HAL
open science

Cahier des charges régional des Médecins Correspondants du SAMU (MCS) : intérêts et limites pour le praticien

Hugo Fantin

To cite this version:

Hugo Fantin. Cahier des charges régional des Médecins Correspondants du SAMU (MCS) : intérêts et limites pour le praticien. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01389482

HAL Id: dumas-01389482

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01389482v1

Submitted on 28 Oct 2016

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

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

UFR de Médecine
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES Grenoble Alpes

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2016

Cahier des charges régional des Médecins Correspondants du SAMU (MCS) : intérêts et limites pour le praticien

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Hugo FANTIN

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*
LE 20 OCTOBRE 2016

DIRECTEUR DE THESE : Dr SAVARY Dominique

Devant le Jury composé de :

Président du jury : Mr le Professeur TERZI Nicolas

Membres :

Mr le Professeur DANEL Vincent

Mr le Professeur WEIL Georges

Mr le Docteur GABOREAU Yoann

Mr le Docteur AUDEMA Bernard

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

UFR de Médecine
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes

Affaire suivie par Kristina PENAUD sp-medecine-pharmacie@ujf-grenoble.fr

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Jean Paul ROMANET**

Année 2015-2016

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie

PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

PU-PH	**POLOSAN Mircea**	**Psychiatrie d'adultes**
PU-PH	**PONS Jean-Claude**	**Gynécologie obstétrique**
PU-PH	**RAMBEAUD Jacques**	**Urologie**
MCU-PH	**RAY Pierre**	**Génétique**
PU-PH	**REYT Émile**	**Oto-rhino-laryngologie**
MCU-PH	**RIALLE Vincent**	**Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication**
PU-PH	**RIGHINI Christian**	**Oto-rhino-laryngologie**
PU-PH	**ROMANET J. Paul**	**Ophtalmologie**
MCU-PH	**ROUSTIT Matthieu**	**Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie**
MCU-PH	**ROUX-BUISSON Nathalie**	**Biochimie, toxicologie et pharmacologie**
PU-PH	**SARAGAGLIA Dominique**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**
MCU-PH	**SATRE Véronique**	**Génétique**
PU-PH	**SAUDOU Frédéric**	**Biologie Cellulaire**
PU-PH	**SCHMERBER Sébastien**	**Oto-rhino-laryngologie**
PU-PH	**SCHWEBEL-CANALI Carole**	**Réanimation médicale**
PU-PH	**SCOLAN Virginie**	**Médecine légale et droit de la santé**
MCU-PH	**SEIGNEURIN Arnaud**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH	**STAHL Jean-Paul**	**Maladies infectieuses, maladies tropicales**
PU-PH	**STANKE Françoise**	**Pharmacologie fondamentale**
MCU-PH	**STASIA Marie-José**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**TAMISIER Renaud**	**Physiologie**
PU-PH	**TERZI Nicolas**	**Réanimation**
PU-PH	**TONETTI Jérôme**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**
PU-PH	**TOUSSAINT Bertrand**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**VANZETTO Gérald**	**Cardiologie**
PU-PH	**VUILLEZ Jean-Philippe**	**Biophysique et médecine nucléaire**
PU-PH	**WEIL Georges**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH	**ZAOUI Philippe**	**Néphrologie**
PU-PH	**ZARSKI Jean-Pierre**	**Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie**

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

Remerciements

Aux membres du jury :

À Monsieur le Professeur Nicolas Terzi
Merci d'avoir accepté la présidence de ce jury de thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Vincent Danel
Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail.

À Monsieur le Professeur Georges Weil
Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail.

À Monsieur le Docteur Yoann Gaboreau
Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez au sujet. Soyez assuré de ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Bernard Audema,
C'est un honneur pour moi que tu ais accepté de juger cette thèse, et je te remercie de ton soutien et de tes encouragements lors de ce travail.

À Monsieur le Docteur Dominique Savary, directeur de thèse
Merci de m'avoir proposé ce sujet et dirigé dans la réalisation de ce travail et pour le temps passé. Sois assuré de ma gratitude.

Aux personnes qui m'ont soutenu lors de ce travail

-Marie Cottarel-Schussler, merci de ta disponibilité et de ta gentillesse, et du temps passé pour ce travail !

-Madame le Dr Manuella Barthes, merci pour ta gentillesse et pour l'accès aux formations MCS et aux bases de données

-Dr Thierry Roupioz, pour m'avoir donné une aide précieuse lors d'un moment clé de ce travail.

-Jérôme Jung, pour vos conseils indispensables pour l'analyse des données

-Catherine Baléon-Perrin, merci pour l'aide indispensable et précieuse dans la traduction, et surtout du temps passé !

-À l'association Médecins de montagne et à ses membres

-Aux médecins MCS qui ont accepté de répondre à ce questionnaire malgré sa longeur.

À mes maîtres de stage :

De La Clusaz : au Dr Antoine Pêcheur, pour son savoir unique en traumatologie dont j'ai eu le privilège de bénéficier, au Dr Retailleau Florent et Dr Sophie Claude pour vos enseignements en médecine et en traumatologie. Et j'ai passé un super stage !

De Flumet, Drs Claire et Jean-Nicolas LEDOUX et de Megève, Dr Brigitte Lamy et Dr Jean-Marc Maniglier pour m'avoir permis de progresser et donné des éléments indispensables dans

mon métier qu'est la médecine générale. Là aussi j'ai passé un super stage ! Merci Jean-Nicolas pour tes explications claires sur tous les rouages de la médecine libérale. Et aussi pour avoir créé en 2003 le réseau MCS dans la région !

À ma famille :

Marion, ma femme, qui me soutient et qui me supporte depuis de nombreuses années, malgré les épreuves passées. J'ai de la chance d'être ton mari ! Et c'est pas fini…

Gabriel, mon fils que j'aime et dont je suis fier. De ton soutien de par ton insouciance d'enfant et avec l'aide de Doudou et Lapin.

Mes parents, Michelle et Paul, pour votre soutient indéfectible et d'avoir toujours cru en moi. Vous avez été parfaits. Vraiment ! J'essayerais d'être pareil avec mes enfants.

Ma grand-mère, Suzanne, pour ton soutien tout au long de ces années.

Mes frères et sœurs : Cathy, Luc, Marie, Pauline et leurs conjoints.

Mes nièces et neveux (Coline, Jules, Aimie, Paul, Karla, Robinson, Valentin). À ma filleule Aimie

A mes amis :

De Fac, Pierre, Aurélie, Doriane, Mathilde, Quitterie, Tim, Clémence, Vincent, Grégoire, etc. On s'est bien éparpillés dans toute la France, jusqu'en Guyane et en Nouvelle Calédonie. On s'est un peu perdus de vue, mais ce n'est pas grave car quand on se revoit c'est comme si c'était hier la dernière fois !

Mes amis d'Annecy, Floriane, Vivien, Audrick, Gus, Alice et Guillaume, Dan, etc. Toujours là !

Mes amis de Thônes, parce que c'est la plus belle vallée et je suis super content de vous connaitre depuis que je suis (re)venu ici ! Et puis « faut pas y craindre ».

Mes co-internes (particulièrement Pédiatrie Albertville !)

Et tous ceux que j'ai pu oublier

Table des matières

Liste des abréviations 9

Résumé 11

Abstract 13

Introduction 15

Matériel et méthode 16

Résultats 19

- **Impact du réseau MCS auprès du médecin généraliste et de sa patientèle** 19
- **Application générale du cahier des charges régional lors des missions MCS** 20

Discussion 26

- **Impact du cahier des charges régional MCS pour le praticien MCS et sa patientèle dans la pratique quotidienne de la médecine générale en zone isolée** 26
- **Limites du cahier des charges lors des missions MCS** 27
- **Intérêts du cahier des charges dans les missions MCS** 31
- **Limites de l'étude** 32

Conclusion 33

Bibliographie 34

Conclusion de thèse 35

Annexe 1 37

Annexe 2 51

Serment d'Hippocrate 64

Liste des abréviations

ACR	Arrêt Cardio-Respiratoire
AMU	Aide Médicale Urgente
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
BZD	Benzodiazépine
CCAM	Caisse Complémentaire d'Assurance Maladie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CODIS	Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CTA	Centre de Traitement de l'Alerte
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ECG	Electrocardiogramme
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
GEA	Gastro-Entérite Aigue
GEU	Grossesse Extra Utérine
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IDM	Infarctus Du Myocarde
IV	Intra Veineux
MAM	Mal Aigu des Montagnes
MAP	Menace d'Accouchement Prématuré

MCS	Médecin Correspondant du SAMU
NR	Non Renseigné
OAP	Œdème Aigu du Poumon
RAD	Retour A Domicile
RENAU	Réseau Nord Alpin des Urgences
TC	Traumatisme Crânien
TS	Tentative de Suicide
TSV	Tachycardie Supra Ventriculaire
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SCA ST+	Syndrome Coronarien Aigu avec sus décalage du segment
ST SCA non ST+	Syndrome Coronarien Aigu sans sus décalage du Segment ST
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSSM	Service de Santé et de Secours Médical
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
USI	Unité de Soins Intensif

Résumé

Introduction : Le dispositif de Médecin Correspondant du SAMU (MCS) est un des 12 engagements du Pacte Territoire Santé présenté en décembre 2012 par la ministre de la Santé. Un cahier des charges régional promu par l'ARS Rhône-Alpes a été créé en 2013. L'objectif de cette étude est d'identifier les intérêts et les limites de ce cahier des charges du point de vue du MCS dans sa pratique quotidienne, afin d'y apporter des pistes d'amélioration.

Matériel et Méthode : Un recueil des missions MCS effectuées dans l'hiver 2014/2015 dans l'Arc Nord-alpin puis validées par les SAMU départementaux a été comparé aux documents officiels de l'ARS. Après analyse de ces données, un questionnaire a été soumis à l'ensemble des MCS de cette région à l'automne 2015.

Résultats : 93% des MCS considèrent leur rôle important et 88% apprécient cette expérience de MCS en parallèle de la médecine générale. Néanmoins 22% indiquent que la population s'inquiète de la prise en charge des urgences, et 84% estiment que le réseau est insuffisamment connu, et mérite une promotion. 92% sont satisfaits de la dotation en matériel et en drogues. 65% considèrent la définition des territoires bien adaptée, mais sont partagés sur une généralisation du dispositif d'astreinte permanente toute l'année. Lors des missions, 71% des MCS ressentent des difficultés dans l'application du cahier des charges. 54% ont déjà rencontré des difficultés à répondre aux sollicitations du centre 15 lors de l'appel, notamment pour être disponible. 63% disent rencontrer des difficultés pour identifier le motif d'intervention lors des missions « auto-déclenchées », qui représentent 63% des missions totales, et 70% des missions « non validées ».

Discussion : Les MCS vouent un intérêt important à ce réseau, et sont attirés par cette activité d'urgence encadrée, qui leur apporte de la sérénité pour la pratique

quotidienne, notamment par la dotation et la formation. Leur satisfaction globale est encourageante pour accompagner le développement de ce dispositif d'offre de soins d'urgence dans les territoires éloignés, bien que la population manque d'information sur ce réseau. Néanmoins, la mise en pratique du cahier des charges pose des limites. Les modes et motifs de déclenchement sont encore trop imprécis et sont sources de tension avec les centres 15. La gestion de la réponse à l'appel du centre 15 pose également des difficultés d'organisation pour lesquelles des solutions doivent être apportées.

Conclusion : Le MCS rapporte un impact très positif du réseau sur sa pratique de l'urgence. Le cahier des charges régional répond globalement à ses besoins et ceux de sa patientèle. Mais il semble indispensable de réfléchir avec ces médecins de terrain aux modalités d'organisation de leur exercice de la médecine générale afin de tendre vers une réponse à l'urgence optimale.

Abstract

Introduction: The so-called « MCS » primary emergency care physicians of the French “SAMU” emergency care services organization, is one of the 12 commitments contained in the French Territory Health Pact which was presented in December 2012 by the French Health Minister. Specifications for this area were designed by the French Rhône-Alpes Area Agency “ARS” in 2013. This study intends to identify the advantages and limitations of these specifications from the MCSs’ point of view, related to their daily general practices, in order to improve them.

Support and methodology: A compendium of all the care services provided by MCSs in the French North-Alpes area, in winter 2014/2015 and validated by the SAMU organization was compared to the ARS’ official documents. These data were analyzed before submitting a questionnaire to all the MCSs in this area, in autumn 2015.

Findings: 93 % of the respondent MCSs said the part they played was a major one and 88 % found it was a valuable experience in parallel to their general practice. Yet, 22 % noted that people were generally concerned with how they can be provided with emergency cares and 84 % believed there is insufficient awareness of this network which should be promoted. For 92 % of them, the equipment and drugs provided were deemed satisfactory. The definition of territories was found to be appropriate for 65 % of them whose opinions were yet mixed regarding the implementation of a permanent on-call duty service during the whole year. 71 % of the MCSs reported difficulties in complying with specifications when providing their emergency cares, 54 % said they had already experienced problems to be available to deal with emergency calls from people who had dialed number “15” (the French emergency number), 63 % noted it was difficult to identify the purpose for these emergency calls made by people

themselves - which account for 63 % of the total services provided - and 70 % of the calls not validated as “eligible” for cares.

