89734e35.pdf

31. L'Ouest Corse [Internet]. [cité 27 août 2026]. Disponible sur : https://www.corseweb.corsica/louest-corse/

32. Ouest Corsica, état sauvage - office de tourisme en Corse [cité 15 avr 2026]. Disponible sur : https://www.ouestcorsica.com/

33. Communauté de communes Spelunca-Liamone [Internet]. [cité 27 août 2026]. | Services, démarches et actualités. Disponible sur : https://www.spelunca-liamone.corsica/

34. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 1 janv 2006 ; 3(2) : 77-101. doi : 10.1191/1478088706qp063oa

35. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015 ; 15(157) : 50-4. doi : 10.1016/j.kine.2014.11.005

VII. ANNEXES

A. Guide d'entretien semi-dirigé

1. Que connaissez-vous du dispositif Médecin Correspondant SAMU ?

Relances : Comment en avez-vous entendu parler ? Quel est son rôle ? Dans quelles situations intervient-il ?

Si le participant ne connaît pas le dispositif : Le MCS est un médecin généraliste formé à l'urgence intervenant à la demande du SAMU-Centre 15 dans des territoires où le délai d'intervention du SMUR dépasse généralement 30 minutes. Il constitue un relais de proximité permettant de réduire le délai de prise en charge des urgences vitales.

2. Comment vivez-vous aujourd'hui la prise en charge des urgences dans votre pratique de médecine générale ?

Relances : Vous sentez-vous à l'aise ? Avez-vous déjà été confronté à une urgence grave ? Comment l'avez-vous vécue ?

3. Quelle est aujourd'hui votre position vis-à-vis du dispositif MCS ?

Si MCS : Qu'est-ce qui vous a motivé à rejoindre le dispositif ? Depuis combien de temps en faites-vous partie ?
Si non-MCS : Qu'est-ce qui explique que vous n'ayez pas rejoint le dispositif ? Avez-vous déjà envisagé de le faire ?

4. Selon vous, quels sont les principaux avantages du dispositif MCS ?

Relances : Pour les patients ? Pour les médecins ? Pour le territoire ?

5. Selon vous, quels sont les principales difficultés ou limites du dispositif ?

Relances : Organisation, charge émotionnelle, responsabilité, vie personnelle, isolement, formation ?

6. Quel est votre avis sur la formation des médecins correspondant SAMU ?

Si MCS : Comment avez-vous vécu cette formation ? Vous sentez-vous suffisamment formé ?
Si non-MCS : Que savez-vous de cette formation ? Pensez-vous qu'elle serait suffisante pour vous rassurer ?

7. Quels besoins particuliers identifiez-vous en Ouest-Corse en matière d'accès aux soins urgents ?

Relances : Contraintes géographiques, délais d'intervention, saison touristique, répartition médicale ?

8. Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait favoriser le développement du dispositif MCS en Ouest Corse ?

Relances : Formation, organisation, accompagnement, valorisation, conditions d'exercice ?

9. Pour conclure, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Avez-vous une expérience, une anecdote ou un commentaire concernant le dispositif MCS ou la prise en charge des urgences sur le territoire ?

B. Annonce de recrutement pour l'étude

Cher confrère, chère consœur,

Je suis Baptiste BORELLI, interne de Médecine générale en 6ème semestre à la faculté d'Aix-Marseille Université.

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon travail de thèse, portant sur l'exercice de la médecine générale dans la micro-région Ouest Corse et dirigé par le Dr GIRERD André.

Ce travail repose sur une analyse qualitative pour laquelle je souhaite réaliser des entretiens semi-dirigés. Pour cela, j'ai réalisé un guide composé de questions ouvertes afin de recueillir librement votre expérience et point de vue. La durée approximative prévue est d'environ 20 à 30 minutes.

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou vous retirer de l'étude, sans avoir à vous justifier. Les données recueillies seront anonymisées avant analyse, resteront strictement confidentielles et seront détruites à l'issue du travail de thèse.

