HAL
open science

Identification des axes d'amélioration de la chaîne des secours sur piste : étude qualitative sur le ressenti des médecins de montagne et des pisteurs secouristes

Antoine Malbaut, Julia Forest

To cite this version:

Antoine Malbaut, Julia Forest. Identification des axes d'amélioration de la chaîne des secours sur piste : étude qualitative sur le ressenti des médecins de montagne et des pisteurs secouristes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01917233

HAL Id: dumas-01917233

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01917233v1

Submitted on 9 Nov 2018

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

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

UFR de Médecine
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES Grenoble Alpes

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

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

LIENS

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

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

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2018

Identification des axes d'amélioration de la chaîne des secours sur piste : étude qualitative sur le ressenti des médecins de montagne et des pisteurs secouristes

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Antoine Malbaut, [Données à caractère personnel]

Julia Forest, [Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE le 06/11/2018

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury : Monsieur le Professeur Dominique SARAGAGLIA

Membres du jury : Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU

Monsieur le Professeur Georges WEIL

Monsieur le Docteur Patrick JOUBERT (directeur de thèse)

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

UFR de Médecine
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2017-2018

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie

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

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie

PU-PH	**PLANTAZ Dominique**	**Pédiatrie**
PU-PH	**POIGNARD Pascal**	**Virologie**
PU-PH	**POLACK Benoît**	**Hématologie**
PU-PH	**POLOSAN Mircea**	**Psychiatrie d'adultes**
PU-PH	**PONS Jean-Claude**	**Gynécologie obstétrique**
PU-PH	**RAMBEAUD Jacques**	**Urologie**
PU-PH	**RAY Pierre**	**Biologie et médecine du développement et de la reproduction**
PU-PH	**REYT Émile**	**Oto-rhino-laryngologie**
PU-PH	**RIGHINI Christian**	**Oto-rhino-laryngologie**
PU-PH	**ROMANET Jean Paul**	**Ophtalmologie**
PU-PH	**ROSTAING Lionel**	**Néphrologie**
MCU-PH	**ROUSTIT Matthieu**	**Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie**
MCU-PH	**ROUX-BUISSON Nathalie**	**Biochimie, toxicologie et pharmacologie**
MCU-PH	**RUBIO Amandine**	**Pédiatrie**
PU-PH	**SARAGAGLIA Dominique**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**
MCU-PH	**SATRE Véronique**	**Génétique**
PU-PH	**SAUDOU Frédéric**	**Biologie Cellulaire**
PU-PH	**SCHMERBER Sébastien**	**Oto-rhino-laryngologie**
PU-PH	**SCHWEBEL-CANALI Carole**	**Réanimation médicale**
PU-PH	**SCOLAN Virginie**	**Médecine légale et droit de la santé**
MCU-PH	**SEIGNEURIN Arnaud**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH	**STAHL Jean-Paul**	**Maladies infectieuses, maladies tropicales**
PU-PH	**STANKE Françoise**	**Pharmacologie fondamentale**
MCU-PH	**STASIA Marie-José**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**STURM Nathalie**	**Anatomie et cytologie pathologiques**
PU-PH	**TAMISIER Renaud**	**Physiologie**
PU-PH	**TERZI Nicolas**	**Réanimation**
MCU-PH	**TOFFART Anne-Claire**	**Pneumologie**
PU-PH	**TONETTI Jérôme**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**
PU-PH	**TOUSSAINT Bertrand**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**VANZETTO Gérald**	**Cardiologie**
PU-PH	**VUILLEZ Jean-Philippe**	**Biophysique et médecine nucléaire**
PU-PH	**WEIL Georges**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH	**ZAOUI Philippe**	**Néphrologie**
PU-PH	**ZARSKI Jean-Pierre**	**Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie**

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

Tables des matières

REMERCIEMENTS 8
SERMENT D'HIPPOCRATE 14
ABRÉVIATIONS 15
RESUMÉ 17
ABSTRACT 18
INTRODUCTION 19
MATERIELS ET MÉTHODE 22
1- L'équipe de recherche 22
2- Justification de l'approche qualitative 22
3- Population 23
4- Recueil de données 24
5- Traitement des données 25
RÉSULTATS 27
1- Présentation de l'échantillon 27
2- De l'alerte à la prise en charge sur piste 28
3- Orientation de la victime par le pisteur-secouriste 29
4- Médicalisation 32
5- Prise en charge de la douleur 35
6- Moyens humains & matériels 37
7- La pluriprofessionnalité 39
DISCUSSION 44
1- Principaux résultats et mise en perspective 44
2- Forces et faiblesses de l'étude 53
CONCLUSION 55
BIBLIOGRAPHIE 56
Annexe N°1 : Guide d'entretien évolutif 59
Annexe N°2 : Tableau comparatif des stations 63
Annexe N°3 : Description des focus groups 64
Annexe N°4 : Exemples d'arborisation de codage 69
Annexe N°5 : Grille de code (ordre alphabétique) 71
Annexe N°6 : Grille d'analyse 76
Annexe N°7 : Définition du métier de pisteur secouriste 79
Annexe N°8 : Définition du métier de médecin de montagne 80

Annexe N°9 : Fiche d'information aux participants 81
Annexe N°10 : Modèle d'organisation des secours de Médecins de Montagne 82
Annexe N°11 : Grille COREQ..... 83
Annexe N°12 : Verbatims 86

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Dominique Saragaglia,
Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et de juger notre travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Georges Weil,
Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury et de juger ce travail. Veuillez accepter notre reconnaissance et nos remerciements respectueux.

A Monsieur le Docteur Yoann Gaboreau,
Vous nous avez accompagné à différentes étapes cruciales de la réalisation de ce travail et vos conseils éclairés ont permis d'en améliorer la qualité. Veuillez accepter notre reconnaissance et nos remerciements respectueux.

A Monsieur le Docteur Patrick Joubert,
Tout d'abord merci de nous avoir accordé ta confiance pour réaliser ce travail. Merci ensuite de nous avoir aiguillés à travers les multiples sujets de ce vaste champ d'activité. Merci enfin de l'intérêt que tu as fait naître en nous pour ce sujet qui te tient à cœur.

Aux médecins de montagne et aux pisteurs-secouristes des stations A, B, C, D et E d'avoir apporté votre contribution à ce travail. Sans votre motivation, votre altruisme et votre conscience professionnelle, ce travail n'aurait pas été le même. Merci beaucoup !

Remerciements d'Antoine

Julia, merci d'avoir accepté ce sujet et de t'être autant investie depuis 2 ans. Au final, Sarah l'a passée avant nous... Sans ton pragmatisme tenace et ton caractère bien trempé, nous nous serions probablement échoué quelque part dans ces montagnes... On a passé des moments pas faciles, mais mon amitié reste intacte. En espèrant que tu fasses toujours autant d'aller-retour sur Grenoble désormais.

Pauline, merci de partager ma vie depuis plus de 6 ans. Tu as fait de moi un meilleur être humain et a profondément changé ma vie. Merci pour ton Amour, ta confiance, ton soutien indéfectible et ton sourire lumineux.

A ma maman, un grand Merci pour l'éducation que j'ai reçue, tes encouragements sans cesse renouvelés et ces valeurs que tu as veillé à nous transmettre et auxquelles je fais appel chaque jour dans mon travail et dans ma vie. Merci pour l'intelligence émotionnelle...

A Marine, tu m'as appris à être un grand frère. Je suis fier et heureux de voir la belle jeune femme que tu es devenue. Continue à suivre la voie que tu t'es tracée.

A mes amis, lillois, grenoblois, sallanchards. Merci de m'avoir accompagné tout au long de ces études. C'eût été nettement moins drôle sans vous. Merci pour tous ces bons moments et tous ceux à venir (autour d'une agréable mousse...) ! Je vous aime !

A la famille De Chalendar pour m'avoir aussi bien accueilli au sein de la tribu et m'avoir fait découvrir la magnifique vallée de l'Arvan que je ne me lasse pas de parcourir toute l'année. Longue vie au bricolage !

A ce semestre inoubliable à Tignes où j'ai découvert la médecine de montagne de la plus belle des manière (et l'ambiance station) : Jean-François, Christophe, Gérard, Julie, Céline, Emma, Virginie, Noëlle, Matthieu et Thomas. Merci à Gérard pour les cours de strap' et les grands crus. Je me suis régalé avec vous ! A bientôt !

Aux collègues et amis de Val d'Isère : merci à Jean-Louis pour ta confiance et ta bienveillance, à Françoise pour ton accueil et ta bonne humeur, à Ségo qui m'a fait découvrir la vie nocturne avaline, et aux autres. Un grand merci ! Je passe goûter le génépi cet hiver !

Au Professeur Dominique Lamy, merci d'avoir été mon tuteur, de m'avoir accompagné durant mon internat et invité à la journée des internes de médecine de montagne. C'est un petit peu là que ma carrière a commencé.

A mes maîtres, vous avez pris le temps de m'enseigner l'art de la Médecine et m'avez transmis ses valeurs. Je m'appliquerai à transmettre ce que j'ai reçu.

Au personnel médical et paramédical des hôpitaux, chefs, co-internes, assistants, aides-soignantes, agents, externes, infirmières, sages-femmes. Vous m'avez accompagné tout au long de ma formation et avez fait de moi le médecin que je suis. Du fond du coeur, merci.

A ces magnifiques montagnes et leurs habitants : chamois, chocards, bouquetins, aigles, vautours et marmottes, qui me tolèrent depuis quelques années. Merci aux touffes d'herbe de la Combe Génin d'avoir tenu sous mes mains, dans un moment d'égarement. Malgré quelques sueurs froides, vous m'avez laissé terminer ce travail...

Remerciements de Julia

Un grand merci Antoine d'avoir choisi de faire ce travail avec moi ! Merci pour ton humour et tes jeux de mots incessants qui ont su égayer nos séances intensives de travail !

Une belle amitié est née le premier jour de l'internat et ce n'est que le début j'en suis sure !

A Mum et Christophe, merci d'avoir toujours été là pour moi… et je ne parle pas que de votre soutien dans mes études sans lequel je n'en serais pas arrivée là !! Merci encore, je vous aime !

A Rémi, je suis fière d'avoir un grand frère comme toi, merci pour ton soutien durant toutes ces années ! Tu ne pouvais pas me faire plus beau cadeau que de venir t'installer près de moi !

Thank you Cathy for translation !

A Pierre, merci d'avoir été si patient et si attentionné. Tes relectures tardives et tes conseils avisés auront été d'une grande aide pour ce travail.

A Cycy et Marine, merci d'être les amis que vous êtes, je vous aime même si vous ne m'avez pas suivi à Grenoble !

Et surtout parce que si je ne vous avais pas remerciés vous auriez dégoupillé…

A ma Coco, tu as toujours su m'écouter et me conseiller, et ça depuis nos 6 ans !! J'y suis enfin !!

A mon poil, on ne s'est jamais quittées depuis que j'ai croisé ton si beau regard… une première rencontre surprenante qui en disait déjà long sur notre belle amitié ! Merci pour tout !

A ma Sarah-chou, merci pour ta patience et ta douceur qui m'ont si souvent apaisée.

Aux copains Sallanchards : Lolo, Cus, Nus, Coco, Dédé, Popi, Judrey, Michou, vous avez rendu ces années d'internat inoubliables ! Merci pour tous ces beaux moments et ceux à venir, j'en suis sure… #nouvellevie !

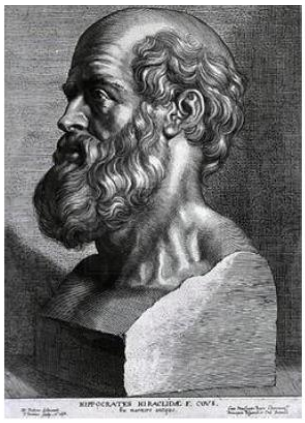
A Bastien, merci d'avoir été présent toutes ces années.

A mes maîtres de stage du cabinet du Pré d'Avril, René-Pierre, Deniz, Stéphane et Frédérique, vous m'avez fait découvrir un bien beau métier, merci pour cela, j'espère être à la hauteur de vos enseignements.

A Sophie et Florent, merci de m'avoir transmis votre passion pour la médecine de montagne. Travailler avec vous est un plaisir, vivement cet hiver ! Et merci Marlène de toujours aussi bien me préparer au « rush » de février…

A tous les co-internes et autres collègues qui ont croisé ma route, merci de m'avoir supportée, aidée, écoutée et encouragée, et surtout merci d'avoir rendu tous mes semestres si sympathiques.

SERMENT D'HIPPOCRATE



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

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

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

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

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

ABRÉVIATIONS

AMU : Aide médicale urgente

ARM : Assistant de régulation médicale

ARS : Agence régionale de santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

BNPS : Brevet national des pisteurs-secouristes

C15 : Centre 15

CGMM : Connaissance générale du milieu montagnard

CMA : Cabinet médical approprié

CTA : Centre de traitement des appels

CTRA : Centre de traitement et de régulation des appels

DES : Diplôme d'études spécialisées

DSA : Défibrillateur semi-automatique

DU : Diplôme universitaire

DZ : Drop zone

EZ-IO : Dispositif d'intra-osseuse

FIPS : Fédération internationale des patrouilles de ski

IDE : Infirmier diplômé d'état

IFREMMONT : Institut de formation et de recherche en médecine de montage

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

IV : Intraveineux

KED : Kendricks extrication device

MCS : Médecins correspondant SAMU

MHTA : Maladie, hospitalisation, traitement, allergie

MM : Médecins de montagne

PC : Poste central

PCI : Perte de connaissance initiale

PGHM : Peloton de gendarmerie de haute montagne

PIDA : Plan d'intervention de déclenchement des avalanches

PISU : Protocole infirmier de soins d'urgence

PLS : Position latérale de sécurité

PS : Pisteur-secouriste

PSE 1 : Premiers secours en équipe niveau 1

PSE 2 : Premiers secours en équipe niveau 2

RCP : Réanimation cardio-pulmonaire

SAMU : Service d'aide médicale d'urgence

SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales

SDIS : Service départemental d'incendie et de secours

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SP : Sapeur-pompier

TC : Traumatisme crânien

UMH : Unité médicale héliportée

VRM : Véhicule radio médicalisé

RESUMÉ

Objectif : Explorer le ressenti et les attentes des médecins de montagne et pisteurs-secouristes sur l'organisation de la chaîne des secours sur piste, afin d'en identifier les axes d'amélioration.