Discussion: MCSs consider this network as highly important and they are attracted to such emergency care services within a supervised system which provides them with a certain peace of mind for their daily general practice, in particular through the supplies and training they have access to. The overall satisfaction rate of this survey is encouraging to further develop this emergency system in remote areas even though there is a lack of information regarding this network. However the implementation of these specifications has limitations. The ways and grounds for triggering an emergency response are still unclear which leads to frictions with the “15” emergency call center. The management of the response to calls routed to this center is still facing organizational problems which have to be solved.

Conclusion: MCSs reported that the emergency cares they provide has a positive impact on their general practices. The specifications defined for this area meet their global needs and those of their patients. Yet, it seems that the utmost necessity is to set up focus groups with these GPs to consider the organization of their general practice to make it possible to provide an optimal response to emergency calls.

Introduction

Le dispositif de Médecin Correspondant du SAMU (MCS) est un des 12 engagements du Pacte Territoire Santé présenté en décembre 2012 par la ministre de la Santé, afin de permettre l'accès aux soins d'urgence à moins de 30 minutes pour l'ensemble de la population française [1].

Le premier réseau "médecins correspondants du SAMU" (MCS) existe depuis 2003 dans l'arc Nord-Alpin, à l'initiative de l'association des Médecins de Montagne. Il a été mis en place pour l'amélioration de la prise en charge des situations d'urgences pré-hospitalières dans les zones isolées. Les réseaux MCS sont reconnus depuis la parution du décret n°2006-576 du 22 mai 2006 et l'arrêté du 12 février 2007 fixant leurs missions et les grandes lignes de leurs modalités d'intervention [2]. Plusieurs études et thèses ont montré l'intérêt et le succès de la mise en place des réseaux MCS [3-5]. L'année 2013 voit la création d'un cahier des charges MCS pour la région Rhône-Alpes (annexe 1), validé par le comité régional des MCS du 15 octobre 2013, avec un contrat portant sur les modalités d'intervention du MCS, et la création d'un guide de déploiement national [6-8].

Peu de données existent aujourd'hui pour évaluer l'impact et la mise en pratique du cahier des charges (annexe 1) pour les praticiens.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les intérêts et les limites du cahier des charges régional Rhône-Alpes pour le MCS dans sa pratique quotidienne. L'objectif secondaire est d'identifier des pistes d'amélioration pouvant être apportées à ce cahier des charges et à l'organisation du réseau MCS.

Matériel et méthode

Le cahier des charges Médecins Correspondants du SAMU (MCS) de la région Rhône-Alpes daté du 15 octobre 2013 définit les modalités d'accompagnement et de reconnaissance du dispositif des MCS. Les éléments principaux de son contenu sont les suivants :

- Le territoire d'intervention est déterminé par l'ARS comme tout ou une partie d'un secteur PDSA « qualifié » par l'ARS à plus de 30 minutes d'un SMUR terrestre.
- La régulation de l'intervention du MCS est systématiquement régulée par le SAMU-Centre 15 départemental. Celui-ci déclenche simultanément une intervention SMUR.
- La dotation du MCS en matériel, en médicaments et consommables est définie selon une liste précise qui est régulièrement réévaluée par le comité régional des MCS.
- Les MCS s'engagent à suivre une formation d'intégration de 2 jours puis une formation continue de 2 jours par an.
- L'organisation des MCS prévoit deux dispositifs pour répondre aux variations d'activité sur les secteurs d'intervention MCS. Le dispositif A correspond à une astreinte continue où le MCS s'engage à être disponible 24heures/24 selon un tableau d'astreinte, et reçoit une indemnisation à ce titre. Il nécessite au moins deux MCS présents sur le secteur. Si le nombre de MCS est insuffisant, le dispositif B laisse le choix au praticien de s'inscrire ou non sur un tableau d'astreinte, mais sans indemnisation d'astreinte.
- Le régime d'indemnisation des MCS qui prévoit, en plus de la rémunération des forfaits d'astreinte, un tarif forfaitaire par intervention. Pour qu'elle s'applique, la mission doit être validée a posteriori par les SAMU-centre 15 départementaux, après que le MCS l'ait saisie dans une base de données centralisée.

Un recueil des missions MCS centralisées par l'association "Médecins de Montagne" a été utilisé pour une analyse rétrospective. Un questionnaire (annexe 2) a aussi été réalisé à partir des items du cahier des charges, et soumis aux praticiens. Il s'agit d'une étude transversale observationnelle avec enquête déclarative.

L'étude porte sur les 4 départements de l'arc Nord-Alpin, incluant les départements de la Haute-Savoie, Savoie, Ain et Isère. Les MCS de ces départements se réunissent pour une formation annuelle commune. Sur ce secteur, on comptait, en 2015, 111 MCS sur les 445 MCS présents au niveau national.

Conformément au cahier des charges, une mission identifiée « MCS » par le praticien doit être validée a posteriori par le SAMU. Cette mission est saisie par le MCS dans la base de données de l'association "Médecins de Montagnes". Nous avons réalisé un recueil des missions effectuées du 1er décembre 2014 au 31 avril 2015. Cette période hivernale correspond à une forte activité saisonnière touristique, donc à un accroissement potentiel du nombre de missions MCS. Nous n'avons pas inclus les missions MCS réalisées en dehors des 4 départements de l'Arc Nord-Alpin, et réalisées en dehors de cette période. Les missions définies comme « non validées » étaient celles pour lesquelles le praticien a demandé une reconnaissance en tant que « mission MCS », mais refusées par le centre 15 à posteriori.

Parallèlement, une enquête déclarative destinée aux praticiens a été constituée. Celle-ci a été réalisée en 9 parties, suivant le plan d'organisation du cahier des charges MCS :

- généralité et état des connaissances de la population générale sur le réseau MCS,
- généralité sur le cahier des charges,
- définition du territoire d'intervention du MCS,

- modes de déclenchement,
- motifs de déclenchement,
- dotation en matériel,
- formation,
- organisation et astreintes,
- conclusion et satisfaction.

Le questionnaire (annexe 2) a été soumis à l'ensemble des MCS de l'Arc Nord-Alpin à l'occasion de leur formation annuelle obligatoire organisée sur 2 jours.

Méthode statistique

Les réponses du questionnaire des versions imprimées et informatisées ont été codées et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Toutes les questions ont été analysées par rapport à la totalité des MCS ayant répondu. Pour certaines questions et pour l'intérêt de l'étude, les données ont également été analysées par sous-groupe : sous-groupe par département (Haute-Savoie, Savoie, Isère, Ain), et sous-groupes par années d'expérience dans la fonction de MCS (sans expérience, 1 à 4 ans, 5 à 10 ans, > à 10 ans d'ancienneté).

Notre critère de jugement principal est l'évaluation des intérêts et des limites du cahier des charges régional MCS.

Résultats

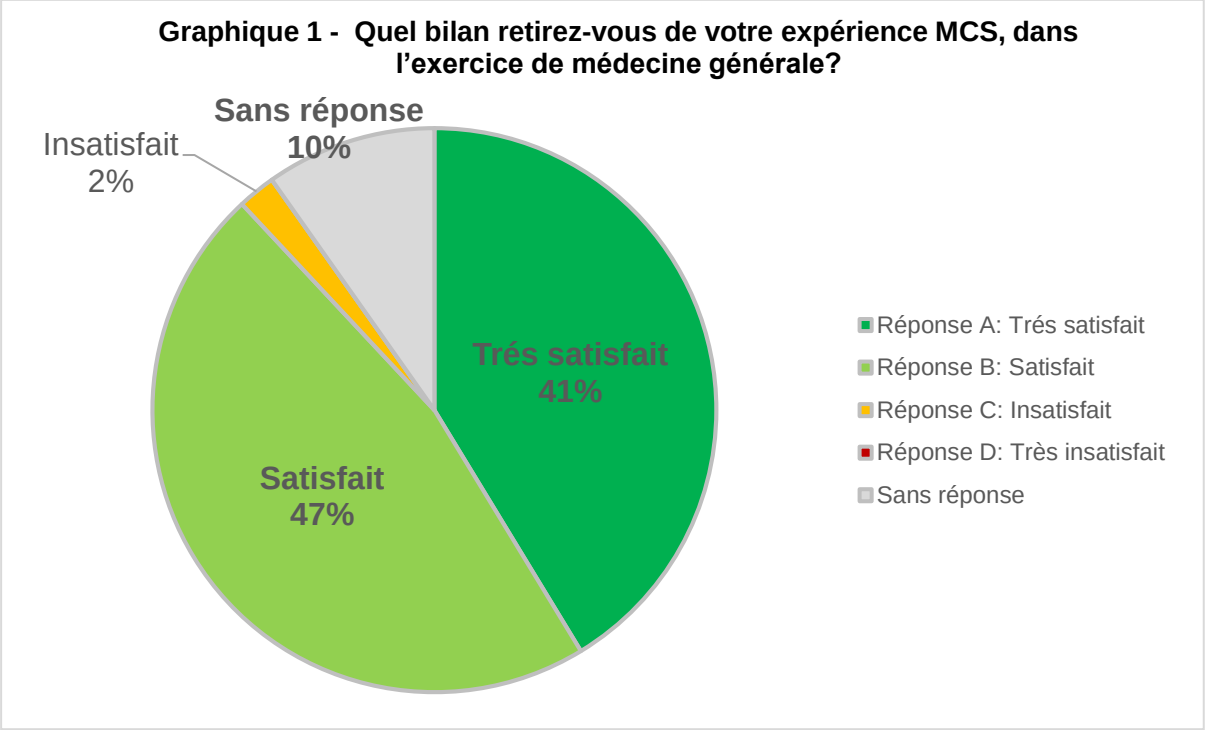
92 MCS ont répondu au questionnaire sur les 111 sollicités, soit un taux de réponse de 83%. 18 MCS sur 19 en Haute-Savoie, 48 sur 56 en Savoie, 21 sur 27 en Isère et 5 sur 7 dans l'Ain. L'ancienneté dans la fonction MCS se repartie comme telle : 17 aucune, 23 de 1 à 4 ans, 23 de 5 à 10 ans, et 28 plus de 11 ans. 1 répondant n'avait pas précisé son ancienneté.

Impact du réseau MCS auprès du médecin généraliste et de sa patientèle

Pour 93% des praticiens et quelle que soit leur ancienneté, ils considèrent leur rôle dans leur zone d'exercice comme important voir indispensable. Ils sont 75% à penser que leur patientèle est inquiète en cas d'urgence vitale ressentie. 84% estiment que cette population connait « insuffisamment » ou « pas du tout » ce réseau (tableau 1). 83% jugent qu'il faille promouvoir le réseau MCS auprès de la population, dont 53% par une information locale (ex : affiche en cabinet).

Tableau 1 - Dans votre zone d'exercice, la population a-t-elle connaissance du réseau MCS et donc de l'accès à des soins urgents de 1er recours de proximité ?

Département d'exercice	Total MCS (%)	Haute-Savoie (74) (%)	Savoie (73) (%)	Isère (38) (%)	Ain (01) (%)
Parfaitement	**1 *(1%)***	0 *(0%)*	1 *(2%)*	0 *(0%)*	0 *(0%)*
Suffisamment : une grande partie de la population	**13 *(14%)***	3 *(17%)*	7 *(15%)*	2 *(10%)*	1 *(20%)*
Insuffisamment : seule une faible partie de population	**45 *(49%)***	9 *(50%)*	20 *(42%)*	16 *(76%)*	0 *(0%)*
Pas du tout	**32 *(35%)***	6 *(33%)*	19 *(40%)*	3 *(14%)*	4 *(80%)*
Pas de réponse	**1 *(1%)***	0 *(0%)*	1 *(2%)*	0 *(0,00%)*	0 *(0%)*
Total MCS	**92 *(100%)***	18 *(100%)*	48 *(100%)*	21 *(100,00%)*	5 *(100%)*



A la question « quel bilan retirez-vous de votre expérience MCS, dans l'exercice de médecine générale ? », les résultats sont dans le graphique 1. 90% des praticiens considèrent la formation continue pour la gestion des urgences comme point de confort, et 84% sont satisfaits de la dotation en matériel.

Pour 95% d'entre eux, le développement de réseaux MCS dans les territoires ruraux qui en sont dépourvus est souhaitable.

Application générale du cahier des charges régional lors des missions MCS

Durant la période d'étude, les MCS ont demandé la validation de 709 missions. 628 (89%) ont été validées a posteriori par les SAMU, et 81 (11%) ne l'ont pas été. Le nombre de missions « demandées » et « non validées » était significativement diffèrent d'un département à l'autre (Graphique 2). Quel que soit leur ancienneté, 71% estimaient avoir eu des difficultés pour la mise en pratique du cahier des charges lors des missions MCS (tableau 2). En particulier, le « mode de déclenchement » et la « définition du motif de déclenchement » figurent parmi les 2 domaines les plus problématiques pour l'applicabilité du cahier des charges.

