



HAL
open science

Déploiement du dispositif “ Médecins Correspondants du SAMU ” en Martinique : diagnostic, étude de terrain et mise en place

Amandine Collin

► **To cite this version:**

Amandine Collin. Déploiement du dispositif “ Médecins Correspondants du SAMU ” en Martinique : diagnostic, étude de terrain et mise en place. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01499758

HAL Id: dumas-01499758

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01499758v1>

Submitted on 31 Mar 2017

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.

**Déploiement du dispositif « Médecins
Correspondants du SAMU » en Martinique :**
Diagnostic, étude de terrain et mise en place

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine des Antilles
et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le 30 novembre 2016

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE MÉDECINE

Par

COLLIN Amandine

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur André CABIE (Président de Jury)

Mr le Professeur Vincent MOLINIE (Juge)

Mr le Professeur Rémi NEVIÈRE (Juge)

Mr le Docteur Laurent VILLAIN-COQUET (Juge)

Mr le Docteur Guillaume PHILIPPOT (Directeur de thèse)

UNIVERSITÉ DES ANTILLES

FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Liste des Enseignants 2016-1017

Présidente de l'Université : Corinne MENCE-CASTER

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Rémi NEVIÈRE	Physiologie CHU de FORT-DE-FRANCE
Bruno HOEN	Maladies Infectieuses CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES
Pascal BLANCHET	Chirurgie Urologique CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES
André-Pierre UZEL	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES
Pierre COUPPIE	Dermatologie CH de CAYENNE
Thierry DAVID	Ophtalmologie CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES
Suzy DUFLO	ORL – Chirurgie Cervico-Faciale CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES
Eustase JANKY	Gynécologie – Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES
Michel DE BANDT	Rhumatologie CHU de FORT-DE-FRANCE
François ROQUES	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire CHU de FORT-DE-FRANCE
Jean ROUDIE	Chirurgie Digestive CHU de FORT-DE-FRANCE
Jean-Louis ROUVILLAIN	Chirurgie Orthopédique CHU de FORT-DE-FRANCE

Christian SAINTE-ROSE	Neurochirurgie Pédiatrique CHU de FORT-DE-FRANCE
André CABIE	Maladies Infectieuses CHU de FORT-DE-FRANCE
Philippe CABRE	Neurologie CHU de FORT-DE-FRANCE
Raymond CESAIRE	Bactériologie-Virologie-Hygiène option Virologie CHU de FORT-DE-FRANCE
Philippe DABADIE	Anesthésiologie / Réanimation CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES
Maryvonne DUEYMES-BODENES	Immunologie CHU de FORT-DE-FRANCE
Régis DUVAUFERRIER	Radiologie et Imagerie Médicale CHU de FORT-DE-FRANCE
Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES
Louis JEHEL	Psychiatrie Adulte CHU de FORT-DE-FRANCE
Mathieu NACHER	Epidémiologie CH de CAYENNE
Guillaume THIERY	Réanimation CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES
Magalie DEMAR-PIERRE	Parasitologie et Infectiologie CH de CAYENNE
Vincent MOLINIE	Anatomie Cytologie Pathologique CHU de FORT-DE-FRANCE
Philippe KADHEL	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES
Jeannie HELENE-PELAGE	Médecine Générale Cabinet Libéral au Gosier – GUADELOUPE
Mehdi MEJDOUBI	Radiologie et Imagerie Médicale CHU de FORT-DE-FRANCE

Professeurs des Universités Associés

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de FORT-DE-FRANCE

Maîtres de Conférence des Universités – Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et Biologie du Vieillessement
CHU de FORT-DE-FRANCE

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de FORT-DE-FRANCE

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine Générale
Cabinet libéral aux Abymes – GUADELOUPE

Fritz-Line VELAYOUDOM ép. CEPHISE

Endocrinologie
CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES

Sébastien BREUREC

Bactériologie et Vénérologie
CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE

Moana GELU-SIMEON

Gastro-Entérologie
CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES

Chefs de Clinique des Universités – Assistants des Hôpitaux

Rémi EYRAUD

Urologie
CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES

Julia MARY

Rhumatologie
CHU de FORT-DE-FRANCE

Florence MOINET

Rhumatologie et Médecine Interne
CHU de FORT-DE-FRANCE

Philippe CARRERE

Médecine Générale
CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES

Benoit DE RIVOYRE

Ophtalmologie
CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES

Mathieu SEVERYNS

Orthopédie
CHU de FORT-DE-FRANCE

Sophie DELAIGUE	Dermatologie – Maladies Infectieuses CH de CAYENNE
Katlyne POLOMAT	Médecine Interne CHU de FORT-DE-FRANCE
Daphné BORJA DE MOZOTA	Gynécologie – Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES
Johan ROSE-DITE MODESTINE	Urologie CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES
Natacha JACQUES-ROUSSEAU	Anesthésiologie / Réanimation CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES
Jérémy GUILLE	ORL et Chirurgie Maxillo-Faciale CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES
Marie BLETTERY	Rhumatologie CHU de FORT-DE-FRANCE
Thibaut SCHOELL	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire CHU de FORT-DE-FRANCE
Ana Maria SAJIN	Psychiatrie CHU de FORT-DE-FRANCE
Ali GHASSANI	Gynécologie – Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE / ABYMES
Lauren BRUNIER-AGOT	Rhumatologie CHU de FORT-DE-FRANCE
Paola GALLI-DARCHE	Neurologie CHU de FORT-DE-FRANCE
Alexandre CHARMILLON	Maladies Infectieuses CH de CAYENNE

Professeurs EMERITES

Bernard CARMES	Parasitologie
Aimé CHARLES-NICOLAS	Psychiatrie Adulte
Serge ARFI	Médecine Interne

Remerciements :

À notre président du jury

Monsieur le Professeur André CABIE

Professeur des Universités
Praticien Hospitalier Service de Maladies Infectieuses
Centre Hospitalier Universitaire de Fort-de-France

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

.

À nos juges

Monsieur le Professeur Vincent MOLINIE

Professeur des Universités
Praticien Hospitalier Service d'Anatomie et Cytologie Pathologique
Centre Hospitalier Universitaire de Fort-de-France

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Rémi NEVIÈRE

Professeur des Universités
Praticien Hospitalier Service de Physiologie
Centre Hospitalier Universitaire de Fort-de-France

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. Bien que ma demande se soit faite sur le tard, je vous remercie d'avoir répondu présent. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Laurent VILLAIN-COQUET

Praticien Hospitalier Service SAMU

Centre Hospitalier Universitaire de Fort-de-France

Tu me fais l'honneur de juger ce travail. Je te suis reconnaissante de toute l'aide que tu as pu m'apporter, notamment dans l'extraction des données nécessaires à mon étude. Merci de m'avoir soutenue et supportée dans ce projet. Sois assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Guillaume PHILIPPOT

Praticien Hospitalier Service SAMU

Centre Hospitalier Universitaire de Fort-de-France

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être mon directeur de thèse. Je te remercie de m'avoir confié ce sujet et d'avoir su répondre à mes inquiétudes. Ton investissement dans ce projet a rendu tout cela possible et finalement concret. Sois assuré de mon estime et de ma profonde reconnaissance.

À tous ceux qui nous ont aidé dans ce travail

À Monsieur le **Docteur Patrick PORTECOP**, merci pour tes réponses à nos questions concernant le dispositif MCS dans le département de la Guadeloupe. Je te remercie également pour ta confiance et pour cette formation que tu nous offres afin de devenir urgentistes.

À Monsieur le **Docteur Pierre CHESNEAU**, merci pour vos réponses à nos questions sur l'organisation des soins en Guyane française.

À Monsieur le **Docteur Yannick BROUSTE**, merci de ton soutien, de tes encouragements constants et de m'avoir poussée dans ce travail de thèse. Merci de la confiance que tu as placée en

moi, de tes mots et de ton aide. Reçois ici le témoignage de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

Et pour les remerciements moins formels...

À mes collègues urgentistes avec qui je travaille chaque jour, merci de m'avoir appris tout ce que je sais, de m'avoir guidée et épaulée durant mon internat.

À toutes les équipes des urgences, de réanimation, du SAMU ou de pédiatrie, merci pour cette ambiance de travail, pour tout ce que vous m'avez appris, pour vos encouragements.

À mes co-internes urgentistes, merci pour nos rires et votre aide lors de ces derniers mois à organiser la soutenance de ma thèse.

À ma famille et mes amis

À mon père qui m'a toujours soutenue et tirée vers le haut durant toutes mes études. Merci de m'avoir supportée dans mes décisions de voyage. Merci pour l'éducation que tu m'as apportée, merci pour ton amour, pour ta fierté. Je te remercie également pour ta relecture de ma thèse et pour toutes tes remarques plus constructives les unes que les autres. Pour tout cela, je te dédie ce travail.

À ma mère, qui aurait été si fière. Merci pour l'éducation et la sensibilité que tu m'as données. Tu resteras à jamais dans mon cœur.

À Marie-Brigitte qui m'a toujours aidée, dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci de ton soutien et de ta présence aux moments opportuns.

À toute ma famille, pour nos rires partagés, nos soirées « cousins », et pour tout le reste.

À tous mes amis de Guadeloupe avec qui j'ai découvert les Antilles : Xavier et son humour, Maxime et ses pôles dances, notre VIP soirée Élodie, Emma et Sylvain, et à tous les autres.

À tous mes amis martiniquais. À ma famille Tivolienne : Romain, Anaïs, Julie, Jérôme, Fred, Fonzy, Alwin et Mike. À ma Lucile, merci d'avoir toujours été là. Merci pour nos soirées, pour nos déjeuners hebdomadaires, pour nos rires, pour toutes ces bières qui encombrent ma poubelle et pour ton soutien. À Karine, merci de te bonne humeur et de ton caractère hors du commun.

À tous mes amis si précieux, qui m'encouragent de loin : ma Nasham qui m'a offert ce livre qui m'a donné l'envie de devenir médecin, ma Philou, et à tous les autres qui ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Et enfin à mon Ludo, qui illumine ma vie depuis ces quelques mois. Merci pour ton amour, pour ta présence et ton soutien jour après jour. Merci pour tes attentions, ta patience, et tout ce qui n'appartient qu'à nous.

Table des matières

Remerciements :	6
Table des figures	14
Table des annexes	15
Liste des abréviations	16
Introduction	17
I. Contexte	18
1. Le Service d'Aide Médicale Urgente en France	18
1.1. Histoire des SAMU	18
1.2. Missions des SAMU et des SMUR	19
2. Les Médecins Correspondants du SAMU (MCS)	20
2.1. Généralités.....	20
2.2. Cadre légal et historique.....	21
2.3. Recensement des MCS	23
3. Expériences de dispositifs MCS	26
3.1. En Métropole	26
3.2. Dans les Départements Français d'Amérique.....	27
4. Contexte de la Martinique	32
4.1. Spécificités géographiques, climatiques et démographiques	32
4.2. Démographie médicale en Martinique.....	33
4.3. Les établissements de santé en Martinique	35
4.4. Le SAMU de la Martinique	37
II. Diagnostic de la situation en Martinique	39
1. Matériels et méthodes	39
1.1. Durée, type d'étude et critères d'inclusion	39
1.2. Paramètres évalués	39
1.3. Analyse statistique.....	40
2. Résultats	41
2.1. Dossiers analysés	41
2.2. Délais d'intervention	41
2.3. Taux d'interventions avec délai supérieur à 30 minutes.....	43
2.4. Taux d'interventions avec délai SMUR supérieur à 30 minutes / critères de gravité	45
2.5. Taux d'interventions avec délai SMUR supérieur à 30 minutes / patients non graves... ..	47
2.6. Définitions des zones d'implantation potentielle des MCS.....	48

3. Discussion.....	49
3.1. Observation quant aux interventions hélicoptérées.....	50
3.2. Limites de l'étude	50
4. Conclusion	51
III. Enquête auprès des médecins généralistes martiniquais	52
1. Matériels et méthodes.....	52
1.1. Durée, type d'étude et critères d'inclusion	52
1.2. Paramètres évalués	53
1.3. Analyse statistique.....	53
2. Résultats.....	54
2.1. Nombre de médecins interrogés.....	54
2.2. Caractéristiques des médecins	55
2.3. Formation et relation à l'urgence.....	56
2.4. Relation avec le SAMU – Centre 15	58
2.5. Connaissance du dispositif MCS	60
2.6. Médecins intéressés par le dispositif MCS	61
3. Discussion.....	63
3.1. Principaux résultats	63
3.2. Limites de l'étude	67
3.3. Perspectives.....	68
4. Conclusion	68
IV. Mise en place du dispositif en Martinique	69
1. Cadre juridique	69
1.1. Contrat	69
1.2. Couverture assurantielle	70
2. Matériel préconisé.....	70
3. Formation proposée	73
3.1. Recommandations.....	73
3.2. Applications locales	73
3.3. Formation continue	77
4. Rémunération.....	77
4.1. Rémunération du médecin correspondant du SAMU	77
4.2. Tarifs des cotations de médecine libérale aux Antilles	77
5. Lien avec l'ARS.....	79
5.1. Financement par l'ARS.....	79

5.2. Contact avec l'ARS	80
6. Maintien du dispositif et recrutement futur	81
Conclusion.....	82
Références bibliographiques	83
Annexes	86
Serment d'Hippocrate	97
Demande d'imprimatur	98
Résumé	99

Table des figures

FIGURE 1 : CARTE DES RESEAUX MCS EN FEVRIER 2013 (16)	24
FIGURE 2 : CARTE DES RESEAUX MCS EN 2015 (11).....	25
FIGURE 3 : CARTE DE LA GUADELOUPE.....	28
FIGURE 4 : CARTE DE LA GUYANE FRANÇAISE.....	31
FIGURE 5 : CARTE DE LA MARTINIQUE, DECOUPEE EN CIRCONSCRIPTIONS ET COMMUNES	33
FIGURE 6 : CARTE DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS EN MARTINIQUE (27).....	34
FIGURE 7 : CARTE DES HOPITAUX DE MARTINIQUE EN 2016.....	36
FIGURE 8 : CARTES DES ZONES D'INTERVENTIONS PRIMAIRES DE PREMIERE INTENTION SI DISPONIBILITE DE L'UMH TRINITE (A GAUCHE) OU INDISPONIBILITE DE L'UMH TRINITE (A DROITE)	37
FIGURE 9 : NOMBRE DE DOSSIERS DE REGULATION MEDICALE AU SAMU MARTINIQUE PAR ANNEE	38
FIGURE 10 : EVOLUTION DU NOMBRE D'INTERVENTIONS SMUR ANNUELS EN MARTINIQUE.....	38
FIGURE 11 : REPRESENTATION DES DELAIS D'INTERVENTION MOYENS PAR COMMUNE	42
FIGURE 12 : REPRESENTATION DES TAUX D'INTERVENTIONS AVEC DELAIS ELEVES SELON LA COMMUNE	43
FIGURE 13 : CARTE DES COMMUNES SELON TAUX DE DELAIS ELEVES	44
FIGURE 14 : REPRESENTATION DES TAUX D'INTERVENTIONS AVEC DELAIS ELEVES SELON LA COMMUNE POUR LES CCMU 3, 4, 5 ET D	45
FIGURE 15 : CARTE DES COMMUNES SELON TAUX DE DELAIS ELEVES POUR CCMU 3-4-5-D.....	46
FIGURE 16 : REPRESENTATION DES TAUX D'INTERVENTIONS AVEC DELAIS ELEVES SELON LA COMMUNE POUR LES CCMU 1 ET 2	47
FIGURE 17 : CARTE DES ZONES POTENTIELLES D'IMPLANTATION DE MCS.....	49
FIGURE 18 : FLOW CHART	54
FIGURE 19 : AGE DES MEDECINS GÉNÉRALISTES	55
FIGURE 20 : MODE D'EXERCICE	55
FIGURE 21 : FORMATION INITIALE A L'URGENCE.....	56
FIGURE 22 : FORMATION A L'URGENCE DEPUIS L'INSTALLATION	57
FIGURE 23 : AUTO EVALUATION DE LA CAPACITE A GERER L'URGENCE	57
FIGURE 24 : MATERIEL D'URGENCE AU CABINET	58
FIGURE 25 : FREQUENCE DE RECOURS AU CENTRE 15	58
FIGURE 26 : AUTO ESTIMATION DU DELAI DU SMUR LE PLUS PROCHE	59
FIGURE 27 : EVALUATION DE L'ACCEPTABILITE DU DELAI SMUR POUR LES PATIENTS DE LA COMMUNE D'EXERCICE DU MEDECIN.....	59
FIGURE 28 : EVALUATION DE L'INFORMATION DES MEDECINS AU DISPOSITIF MCS.....	60
FIGURE 29 : EVALUATION DE L'UTILITE DU DEPLOIEMENT DE MCS DANS LA ZONE GEOGRAPHIQUE D'INSTALLATION DU MEDECIN	61
FIGURE 30 : REPRESENTATION CARTOGRAPHIQUE DES MEDECINS INTERESSES POUR INTEGRER LE DISPOSITIF MCS.....	62
FIGURE 31 : CARTE DES DELAIS SMUR ELEVES ET DES MEDECINS VOLONTAIRES A INTEGRER LE DISPOSITIF MCS.....	66

Table des annexes

ANNEXE 1 : Questionnaire aux médecins généralistes	page 84
ANNEXE 2 : Exemple de contrat MCS – SAMU 972	page 86
ANNEXE 3 : Projet MCS – Rapport à l'ARS	page 89
ANNEXE 4 : Lettre de remerciement aux médecins volontaires	page 93

Liste des abréviations

AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ASSU : Ambulance de Secours et Soins Urgents
AVP : Accident de la Voie Publique
CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce
CAMU : Capacité de Médecine d'Urgence
CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CDPS : Centres Délocalisés de Prévention et de Santé
CESISMA : Centre d'Enseignement et de Simulation en Santé de la Martinique
CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMU : Capacité de Médecine d'Urgence
CSAPA : Centre de Soins d'Adaptation et de Prévention des Addictions
DESC : Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire
DFA : Département(s) Français d'Amérique
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DU : Diplôme Universitaire
ECG : ElectroCardioGramme
EHPAD : Etablissement d'Hospitalisation pour Personne Agée Dépendante
EVASAN : EVAcuation SANitaire
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MCS : Médecin Correspondant du SAMU
MFME : Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant
MPR : Médecine Physique et de Réadaptation
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires
PZQ : Pierre Zobda-Quitman
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SCA ST+ : Syndrome Coronarien Aigu avec sus décalage du segment ST
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
SLD : Soins de Longue Durée
SMUR : Structure (ou Service) Mobile d'Urgence et Réanimation
SSSM : Service de Santé et de Secours Médical
UMH : Unité Mobile Hospitalière
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
UTIM : Unité de Thérapie Intensive
VSAV : Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Victimes

Introduction

Depuis 2012, le gouvernement français, avec son « pacte territoire santé », encourage la mise en place de dispositifs permettant un meilleur accès aux soins urgents, et notamment une réduction des délais de prise en charge des patients atteints des pathologies les plus urgentes. Une des solutions est de renforcer le dispositif déjà existant de Médecins Correspondants du SAMU sur l'ensemble du territoire français.

Le Médecin Correspondant du SAMU, ou MCS, se définit comme un médecin de premier recours, formé à l'urgence, qui intervient en avant-coureur du SMUR sur demande du médecin régulateur du SAMU Centre 15. Il intervient dans des territoires où le délai prévisible d'action du SMUR est supérieur à 30 minutes, afin de réduire le délai thérapeutique médical.

Ce dispositif est ainsi en pleine expansion sur tous les départements français. Il existait 32 réseaux actifs en 2015, dont un réseau en Guadeloupe, pour un total de 445 MCS. Mais cela ne remplit pas encore l'objectif gouvernemental visant à obtenir d'ici 2017 pas moins de 700 MCS sur l'ensemble du territoire français.

À ce jour, il n'existe pas de MCS en Martinique. Dans le but de déployer ce dispositif prochainement dans ce département, il est nécessaire d'évaluer la situation de l'aide médicale urgente sur le département et l'intérêt des médecins concernés.

Dans notre étude, nous avons fixé comme objectif premier d'évaluer rétrospectivement les délais d'action des équipes du SAMU de Martinique en 2015 afin de déterminer les zones d'implantation potentielles de MCS sur le département. Dans un second temps, nous avons réalisé une enquête auprès des médecins généralistes martiniquais afin d'évaluer leur volontariat à prendre part au dispositif MCS.

Après analyse des résultats, nous envisageons de présenter le projet de déploiement de MCS à l'arbitrage de l'ARS. En cas d'avis favorable de la tutelle, nous souhaitons proposer une organisation avec mise à disposition du matériel par le SAMU et conception d'une maquette de formation par le CESU et le CESISMA.

I. Contexte

1. Le Service d'Aide Médicale Urgente en France

1.1. Histoire des SAMU

En 1956, la première ébauche de Service Mobile d'Urgence et Réanimation (SMUR) voit le jour. Il s'agit alors d'un service mobile de réanimation imaginé par le Professeur Maurice Cara (Hôpital Necker) pour le transport interhospitalier de patients sous assistance respiratoire lors d'une épidémie de poliomyélite. C'est le médecin de l'ambulance en question qui assurait alors la régulation médicale.

Les années suivantes, plusieurs autres équipes médicalisées mobiles hospitalières, appelées Unités Mobiles Hospitalières (UMH) ou Unité de Thérapie Intensive (UTIM), sont créées. Leur rôle est d'intervenir dans les cas de détresse grave extrahospitalière ou dans le transport interhospitalier. C'est en 1965 que ces « SMUR » hospitaliers sont officialisés, grâce au Professeur Louis SERRE (Montpellier).

Le premier SAMU officiel intervenant en préhospitalier est créé le 16 juillet 1968 à Toulouse, par le Professeur Louis LARENG. La première équipe est constituée de quatre médecins (Dr François OLLE, Dr Jean-Pierre MACHET, Dr CLERGUE et Dr BAUVIN) effectuant des missions en ambulance ou hélicoptère.

Il faut attendre quelques années plus tard, avec la loi du 5 juillet 1972 (1), pour reconnaître officiellement ce premier SAMU.

En 1986, la loi sur l'aide médicale d'urgence (2), défendue par le Professeur et député Louis Lareng, définit clairement les missions du SAMU, donne un numéro d'appel national à chaque SAMU, le numéro 15, numéro d'appel unique au niveau d'un département et crée ce que l'on va appeler par la suite, un Centre 15, centre de réception et de régulation des appels médicaux. Les SMUR voient également leur existence propre clairement définie.

Ce service est ensuite étendu à l'ensemble du territoire français par la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986. Il existe depuis lors un numéro d'appel unique, gratuit et accessible à tous, dans tous les départements français : le 15.

1.2. Missions des SAMU et des SMUR

L'aide médicale urgente a pour objet de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état (3).

Pour ce faire, le SAMU comporte un Centre de Réception et de Régulation des Appels (Centre 15), interconnecté avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours (SDIS) (4). Il est chargé :

- d'assurer une écoute médicale permanente ;
- de déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient ;
- d'organiser le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- de veiller à l'admission du patient.

Il existe un SAMU par département, généralement situé dans l'hôpital de la ville préfecture.

Le médecin régulateur est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de déclencher les ressources nécessaires. Il coordonne l'ensemble des moyens mis en œuvre. En cas de pathologie grave nécessitant une médicalisation rapide, le SAMU fait immédiatement intervenir le SMUR. Le médecin régulateur peut faire intervenir en complément du SMUR, tout autre moyen adapté, notamment les moyens médicaux du service de santé et de secours médical (SSSM) des SDIS (5).