Méthode : Étude qualitative par focus groups pluriprofessionnels réunissant médecins et pisteurs dans des stations de l'arc nord-alpin comptant plus de 200 secours/an. Le recueil de données était effectué à l'aide d'un guide d'entretien. Les verbatims étaient étudiés selon une analyse phénoménologique thématique.

Résultats : Le manque d'interaction entre pisteurs et médecins apparaissait comme la problématique principale. Ils souhaitaient mettre en place des espaces de communication afin de favoriser l'interprofessionnalité. La prise en charge de la douleur sur piste représentait également une difficulté importante. Les solutions évoquées étaient l'administration protocolisée d'antalgiques par les pisteurs, et la mise en place d'un infirmier-pisteur qui pourrait pré-médicaliser les blessés avant évacuation. Enfin, les interventions sur pistes des médecins de station étaient la principale alternative lorsque l'hélicoptère ne pouvait intervenir. Une réflexion sur ces conditions d'intervention, très différentes d'une station à l'autre, devrait être menée pour permettre de standardiser les pratiques.

Conclusion : L'interprofessionnalité et l'implication des médecins de montagne et des pisteurs-secouristes semble un préalable indispensable à l'initiation de changements. La collaboration des centres 15, des services des pistes et des collectivités est également nécessaire à l'aboutissement d'un projet commun, dans l'intérêt prioritaire des victimes sur piste.

Mots clés : focus groups, station de ski, soins primaires, chaîne de secours, orientation, médecine de montagne, pisteurs-secouristes, interprofessionnalité

ABSTRACT

Objective : To explore the expectations of both mountain doctors and ski-patrollers towards the organization of the rescue chain on the ski slopes, in order to identify the possibilities of improvement.

Method : A qualitative study through multiprofessional focus groups, gathering physicians and ski-patrollers, in Northern Alps ski resorts which counted more than 200 rescues per year. Data collection was done using an interview guide. The verbatims were studied according to a thematic phenomenological analysis.

Results : The lack of interaction between ski-patrollers and physicians appeared to be the main issue. They wished to set up communication spaces in order to promote interprofessionalism. The management of pain on the ski slopes was also a significant difficulty. The solutions were to protocolize the administration of analgesics by the ski-patrollers, and to set up a nurse-patroller who could pre-medicalize the victims before evacuation. Finally, interventions on the ski slopes of the mountain doctors were the main alternative when the helicopter could not intervene. A reflection on these conditions of intervention, very different from one ski resort to another, must be led to allow standardization of practices.

Conclusion : Interprofessionalism and the involvement of mountain doctors and ski-patrollers seem to be a prequisite to initiating change. The collaboration of the emergency medical services centers, the ski patrol and community services is also necessary for the accomplishment of a common project, in the priority interest of victims.

Keywords : focus groups, primary health care, ski patrol, wilderness medicine, ski resort, rescue chain, interprofessionalism.

INTRODUCTION

La médecine de montagne est un exercice particulier de la médecine générale, caractérisé par une forte activité saisonnière, l'éloignement des structures hospitalières ainsi que la prise en charge d'urgences médicales et traumatiques liées à la pratique des sports d'hiver. Cette pratique nécessite des compétences spécifiques, un plateau technique adapté et un travail d'équipe.

Les médecins de montagne se sont regroupés en 1953, pour créer l'association « Médecins de Montagne » qui compte actuellement plus de 320 médecins généralistes. Son objectif est de pérenniser cet exercice et d'organiser l'offre de soins pour répondre aux demandes de la population résidente, touristique, saisonnière, ainsi que de la traumatologie liée au ski.

Durant la saison d'hiver, la traumatologie occupe une place prépondérante dans l'activité des médecins de montagne : selon les données épidémiologiques de l'observatoire d'accidentologie, 131 000 blessés ont été recensés pendant la saison 2016-2017, dont 40% initialement pris en charge par le service des pistes (1). En effet, les pisteurs-secouristes ont un rôle primordial dans le secours sur piste, en plus de leur rôle de prévention et de sécurisation du domaine skiable. Ils sont le premier maillon de la chaîne des secours sur piste et sont responsables du bilan initial, du conditionnement et de l'orientation de la victime vers un centre de soins. Cette activité nécessite une formation de secourisme adaptée à la spécificité de leur milieu et des pathologies rencontrées (annexe N°7).

En conséquence, plus de 52 000 blessés sont concernés chaque année par l'efficience de la chaîne des secours sur piste. Son objectif est d'assurer une meilleure prise en charge des victimes. Elle est composée de plusieurs maillons interdépendants, tous indispensables (2) :

- La sécurité ;
- L'alerte des services de secours ;

- La réalisation des gestes de secours d'urgence ;
- La mise en œuvre des gestes de secours en équipe ;
- La prise en charge médicale pré-hospitalière ;
- La prise en charge hospitalière.

L'organisation de cette chaîne des secours est sous la responsabilité du maire de la commune, d'après l'article L2212-1 du Code Général des collectivités territoriales *(3)*. La circulaire du 4 décembre 1990 précise l'article 97 de la « Loi Montagne » portant sur la responsabilité du maire dans une opération de secours : *« Il faut noter enfin que les secours sur les domaines skiables comprennent non seulement les recherches et le secours sur les pistes ou hors pistes, mais aussi les évacuations d'urgence jusqu'au centre de soins approprié à l'état de la personne accidentée [...] » (4).*

Cette notion de centre de soins approprié a été définie dans le travail du Dr M. Chauvet (5), qui a permis de préciser le niveau de prise en charge des cabinets de station de ski, en fonction de l'équipement, du personnel et de la surface de travail disponible, et cela en respectant les obligations et recommandations qui s'imposent à tout centre de soins. Elle distingue 3 niveaux de Cabinet Médical Approprié (CMA) en fonction des capacités de prise en charge des blessés. En 2011, le Dr J. Champagne a effectué un travail complémentaire en établissant un protocole d'aide à l'orientation des blessés par les pisteurs : le référentiel pisteur (6). À partir du bilan initial, des arbres décisionnels permettent la classification des blessés en fonction de la localisation et de la gravité de la lésion traumatique, afin d'orienter les victimes vers la structure de soins la plus appropriée.

En se basant sur ces travaux, l'association Médecins de Montagne a récemment proposé une nouvelle organisation de la chaîne des secours, intégrant ces nouveaux outils : le CMA et le référentiel pisteur (Annexe N°10). Il est question de structurer notamment la décision d'orientation de la victime pour aboutir à une harmonisation de la chaîne des secours entre les

différentes stations. L’utilisation de ce dispositif commun a été proposée dans différentes stations alpines mais reste limitée pour l’instant.

Quels sont les freins à l'extension d'un dispositif harmonisant l'organisation de la chaîne des secours ? Un tel dispositif répond-il aux attentes des professionnels sur le terrain ? Dans le cadre de notre exercice professionnel en station, nous avons pu constater d'autres problématiques que l’orientation des blessés au sein de la chaîne des secours. Ces constatations nous ont conduites à élargir notre champ de recherches à l’ensemble de la chaîne des secours sur piste.

L'objectif de ce travail était d’identifier les axes d'amélioration dans l'organisation de la chaîne des secours sur piste. Pour cela nous avons réalisé une étude qualitative par focus group réunissant médecins de montagne et pisteurs-secouristes afin de recueillir leur ressenti sur le fonctionnement de la chaîne des secours actuelle.

MATERIELS ET MÉTHODE

1- L'équipe de recherche

Elle était constituée de 2 médecins remplaçants en activité en station de ski. Chacun avait déjà passé une saison hivernale en station de ski en tant qu'interne, lors du SASPAS, l'année précédente. Aucun n'avait de conflit d'intérêt. Les enquêteurs sont membres de l'association Médecins de Montagne et l'un d'entre eux est également Médecin Correspondant du SAMU.

2- Justification de l'approche qualitative

2-1- La recherche qualitative

C'est un ensemble de techniques d'investigation permettant d'explorer les phénomènes sociaux et leur signification, l'expérience et les perceptions des personnes interrogées. Il est apparu logique de choisir cette approche pour répondre à l'objectif de recherche.

2-2- La méthode de recherche par focus group

- Définition :

Le focus group ou « entretien collectif » ou « groupe de discussion », est une méthode qualitative de recueil de données.

Le focus group utilise une technique d'entretien semi-directif, c'est-à-dire qu'il garantit la liberté d'expression, mais dans un cadre bien défini avec des règles méthodologiques précises. Il utilise un guide d'entretien composé de questions courtes et ouvertes afin d'encourager les réponses du groupe et d'orienter la discussion.

Cette méthode d'entretien repose sur la dynamique de groupe. Les échanges découlant des questions posées permettent la confrontation des opinions, des expériences vécues et des connaissances de chacun.

- Déroulement pratique :

Les entretiens, composés de 4 à 8 participants, sont encadrés par 2 intervenants :

- un modérateur qui interroge suivant la trame d'entretien, distribue la parole, fait respecter les règles de bon déroulement ;

- un observateur dont le rôle consiste à prendre en note un résumé des réponses aux questions, les phrases-clés, ainsi que les réactions non-verbales des participants. Il fait un résumé et peut faire préciser certains points en fin d'entretien.

Le nombre de focus groups n'était pas fixé à priori. Cependant, afin d'atteindre la saturation des données, il était admis que 4 à 6 entretiens seraient nécessaires, dont 2 sans nouvelles idées.

3- Population

3-1- Choix du terrain d'analyse

Les critères d'inclusion des stations étaient qu'elles soient situées dans l'arc nord alpin et qu'elles aient un nombre de secours supérieur à 200 par an.

Ensuite le choix s'est porté sur des stations différentes au niveau du nombre de médecins, de leurs caractéristiques et du département.

3-2- Choix des participants

Les critères d'inclusion étaient que les participants soient médecin ou pisteur-secouriste travaillant en station de ski depuis plus d'un an. Les autres acteurs de la chaîne des secours sur piste n'étaient pas inclus dans la recherche : ambulancier, secrétaire du service des pistes, secrétaire médicale, infirmier, manipulateur radio ; car ils n'étaient pas présents dans toutes les stations de ski.

L'échantillonnage médical était ciblé, tandis que l'échantillonnage des pisteurs se faisait majoritairement sur la base du volontariat.

Les médecins contactés ayant refusé de participer ont évoqué un manque d'intérêt pour l'étude.

3-3- Organisation des entretiens

Les prises de contact ont été faites par mail à des listes de diffusion commune, mail personnel, téléphone et face-à-face.

Les pisteurs inclus dans cette étude n'étaient pas connus des enquêteurs. Cependant, une

partie des médecins inclus dans l'étude étaient connus des enquêteurs : collègues de travail, rencontres à différentes formations collectives.

4- Recueil de données

4-1- Elaboration du guide d'entretien

- Bibliographie :

3 séances de bibliographie avec un documentaliste ont été effectuées entre juin et août 2016, puis entre juillet et septembre 2017 à la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Grenoble.

Les mots-clés suivants ont été utilisés : soins primaires, sports d'hiver, accidents de ski, régulation, triage, orientation, blessés des pistes, médecine de montagne, pisteurs-secouristes, ainsi que leurs équivalents en anglais.

Ces séances ont permis de mettre en évidence qu'aucune étude similaire n'avait été menée en station de ski.

- Entretiens préparatoires :

Une journée avec les pisteurs de la station de Tignes lors d'un stage de médecine de montagne en mars 2017 avait permis une première approche de l'organisation de la chaîne des secours, ainsi qu'une prise de conscience des préoccupations des pisteurs.

Plus tard, des entretiens téléphoniques individuels préparatoires, réalisés en Octobre 2017, avaient permis de tester les réponses à un premier guide d'entretien « test ». Ces entretiens avaient été menés auprès de 2 directeurs des services des pistes, l'un à la retraite et l'autre toujours en activité, dans l'arc nord alpin. Ceux-ci n'ont pas été intégrés aux résultats, le consentement n'ayant pas été recueilli lors de ces entretiens.

Le guide d'entretien était évolutif et a été modifié à plusieurs reprises, entre le 1er et le dernier entretien (Annexe N°1).

4-2- Déroulement des entretiens

Les participants n'étaient pas informés des objectifs de la recherche autrement que par le mail de présentation (Annexe N°9), ou par une présentation orale qui contenait les mêmes informations.

Le guide d'entretien n'était pas fourni ni soumis aux participants des focus groups.
L'objectif de la recherche était expliqué brièvement aux participants, ainsi que les règles s'appliquant lors des entretiens.
L'enregistrement de chaque entretien se faisait via un dictaphone. Les participants étaient informés de cet enregistrement et de l'anonymisation secondaire des données. Leur consentement était recueilli de manière orale. Cet enregistrement permettait une retranscription fidèle des propos, préalable indispensable à l'analyse ultérieure.
Après l'entretien, suivait un débriefing entre modérateur et observateur portant sur l'enchaînement des questions, les idées exprimées les plus importantes, les phrases-clés, les difficultés rencontrées, les idées inattendues et non anticipées, et enfin les modifications à apporter au guide d'entretien. Ces données étaient consignées dans un carnet de bord, de même que chaque réunion entre les deux enquêteurs.

5- Traitement des données

5-1- Retranscription

Les entretiens ont été retranscrits à partir des enregistrements audios sous forme de verbatims (Annexe N°12), définis comme une reproduction intégrale des propos prononcés par les interviewés.
Une copie de sauvegarde des enregistrements a été réalisée après chaque entretien.
Les lecteurs multimédia VLC® et Windows Média Player® ont été utilisés pour écouter et transcrire l'enregistrement, sur les logiciels de traitement de texte LibreOffice Writer®, Excel® et Word®. Les propos rapportés ont été retranscrits le plus fidèlement possible et stockés sur les ordinateurs des enquêteurs.

5-2- Protection des données et cadre légal

Afin de garantir l'anonymat, chaque intervenant était identifié par « MM » suivi d'un numéro pour les médecins de montagne et par « PS » suivi d'un numéro pour les pisteurs-secouristes. De même, toutes les données permettant d'identifier les stations concernées ont été supprimées et remplacées par des unités de lieu anonymes telles que « telle station », « telle piste », « telle ville ».
Ces entretiens anonymisés ont été ensuite renvoyés aux participants pour validation, ou

retrait, des propos rapportés.
La demande d'autorisation auprès de la CNIL a été approuvée par le correspondant informatique et libertés de la faculté avant le début des entretiens.