Je me soumets à vos préférences pour décider de la date et du lieu de l'entretien, sachant qu'il est préférable de s'entretenir dans un lieu calme. Nous pouvons également réaliser celui-ci en visioconférence si les modalités d'organisation vous sont plus favorables.

Je vous laisse réfléchir et me recontacter en cas de questions par téléphone 07.77.34.11.53 ou par mail baptiste.borelli@hotmail.com

Merci pour l'attention portée à ma demande.
Cordialement

Baptiste BORELLI

C. Grille COREQ

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? *Par exemple : PhD, MD*
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? *Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche*
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? *Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche*
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? *Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu*
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? *Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige*
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? *Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel*
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? *Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail*
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? *Par exemple : données démographiques, date*
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? *Par exemple : numéro de participant*
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

D. Mail de l'ARS Corse, reçu le 27/08/2025

Bonjour Monsieur BORELLI,

Vous avez sollicité l'ARS afin d'obtenir des informations sur le dispositif MCS en Corse.
Je me permets tout d'abord de vous adresser le lien vers le site de l'ARS afin que vous puissiez trouver quelques informations et notamment la liste des territoires prioritaires :
Les médecins correspondants du SAMU | Agence régionale de santé Corse

Seuls les secteurs suivants possèdent effectivement des médecins correspondants du SAMU :

- La Costa Verde (2 MCS) ;
- Ota/ Cargèse (4 MCS) ;
- Tiuccia / Sagone (1 MCS).

Vous pouvez contacter les médecins suivants qui participent au dispositif MCS et qui nous ont indiqué être disponibles pour répondre à vos questions, si d'autres se manifestent, nous vous transmettrons leurs coordonnées.

[redacted]

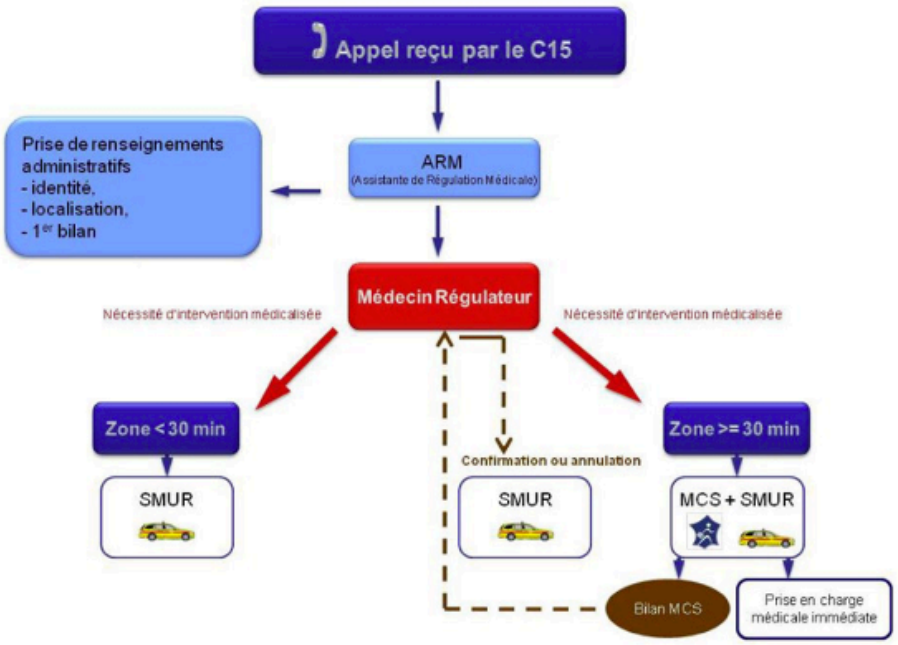
En ce qui concerne votre demande relative aux médecins qui ne participent pas au dispositif, sachez qu'il nous est difficile de vous communiquer des coordonnées.
Avez-vous identifié des professionnels que vous aimeriez contacter ?