Le SMUR comporte par définition un médecin à son bord, un infirmier et un ambulancier dans l'idéal. Il a pour missions (6) :

- d'assurer en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après une régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé ;
- d'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

Une interconnexion permanente est réalisée entre le SMUR et le médecin régulateur du SAMU.

2. Les Médecins Correspondants du SAMU

2.1. Généralités

2.1.1. Définitions

Le Médecin Correspondant du SAMU (MCS) est défini comme un « relai » de l'aide médicale urgente à mi-chemin entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Il s'agit d'un médecin formé à l'urgence qui intervient par proximité 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 30 minutes et où une intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient.

Cette fonction repose sur un volontariat des médecins. Il ne s'agit ni d'un « statut » ni d'un mode d'exercice en tant que tel. En conséquence, le médecin qui remplit les fonctions de MCS conserve ses fonctions, missions et mode d'exercice habituels.

Ce dispositif est accessible à tout médecin, quel que soit son statut, sa spécialité et son mode d'exercice, libéral ou hospitalier. Les médecins remplaçants et les internes titulaires d'une licence de remplacement peuvent eux aussi prendre part au dispositif (7).

2.1.2. Territoires d'intervention

Les territoires d'intervention des MCS sont définis à partir du diagnostic des territoires et populations situés à plus de 30 minutes d'accès de soins urgents (structure des urgences ou SMUR). 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. Ils tiennent compte des besoins de la population (analyse de l'activité, devenir et orientation des patients), des attentes des professionnels et des particularités locales du territoire.

2.1.3. Missions

La mission du MCS est d'assurer la prise en charge des urgences vitales, en disposant les premiers soins médicaux lorsqu'il arrive auprès du patient. Son déclenchement est généré par le médecin régulateur du SAMU, associé à l'envoi systématique d'un SMUR et d'un vecteur (SMUR, VSAV ou ASSU) pouvant être annulé à tout moment sur décision du MCS. Il rend compte au médecin régulateur du SAMU et décide avec ce dernier du lieu d'hospitalisation le cas échéant.

La mise en place de protocoles d'intervention est recommandée. Ceux-ci sont définis de façon locale dans chaque SAMU.

La couverture MCS doit être au mieux effective 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. En cas de discontinuité, il appartient à l'ARS d'organiser le dispositif afin de garantir la meilleure réponse possible. Dans ce but de continuité de couverture, un médecin volontaire peut assurer à la fois une astreinte MCS et une astreinte de PDSA.

2.2. Cadre légal et historique

2.2.1. Apparition des premiers MCS (années 1990-2000)

Historiquement, la prise en charge urgente des patients était assurée par le médecin généraliste libéral qui se déplaçait jour et nuit sans préavis afin de prendre en charge un patient, souvent via l'ambulance des Sapeurs Pompiers ou privée. Cette mission n'était reconnue ni légalement, ni administrativement.

Il faut attendre les années 1990 pour voir apparaître les premiers MCS dans différents territoires français, créés à l'initiative de médecins hospitaliers et libéraux. Ces médecins ruraux, souvent en région montagneuse, éloignés des structures d'accueil des urgences ou des SMUR, décident, en association avec les Centres 15, de se donner les moyens d'assurer la prise en charge des urgences préhospitalières dans leur secteur de patientèle. Ces différents réseaux, qui n'étaient régis par aucune réglementation nationale, fonctionnent alors en totale indépendance les uns des autres.

2.2.2. Mise en place du cadre juridique (2003 – 2012)

En 2003, la Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 relative à la prise en charge des urgences (8) est le premier texte légal reconnaissant l'existence des MCS et leur donnant une place dans la prise en charge des urgences préhospitalières.

Cette ébauche de définition est précisée en 2007, à la suite de la publication du Décret n°2006-576 relatif à la médecine d'urgence (9). L'Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (10) définit alors le rôle des MCS ainsi :

- « Le médecin correspondant du SAMU constitue un relais pour le service d'aide médicale urgente dans la prise en charge de l'urgence vitale. » (article 1)
- Le MCS et le SMUR sont déclenchés simultanément. (article 2)
- Le territoire d'action des MCS est défini par l'ARH comme une zone ou « le SMUR ne peut pas intervenir dans un délai adapté à l'urgence. » (article 3)
- « Le MCS signe un contrat avec l'établissement siège du SAMU auquel il est rattaché. » (article 4)
- Une formation des MCS est « dispensée sous l'autorité du service hospitalo-universitaire de référence » (article 5)
- Une évaluation annuelle est réalisée. (article 6)

Les MCS sont alors reconnus officiellement, permettant la mise en place d'un cadre juridique de leurs actions. Cependant, il existe un manque de précisions en matière de formation, assurance, équipement ou rémunération. C'est ainsi que les réseaux existants se sont alliés afin de créer le 3 novembre 2011 la fédération nationale MCS France (11) grâce au soutien de SAMU Urgences de France, en la personne du Dr Marc GIROUD.

La fédération MCS France regroupe l'ensemble des réseaux de Médecins Correspondants du SAMU de France. Elle a pour buts de favoriser les échanges, de mutualiser les résultats pour une meilleure efficacité, d'aider à la création de nouveaux réseaux pour un meilleur maillage du territoire et de créer une représentation nationale de ces réseaux.

2.2.3. Développement des réseaux MCS sur l'ensemble du territoire (2012 à nos jours)

En 2012, une prise de conscience politique sur les délais de prise en charge des urgences préhospitalières permet l'apparition du concept qu'aucun citoyen français ne doit être à plus de 30 minutes d'un service d'urgence.

François Hollande, alors candidat à la Présidence de la République, reprend ce concept dans la promesse 19 de son programme à l'élection présidentielle de 2012 (12). Afin de concrétiser cet engagement à la suite de l'élection, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, dans son pacte territoire santé 1 (13), annonce une rénovation du statut de « médecin correspondant SAMU », pour inciter les médecins à rejoindre le dispositif.

En 2013 est publié le « guide de déploiement » MCS (7) rédigé par la DGOS, sous la direction du Ministère chargé de la Santé, en collaboration avec des représentants des professionnels (fédération des MCS, médecins libéraux et urgentistes) et des ARS. Ce guide décrit de façon très précise les missions des MCS, ainsi que les cadres juridique, contractuel, financier, assurantiel du statut de MCS.

En 2015, Marisol Touraine, toujours ministre des Affaires Sociales et de la Santé, expose un nouveau pacte territoire santé 2 (14) dans lequel est prévu une augmentation du nombre de médecins correspondants du SAMU à 700 d'ici 2017. Cette mesure est reprise lors du comité interministériel aux ruralités (15) afin de réaliser un maillage plus important du territoire français.

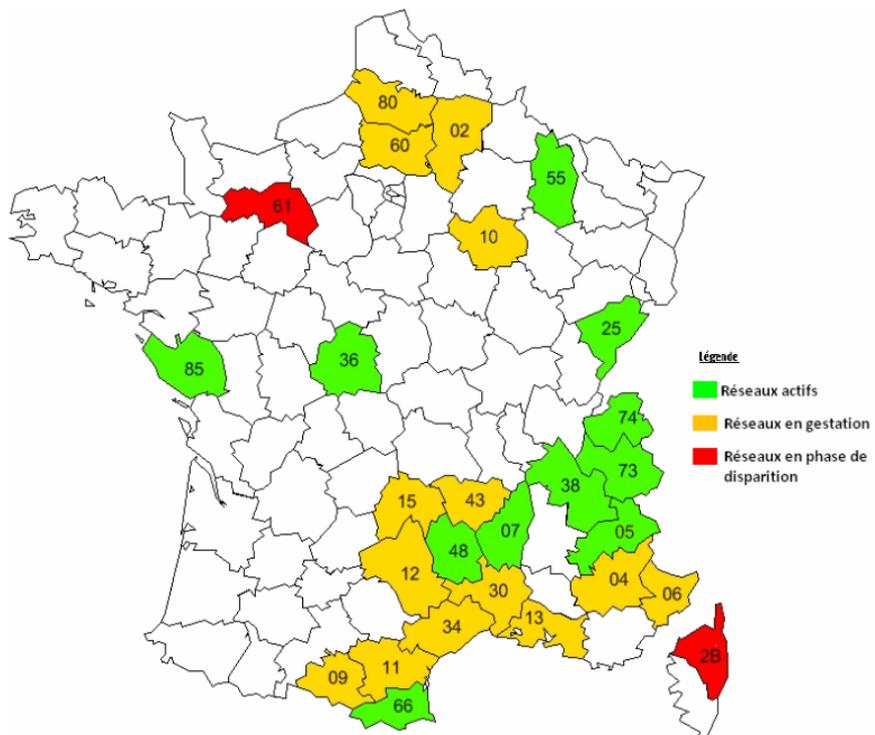
2.3. Recensement des MCS

Une représentation nationale des réseaux de Médecins Correspondants du SAMU est réalisée régulièrement par la fédération MCS France.

En février 2013, la fédération recensait alors 265 MCS, répartis en 11 réseaux actifs, 14 réseaux en gestation et 2 réseaux en phase de disparition.

L'important développement des MCS dans les années suivantes a permis en 2015 de recenser sur le territoire français 445 MCS. À l'heure actuelle, il existe 32 réseaux actifs (dont un réseau en Guadeloupe créé en 2015) et 17 réseaux en gestations.

Cette évolution des différents réseaux MCS en France sont représentés sur les cartes suivantes :



Carte 1: Réseaux de MCS (MCS France)

Figure 1 : Carte des réseaux MCS en février 2013 (16)

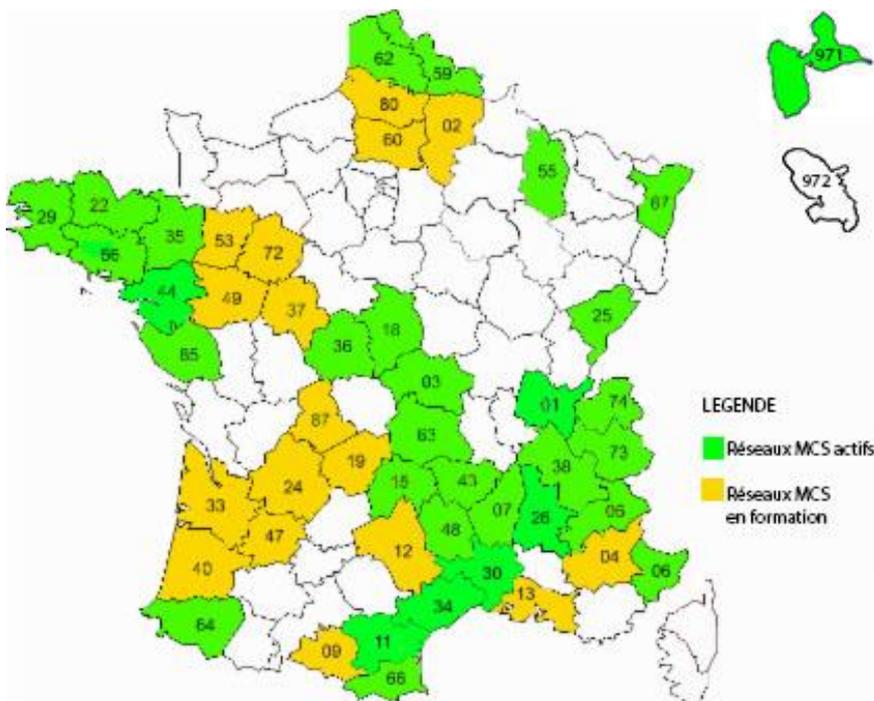


Figure 2 : Carte des réseaux MCS en 2015 (11)

3. Expériences de dispositifs MCS

3.1. En Métropole

En 2012, en cas d'accident grave, 2 millions de Français étaient à plus de trente minutes d'une intervention d'urgence. En 2015, l'amélioration de l'accès aux soins urgents, notamment grâce au développement des Médecins Correspondants du SAMU, a permis de réduire de moitié ce nombre (15).

En 2013, une étude descriptive réalisée par M. MINET a permis de décrire la population française de MCS, distribuée alors sur 11 départements. On retrouve à cette époque des MCS plutôt de sexe masculin (85%), exerçant pour près de 50% d'entre eux en zone rurale. Le résultat global montre un intérêt majeur de la mise en place de MCS, avec une réduction des délais de prise en charge de 22 minutes en moyenne (22 min contre 44 min avec le SMUR seul, $p < 0,0001$). Cette étude a permis de démontrer par ailleurs des répercussions très positives pour les médecins interrogés, sur la pratique clinique, la relation patient ou entre confrères, sans difficultés majeures pour la conciliation des différentes fonctions (16).

Il existe à l'heure actuelle 31 réseaux actifs en Métropole. Malgré un cadre réglementaire général, chaque réseau possède ses particularités, selon les besoins sanitaires propres à chaque département.

3.1.1. Exemples de dispositifs actifs

Un des premiers dispositifs MCS mis en place et également l'un des plus importants est celui des Alpes du Nord. Il y existe actuellement 111 MCS répartis sur 52 sites de montagne isolés, principalement en station de ski, sur 4 départements : 73, 74, 38 et 01. Ces médecins exercent dans 32 cabinets de montagne labellisés, équipés en matériels spécifiques dotés par l'ARS, afin de prendre en charge les patients les plus urgents.

Les différentes études réalisées dans cette région depuis la mise en place des MCS en 2003 montrent de multiples bénéfices pour les patients. En effet, le gain de temps moyen de prise en charge par un médecin correspondant SAMU en comparaison à une prise en charge SMUR classique était de 28 minutes (17). En cas de SCA ST+, le gain de temps entre appel et thrombolyse

était de 17 minutes (18). Par ailleurs, deux études concomitantes de la prise en charge des arrêts cardiaques extrahospitaliers ont permis de montrer une amélioration franche du pronostic des patients pris en charge par des MCS, avec une prise en charge et une survie statistiquement meilleure chez les patients pris en charge par un MCS avant le SMUR (19)(20). Concernant les douleurs aiguës sévères, le soulagement des patients pris en charge par un MCS était bien meilleur (21). Ces différents résultats expliquent que le nombre de recours aux MCS dans les Alpes du Nord augmente, et que ceux-ci sont devenus indispensables dans l'organisation de la prise en charge de l'urgence (22).

Dans la Meuse (département 55), il existe actuellement 54 MCS, réalisant environ 800 interventions par an. La mise en place des MCS dans ce département a permis de pallier la suppression de l'antenne SMUR de Commercy. En 2001, l'étude des délais moyens d'intervention a démontré une réduction modérée de ces délais lors de l'intervention d'un MCS (23). Cette même étude a mis en évidence que les MCS éprouvaient peu de difficultés liées à cette fonction.

3.1.2. Exemple de dispositifs en régression

Dans l'Aude (département 11), ce dispositif est en place depuis janvier 2013. En février 2016, le département ne dénombrait que 7 MCS. Une étude de 2014 a permis de comprendre les freins ressentis par les médecins généralistes : manque d'information, surcharge de travail, sentiment de mise à l'écart (24).

Si on dénombrait deux dispositifs en régression en 2013, ils n'ont pas pour autant totalement disparu. En effet, en Haute Corse (département 2B), le dispositif reste actif avec 12 interventions réalisées par les MCS sur le dernier trimestre de l'année 2015. Le recrutement de médecins volontaires est toujours actif dans ce département.

3.2. Dans les Départements Français d'Amérique

L'appellation Départements Français d'Amérique, ou DFA, regroupe la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane. Ces trois Départements d'Outre-Mer (DOM) regroupent environ un million

d'habitants. S'ils se situent dans une même zone géographique, ils n'en sont pas pour autant similaires.

3.2.1. Guadeloupe

3.2.1.1. Géographie

La Guadeloupe est une région monodépartementale d'outre-mer, située 285 km au Nord de la Martinique et à 6.700 km de la Métropole, dans l'arc Antillais. Elle se présente sous la forme d'un archipel de 1.702 km², constitué de cinq groupes d'îles. La Guadeloupe continentale, d'une superficie de 1.438 km², est composée de la Basse Terre à l'Ouest et de la Grande Terre à l'Est, séparées par un étroit canal, la Rivière Salée. Les trois îles voisines sont l'archipel des Saintes (14 km²), la Désirade (22 km²) et Marie-Galante (158 km²). Ce département est le plus grand des Antilles françaises, mais garde une taille inférieure au département de la Guyane.

La Guadeloupe est découpée en 2 arrondissements (Basse-Terre et Pointe-à-Pitre), subdivisée en 4 circonscriptions, 40 cantons et 32 communes.



Figure 3 : Carte de la Guadeloupe

Par sa géographie et sa localisation, la Guadeloupe présente de multiples similitudes avec notre département martiniquais. Bien qu'elle forme un archipel, induisant des zones plus isolées sur les dépendances, son activité est relativement comparable à celle de la Martinique, faisant de ce département notre « île sœur ».

3.2.1.2. Déploiement du dispositif MCS

Le dispositif MCS est déployé en Guadeloupe depuis 2015. Il existe à l'heure actuelle 3 MCS répartis sur les communes de Deshaies, Petit Canal et l'île de la Désirade. Deux médecins sont également en attente de mise en service sur l'archipel des Saintes, et une recherche active de nouveaux médecins volontaires est en cours sur des communes telles que Saint-François ou Capesterre-Belle-Eau.

a/ Mise en place initiale du dispositif

Ce dispositif a été déployé sous l'égide du Dr PORTECOP, chef de service du SAMU 971, sur demande initiale de l'ARS. Ce dispositif a été instauré en parallèle de la mise en place du réseau d'urgence KARUURGENCES, et intégré au budget prévisionnel de ce réseau, dans le but de corriger certaines anomalies de fonctionnement du SAMU 971. Nous avons pu contacter le Dr PORTECOP en septembre 2016 pour obtenir des informations précises sur son organisation.

La formation initiale réalisée en mai 2014 par le CESU 971 comprenait une journée et demi de formation théorique, incluant 2 modules (généralités sur l'urgence et prise en charge des principales détresses vitales). Une journée de simulation sur mannequins a également été proposée.

Le matériel attribué à ces médecins correspond approximativement à la liste proposée par le référentiel MCS (7), comprenant un scope avec défibrillateur, ainsi que d'un sac de matériel similaire à celui du SMUR. Son renouvellement est assuré par le SMUR sur les lieux d'intervention directement. La mise en place de gyrophares amovibles sur les véhicules personnels des médecins est actuellement en projet.

Leur rémunération est assurée par un contrat de praticien attaché au CHU.

b/ Evaluation du dispositif

À ce jour, après une année de fonctionnement, le SAMU 971 dénombre 4 interventions MCS sur Deshaies, une vingtaine sur la Désirade et aucune sur Petit-Canal.

La principale difficulté rencontrée est l'absence d'informations suffisantes données aux médecins régulateurs, ne permettant pas un déclenchement efficace de ces MCS. Cette faille est en attente de résolution par une formation prochainement proposée à ces médecins régulateurs afin d'améliorer le déclenchement des MCS en Guadeloupe.

Par ailleurs, de fortes disparités entre les MCS en place sont observées. En effet, le médecin situé sur l'île de la Désirade, seul médecin généraliste installé sur l'île, possède une activité importante en tant que MCS, activité qu'il occupait déjà avant le déploiement du dispositif de façon non officielle. À contrario, le médecin situé à Petit Canal, très peu formé à l'urgence par sa formation personnelle, n'a pu réaliser aucune intervention, principalement en raison d'un manque de coopération concernant son déclenchement.

Bien que le fonctionnement des MCS ait du mal à se mettre activement en place en Guadeloupe, leur efficacité est réelle, surtout sur l'île de la Désirade et la commune de Deshaies. Un élargissement du dispositif est par ailleurs en projet.

3.2.2. Guyane

3.2.2.1. Géographie

Ce Département Français d'Amérique se situe au Nord-Est du continent Américain du Sud, entre le Surinam et le Brésil. Son chef-lieu, Cayenne, est distant de 1.500 km de la Martinique, et à quelque 7.000 km de Paris. Avec une superficie de 83.846 km², la Guyane est la deuxième plus grande région de France. C'est également le département le plus boisé, 98 % du territoire étant recouvert d'une forêt équatoriale.

Avec une population estimée à environ 244.000 habitants en 2013, la Guyane est le département le moins peuplé de France, soit une moyenne de 3 habitants / km². Cette population, en constante augmentation, est concentrée sur le littoral, celui-ci représentant seulement 10 % du territoire.



Figure 4 : Carte de la Guyane française

3.2.2.2. Démographie médicale et projet MCS

Afin d'obtenir des informations récentes et précises, nous avons contacté le médecin responsable du CESU du département de la Guyane, le Dr Pierre CHESNEAU.

Sur le littoral se dispersent les trois principales villes du département : Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni, comprenant chacune plusieurs médecins généralistes libéraux et une antenne

SMUR. En dehors de ces trois villes, seule Sinnamary, entre Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni, compte un médecin généraliste. Celui-ci est également Médecin Sapeur Pompier, lui attribuant une mission de premier recours sous l'égide du SDIS, n'ayant pas de SMUR à proximité.

Dans les communes intérieures, il n'existe pas de médecin généraliste. À la place se trouvent des Centres Délocalisés de Prévention et de Santé (CDPS), très rudimentaires, comprenant au minimum un médecin ou une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) pouvant faire appel à un médecin par visioconférence.

Cette démographie médicale particulière explique l'impossibilité à l'heure actuelle de développer un dispositif tel que le dispositif MCS, malgré une demande pressante de l'ARS dans ce département. De plus, le « turnover » majeur des médecins des CDPS empêche la mise en place d'un dispositif MCS durable.

4. Contexte de la Martinique

La Martinique est l'un des 5 départements français d'outre-mer, et l'une des 26 régions françaises. Distante d'environ 7.000 km de la métropole, elle est située dans l'archipel des Petites Antilles, entre l'île de la Dominique au Nord et l'île de Sainte Lucie au Sud. Avec sa superficie de 1.128 km², c'est l'un des plus petits départements français. Elle s'étend sur environ 35 km de large pour 75 km de long, et possède cependant une géographie extrêmement variée.

4.1. Spécificités géographiques, climatiques et démographiques

Le relief de la Martinique est constitué d'un massif montagneux au Nord, dominé par les Pitons du Carbet (1.207m) et la Montagne Pelée (1.397m) – volcan figurant parmi les plus surveillés au monde – ainsi que d'une succession de reliefs moyens, les mornes, dans le reste de l'île. Tous ces reliefs sont principalement couverts d'une forêt tropicale humide. Le Sud de l'île est plus facilement praticable, quoiqu'il présente quelques caractéristiques géographiques rendant l'accès difficile à certains endroits (25).

Le territoire martiniquais est découpé en 4 arrondissements (Fort-de-France, Trinité, Le Marin et Saint-Pierre), subdivisé en 34 communes. La population recensée au 1^{er} janvier 2014 était d'environ 381.000 habitants.



Figure 5 : Carte de la Martinique, découpée en circonscriptions et communes

4.2. Démographie médicale en Martinique

Au 1^{er} janvier 2015, le Conseil de l'Ordre de la Martinique dénombrait 1022 médecins, répartis en 487 médecins généralistes et 535 médecins spécialistes. Parmi les médecins généralistes, 317 exerçaient une activité libérale, dont 168 (soit 52 %) de médecins âgés de 55 ans ou plus (26).

La répartition de ces médecins libéraux est très inégale. En effet, 63 % d'entre eux exercent dans la zone centre (Fort-de-France, Lamentin, Schoelcher). À contrario, le Nord de la Martinique reste la zone sous dotée (6%), avec moins de 2% des médecins dans le Nord Caraïbes et le Nord Atlantique. On dénombre par ailleurs 5 communes, dans la partie Nord de la Martinique, où il n'y a aucun médecin en exercice. Cette répartition très inégale a été cartographiée par l'INSEE en 2010 (27).