5-3- Analyse des données

Afin d'optimiser la validité des résultats, une triangulation a été utilisée à plusieurs niveaux.
Tout d'abord, une triangulation des sources, par la multiplicité des terrains d'investigation et des acteurs rencontrés.
Parallèlement, une triangulation de l'investigation était à l'œuvre durant tout le travail de recherche, étant donné que 2 enquêteurs objectivaient les phénomènes.
Ainsi, chaque verbatim était analysé indépendamment par chaque enquêteur. Puis les interprétations étaient mises en commun pour aboutir à un consensus. Ce croisement des différentes approches du matériau empirique a permis de diminuer la subjectivité et d'améliorer la qualité des résultats présentés.
Les verbatims ont été étudiés selon une analyse exploratoire phénoménologique par analyse thématique.
La phénoménologie est une méthode descriptive des « phénomènes » à l'œuvre. Ces phénomènes étant entendus comme l'ensemble des modes opératoires de la subjectivité des individus dans leur relation au monde : pensées, imagination, volonté, affectivité (7).
Les verbatims ont été « découpés » en unité de sens : groupe de mots prenant, ensemble, un sens particulier. Les unités de sens étaient ensuite regroupées en codes ou étiquettes, elles-mêmes articulées en thèmes.
Les thèmes permettent une vision d'ensemble des mécanismes à l'œuvre entre les individus en station de ski, et constituent le résultat de ce travail de recherche.
La liste de codes et la grille de codage sont respectivement présentées en annexe N°5 et N°6.

RÉSULTATS

1- Présentation de l'échantillon

Six focus groups ont été réalisés entre le 6 décembre 2017 et le 29 avril 2018 : 4 focus groups pluriprofessionnels dans quatre stations et 2 focus groups mono-professionnels dans la même station, dont les caractéristiques sont présentées en annexes N°2 et N°3. Les entretiens se sont déroulés dans différents lieux : 4 dans les cabinets médicaux de médecins participants et 2 dans les locaux du service des pistes. 3 stations se situaient en Savoie, 1 en Haute-Savoie, et 1 en Isère.
Les dates étaient fixées en fonction des disponibilités de chacun.

Tableau N°1 : description des focus groups

	Date	Nombre de participants	Lieu	Durée	Département
FG 1 pluri-professionnel	06/12/17	4	Cabinet médical - salle de consultation	1h 40min 20s	Isère
FG 2 mono-professionnel "Pisteurs"	05/02/18	5	Service des pistes - salle de réunion	1h 36min 01s	Savoie
FG 3 mono-professionnel "Médecins"	05/02/18	4	Cabinet médical - salle de consultation	57min 55s	Savoie
FG 4 pluri-professionnel	28/03/18	5	Service des pistes - salle de réunion	1h 44min 19s	Savoie
FG 5 pluri-professionnel	08/04/2018	6	Cabinet médical - salle de consultation	48min 39s	Savoie
FG 6 pluri-professionnel	29/04/18	3	Cabinet médical - salle de consultation	58min 12s	Haute-Savoie

2- De l'alerte à la prise en charge sur piste

2-1- L'alerte

L'alerte était donnée par la victime, son entourage, un employé des remontées mécaniques ou un pisteur-secouriste en patrouille.

Elle se faisait par téléphone au poste central de la sécurité des pistes, qui centralisait tous les appels : *« un service de régulation, au central piste, c'est tout centralisé là » PS2*.

Le secrétaire identifiait le problème et localisait la victime : *« on a plus ou moins la nature du traumatisme, et […] l'endroit » PS12*.

L'alerte était ensuite retranscrite aux pisteurs : *« ça part […] par radio ou par téléphone sur les postes de secours » PS2*, qui *« détachent ensuite 1, 2 pisteurs dans l'immédiat pour aller faire l'abordage du blessé » PS2*.

2-2- Qualité de l'alerte

L'identification du problème ou de la blessure conditionnait la suite des moyens mis en œuvre : *« L'alerte et le lieu c'est primordial » PS8*.

Au cours des différents entretiens il ressortait que ce rôle *« primordial »* de l'alerte était parfois effectué par du personnel non formé : *« le souci qu'on a ici c'est que nos régulatrices n'ont pas de formation secourisme » PS2* ; et qui ne faisait *« que de la transmission d'information entre une réception d'appel et une communication radio » PS2*.

Cela retardait souvent la prise en charge : *« on le trouve toujours mais on perd du temps » PS8*. L'impact était surtout important pour les cas *« extrêmement graves » PS8*. L'exemple de l'arrêt cardiaque était cité à plusieurs reprises : un pisteur qui partait pour secourir *« une personne allongée au sol qui ronflait » PS2*, et qui se rendait compte arrivé sur place qu' *« en fait c'était une personne qui faisait des gasp et qui était en arrêt » PS2*.

Les pisteurs-secouristes et médecins interrogés souhaitaient que le secrétaire du poste central puisse bénéficier d'une formation lui permettant d'évaluer le risque vital, afin de pouvoir informer au mieux les secouristes : *« et l'an prochain si elle reste là il faut au moins qu'elle soit PSE1 (premiers secours en équipe niveau 1) dans un premier temps. » PS2*.

Un pisteur secouriste souhaitait également que tout le personnel des remontées mécaniques soit sensibilisé à l'alerte, car ils étaient souvent sollicités par les victimes pour transmettre l'alerte directement aux pisteurs : *« il faudrait qu'on forme les jeunes de la société d'exploitation » PS7.*

2-3- L'abordage de la victime

L'abordage de la victime était décrit de la même façon dans tous les focus groups.

Une fois l'alerte donnée le secouriste partait *« seul avec son traîneau » PS8*, il *« confirm[ait] la localisation » PS8*, faisait *« un petit bilan assez rapide » PS2*, puis *« demand[ait] les moyens humains ou matériels » PS8* nécessaires.

Tous les pisteurs-secouristes interrogés étaient également unanimes sur leur rapidité d'intervention : *« Personne ne peut battre les pisteurs sur le délai entre l'alerte et l'arrivée du pisteur. » PS2.*

Une fois le contact établi les pisteurs-secouristes réalisaient le bilan initial qui déterminait la suite de la prise en charge.

3- Orientation de la victime par le pisteur-secouriste

3-1- Bilan initial

C'était le bilan établi par le pisteur-secouriste après l'abordage de la victime : il rassemblait des éléments indispensables tels que l'identité, les éléments anamnestiques et un examen clinique rapide. Ce premier bilan paramédical se basait sur leur formation initiale et continue.

Les pisteurs-secouristes interrogés bénéficiaient tous de recyclages orientés, essentiels pour leur pratique : *« le recyclage est ciblé sur la profession. Ça je pense que c'est vraiment un atout. » PS3*. Lors de ces recyclages, les formateurs *« insistent […] sur le bilan parce qu'ils nous répètent sans cesse qu'on est les yeux du médecin au bout du fil et on doit lui retranscrire de la façon la plus précise ce que l'on voit» PS9*.

Il existait également des recyclages internes, facultatifs, qui étaient aménagés à l'échelle de chaque service des pistes. Ces moments privilégiés permettaient une *« piqûre de rappel » PS8* et méritaient d'être *« plus fréquents » PS7,* car « *pour la plupart y'a pas d'activité secours sur l'été » PS16*. De plus, selon les participants, ils pouvaient être enrichis en se déroulant dans des conditions réelles, *« en cas vraiment concrets » PS8*, *« dans la pente et pas en salle au chaud » PS8* ce qui *« permettrait de confronter nos expériences » PS7*.

3-2- La notion de gravité

La recherche des signes de gravité était la priorité des pisteurs-secouristes lors d'une intervention sur piste. La présence ou l'absence de ces signes modifiait radicalement la décision d'orientation de la victime : *« On se base surtout sur [...] un problème d'ordre vital [...]. Si on perd une des 3 fonctions, là direct, toutes façons ça va être bilan et puis après le 15 » PS6*. Venaient ensuite les éléments anamnestiques comme, par exemple, *« une forte énergie cinétique » PS8*.

3-3-Les conditions météorologiques

La météo conditionnait l'appel au 15 : *« Après, il peut s'avérer qu'en fonction des conditions météo on sait qu'on n'aura pas d'hélico donc on le demande même pas, même si y'en a besoin. On demande au médecin de station de monter sur place » PS9*.

3-4- La proximité médicale

En comparaison avec des stations dépourvues de médecin, les pisteurs-secouristes reconnaissaient l'importance d'avoir un médecin dans la station : *« Je pense qu'on a la chance, je crois que c'est pas le cas de toutes les stations, d'avoir des médecins à proximité. Pas un, plusieurs, outillés » PS10*.

3-5- L'expérience du pisteur-secouriste

La décision d'orientation était également sous-tendue par l'importance de l'expérience professionnelle de chaque pisteur : *« pour certains cas […] pour nous c'est évident, avec l'expérience. » PS9*.

Cependant, ils reconnaissaient que celle-ci était parfois insuffisante : *« chaque année malgré l'expérience qu'on a, on est confrontés à des trucs qu'on a jamais vu » PS9*.

3-6- Absence de support officiel

D'après les participants il n'y avait *« pas de texte propre aux particularités des manœuvres […], des prises en charge et des conduites à tenir des pisteurs-secouristes » PS1*.

Le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif au PSE1 et PSE2 servait de cadre juridique. Or, celui-ci n'était pas spécifique à l'exercice du pisteur, par exemple : *« si tu es tout seul sur ta piste et que tu fais un maintien tête parce que la victime présente une suspicion de rachis, comment tu appelles tes collègues ? […] tu ne peux pas ! » PS2*.

Les pisteurs-secouristes étaient donc contraints à une adaptation *« tacite » PS1* et en partie détachée des enseignements théoriques : *« les us et coutumes de la profession » PS1*.

3-7- Erreurs d'orientation

Pour les médecins de station, il s'agissait de patients amenés au cabinet médical alors qu'ils présentaient un risque vital nécessitant d'être pris en charge médicalement, directement sur la piste. Ils reconnaissaient que ce n'était *« pas fréquent » MM2* et *« toujours [dans] des circonstances un peu particulières » MM3*.

Les médecins souhaitaient pouvoir débriefer de ces situations avec les pisteurs-secouristes : *« si il pouvait y avoir un débrief' ou même qu'on reparle, qu'on ré-expose tout ça une fois par an de façon anonyme » MM5*.

3-8- Protocole d'orientation de la victime

Il existait des critères de médicalisation communément utilisés : *« dans le référentiel PSE1 PSE2 on a des cas de médicalisation » PS13*, comme par exemple pour le traumatisme crânien : *« obnubilé, somnolence, vomissements » PS8.* Ces critères étaient évolutifs dans le temps : *« cette année ils nous ont dit une suspicion de fémur vous faites un 15 » PS6*.

Ainsi pour *« le secours classique, un genou, un poignet tordu » PS3*, c'était les pisteurs-secouristes qui prenaient la décision d'orientation. Pour les cas graves et/ou complexes ils reconnaissaient : *« on peut pas prendre la décision nous-mêmes de toute manière parce qu'on sait pas ce qui est le mieux et [...] qui sera en réalité le plus rapide. » PS5*. De plus un pisteur-secouriste soulignait que mettre *« un protocole en place [...] c'est difficile parce qu'il y a pas un secours qui se ressemble : les lieux, la météo… » PS7*.

Ainsi, aucune des stations investiguées n'utilisait un protocole d'aide à la décision d'orientation pour les pisteurs.

4- Médicalisation

Lorsqu'un secours dépassait leurs compétences, les pisteurs-secouristes pouvaient avoir besoin d'un avis médical ou même d'une intervention médicale urgente : *« nous on est formés, on sait faire des choses, dès que ça dépasse on appelle au secours un médecin » PS7*.

4-1- Demande de médicalisation par le centre 15

Les médecins et pisteurs-secouristes déclaraient que toute médicalisation passait *« par le 15, que ce soit une demande de secours héliporté »* ou *« d'avis médical » PS9*, et cela pour différentes raisons :

- la connaissance de l'offre de soins : *« ça reste quand même le 15 qui sait les moyens disponibles » MM7* ;
- l'importance des moyens disponibles : *« habituellement la médicalisation c'est hélico » PS13* ;

- la rapidité d'intervention : *« le 15 peut toujours trouver un moyen plus rapide » MM7* ;

- la décharge de la responsabilité du secours : *« ça nous dédouane un petit peu d'une certaine manière parce que c'est donc un médecin régulateur […] qui va lui prendre une décision » PS 10*.

L'appel du centre 15 se faisait par le pisteur secouriste qui *« pass[ait] un bilan au central et le central le retranscri[vait] au 15 » PS7*, il n'avait donc *« pas directement le médecin du 15 » PS7*. Selon les participants, cela causait *« des pertes d'informations qui étaient essentielles, […] c'est le problème du téléphone arabe » MM8*.

Il existait une fiche-bilan commune aux pisteurs et aux secrétaires du poste central pour les secours nécessitant une médicalisation : *« le pisteur a sa fiche-bilan, la régulatrice […] aussi, c'est la même […], sur le secours grave » PS2*. L'objectif de cette fiche était d'assurer l'exhaustivité du bilan au 15.

4-2- Orientation vers un centre de soins approprié

La décision d'orientation se faisait en fonction de *« la gravité du patient, le secteur où ça se situe, à l'heure où ça se situe, conditions météo et disponibilité du médecin » PS17*.

Les pisteurs-secouristes étaient, initialement, *« maîtres de cette décision » PS10*, car ils prenaient la décision d'appeler le centre 15 ou d'évacuer le blessé vers le cabinet médical de station.

En revanche tous les pisteurs s'entendaient pour dire qu'une fois le centre 15 informé du secours il avait *« la main sur […] la suite de la victime » PS8*. Cela pouvait poser problème car il y avait *« parfois des délais trop longs » MM1*, en fonction de la disponibilité de l'hélicoptère ou des équipes du SMUR.

D'autre part, ils précisaient à plusieurs reprises que certains régulateurs *« ne sav[aient] pas forcément qu'il y a[vait] des médecins correspondants SAMU » MM1*, et *« ne connaiss[aient] pas du tout la géographie locale » MM4*, ce qui amenait parfois à *« des trucs aberrants » MM4*, comme *« une luxation d'épaule qui va partir à l'hôpital directement » MM4* par exemple.

Pour pallier à ce problème les pisteurs-secouristes et médecins interrogés proposaient de compléter leur bilan téléphonique au centre 15 *« en orientant directement ou en suggérant au régulateur » PS5*, la possibilité de faire appel à un MCS ou la proximité du cabinet médical par exemple.