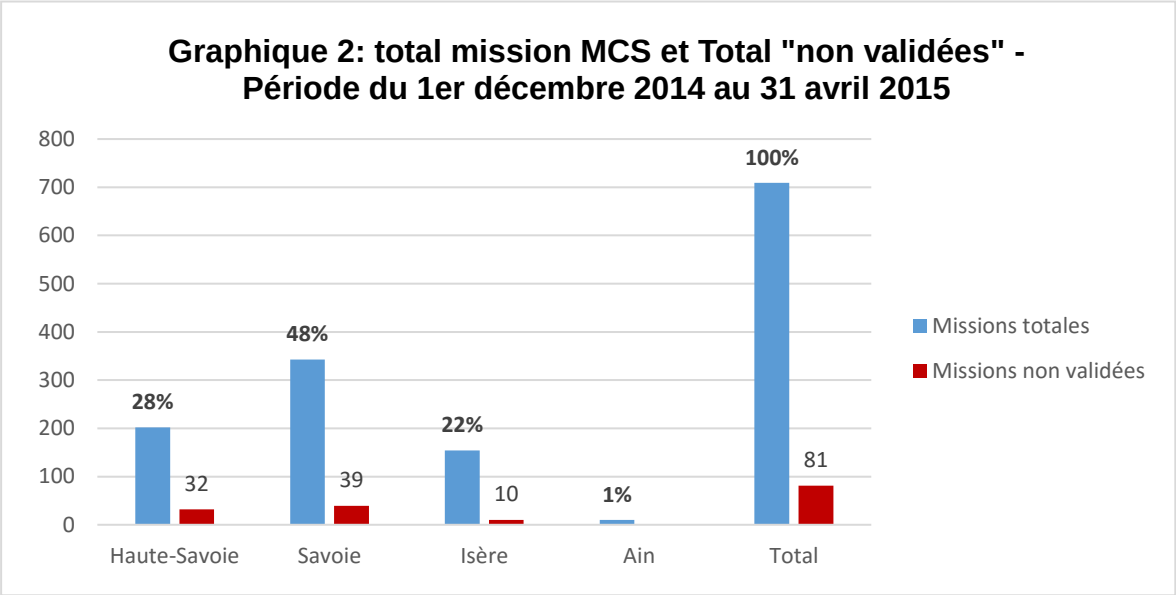


Tableau 2 - Lors des missions MCS, rencontrez-vous des difficultés pour la mise en pratique du cahier des charges ? Analyse sur l'ensemble des réponses MCS

Réponses	**Total MCS**
A : OUI, à chaque fois	**2 *(2%)***
B : OUI, souvent	**17 *(18%)***
C : OUI, mais rarement	**46 *(50%)***
D : NON, jamais	**13 *(14%)***
Pas de réponse	**14 *(15%)***
Total MCS	**92 *(100%)***

Mode de déclenchement

37% des missions recensées sont déclenchées par le centre 15. 54% des MCS ont déjà rencontré des difficultés à répondre aux sollicitations du C15 lors de l'appel, notamment dans la capacité à être disponible pour 46% d'entre eux.

Les missions MCS sont donc déclenchées majoritairement par « auto-déclenchement » (63%). 70% des missions « non validées » étaient des « auto-déclenchement ». Pour les praticiens, l'arrivée directe du patient au cabinet et la sollicitation des secouristes (pisteurs, pompiers) sont les 2 situations les plus fréquents dans ce cas. 65% des MCS estiment avoir des difficultés à identifier rapidement la situation en « mission MCS » au début de la prise en charge. 53% estiment que le

délai d'attente de réponse du Centre 15 est jugé trop long, et 29 % rapportent la complexité d'accès au médecin régulateur.

La connaissance du réseau MCS par les acteurs des centres 15 du point de vue des praticiens est présentée dans le tableau 3.

De même pour les acteurs locaux, 40% des MCS estiment qu'il faut apporter une information aux secouristes, et à la population.

53% des praticiens considèrent que le cahier des charges répond parfaitement ou suffisamment à la réalité des modes de déclenchement.

Tableau 3 - Pensez- vous que le Centre 15 connait bien le recours aux MCS dans le département de votre exercice ?

Département d'exercice	Total MCS (%)	Haute-Savoie(74) (%)	Savoie (73) (%)	Isère (38) (%)	Ain (01) (%)
A : OUI, tout à fait	24 *(26%)*	2 *(11%)*	17 *(35%)*	5 *(24%)*	0 *(0%)*
B : OUI mais insuffisamment : quelques cas auraient pu bénéficier du recours MCS	44 *(48%)*	8 *(44%)*	24 *(50%)*	9 *(43%)*	3 *(60%)*
C : NON, la plupart des missions "potentiellement MCS" ne prennent pas en compte le MCS	19 *(21%)*	7 *(39%)*	4 *(8%)*	7 *(33%)*	1 *(20%)*
D : NON, aucun recours des MCS de la part du centre 15	0 *(0%)*	0 *(0%)*	0 *(0%)*	0 *(0%)*	0 *(0%)*
Pas de réponse	5 *(5%)*	1 *(6%)*	3 *(6%)*	0 *(0%)*	1 *(20%)*
Total MCS	92 *(100%)*	17 *(100%)*	23 *(100%)*	23 *(100%)*	28 *(100%)*

Motifs de déclenchement

La majorité des motifs de déclenchement sont en cohérence avec le cahier des charges.

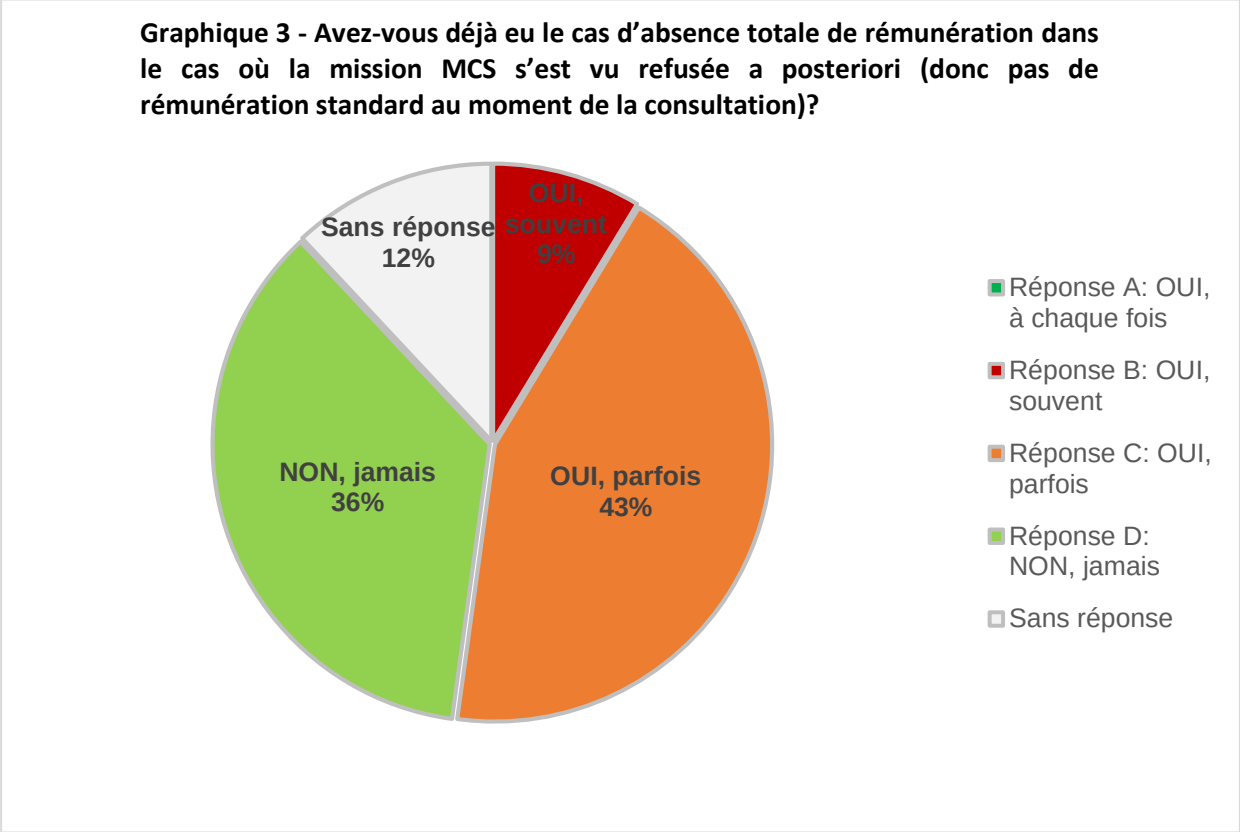
Toutefois, 63% disent rencontrer des difficultés avant le début de la prise en charge pour l'identification d'un motif, lors des missions « auto-déclenchées ». Pour la majorité des MCS (55%), le classement en "missions MCS" basé sur le motif initial est pertinent avec la réalité mais devrait être « discuté avec le médecin régulateur » . En effet, la moitié dit avoir ensuite des difficultés à proposer un motif d'intervention lors du bilan au centre 15. Le motif le plus problématique est l'« hyperalgie ».

Dans le recueil de données, nous retrouvons ce motif « hyperalgie » dans 45% des missions « non validées ». 90% des MCS estiment que ce motif doit être précisé. 54% d'entre eux utiliseraient comme critère « le traitement nécessaire pour gérer la douleur (ex : utilisation de morphine) ». Les critères « antalgie hors du cabinet » (36%), le « diagnostic causal » (35%) et la « nécessité d'hospitalisation » (30%) seraient des critères pertinents à prendre en compte.

De la même façon que l'« hyperalgie », la « traumatologie » (15%), et « cardiologie » (16%) sont des motifs fréquents de non validation des missions.

Pour le motif « douleur thoracique », 58% des répondants considèrent que la douleur thoracique devient une mission MCS devant toute douleur thoracique "typique", et/ou survenant sur un terrain à risque. 16% des MCS considèrent que ce sont les modifications électriques sur l'ECG qui valident la mission MCS. Aucun ne considère qu'une mission MCS pour douleur thoracique n'est validée que lorsqu'un traitement par thrombolyse pour infarctus du myocarde est utilisé.

Il existe des inégalités entre les départements concernant les motifs proposés pour les missions MCS « non validées ». La « non validation » des missions à posteriori par le SAMU a déjà entrainé une absence de rémunération pour 52% des MCS (Graphique 3). Pour qu'une telle situation ne se présente pas, 40% d'entre eux seraient favorables à une validation immédiate par le médecin régulateur au moment de l'appel.



Territoire d'intervention du MCS

65% des praticiens estiment que la définition du territoire d'intervention du MCS est adaptée. Néanmoins, 68% d'entre eux prendraient en compte dans cette définition les « difficultés de circulation routière prévisibles (ex: route de montagne en périodes de vacances) » et 67% les « risques météorologiques (ex: épisodes neigeux) ».

Dotation en matériel

92% des praticiens sont satisfaits de la dotation en matériel. 49% d'entre eux estiment que la gestion du renouvellement serait un point à améliorer.

En cas d'utilisation de la dotation MCS hors missions MCS, 78%, seraient favorables à la saisie, dans la base de données, du matériel utilisé pour la traçabilité.

Formation

95% des répondants sont satisfaits du plan de formation annuelle. 51% souhaiteraient ne rien changer sur ce point.

Organisation et astreintes

68% des MCS avaient un mode d'astreinte mixte tout au long de l'année. Nous n'avons pas de précisions sur les modalités de ce système mixte. 8% des MCS fonctionnent avec une astreinte continue (dispositif A), quand 22% avaient le dispositif B (annexe 1).

29% des MCS seraient favorables, sous réserve de redéfinir le cahier des charges, à une généralisation, à long terme, du dispositif A 24h/24 et 7j/7 toute l'année dans les zones à effectifs MCS suffisant. 49% n'y seraient pas favorables.

76% des MCS sont satisfaits du mode de saisie des missions MCS dans la base de données centralisée.

Discussion

Impact du cahier des charges régional MCS pour le praticien MCS et sa patientèle dans la pratique quotidienne de la médecine générale en zone isolée

Les MCS semblent vouer un intérêt important à ce réseau, et pensent avoir un rôle de santé publique indéniable, et ce, quel que soit leur expérience dans la fonction. Les praticiens les plus expérimentés semblent donc toujours impliqués dans cette fonction, et les « nouveaux » praticiens semblent volontaires et attirés par une activité d'urgence encadrée, confirmant un impact très positif de la fonction MCS dans la pratique de la médecine générale en zone isolée. Ils y voient un intérêt majeur pour la médecine générale car cette fonction leur apporte de la sérénité pour la pratique quotidienne, notamment par la dotation et la formation.