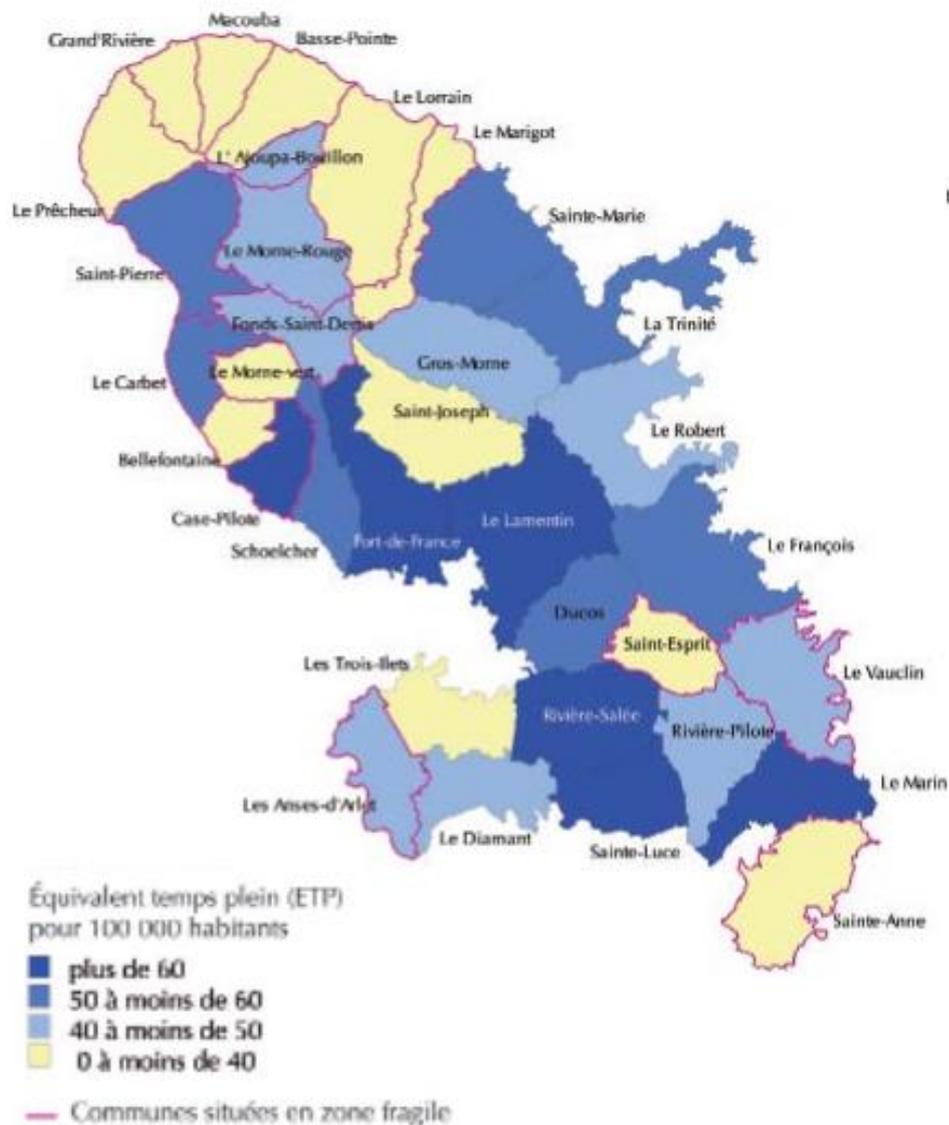


Figure 6 : Carte de l'accessibilité aux soins en Martinique (27)

4.3. Les établissements de santé en Martinique

Le CHU de Martinique est un établissement de santé assurant une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche (28). Il regroupe sept hôpitaux :

- L'Hôpital Pierre Zobda-Quitman (PZQ), situé à Fort-de-France, constitue la plus importante structure du CHUM. Il est le site de référence pour les urgences, les spécialités médicales, les activités chirurgicales requérant un plateau technique lourd et de réanimation.
- La Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant (MFME) est située sur le même site que l'hôpital PZQ. Maternité de niveau III, c'est le centre de référence territorial public dans tout le domaine de la périnatalité et des pathologies de la femme, de la mère et de l'enfant. Elle assure aussi depuis 2011 la prise en charge des enfants atteints de drépanocytose.
- L'hôpital Louis Domergue, situé dans la ville de Trinité, est le centre d'accueil des urgences du Nord Atlantique. Il propose des activités de soins intensifs, de médecine, de chirurgie et de soins de longue durée.
- L'Hôpital Mangot Vulcin, situé au Lamentin, regroupe des services spécialisés en urologie, chirurgie plastique et reconstructrice, Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), ophtalmologie et chirurgie maxillo-faciale. C'est également le site de référence pour la néphrologie et la dialyse, ainsi que pour la drépanocytose de l'adulte.
- L'hôpital Albert Clarac, à Fort-de-France, est le site principal de la cancérologie. Il abrite également l'un des Centres de Soins d'Adaptation et de Prévention des Addictions (CSAPA) du CHU Martinique.
- Le Centre Emma Ventura, situé à Fort-de-France, est un établissement spécialisé dans la Médecine Physique et Réadaptation (MPR), les Soins de Longue Durée (SLD) ainsi que l'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).
- L'hôpital Lamentin Bourg, accueille un EHPAD et un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP).

En dehors du CHU, plusieurs hôpitaux se répartissent sur l'ensemble du territoire. Les principaux se trouvent au Carbet, au Marin, à Saint-Joseph, au François, au Lorrain, au Saint-Esprit et aux Trois-Ilets, proposant des activités de consultation, de MPR et d'EHPAD principalement.

Certains hôpitaux locaux sont regroupés dans leur prise en charge des patients. Il existe ainsi le groupement Nord Caraïbes associe les établissements du Prêcheur, de Saint-Pierre et du Carbet, et le Centre Hospitalier Intercommunal Lorrain / Basse-Pointe. Un rapprochement entre les centres du Marin, du François et de Saint Esprit est également en projet.

Deux cliniques privées se trouvent également sur l'agglomération de Fort-de-France.

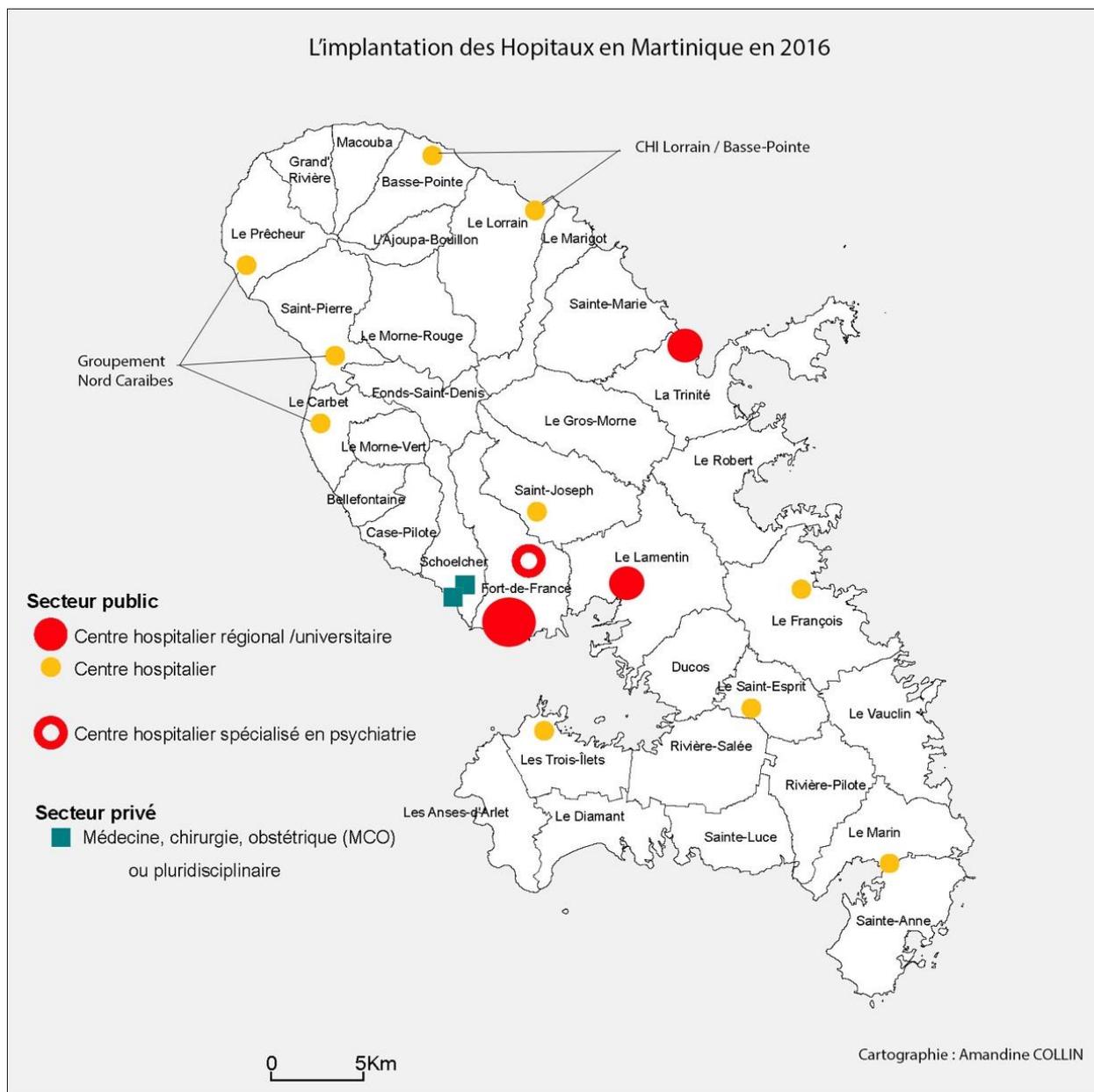


Figure 7 : Carte des Hôpitaux de Martinique en 2016

4.4. Le SAMU de la Martinique

La Martinique possède un SAMU-Centre 15 situé au CHU PZQ de Fort-de-France, ainsi que deux SMUR :

- un SMUR à Fort-de-France situé au CHU PZQ, composé de deux équipes médicalisées, possédant une possibilité d'intervention hélicoptérée (HéliSMUR) grâce à l'hélicoptère de la Sécurité Civile nommé DRAGON 972 ;
- une antenne SMUR au CHU de Trinité, avec une équipe active en journée seulement, de 8h à 18h, en place depuis janvier 2014.

Une procédure de régulation de janvier 2014 précise les zones d'interventions primaires couvertes par l'UMH de Fort-de-France, l'UMH de Trinité et l'HéliSMUR de Fort-de-France (29) :

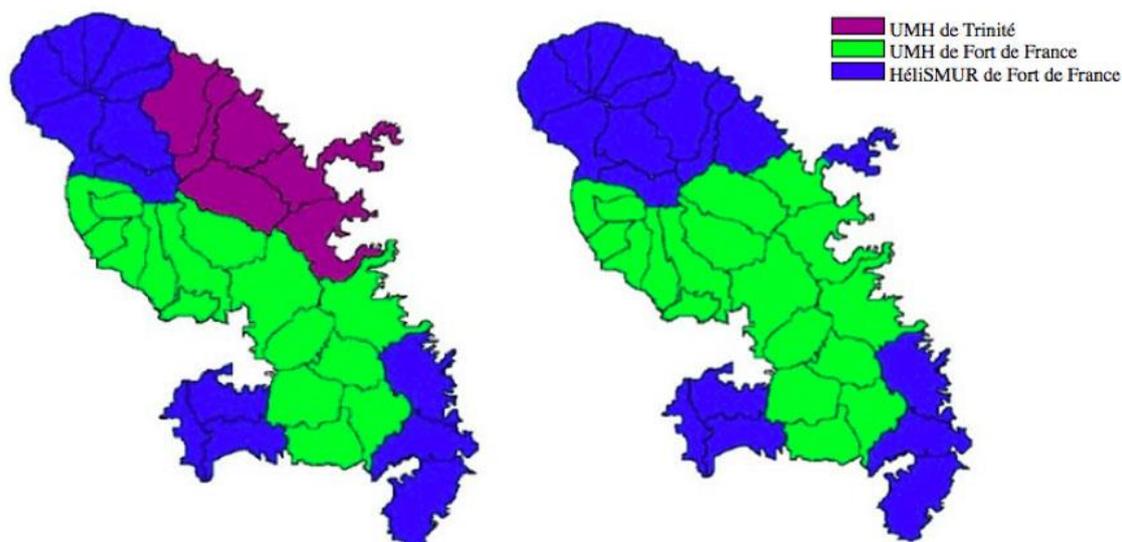


Figure 8 : Cartes des zones d'interventions primaires de première intention si disponibilité de l'UMH Trinité (à gauche) ou indisponibilité de l'UMH Trinité (à droite)

Concernant la régulation médicale des appels, le nombre de dossiers traités est en augmentation quasi constante depuis 2006, comme le montre le diagramme suivant (30) :

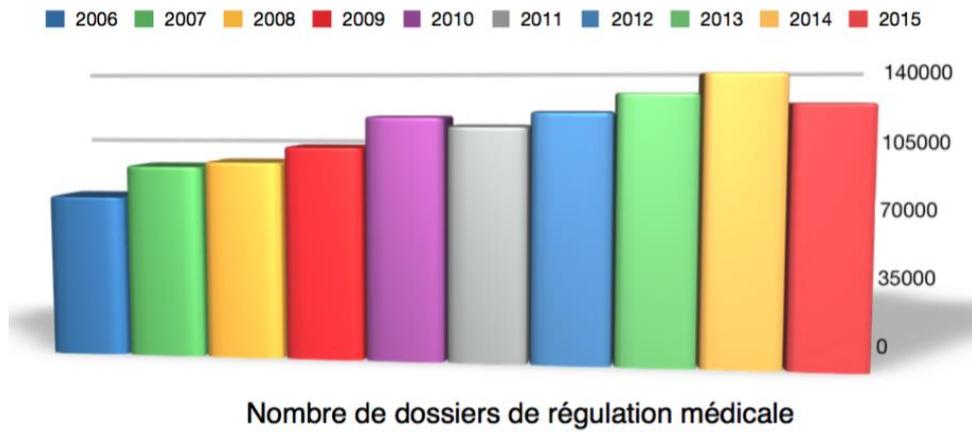


Figure 9 : Nombre de dossiers de régulation médicale au SAMU Martinique par année

Cette augmentation du nombre d'appel est en corrélation avec l'augmentation du nombre d'interventions SMUR, comme le montre le diagramme suivant.

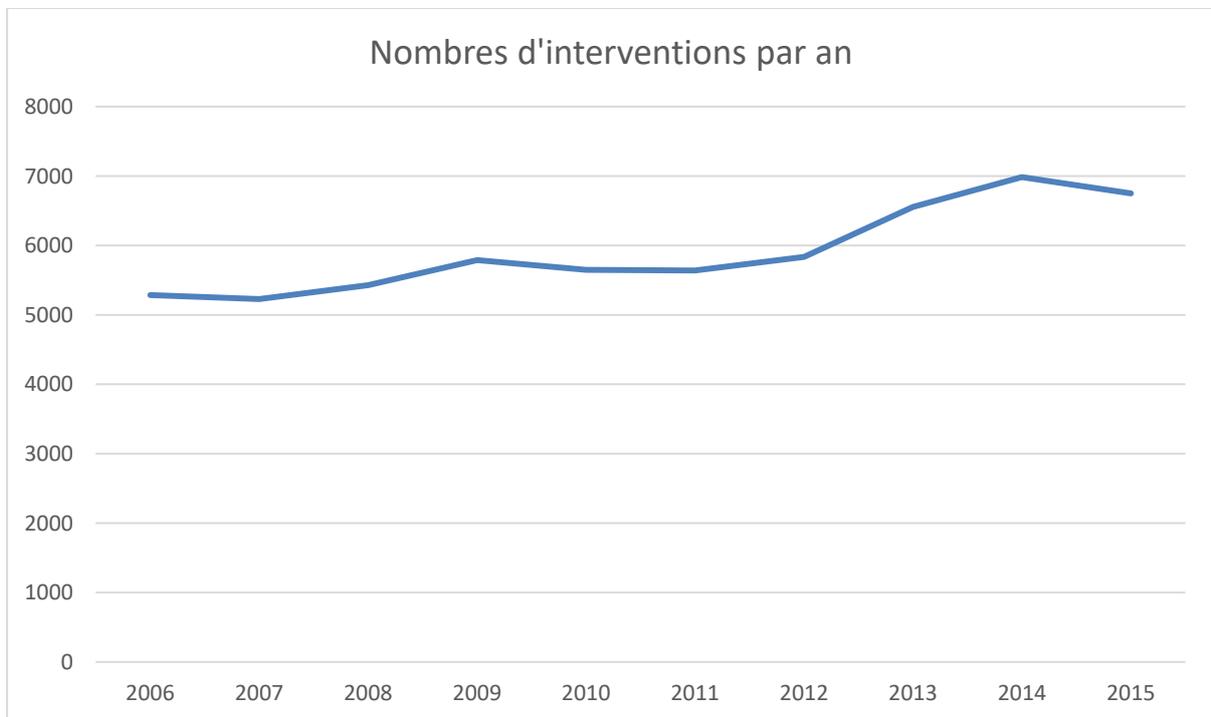


Figure 10 : Evolution du nombre d'interventions SMUR annuels en Martinique

II. Diagnostic de la situation en Martinique

L'une des étapes essentielles à la mise en place de MCS dans un département est l'évaluation des besoins, comme le recommandent la fédération MCS et la SFMU (7). Nous avons donc réalisé une étude monocentrique martiniquaise afin d'évaluer les délais d'intervention du SMUR par commune, par échelle de gravité.

L'objectif de cette étude est de déterminer les zones où le déploiement de MCS serait le plus bénéfique. Pour ce faire, nous avons étudié le taux d'interventions du SMUR ayant un délai de plus de 30 minutes, selon la commune.

1. Matériels et méthodes

1.1. Durée, type d'étude et critères d'inclusion

Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective et observationnelle, conduite sur une période de 12 mois, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2015. Les données étudiées sont extraites à partir du logiciel CENTAURE, utilisé par le SAMU Centre 15 de la Martinique pour archivage des dossiers.

Tous les dossiers pour lesquels une intervention SMUR a été déclenchée, entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2015 ont été inclus.

Ont été exclues les interventions secondaires (prises en charge dans un établissement de santé) ainsi que les Evacuations Sanitaires (EVASAN) outre-Atlantiques ou caribéennes.

1.2. Paramètres évalués

Le critère principal de jugement était le taux d'interventions pour lesquels le délai d'arrivée du SMUR sur les lieux était supérieur à 30 minutes, défini comme délai élevé. Ce délai était calculé par différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux et l'heure de déclenchement de l'intervention par la régulation du SAMU. La distinction entre interventions par voie terrestre ou voie aéroportée n'a pas pu être réalisée pour cause d'absence de ce critère dans les données extraites.

Ce critère de jugement a été évalué selon le codage CCMU réalisé par le médecin régulateur et la commune d'intervention, les CCMU élevées ayant été considérées par définition comme les plus urgentes.

Le codage CCMU ou Classification Clinique des Malades aux Urgences, permet de classer selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier.

- CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable. Cette cotation, bien qu'officielle, n'est pas présente dans le logiciel CENTAURE et n'est donc pas évaluée dans cette étude.
- CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
- CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou le service des urgences.

1.3. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Les données sont exprimées sous forme de Moyenne +/- Ecart Type ou de Pourcentage.

2. Résultats

2.1. Dossiers analysés

Entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2015, 6780 patients ont bénéficié de l'intervention d'un SMUR, correspondant à 5125 dossiers dans le logiciel CENTAURE du SAMU 972, certains dossiers comprenant plusieurs victimes, comme pour certains Accidents de la Voie Publique (AVP).

Après exclusion des interventions secondaires et EVASAN, il restait 4492 dossiers, soit 4717 patients.

Parmi ces dossiers, le délai d'action du SMUR était connu dans 48,7% des cas.

2.2. Délais d'intervention

Le délai moyen d'intervention selon la commune était de 18 minutes +/- 10. Les communes présentant les moyennes d'intervention les plus élevées étaient Grand Rivière (33 min +/- 17), le Lorrain (26 min +/- 12), le Diamant (26 min +/- 14), le Marin (25 min +/- 12) et le Morne Vert (Carbet) (25 min +/- 14).

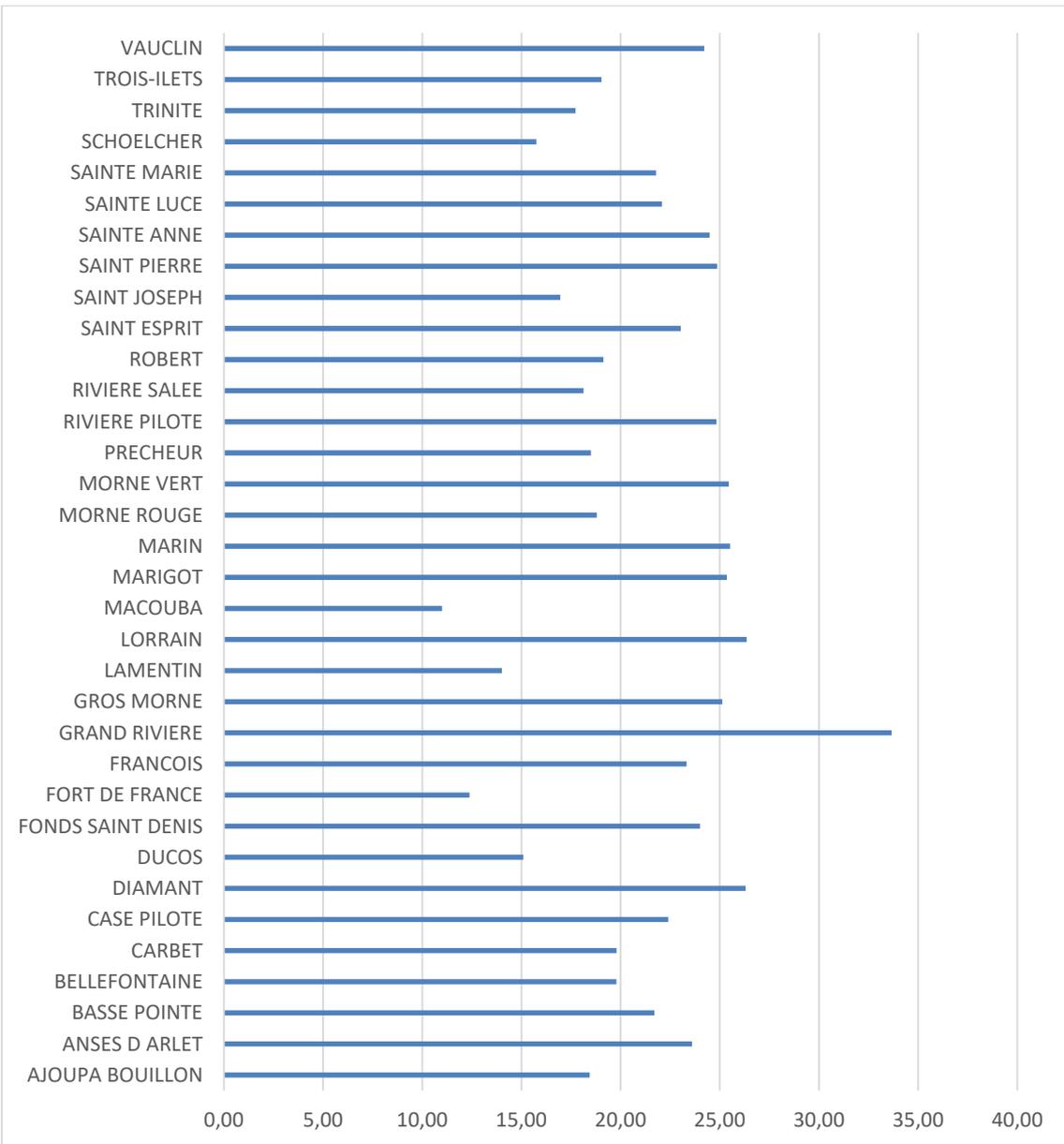


Figure 11 : Représentation des délais d'intervention moyens par commune

2.3. Taux d'interventions avec délai supérieur à 30 minutes

Tous les dossiers ont d'abord été étudiés pour définir le taux d'interventions pour lesquels le SMUR a mis plus de 30 minutes pour arriver sur les lieux.