Plusieurs médecins évoquaient également la possibilité de recevoir des blessés au cabinet médical, malgré une indication de prise en charge hospitalière, lorsque le SAMU ne pouvait intervenir dans des délais raisonnables : *« ça peut permettre de faire un pré-tri, de bien calmer la personne et puis qu'il soit opéré le lendemain matin » MM3 parlant d'une fracture de jambe*.

4-3- Appui médical par le médecin de montagne

Outre l'appel au centre 15, la majorité des participants déclarait également faire directement appel aux médecins de stations dans certains cas, pour *« demander un avis médical » PS8*, ou pour que les médecins *« se déplacent sur les pistes » PS13*.

L'intervention d'un médecin sur piste était nécessaire pour de l' *« antalgie le plus souvent […] » MM8* ou pour une *« cause médicale, souvent […] cardiologique » MM8*.

La majorité des médecins étaient *« très peu appelés sur les pistes » MM1*. D'ailleurs ils exposaient une certaine réticence à ces interventions car la charge de travail au cabinet était très importante en pleine saison : *« je pouvais pas laisser une salle d'attente pleine » MM10* ; mais également parce que cela pouvait faire perdre du temps à la victime : *« si tu mets 3 quarts d'heure pour arriver auprès du blessé, ils ont meilleur temps de le coller sur un traineau et puis de le descendre » MM3*.

À l'inverse, il y avait une station de l'échantillon où les interventions sur piste se faisaient *« plusieurs fois par semaine » MM8*, parce que les médecins avaient fait ce choix et s'étaient *« donné les moyens d'offrir cette disponibilité » MM8* en augmentant l'effectif du cabinet.

Cependant, dans la plupart des stations, ce n'était *« pas les médecins du cabinet médical » PS10* qui prenaient la décision d'orientation et les pisteurs avaient pour consigne de faire appel au 15 en cas de doute.

5- Prise en charge de la douleur

Gérer la douleur permettait de *« pouvoir conditionner la personne et de l'extraire » PS1*.

5-1- Par les pisteurs

Les pisteurs étaient *« désemparés » PS9* face à une *« douleur vraiment très vive » PS9* et évoquaient tous, avec humour, *« la technique des bronzés » PS7*.

Ils disposaient d'éléments non médicaux tel que *« l'immobilisation, le froid éventuellement » PS13* et les *« collègues » PS11* car le travail en équipe permettait de conditionner plus facilement le membre lésé.

Ils estimaient également que leur *« rôle d'un point de vue psychologique […] [était] super important » PS9*, pour *« rassurer » PS16* la victime et la distraire de la douleur.

Un des participants évoquait d'ailleurs *« l'hypnose ericksonnienne, ou du moins des techniques de communication dans le soin » PS16*, dans le but d'établir *« une relation de confiance » PS16* avec le blessé pour *« faire diminuer cette douleur » PS16*.

L'utilisation de *« gaz hilarant » PS5* était proposée par un pisteur ayant eu une expérience professionnelle à l'étranger : *« en Australie ils ont l'Entonox® » PS6*. La problématique soulevée était la connaissance des *« contre-indications » PS8* éventuelles de ce produit.

Un médecin évoquait un autre outil antalgique qui pouvait être utilisé sur les pistes : *« maintenant il y a des choses qu'il faut juste inhaler, pallier 2 voire 3, qui ont peu de contre-indications et d'effets secondaires » MM1 parlant du Penthrane.*

Dans tous les cas les pisteurs-secouristes reconnaissaient : *« si c'est trop douloureux, et ça arrive, on fait appel à un médecin » PS8*.

5-2- Infirmier-pisteur

A la recherche de solutions pour gérer la douleur, la notion d'infirmier-pisteur était apparue dans tous les entretiens.

Il était considéré comme étant une *« compétence supplémentaire dans un service des pistes » PS9*, son rôle principal était *« l'antalgie […] préparer un cathéter, mettre une perf » PS1, « balancer un petit coup de morphine » MM7*.

L'infirmier-pisteur agirait *« avec un protocole infirmier » PS9*, en collaboration avec les médecins de stations et le centre 15 : *« un antidouleur qui est administré par l'infirmier sapeur-pompier, avec l'aval du régulateur du centre 15 ou le médecin du cabinet médical, ou les deux » MM8*.

Il existait, malgré tout, quelques réticences :

- le risque de surdosage ou de mauvaise tolérance des antalgiques : *« sous morphine, on n'arrive pas à leur faire les radios, ils tiennent pas debout » MM10* ;

- l'organisation au sein du service des pistes : *« est-ce que le pisteur-infirmier si il est tout seul en tant qu'infirmier sur le domaine va pas avoir tendance du coup à faire moins le boulot de pisteur pour être tout de suite présent au cas où il y aurait besoin de l'infirmier sur un secours » PS11* ;

- l'intégration dans l'équipe : *« Quand quelqu'un a essayé ici de s'amener comme ça, […] ça en dérangeait quand même quelques-uns » PS10*.

5-3- Protocole douleur

Une autre solution évoquée, car déjà utilisée ailleurs, était l'utilisation d'un protocole douleur : *« les pisteurs […] donnent des médicaments sur prescription du médecin. » PS1*.

Dans ce protocole les pisteurs-secouristes *« ont du paracétamol dans les sacs, […] ils ont un protocole qui est fait par un médecin de station » MM1*. A l'aide d'une *« échelle numérique d'évaluation de la douleur » MM9*, ils utilisent *« un protocole en fonction du chiffre donné par le patient » MM9*.

Il était néanmoins rappelé que *« les allergies […], ça doit être pensé dans ce protocole » MM10*.

Au cours des entretiens certains pisteurs-secouristes semblaient intéressés : *« ça ne me dérangerait pas, c'est toujours plus facile d'échanger avec les gens quand ils ont moins mal » PS15* ; mais tout de même avec certaines réticences, notamment au niveau de la responsabilité

: *« si y'a un pépin, une surdose ou n'importe quoi, ça restera toujours de la faute du secouriste qui a complètement dépassé ses prérogatives » PS16* ; et des connaissances : *« on a pas été formés pour donner des médicaments contre la douleur » PS17.*

À contrario les médecins étaient très favorables à ce genre de protocole :

- *« un protocole douleur, avec une délégation de soins par un médecin moi je serais vraiment pour » MM8 ;*
- *« Je pense que c'est faisable » MM10 ;*
- *« si c'est pour un doliprane® orodispersible à mon avis on pourrait protocoliser ça assez facilement » MM9.*

6- Moyens humains & matériels

6-1- Moyens matériels à disposition du pisteur-secouriste

Le matériel était évoqué différemment selon les stations :

Dans certaines, les pisteurs-secouristes constataient *« plein de petites évolutions » PS2* et un enrichissement de leur équipement. Dans d'autres au contraire, ils constataient que *« le renouvellement [était] lent » PS7*, entraînant une inégalité au sein d'une même station entre les postes de secours.

Tous les pisteurs-secouristes étaient d'accord pour dire que la qualité du matériel impactait le secours : *« on doit pouvoir porter assistance dans les meilleures conditions avec du matériel récent » PS8*. Pour cela, pisteurs et médecins s'impliquaient : *« il faut montrer qu'il y a un intérêt à acheter certains outils » PS2* ; et développaient de nouveaux outils : *« on a mis au point un système […] avec une luge qu'on a mis derrière un scooter » PS16*, et cela dans l'objectif d'avoir *« une meilleure prise en charge » PS2* et plus de *« confort pour nous et pour la victime » PS16.*

L'utilisation de ces nouveaux équipements devait s'accompagner d'une formation, qui manquait parfois : *« on ne sait pas les utiliser » PS1.*

Le local du service des pistes pouvait avoir vocation à accueillir des victimes. Cependant il n'était pas toujours adapté, comme par exemple pour prodiguer les premiers soins : *« ils ont pas du tout pensé à un endroit d'accueil pour mettre un pansement »* ou *« allonger une personne »,* le brancard étant *« dans la salle de réunion » PS9.*

6-2- Secours héliporté

L'hélicoptère était un moyen incontournable de médicalisation et d'évacuation des victimes en zone de montagne.

Une des stations possédait un altiport avec une Unité Médicale Héliportée (UMH), couvrant une zone géographique définie. La médicalisation était assurée par *« un pool de plusieurs médecins »,* urgentistes ou anesthésistes-réanimateurs assurant *« une garde de 24h à l'altiport » MM1*. Ce détachement héliporté était saisonnier et limité *« à la période d'ouverture des stations » PS1*.

Ailleurs, même si les stations ne possédaient pas d'UMH, des moyens d'évacuation héliportée existaient à proximité.

Cependant, malgré leur *« accès facile sur site » MM1*, les secours héliportés médicalisés n'étaient pas toujours disponibles. Le délai d'intervention était variable : *« des fois on fait comme ça (claquement de doigt) et on a l'hélicoptère » PS1* et *« on a un délai de 30, 40 [min] voire 1h parfois donc [...] on attend. » PS8*. Cette imprévisibilité était liée au nombre important de secours en saison hivernale, les interventions se faisant par ordre de gravité : *« l'hélico va décoller puis il va être détourné à telle autre station parce qu'il y a un arrêt cardiaque, après il va être re-détourné pour un traumatisme crânien grave » MM3*. Dans l'intervalle, la victime attendait *« dans un milieu hostile »* et *« mobilis[ait] une équipe de secouristes » PS8*.

Les grandes stations investiguées disposaient d'un hélicoptère local non médicalisé destiné au transport de victimes. Il pouvait être utilisé *« pour évacuer les gens soit dans des lieux inaccessibles [...] soit pour une question de confort, de gain de temps » PS5*. Cependant, des cas d'utilisations abusives étaient relevés avec *« une tendance à systématiser le transport en hélico » PS3*.

Dans des cas d'urgences vitales où le SMUR héliporté était déjà débordé, *« ils pren[aient]l'hélico de la station et ils le médicalis[aient] avec le médecin de la station, c'est déjà arrivé, le seul souci c'est qu'il l'emmen[ait] pas directement sur un centre hospitalier parce que c'[était] pas un hélico adapté. » PS8*.

6-3- Médecin correspondant du SAMU (MCS)

Les MCS étaient un outil supplémentaire du SAMU *« surtout quand il fait mauvais temps… que l'hélico peut pas voler » MM3* ou que le SMUR était temporairement indisponible.

Parmi les dix médecins participants, huit étaient MCS et amenés à intervenir sur les pistes en tant que tels.

En théorie ils étaient déclenchés par le centre 15, mais en pratique ils intervenaient souvent à la demande du service des pistes et s'identifiaient secondairement : *« si nous on estime que c'est une mission qui relève d'une mission MCS on appelle le centre 15 on passe un bilan et on s'identifie comme MCS » MM8*.

Cependant ils rappelaient que les centres 15 préféraient les *« déclencher eux-mêmes » MM7* pour éviter des situations gênantes : *« on gérait le patient puis on se rendait compte que le centre 15 ils n'étaient pas au courant » MM3*.

Dans le même sens, un médecin rapportait que la systématisation de l'appel au centre 15 *« facilite […] les histoires de MCS parce que le centre 15 est au courant que l'on part faire une intervention » MM3*.

7- La pluriprofessionnalité

7-1- Relations entre médecins de montagne

Dans certaines stations il y avait plusieurs cabinets médicaux, ce qui impliquait une répartition des blessés *« entre les 2 cabinets médicaux qu'il y a sur la station […], en équilibrant les secours de manière assez équitable » MM1*. Cela provoquait parfois une

rivalité palpable : *« Ça fait 28 ans que ça dure, ça a été haut en couleur » MM3 ; « Des petites incartades au conseil municipal » MM4*.

Une solution évoquée par la plupart des médecins était *« une structure unique »* avec *« tous les médecins ensemble » MM1*.

7-2- Relations entre pisteurs

Les pisteurs-secouristes mettaient en avant leur solidarité : *« il y a un travail d'équipe qui fait qu'au final on arrive toujours à faire quelque chose de bien » PS2*.

Ils déploraient cependant *« un manque de débrief[ing] » PS10*, qu'ils décrivaient comme informels : *« Entre nous au café le matin, mais c'est pas formalisé » PS13*, et s'accordaient pour dire que *« sur tous les gros secours, faudrait faire des débriefings d'intervention » PS8*. En revanche, certains reconnaissaient que *« d'un point de vue organisationnel c'est compliqué à faire » PS3*.

Le manque *« de soutien psychologique » PS5* en cas de secours grave était également souligné à plusieurs reprises, de même que l'absence de formation à l'accompagnement de l'entourage de la victime : *« gérer les amis, l'entourage, […] on n'a pas de formation à ça et […] malgré tout on y est confrontés. » PS8*.

7-3- Interaction entre médecins et pisteurs

Cette interaction était liée à l'existence, ou non, d'un accès direct des pistes au cabinet médical. Dans l'échantillon, trois cabinets médicaux sur cinq n'avaient pas d'accès direct sur piste.

En effet, dans ce cas les professionnels affirmaient qu'il n'y avait *« pas vraiment d'interaction […] entre les pisteurs et les médecins de station » MM1* car il y avait *« l'intermédiaire des ambulances entre les 2 » MM7*. Pour la plupart des participants, cet intermédiaire constituait *« une rupture dans la chaîne » MM1,* car *« avec l'ambulance c'est l'homme qu'a vu l'homme qu'a vu l'homme qu'a vu l'ours » MM10*.

Pour certains médecins le contact direct avec le pisteur permettait d'obtenir *« des informations précieuses »* MM4 sur *« comment il le trouvait, comment il avait ramassé la*

personne » MM3. Alors que pour d'autres cela ne semblait pas être un réel problème : *« quand les pisteurs étaient là c'était sûrement un petit peu mieux mais je ne trouve pas que cela gêne énormément » MM2*. D'autant plus qu'il existait une certaine résignation au changement : *« finalement on peut pas faire autrement, c'est comme ça » MM7*.

En revanche, les cabinets possédant un accès direct sur piste avaient une interaction quotidienne avec les pisteurs : *« on a un vrai contact : on les voit pendant les secours […] on discute un petit peu de comment s'est passé le secours, […] on s'apprécie pas mal dans les équipes » MM10*.

Indépendamment de cette problématique, dans certaines stations il existait une communication par *« la radio des pistes » MM4* ou par téléphone, qui permettait d'alerter le cabinet médical de l'arrivée d'un blessé, systématiquement ou en cas de secours grave uniquement. Cela permettait au personnel du cabinet d'anticiper : *« on va s'arranger pour déblayer, pour dégager pour que la personne soit prise en charge tout de suite » MM7*.