Cette satisfaction globale des MCS sur l'arc nord-alpin devrait favoriser le développement potentiel de ce dispositif sur un territoire plus étendu en France, notamment dans les zones rurales. Les répondants soutiennent cette généralisation.

L'évolution de la médecine générale et de la charge de travail ne semble plus permettre aujourd'hui aux médecins généralistes d'assurer une permanence suffisante pour faire des visites à domicile ou accueillir les soins urgents, comme cela se faisait traditionnellement. Dans une enquête d'opinion réalisée en 2003 auprès des usagers, il était apparu que les usagers avaient une attitude cohérente de recours aux cabinets de médecine générale en fonction de l'éloignement aux structures d'urgence et de l'horaire d'ouverture des cabinets [9]. Ainsi les usagers ont recours aux cabinets de proximité lorsqu'ils ressentent leur pathologie comme très urgente, voire vitale, et, ils s'y rendent par leurs propres moyens. Ces résultats sont en cohérence avec l'impression qu'ont les MCS sur le ressenti des populations qu'ils traitent : une partie de la population s'inquiète de la permanence pour les soins d'urgence vitale. Mais cette population ne semble pas ou peu connaitre le réseau MCS.

Pour une grande majorité des MCS, il serait important de promouvoir le réseau MCS

auprès de la population locale, avec nécessité d'éduquer la population à appeler le centre 15 en cas d'urgence. Dans l'étude précédemment citée, il apparaissait également que l'usager manquait d'informations sur l'offre de soins dont il dispose, surtout sur le système de garde libéral, et qu'il fallait accentuer l'information des usagers [9].

Pour cette information, les MCS sont partagés concernant la stratégie à avoir, mais une communication au niveau régional (ex : campagne d'information de l'ARS) et au niveau local (ex : affiche au cabinet) semble pertinente. [10]

Limites du cahier des charges lors des missions MCS

L'analyse du recueil des missions MCS montre un pourcentage de sollicitations des MCS diffèrent d'un département à l'autre, pour des motifs de recours validés dans le cahier des charges. Cette disparité peut s'expliquer en partie par un nombre inégal de MCS entre les départements, plus élevé en Savoie, et pour des raisons géographiques, avec, par exemple, plus de zones isolées en Savoie. Néanmoins, cette différence peut aussi s'expliquer par une interprétation et une connaissance du cahier des charges différentes selon les centres 15. Cela implique donc qu'il faille probablement une information et une réorganisation dans les centres 15 afin de solliciter systématiquement les MCS en cas de soins urgents dans leur territoire d'intervention.

Une limite du cahier des charges demeure également dans les différences d'interprétation des missions qu'ont le SAMU et les MCS. Un certain nombre de missions classées « missions MCS » ont ensuite été non validées par les SAMU-Centre 15. Par exemple, la gestion au cabinet d'une douleur thoracique nécessitant un ECG était considérée par certains comme une mission MCS quand les autres y

voyaient le rôle propre du médecin généraliste. Le manque d'homogénéité des motifs de mission MCS entre les départements marque également cette limite.

Une proportion non négligeable des missions MCS ne sont pas déclenchées par les centres 15, mais « auto-déclenchées » par les MCS. Il s'agissait d'appels urgents reçus en direct par le MCS ou de consultations urgentes qui s'étaient spontanément présentées à leur cabinet.

Le recueil de données et les réponses au questionnaire révèlent que ce « mode de déclenchement », qui était majoritairement une cause de non validation des missions par les centres 15, est une limite importante du cahier des charges. Ceci peut s'expliquer en partie par l'absence de définition dans le cahier des charges. En effet, le cahier des charges ne prévoit que le « déclenchement par le centre 15 ».

Cependant même pour des sollicitations des MCS par les centres 15, il existe des missions n'ont pas été validées. Cela peut avoir des conséquences potentielles sur la crédibilité de ce réseau pour le praticien MCS qui se rendait disponible au moment de la sollicitation.

De plus les praticiens décrivent des difficultés récurrentes pour joindre le centre 15. Cette problématique peut retarder l'avis du médecin régulateur pour définir une mission MCS litigieuse ou lors des missions « auto-déclenchées ». Pourtant la rapidité de déclenchement des SMUR est un gain de chance pour le patient [11]. Afin d'optimiser la réponse adaptée du centre 15, la question d'une ligne dédiée pour les MCS et les secouristes peut se justifier.

Le cahier des charges MCS prévoit que le classement en « missions MCS » se fasse sur le « motif initial », sur décision du régulateur du SAMU, quel que soit le mode de déclenchement.

L'analyse des motifs de consultation pour les missions non valorisées en missions MCS montrait que les motifs « hyperalgie », « traumatologie » et « cardiologie » sont

les plus problématiques. Dans son étude S Gentille a elle aussi identifié ces deux premiers motifs comme les plus à risque de consultation, les patients inquiets préférant se déplacer au cabinet du médecin [9]. Il existait également une inégalité entre les départements concernant les motifs proposés pour les missions MCS non validées. Par exemple, il n'existait pas de missions non validées pour le motif « traumatologie » en Haute-Savoie. Ceci pouvait s'expliquer par une interprétation différente dans le choix du motif de déclenchement. L'hyperalgie et la traumatologie étant étroitement liés.

Dans le cas de « l'hyperalgie », une très grande majorité des praticiens MCS estimait que le motif hyperalgie doit être précisé. Néanmoins, ils étaient partagés quant aux critères à utiliser. La plupart utiliserait comme critère « le traitement nécessaire pour gérer la douleur. Le motif « hyperalgie », était donc une limite majeure du cahier des charges régional

La douleur thoracique est un motif très fréquent en médecine générale en zone isolée. Une prise en charge précoce et efficace est d'autant plus importante dans ces zones. L'étude de Chacornac M, Baronne-Rochette G, Schmidt MH, et al. montrait que l'Arc Nord-Alpin est particulièrement concerné avec nécessité de prise en charge adaptée et efficace des infarctus au sein de réseau de soins impliquant les MCS [12]. Mais c'est également un motif qui est source d'incompréhension pour les MCS qui voient leur mission non validée à postériori par les SAMU-Centre 15. Toute douleur thoracique n'est pas une « mission MCS ». Les résultats de notre étude montrent là encore que la réalité des missions est différente pour ce motif entre les MCS. Ces derniers étaient très partagés quant aux critères de la prise en charge d'une douleur thoracique nécessaires au déclenchement d'une missions MCS. Le cahier des charges doit donc pouvoir différencier le rôle propre du médecin généraliste dans la prise en charge d'une douleur thoracique, du syndrome coronarien aigu qui est une mission SMUR et MCS [13].

La principale difficulté de ces non validations de mission concerne la rémunération pour les MCS. En cas de mission MCS, le cahier des charges prévoit que ce dernier ne doit pas faire payer la consultation, et sera forfaitairement rémunéré a posteriori. En cas de non validation le praticien peut ne pas se voir rémunérer, ce qui peut être une source de démotivation des acteurs. La moitié des MCS disent avoir déjà vécu cette situation. Certains proposent « une validation a posteriori en commun avec l'association des MCS et des responsables du centre 15 et la création d'un forfait identique à une consultation standard en cas de refus, au risque de compliquer les modes de paiement ». D'autres sont favorables « à une réponse immédiate du médecin régulateur pour valider la mission ». Mais cette discussion au moment de l'événement urgent est-elle pertinente ? Une validation a priori des missions pourrait être proposée dans le cahier des charges.

Dans le cahier des charges MCS, un territoire d'intervention du MCS est « tout ou une partie d'un secteur PDSA « qualifié » par l'ARS à plus de 30 minutes d'une SMUR terrestre. L'objectif est d'assurer une prise en charge de l'urgence vitale dans des zones particulièrement isolées ou caractérisées par une certaine dispersion de la population et une rareté des ressources médicales. »

La majorité des MCS estiment que cette définition, qui semble initialement très « théorique » du territoire d'intervention du MCS est adaptée.

Mais le cahier des charges prévoit une définition à « 30 minutes » qui peut sembler arbitraire. Pour les praticiens, les difficultés de circulation et météorologique, pouvant augmenter le temps de trajet du SMUR, pourraient justifier la prise en charge de patients par les MCS sur des territoires à moins de 30 minutes du SMUR, dans l'intérêt des victimes.

Le cahier des charges régional MCS prévoit 2 types d'astreintes. Le dispositif d'astreinte permanente (dispositif A, privilégié par l'ARS) et le dispositif B. Lors de la soumission du questionnaire, la grande majorité des répondants ont précisé qu'ils exerçaient avec un dispositif « mixte » tout au long de l'année. Ce résultat souligne une limite du cahier des charges MCS par rapport à la réalité, devant l'absence de définition de ce dispositif, pourtant adopté par la grande majorité des praticiens. Ce résultat montre donc que la définition actuelle de l'organisation des astreintes du cahier des charges doit être retravaillé pour s'adapter à la réalité de travail des MCS et avant qu'une astreinte permanente à long terme puisse être mise en place.

Intérêts du cahier des charges dans les missions MCS

La dotation en matériel constitue un point essentiel de l'organisation du réseau. Elle est plébiscitée par les MCS, qui en sont très satisfaits, même si une amélioration de la gestion du renouvellement est envisagée.

En particulier, cette gestion du renouvellement doit intégrer que le matériel est utilisé dans le cadre de missions « MCS like » non validées, c'est-à-dire comme « des missions pouvant être considérées comme mission MCS, sans recevoir de rémunérations MCS ». Le praticien utilise des thérapeutiques de la dotation comme la kétamine, par exemple, qu'il a sa disposition parce qu'il est MCS. Il surveille également ses patients régulièrement avec son électro-cardioscope. Pour une meilleure gestion de ces situations, les MCS plébiscitent le traçage de l'utilisation de la dotation en saisissant tout matériel utilisé dans la base de données MCS.

Le praticien s'engage à suivre une formation annuelle organisée par l'association régionale des MCS en lien avec les CESU des SAMU. La quasi-totalité des MCS sont

satisfaits de ce plan de formation, inscrit au cahier des charges. Certains praticiens MCS seraient même prêts à augmenter leur fréquence.

Limites de l'étude

Cette étude est descriptive et doit donc être interprétée selon son contexte de réalisation. Il s'agit d'une étude à faible niveau de preuve scientifique.

Lors du recueil de données, les missions ont été sélectionnées durant une période hivernale correspondant à une forte activité saisonnière dans l'arc Nord-Alpin. Les résultats d'analyse du recueil choisi ne peuvent donc pas être extrapolé à l'activité annuelle et à l'ensemble du territoire français.

Dans cette enquête déclarative, les réponses au questionnaire sont subjectives, et sont basées sur la mémoire et le parti pris du MCS. De plus, certaines questions ont été mal comprises, et le mode de réponse attendu n'était pas celui initialement prévue.

L'analyse statistique ne répond pas à une méthode validée scientifiquement.

Conclusion

Le MCS rapporte un impact très positif du réseau sur sa pratique de l'urgence. Le cahier des charges régional répond globalement à ses besoins et ceux de sa patientèle. Les praticiens plébiscitent la dotation en matériel et les formations annuelles tant pour leurs pratiques quotidiennes que pour les missions MCS. Néanmoins, les modes et motifs de déclenchement sont encore trop imprécis et sont sources de tension avec les centres 15 qui pourraient remettre en cause, à terme, cette fonction indispensable qui permet une réponse en moins de 30 minutes pour les soins urgents dans beaucoup de zone isolée. Il semble indispensable de réfléchir avec ces médecins de terrain aux modalités d'organisation de leur exercice de la médecine générale afin de tendre vers une réponse à l'urgence optimale.

Bibliographie

[1] JOURNAL OFFICIEL,
Pacte territoire santé 1 – 2012 - -http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/ article/2012-pacte-territoire-sante-1

[2] JOURNAL OFFICIEL
*Circulaire DHOS/O1 nº 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgen*ces - http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-03/a0030070.htm

[3] LACROIX D
BILAN D'ACTIVITE DES MEDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU DE L'ARC NORD ALPIN - Thèse de médecine générale : Grenoble : 2006

[4] GUYOT S et PINET M
PRISE EN CHARGE DES DOULEURS AIGUES SEVERES PAR LE MEDECIN GENERALISTE - Apports du système « Médecin Correspondant SAMU » au sein du réseau des médecins de montagne » - Thèse de médecine générale : Grenoble 2010

[5] CHAUMONT C
Analyse des Arrêts Cardiaques Extra Hospitaliers dans les zones isolées de l'arc Nord Alpin Thèse de médecine générale : Grenoble 2010

[6] JOURNAL OFFICIEL
Cahier des charges Médecins Correspondants du SAMU de la région Rhône-Alpes Validé par le Comité régional des MCS du 15 octobre 2013 - http://www.rhonealpes.paps.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/PAPS/MCS/201312_DEOS_CdesCharges_MCS.pdf

[7] JOURNAL OFFICIEL
Contrat portant sur les modalités d'interventions du Médecin correspondant du SAMU – ARS Rhone-Alpes - http://www.urps-med-ra.fr/medias/content/files/organisation_offre_soins/mcs/2013_12_17_ARS_Contrat_type_MCS_final.pdf_1397483404740.pdf

[8] JOURNAL OFFICIEL
Médecins correspondants du SAMU : guide de déploiement | Juillet 2013 – Ministère chargé de la santé - http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf

[9] Gentile S
Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressenti. Santé publique 2004, volume 16, no 1, pp. 63-74).