Les communes présentant les taux les plus importants étaient les suivantes : le Marin (41%), Saint-Pierre (40%), les Anses d'Arlet (40%), le Lorrain (38%), le Morne Vert (36%) et Sainte-Anne (36%).

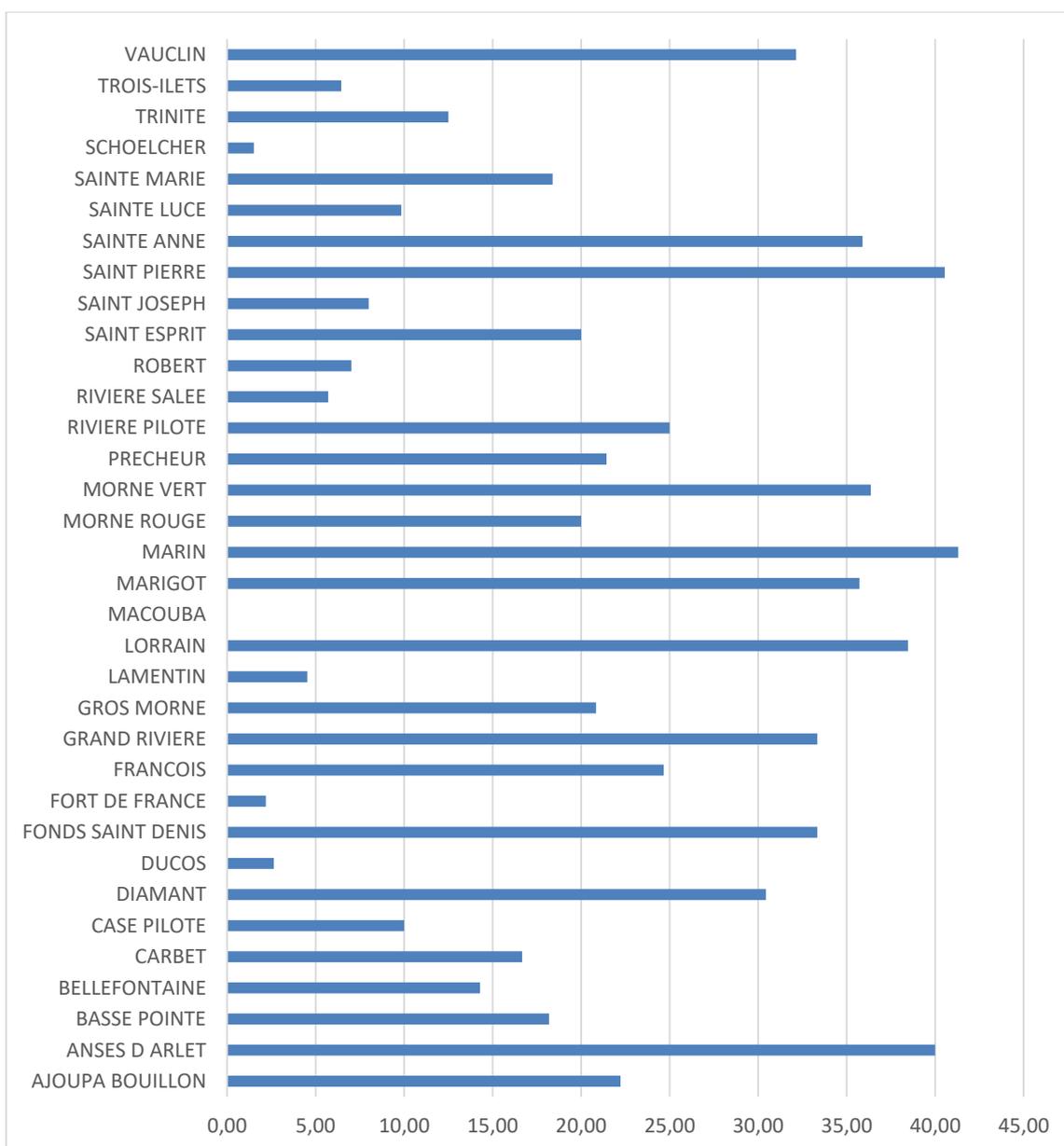


Figure 12 : Représentation des taux d'interventions avec délais élevés selon la commune

Ces données ont été retranscrites sur une carte du département pour une meilleure lisibilité.

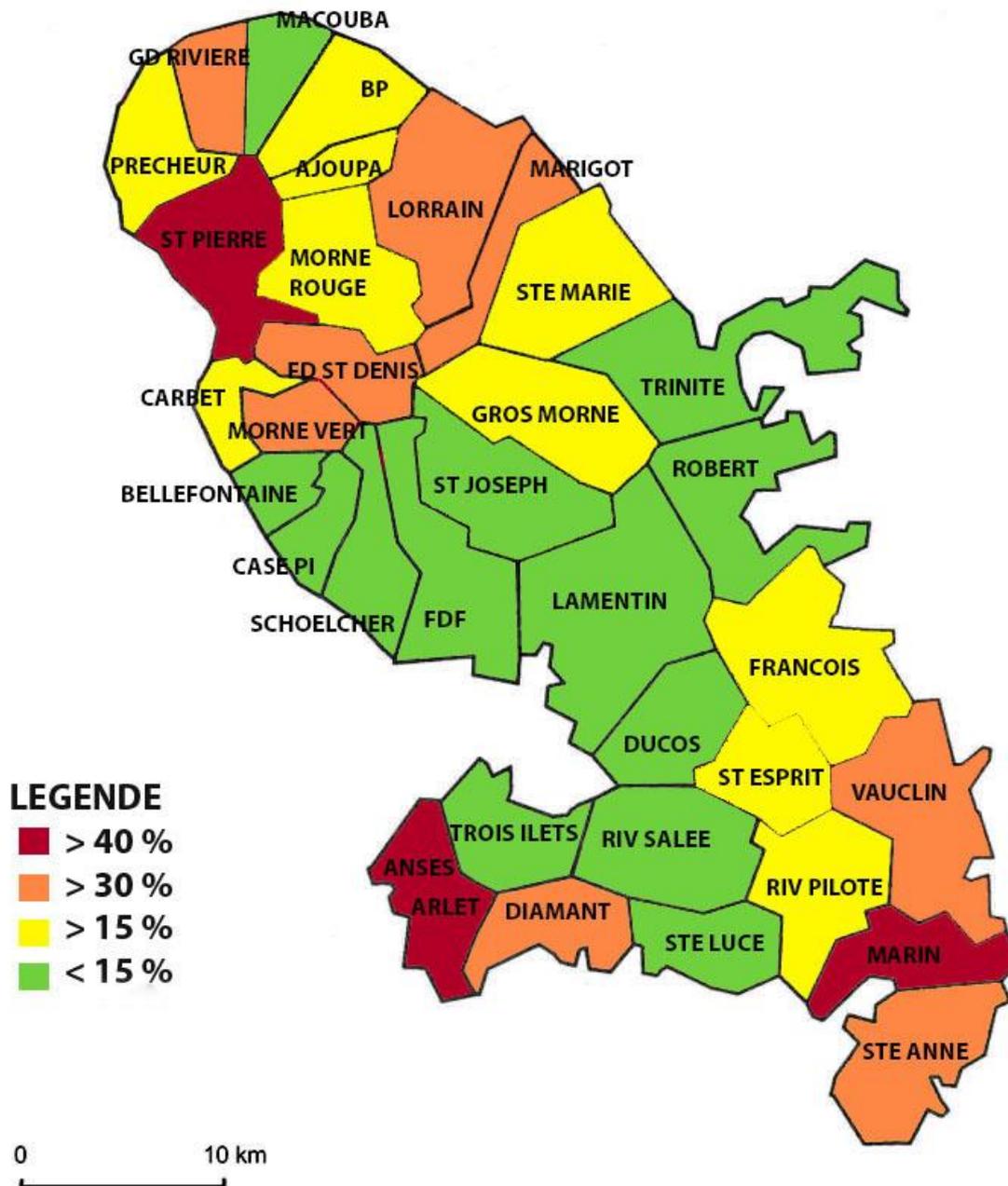


Figure 13 : Carte des communes selon taux de délais élevés

2.4. Taux d'interventions avec délai SMUR supérieur à 30 minutes selon critères de gravité

Afin de définir un critère de gravité des interventions, une sélection des dossiers selon la cotation CCMU a été réalisée. Les interventions jugées les plus graves avaient une CCMU égale à 3, 4, 5 ou D.

Les communes présentant les taux les plus importants étaient les suivantes : Grand-Rivière (100%), le Marin (59%), Fonds-Saint-Denis (50%), le Lorrain (50%), le Marigot (50%), le Vauclin (43%) et Saint-Esprit (40%).

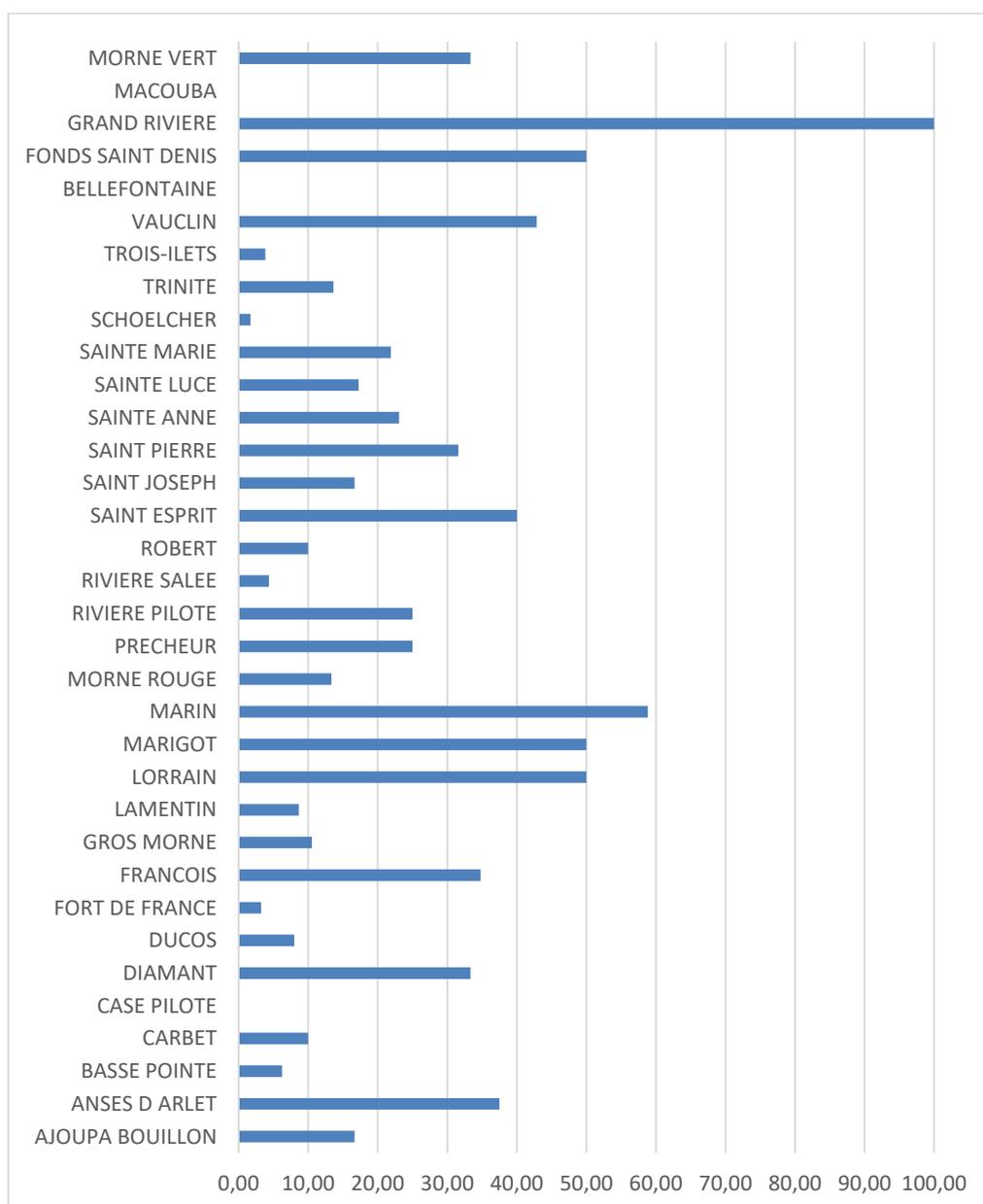


Figure 14 : Représentation des taux d'interventions avec délais élevés selon la commune pour les CCMU 3, 4, 5 et D

Ces données ont elles aussi été cartographiées.

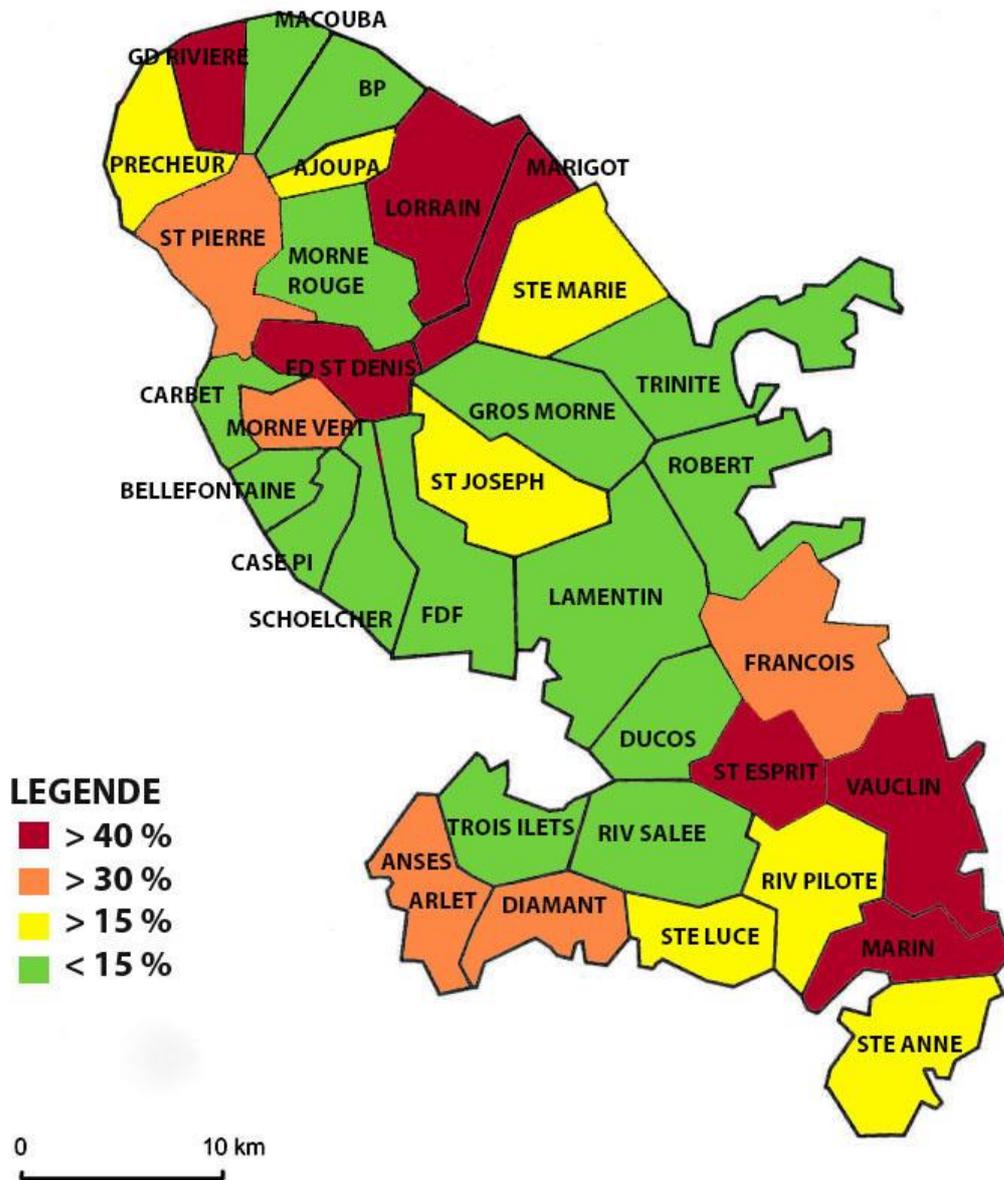


Figure 15 : Carte des communes selon taux de délais élevés pour CCMU 3-4-5-D

2.5. Taux d'interventions avec délai SMUR supérieur à 30 minutes pour les patients non graves

Une sous-analyse concernant les patients les moins graves, cotés CCMU 1 et 2, a également été réalisée. Ces patients ne nécessitant pas de prise en charge SMUR dans la théorie en ont pourtant bénéficié, traduisant un codage mal réalisé par le médecin régulateur.

Le résultat de cette sous-analyse montre de très grandes disparités selon les communes. En effet, certaines communes présentaient des taux d'interventions non graves à délais élevés particulièrement importants. Il s'agissait des communes des Anses d'Arlet (75%), du Marin (66%), du Morne Vert (50%), du Diamant (50%) et de Saint-Pierre (33%).

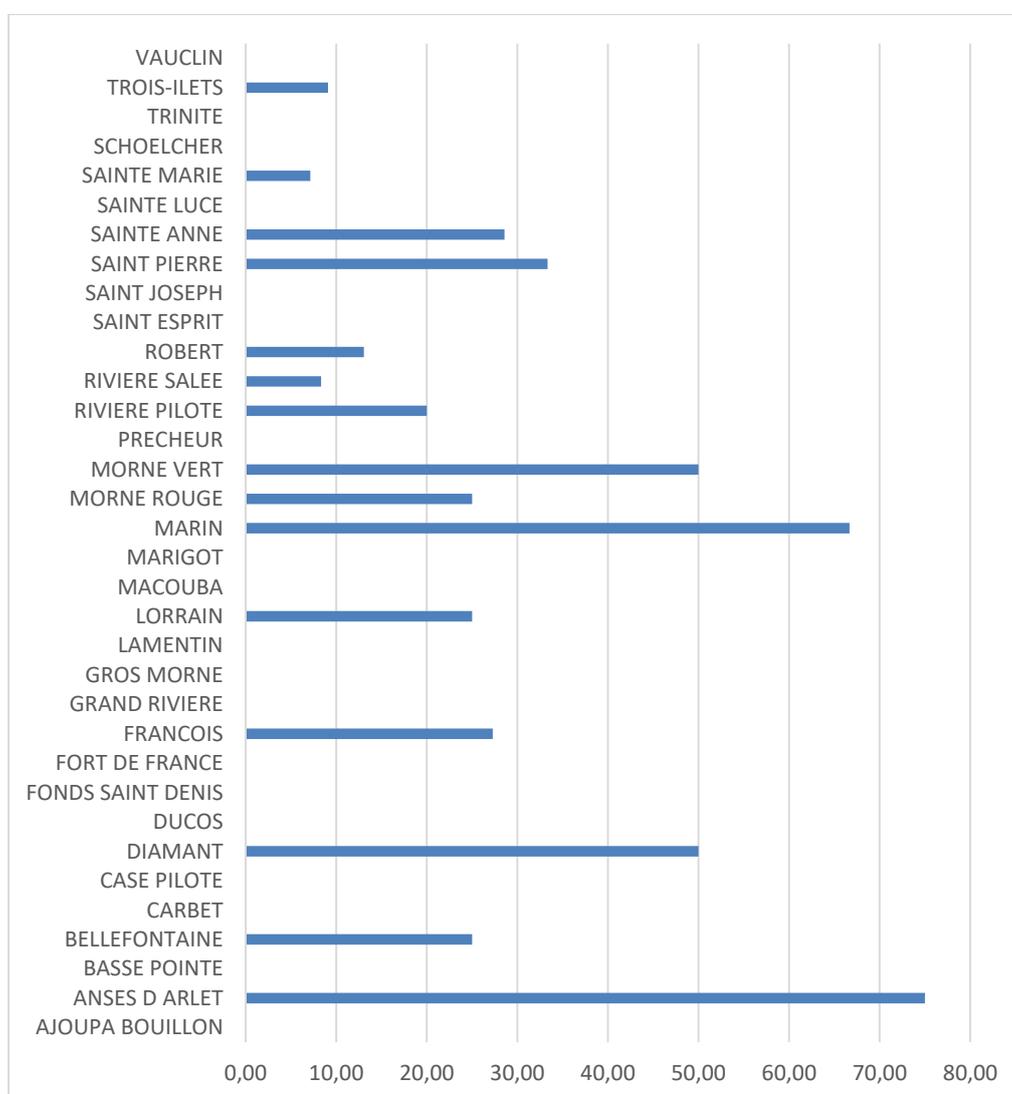


Figure 16 : Représentation des taux d'interventions avec délais élevés selon la commune pour les CCMU 1 et 2

Malgré l'absence de données pour certaines communes, dues à l'absence d'interventions cotées CCMU 1 et 2 pour celles-ci, ces résultats supposent qu'il existe d'autant plus d'interventions potentielles pour de futurs MCS, et ce toujours parmi les communes déjà identifiées précédemment, comme les Anses d'Arlet, le Diamant, le Marin ou le Morne Vert.

2.6. Définitions des zones d'implantation potentielle des MCS

Ces différentes représentations cartographiques selon le taux d'interventions à délais élevés orientent vers la création de 5 zones d'implantation prioritaire de MCS :

- Zone Nord Atlantique, comprenant les communes du Lorrain, du Marigot, de Sainte-Marie et d'Ajoupa-Bouillon.
- Zone Nord Caraïbes, comprenant les communes du Prêcheur, de Saint-Pierre, du Carbet et de Fonds-Saint-Denis.
- Zone Sud Caraïbes, comprenant les communes des Anses d'Arlet, du Diamant et de Sainte-Luce.
- Zone Grand Sud, comprenant les communes de Sainte-Anne et du Marin.
- Zone Centre Atlantique, comprenant les communes du Vauclin, du François et de Saint-Esprit.