7-4- Partage de connaissances médicales

Lorsqu'il était présent, ce partage se faisait par un retour médical écrit : *« on a un résumé […] des secours qu'on a envoyé au cabinet médical » PS9* ; mais également par *« retour direct » PS12* dans les stations qui avaient un accès direct des pistes au cabinet médical.

Dans ce cas-là le pisteur pouvait *« voir la radio » MM4* et les professionnels interrogés considéraient unanimement que *« c'est super formateur » PS3*, cela permettait aux pisteurs de progresser dans leur pratique : *« c'est hyper important pour nous et ça nous permet […] de nous améliorer » PS16.*

En revanche dans les cabinets sans accès direct, c'était vécu comme une *« frustration de tout le monde » MM4* : que ce soient les médecins : *« je suis un petit peu frustrée […] parce que je pense que les pisteurs ça les intéresse, de vraiment voir ce qu'avait la personne qu'ils ont transporté » MM7* ou les pisteurs : *« ça c'est une grosse perte je trouve par rapport à la qualité de notre boulot de secouriste » PS5.*

Une des stations de ski de l'échantillon organisait également des topos *« une seule fois en début de saison » MM9*, *« à la demande du chef du service des pistes » MM9*, sur des sujets variés : *« l'AVC […], l'hypothermie... » MM9*. Pour les médecins c'était *« l'occasion aussi de*

leur montrer le nouveau matériel […], par exemple l'intra-osseuse » MM8, et ils en profitaient également *« pour faire un retour sur des cas particuliers » MM8*.

Dans les autres stations, médecins et pisteurs évoquaient spontanément cette possibilité :

- *« L'idéal c'était de faire des réunions en début de saison, une réunion médecin-pisteur et puis discuter ensemble, ça s'est jamais fait ça encore. » MM4* ;

- *« Si on pouvait avoir des échanges avec les médecins en début de saison et en fin de saison » PS5.*

Mais un médecin admettait que *« ça demand[ait] pas mal de travail » MM3*. De plus, il existait une certaine difficulté à initier le changement : *« Je me vois mal aller voir le service des pistes pour changer complètement leurs habitudes » MM3*.

En complément, les pisteurs souhaitaient voir les médecins intégrer leurs recyclages : *« normalement, c'est censé d'avoir un médecin dans le recyclage » PS5*. Ce qui se faisait déjà dans certaines stations, soit par le médecin de montagne soit par un *« médecin urgentiste aussi qui v[enait] superviser la journée de recyclage » PS9*.

7-5- Collaboration

Dans le cas des stations ayant un cabinet sur le front de neige, les équipes travaillaient *« en collaboration, le mieux possible » PS17*, les pisteurs *« aid[aient] assez facilement sur des blessés un peu compliqués » MM10* et pouvaient même *« participer un peu aux radios » PS17*. Pour les professionnels cela n'avait que des avantages :

- *« Y'a une bonne communication entre les pistes et le cabinet médical et du coup ça améliore un peu le travail pour tout le monde » MM9 ;*

- *« on a l'impression d'avoir vraiment un gain de temps dans la chaîne de secours » PS13*.

Pour les autres stations, la solution d'un *« nouveau complexe cabinet médical […] avec accès piétons et accès pistes » MM7,* était spontanément évoquée.

De plus, pour tous les participants *« l'idéal serait que le cabinet médical et le central soit au même endroit » MM8,* dans l'idée d'avoir une *« interaction complète avec le central des*

pistes » MM1 et de pallier au manque de communication et de collaboration : *« je pense que ça aiderait […], parce qu'on parlerait plus, on se connaîtrait […]. Du coup je pense que ça résoudrait pas mal de problèmes » MM6*.

DISCUSSION

1- Principaux résultats et mise en perspective

De la pluriprofessionnalité vers l'interprofessionnalité

Les entretiens mettaient en évidence un manque d'interactions entre médecins de montagne et pisteurs-secouristes dans la majorité des stations investiguées. Cependant, le désir de collaboration était bien présent :

- Les pisteurs évoquaient le besoin de retour médical sur les blessés transportés et leur envie de voir des médecins participer à leurs formations.
- Les médecins parlaient de leur frustration vis-à-vis du manque de contacts avec les pisteurs.

Les participants ont souligné que le fondement de leurs décisions était d'améliorer l'efficience dans la prise en charge des victimes. Pour cela, favoriser le développement de la collaboration interprofessionnelle dans la chaîne des secours en station semble une réponse logique et un préalable indispensable à cet objectif partagé.

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude sur l'interprofessionnalité entre pisteurs-secouristes et médecins. Le travail du Dr Florence Policard (8) a permis de montrer que, lorsque médecins et infirmiers partagent un temps de formation commun, ils développent des compétences collaboratives notamment en situation d'urgence. Il semble pertinent d'extrapoler ce modèle aux médecins et pisteurs-secouristes pour développer les échanges interprofessionnels et favoriser une meilleure prise en charge par les équipes qui auront participé à des formations communes.

De plus, le Dr Pierre Michelon (9), dans son travail de thèse sur les traumatismes de l'épaule, met en évidence que 64% des médecins ne font pas d'informations aux pisteurs, alors que 72% des médecins estiment que cela serait utile. Lors des entretiens, il n'y avait pas de médecin opposé à l'idée de partager ses connaissances avec les pisteurs. Dans ce contexte, il paraît important de faire participer les professionnels à des réunions pluri-professionnelles en début et fin de saison, ainsi que d'organiser des débriefings de secours graves. Les médecins de montagne pourraient proposer d'intervenir lors des recyclages des pisteurs-secouristes, en

collaboration avec les formateurs. Ce temps de formation pourrait être l'occasion de faire une présentation sur une pathologie et sa prise en charge médicale, de présenter du nouveau matériel ou de nouveaux protocoles.

Un local unique pour favoriser la communication

La communication était décrite comme précieuse et nécessaire au bon déroulement de la chaîne des secours. Elle pourrait être favorisée par le rassemblement géographique et physique des médecins et pisteurs. En effet, la majorité des participants évoquait l'idée d'un centre médical unique, couplé au service des pistes.

Un projet d'une telle envergure implique un financement extérieur, qu'il soit public par la commune, le département, l'ARS, la communauté européenne, ou privé par la société d'exploitation des pistes par exemple. Dans 3 stations de ski investiguées ce projet était en cours de discussion entre les médecins, la commune et le service des pistes, parfois depuis de nombreuses années. Il serait intéressant de réaliser une étude sur ce fonctionnement lorsqu'il sera mis en place.

Ce projet sous-entend également de rassembler tous les médecins dans le même cabinet et les médecins interrogés y étaient favorables.

Comme rapporté dans l'étude des Drs M. Durand et N. Brizard (10), la charge de travail importante durant l'hiver inquiète et repousse les jeunes médecins, cependant la création de maisons médicales ou de maisons de santé pluridisciplinaires permet de répartir cette charge et de rendre l'exercice en station plus attractif. Une autre étude réalisée par Dr C. Bertrand (11) en 2017 montre que 48.6% des médecins de stations exercent en cabinet de groupe, 22,2 % en maison de santé pluridisciplinaire, contre 29,2 % qui exercent seuls. Des données de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) datant de 2009 permettent de constater une tendance à l'augmentation des modes d'exercice en groupe, elles notaient que l'exercice en groupe représentait 40%, et l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire 14,3% (12).

La création de centres de soins uniques en station de ski aurait donc un avantage démographique et pratique dans l'exercice de la médecine de montagne.

Accès direct sur piste

Parmi l'échantillon, 2 stations fonctionnaient avec ce système : le cabinet médical était sur le front de neige et les pisteurs y emmenaient les blessés en traineau. Les professionnels des 3 autres stations souhaitaient également adopter ce mode de fonctionnement.
En effet, il est apparu qu'un accès direct au cabinet médical améliorait le transfert d'informations en se passant de l'intermédiaire de l'ambulance. Il conférait une relation privilégiée entre médecins et pisteurs en permettant à ces derniers de participer aux soins, de visualiser les radiographies et de progresser dans leur pratique.
Cependant, la grande majorité des patients consultant au cabinet n'est pas amenée par le service des pistes. Sa localisation au sein de la station doit favoriser un accès aux soins équitable pour tous. L'implantation d'un nouveau cabinet devrait aboutir à un compromis géographique satisfaisant cet objectif prioritaire.

Utilisation d'un protocole douleur

La mise en place d'un protocole permettant aux pisteurs d'administrer des antalgiques sur piste a été évoquée par les médecins de montagne. En effet un protocole expérimental est déjà en vigueur dans 3 stations de Haute-Savoie. Il a été rédigé par le Dr M. Barthes, en accord avec le directeur du service des pistes de la station et le chef du SAMU 74. Les pisteurs-secouristes désireux de l'utiliser doivent assister à une formation dispensée par le médecin de station.

• Depuis 4 ans dans la station de Flaine et un an dans la station des Carroz, les pisteurs peuvent proposer du Paracétamol aux victimes.

• Depuis une saison dans les stations de Flaine et Avoriaz ils peuvent proposer du Penthrane après avoir obtenu l'accord du médecin de station par téléphone. Il s'agit d'un antalgique non opioïde à inhaler qui est une alternative intéressante car il est pratique et facile d'utilisation : auto-administration, petite taille. Ce traitement était d'ailleurs évoqué par un des médecins de l'échantillon.

Les avis des pisteurs sur ce protocole divergeaient grandement. Leur plus grande crainte était le manque de formation nécessaire à l'administration d'un traitement. Cependant une formation des pisteurs par les médecins de station lors d'une réunion en début de saison semble réalisable.

L'autre réticence formulée était la mise en jeu de la responsabilité du pisteur. Le code de santé publique stipule que les médicaments doivent être délivrés en officine sous le contrôle du pharmacien (13). Seuls certains médicaments, inscrits dans le référentiel national des dispositifs prévisionnels de secours annexé à l'arrêté du 7 Novembre 2006 (14), peuvent être délivrés par les secouristes. Cela comprend notamment un kit d'accident d'exposition au sang, de l'antiseptique cutané, du sérum physiologique, un nécessaire à pansement et de l'oxygène. Les pisteurs-secouristes ne sont couverts que dans les stations ayant mis en place ce protocole expérimental. Le respect strict de la trame du protocole est nécessaire : interrogatoire, indications, contre-indications, proposition du médicament.

Cette avancée constituerait donc une solution aux difficultés des pisteurs face à la douleur sur piste. Cependant, l'utilisation d'un tel protocole implique un bilan initial précis par le pisteur-secouriste, et il semble important de le standardiser afin qu'il permette une prise de décision médicale à distance.

Par ailleurs, à l'échelle internationale :

- les pisteurs australiens utilisent déjà de l'Entonox® et du penthrane (15) ;

- les pisteurs canadiens et écossais utilisent également de l'Entonox® (16) ;

- depuis 2016, les pisteurs suisses du Valais peuvent administrer du paracétamol et du tramadol (17). Leur utilisation est soumise à une formation obligatoire, renouvelée annuellement (18).

- de plus la Fédération Internationale des Patrouilles de Ski (FIPS) (19) a lancé l'année dernière une enquête internationale intitulée « Analgesia Use in Ski Patrol » (20). Celle-ci ouvrira probablement sur de nouvelles recommandations internationales et une évolution de la prise en charge antalgique sur piste.

Enfin, des programmes d'échanges internationaux pour les pisteurs existent depuis de nombreuses années entre la France, l'Australie, les Etats-Unis, la Nouvelle-Zélande, le Canada, L'Argentine, le Chili et l'Autriche. En partageant leurs expériences, les pisteurs-secouristes permettent une évolution des pratiques.

Mise en place d'un infirmier-pisteur

Dans toutes les stations investiguées, les pisteurs évoquaient spontanément la possibilité d'intégrer un infirmier-pisteur à leur service des pistes, d'autant plus qu'il existe, dans plusieurs stations, des pisteurs titulaires du diplôme d'infirmier. Cette unanimité a peut-être été influencée par la sortie, en début de saison, du 2e numéro de PisteurMag (21), le magazine des pisteurs-secouristes. En effet, dans ce dernier, était présentée l'expérience pilote menée à la Clusaz où un infirmier-pisteur exerce sa double-casquette depuis février 2017. Ce poste a fait l'objet d'une convention entre le service des pistes et le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) du 74. Dans ce mode de fonctionnement, il agit sous la responsabilité du SDIS lorsqu'une victime nécessite un geste infirmier ou l'application d'un protocole infirmier de soins d'urgence (PISU).

Une évaluation du bénéfice dans la pré-médicalisation des urgences et dans la prise en charge antalgique devrait cependant être menée avant l'extension du dispositif.

Dans la littérature, il existe un autre exemple de collaboration, au Colorado (22). Des infirmiers formés à l'urgence et à la réanimation étaient invités à assister les pisteurs-secouristes dans leur exercice. Ce véritable programme de collaboration associait une formation paramédicale de 2 jours dispensée par des médecins spécialistes, le développement de mises en situation sur des traumatismes et des pathologies médicales spécifiques, et même des stages pour les pisteurs dans un trauma center de niveau 1 à Denver. Enrichis par ce contact avec les infirmiers, les pisteurs s'étaient améliorés dans la gestion des urgences sur piste.

À défaut d'infirmier-pisteur, il pourrait être imaginé que de tels échanges de pratiques voient le jour, renforçant la formation continue, l'évaluation clinique initiale et le choix d'orientation des victimes par les pisteurs-secouristes.

Comment aider la décision d'orientation des pisteurs ?

Lorsque les pisteurs rencontraient des difficultés, ils pouvaient faire appel à un médecin et transféraient la responsabilité de la décision d'orientation. D'après les médecins interrogés, les erreurs d'orientation amenant un blessé grave au cabinet alors qu'il aurait dû bénéficier d'un transfert immédiat en milieu hospitalier étaient rares et souvent liées à des circonstances

particulières. À l'inverse, celles entraînant un transfert hospitalier d'une victime pouvant être prise en charge dans le cabinet de station semblaient plus fréquentes, avec un coût supérieur et des délais de transport parfois trop longs.

Dans les stations investiguées, l'utilisation par les pisteurs d'un protocole clair pour l'orientation des victimes n'a pas été mise en évidence. Les pisteurs décrivaient des secours bénins, pour lesquels ils prenaient la décision d'orientation de la victime vers le cabinet médical, et des secours graves, engageant le pronostic vital, pour lesquels ils faisaient appel au SAMU sans hésiter. En revanche, ils reconnaissaient l'existence de situations intermédiaires où la prise de décision était difficile pour le pisteur-secouriste. Ce sont principalement ces situations qui sont à l'origine d'erreurs d'orientation.