[10] Giroud M. La qualité en régulation médicale. In : Conférence Congrés urgences. Paris 2007 ; 659-671

[11] Committee on Trauma. Resources for Optimal Care of the Injured Patient. American College of SUrgeons ; Chicago, III : 20

[12] Chacornac M, Baronne-Rochette G, Schmidt MH, et al.
Characteristics and management of acute ST-segment eleva- tion myocardial infarctions occurring in ski resorts in the French Alps: impact of an acute coronary care network. Arch Cardiovasc Dis 2010; 103: 460–468.

[13] Yayehd K, Ricard C, Ageron FX, Buscaglia L, Savary D, Audema B, Lacroix D, Barthes M, Joubert P, Gheno G, Belle L; RENAU-RESURCOR study investigators - Role of primary care physicians in treating patients with ST-segment elevation myocardial infarction located in remote areas (from the REseau Nord-Alpin des Urgences [RENAU], Network).
Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2015 Feb;4(1):41-50

CONCLUSION DE THESE

THESE SOUTENUE PAR : FANTIN Hugo

TITRE :
« Cahier des charges régional des Médecins Correspondant du SAMU (MCS): intérêts et limites pour le praticien »

CONCLUSION
Le dispositif de Médecin Correspondant du SAMU (MCS) est un des 12 engagements du Pacte Territoire Santé présenté en décembre 2012 par la ministre de la Santé. Un cahier des charges régional promu par l'ARS a été créé en 2013.
Le recueil des missions MCS de l'hiver 2014/2015 dans l'Arc Nord-alpin puis validées par les SAMU départementaux a été comparé aux documents officiels de l'ARS. Après analyse de ces données, un questionnaire a été soumis à l'ensemble des MCS de cette région à l'automne 2015.
93% des MCS considèrent leur rôle important et 88% apprécient cette expérience de MCS en parallèle de la médecine générale. Néanmoins 22% indiquent que la population s'inquiète de la prise en charge des urgences, et 84% estiment que le réseau est insuffisamment connu, et mérite une promotion. 92% sont satisfaits de la dotation en matériel et en drogues. 65% considèrent la définition des territoires bien adaptée, mais sont partagés sur une généralisation du dispositif d'astreinte permanente toute l'année. Lors des missions, 71% des MCS ressentent des difficultés dans l'application du cahier des charges. 54% ont déjà rencontré des difficultés à répondre aux sollicitations du centre 15 lors de l'appel, notamment pour être disponible. 63% disent rencontrer des difficultés pour identifier le motif d'intervention lors des missions « auto-déclenchées », qui représentent 63% des missions totales, et 70% des missions « non validées ».

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 29/09/16

LE DOYEN
J.P. ROMANET

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE
PROFESSEUR N.TERZI

CHU de Grenoble
Clinique Réanimation Médicale
Pr Nicolas TERZI
RPPS 10004626320

Annexe 1

La Direction de l'Efficience de l'offre de Soins

Lyon, le 15 octobre 2013

Cahier des charges Médecins Correspondants du SAMU de la région Rhône-Alpes

Validé par le Comité régional des MCS du 15 octobre 2013

La fonction de Médecin Correspondant du SAMU (MCS) est réservée à un médecin du premier recours, formé à l'urgence, qui intervient en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale, dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient.

Le dispositif des MCS est proposé aux professionnels comme une **fonction**, celle de participer à l'aide médicale urgente. Il ne s'agit pas d'un "statut" ni d'un mode d'exercice en tant que tel. En conséquence, le médecin qui remplit les fonctions de MCS conserve son mode d'exercice habituel.

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

La fonction de MCS repose sur le **volontariat** des médecins.

L'objectif de ce cahier des charges est de définir les modalités d'accompagnement et de reconnaissance du dispositif des médecins correspondants du SAMU, dans les territoires d'intervention des MCS définis par l'ARS et de prévoir la dotation en matériels et équipements, les formations dont bénéficieront les MCS mais aussi le régime d'indemnisation.

L'ARS souhaite promouvoir ce dispositif avec l'appui **d'une association régionale des MCS** ayant vocation à représenter les médecins MCS auprès de l'ARS, des SAMU, des SDIS et des institutions et à coordonner l'activité des MCS (recensement des MCS et promotion de l'activité, gestion des tableaux d'astreinte,

des formations et des rémunérations, suivi d'activité…). L'association peut être organisée en antennes territoriales pour faciliter l'animation du dispositif.

Un Comité Régional des Médecins Correspondant du SAMU, comprenant à parité des représentants de l'association régionale des MCS et des représentants des SAMU concernés par ce dispositif, ainsi que des membres associés, les représentants du SDIS, du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, de l'URPS et de l'ARS, est constitué. Il est présidé par l'association régionale des MCS et co-présidé par un représentant des SAMU. Ces missions sont définies dans le présent cahier des charges.

L'ARS a pour objectif le développement de l'exercice regroupé ou coordonné des médecins sur un territoire et souhaite promouvoir la gradation de l'offre de soins de premier recours.
Cet objectif vise à la reconnaissance de structures ou d'organisation prenant en charge le premier recours, pouvant également gérer des actes non programmés et, intégrant si besoin des médecins qui ont également le statut de MCS. L'ARS entend encourager à la constitution et au fonctionnement de ces structures ou organisations disposant des équipements et matériels nécessaires aux MCS.

Le cahier des charges comprend :

1) La définition du territoire d'intervention du MCS :

Les territoires d'intervention des MCS sont déterminés par l'ARS, en lien avec le SAMU départemental et les professionnels et en concertation avec les CODAMUPS-TS, à partir du diagnostic des territoires et populations situés à plus de trente minutes d'accès d'un SMUR terrestre.
L'objectif est d'assurer une prise en charge à l'urgence vitale dans des zones particulièrement isolées ou caractérisées par une certaine dispersion de la population et une rareté des ressources médicales.

Ils tiennent compte des besoins de la population (analyse de l'activité, devenir/orientation des patients), des attentes des professionnels et des particularités locales du territoire. Ils s'inscrivent en cohérence avec le SROS-PRS et les SDACR et tiennent compte, notamment, des territoires de permanence des soins ambulatoires.

Un territoire d'intervention du MCS est tout ou une partie d'un secteur PDSA « qualifié » par l'ARS à plus de 30 minutes d'un SMUR terrestre et pour lequel l'analyse avec les acteurs de l'AMU montre que le dispositif MCS est la réponse la plus adaptée.

Tous les médecins exerçant sur un secteur PDSA « qualifié » à plus de 30 minutes d'un SMUR terrestre, s'ils sont volontaires, peuvent être MCS et intervenir sur le territoire défini comme dans l'alinéa précédent.

Certains médecins correspondant du SAMU étant installés à la date de l'adoption du cahier des charges dans des secteurs situés à moins de 30 minutes d'un SMUR

terrestre, il est admis que, sous réserve de la signature d'un contrat, ils pourront continuer à être sollicités par les SAMU concernés.
Cependant à compter de l'adoption du cahier des charges, aucun nouveau médecin ne pourra être médecin correspondant du SAMU s'il exerce et intervient dans un secteur PDSA « qualifié » à moins de 30 minutes d'un SMUR terrestre.

2) La régulation de la sortie du MCS par le SAMU :

Il appartient au SAMU d'apprécier le degré de l'urgence et d'ajuster les moyens les plus adaptés à sa disposition pour répondre au besoin du patient.
L'intervention du MCS est systématiquement régulée par le SAMU-Centre 15 départemental. Ce dernier déclenche obligatoirement l'intervention du MCS de manière simultanée à celle du SMUR.
Le MCS est tenu d'établir, pour le médecin régulateur, un premier bilan médical de la victime. Le médecin régulateur peut l'accompagner dans l'évaluation et la prise en charge de la victime selon les protocoles définis par le SAMU départemental.

3) La définition de la dotation du MCS en matériel, en médicaments et consommables (en exemple p9, la liste actuelle des MCS de l'arc alpin établi dans le cadre du réseau RENAU**) :**

La définition de la dotation du MCS en matériel, en médicaments et consommables est revue régulièrement par le comité régional des MCS.

La dotation en matériel est liée à des actes de médecine d'urgence. Elle est fournie, renouvelée et maintenue par l'hôpital de rattachement du SAMU départemental. Elle est attribuée aux MCS ou à un groupe de MCS exerçant sur un site commun (cabinet de groupe, MSP, centre de santé, hôpital local..).

Les trousses d'urgence et son renouvellement sont fournis par l'hôpital de rattachement du SMUR de référence du MCS, à sa demande, selon les modalités locales les plus pratiques.

En fonction de l'accord cadre régional SDIS-ARS et de sa déclinaison départementale entre le SDIS et l'hôpital de rattachement du SAMU, le SDIS peut fournir tout ou une partie du matériel, des médicaments et des consommables destinés aux MCS.

4) La formation des MCS : (en exemple p12, la fiche formation initiale ou continue telle que pratiquée actuellement par les MCS de l'arc-alpin établie dans le cadre du réseau RENAU) **:**

Le MCS s'engage à suivre une formation d'intégration de 2 jours puis une formation continue de 2 jours par an, organisée dans la région Rhône-Alpes. Le MCS est indemnisé par l'association MCS régionale à hauteur de 15 Cs par jour pour sa participation.

Le contenu de la formation et les organismes de formation sont définis par le comité régional des MCS.

Les formations sont organisées par l'association régionale des MCS en lien avec les SAMU.

L'association régionale des MCS, les SDIS et éventuellement d'autres intervenants peuvent être sollicités pour y participer en respectant la maquette de formation validée par le comité régional des MCS.

Le comité régional des MCS est chargé d'accepter les candidatures et, à l'issue de la formation, de donner les agréments nécessaires à la conclusion du contrat entre le médecin correspondant du SAMU, le centre hospitalier siège du SAMU départemental et l'ARS.

5) L'organisation et le financement des MCS :

Aujourd'hui, on compte 96 médecins généralistes[1] correspondants du SAMU sur 4 départements (Arc Alpin et Ardèche). Les activités de ces médecins sont variables suivant les départements et les périodes en fonction des activités saisonnières.

Il est donc défini deux dispositifs pour répondre à ces variations d'activité sur les secteurs d'intervention MCS. Le **choix du dispositif organisationnel par secteur** est laissé à la négociation entre les professionnels des secteurs, l'association régionale des MCS et le SAMU départemental de rattachement.

Dispositif A : correspondant à une astreinte continue pour les secteurs ayant une activité annuelle ou saisonnière marquée (par exemple périodes hivernales du 15 décembre au 15 avril et période du 15 juin au 15 septembre):
Pendant ces périodes définies en lien avec le SAMU départemental et l'association régionale MCS et sous réserve que le secteur comprenne au minimum deux MCS présents sur le secteur, il peut être mis en place un tableau d'astreinte H24.
Dans ce cas, le MCS s'engage à répondre à toute sollicitation du SAMU départemental dans le cadre de l'AMU. Il reçoit une indemnisation au titre de cet engagement, et une indemnisation forfaitaire par intervention.

C'est dans le cadre du dispositif A que la reconnaissance de l'ARS de structures ou d'organisation du premier recours à même de prendre en charge des actes non programmés, sera privilégiée.

Dispositif B : plus souple, en fonction des engagements des médecins :
Si le nombre de MCS n'est pas suffisant dans le secteur et/ou si l'activité est faible, le MCS fait le choix de s'inscrire ou non sur un tableau d'astreinte.

S'il ne s'inscrit pas sur un tableau d'astreinte, il ne reçoit pas d'indemnisation au titre d'une astreinte.
Mais en cas d'intervention à la demande ou validée par le SAMU départemental, il perçoit une rémunération forfaitaire par intervention.

[1] Ne sont comptabilisés que les médecins généralistes correspondants du SAMU ayant signé une convention individuelle avec le SAMU de leur département.

S'il s'inscrit sur un tableau d'astreinte il reçoit une indemnisation au titre de cet engagement.

La rémunération des forfaits d'astreinte :

La rémunération des forfaits d'astreinte est découpée en 2 tranches horaires de 12h :

- de 8h à 20h du lundi au dimanche, un forfait d'astreinte de 50 €. • de 20h à 8h du lundi au dimanche, un forfait d'astreinte de 100 €.