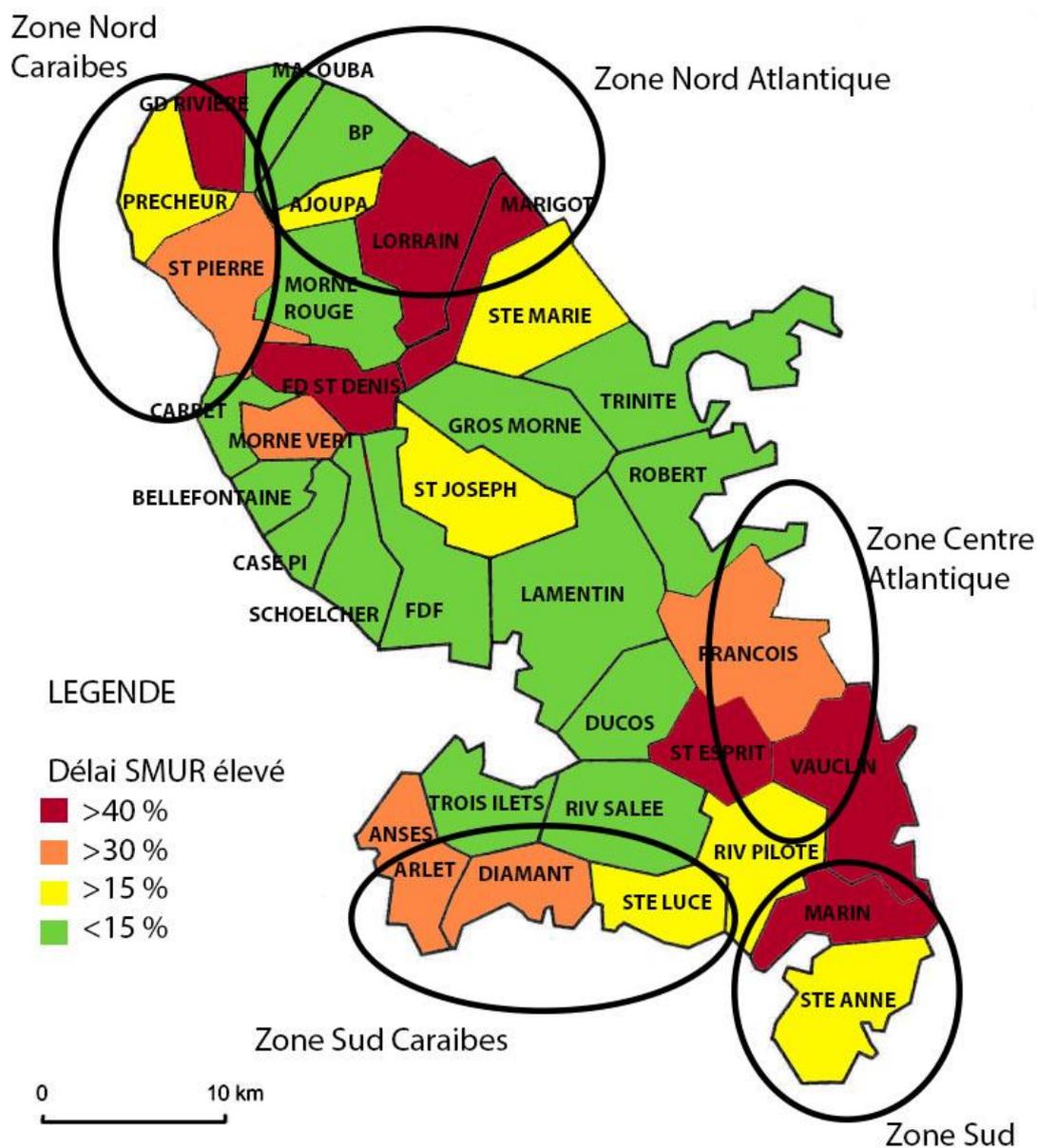


Figure 17 : Carte des zones potentielles d'implantation de MCS

3. Discussion

L'analyse des délais d'intervention du SMUR par extraction du logiciel CENTAURE permet de mettre en évidence de grandes disparités de délai sur le territoire martiniquais. Si ces disparités sont attendues de manière logique compte tenu de la géographie de moyenne montagne et de la pénurie médicale en particulier dans le Nord du département, le taux d'interventions présentant

un délai élevé, supérieur à 30 minutes, d'arrivée sur les lieux est particulièrement important sur certaines communes.

3.1. Observation quant aux interventions hélicoptérées

Quelle que soit la carte analysée, on remarque que certaines communes comme Macouba, Basse-Pointe et le Morne Rouge présentent des taux d'interventions à délais élevés particulièrement bas, malgré leur éloignement majeur des deux antennes SMUR. Cette particularité s'explique par l'importance du nombre d'interventions hélicoptérées dans ces communes précises. En effet, ces communes étant les plus éloignées des antennes SMUR martiniquaise, le déclenchement de l'hélicoptère DRAGON 972 de la Sécurité Civile y est quasiment systématique, permettant de réduire de façon majeure les délais d'intervention.

Ces interventions hélicoptérées suivent les recommandations locales de type d'intervention primaire de première intention publiées en 2014 (29). Cependant, notre étude montre que ces recommandations ne sont probablement pas suivies dans plusieurs zones éloignées, provoquant un retard de prise en charge médicale.

Une sensibilisation des médecins régulateurs SAMU de Martinique à cette observation est donc essentielle, afin de déclencher DRAGON 972 de façon plus appropriée selon le lieu d'intervention, en suivant au mieux les recommandations locales de 2014.

3.2. Limites de l'étude

Si le nombre de données totales est important (plus de 5000 interventions analysées), le manque d'information dans les dossiers était majeur. En effet, environ 50 % des données étaient absentes pour chaque critère, réduisant la précision de l'étude de manière significative. De même, plusieurs sous analyses statistiques potentiellement intéressantes étaient impossibles devant ce manque de données, comme l'analyse des délais d'interventions pour chaque catégorie CCMU indépendamment.

Une analyse prospective avec sensibilisation des Assistants de Régulation Médicale et des Médecins Régulateurs du SAMU serait donc particulièrement intéressante, afin de confirmer les résultats de cette étude, et d'obtenir des résultats plus précis sur des questions secondaires.

Une autre limite de cette étude a été son analyse statistique. En effet, aucune aide méthodologique n'a pu nous être proposée. Nous avons cependant pu obtenir des statistiques suffisantes afin de répondre à la question de recherche initiale.

4. Conclusion

Cette étude permet de montrer que l'implantation de MCS en Martinique permettrait probablement de réduire les délais d'intervention, parfois extrêmement élevés sur certaines communes du département. Ils seraient notamment particulièrement utiles en cas d'indisponibilité de l'hélicoptère de la Sécurité Civile de Martinique, en cas de panne, d'entretien périodique, de secours en mer ou de transfert en Guadeloupe, par exemple.

Les résultats de cette étude permettent de définir 5 zones d'implantation prioritaire de MCS : Nord Atlantique, Nord Caraïbes, Sud Caraïbes, Grand Sud et Centre Atlantique.

III. Enquête auprès des médecins généralistes martiniquais

La deuxième étape essentielle à la mise en place de MCS selon la fédération MCS et la SFMU (7) est l'identification des ressources. Nous avons pour cela réalisé une enquête auprès des médecins généralistes martiniquais afin d'évaluer leur volontariat pour participer à l'aide médicale urgente en générale, et au dispositif MCS en particulier.

L'objectif secondaire de cette étude était d'évaluer l'intérêt d'une formation complémentaire aux premières minutes de l'urgence en cabinet médical, proposée aux médecins généralistes afin d'entretenir leur développement professionnel continu.

1. Matériels et méthodes

1.1. Durée, type d'étude et critères d'inclusion

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective, réalisée sous forme d'enquête. Celle-ci a été réalisée entre le 26 mai 2016 et le 14 septembre 2016.

Ont été inclus :

- tous les médecins généralistes de Martinique hors secteur Fort-de-France et Lamentin, recensés via les Pages Jaunes, croisés avec la liste de médecins obtenue par l'ARS ;
- les médecins Pompiers ;
- les médecins intervenant pour SOS Médecins secteur Sud.

L'enquête a été réalisée grâce à un questionnaire envoyé par e-mail (cf. Annexe 1), grâce à l'aide du logiciel « Google Forms ». Les adresses e-mails des médecins ont été obtenues grâce à l'aide de l'ARS et par appel téléphonique de chaque médecin individuellement. Des rappels bimensuels ont été envoyés afin d'obtenir un nombre maximal de réponses.

Afin de respecter la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, une déclaration normale à la CNIL a été réalisée au préalable sous le numéro 1960722v0.

1.2. Paramètres évalués

Le questionnaire comporte une lettre d'information rapide sur le dispositif, suivi de 4 rubriques comprenant au total 20 questions, ainsi que plusieurs pages de commentaires libres.

La première rubrique permet de décrire le médecin interrogé : âge, sexe, commune et mode d'exercice, formation initiale éventuelle en matière d'urgence et expérience de Médecin Sapeur Pompier.

La deuxième rubrique étudie les relations du médecin interrogé avec le SAMU-Centre 15. Les questions posées permettent d'évaluer à quelle distance du SMUR le plus proche se sent le médecin, et si ce délai lui paraît acceptable. Une autre question permet d'estimer sa fréquence de recours au Centre 15.

La troisième rubrique évalue les compétences du médecin interrogé dans le domaine de l'urgence. La première question lui permet de s'autoévaluer dans ce domaine. Nous étudions ensuite les formations suivies aux gestes d'urgences et leur péremption éventuelle. L'équipement d'urgence au cabinet est finalement évalué à l'aide d'un questionnaire à choix multiples.

La quatrième et dernière rubrique étudie la connaissance et l'intérêt du médecin interrogé quant au dispositif de Médecin Correspondant du SAMU. Les premières questions évaluent la connaissance et le taux d'information des médecins vis à vis du dispositif. Une question permet ensuite de proposer à l'interrogé d'entrer dans le dispositif, et d'en étudier les motivations et les freins. Finalement, une formation aux premières minutes de l'urgence au cabinet est proposée au médecin, quel que soit son intérêt à intégrer le dispositif MCS.

1.3. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel fourni par Google Forms, ainsi que par le logiciel Microsoft Excel.

Les résultats sont donnés en pourcentage et nombre absolu. Les notes moyennes sont données sous forme Moyenne +/- Ecart Type.

2. Résultats

2.1. Nombre de médecins interrogés

149 médecins généralistes libéraux exerçant sur les communes autres que Fort-de-France et le Lamentin ont été recrutés, ainsi que 3 Médecins Sapeur Pompiers, 4 Médecins Remplaçants et 4 médecins intervenant pour SOS médecins Sud.

Parmi ces 160 médecins inclus, seuls 125 adresses e-mails ont pu être obtenues. Les 35 médecins restant n'ont donc pas pu être interrogés, soit devant un refus téléphonique, soit devant une incapacité à les joindre sur le temps imparti.

À la fin de l'enquête, 45 réponses ont été obtenues. Parmi ces réponses, 8 (ou 9 ?) médecins se disent volontaires pour intégrer le dispositif.

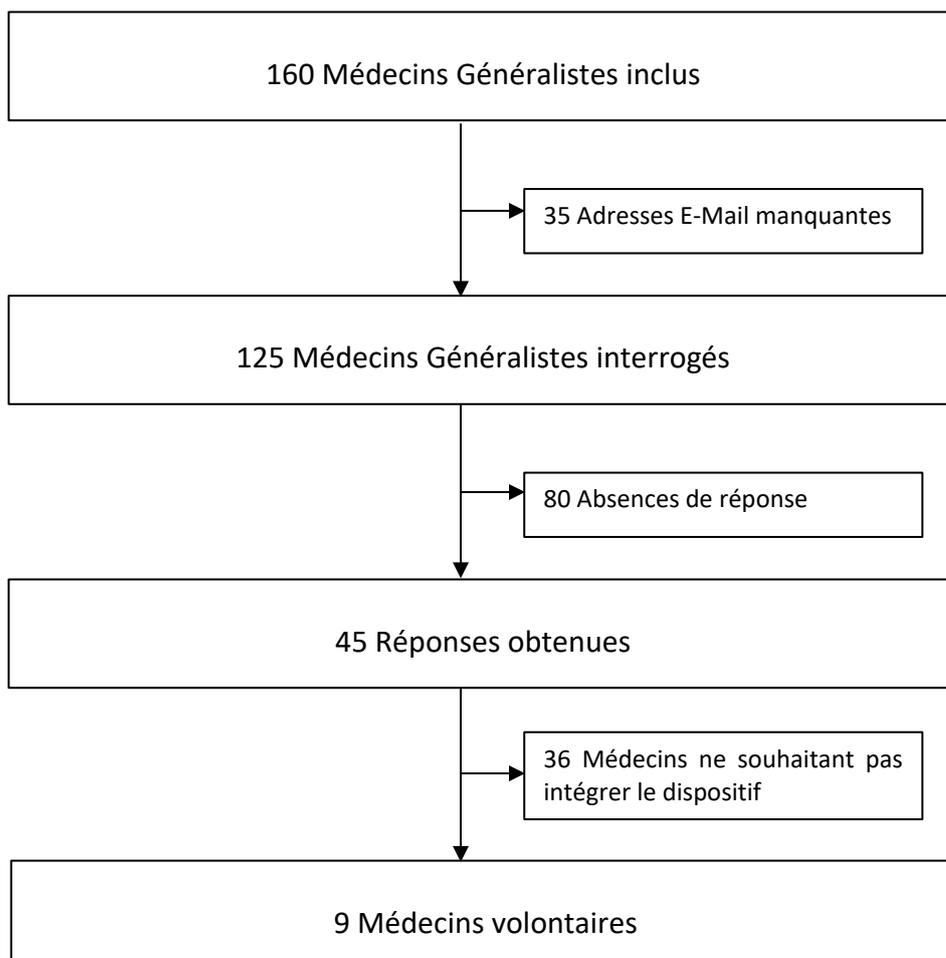


Figure 18 : Flow Chart

2.2. Caractéristiques des médecins

2.2.1. Age

Parmi les réponses obtenues, 58 % des médecins avaient plus de 50 ans (n=26), 24% de 35 à 50 ans (n=11) et 18% des médecins avaient moins de 35 ans (n=8).

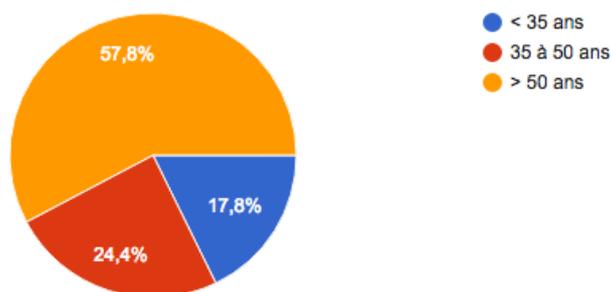


Figure 19 : Age des médecins généralistes

2.2.2. Sexe

Les médecins étaient de sexe masculin à 58 % (n = 26), contre 42 % de femmes (n=19).

2.2.3. Type d'exercice

Les médecins exercent en cabinet isolé pour 71% d'entre eux (n=32), contre 20% en cabinet multidisciplinaire (n=4). Les 9% restant n'ont pas su répondre à la question, probablement devant leur activité principale de remplacement.

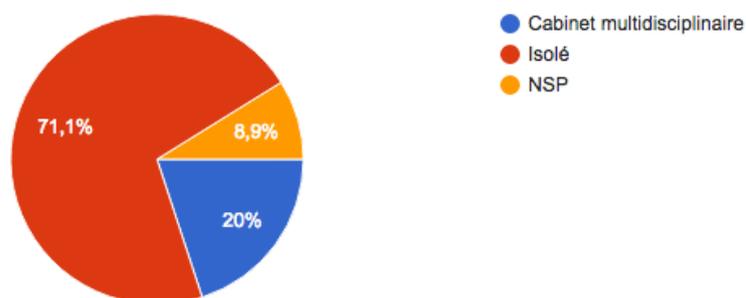


Figure 20 : Mode d'exercice

1 seul médecin a été également Médecin Sapeur Pompier (MSP) au cours de sa carrière, mais aucun ne l'est encore à l'heure actuelle.

2.3. Formation et relation à l'urgence

2.3.1. Formation initiale

33 % des médecins (n=16) ont eu une formation aux gestes d'urgence au cours de leurs études. 4% des médecins (n=2) avaient une formation type Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire (DESC) de Médecine d'Urgence, 11% (n=5) avaient une formation type Capacité de Médecine d'Urgence (CMU ou CAMU) et 2 % (n=1) avaient passé un Diplôme Universitaire (DU) de Médecine d'Urgence.

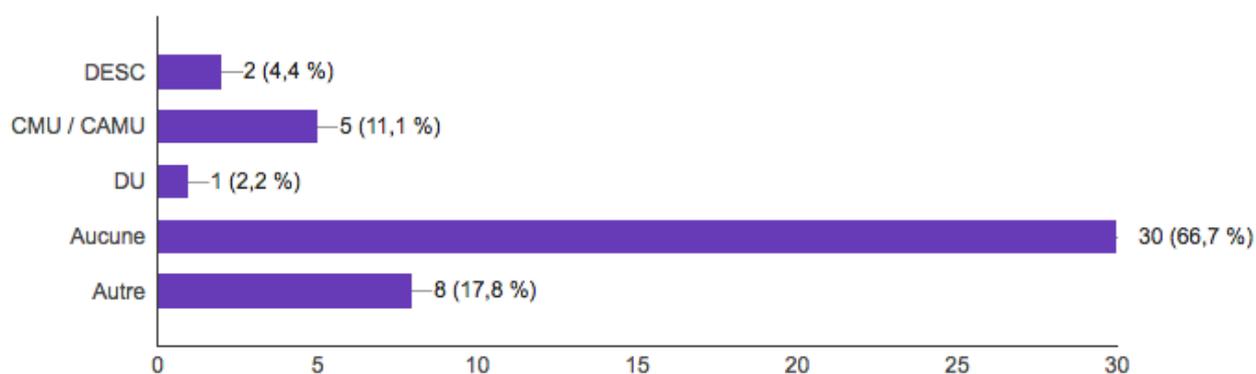


Figure 21 : Formation initiale à l'urgence

2.3.2. Formation depuis l'installation

Depuis leur installation, 44% des médecins (n=22) n'ont eu aucune formation complémentaire aux gestes d'urgence. Parmi les 23 médecins ayant eu une formation complémentaire (51%), celle-ci datait de plus de 4 ans pour 43% d'entre eux (n=10).

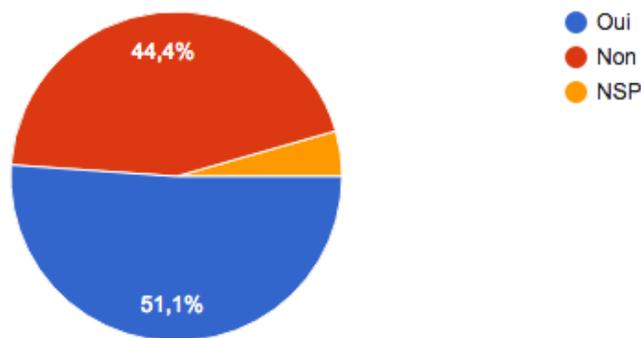


Figure 22 : Formation à l'urgence depuis l'installation

2.3.3. Auto évaluation de la capacité à gérer une urgence

Afin d'autoévaluer les médecins sur leur capacité à gérer l'urgence au cabinet, une note entre 1 (pas du tout capable) et 5 (totalement capable) leur a été demandée. La note moyenne était de 3,1 (2,1 ; 4,1).

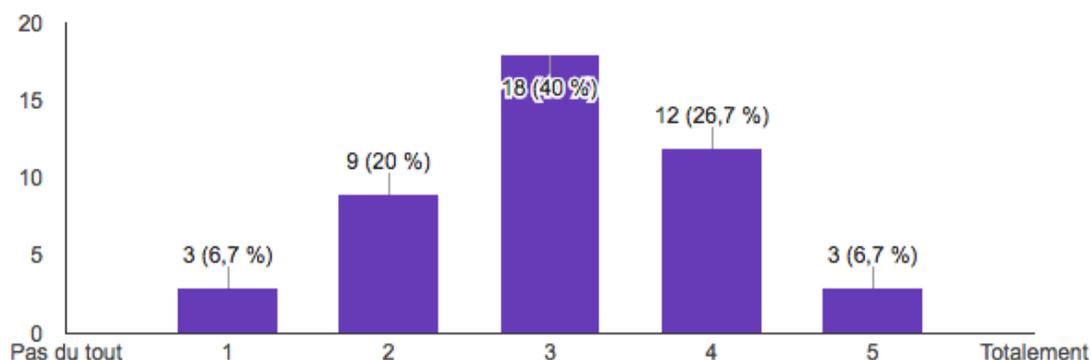


Figure 23 : Auto évaluation de la capacité à gérer l'urgence

2.3.4. Equipement d'urgence au cabinet

L'équipement d'urgence présent au cabinet des médecins était constitué à 67% de matériel pour perfusion (n=30), d'un Saturomètre de Pouls (SpO2) à 62% (n=28) et d'un appareil à ElectroCardioGramme (ECG) à 40% (n=18).

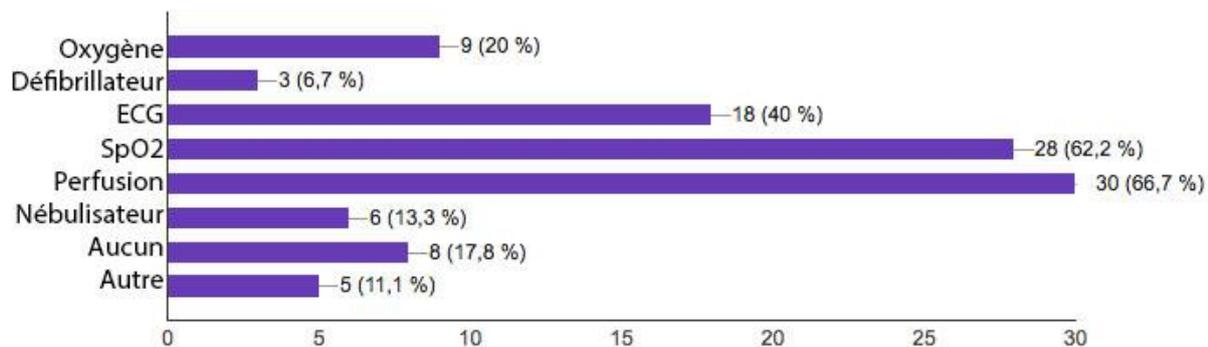


Figure 24 : Matériel d'urgence au cabinet

2.3.5. Volonté de nouvelle formation à l'urgence

53% des médecins (n=24) souhaiteraient bénéficier d'une formation complémentaire à l'urgence.

2.4. Relation avec le SAMU – Centre 15

2.4.1. Recours au Centre 15

Les médecins estiment avoir recours au Centre 15 plusieurs fois par mois pour 7% d'entre eux (n=3), plusieurs fois par an pour 60% d'entre eux (n=27) et exceptionnellement pour 33% d'entre eux (n=15).

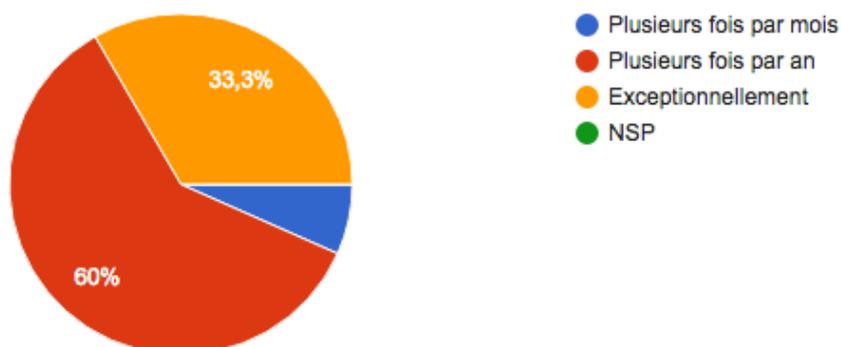


Figure 25 : Fréquence de recours au Centre 15

2.4.2. Délai estimé du SMUR le plus proche

53% des médecins (n=24) s'estimaient à moins de 30 minutes du SMUR le plus proche et 33% (n=15) entre 30 minutes et 1 heure. 7 % des médecins (n=3) s'estimaient à plus d'une heure du SMUR. Ces derniers sont installés dans les communes de Saint-Pierre, du Prêcheur et du Marin.