Ces écueils pourraient être évités en adoptant un protocole d'orientation des victimes en fonction de leur traumatisme et de leur état clinique. C'était l'objet du travail de thèse du Dr Jacques Champagne (6) qui a élaboré un « référentiel pisteur » pour les pathologies traumatiques rencontrées en station. Son travail a abouti à une classification des blessés en 3 niveaux de gravité permettant aux pisteurs d'orienter les victimes vers le centre de soins approprié à leur état. Il le présente sous forme d'algorithmes faciles d'utilisation. Le niveau 1 correspond à des traumatismes non urgents, le niveau 2 à des blessés nécessitant une prise en charge rapide (< 1h) et le niveau 3 aux blessés présentant une détresse vitale selon les critères de recours à l'aide médicale urgente (AMU) (Annexe N°10).

Il paraît important de parvenir à la diffusion de ce référentiel auprès des services des pistes car il pourrait s'agir d'un outil fiable et pratique permettant de limiter les erreurs d'orientation et d'harmoniser les pratiques des pisteurs-secouristes sur le territoire national.

Vers une standardisation de la médicalisation sur piste

Les médecins interrogés étaient favorables à un appel systématique au 15 par les pisteurs pour toute demande de médicalisation ou d'avis médical. Cela pour différentes raisons : l'aspect médico-légal, la simplification des déclenchements MCS, la coordination des acteurs et des moyens de transports, et le gain de temps pour la victime.

Cet appel au 15 doit donc être protocolisé pour éviter d'appeler le SAMU par excès, entraînant une surcharge d'appels et un risque d'incohérence dans l'orientation. Tous les participants

étaient d'accord sur le fait que cet appel doit être systématique dans les urgences vitales. Celles-ci doivent cependant être définies et harmonisées entre toutes les stations. Au niveau traumatique, ces urgences vitales correspondent aux blessés de niveau 3 du « référentiel pisteur ». Pour les blessés de niveau 2, en fonction du niveau de soins qu'ils peuvent assurer dans leur cabinet, les médecins de montagne pourraient jouer un rôle dans la régulation locale car ils connaissent leur disponibilité et leur capacité d'intervention.

En effet, bien que le secours héliporté médicalisé soit le plus pertinent pour la prise en charge d'une victime grave sur piste, les participants décrivaient des délais d'intervention du SMUR variables, et le plus souvent liés à des facteurs non modifiables. Les alternatives au secours médical héliporté sont primordiales et impliquent de fait une médicalisation par les médecins de station. Cependant les modes de médicalisation sur pistes variaient considérablement d'une station à une autre.

Dans une station de l'échantillon les médecins intervenaient sur piste plusieurs fois par semaine, le plus souvent en collaboration avec le SAMU. Ces interventions se faisaient dans le cadre d'une mission MCS si le médecin intervenant considérait qu'il s'agissait d'une situation répertoriée dans le cahier des charges MCS. Cette pratique était un choix des médecins présents et constituait un avantage indéniable, aux yeux des pisteurs-secouristes, dans la qualité de prise en charge des victimes. Cependant d'autres médecins de l'échantillon ne souhaitaient pas intervenir trop souvent sur les pistes. Par conséquent, il paraît difficile d'extrapoler ce système à toutes les stations de ski, d'autant plus qu'il serait difficilement applicable dans les petites stations n'ayant qu'un ou deux médecins en poste.

Dans la majorité des stations les médecins pouvaient être contactés directement par le service des pistes, soit pour un avis médical téléphonique, soit pour une demande d'intervention sur piste. Il s'avérait que l'intervention des médecins, déclenchée par les pisteurs, ne comportait pas de cadre légal clairement défini.

Pour la sécurité des médecins, il paraît donc important de définir le cadre dans lequel se déroulent ces interventions sur piste. Les interventions ne rentrant pas dans le cadre des missions MCS pourraient faire l'objet d'une convention entre le service des pistes et les médecins. Néanmoins, ces derniers devraient être couverts par une assurance en cas de problème lors de l'intervention.

Une réflexion doit être menée sur le déroulement des interventions des médecins de station afin d'éviter les situations gênantes décrites dans les entretiens.

Optimiser la communication avec le poste central

La communication des pisteurs avec le centre 15 se faisait par l'intermédiaire du secrétaire du poste central, qui jouait donc un rôle prépondérant dans la transmission d'informations. Cette chaîne de communication était souvent qualifiée de « téléphone arabe » par les participants. De plus, les secrétaires ne recevaient pas tous une formation à la régulation, ce qui pouvait générer des erreurs importantes.

Pour pallier à ces difficultés, les stations investiguées utilisaient une fiche-bilan commune entre pisteurs et secrétaires, permettant de retranscrire les informations du bilan initial au médecin régulateur. Cette fiche était propre à chaque station.

Sachant que la communication directe entre pisteurs et régulateurs du SAMU est très difficile à mettre en place, plusieurs pistes d'amélioration ont été identifiées :

- L'utilisation de fiches-bilans standardisées, identiques d'une station à une autre pourrait faire l'objet d'un travail entre les centres 15, les services des pistes et les médecins de montagne. Ainsi, quelle que soit l'alerte, le SAMU disposerait de la même qualité d'information. Cette fiche devrait être pratique d'utilisation et constituer une trame permettant aux pisteurs de réaliser un bilan complet. Elle serait remplie en direct par le secrétaire du poste central avec les éléments du bilan passé par le pisteur, afin de garantir la transmission des éléments essentiels au régulateur.

- La formation à la régulation devrait être obligatoire pour les secrétaires du poste central. C'est un poste très important dont dépend la reconnaissance de la gravité et de l'urgence de l'appel, mais aussi le recueil et la transmission d'informations qui doivent être fiables et utilisables par les professionnels. En ce sens, leurs responsabilités sont similaires à celles des assistants de régulation médicale (ARM) du SAMU. Leur formation devrait donc s'en rapprocher.

Il serait intéressant de réaliser une étude plus approfondie sur le fonctionnement de ces unités de régulation locale afin de proposer des outils adaptés et standardisés permettant d'améliorer le recueil et la transmission d'informations.

MCS : un système sous-utilisé par le SAMU

La plupart des médecins interrogés étaient MCS (Annexe N°8) et décrivaient un manque d'appel à ce service. En effet certains régulateurs ignoraient leur présence en station de ski.

Cela rejoint l'étude du Dr H. Fantin réalisée en 2017 (23) qui constate que 48% des MCS estiment que leur réseau est insuffisamment connu du centre 15 et 21% estiment que le centre 15 ne prend pas en compte la présence de MCS dans sa décision de régulation.

Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, à l'issue des formations annuelles, les données démographiques de la répartition des MCS sont fournies aux centres de régulation du SAMU. Cependant il persiste, selon les MCS, un manque de déclenchement. Pour cela, il semblerait intéressant d'identifier les freins aux déclenchements des MCS.

Inertie au changement

L'exposition de cet état des lieux de la chaîne des secours sur piste laisse place à de nombreuses problématiques auxquelles les participants ont pourtant apporté des réponses adaptées. Le changement organisationnel au sein d'un système de secours semble donc difficile à initier. Les raisons sont multiples : manque d'implication des individus ou des décideurs, besoin d'investissement financier, sentiment de manque de légitimité des médecins face au service des pistes.

Ainsi, suite à cette première phase de diagnostic, il semble essentiel de définir et de planifier des objectifs clairs à atteindre. Pour faire évoluer un système complexe comme une chaîne des secours en station, le projet devrait être progressif et se baser sur l'information, le dialogue et la participation pour remporter l'adhésion du plus grand nombre.

Dans cette optique, les médecins de montagne pourraient jouer le rôle de leaders du changement, en impulsant le mouvement au sein de leurs stations, en stimulant les différentes instances et en réunissant autour d'eux une équipe pour conduire un projet.

2- Forces et faiblesses de l'étude

Caractère original

L'originalité de cette étude réside dans le fait d'avoir réuni médecins et pisteurs-secouristes autour d'une même discussion. Cela a été fait dans l'objectif d'en faire ressortir des problématiques communes en créant un lien entre ces deux corps de métiers.

Validité interne

L'étude respectait vingt-neuf critères sur trente-deux selon la grille de validité COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (Annexe N°11).

Population

Le choix des terrains d'analyse était fait de manière à faire apparaître un maximum de variables : la taille de la station, le nombre de secours par an, le nombre de médecins, la configuration du cabinet médical ; puis l'échantillonnage était ciblé.

- ⇨ Biais de recrutement : l'annonce du thème a pu favoriser la participation des professionnels intéressés par le thème abordé, et ouverts à l'échange. Il y a eu un refus de participation car les médecins ne se sentaient pas concernés par le sujet, et trois sollicitations sont restées sans réponse de la part des services des pistes.

Recueil de données

Le recueil de données a été fait volontairement durant la saison de ski dans le but de réunir les médecins de station et les pisteurs-secouristes qui sont, la plupart du temps, saisonniers.

La saturation des données a été obtenue après 6 entretiens. Aucun nouveau code n'est apparu dans les deux derniers entretiens.

- ⇨ Effet de cadrage : les entretiens ont été menés avec un guide d'entretien semi-dirigé, et les réponses pouvaient donc être induites.

- ⇨ Biais d'investigation : l'inexpérience des enquêteurs pouvait amoindrir la qualité du recueil de données. Ils ont par ailleurs progressé dans la gestion des entretiens en étant à tour de rôle modérateur et observateur, en faisant toujours en sorte que le modérateur ne connaisse aucun des participants au focus group.
- ⇨ Biais de désirabilité sociale : le métier des enquêteurs pouvait influencer les réponses des participants ayant le désir de satisfaire leurs attentes. Il était donc rappelé à plusieurs reprises au cours de chaque entretien que les données seraient anonymes, et qu'il n'y avait pas de « bonne réponse ».
- ⇨ Effet de soumission au groupe : l'effet de groupe peut parfois effacer certains participants aux personnalités plus discrètes, ou leurs idées. Il était rappelé à chaque participant que son avis importait et le modérateur avait pour rôle de distribuer la parole équitablement à tous les participants.
- ⇨ Effet de hiérarchie : réunir deux corps de métiers pouvait effacer l'un au profit de l'autre. Le guide d'entretien a été construit de telle sorte que pisteurs et médecins puissent répondre. Deux focus groups mono-professionnels au sein d'une même station ont tout de même été réalisés dans le but de pallier à ce biais, mais les problématiques abordées étaient similaires aux autres entretiens. De plus, dans un souci de liberté de parole des pisteurs-secouristes, les directeurs des services des pistes n'étaient pas conviés aux entretiens.

Analyse

- ⇨ Biais d'interprétation : l'analyse pouvait être subjective, les enquêteurs étant novice en recherche qualitative et exerçant tous deux en station de sport d'hiver durant le recueil de données. Pour limiter cette subjectivité une triangulation des analyses a ensuite été réalisée, avec un codage indépendant puis mis en commun secondairement.

THÈSE SOUTENUE PAR : Julia Forest et Antoine MALBAUT

TITRE :

IDENTIFICATION DES AXES D'AMÉLIORATION DE LA CHAÎNE DES SECOURS SUR PISTE : ÉTUDE QUALITATIVE SUR LE RESSENTI DES MÉDECINS DE MONTAGNE ET DES PISTEURS-SECOURISTES

CONCLUSION :

L'objectif de ce travail était d'identifier les axes d'amélioration de la chaîne des secours sur piste au travers d'entretiens réunissant médecins de montagne et pisteurs-secouristes.

En utilisant une approche qualitative, des focus group pluri-professionnels ont été menés dans 5 stations de ski différentes par leur taille et leur fonctionnement. Au total 10 médecins de montagne et 17 pisteurs-secouristes ont participé aux entretiens.

Le manque d'interaction entre médecins et pisteurs-secouristes, piliers de ce système de secours, est apparu comme la principale problématique. En effet, ils souhaitaient tous deux créer des espaces de communication dans le but d'améliorer leurs pratiques. Les solutions proposées étaient nombreuses : réunions de début de saison, débriefings de prises en charge complexes, ou encore intégration des médecins aux recyclages. Une autre problématique majeure évoquée par les pisteurs-secouristes était la prise en charge de la douleur sur les pistes, du fait des difficultés pour les médecins d'intervenir sur piste fréquemment. Médecins et pisteurs envisageaient une autonomisation de ces derniers par le biais d'une administration protocolisée d'antalgiques ou l'intervention d'un infirmier-pisteur pour la pré-médicalisation des blessés. Pour les blessés graves les participants s'accordaient à dire que la coordination des moyens par le SAMU restait le meilleur atout. Le secours héliporté était présenté comme le moyen d'évacuation des victimes le plus rapide, mais sa disponibilité était variable. Les interventions sur piste des médecins de station étaient la principale alternative lorsque l'hélicoptère ne pouvait pas intervenir. Une réflexion sur ces conditions d'intervention, très différentes d'une station à l'autre, devrait être menée pour permettre de standardiser les pratiques.

L'implication des médecins de montagne et des pisteurs-secouristes dans l'évolution de la chaîne des secours est un préalable indispensable à son amélioration. De plus la collaboration avec les SAMU départementaux, les communes et les collectivités, apparaît également nécessaire à l'utilisation d'outils communs permettant une harmonisation des pratiques, dans l'intérêt toujours prioritaire des victimes.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 16/10/18

LE DOYEN

Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

HOPITAL SUD de GRENOBLE
Clinique de Chirurgie Orthopédique
Traumatologie du Sport, Urgences
Professeur D. SARAGAGLIA
Avenue de Kimberley - B.P. 338
38434 ÉCHIROLLES Cedex

Pr. D. Saragaglia

Pour le Président
et par délégation

Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

BIBLIOGRAPHIE

1. Médecins de montagne [Internet]. Les chiffres. [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: http://www.mdem.org/france/DT1190189670/page/Les-chiffres.html

2. Fiquet L, Huge S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble.La perception des étudiants en santé. Pédagogie Médicale. mai 2015;16(2):105-17.

3. Code général des collectivités territoriales - Article L2212-1. Code général des collectivités territoriales.

4. Circulaire du 4 décembre 1990 relative au remboursement des frais de secours pour le ski alpin et le ski de fond.

5. Chauvet M. Vers quelle structure de proximité orienter les blessés évacués par les services des pistes ? définition d'un centre de soins approprié. [thèse de doctorat]. Grenoble 1; 2010.