Cumul des rémunérations des astreintes MCS avec celles de la PDSA :
Le médecin généraliste peut cumuler les 2 missions et leur rémunération quand il est inscrit sur un tableau d'astreinte pour les deux missions. Ce cumul est possible avec les périodes PDSA suivantes :

- de première partie de nuit de 20h à 24h du lundi au dimanche et
- en journées de 8h à 20h du dimanche, jours fériés et ponts
- le samedi AM (12h-20h)

Pour les périodes de nuit profonde (24h-8h), le médecin pourra cumuler cette rémunération avec l'indemnité d'astreinte MCS, uniquement s'il est inscrit sur un tableau d'astreinte sur les secteurs PDSA qualifié à plus de 30 min d'un SMUR et ayant une activité importante de PDSA (plus d'un acte par semaine).
Dans les autres cas, le financement de la PDSA en nuit profonde sera arrêté dès que le dispositif MCS sera mis en place sur les secteurs concernés (secteurs à faible activité PDSA et à plus de 30 min d'un SMUR).

Demande de reconnaissance d'un tarif forfaitaire par intervention au niveau national :

Un tarif forfaitaire d'intervention s'appuie sur l''estimation faite par l'association des MCS, correspondant à la perte de rémunération associée à cette intervention et évaluée à 9 CS pour une heure et demi correspondant à :

- 7 CS correspondant au nombre de consultations faites en cabinet, en moyenne, pour une heure et demi ;
- 2 CS au titre de son déplacement.

L'ARS financera le forfait d'intervention des MCS à hauteur de 250 € la sortie de MCS régulée par le SAMU départemental.

6) Le statut et cadre juridique des MCS

En fonction de son mode d'exercice habituel, un médecin volontaire aura le choix entre différents supports pour participer aux missions de MCS.

Quel que soit son mode d'exercice et son choix du cadre juridique d'intervention au titre de MCS, le **médecin a l'obligation de passer un contrat** avec l'ARS et avec le centre hospitalier siège de SAMU du département dont dépend son secteur d'intervention (directeur de l'établissement et responsable du SAMU).

Le contrat définit ses conditions d'intervention et son régime de responsabilité, ainsi que les engagements des 3 parties.

Quel que soit le cadre juridique choisi par le médecin (exercice libéral, praticien attaché, contrat d'admission des médecins libéraux en EPS, salarié), la responsabilité de l'établissement public de santé siège du SAMU départemental avec lequel le MCS a passé un contrat s'étend à lui dans le cadre de ses fonctions de MCS parce qu'il: participe à une mission de service public et prend en charge des patients admis dans le cadre du service public d'aide médicale urgente ; est lié par contrat avec le SAMU, contrat qui définit le cadre fonctionnel de son intervention ; agit sur demande de la régulation du SAMU ; intervient avec du matériel et des médicaments mis à sa disposition par le SAMU, le SMUR de référence ou le SDIS ;

Ainsi concernant la protection du médecin en exercice libéral, celui-ci doit communiquer à son assureur (R.C.P) que les dommages éventuellement causés par lui à l'occasion de cette fonction de MCS sont couverts par l'établissement siège du SAMU départemental;
Pour les dommages subis il est pris en charge par son régime de couverture personnel.

Un médecin remplaçant ou un étudiant titulaire d'une licence de remplacement peut être MCS, s'il remplace régulièrement des médecins MCS et s'il a suivi la formation annuelle et signé un contrat avec un SAMU de la région et l'ARS.

7) Rôle du Comité Régional des Médecins Correspondants du SAMU:

Il est constitué à parité de représentants de l'association régionale des MCS et des représentants des SAMU départementaux concernés par ce dispositif. Sont également associés les représentants des SDIS, du CROM, de l'URPS et de l'ARS. Dans un premier temps, seuls les SAMU et MCS des départements prioritaires (07-26-38-73-74), pour lesquels sont décomptés un nombre important de secteurs à plus de 30 minutes d'un SMUR, sont représentés.

La composition du Comité Régional des MCS est définie comme suit :

Membres de droits représentés à parité :

- Un représentant des associations MCS et un représentant des MCS par département pour les départements de l'Isère, la Savoie, la Haute Savoie, l'Ardèche et la Drôme ;
- Un représentant de chaque SAMU départemental concerné par le dispositif pour les départements de l'Isère, la Savoie, la Haute Savoie, l'Ardèche et la Drôme ;

En fonction du développement du dispositif MCS, les autres départements pourront être représentés.

Membres associés :
- Un représentant régional des SDIS
- Un représentant de l'URPS ;
- Un représentant du CROM ;
- Le directeur général de l'ARS ou ses représentants.

Les membres associés ont voix consultative.

Il est présidé par l'association régionale des MCS et co-présidé par un représentant des SAMU départementaux.

Il est chargé de :

- Valider et actualiser le cahier des charges des MCS
- Définir et actualiser la maquette de formation
- Choisir les organismes de formation
- Définir et actualiser le cahier des charges de la dotation du MCS en matériel, en médicaments et consommables
- Valider les candidatures MCS selon des critères définis
- Délivrer les agréments des MCS à l'issue des formations nécessaires à la conclusion des contrats MCS-SAMU-ARS
- Définir les indicateurs d'évaluation du dispositif
- Étudier et réagir aux difficultés rencontrées par le dispositif - Établir une évaluation du dispositif en lien avec ARS.
- Actualiser les secteurs qualifiés à plus de 30 min d'un SMUR

Le comité régional des MCS définit son règlement intérieur.

8) Rôle de l'association régionale des MCS dans l'animation du dispositif

L'association préside le comité régional de concertation des MCS.

Elle assure la coordination de l'ensemble du dispositif :

- Coordination des tableaux d'astreinte ou recensement des MCS présents sur les secteurs, en lien avec les SAMU ;
- L'organisation des formations en concertation avec les SAMU concernés et leur financement ;
- Recueil de l'activité en lien avec les SAMU et établit le bilan de l'activité du dispositif
- Promouvoir et faire connaître le dispositif dans la région, en lien avec les SAMU.

Pour réaliser ses missions, l'association régionale reçoit un budget pour son fonctionnement, versé par l'ARS.

L'association peut être organisée en antennes territoriales pour faciliter l'animation du dispositif.

À titre transitoire, les 2 associations « MCS arc alpin » et « MCS 07-26 » perçoivent les financements de l'ARS.

9) Rôle du SAMU départemental et de l'établissement siège de SAMU dans l'animation du dispositif

L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.

Dans ce cadre, le SAMU, service hospitalier, qui a, notamment pour mission d'assurer la régulation médicale des situations d'urgence, peut solliciter un médecin correspondant du SAMU qui constitue un relais pour le service d'aide médicale urgente dans la prise en charge de l'urgence vitale. Ce médecin assure, sur régulation du SAMU, dans les secteurs situés à plus de 30 minutes d'un SMUR terrestre, et hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale selon des protocoles définis lors des formations des MCS.

Les SAMU concernés participent au comité régional des MCS en qualité de membres de droit et sont partie prenante dans le dispositif de formation des MCS avec le concours des CESU.

Les SAMU proposent des indicateurs de suivi au comité régional des MCS (heure d'appel au SAMU, type d'appelant, motif de recours, lieu d'intervention : domicile, maison de retraite, milieu du travail, milieu scolaire, voie publique... horaires du MCS et du SMUR, protocole utilisé, devenir du patient, incidents répertoriés…)

Les SAMU participent à l'évaluation annuelle dans le cadre du comité régional des MCS.

Les SAMU participent à la validation de la liste des MCS intervenant sur un secteur, les tableaux d'astreinte éventuels et les interventions MCS.

Les SAMU proposent des protocoles d'urgence aux MCS en accord avec les représentants de l'association des MCS.

Le SAMU départemental fournit le matériel et le SMUR de référence, les médicaments et les consommables et ils en assurent respectivement le suivi et le renouvellement. La liste des matériels, médicaments et consommables mis à disposition du MCS est annexée au contrat.

Le SAMU départemental s'assure que le tableau d'astreinte ou/et la liste des MCS par secteur PDSA « qualifié » à plus de 30 min d'un SMUR sont accessibles et connus en temps réel de l'équipe de régulation.

10) Rôle des SDIS

Les médecins correspondant du SAMU étant pour un certain nombre d'entre eux également médecins sapeurs-pompiers, et les SDIS mettant à disposition des matériels et équipements au bénéfice de ces médecins, des axes de collaboration peuvent être proposés entre les SDIS et des médecins correspondant du SAMU.

Il est proposé de fixer dans le cadre d'une convention cadre régionale ARS-SDIS, les modalités de participation des SDIS à l'organisation du dispositif des MCS au travers notamment de la mise à disposition de matériels et équipements et d'une participation financière.

Les grandes orientations de cet accord cadre pourront être déclinées, par département, par un avenant à la convention bipartite SAMU–SDIS prévue par le référentiel commun sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

Le MCS sur la base du volontariat pourra prétendre à être également médecins sapeurspompiers et réciproquement.

11) Rôle de l'ARS

L'ARS est chargée de :

- Participer au comité régional des MCS ;
- Financer une partie du dispositif MCS : astreintes, forfait intervention – formation des MCS – dotation en matériels, consommables et médicaments – dotation au fonctionnement de l'association régionale. D'autres institutions peuvent participer au financement : les SDIS (sous réserve de la finalisation du partenariat).
- Évaluer le dispositif : suivre les activités des MCS, ajuster les financements, évaluer le service rendu aux populations situées à plus de 30 minutes d'un SMUR ;
- Assurer le suivi général du dispositif en lien avec le comité régional présidé par l'association régionale des MCS.

Dotation des Médecins Correspondant du SAMU (établi dans le cadre du réseau RENAU)

GENERALITE

Les Matériels, Consommables et Médicaments constituant ces trousses :

- sont mis à disposition par l'association MCS des Alpes du Nord.
- sont adaptés à l'urgence et à l'activité du médecin qui remplit les fonctions de MCS.
- sont harmonisés avec ceux que le MCS ont utilisés pendant sa formation et ceux utilisé dans les SMUR.

COMPOSITION DES TROUSSES D'INTERVENTION

- 1 sac de secours + ampoulier – *Dimatex Sécurité*

Pour le syndrome coronarien aigu :

1. Per Os

-	Kardegic 75	4 sachets	ou Aspirine 500	1 sachet
-	Natispray 0.3	1 flacon		
-	Plavix 75	8 comprimés	ou Plavix 300	2 cp

2. IV/SC

-	Lovenox 0.6	2		
-	Lovenox 0.4	2		
-	Aspegic 500	1	RQ : + eau pour préparation	
-	Tildiem Amp	1	ou Krenosin 6 mg	2 amp
-	Adrénaline 5mg	1		
-	Adrénaline 1mg	1		
-	Morphine	2		
-	Atropine 0,5	1		

Métalyse Amp 1
Ampoule de NaCl 2

3. DOCUMENTS RESURCOR

-	Fiche métalyse	1
-	Fiche MCS SCA	1
-	Fiche territoire ECG	1
-	CI TNT	1

Pour la douleur :

- Morphine 4
- Kétamine 250 3
- Versed 2mg 2
- Nubain 2
- Profenid IV 1
- Xylocaïne 1
- Ampoule de NaCl 4
- Narcan 1
- Anexate 1
- Seringue 30 1
- Seringue 10 VIS (luer lock) 3
- Seringue 5 VIS 3
- Seringue 2 VIS 2
- Trocard Rose 10
- Aiguille IM 4
- Plexufix 2
- Canule rectale Nubain Enfant 1

Pour l'arrêt cardio vasculaire (AC), le coma et la traumatologie grave :

MATERIEL INTUBATION

- laryngoscope 1
- lame 2/3/4 1 de chaque
- Piles 2 - Ampoule 1 - Lacette 1
- sondes 7,5 2
- Mandrin + Seringue de test aspiration 1
- Seringue de 10 ml 1
- Tube laryngé 1
- jaune 1
- rouge 1 - violet 1
- Seringue tube laryngé 1
- Masque O2 Haute Concentration adulte1
- MHC enfant 1
- BAVU 1
- Masque Adulte 1 - Masque Enfant 1
- Filtre 1
- Tubulure O2 1 - Guedel Adulte 1
- Guedel Enfant 1

MATERIEL HEMOSTASE (ACSOS PLAIE SCALP par exemple)

- Bistouri 1

- Kocher 1
- Pansement compressif 1
- Bandes velpeau 1
- FIL 3.0 1
- porte aiguille 1
- agrafes 1
- Sparadrap 1
- Sondes aspiration + Aspirateur

MEDICAMENTS

- Adrénaline 5 2
- Cordarone 150 2
- Kétamine 250 2
- Célocurine 2 à garder au frigo
- Morphine 5

DOCUMENTS

- Fiche TRENAU 1
- Fiche MCS AC
- Fiche MCS ISR
- Fiche Score GCS Adulte/pédiatrique

Pour Pose de Voie Veineuse Périphérique (VVP)

MATERIEL

- KT ROSE 4
- KT VERT 4
- KT GRIS 2
- KT BLEU (péd.) 2
- Opsite 4
- Compresses 4
- Catheter "bouché" 3
- compresses bétadinées 4
- Gants 3 paires
- Tubulures avec robinet 3
- Robinets 2
- KT intra osseux Ad 1
- KT intra osseux Enf 1

SOLUTES

- NaCl 0,9% 2
- HyperHes 1
- Flex de Phy de 100 ml 1

Pour Asthme

- Masque Aérosol ad 1
- Masque aérosol enf 1
- ventoline spray 1
- Ventoline Ad néb 3
- Ventoline Enf néb 3
- DEP 1

Pour Purpura fulminans

- Rocéphine 1

Pour Diabète

- Dextro 1
- G30% Amp 3
- Glucagen 1 à garder au frigo

Pour Accouchement

- Syntocinon 3 à garder au frigo

Matériel d'examen

- Stéthoscope 1
- lampe 1
- Marteau à réflexe 1
- Ciseaux 1
- Sacs poubelle

MATERIEL

- 1 appareil ECG ou moniteur pouvant tirer un tracé ECG
- 1 location de bouteille Oxygène avec recharge
- 1 moniteur Welch Allyn Propaq ou Schiller avec électrodes et capteur SPO^2
- 1 DSA Welch Allyn
- 1 aspirateur à mucosité - *Spengler*

Formation des Médecins Correspondant du SAMU (établi dans le cadre du réseau RENAU)

OBJECTIFS DE L'ENSEIGNEMENT

Acquérir les notions théoriques et pratiques indispensables pour s'intégrer au dispositif des Médecins Correspondant du SAMU susceptibles d'être sollicité par un SAMU du REseau Nord Alpin des Urgences, pour prendre en charge une urgence vitale dans l'attente d'un SMUR.