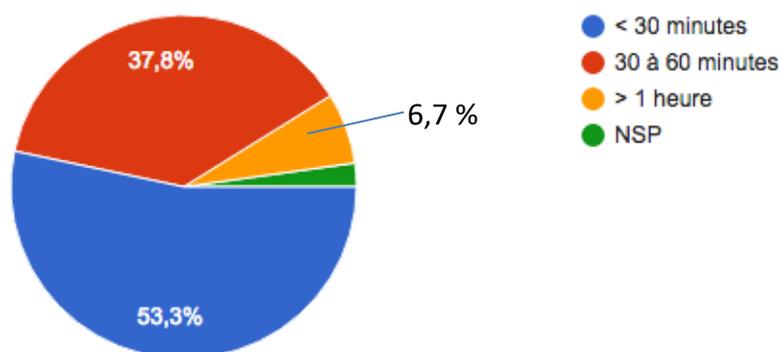


Figure 26 : Auto estimation du délai du SMUR le plus proche

2.4.3. Evaluation de l'acceptabilité du délai SMUR

Afin d'évaluer l'acceptabilité de ce délai pour les patients, une note entre 1 (très mauvais) et 5 (très bon) a été demandée aux médecins.

Le délai d'intervention du SMUR était considéré comme bon, avec une note moyenne de 3,3 (2,5 ; 4,1). Les notes les plus basses (égales à 1 ou 2 / 5) ont été données par des médecins installés dans les communes de Saint-Pierre, le Marin, le Diamant et les Anses d'Arlet.

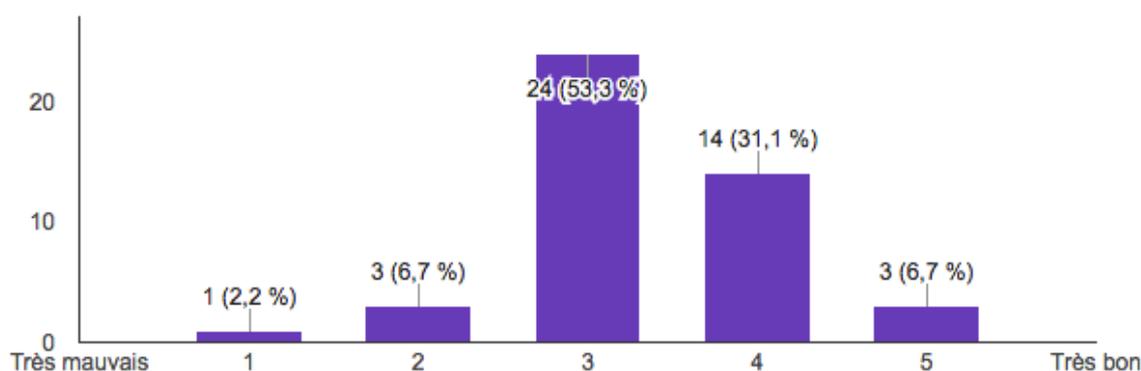


Figure 27 : Evaluation de l'acceptabilité du délai SMUR pour les patients de la commune d'exercice du médecin

2.5. Connaissance du dispositif MCS

2.5.1. Connaissance du dispositif MCS

Parmi les réponses obtenues, 20% des médecins (n=9) avaient déjà entendu parler du dispositif MCS auparavant.

2.5.2. Evaluation de l'information reçue

Parmi les médecins ayant eu connaissance du dispositif avant l'enquête, seuls 10 % (n=3) se sentaient suffisamment informés (note égale ou supérieure à 4/5).

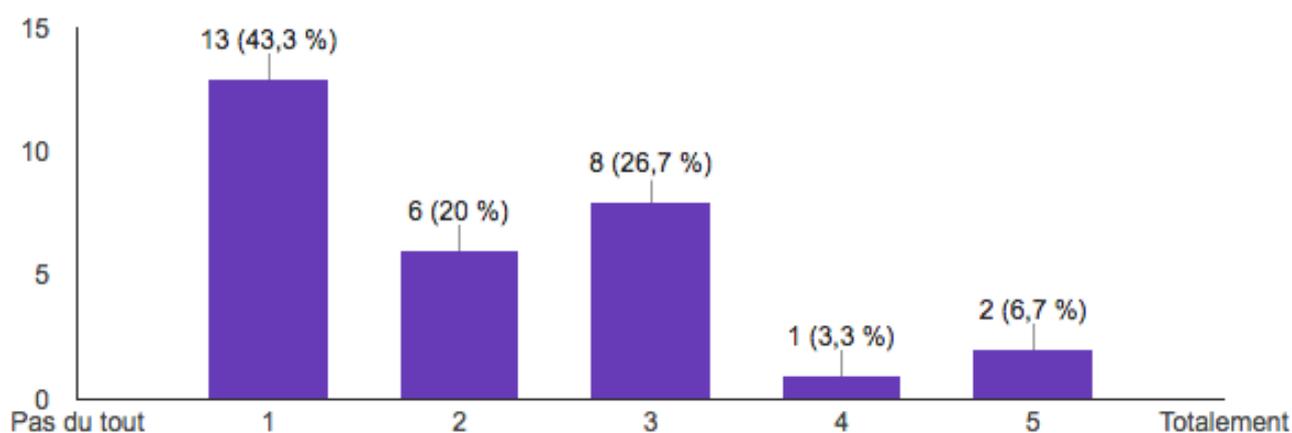


Figure 28 : Evaluation de l'information des médecins au dispositif MCS

2.5.3. Evaluation de l'utilité du déploiement de MCS

À la suite de l'information fournie par le questionnaire, une évaluation de l'utilité du déploiement du dispositif MCS a été demandée aux médecins. 50 % des médecins (n=23) estimaient que le déploiement de ce dispositif serait très utile, correspondant à une note supérieure ou égale à 4/5.

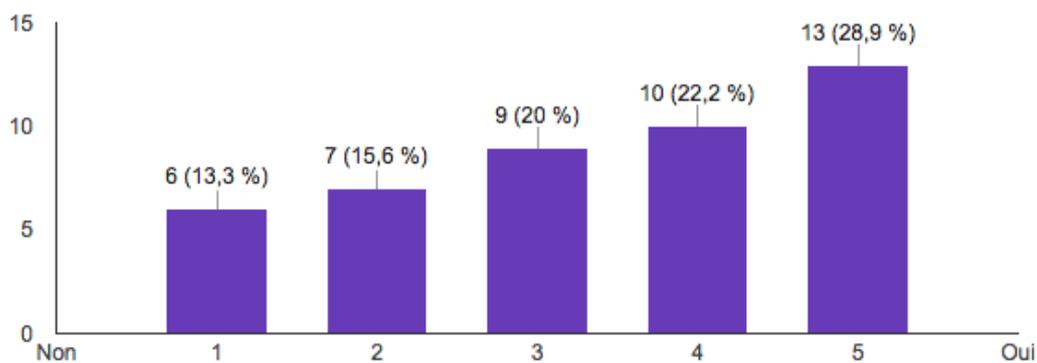


Figure 29 : Evaluation de l'utilité du déploiement de MCS dans la zone géographique d'installation du médecin

2.6. Médecins intéressés par le dispositif MCS

2.6.1. Nombre de médecins intéressés

Parmi les médecins interrogés, 9 médecins se sont dits intéressés pour intégrer le dispositif MCS (soit 20%).

2.6.2. Sexe, âge et mode d'exercice

Parmi ces médecins intéressés, 2 sont des femmes (18%).

1 seul de ces médecins a moins de 35 ans, et 2 ont entre 35 et 50 ans. Les 6 autres médecins ont plus de 50 ans.

Ils exercent tous en cabinet isolé.

2.6.3. Communes d'installation

Ces 9 médecins sont situés dans les communes de Basse Pointe, le Lorrain, le François, le Robert, Sainte-Anne, Sainte-Luce, le Diamant, Saint-Joseph et Ducos.

Une carte permettant de situer ces médecins a été réalisée.



Figure 30 : Représentation cartographique des médecins intéressés pour intégrer le dispositif MCS

2.6.4. Formation à l'urgence

6 de ces médecins (soit 66%) n'ont aucune formation initiale en matière d'urgence. Un d'entre eux a une formation CMU/CAMU, un autre a été MSP volontaire, et le dernier a été médecin SMUR durant 2 ans en métropole. Seul un de ces médecins a bénéficié d'une formation complémentaire à l'urgence datant de moins de 4 ans.

2.6.5. Motivations à intégrer le dispositif

Leurs motivations à intégrer le dispositif sont diverses. Les principales raisons évoquées sont d'être utiles aux patients, d'apprendre à faire face de façon adaptée à une urgence vitale, et d'utiliser leurs compétences déjà acquises le cas échéant.

2.6.6. Freins évoqués par les médecins non volontaires

Parmi les 36 réponses à cette question, les freins évoqués par les médecins ne souhaitant pas intégrer le dispositif étaient principalement la surcharge de travail (59% des réponses, n=19). Les autres freins évoqués étaient l'âge ou les problèmes de santé (25%, n=8) et le manque de formation (13%, n=4).

3. Discussion

3.1. Principaux résultats

3.1.1. Formation à l'urgence

Si aucune formation à l'urgence n'est réglementaire pour les médecins généralistes (hormis la formation reçue de façon systématique lors des études médicales), il ressort de notre étude que peu d'entre eux ont reçu de formation complémentaire à l'urgence durant les dernières années. En effet, seuls 29 % des médecins (n=13) ayant répondu au questionnaire avaient reçu une formation à l'urgence datant de moins de 4 ans.

Ce manque de formation se traduit sur la note moyenne d'autoévaluation de la capacité à gérer une urgence de 3,1 / 5. Si celle-ci reste relativement acceptable, notre étude montre qu'un nombre non négligeable de médecins généralistes (27% soit n=12) ne se sent pas du tout capable de gérer une urgence au cabinet.

Ceci se traduit également par le nombre important de médecins souhaitant bénéficier d'une nouvelle formation à l'urgence (53% des réponses).

Par ailleurs, ce manque de formation est responsable d'un frein non négligeable à la volonté d'intégration des médecins au dispositif MCS, avec 13% des médecins évoquant ce frein.

Si des formations complémentaires sont fréquemment proposées par le CESU de la Martinique (AFGSU 2, les « mardis du SAMU »...), il ressort de cette étude qu'une proposition plus ciblée, ou « à la carte », peut-être à des horaires plus adaptés aux médecins libéraux, est nécessaire et attendue.

3.1.2. Relation avec le SAMU – Centre 15

L'estimation du délai du SMUR le plus proche concorde avec les résultats obtenus par notre étude précédente. En effet, les communes de Saint-Pierre, du Prêcheur et du Marin, considérées par les médecins libéraux comme éloignées de plus d'1 heure du SMUR, présentent un taux de délai d'intervention élevé important, supérieur à 40 %.

Par ailleurs, les communes présentant un délai présumé du SMUR inférieur à 30 minutes étaient également les communes présentant un taux d'interventions à délais élevés le plus faible. Il s'agit principalement des communes de Ducos, Schœlcher, Saint-Joseph, Rivière Salée, Sainte-Marie et Trinité, communes proches respectivement des SMUR de Fort-de-France et de Trinité.

L'estimation de l'acceptabilité de ces délais est plutôt bon, malgré certains délais élevés. Cette observation s'explique probablement par l'utilisation de l'hélicoptère de la Sécurité Civile de façon habituelle pour les communes les plus éloignées du SMUR.

3.1.3. Connaissance du dispositif MCS

Malgré l'existence du dispositif MCS depuis de nombreuses années, il apparaît par cette étude que la connaissance de ce dispositif par les médecins libéraux est extrêmement faible. En effet, 80 % des médecins ayant répondu au questionnaire n'avaient jamais eu connaissance de ce dispositif auparavant. Par ailleurs, parmi les médecins ayant eu connaissance du dispositif, seuls 3 d'entre eux (soit 7% des médecins au total) se sentaient suffisamment informés. La réalisation d'une campagne d'information complémentaire plus élargie est donc indispensable par les autorités sanitaires (ARS).

L'évaluation de l'utilité du déploiement du dispositif MCS en Martinique par les médecins libéraux est assez favorable. En effet, 50 % des médecins ayant répondu au questionnaire se disent très favorable au déploiement du dispositif.

3.1.4. Médecins volontaires pour intégrer le dispositif MCS

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le nombre de volontaires à intégrer le dispositif MCS si celui-ci est mis en place. Notre étude a permis de recenser 9 médecins généralistes volontaires.

Parmi les volontaires, 7 médecins généralistes sont installés dans des zones où l'implantation de MCS est jugée utile par notre étude précédente. Le recrutement de ces volontaires permettrait de couvrir 4 des 5 zones précédemment établies, cependant nous manquons de volontaires pour la zone Nord Caraïbes.

Il est à noter que 5 de ces médecins sont également volontaires pour la PDSA, effectuant des gardes de nuits dans les maisons de garde de Trinité (2 médecins) et du Marin (3 médecins).

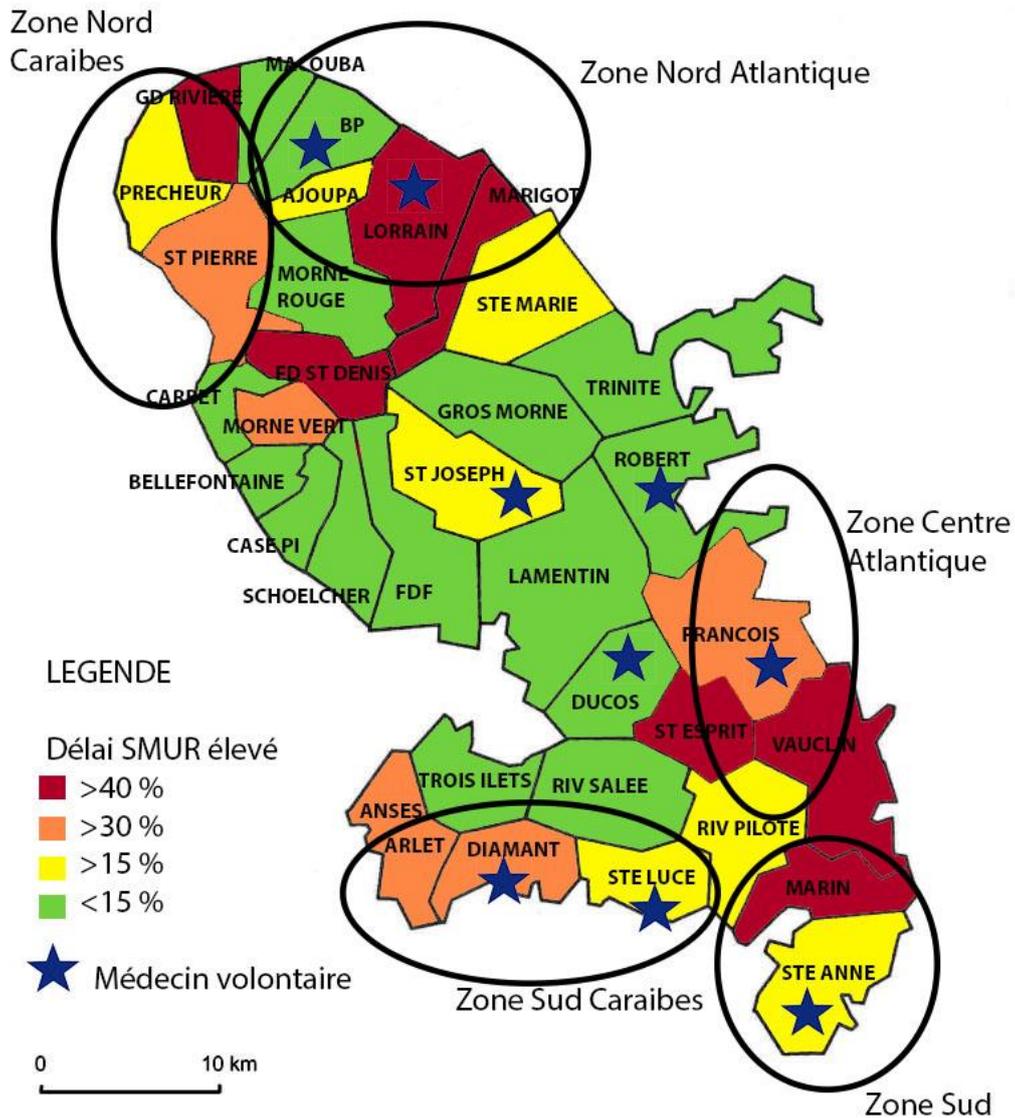


Figure 31 : Carte des délais SMUR élevés et des médecins volontaires à intégrer le dispositif MCS

La présence de plusieurs médecins dans certaines zones de déploiement peut se révéler fortement utile. En effet, si l'hypothèse initiale est le déploiement d'un seul MCS dans chaque zone, l'important nombre de volontaires peut permettre le déploiement de plusieurs médecins dans la même zones, pouvant se relayer selon les jours ou les semaines, afin de diminuer la charge de travail imposée par l'intégration du dispositif.

3.2. Limites de l'étude

3.2.1. Nombre de réponses

La principale limite de notre étude a été le nombre de réponses obtenues.

Tout d'abord, l'obtention des adresses e-mails des médecins recrutés a été particulièrement difficile, notamment devant un refus d'aide de la part de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Martinique. Les adresses e-mails ont dues être collectées par appel téléphonique, et plusieurs refus de médecins généralistes ont été observés, expliquant en partie le manque de 35 adresses e-mails. Par ailleurs, certains médecins sont restés injoignables sur la durée de notre étude.

Malgré des relances bimensuelles durant les 3 mois et demi de l'enquête (soit 7 envois au total), seules 45 réponses ont pu être obtenues.

Ce faible taux de réponse implique une faible représentativité des résultats obtenus. En effet, afin d'obtenir un échantillon représentatif de l'ensemble des médecins de Martinique, un échantillon de 113 réponses aurait dû être obtenu (calcul effectué sur la base d'une marge d'erreur de 5% et d'un intervalle de confiance à 95%), ce qui est très loin du nombre de réponses obtenues.

Les résultats obtenus ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble de la population de médecins généralistes libéraux martiniquais. Cependant, l'objectif principal de l'étude n'était pas d'analyser les caractéristiques des médecins généralistes, mais de recruter des médecins intéressés à intégrer le dispositif MCS, et de les caractériser sur plusieurs critères relatifs à l'urgence. Notre étude nous a permis de recruter plusieurs médecins, situés dans des zones où le déploiement du dispositif MCS a été jugé utile par l'étude précédente.

3.2.2. Analyse statistique

L'analyse statistique a été effectuée de façon simple. Certaines comparaisons entre différents critères, comme par exemple la formation des médecins selon leur catégorie d'âge, auraient pu être intéressantes. Cependant, ces analyses n'ont pu être effectuées.

Cependant, devant le manque de représentativité de notre échantillon, ces résultats n'auraient eu que peu de validité statistique et n'étaient donc pas utiles.

3.3. Perspectives

Malgré un faible taux de réponse à notre questionnaire, nous avons pu cibler 9 médecins volontaires pour intégrer le dispositif MCS. Il est probable que l'absence de réponse des autres médecins s'explique par leur absence de volonté à intégrer ce dispositif.

Si nous avons ciblé principalement dans notre étude les médecins généralistes installés en Martinique, d'autres médecins comme les médecins hospitaliers peuvent intégrer le dispositif. Il serait donc utile, dans un avenir proche, de contacter l'ensemble des médecins recrutables, y compris les médecins spécialistes libéraux, afin d'augmenter le nombre de volontaires, et donc la charge de travail de chaque médecin déployé.

Cependant, la population médicale martiniquaise diminuant et vieillissant ne favorise par le recrutement de médecins pour participer à des missions complémentaires de type MCS, potentiellement dérangeantes les nuits et week-ends. Il existe également une volonté des jeunes médecins de profiter de plus de temps libre depuis l'avènement des 35 heures.

4. Conclusion

Cette étude a permis de cibler 9 médecins généralistes libéraux volontaires pour intégrer le dispositif MCS. Parmi eux, 7 volontaires exercent dans des zones utiles de déploiement comme définies par notre étude précédente.

La couverture de 4 des 5 zones prédéfinies est donc tout-à-fait envisageable, avec 1 ou 2 médecins volontaires par zone. Afin de confirmer le volontariat des médecins et de les remercier de leur implication, une lettre leur a été envoyée en octobre 2016 (Annexe 4).

Par ailleurs, un manque de formation à l'urgence est clairement ressenti par les médecins généralistes martiniquais. L'organisation de formations complémentaires à l'urgence et une information adéquate des médecins à celle-ci sont donc indispensables dans un futur proche.

IV. Mise en place du dispositif en Martinique

1. Cadre juridique

1.1. Contrat

La législation impose qu'un contrat soit signé entre le MCS et l'Etablissement Siège du SAMU. Trois types de contrats peuvent être proposés aux médecins libéraux.

- Maintien de son mode d'exercice habituel.

C'est le contrat le plus commun, permettant au médecin généraliste de garder son mode d'exercice libéral, tout en étant envoyé en intervention de manière ponctuelle. Son intervention est alors facturée dans les conditions habituelles de sa pratique libérale, selon les cotations CCAM et NGAP.

- Contrat d'admission des médecins libéraux en établissement public de santé (article L.6146-2 du code de la santé publique).

Dans ce type de contrat, le médecin garde son mode d'exercice libéral, mais conclut avec l'établissement de santé un contrat grâce auquel il participe à la mission de service public d'aide médicale urgente. Les interventions sont alors facturées par l'établissement lui-même, reversant par la suite la somme au MCS. Ce contrat permet au MCS de recevoir, en sus de la facturation de ses interventions, un salaire correspondant à l'astreinte réalisée, quel que soit le nombre d'interventions effectuées durant celle-ci.

- Praticien attaché (articles R. 6152-601 et suivants du code de la santé publique).

Ce statut, à rémunération mensuelle, impose une régularité d'au moins une demie journée par semaine dans la pratique de MCS du médecin concerné. La rémunération du médecin dépend alors de la grille des praticiens attachés en fonction de l'ancienneté dans le statut.

Les médecins salariés ou praticiens hospitaliers peuvent aussi prendre part au dispositif selon des conditions spécifiques.

Le contrat doit comporter en son sein de façon claire et précise :

- le statut du médecin correspondant du SAMU selon son choix ;
- les modalités d'intervention et de suivi d'intervention du MCS ;
- les modalités de rémunération des interventions si cela est jugé nécessaire (selon le statut choisi) ;
- les modalités de formation du MCS ;
- la mise à disposition de médicaments, dispositifs médicaux et fournitures médicales ;
- les responsabilités et assurances ;
- la durée du contrat ;
- les modalités de résiliation.

Un exemple de contrat adapté à la Martinique est proposé en Annexe n°2.

1.2. Couverture assurantielle

Quel que soit le type de contrat signé, la couverture assurantielle est assurée par l'établissement siège du SAMU.

Cette donnée a été vérifiée auprès du directeur des services économiques et logistiques du CHU de la Martinique, avec une confirmation de couverture assurantielle du potentiel futur MCS par l'établissement, sous réserve de l'inscrire dans une clause du contrat signé entre le MCS et l'établissement siège du SAMU.

2. Matériel préconisé

La liste précise du matériel d'intervention fourni est définie en accord avec le SAMU Centre 15, dans le cadre du protocole d'intervention qui précise également les conditions d'entretien et de renouvellement. Elle est également annexée au contrat conclu entre le MCS et l'établissement siège du SAMU.

Cet équipement est harmonisé avec celui que le MCS a utilisé durant sa formation, ainsi qu'à celui utilisé dans les SMUR.