6. Champagne J. L'organisation des secours en stations de sports d'hiver [thèse de doctorant]. Grenoble 1; 2011.

7. Meyor C. Le sens et la valeur de l'approche phénoménologique. RECHERCHE QUALITATIVE. 2007;(N°4-hors série-):p.103-118.

8. Policard F. L'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. [Internet]. Communication Biennale CNAM présenté à: Communication n°367; 2015; Paris. Disponible sur: hal.archives-ouvertes.fr/hal-01180312/document

9. Michelon P. Protocole de prise en charge de la luxation antérieure de l'épaule en cabinet de station : résultats d'une enquête de pratique auprès des médecins de montagne [thèse de doctorat]. Grenoble; 2008.

10. Brizard N, Durand M. Déterminants à l'installation en cabinet de médecine de montagne chez les jeunes installés et les internes en médecine générale du secteur alpin [thèse de doctorat]. [Grenoble 1]; 2016.

11. BERTRAND C. Vers une nouvelle offre de soins primaires. Le modèle organisationnel des Médecins de Montagne répond-il aux évolutions préconisées de l'offre de soins en médecine générale ? [thèse de doctorat]. Claude Bernard Lyon 1; 2017.

12. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.

13. Code de la santé publique - Article L4211-1. Code de la santé publique.

14. Arrêté du 7 novembre 2006 fixant le référentiel national relatif aux dispositifs prévisionnels de secours.

15. Ski Patrol [Internet]. Mount Mawson. [cité 19 août 2018]. Disponible sur: http://mtmawson.info/ski-patrol/

16. Gray-Stephens H. Ski Patrol Equipment in Scotland [Internet]. Adventure Medic. 2017 [cité 10 août 2018]. Disponible sur: https://www.theadventuremedic.com/features/ski-patrol-equipment-in-scotland/

17. algorythme antalgie pour patrouilleur [Internet]. swisskipatrol; 2016. Disponible sur: https://swissskipatrol.files.wordpress.com/2016/10/algo_antalgie_patrouilleurs_2016.pdf

18. prise en charge d'une blessé présentant un traumatisme, utilisation d'un antalgique [Internet]. swisskipatrol; 2016. Disponible sur: https://swissskipatrol.files.wordpress.com/2016/10/cours-patrouilleur-utilisation-dun-antalgique358162.pdf

19. Tuaillon J-L. 21st FIPS Congress Rosa Khutor, Sochi, Russia [Internet]. 2018. Disponible sur: http://www.skipatrol.org.au/wp-content/uploads/2018/04/FIPS2018_Congress_Report_1r0.pdf

20. Analgesia use in ski patrol [Internet]. [cité 8 août 2018]. Disponible sur: https://www.surveymonkey.co.uk/r/DPVFBT6

21. Gioani S. La fonction de pisteur infirmier. PisteurMag. 2eme édition. 2018;8-9.

22. Bourg P, Coniglio R, Tolton C. Emergency nursing and ski patrol: A partnership to improve patient outcomes. Journal of Emergency Nursing. volume 23, issue 6. déc 1997;pages 530-534.

23. Fantin H. Cahier des charges régional des Médecins Correspondants du SAMU (MCS): intérêts et limites pour le praticien [thèse de doctorat]. Grenoble 1; 2016.

24. Pisteur secouriste : métier, études, diplômes, salaire, formation | CIDJ [Internet]. [cité 31 juill 2018]. Disponible sur: https://www.cidj.com/metiers/pisteur-secouriste

25. Arrêté du 16 janvier 2015 modifiant l'arrêté du 24 août 2007 fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « premiers secours en équipe de niveau 1 » [Internet]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030158198&categorieLien=id

26. Arrêté du 19 janvier 2015 modifiant l'arrêté du 14 novembre 2007 fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « premiers secours en équipe de niveau 2 » [Internet]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030158217&categorieLien=id

27. Décret n°92-1379 du 30 décembre 1992 relatif aux formations de pisteur-secouriste et de maître pisteur-secouriste et modifiant le décret n° 91-834 du 30 août 1991 relatif à la formation aux premiers secours. | Legifrance [Internet]. [cité 31 juill 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=36E8265C918365D4EEC88C39AB5936A3.tpdila10v_2?cidTexte=JORFTEXT000000179100&dateTexte=20160220

28. Arrêté du 24 mai 2000 portant organisation de la formation continue dans le domaine des premiers secours | Legifrance [Internet]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000216895

29. Qu'est-ce qu'un Médecin de Montagne? [Internet]. [cité 16 oct 2018]. Disponible sur: http://www.mdem.org/france/DT1343208611/page/Qu-est-ce-qu-un-Medecin-de-Montagne.html

30. 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.

31. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU).

Annexe N°1 : Guide d'entretien évolutif

Guide d'entretien pluriprofessionnel initial

De manière générale, comment fonctionne la chaîne des secours dans votre station (pour un blessé ne pouvant se rendre seul au cabinet médical) ? (du point de vue d'un secours classique)
Questions de relance :
- Quelles sont les particularités locales ?
- Comment les victimes sont amenées au cabinet médical ?
- Pour faire participer les médecins éventuellement : est-ce que vous étiez au courant de tout ça ? Avez-vous des choses à ajouter ?

Quels sont les points forts de votre organisation ?
Questions de relance :
- Pourquoi ?
- Quels sont les points faibles ?

Dans votre expérience, pouvez-vous nous raconter une prise en charge de blessé qui, selon vous, s'est mal passée ? Et pourquoi ?
Questions de relance :
- Est-ce que pour ce genre de situation (question collective), vous avez pensé à un moyen d'améliorer la prise en charge ?
- Avez-vous la sensation d'avoir trop de responsabilités parfois ? Un exemple.

Avez-vous déjà pensé à des améliorations possibles de la chaîne des secours dans votre station ? (même irréalisables ou absurdes)
Faire rebondir/distribuer la parole

Quels sont les contacts que vous avez durant la saison (entre pisteurs et médecins) ?
Question de relance :
- Est-ce que c'est quelque chose que vous faites spontanément durant la saison ? A quelle(s) occasion(s) ?

Avant de conclure, est-ce qu'il y a d'autres choses à dire/d'autres sujets non abordés dont vous souhaiteriez parler ?

Guide d'entretien monoprofessionnel Pisteurs

De manière générale, comment fonctionne la chaîne des secours dans votre station (pour un blessé ne pouvant se rendre seul au cabinet médical) ?

Questions de relance :
- Quelles sont les particularités locales ? (Nombre de pisteurs/postes de secours/nombre de secours)
- Comment les victimes sont amenées au cabinet médical ?

Sur quoi vous basez vos décisions ?
Questions de relance :
- Qu'est-ce qui vous fait orienter un blessé vers le CMA ou l'hôpital directement ?
- Formation : recyclages orientés ?
- Est-ce que vous avez un protocole ? Validé par qui ?
- Avez-vous la sensation d'avoir trop de responsabilités parfois ? (exemple)

Quels sont les points forts de votre organisation ?
Questions de relance :
- Pourquoi ?
- Quels sont les points faibles ?

Lorsque vous arrivez sur un secours face à un blessé très douloureux, de quelles ressources disposez-vous ?
Questions de relance :
- Pensez-vous que cela pourrait être amélioré et par quels moyens ?
- Et si vous disposiez d'antalgiques dans votre sac à dos ? Arguments ?

Quels sont les contacts que vous avez avec les médecins durant la saison ?
Question de relance :
- Est-ce que c'est quelque chose que vous faites spontanément durant la saison ? A quelle(s) occasion(s) ?

Avez-vous déjà pensé à des améliorations possibles de la chaîne des secours dans votre station ? (même irréalisables ou absurdes)
Faire rebondir/distribuer la parole

Avant de conclure, est-ce qu'il y a d'autres choses à dire/d'autres sujets non abordés dont vous souhaiteriez parler ?

Guide d'entretien monoprofessionnel Médecins

Au cours de vos années de pratique, comment avez-vous vu évoluer la prise en charge des blessés dans la station ?
Questions de relance :
- Faites-vous beaucoup d'interventions sur pistes ?
- Dans le cadre MCS ? Pensez-vous que vous pourriez être plus sollicités dans ce cadre sur les pistes ?

Comment s'organise la répartition des blessés entre vos 2 cabinets ?
Questions de relance :
- Etes-vous prévenus de l'arrivée des blessés ?
- Si oui : comment ?

Quels sont les contacts que vous avez durant la saison (entre pisteurs et médecins) ?
Question de relance :
- Est-ce que c'est quelque chose que vous faites spontanément durant la saison ? A quelle(s) occasion(s) ?

Avez-vous déjà eu des mauvaises expériences en terme d'orientation de la victime ?
Question de relance :
- Est-ce que vous auriez préféré qu'on vous pose la question de l'orientation du blessé directement ?

Est-ce que vous avez déjà pensé à des améliorations possibles ?

Guide d'entretien pluriprofessionnel final

De manière générale, comment fonctionne la chaîne des secours dans votre station (pour un blessé ne pouvant se rendre seul au cabinet médical) ?
Questions de relance :
- Quelles sont les particularités locales ? (Nombre de pisteur/postes de secours/nombre de secours)
- Comment les victimes sont amenées au cabinet médical ?

Sur quoi vous basez vos décisions ?
Questions de relance :
- Qu'est-ce qui vous fait orienter un blessé vers le CMA ou l'hôpital directement ?
- Formation : recyclages orientés ?
- Est-ce que vous avez un protocole ? Validé par qui ?
- Avez-vous la sensation d'avoir trop de responsabilités parfois ? (exemple)

Quels sont les points forts de votre organisation ?
Questions de relance :
- Pourquoi ?
- Quels sont les points faibles ?

Lorsque vous arrivez sur un secours face à un blessé très douloureux, de quelles ressources disposez-vous ?
Question de relance :
- Pensez-vous que cela pourrait être amélioré et par quels moyens ?

Quels sont les contacts que vous avez avec les médecins durant la saison ?
Question de relance :
- Est-ce que c'est quelque chose que vous faites spontanément durant la saison ? A quelle(s) occasion(s) ?

Avez-vous déjà pensé à des améliorations possibles de la chaîne des secours dans votre station ? (même irréalisables ou absurdes)

Avant de conclure, est-ce qu'il y a d'autres choses à dire/d'autres sujets non abordés dont vous souhaiteriez parler ?

Annexe N°2 : Tableau comparatif des stations

Station	A	B	C	D	E
Nombre de pisteurs/jour et de postes de secours	40 dans 10 postes de secours	28-30 dans 5 postes de secours	15 dans 5 postes de secours	20 dans 6 postes de secours	4-5 dans 1 poste de secours
UMH	Oui	Non	Non	Non	Non
Nombre et niveau des CMA	2 CMA niveau 2	2 CMA niveau 2	1 CMA niveau 2	1 CMA niveau 2	1 CMA niveau 1
Nombre de médecins (dont MCS)	4 (3)	8 (6)	4 (4)	4 (4)	2 en alternance (1)
Existence d'un accès direct par les pistes	Non	Non	Non	Oui	Oui
Nombre approximatif de secours sur piste/an	1000	1400-1500	500-600	700-800	200

Annexe N°3 : Description des focus groups

Tableau descriptif des pisteurs interrogés dans la station A

	PS1	PS2	PS3
Âge (années)	35	31	56
Sexe	M	M	M
Ancienneté dans la station (années)	13	7	13
Poste occupé	PS 2e degré artificier	PS 1er degré	PS 2e degré artificier, chef de secteur
Autre profession exercée hors saison	Accompagnateur moyenne montagne, guide VTT	Patrouilleur VTT	Educateur sportif moto
Formations complémentaires	Artificier, nivo-météo		Artificier
Degré de satisfaction professionnelle (/10)	9	10	8

Tableau descriptif du médecin interrogé dans la station A

	MM1
Âge (années)	41
Sexe	F
Ancienneté dans la station (années)	14
Niveau de CMA attribué au cabinet	2
Formations complémentaires	MCS, Maître de stage, CAMU
Degré de satisfaction professionnelle (/10)	8

Tableau descriptif des pisteurs interrogés dans la station B

	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
Âge (années)	43	45	35	48	38
Sexe	F	M	M	M	M
Ancienneté dans la station (années)		10	11	25	18
Poste occupé	PS 2e degré	PS 1er degré	PS 1er degré	PS 2e degré	PS 2e degré
Autre profession exercée hors saison		Indépendant activités récréatives	Electricien aux remontées mécaniques	Ouvrier forestier (ONF)	
Formations complémentaires	Artificier, maître-chien	Artificier	Artificier	Artificier, nivo-météo	Artificier, Formateur secouriste
Degré de satisfaction professionnelle (/10)	9	7	9	10	10

Tableau descriptif des médecins interrogés dans la station B

	MM2	MM3	MM4	MM5
Âge (années)	69	58	57	63
Sexe	M	M	F	M
Ancienneté dans la station (années)	40	28	4	35
Niveau de CMA du cabinet	2	2	2	2
Formations complémentaires	MCS, médecin du sport (CES), traumatologie du sport, médecin du travail	MCS, Maître de stage	MCS	
Degré de satisfaction professionnelle (/10)	9	9	9	8

Tableau descriptif des pisteurs interrogés dans la station C

	PS9	PS10	PS11
Âge (années)	53	50	23
Sexe	M	M	M
Ancienneté dans la station (années)	30	15 (+ 7 ailleurs)	4
Poste occupé	PS 2e degré	PS 2e degré	PS 1er degré
Autre profession exercée hors saison	Accompagnateur en montagne	Chef de chantier travaux acrobatiques, moniteur spéléo/canyon	Cordiste
Formations complémentaires	Artificier, maître-chien	Artificier	Artificier, nivo-météo
Degré de satisfaction professionnelle (/10)	9	8	9

Tableau descriptif des médecins interrogés dans la station C

	MM6	MM7
Âge (années)	35	55
Sexe	F	F
Ancienneté dans la station (années)	3	5
Niveau de CMA du cabinet	2	2
Formations complémentaires	MCS	MCS
Degré de satisfaction professionnelle (/10)	7	8