PROGRAMME

Stratégie : Le travail en équipe avec les secouristes (SP, AP, Pisteurs) - Bilan à la régulation médicale du SAMU - Rôle du médecin régulateur dans l'accompagnement du MCS en intervention – Intégration des filières de soins hospitalières et connaissance des plateaux techniques afin de préparer une orientation adaptées des patients.

Organisation : Gestion de la dotation du MCS - Feuilles d'intervention - Analyses rétrospectives des interventions MCS de l'année précédente.

Techniques médicales : Accès veineux et abords intra-osseux - Notions de pharmacologie et de techniques concernant la sédation, l'analgésie - Utilisation des solutés de remplissage - Techniques de libération des voies aériennes - Ventilation manuelle : matériel et techniques, intubation trachéale et méthodes alternatives, ventilation contrôlée manuelle - Immobilisation du rachis et du bassin - Extraction contrôlée – Anesthésie locorégionale : Le BIF - Thrombolyse des SCA ST+.

Pathologie et conduite à tenir :

Module cardio-respiratoire : Evaluation du patient et les signes de gravité - AC et pratique RCP - Oedème aigu du poumon et insuffisance cardiaque - Détresse respiratoire - Etats de choc - Douleurs thoraciques et lecture de l'ECG.

Module traumatologie et analgésie : Evaluation du patient traumatisé - Les principes d'or dans les soins préhospitaliers aux traumatisés - Traumatismes thoraciques - Traumatismes crâniens - Traumatismes abdominaux - Traumatismes musculo-squelettiques -Traumatismes thermiques.

Module obstétrical : Accouchement inopiné.

MODALITÉS DE L'ENSEIGNEMENT

Cette formation initiale et continue fait l'objet d'une coopération entre l'université de Grenoble, les centres de soins d'urgence (CESU) des SAMU de l'arc Alpin, le Réseau Nord Alpin des Urgences et l'association MCS des Alpes du Nord.

- **Un enseignement obligatoire** se déroule annuellement à l'automne. 3 sessions sont proposées.

Elles comportent **un module théorique et pratique de 2 jours** assurées par les CESU de l'arc alpin sous forme de :

- Alternance d'apports théoriques, d'études de cas cliniques et de mises en situation pratique - Atelier de simulation sur mannequin en petit groupe
- **Un stage pratique optionnel de 2 jours** dans son SAMU d'origine**.**

Support : procédures régionales adaptées avec support papier et électronique, validées par les SAMU et le RENAU garant de protocoles scientifiquement valides

EVALUATION DES CONNAISSANCES

Elle se fera selon 3 modalités :

Par pré-test

Par post-test

par une évaluation de la formation et des enseignants à l'aide d'un questionnaire de satisfaction

CONDITIONS D'INSCRIPTION

Formation ouverte aux médecins généralistes exerçant en secteur isolé (à plus de 30 minutes d'un SMUR terrestre)

Volontaire pour devenir MCS

Ayant passé convention avec son SAMU départemental et l'ARS

Adhérent de l'association MCS des Alpes du Nord *Les sessions d'enseignement sont limitées à 30 étudiants.*

RENSEIGNEMENTS :

Secrétariat MCS des Alpes du Nord : Marie Cottarel-Schussler - 256 Rue de la République 73000 Chambéry - 04 79 96 43 50

Annexe 2

QUESTIONNAIRE

Formation MCS Novembre/ Décembre 2015

"Cahier des charges régional des Médecins Correspondants du SAMU (MCS) : intérêts et limites pour le praticien"

DÉPARTEMENT:
…….

NOMBRE D'ANNÉES D'EXERCICE MCS:
…….

Partie 1: Généralités

1 - Selon vous, dans votre zone d'exercice, le rôle du réseau MCS dans l'accès des soins urgents de 1er recours est à ce jour:

(Cochez une seule réponse)

□ A : Indispensable

□ B : Important

□ C : Insuffisant

□ D : Facultatif

L'évolution de la médecine générale et de la charge de travail ne semblent plus permettre aujourd'hui aux médecins généralistes d'assurer une permanence suffisante pour se déplacer ou d'accueillir les soins urgents, comme cela se faisait traditionnellement dans les zones éloignées d'un hôpital ou d'une structure de soins d'urgence de proximité.

2 - Dans votre zone d'exercice, ressentez-vous une inquiétude de la population (locale ou touristique) quant à la possibilité d'être pris en charge rapidement en cas d'urgence vitale?

(Cochez une seule réponse)

□ A : NON, aucun retour de ce type

□ B : OUI, mais seule une petite partie de la population semble inquiète

□ C : OUI, une grande partie de la population semble inquiète, retours très fréquents

3 - Dans votre zone d'exercice, la population a t-elle connaissance du réseau MCS et donc de l'accès à des soins urgents de 1er recours de proximité?

(Cochez une seule réponse)

□ A : Parfaitement

□ B : Suffisamment: une grande partie de la population

□ C : Insuffisamment: seule une faible partie de population

□ D : Pas du tout

4 - Pensez- vous qu'il faille promouvoir le réseau MCS, et donc l'accès aux soins d'urgence de proximité, auprès de la population afin de la rassurer? Si oui, dans quelle mesure?

(Si OUI, cochez une ou plusieurs réponses parmi les "réponses A")

□ A : **OUI,** il faut promouvoir le réseau MCS auprès de la population:

□ A1 : par une information nationale (ex: information du ministère de la Santé, presse, etc.)

□ A2 : par une information régionale (ex: ARS Rhônes-Alpes)

□ A3 : par une information locale (ex: information par affiche en cabinet)

□ A4 : par une information orale de la part du MCS (ex: lors des consultations de médecine générale)

□ B : NON

Partie 2: Cahier des charges:

5 - Lors des missions MCS, rencontrez-vous des difficultés pour la mise en pratique du cahier des charges?

(Cochez une seule réponse)

□ A : OUI, à chaque fois

□ B : OUI, souvent

□ C : OUI, mais rarement

□ D : NON, jamais

6- Dans quel(s) domaine(s) trouve-t-on, selon vous, les limites du cahiers des charges par rapport à la réalité des missions?

(Notez 1 à 3 réponses de 1 à 3, du plus important = 1, au moins important = 3)

□**A :** Dans la définition du territoire d'intervention du MCS

□**B :** Dans les modalités des astreintes

□**C :** Dans le mode de financement des astreintes

□**D :** Dans le "mode de déclenchement" (déclenchement par le C15, et auto-déclenchement)

□**E :** Dans la définition des "motifs de déclenchement"

□**F :** Dans la dotation en matériel

□**G :** Dans le mode de financement des missions

□**H :** Dans la formation MCS

□**I :** Autre sans précision

Partie 3 : Définition du territoire d'intervention du MCS:

Dans le cahiers des charges MCS, un territoire d'intervention du MCS est tout ou une partie d'un secteur PDSA « qualifié » par l'ARS à ***plus de 30 minutes d'une SMUR terrestre****.* ***L'objectif*** *est d'assurer une prise en charge de l'urgence vitale dans des zones particulièrement isolées ou caractérisées par une certaine dispersion de la population et une rareté des ressources médicales.*

7 - Selon vous cette définition des "territoires MCS" défini par des secteurs PDSA situés "à plus de 30 minutes d'une SMUR terrestre" est-elle adaptée pour répondre à cet objectif?

(Cochez une seule réponse)

□ A : Parfaitement

□ B : Suffisamment

□ C : Insuffisamment

□ D : Pas du tout

8 - Quel(s) critère(s) supplémentaire(s) faudrait-il prendre en compte pour une redéfinition des territoires MCS?

(Notez une ou plusieurs réponses par ordre décroissant, 1 étant le plus important)

□**A :** risques météorologiques (ex: épisodes neigeux)

□**B :** existence ou non de moyens matériels aériens (hélicoptères) dans le département

□**C :** isolement du territoire

□**D :** difficultés de circulation routière prévisibles (ex: route de montagne en périodes de vacances)

□**E :** Aucun : pas de redéfinition nécessaire *(réponse unique)*

9 - Pensez-vous que le réseau MCS puisse s'adapter et se développer sur l'ensemble du territoire français pour l'accès aux soins urgents de 1er recours? Si oui, dans quel(s) type(s) de territoires?

(Si OUI, cochez une ou plusieurs réponses parmi les "réponses A")

□ A : OUI, adaptation et développement:

□ A1 : dans les zones touristiques estivales avec forte densité saisonnière (ex: départements du littoral)

□A2 : dans certains départements à forte densité rurale avec nombreuses "zones isolées" concernées

□ A3 : à l'ensemble des départements de montagne

□ A4 : sur l'ensemble du territoire français, y compris les départements à forte urbanisation

□ B : NON, adapté seulement aux zones touristiques de montagne et départements où le réseau MCS existe déjà

Partie 4: *Modes de déclenchement*

10 - Quel est le mode de déclenchement le plus fréquent lors de vos missions MCS?
(Cochez une seule réponse)

□ A : Déclenchement direct du Centre 15

□ B : Auto-déclenchement : Arrivée directe du patient au cabinet, appel au domicile par famille, sollicitation des pisteurs ou pompiers, etc.

11 - Réalisez-vous des missions MCS par sollicitation directe du Centre 15? Si oui, quelle est la part estimée?
(Si OUI, cochez une réponse parmi les "réponses A")

□ A : **OUI,** la part estimée de ces missions:

□ A1 : à chaque fois (100% des missions)

□ A2 : pour la plupart des missions

□ A3 : environ la moitié des missions

□ A4 : rarement

□ B : **NON,** jamais (0% des missions)

12 - Lors des missions MCS par sollicitation directe du Centre 15 pensez-vous avoir eu des difficultés à répondre à ces sollicitations au moment de l'appel?
Si oui, lesquelles?
(Si OUI, cochez une ou plusieurs réponses parmi les "réponses A")

□A : **OUI,** les difficultés sont:

□ A1 **:** Indisponibilité au moment du déclenchement (ex: consultations en cours, autre sollicitation, etc.)

□ A2 **:** Insuffisance de moyens matériels

□ A3 : Insuffisance de formation pour l'utilisation du matériel

□ A4 **:** Insuffisance de moyens humains (ex: seul au cabinet)

□ A5 **:** Autre, sans précision

□ B : NON

13 - Réalisez-vous des missions MCS par un autre mode de déclenchement (arrivée directe du patient au cabinet, appel au domicile par famille, sollicitation des pisteurs ou pompiers, etc.)?
(Si OUI, cochez une réponse parmi les "réponses A")

□ A : OUI, la part estimée de ces missions:

□ A1 : à chaque fois (100% des missions)

□ A2 : pour la plupart des missions

□ A3 : environ la moitié des missions

□ A4 : rarement

□ B: **NON,** jamais (0% des missions)

14 - Si oui, quels sont les plus fréquents?

(Notez 1 à 3 réponse(s), de 1 à 3 par ordre de fréquence)

□ **A:** Arrivée directe du patient au cabinet

□ **B:** Appel du patient ou d'un témoin

□ **C:** Sollicitation des secouristes (pisteurs, pompiers)

□ **D:** Autre, sans précision

15 - Avez-vous rencontré des difficultés lors de ce type de mission (missions auto-déclenchées)? Si oui, de quel type?