Nous restons à votre disposition pour vous apporter de plus amples renseignements.

Cordialement,

Céline FERRANDI
Chargée du pilotage des soins primaires
Direction de l'Organisation des Soins
Direction adjointe soins primaires
Tél. : 04.95.38.68.35 – 06.58.44.38.17

E. Figure 1 : Organigramme de déclenchement MCS



F. Figure 2 : Territoire de l'Ouest Corse concerné par l'étude



G. Figure 3 : Caractéristiques des médecins participants à l'étude

Caractéristiques	Échantillon de l'étude
Nombre de participants	8 médecins généralistes
Sexe	4 femmes, 4 hommes
Âge moyen (étendue)	43,6 ans (29 ans-66 ans)
Durée moyenne d'installation (étendue)	13,9 ans (6 mois-37 ans)
Nombre d'adhérents au dispositif	4 MCS
Ancienneté moyenne d'adhésion au dispositif (étendue)	5,3 ans (1 an-11 ans)
Durée moyenne des entretiens (étendue)	30'10 (23'19-53'55)

VIII. LISTE DES ABRÉVIATIONS

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

MCS : Médecin Correspondant du SAMU

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

AMU : Aide Médicale Urgente

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

ARS : Agence Régionale de Santé

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

CFMU : Collège Français de Médecine d'Urgence

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

SAU : Service d'Accueil des Urgences

IOT : Intubation Oro-Trachéale

VVP : Voie Veineuse Périphérique

SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

CPP : Comité de Protection des Personnes

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

VLI : Véhicules Légers Infirmiers

DPC : Développement Professionnel Continu

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

RÉSUMÉ

Introduction : Le dispositif de Médecin Correspondant du SAMU (MCS) permet de réduire le délai de prise en charge des urgences vitales dans les territoires isolés. En Corse, sept médecins généralistes adhèrent actuellement au dispositif, répartis sur les secteurs de la Costa Verde, Ota/Cargèse et Tiuccia/Sagone. La microrégion Ouest Corse, regroupant la majorité des MCS de l'île, présente des contraintes géographiques particulières. Les déterminants de l'engagement dans le dispositif restent peu documentés dans ce territoire. L'objectif de ce travail était d'identifier les motivations et les freins à l'adhésion chez les médecins généralistes d'Ouest Corse.

Matériel et méthodes : Une étude qualitative a été menée par entretiens individuels semi-dirigés auprès des médecins généralistes exerçant en Ouest Corse, adhérents ou non au dispositif MCS. Une analyse thématique inductive, selon la méthode de Braun et Clarke, a été réalisée à partir des retranscriptions intégrales et anonymisées des entretiens.

Résultats : Huit médecins généralistes ont été inclus. Le dispositif MCS est perçu comme adapté aux spécificités de l'Ouest Corse et utile à la population. Les participants décrivent des motivations liées notamment au sentiment d'utilité, à l'intérêt pour la médecine d'urgence et à la valorisation professionnelle. Ils rapportent des freins d'ordre personnel, organisationnel et professionnel. Plusieurs pistes d'amélioration sont proposées, portant sur la formation ou l'organisation territoriale.

Conclusion : Les médecins généralistes d'Ouest Corse reconnaissent unanimement l'utilité du dispositif MCS, mais cette adhésion de principe ne suffit pas à elle seule à favoriser un engagement effectif. Cette décision semble être influencée par le sentiment d'utilité, la confiance en ses compétences et les contraintes de l'exercice libéral. Ces résultats, étroitement liés aux spécificités du territoire étudié, soulignent l'intérêt d'adapter le développement du dispositif aux réalités locales.

Mots clés : Médecin Correspondant du SAMU ; Médecine générale libérale ; Soins urgents ; Ouest Corse ; Motivations et freins à l'engagement ; Étude qualitative.