Une liste de matériels et médicaments adaptée à la Martinique à partir de celle proposée par la SFMU a été réalisée. Cette liste a été validée par le chef du CRRA du SAMU 972.

Matériel de base proposé	
Accessoires	Stéthoscope Tensiomètre Thermomètre Appareil de mesure de la glycémie capillaire Ciseaux Lampe
Scope	Appareil ECG / Scope défibrillateur avec possibilité de télétransmission de l'ECG Saturomètre de pouls Pression non invasive
Perfusion	Matériel d'abord vasculaire périphérique Matériel de pose de voie intra osseuse adulte et pédiatrique
Ventilation	Bouteille d'oxygène type B5 Insufflateur (BAVU) + poche réservoir Masques d'oxygénothérapie Masques de nébulisation Canules de Guédel Kit de CPAP Optionnel : matériel pour intubation orotrachéale
Pansement et Suture	Compresses Pansement hémostatique d'urgence Garrot Tourniquet Pansement israélien Antiseptiques Agrafes Plateau de suture à usage unique Fils de suture Sparadrap
Divers	Sacs poubelle DASRI Gants à usage unique et gants stériles Fiches d'intervention et protocoles Certificats de décès

Médicaments de base proposés	
Analgésie	Antalgiques de pallier I et pallier II Antalgiques de pallier III type Morphine Lidocaïne
Cardio-vasculaire	Antiagrégants plaquettaires dont Aspirine et Ticagrelor Anticoagulants type Héparine de Bas Poids Moléculaire Antihypertenseur injectable Anti-arythmique (Amiodarone, Diltiazem, Krenosin, Lidocaïne) Adrénaline injectable Atropine Dérivés nitrés (sublingual et injectable) Diurétiques type Furosémide
Accouchement	Syntocinon Clamps de Barr
Pneumologie et Allergies	Salbutamol spray, nébulisation et injectable Ipratropium doses adultes et pédiatriques Corticoïdes type Solumédrol Antihistaminiques Kit Adrénaline auto injectable
Antidotes et autres	Naloxone Flumazénil Acide Tranexamique
Sédation et Anticonvulsivants	Hypnotique type Midazolam Diazepam ou Clonazepam + Canule intra rectale Loxapine
Antibiotiques	Céphalosporines de 3 ^e génération type Ceftriaxone Amoxicilline / Acide Clavulanique
Solutés	Sérum physiologique NaCl 0,9 % Sérum glucosé 5 % Hydroxy Ethyl Amidon Glucosé 30 % Eau pour préparation injectable
Médicaments optionnels	Kétamine Etomidate Fibrinolytique Curare type Célocurine

Une estimation du budget devant être alloué au matériel et à la pharmacopée a été réalisée. Ce budget prévisionnel est d'environ 40.000 € par médecin, comprenant 20.000€ pour l'achat du Scope.

3. Formation proposée

3.1 Recommandations

La législation prévoit que le médecin est formé à l'urgence « sous l'autorité du service hospitalier universitaire de référence et en liaison avec le SAMU et le CESU ainsi que la structure des urgences et le SMUR » (10). Les conditions de formation du MCS sont décrites dans le contrat conclut entre le MCS et l'établissement siège du SAMU.

Le contenu minimal de la formation est décrit au niveau national par la SFMU. Elle doit être réalisée par des formateurs agréés, sous la responsabilité de l'Université. Elle doit être diplômante ou qualifiante.

L'enseignement recommandé (7) comporte une formation initiale théorique et pratique composée de 6 modules sur une durée totale de 2 jours :

- module organisation / missions et responsabilité MCS / procédures d'intervention ;
- module cardio-respiratoire ;
- module troubles de conscience ;
- module traumatologie et analgésie ;
- module obstétrical et pathologies circonstanciellelles ;
- module techniques médicales et mises en condition.

Il comporte également un stage pratique de 48 heures, puis une évaluation des acquis. Une formation continue annuelle doit être assurée par la suite.

3.2 Applications locales

La formation initiale des MCS est basée sur un partenariat entre le CESU, le CESISMA et le SAMU.

Le CESU et le CESISMA seront garants de la pédagogie et organiseront les apprentissages cognitifs, moteurs et comportementaux. Les enseignements se dérouleront en respectant les principes de la pédagogie active appliquée à la formation continue des adultes. L'objectif principal sera de mettre les apprenants en permanence dans les conditions de contextualisation, décontextualisation puis recontextualisation.

Le SAMU participera à la construction des cours théoriques en visant à transmettre les éléments techniques spécifiques à la prise en charge des premières minutes de l'urgence et validera les conditions pratiques du stage pour assurer la recontextualisation.

Nous faisons volontairement le choix de développer une formation MCS plus consistante que les préconisations du rapport national, afin de tenir compte des caractéristiques du groupe de médecins volontaires pour le dispositif MCS que nous avons détectés. En effet, la plupart n'ont pas bénéficié de formation à l'urgence depuis un long moment ou pour certains pas du tout. Dans ce sens nous optons pour le choix de déterminer des bases solides en plaçant comme prérequis à la formation d'avoir l'AFGSU 2 en cours de validité.

L'organisation proposée, en 4 phases, permet d'assurer une progression pédagogique alliant apprentissage cognitif, apprentissages moteur et procédural. La poursuite de l'apprentissage sur simulateurs et le stage pratique en tutorat permettent ensuite d'obtenir une prise en charge encadrée du patient.

3.2.1. Attestation de Formation en Gestes de Soins d'Urgences de niveau 2

La formation comprendra premièrement 3 jours de formation afin d'obtenir l'Attestation de Formation en Gestes et Soins d'Urgences (AFGSU) de niveau 2, si celle-ci n'a pas été réalisée par le médecin durant les quatre dernières années, correspondant au délai légal de péremption de la formation.

3.2.2. Formation théorique

La formation théorique comprendra deux journées de formation de 8h30 chacune, comprenant les 6 modules d'urgences recommandés par le guide de déploiement MCS publié par la DGOS (7). Ces modules, en plus de la théorie, comprendront des phases d'apprentissage de gestes et / ou de procédures sous forme d'ateliers.

Les modules proposés seront les suivants.

- Module organisation, missions et responsabilité des MCS, procédures d'intervention, d'une durée de 2 heures, dispensé par le médecin responsable du CRRRA, comprenant :
 - o une information sur la législation ;
 - o la composition de la fiche de mission ;
 - o les protocoles d'urgence.

- Module cardio-respiratoire, d'une durée de 3 heures, dispensé par un médecin du CESU ou CESISMA, comprenant :
 - o l'arrêt cardiaque ;
 - o l'infarctus du myocarde ;
 - o l'état de choc ;
 - o la détresse respiratoire aigue.

- Module troubles de conscience, d'une durée de 3 heures, dispensé par un médecin du CESU ou CESISMA, comprenant :
 - o le coma ;
 - o l'état de mal epileptique.

- Module traumatologie et analgésie, d'une durée de 3 heures, dispensé par un médecin du CESU ou CESISMA, comprenant :
 - o l'analgésie et la sédation ;
 - o l'immobilisation ;
 - o la prise en charge du polytraumatisé.

- Module obstétrical et pathologies circonstancielles, d'une durée de 3 heures, dispensé par un médecin responsable de l'obstétrique, comprenant :
 - o l'accouchement inopiné eutocique et dystocique ;
 - o la prise en charge du nouveau-né ;
 - o l'hémorragie de la délivrance.

- Module de techniques médicales et de mise en condition, d'une durée de 3 heures, dispensé par un médecin du CESISMA avec l'aide d'une Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat, comprenant :
 - la pose de voies veineuses périphériques ;
 - la pose de voies intra-osseuses ;
 - les procédures d'intubation
 - la lecture de l'ECG

3.2.3. Formation de simulation

Une formation de simulation haut authenticité au sein du CESISMA sera proposée, sur une journée pour une durée totale de 8,5 heures. Cette formation comprendra 6 scénarios d'urgence.

Cette formation de simulation suit les recommandations de l'HAS qui préconisent de ne jamais réalisé un geste pour la première fois sur le patient.

3.2.4. Formation pratique

Finalement, la formation comprendra deux jours de stage pratique au sein d'un SMUR de Fort-de-France, permettant la prise en charge en compagnonnage avec avec la présence d'un tuteur de façon semi-autonome.

3.2.5. Mode d'évaluation

Nous souhaitons nous placer d'emblée dans le cadre du développement personnel continu et réaliser essentiellement une évaluation formative. Cependant nous fixons un objectif de qualité et de sécurité du patient pour la prise en charge des premières minutes de l'urgence en attendant le SMUR. Nous étudions donc la faisabilité d'un test final constituant pour partie une évaluation sommative puisque le candidat devrait cumuler 70% de réponses positives pour valider le test. En cas d'échec au test, le candidat devrait refaire un stage personnalisé et repasser l'examen final.

3.3 Formation continue

Une fois le médecin formé et activé dans le dispositif MCS, une formation continue sera assurée une journée par an, comprenant une Evaluation des Pratiques Professionnelles et un apport cognitif en utilisant la simulation au CESISMA.

4. Rémunération

Le financement du dispositif repose sur le Fond d'Intervention Régional. Un contrat relatif au volet financier doit être signé entre l'ARS, l'Etablissement Siège du SAMU et/ou le MCS.

4.1 Rémunération du médecin correspondant du SAMU

La rémunération de son intervention dépend du contrat établi entre le MCS et l'Etablissement Siège du SAMU. Dans le cas où ce médecin garde son exercice libéral, chaque intervention exercée au titre de MCS est rémunérée selon la cotation habituelle NGAP de la CCAM. Peut s'y ajouter une rémunération de son temps d'astreinte versée par l'Etablissement Siège du SAMU, au titre d'un contrat établi avec celui-ci.

Elle comprend également la mise à disposition à titre gracieux, par l'Etablissement Siège du SAMU, des matériels et médicaments nécessaires à son intervention, subventionnés par l'ARS.

Finalement, une indemnisation des journées de formation initiale et continue est réalisée sur la base d'indemnisation pour perte d'activité communément admise dans le cadre du Développement Professionnel Continu, soit par l'OGDPC, soit par l'ARS.

4.2 Tarifs des cotations de médecine libérale aux Antilles

Deux possibilités de cotations sont envisageables.

La première est de coter une visite à domicile avec majorations, selon la NGAP (tarifs pour la Martinique) (31) :

Actes et majoration	Libellé	Tarifs (€)
V	Visite à Domicile	25,30
MU	Majoration d'Urgence	22,91
MD	Majoration de Déplacement pour visite à domicile justifiée	10,00
MDD	Majoration de Déplacement pour visite à domicile justifiée le dimanche ou les jours fériés	22,91
MDN	Majoration de Déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit de 20h00 à 00h00 et de 6h00 à 8h00	38,85
MDI	Majoration de Déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit de 00h00 à 6h00	43,85
IK	Indemnité Kilométrique en plaine	0,67
IK	Indemnité Kilométrique en montagne	1,01
IK	Indemnité Kilométrique à pied	5,03
DEQP003	Réalisation d'un ECG	14,40

À noter que la majoration d'urgence (MU) ne peut se cumuler avec les autres majorations (nuit, dimanche et jour férié, déplacement).

Exemples :

- Pour une intervention MCS en journée ouvrable : V + MU + IK = 48,21 € + IK
- Pour une intervention MCS entre 20h et 00h avec ECG : V + MDN + IK + DEQP003 = 78,55 € + IK

La deuxième possibilité correspond à la tarification à l'acte de la CCAM :

Actes et majorations	Libellé	Tarif (€)
YYYY010	Acte technique *	48,00
YYYY011	Acte technique *	20,16
U	Acte réalisé en urgence la nuit entre 20h et 08h	25,15
P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20h à 00h et de 06h à 08h	35,00
S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 00h à 06h	40,00
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06
IK	Indemnité Kilométrique en plaine	0,67
IK	Indemnité Kilométrique en montagne	1,01
IK	Indemnité Kilométrique à pied	5,03
DEQP003	Réalisation d'un ECG	14,40

*YYYY010 : Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire) et la présence prolongée du médecin dans les situations suivantes : détresse cardiaque, détresse respiratoire, détresse d'origine allergique, état aigu d'agitation, état de mal comitial, détresse d'origine traumatique.

*YYYY011 : Prise en charge diagnostique et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique.

À noter que chaque majoration est exclusive des autres et ne peut être facturée qu'une fois quel que soit le nombre d'actes réalisé.

Exemples :

- Pour une intervention avec actes d'urgence en journée ouvrable : YYYY010 + IK = 48€ + IK
- Pour une intervention avec actes d'urgence entre 20h et 00h avec ECG : YYYY10 + P + DEQP003 + IK = 97,40€ + IK

5. Lien avec l'ARS

5.1. Financement par l'ARS

L'ARS prend en charge, dans le cadre des crédits FIR qui lui ont été alloués, l'acquisition et l'entretien des matériels et médicaments mis à disposition des MCS, ainsi que d'éventuels autres éléments particuliers à l'organisation mise en place. Cela peut inclure l'indemnisation de la formation des MCS si cela n'est pas pris en charge par l'OGDPC.

Ce financement a été réparti en deux catégories :

- budget d'investissement initial, comprenant le matériel et la formation initiale ;
- budget de fonctionnement : rémunération des astreintes des médecins et du temps nécessaire aux personnels du SAMU pour la gestion du matériel et de son renouvellement.

Ce budget total a été évalué en juillet 2016, dans l'hypothèse de la mise en place de 4 MCS :

<u>BUDGET D'INVESTISSEMENT INITIAL</u>		
<i>Dénomination</i>	<i>Prix par MCS (€)</i>	<i>Prix Total (€)</i>
Scope avec défibrillateur et ECG	20.000	80.000
Sac d'intervention vide	2.000	80.000
Matériel et pharmacopée	1.700	6.800
Installation d'un gyrophare amovible et sirène 2 tons sur les véhicules des MCS	1.040	4.160
Formation initiale	2.000	8.000
TOTAL	26.740	106.960

<u>BUDGET DE FONCTIONNEMENT</u>		
<i>Dénomination</i>	<i>Prix par MCS (€)</i>	<i>Prix Total (€)</i>
Location d'une bouteille d'O2 type B5 (1m ³)	450	1.800
Renouvellement du matériel	340	1.360
Temps professionnel pour renouvellement matériel		10.000
Rémunération des astreintes	22.000	88.000
TOTAL		101.160

5.2. Contact avec l'ARS

Dans le cadre de notre projet de déploiement du dispositif MCS en Martinique, nous avons pris contact avec l'ARS afin de définir les choix stratégiques et organisationnels et le budget prévisionnel.

Un premier entretien le 21 juin 2016 avec Mme Laetitia KULIS a permis de tenir informé l'ARS de notre projet. À la suite de cet entretien, un projet de déploiement du dispositif MCS en Martinique a été réalisé et transmis aux personnes concernées (Annexe 3).

Un deuxième entretien le 2 septembre 2016 avec Mme Julie CALVET a permis de confirmer la volonté de l'ARS de mettre en place ce dispositif en Martinique. Un budget de 250.000 € est ainsi en cours de déblocage afin de former et équiper les médecins volontaires. Une base de 4 MCS sur la Martinique a été décidée, sur la base du budget proposé et du nombre de médecins volontaires recrutés.

Après concertation entre les différents acteurs de la mise en place de ce dispositif, une déclaration d'intention potentielle nous a été accordée pour engager officiellement le déploiement de 3 ou 4

MCS sur le département de la Martinique. Une réunion fin novembre 2016 permettra de fixer définitivement les termes de cet accord, dans l'objectif de déployer ce dispositif dès 2017.

6. Maintien du dispositif et recrutement futur

Pour assurer la pérennité du dispositif MCS en Martinique, il est nécessaire d'inclure les médecins recrutés dans l'organisation pratique du SAMU 972. Si une formation des médecins régulateurs à ce dispositif est indispensable, il est également important d'inviter les MCS aux différentes manifestations proposées par le SAMU ou CESU, comme les « Mardis du SAMU ».

Par ailleurs, un recrutement de nouveaux médecins sera nécessaire afin de soulager les médecins nouvellement déployés dans leur exercice, ou de couvrir la zone Nord Caraïbes. Une enquête auprès des jeunes médecins remplaçants est donc envisageable. Il serait également bénéfique d'inclure dans ce dispositif tous les médecins hospitaliers, notamment ceux exerçant dans les hôpitaux locaux, ainsi que les médecins spécialistes libéraux, dans l'optique de réaliser le meilleur maillage possible du territoire martiniquais.

Conclusion

La prise en charge des patients extrahospitaliers les plus graves en Martinique souffre de nombreux retards de prise en charge. Cette observation s'explique notamment par certaines contraintes géographiques propres à ce département (insularité, relief, réseau routier). Une des solutions à ce problème consiste en un déploiement de Médecins Correspondants du SAMU, fortement recommandé par les autorités gouvernementales.

Nous avons démontré dans notre première étude que ces retards de prise en charge se concentrent principalement sur les zones éloignées des deux antennes SMUR martiniquaises. En effet, les délais d'action du SMUR de certaines communes martiniquaises sont à plus de 50% supérieurs à 30 minutes, au delà de la norme acceptée au niveau national. Ainsi, cinq zones géographiques problématiques ont été définies : Nord Atlantique, Centre Atlantique, Grand Sud, Sud Caraïbes et Nord Caraïbes.

Par ailleurs, notre deuxième étude, sous forme d'enquête auprès des médecins généralistes libéraux martiniquais, nous a permis de cibler neuf médecins généralistes libéraux volontaires pour intégrer le dispositif MCS, dont sept exercent dans quatre des cinq zones préalablement définies. Une importante carence de formation médicale urgente a également été mise en évidence par cette enquête, avec plus de la moitié des médecins souhaitant une nouvelle formation dans ce domaine.

Le déploiement du dispositif MCS en Martinique est donc à la fois nécessaire et parfaitement envisageable. Plusieurs entretiens avec l'ARS ont permis d'obtenir un accord stratégique et financier afin de déployer ce dispositif dès 2017. Il serait par ailleurs intéressant d'envisager un recrutement élargi de MCS, notamment auprès des médecins hospitaliers et spécialistes libéraux, afin d'optimiser la couverture du territoire en matière d'urgence vitale.

Une fois le dispositif en place, il serait également intéressant de prévoir une étude d'évaluation de l'activité de ces nouveaux MCS déployés sur le territoire. Ceci permettrait d'optimiser au maximum le dispositif pour que son efficacité soit la meilleure possible.

Références bibliographiques

1. Loi n° 72-619 du 5 juillet 1972 portant création et organisation des régions.
2. Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.
3. Code de la santé publique - Article L6311-1 et 2. Code de la santé publique.
4. Code de la santé publique - Article L6112-5. Code de la santé publique.
5. Circulaire DHOS/O1/n°2004/151. mars 29, 2004.
6. Code de la santé publique - Article R6123-1 et suivants. Code de la santé publique.
7. Ministère chargé de la santé. Médecins correspondants du SAMU Guide de déploiement [Internet]. 2013. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf
8. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
9. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai 22, 2006.
10. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU).
11. Accueil - Fédération Médecins Correspondants du Samu France [Internet]. Disponible sur: <http://mcsfrance.org/1.html>
12. Présidence de la République. 60 engagements pour la France : retrouvez le bilan d'une année d'action [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.elysee.fr/assets/pdf/60-engagements.pdf>
13. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Pacte territoire santé 1 [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pacte-territoire-sante/article/2012-pacte-territoire-sante-1>
14. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Pacte territoire santé 2 [Internet]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pacte-territoire-sante/article/2015-pacte-territoire-sante-2>

15. 2e Comité interministériel aux ruralités [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/partage/5246-comite-interministeriel-aux-ruralites>
16. Minet M. Médecins correspondants du SAMU en France: Profil, pertinence dans la prise en charge des urgences pré-hospitalières, réponse au défi des « 30 minutes » [Internet] [Thèse]. [Clermont Ferrand]: Université D'auvergne Clermont 1; 2013. Disponible sur: <http://mcsfrance.org/resources/THESE-MCS-30MIN-MINET.pdf>
17. LACROIX D. Bilan d'activité des médecins correspondants du SAMU de l'arc nord alpin. [Thèse]. Université de Grenoble; 2009.
18. Yayehd K, Ricard C, Ageron F, Buscaglia L. 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*. 2014;10.
19. Chaumont C. Analyse des arrêts cardiaques extra hospitaliers dans les zones isolées de l'arc Nord Alpin : étude du registre des arrêts cardiaques de 2004 à 2009, Médecins Correspondant du SAMU [Internet] [Thèse]. Université de Grenoble; 2009. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00633904/document>
20. Audema B, Ageron F, Baré S, Belle L, Debaty G, Ledoux J. Évaluation des arrêts cardiaques extrahospitaliers pris en charge par les médecins correspondants Samu en zone isolée de montagne entre 2003 et 2007. *J Eur Urgences* 2009 [Internet]. 22 juin 2009;Supplément 2(A72). Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00633904/document>
21. Guyot S, Pinet M. Prise en charge des douleurs aiguës sévères par le médecin généraliste : rapport du système Médecin Correspondant SAMU'' au sein du réseau des médecins de montagne [Internet] [Thèse]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2011. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/628152/filename/2010GRE15029_Pinet_et_Guyot_0_D_.pdf
22. Audema B, Barthes M, Ducros C, Ledoux J, Danel V, Habold D. Évaluation d'un réseau de médecins correspondants du SAMU régional après quatre ans de fonctionnement. *J Eur Urgences* [Internet]. 21 mars 2008;Supplément 1(A109). Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/164941>
23. Jomin E. Place des Médecins Correspondant du SAMU dans l'organisation des urgences pré-hospitalières du Sud Meusien [Thèse]. [Nancy]: Université Henri Poincaré; 2001.

24. Khan N. Les déterminants de la mise en place d'un réseau de Médecins Correspondant du SAMU dans l'Aude : Point de vue des médecins généralistes [Thèse]. [Montpellier]: Université Montpellier I; 2014.
25. Présentation - Les Outre-Mer [Internet]. Disponible sur: <http://www.outre-mer.gouv.fr/?presentation-martinique.html>
26. ARS, DRJSCS, DREES. DREES - STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social - 2015 [Internet]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.htm>
27. ARS Martinique, INSEE. Soins de ville en Martinique : des praticiens proches mais peu nombreux [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/martinique/themes/insee-dossier/ma_ind_01.pdf
28. Présentation du CHU de Martinique | CHU Martinique [Internet]. Disponible sur: <http://www.chu-martinique.fr/pages/lechu.html>
29. Villain-Coquet L. Procédures d'engagement des UMH du SMUR. 2014 janv p. 4.
30. Villain-Coquet L. Statistiques d'activité du SAMU SMUR Centre 15. 2016 p. 1.
31. ameli.fr - Tarifs conventionnels des médecins généralistes aux Antilles [Internet]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-generalistes/tarifs-des-medecins-generalistes-aux-antilles.php>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire aux médecins généralistes

À propos de vous...

1/ Quel âge avez-vous ? < 35 ans 35 à 50 ans > 50 ans

2/ Etes vous : Un homme Une femme

3/ Quelle est votre formation initiale en matière d'urgence ?
 DESC CMU / CAMU DU Autre :

4/ Mode d'exercice actuel : Cabinet multi disciplinaire Isolé

5/ Votre commune d'exercice :

6/ Etes vous aussi Médecin Sapeur Pompier ? Oui Non

Commentaires libres :

Vos relations avec le SAMU Centre 15...