(Si OUI, cochez une ou plusieurs réponses parmi les "réponses A")

□ A : **OUI,** les difficultés sont:

□ A1 : Indisponibilité au moment de la sollicitation (ex: sollicitation par pisteurs hors du cabinet médical)

□ A2 : Insuffisance de moyens matériels

□ A3 : Insuffisance de formation pour l'utilisation du matériel

□ A4 : Insuffisance de moyens humains (ex: seul au cabinet)

□ A5 : Autre, sans précision

□ B : NON

Dans le cadre des missions auto-declenchées, le MCS doit prévenir immédiatement le Centre 15 pour donner le motif d'intervention, et la règle est que ce dernier engage le SMUR.

16 - Avez-vous des difficultés à prévenir rapidement le centre 15 avant le début de la prise en charge dans les cas des missions non déclenchées par le centre 15?

(Cochez une seule réponse)

□ A: OUI, à chaque fois

□ B: OUI, souvent

□ C: OUI, parfois

□ D: NON, jamais

17 - Êtes-vous satisfait du mode de saisie des missions MCS dans la base de donnée centralisée?

(Cochez une seule réponse)

□A: Trés satisfait

□ B: Satisfait

□ C: Insatisfait

□ D: Très insatisfait

18 - Selon vous, lors d'une sollicitation par auto-déclenchement, les limites pratiques du cahier des charges afin de prévenir rapidement le centre 15 résident dans:

(Notez 1 à 3 réponse(s), de 1 à 3 par ordre d'importance, 1 étant le plus important)

□ **A :** La difficultés à identifier de suite une situation pouvant relever d'une "mission MCS" avant le début de la prise en charge (identification du motif)
□ **B :** Organisation différente d'un cabinet à l'autre non spécifié dans le cahier des charges. Ex: appel du centre 15 par un confrère ou autre personnel du cabinet (secrétaire, interne, etc.)
□ **C :** Délais d'attente de réponse du Centre 15 jugé trop long
□ **D :** Complexité d'accès au médecin régulateur
□ **E :** Autre, sans précision

19 - Selon vous, le cahier des charges répond -t- il à la réalité des modes de déclenchement?

(Cochez une seule réponse)

□ A : Parfaitement

□ B : Suffisamment

□ C : Insuffisamment

□ D : Pas du tout

L'analyse du taux de missions déclenchées par le centre 15 et le taux de missions par un autre type de déclenchement montre des inégalités entre les département de l'arc Nord-Alpin.

20 - Pensez- vous que le Centre 15 connait bien le recours aux MCS dans le département de votre exercice?

(Cochez une seule réponse)

□ A : OUI, tout à fait

□ B : OUI mais insuffisamment: quelques cas auraient pu bénéficier du recours MCS

□ C : NON, la plupart des missions "potentiellement MCS" ne prennent pas en compte le MCS

□ D : NON, aucun recours des MCS de la part du centre 15

21 - Pensez- vous que sur le plan local, des pistes d'améliorations puissent être apportées par une information

(Cochez une ou plusieurs réponses)

□ A : A la population

□ B : Aux secouristes

□ C : Aux ambulanciers

□ D : Autre, sans précision

□ E : Aucun

Partie 5: *Motifs de déclenchement*

Dans le cahier des charges, le classement en "mission MCS" se fait sur le "motif initial".

Actuellement, dans le mode de financement du cahier des charges, le classement en "mission MCS" permet une rémunération forfaitaire à la mission, et le MCS ne doit donc pas recevoir de paiement du patient. Dans l'autre cas, il s'agirait donc d'une consultation "classique" de médecine générale. L'identification d'une consultation en tant que "mission MCS" doit donc se faire sur place, au risque de se voir refuser une mission, et donc de pas se voir rémunérer cette consultation

22 - Dans votre pratique, est -il difficile d'identifier un cas en "mission MCS" plutôt qu'en "consultation standard ou de PDSA"?

(Cochez une seule réponse)

□ A: OUI, la plupart du temps

□ B: Seulement pour certains motifs

□ C: NON, jamais

Dans le cadre des "missions MCS", le médecin MCS doit donner un motif de déclenchement au Centre 15.

23 - Dans le cadre de "missions MCS" avez-vous des difficultés à proposer un motif lors du bilan initial au centre 15?

(Cochez une réponse)

□A: OUI, à chaque fois

□ B: OUI, souvent

□ C: OUI, parfois

□ D: NON, jamais

24 - Selon vous, le classement en "missions MCS" basé sur le motif initial est t-il pertinent avec la réalité?

(Cochez une réponse)

□ A: OUI

□ B: OUI MAIS le motif devrait pouvoir être discuté avec le médecin régulateur

□ C: NON

25 - Avez-vous déjà eu le cas d'absence totale de rémunération dans le cas où la mission MCS s'est vu refusée a posteriori (donc pas de rémunération standard au moment de la consultation)?

(Cochez une réponse)

□ A: OUI, à chaque fois

□ B: OUI, souvent

□ C: OUI, parfois

□ D: NON, jamais

26 - Pour qu'une telle situation ne se présente pas, vous seriez favorable:
(Cochez une réponse)

□ A : à une réponse immédiate du médecin régulateur avec validation ou non, qui en prendrait donc la responsabilité, même si ce dernier n'a pas à être impliqué dans la décision des rémunérations

□ B : à une validation a posteriori en commun avec l'association des MCS et des responsables du centre 15:

□ B1: sans autres type de rémunération, au risque voir des missions "refusées" non rémunérées, mais simplifiant les démarches

□ B2: avec la possibilité d'un forfait identique à une consultation standard en cas de refus, au risque de compliquer les modes de paiement

□ B3: avec la prise systématique de l'identité complète de la victime (dont adresse postale, numéro de téléphone, carte vitale , etc) afin de se faire rémunérer à distance une consultation en cas de refus de "mission MCS", alourdissant les démarche administratives lors des missions MCS

27- Quels sont les motifs posant le plus de problème selon vous, et plus sujet a discussion?
(Notez 1 à 3 réponses de 1 à 3 par ordre décroissant; 1 = le plus sujet a discussion)

□ **A :** Dyspnée

□ **B :** Coma

□ **C :** Hyperalgie

□ **D :** Malaise

□ **E :** NOVI ou toute circonstance d'AMU nécessitant l'intervention du SMUR

□ **F :** Psychiatrie

□ **G :** Cardiologie

□ **H :** Allergie

□ **I :** Neurologie

□ **J :** Hémorragie

□ **K :** Traumatologie

□ **L :** Sepsis grave

Sur la période du 1er décembre 2014 au 31 avril 2015, dans l'arc Nord-Alpin, sur l'ensemble des départements, prêt de la moitié des missions refusées avaient pour motif "'hyperalgie".

28 - Faut-il reformater le motif "hyperalgie"? Si oui, quels critères vous semble(ent) le(s) plus important(s) pour donner une définition plus précise au motif initial "hyperalgie"?

(Si OUI, notez une à trois réponses parmi les réponses A de 1 à 3 par ordre d'importance, 1 = le plus important)

□ A : **OUI**, utiliser comme critère(s):

□ **A1 :** Une échelle d'évaluation de la douleurs (ex: échelle EVA)

□ **A2 :** Diagnostic causal

□ **A3 :** Traitement nécessaire pour gérer la douleur (ex: utilisation de morphine)

□ **A4 :** Nécessité d'hospitalisation

□ **A5 :** Nécessité d'un transport médicalisé

□ **A6 :** Antalgie hors du cabinet médical

□ **A7 :** Antalgie hors des heures d'ouverture du cabinet médical

□ **A8 :** Autre, sans précision

□ B : **NON**

29 - Le motif "douleur thoracique" est fréquent en médecine générale. A partir de quand considérez -vous que ce motif est une missions MCS au lieu d'une consultation standard?

(Cochez une seule réponse)

□ A: Devant toute consultation pour douleurs thoracique

□ B: Devant toute douleur thoracique "typique", et/ou de terrain a fort risque d'infarctus du myocarde (ex: atcd d'IDM, DT2, etc.)

□ C: Dès lors de l'utilisation de l'appareil ECG, quelque soit le résultat

□ D: Seulement en cas de signes ECG typiques

□ E: Uniquement lors d'un traitement sur place si possible: utilisation de la thrombolyse

Partie 6: dotation en matériel:

30 - Êtes-vous satisfait, de manière générale, par la dotation en matériel?
(Cochez une seule réponse)

□ A: Très satisfait

□ B: Satisfait

□ C: Insatisfait

□ D: Très insatisfait

31 - Quel(s) est/sont, selon vous, le(s) point(s) à améliorer concernant la dotation dans le cahier des charges?
(Notez une à trois réponses par ordre décroissant, 1 étant le plus important)

□ **A:** liste de la dotation (modifier/ augmenter la liste)

□ **B:** formation pour l'utilisation des drogues et du matériel

□ **C:** gestion du renouvellement

□ **D:** gestion des modalités de péremption et de vérification

□ **E:** cadrer l'utilisation "hors mission MCS" du matériel

□ **F**: Aucun

□ **E:** Autre, sans précision

32 - En cas d'utilisation de la dotation MCS hors missions MCS, seriez-vous favorable à la saisie, dans la base de donnée, du matériel utilisé pour la traçabilité, dans les cas des missions "MCS- like" * ?

□ A: OUI, tout à fait

□ B: NON, inutile

** Missions "MCS - like" = missions pouvant être considerées comme mission MCS, sans recevoir de rémunerations MCS*

Partie 7: *Organisation/ Astreintes*

Le cahier des charges prévoit ce jour 2 types d'astreintes. Dispositif A et dispositif B. L'ARS privilégie le dispositif A

Dispositif A : correspondant à une astreinte continue pour les secteurs ayant une activité annuelle ou saisonnière marquée (par exemple périodes hivernales du 15 décembre au 15 avril et période du 15 juin au 15 septembre): Pendant ces périodes définies en lien avec le SAMU départemental et l'association régionale MCS et sous réserve que le secteur comprenne au minimum deux MCS présents sur le secteur, il peut être mis en place un tableau d'astreinte H24.

Dispositif B : plus souple, en fonction des engagements des médecins :
Si le nombre de MCS n'est pas suffisant dans le secteur et/ou si l'activité est faible, le MCS fait le choix de s'inscrire ou non sur un tableau d'astreinte.
S'il ne s'inscrit pas sur un tableau d'astreinte, il ne reçoit pas d'indemnisation au titre d'une astreinte.
Mais en cas d'intervention à la demande ou validée par le SAMU départemental, il perçoit une rémunération forfaitaire par intervention.

33 - Sous quel mode d'astreinte exercez-vous?
(Cochez une seule réponse)

□ A: dispositif A

□ B: dispositif B

34 - Dans les zones à effectifs MCS suffisant, seriez-vous favorable, à long terme, à une généralisation du dispositif A 24h/24 et 7j/7 toute l'année?
(Cochez une seule réponse)

□ A: OUI, tout à fait

□ B: OUI mais sous réserve de redéfinir le cahier des charges

□ C: NON, pas du tout

Partie 8: *Formation*

35 - Êtes-vous satisfait du plan de formation annuelle?
(Cochez une seule réponse)

□ A: Très satisfait

□ B: Satisfait

□ C: Insatisfait

□ D: Très insatisfait

36 - Quel(s) est/sont, selon vous, le(s) point(s) à améliorer concernant la formation dans
le cahier des charges?
(Notez une à trois réponses par ordre décroissant, 1 étant le plus important)

□ **A:** Modifier le programme de la formation
□ **B:** Augmenter la fréquence des formations
□ **C:** Augmenter la durée des formations
□ **D:** Diminuer la fréquence et durée des formations
□ **E:** Aucun, ne rien changer

Partie 9: *Conclusion, satisfaction*

37 - Quel bilan retirez-vous de votre expérience MCS, dans l'exercice de médecine générale?
(Cochez une seule réponse)

□ A: Très satisfait

□ B: Satisfait

□ C: Insatisfait

□ D: Très insatisfait

38 - Quels points de confort la fonction MCS vous apporte dans la pratique de la médecine générale?
(Cochez une ou plusieurs réponses)

□ A : Constitution d'un réseau de soins d'urgence

□ B : Formation continue, expérience dans la gestion de l'urgence, sérénité devant l'urgence

□ C : Dotation en matériel

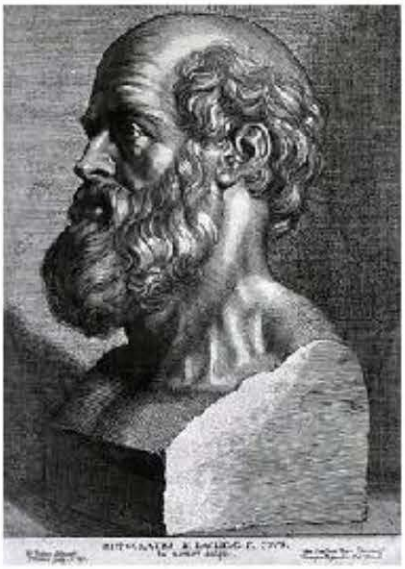
□ D : Rémunération

□ E : Reconnaissance de la profession

□ F : Satisfaction personnelle du service rendu à la population

□ G : Aucun

Commentaires (facultatif):



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.