7/ À combien de temps vous estimez-vous du SMUR le plus proche ?
 < 30 minutes 30 – 60 minutes > 1 heure

8/ Avez vous souvent recours au Centre 15 ?
 Plusieurs fois par mois Plusieurs fois par an Exceptionnellement

9/ Pensez-vous que le délai d'action du SMUR pour vos patients est ?
 Bon Plutôt bon Moyen Plutôt mauvais Mauvais

Commentaires libres :

Compétences dans le domaine de l'urgence

10/ Vous sentez-vous capable de gérer une urgence au cabinet ?
 Pas du tout Pas vraiment Moyennement À peu près Totalement

11/ Avez vous déjà eu une formation aux gestes d'urgences depuis votre installation (DU, DPC...) ?
 Oui Si oui : de quand date-t-elle (année) :
 Non

12/ Souhaiteriez-vous bénéficier d'une nouvelle formation ? Oui Non

13/ Quel est votre équipement d'urgence au cabinet (plusieurs réponses possibles) ?
 O2/BAVU DAE ECG Saturomètre de pouls
 Matériel de perfusion ou injection Autre :

Commentaires libres :

Les MCS

14/ Connaissez-vous l'existence de MCS auparavant ? Oui Non

Si oui, vous sentez vous suffisamment informé ?

Pas du tout Très peu Moyennement À peu près Totalement

15/ Pensez-vous que le déploiement de MCS serait utile dans votre zone géographique ?

Oui Plutôt oui Neutre Plutôt non Non

16 / Souhaitez-vous intégrer le dispositif de MCS ? OUI NON

Si oui, quelles sont vos motivations ?

Si non quelles sont les freins ?

Si non : Souhaiteriez-vous bénéficier d'une formation aux premières minutes de l'urgence au cabinet (dans l'attente du SMUR) : OUI NON

Merci d'indiquer vos coordonnées ci dessous :

Commentaires libres :

ANNEXE 2 : Exemple de contrat fonctionnel « MCS – Etablissement siège du SAMU » adapté à la Martinique

Vu le décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence ;
Vu l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente ;
Vu la circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences
Vu l'instruction N°DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS)

Il est convenu entre (au minimum ces deux parties) :

D'une part :

Le centre hospitalier universitaire de la Martinique

D'autre part :

Le docteur, désigné ci-après comme le « médecin correspondant du SAMU ».

*Si la convention prévoit un volet « financement » direct de l'ARS au MCS, ajouter l'ARS
comme partie au contrat*

ARTICLE 1 : Objet

Le médecin correspondant du service d'aide médicale urgente (MCS) est un médecin volontaire pour assurer, sur demande de la régulation médicale du SAMU-Centre 15, au sein du territoire comprenant les communes de, identifié par l'agence régionale de santé et hors du centre hospitalier universitaire de la Martinique, la prise en charge pré hospitalière des urgences évaluées comme avérées par la régulation médicale requérant une prise en charge médicale et de réanimation.

La reconnaissance de la qualité de médecin correspondant du SAMU (MCS) est subordonnée à l'accomplissement d'une formation spécifique reconnue par le SAMU-Centre 15 de Martinique comme permettant de remplir les fonctions de correspondant du SAMU. Le présent contrat a pour objet de préciser les modalités d'intervention du médecin correspondant du SAMU, lors de la prise en charge des urgences pré hospitalières, ainsi que les modalités de sa formation. Il s'agit d'un engagement fonctionnel uniquement.

ARTICLE 2 : Statut

Cadre d'exercice des fonctions de MCS choisi par le médecin

Au choix :

- *Activité libérale*
- *Contrat d'admission des médecins libéraux*
- *Contrat de praticien attaché*

ARTICLE 3 : Modalités d'intervention du médecin correspondant du SAMU

Intervention du MCS régulée par le SAMU-Centre 15

- SAMU-Centre 15 déclenche et adapte les moyens nécessaires à l'intervention
- Moyens de communication mobilisés pour assurer un lien continu MCS/SAMU
- Organisation de la continuité de la réponse (liste de MCS disponibles ? etc.)
- Moyens / outils mis en place pour contacter le MCS
- etc.

Le MCS s'engage à respecter les procédures auxquelles il a été formé, présentées lors des formations.

ARTICLE 4 : Suivi de l'intervention du MCS

- Mise en place de fiche de suivi
- Modalité d'évaluation du dispositif ?

ARTICLE 5 : Rémunération des interventions du médecin correspondant du SAMU

Elle varie selon le mode d'exercice choisi par le médecin pour exercer les fonctions de MCS.

ARTICLE 6 : Modalités de formation du médecin correspondant du SAMU

Le médecin correspondant du SAMU est formé à la médecine d'urgence. Il s'engage à participer aux séances de formation organisées par le CESU de la Martinique et le CESISMA. Elle est organisée de la manière suivante :

- 3 jours de formation AFGSU 2 si celle-ci n'a pas été réalisée dans les 4 dernières années
- 2 journées de formation théorique
- 1 journée de simulation
- 2 journée de stage pratique au SAMU de Fort-de-France
- 1 journée par an de formation continue

La prise en charge de la compensation financière de ces journées de formation est assurée par le SAMU de la Martinique dans le cadre de sa convention avec l'ARS de Martinique.

ARTICLE 7 : Mise à disposition de médicaments, de dispositifs médicaux et de fournitures médicales

Un sac de matériel et médicament est fourni par le SAMU de la Martinique dans les conditions suivantes :

- règles d'entretien et traçabilité
- lieu de stockage / modalités de renouvellement

Ce sac contient les matériels et médicaments suivants :

- liste

La responsabilité en règles de maintenance ...

ARTICLE 8 : Equipement du véhicule du MCS

Si le médecin correspondant du SAMU le souhaite, l'équipement de son véhicule par un gyrophare amovible et une sirène deux tons est pris en charge par le SAMU Centre 15, en accord avec la société DRM Martinique.

ARTICLE 9 : Responsabilités et assurance

Dans le cadre de ses fonctions de correspondant du SAMU, la responsabilité du centre hospitalier universitaire de la Martinique s'étend au professionnel. En pratique l'assurance de l'établissement prend en charge :

- liste

Le MCS informe son assureur qu'il participe à l'aide médicale urgente dans le cadre du dispositif MCS.

ARTICLE 10 : Durée du contrat

Le présent contrat est établi pour une durée de, renouvelable par tacite reconduction.

ARTICLE 11 : Modalités de résiliation

Le présent contrat peut être résilié, par dénonciation de l'une ou l'autre des parties, après un préavis de mois, par lettre recommandée avec accusé de réception. En cas de manquements graves et réitérés d'un médecin aux engagements pris dans le présent contrat, le directeur du centre hospitalier universitaire de Martinique, après un avertissement oral puis un avertissement écrit, procède à la résiliation du contrat entre le médecin et le centre hospitalier universitaire de Martinique.

Fait à Fort-de-France en Exemplaires

Le/..../20...

ANNEXE 3 : Projet de déploiement du dispositif MCS en Martinique –

Rapport à l'ARS de l'équipe projet MCS du CHU Martinique –

Juillet 2016

PROJET DE DÉPLOIEMENT DU DISPOSITIF MCS EN MARTINIQUE

Rapport à l'ARS de l'équipe projet MCS du CHU Martinique
Juillet 2016

Depuis 2012, le gouvernement français, avec son pacte territoire santé, encourage la mise en place de dispositifs permettant un meilleur accès aux soins urgents, et notamment une réduction des délais de prise en charge des patients les plus urgents. Une des solutions est de renforcer le dispositif déjà en place de Médecins Correspondants SAMU sur l'ensemble du territoire.

Le Médecin Correspondant du SAMU, ou MCS, se définit comme un médecin de premier recours, formé à l'urgence, qui intervient en avant-courreur du SMUR sur demande du médecin régulateur du SAMU Centre 15. Il intervient dans des territoires où le délai prévisible d'action du SMUR est supérieur à 30 minutes, afin de réduire le délai thérapeutique médical.

Ce dispositif est depuis 2007 en pleine expansion sur tous les départements français. En effet, on dénombreait 33 réseaux actifs en 2015, dont un réseau en Guadeloupe, pour un total de 445 MCS. Mais cela ne remplit pas encore l'objectif gouvernemental qui souhaite obtenir d'ici 2017 pas moins de 700 MCS sur l'ensemble du territoire français.

Dans le but de déployer ce dispositif prochainement en Martinique, une étude dans le cadre d'une thèse de médecine est actuellement en cours. Pour les besoins de ce rapport, des statistiques intermédiaires ont été réalisées, afin de valider le projet.

I. ANALYSE DES BESOINS ET FAISABILITÉ SUR LE DÉPARTEMENT

A. Analyse des besoins

Afin d'analyser les besoins en matières de MCS dans le département, nous avons réalisé une étude rétrospective et observationnelle, conduite sur une période de 12 mois, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2015. Les données étudiées sont extraites à partir du logiciel CENTAURE, utilisé par le SAMU Centre 15 de la Martinique pour l'archivage des dossiers. Tous les dossiers pour lesquels une intervention SMUR a été déclenchée, entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2015 ont été inclus. Ont été exclues les interventions secondaires (prises en charge dans un établissement de santé) ainsi que les EVASAN outre-atlantiques ou caribéennes.

Projet MCS Martinique

1

L'objectif de cette étude est de déterminer le taux d'intervention du SMUR ayant un délai de plus de 30 minutes, selon la commune, pour les interventions les plus graves (catégs CCMU 3, 4 et 5).

Les résultats observés sont les suivants, sous réserve d'une analyse statistique partielle à l'heure actuelle :

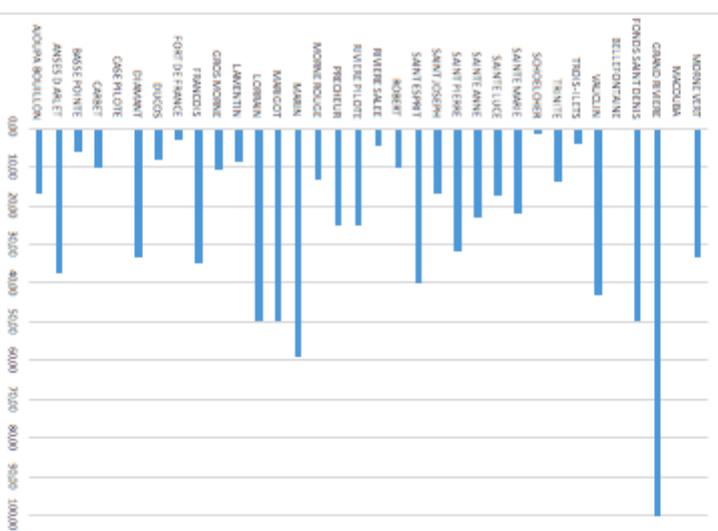


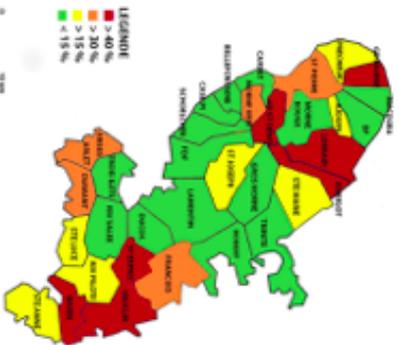
Table 1 : Représentation graphique du taux d'intervention SMUR ayant un délai supérieur à 30 minutes pour les patients catégs CCMU 3, 4 et 5.

Projet MCS Martinique

2

Ces données ont été cartographiées, afin d'obtenir une meilleure visibilité :

CARTE DES DELAIS SMUR CCMU 3-4-5



Carte 1 : Carte des taux par commune de délai SMUR supérieurs à 30 minutes.

L'analyse de cette carte permet de définir 5 zones prioritaires au déploiement de MCS :

- Zone Nord Atlantique, comprenant les communes du Lorrain, du Marigot, de Sainte Marie et d'Aloupa Bouillon
- Zone Nord Caraïbes, comprenant les communes du Prêcheur, de Saint Pierre et du Carbet
- Zone Sud Caraïbes, comprenant les communes des Asses d'Adieu, du Diamant et de Sainte Lucie
- Zone Grand Sud, comprenant les communes de Sainte Anne et du Marin
- Zone Centre Atlantique, comprenant les communes du Vaucelin et du François

Une extrapolation des données extraites de l'analyse CENTAURE nous permet d'estimer un nombre prévisionnel d'intervention MCS annuelles :

- Zone Nord Atlantique : 37 interventions par an
- Zone Nord Caraïbes : 22 interventions par an
- Zone Sud Caraïbes : 22 interventions par an
- Zone Grand Sud : 30 interventions par an
- Zone Centre Atlantique : 46 interventions par an

Les communes de Rivière Pilote et Saint Esprit peuvent également constituer une zone MCS, ou s'ajouter aux zones adjacentes selon la localisation du MCS recruté. L'extrapolation des données CENTAURE permet d'estimer un nombre prévisionnel de 25 interventions par an sur cette zone.

B. Recherche des médecins volontaires

Afin de recruter des médecins potentiellement intéressés par ce dispositif, nous avons réalisé une étude sous forme de questionnaire envoyé par email à tous les médecins généralistes de Martinique hors zone Fort de France et Lamentin. L'enquête a débuté le 26 mai 2016, et prendra fin le 25 août 2016. Les premiers résultats obtenus ont permis de réaliser une analyse intermédiaire pour les besoins de ce rapport.

Sur 152 médecins interrogés, nous comptabilisons à ce jour 37 réponses. Nous espérons en obtenir beaucoup plus d'ici la fin de l'enquête.

Parmi les réponses obtenues, 6 médecins généralistes se disent intéressés à participer au dispositif, exerçant dans les communes suivantes : Sainte Anne, le Diamant, Basse Pointe, Ducos, le Robert et le François.

Parmi ces 6 médecins intéressés, 3 ont une formation initiale en gestes d'urgence (CAMU ou expérience médecin SAMU). Deux de ces médecins ont moins de 50 ans.

L'enquête étant toujours en cours à l'heure actuelle, nous espérons obtenir de nouveaux médecins intéressés d'ici la fin de l'enquête.

Cette organisation correspond aux recommandations de la DGOS et de la SFMU concernant la formation initiale des Médecins Correspondant du SAMU. Une formation continue annuel doit également être mise en place au décours.

Cette formation nécessite obligatoirement une compensation financière des médecins. Celle-ci peut être prise en charge par l'ODGJC dans le rare cas où le médecin concerné n'a pas épuisé toutes ses journées de formation continues. Dans le cas contraire, cette compensation financière revient à l'ARS.

Le coût estimé à ce jour pour la formation initiale des MCS assurée par le CESU et le CESSMA est de 2.000 € / médecin.

D. Rémunération des médecins

La rémunération des MCS dépend du type de contrat signé avec l'établissement siège du SAMU et l'ARS, dans le cadre d'un contrat bi ou tri partie.

Dans le cas le plus classique, un contrat d'admission des médecins libéraux en établissement public de santé (article L5146-2 du code de la santé publique) est signé. Celui-ci permet une rémunération de chaque intervention du MCS selon la cotation MGAP ou CCAM habituelle, ainsi qu'un salaire correspondant à l'astreinte réalisée, quel que soit le nombre d'interventions effectuées durant celle-ci. Ce salaire est alors versé par l'établissement Siège du SAMU, grâce à un budget alloué par l'ARS.

Ce salaire, correspondant à une astreinte opérationnelle, est évalué à 60 € par médecin et par jour. Dans l'hypothèse de 5 MCS en Martinique, le budget correspondant est égal à environ 110.000 € par an.

E. Budget alloué par ARS

La mise en place du dispositif MCS en Martinique ne peut se faire qu'en étroite relation avec l'ARS. En effet, aucune mesure ne peut être mise en place sans accord initial de l'ARS. Il nous est également nécessaire d'obtenir un engagement de l'ARS sur la hauteur du budget possible alloué au SAMU 972 pour le déploiement du dispositif.

Les fonds nécessaires au déploiement du dispositif se répartissent en deux catégories :

- Budget d'investissement initial, comprenant le matériel et la formation initiale.
- Budget de fonctionnement : rémunération des astreintes des médecins et du temps nécessaire aux personnels du SAMU pour la gestion du matériel et de son renouvellement.

Selon nos estimations, le budget nécessaire est le suivant (Base 5 MCS) :

- Budget d'investissement initial : 135.000 € soit 27.000 € / MCS
- Budget de fonctionnement : 122.000 € / an soit 25.000 € / MCS

Projet MCS Martinique

7

III. RÉTROPLANNING

Quatre dates sont à prévoir :

- Juillet – Aout 2016 : Réunion de travail entre l'ARS et l'équipe projet MCS
- Septembre 2016 : choix stratégique d'investissement dans le projet par l'ARS
- Octobre 2016 : Soutenance de thèse de médecine par M^{lle} Amandine COLLIN
- Janvier 2017 : Début du dispositif MCS en Martinique

Ce calendrier prévisionnel nous impose un rendez vous fin aout 2016, notamment vis à vis des obligations universitaires et de la soutenance de thèse.

CONCLUSION

La mise en place du dispositif MCS en Martinique impose une décision et un soutien de l'ARS. Sur le plan politique, l'ARS doit prendre une décision sur le nombre de MCS formés et équipés, selon des zones spécifiques, et déclencher leur mise en fonction. Sur le plan financier, des budgets d'investissement et de fonctionnement doivent être alloués au SAMU.

Dans l'optique du déploiement du dispositif MCS en Janvier 2017, une réunion de travail doit être envisagée au plus tard fin août 2016 entre l'ARS et notre équipe projet MCS.

Projet MCS Martinique

8

ANNEXE 4 : Lettre de remerciements aux médecins généralistes volontaires pour intégrer le dispositif MCS en Martinique



Centre Hospitalier Universitaire de Martinique
Hôpital Pierre ZOBDA-QUITMAN
Pôle Réanimation – Anesthésie – SAMU – Urgences
Service d'Aide Médicale Urgente

Praticien Hospitalier Temps Plein
Dr Guillaume PHILIPPOT

Interne en Médecine Générale
Mme Amandine COLLIN

Fort-de-France, le 21 octobre 2016

Docteur,

Je vous remercie d'avoir répondu à mon enquête concernant la mise en place du dispositif de Médecins Correspondants du SAMU en Martinique. Vous vous être porté(e) volontaire pour intégrer le dispositif et nous vous en félicitons.

A ce titre, nous vous contacterons prochainement, dès que la validation stratégique finale de l'ARS aura été obtenue. Les modalités d'intégration du dispositif ainsi que les dates de formation initiale proposée vous seront alors communiquées.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien confraternellement,

Mme Amandine COLLIN
0690.09.21.02
amandine.collin35@gmail.com

UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE BASTARAUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Demande d'imprimatur

UNIVERSITE DES ANTILLES FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Spécialité : Médecine générale)

Présentée par : Amandine COLLIN

Et intitulée : Déploiement du dispositif « Médecins Correspondants du SAMU » en
Martinique : Diagnostic, étude de terrain et mise en place

Jury proposé

Président : M le Professeur André CABIÉ
Juges : Mr le Professeur Vincent MOLINIE (Juge)
Mr le Professeur Rémi NEVIÈRE (Juge)
Mr le Docteur Laurent VILLAIN-COQUET (Juge)
Mr le Docteur Guillaume PHILIPPOT (Directeur de thèse)

Vu Fort-de-France le 25 octobre 2016 Le Président de Thèse  Pr André CABIÉ	Pour accord Pointe-à-Pitre, le Le Doyen de la Faculté de Médecine Pr Raymond CÉSAIRE
AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THESE Pointe-À-Pitre, le La Présidente de l'Université des Antilles Mme Corinne MENCE-CASTER	

(1) Cet imprimé doit être obligatoirement dactylographié

NOM ET PRENOM : COLLIN Amandine

SUJET DE LA THESE : Déploiement du dispositif « Médecins Correspondants du SAMU » en Martinique : Diagnostic, étude de terrain et mise en place.

THESE : MEDECINE

Qualification : Médecine Générale

ANNEE : 2016

Numéro d'identification : 2016ANTI0112

MOTS CLEFS : Médecin Correspondant SAMU, Urgences, SMUR, Martinique

Depuis 2007, les Médecins Correspondants du SAMU (MCS) sont en pleine expansion sur l'ensemble du territoire français. Ces médecins, formés et équipés pour prendre en charge un patient urgent, interviennent dans les territoires où le délai présumé d'action du SMUR est supérieur à 30 minutes. Dans l'optique de déployer le dispositif en Martinique, nous avons réalisé une étude de faisabilité sur le département.

Afin d'identifier les zones géographiques problématiques, nous avons réalisé une première étude analysant les délais d'action du SMUR de Martinique au cours de l'année 2015. Les taux d'interventions à délai supérieur à 30 minutes montrent de grandes disparités selon les communes, certaines affichant des taux supérieurs à 50%. Cinq zones de déploiement prioritaires ont donc été identifiées : Nord Caraïbes, Nord Atlantique, Centre Atlantique, Grand Sud et Sud Caraïbes.

Afin d'identifier les ressources, une deuxième étude sous forme d'enquête auprès des médecins généralistes libéraux martiniquais a été réalisée, pour évaluer leur volonté d'intégrer le dispositif et leur formation à l'urgence. Neuf médecins ont ainsi pu être ciblés, dont sept exerçant dans les zones préalablement identifiées. Un manque de formation à l'urgence des médecins libéraux ressortait de cette étude.

Grâce au soutien logistique et financier de l'ARS, le déploiement de plusieurs MCS pourra être effectif courant d'année 2017. Ces médecins couvriront trois ou quatre des zones préalablement définies. Un élargissement du recrutement auprès des médecins hospitaliers et spécialistes libéraux est en préparation afin de couvrir également la zone Nord Caraïbes, exempte de volontaires à l'heure actuelle.

JURY : Président : Mr le Professeur André CABIE

Juges : Mr le Professeur Vincent MOLINIE

Mr le Professeur Rémi NEVIERE

Mr le Docteur Laurent VILLAIN-COQUET

Mr le Docteur Guillaume PHILIPPOT

NOM ET PRENOM : COLLIN Amandine

SUJET DE LA THESE : SAMU-correspondant doctors (MCS) déploiement in Martinique: diagnosis, field study and implementation.

THESE : MEDECINE

Qualification : Médecine Générale

ANNEE : 2016

Numéro d'identification : 2016ANTI0112

MOTS CLEFS : SAMU-correspondant doctors, emergency, Martinique, ambulance

Since 2007, SAMU-correspondent doctors (in french: « Médecins Correspondants du SAMU (MCS) ») are being positioned throughout the french territory. These medicine doctors, specially trained and equipped to handle remotely a patient requiring an urgent treatment, operate in areas where the SMUR (Mobile Emergency and Revival Service) assumed intervention delay exceeds 30 minutes. With a view to creating and deploying the MCS network throughout Martinique, we have carried out a feasibility study over the island.

To identify the most demanding geographic zones, we have first performed a study to analyze the Martinique SMUR action delays in 2015. Delays exceeding 30 min vary significantly among villages, some being over 50%. 5 areas have been identified to require priority deployment: North Caribbean, North Atlantic, Center Atlantic, Deep South and South Caribbean.

To identify resources, a second study allowed to approach medical practitioners across Martinique and assess their willingness to be part of the MCS network, as well as their readiness to handle emergencies. We were able to identify 9 doctors, among whom 7 are located within the priority areas. At the same time, a lack of preparation and training to handle emergencies was pointed out.

Last, thanks to the logistical and financial support from french authorities, the creation and the deployment of several MCS will be effective in 2017. These doctors will cover 3 ou 4 of the identified priority areas. A further recruitment towards hospital doctors and liberal specialists is under investigation, to cover the North Caribbean area in which we have so far not identified candidates.

JURY : Président : Mr le Professeur André CABIE

Juges : Mr le Professeur Vincent MOLINIE

Mr le Professeur Rémi NEVIERE

Mr le Docteur Laurent VILLAIN-COQUET

Mr le Docteur Guillaume PHILIPPOT