Tableau descriptif des pisteurs interrogés dans la station D

	PS12	PS13	PS14	PS15
Âge (années)	27	36	35	28
Sexe	M	M	M	M
Ancienneté dans la station (années)	5	18	2 (+3 ailleurs)	3
Poste occupé	PS 1er degré	PS 1er degré	PS 1er degré	PS 1er degré
Autre profession exercée hors saison	Infirmier, D.E. Canyon	Cordiste, Maçon, Charpentier	Pisteur VTT, conducteur de travaux	Moniteur d'accrobranche
Formations complémentaires				
Degré de satisfaction professionnelle (/10)	7	5	8	8

Tableau descriptif des médecins interrogés dans la station D

	MM8	MM9
Âge (années)	32	32
Sexe	M	F
Ancienneté dans la station (années)	4	5
Niveau de CMA du cabinet	2	2
Formations complémentaires	MCS	MCS
Degré de satisfaction professionnelle (/10)	9	9

Tableau descriptif des pisteurs interrogés dans la station E

	PS16	PS17
Âge (années)	24	54
Sexe	M	M
Ancienneté dans la station (années)	6	32
Poste occupé	PS 2e degré	PS 2e degré
Autre profession exercée hors saison	Secouriste montagne, auto-entrepreneur	Travaux Publics
Formations complémentaires		Artificier
Degré de satisfaction professionnelle (/10)	7	7

Tableau descriptif du médecin interrogé dans la station E

	MM10
Âge (années)	39
Sexe	F
Ancienneté dans la station (années)	11
Niveau de CMA attribué au cabinet	1
Formations complémentaires	Non
Degré de satisfaction professionnelle (/10)	8

Annexe N°4 : Exemples d'arborisation de codage

Verbatim	Unité de sens	code
« …qu'avant le pisteur il accompagnait l'ambulancier donc on avait la relève directe. »	Echange direct avec le pisteur	Rupture de la chaîne d'information
« …discuter avec le pisteur, savoir comment il le trouvait, comment il avait ramassé la personne… »	Circonstance de chute	
« …c'est qu'il faudrait que le pisteur revienne jusque dans nos cabinets médicaux dans des circonstances bien définies… »	Protocoliser la venue du pisteur au cabinet, cas bien précis	
« Les pisteurs recueillent des informations précieuses et nous on les a pratiquement plus. »	Perte d'informations précieuses	
« …mais des fois on a des gamins qui sont tout seuls, on ne sait pas ce qu'il s'est passé, ils te le posent… »	Difficile d'interroger un enfant seul	

Verbatim	Unité de sens	Code
« on nous appelait aussi nous pour monter sur les pistes donc nous on s'auto-déclenchait en tant que médecins correspondants du SAMU » MM7	Auto-déclenchement des MCS pour intervention sur piste	Auto-déclenchement des MCS
« des fois on se faisait engueuler parce qu'on s'était déclenchés tout seuls » MM7	Conflit avec le SAMU si auto-déclenchement de MCS	
« donc on ne se déclenche plus pour aller sur les pistes » MM7	Plus d'auto-déclenchement sur piste	

Annexe N°5 : Grille de code (ordre alphabétique)

Abordage de la victime
Absence de médecin dans les recyclages
Absence de support officiel
Absence d'interaction médecins pisteurs
Accès direct au CMA
Accompagnement de la victime au CMA
Adaptation du lieu d'évacuation en fonction du délai d'hélico
Administration d'antalgique sur piste par les pisteurs
Alerte primaire
Ambivalence sur l'utilisation d'un protocole d'orientation
Antalgie non médicamenteuse par le pisteur
Appui médical pour antalgie sur piste
Attente en conditions hostiles
Auto-déclenchement des MCS
Barrière linguistique
Besoin d'amélioration du système de secours
Besoin de débriefing pisteur
Besoin de soutien psychologique
Bilan initial
Cabinet alerté des secours graves en cours
Collaboration MM et SAMU dans l'intérêt de la victime
Communication de l'arrivée d'un blessé au cabinet médical
Conditionnement de la victime
Conflit avec centre 15
Crainte d'impact de la centralisation C15 sur la pratique médicale
Déclenchement d'un secours
Délais de médicalisation

Demande d'avis médical au MM

Demande de médicalisation au C15

Demande de premier avis médical

Difficulté d'évaluation de la douleur par les PS

Disparition du suivi de la victime par le pisteur

Disponibilité de l'hélicoptère médicalisé

Efficacité d'intervention pisteur

Erreur d'orientation

Evacuation au CMA

Evolution constante des connaissances du pisteur

Expérience du pisteur

Extraction de la victime

Fiche de communication avec le PC

Fonctionnement IDE pisteur

Formation secourisme

Freins à la mise en place des IDE pisteurs

Hélicoptère de station

Hiérarchisation en fonction de la gravité

IDE pisteur : une compétence complémentaire

IDE pisteur pour antalgie

Impact du matériel sur le secours

Importance des recyclages orientés

Impuissance face à la douleur sur piste

Inertie au changement

Infirmier sapeur-pompier au cabinet

Intérêt de la victime prioritaire

Intervention MCS

Intervention sur piste des médecins de station

La météo influence l'orientation des blessés

La nature de l’alerte conditionne les moyens
Liaison radio PS CMA
Limite des connaissances médicales des pisteurs
Local du service des pistes inadapté
Logique d'entreprise
Mainmise sur la décision d'orientation par le SAMU
Maison médicale unique
Manque de formation à l'accompagnement de l'entourage des victimes
Manque de formation à l'utilisation du matériel
Mauvaise connaissance terrain par les régulateurs
Médicalisation par le 15 systématique
Médicalisation par MM
Mode du déclenchement du médecin de montagne
Moyens humains et matériel à disposition
Nécessité d'une fiche bilan
Nécessité d'une formation à l'alerte de tous les intervenants de la chaîne de secours
Non déclenchement sur piste
Optimisation du temps de prise en charge
Orientation de la victime par le régulateur C15
Participation des pisteurs aux soins
Participation d'un médecin aux recyclages
Particularités de la connexion du domaine avec d'autres stations
Place du médecin dans la régulation locale
Présence d'un médecin de station
Primo-évacuation par le service des pistes
Prise de décision du pisteur
Problématique de l'antalgie sur piste
Problématique de l'évacuation par ambulance privée
Progrès de l'équipement pisteur

Progression du pisteur au contact du MM
Protocole d'orientation de la victime
Protocole douleur
Proximité médicale
Qualité de l'alerte
Recyclage orienté
Référentiel pisteur
Référentiel pisteur : obstacle
Référentiel pisteur : salle de stockage pour les victimes
Référentiel pisteur : triage des victimes
Refus de prise en charge par la victime
Renouvellement insuffisant du matériel
Répartition des victimes entre les deux CMA
Respect et confiance réciproque entre pisteurs et médecins
Responsabilité juridique du PS
Réticences à certains types d'intervention sur piste
Réticences à l'utilisation d'un protocole douleur par les PS
Retour médical
Retour médical écrit systématique
Réunion pluriprofessionnelle médecin pisteur
Réunir la maison médicale et le service des pistes
Rivalité entre les 2 cabinets
Rôle d'accueil de la victime
Rupture dans la chaîne d'information
SAMU : coordinateur des moyens de secours à disposition
Satisfaction de la qualité de travail de l'ambulancier
Satisfaction du système actuel
Spécificité de la médecine de montagne
Spécificité du métier de pisteur

Suggestion au 15
Téléphone arabe
Transfert d'information par l'ambulancier
Transmission de savoir médical
Transmission indirecte du bilan au C15
Travail en équipe des pisteurs
UMH
Utilisation d’un gaz hilarant
Utilisation des MCS par le 15
Vision négative de l'ambulancier
Visualisation des radios avec le médecin primordiale

Annexe N°6 : Grille d'analyse

Thèmes	Catégories	Etiquettes
De l'alerte à la prise en charge sur piste	Alerte	Alerte (description)
	Qualité de l'alerte	Nécessité d'une formation à l'alerte de tous les intervenants de la chaîne des secours La nature de l'alerte conditionne les moyens
	Abordage de la victime	Déclenchement d'un secours Efficacité d'intervention pisteur
Orientation de la victime par le pisteur	Bilan initial	Formation secourisme Recyclage orienté
	Prise de décision par le pisteur-secouriste	La notion de gravité Les conditions météorologiques La proximité médicale L'expérience du pisteur Absence de support officiel Erreurs d'orientation Protocole d'orientation de la victime
Médicalisation	Demande de médicalisation par le centre 15	Médicalisation par le C15 systématique SAMU : coordinateur des moyens de secours à disposition Collaboration MM-SAMU dans l'intérêt de la victime Transmission indirecte du bilan au C15 Téléphone arabe (PS-PC-C15) Fiche de communication commune avec le PC
	Orientation vers un centre de soins approprié	Hiérarchisation en fonction de la gravité Main-mise sur la décision d'orientation par le SAMU Orientation de la victime par le régulateur C15 Délai de médicalisation Mauvaise connaissance terrain par le régulateur Suggestion au 15
	Appui médical par le médecin de montagne	Demande d'avis médical au MM Intervention sur piste des MM Réticence des MM à certains types d'intervention sur piste Médicalisation par MM

		Place du MM dans la régulation locale
Prise en charge de la douleur sur piste	Par le pisteur-secouriste	Problématique de l'antalgie sur piste Impuissance face à la douleur sur piste Antalgie non médicamenteuse par le PS Utilisation d'un gaz hilarant Appui médical pour antalgie sur piste
	Infirmier-pisteur	Infirmier-pisteur pour antalgie L'infirmier-pisteur : une compétence complémentaire Fonctionnement de l'infirmier-pisteur Freins à la mise en place de l'infirmier-pisteur
	Protocole douleur	Protocole douleur Administration d'antalgiques sur piste par les PS Réticence à l'utilisation d'un protocole douleur par les PS
Moyens humains et matériels à disposition	Par le pisteur-secouriste	Progrès de l'équipement des PS Renouvellement insuffisant du matériel Impact du matériel sur le secours Manque de formation à l'utilisation du matériel Local du service des pistes inadapté
	Secours héliporté	UMH Disponibilité de l'hélicoptère médicalisé Adaptation du lieu d'évacuation en fonction du délai hélico Hélicoptère de station
	MCS	Interventions MCS Utilisation des MCS par le 15 Mode de déclenchement du MM Non-déclenchement sur piste Auto-déclenchement des MCS
De la pluri-professionnalité à l'inter-professionnalité	Relations entre MM	Répartition des victimes entre les 2 CMA Rivalité entre les 2 CMA Maison médicale unique
	Interactions entre PS	Travail en équipe des PS Besoin de débriefing des PS Besoin de soutien psychologique Manque de formation à l'accompagnement de l'entourage des victimes
	Manque d'interactions MM-PS	Disparition du suivi de la victime par le PS

		Problématique de l'évacuation par ambulances privées Transfert d'informations par l'ambulancier Téléphone arabe (PS-ambulancier-MM) Rupture dans la chaîne d'information Liaison radio PS-CMA Communication de l'arrivée d'un blessé au CMA Cabinet alerté des secours graves en cours Accompagnement de la victime au CMA
	Partage de connaissances médicales	Retour médical Retour médical écrit systématique Visualisation des radios avec le médecin primordiale Progression du PS au contact du MM Réunions pluri professionnelles MM-PS Participation d'un médecin aux recyclages Inertie au changement
	Collaboration	Accès direct au CMA Participation des PS aux soins Réunir CMA et service des pistes

Annexe N°7 : Définition du métier de pisteur secouriste

Rôles

Les pisteurs-secouristes ont avant tout un rôle de prévention et de sécurisation sur les pistes de ski. Ils sont chargés de l'ouverture et de la fermeture des pistes, de la mise en place du balisage, de la signalisation et de l'ensemble des moyens de sécurité et de prévention des risques (24).

La part de secours sur les pistes est moindre face à ce rôle. Cependant, en cas de collision, de chute ou d'accident ils sont toujours les premiers sur les lieux, et assurent le bilan initial, le conditionnement et l'évacuation de la victime.

Formation

Dans un premier temps il leur faut réaliser les formations PSE1(25) et PSE2 (26) qui ont pour objectif l'acquisition des capacités nécessaires afin de porter secours, sur le plan technique et humain, à une ou plusieurs victimes, en agissant seul ou au sein d'une équipe, avec ou sans matériel, dans l'attente ou en complément des services publics de secours concernés.

Cette formation initiale permet d'accéder au brevet national des pisteurs secouristes (BNPS), dont le cursus est divisé en 3 degrés (27).

Par la suite les pisteurs secouristes sont soumis à une formation continue annuelle, communément appelée « recyclage orienté », obligatoire, d'une durée de 6 heures au minimum, conformément à l'arrêté du 24 mai 2000 (28).

Annexe N°8 : Définition du métier de médecin de montagne

Rôles

Les médecins de montagne sont des médecins exerçant en station de sport d'hiver. Leur activité est définie par la demande de soins de la population résidente, touristique, des saisonniers, ainsi que de la traumatologie liée aux sports d'hiver. Ces caractéristiques demande la présence d'un plateau technique adapté : radiologie, parfois l'échographie, la petite chirurgie, et la médecine d'urgence, ainsi que d'une formation spécifique pour manier ces différents outils (29) .

Formation

La formation initiale est l'obtention du DES de médecine générale, qui est enrichi par la réalisation de stage en cabinet de station de ski, ainsi que par l'obtention de DU spécialisés en traumatologie du sport, ou en médecine du sport.

La formation continue est assurée par l'association Médecins de Montagne qui organise chaque année des séances de formation sur différents thèmes en rapport avec la médecine générale et la médecine de montagne.

De plus, la plupart des médecins de montagne sont également MCS.

Qu'est-ce qu'un MCS ?

Comme le prévoient le décret n°2006-576 du 22 mai 2006 (30) relatif à la médecine d'urgence et l'arrêté du 12 février 2007 (31), le Médecin Correspondant du Samu (MCS) est un médecin de premier recours, formé à l'urgence, qui intervient sur demande de la régulation médicale, dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient. Son déclenchement par le SAMU se fait de manière simultanée à l'envoi d'un SMUR.

Le MCS bénéficie d'une dotation de drogues d'urgence et de matériel de réanimation.

Une formation initiale théorique et pratique de 2 jours, ainsi qu'une formation continue annuelle sont obligatoires.

Annexe N°9 : Fiche d'information aux participants

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux internes en médecine générale, étudiants à la faculté de Grenoble.
En fin de cursus nous avons tous deux effectué un stage en médecine de montagne, qui nous a permis de découvrir et d'apprécier la pratique de ce métier particulier.
Nous réalisons actuellement une thèse sur la médecine de montagne et nous souhaitons vous proposer d'y participer.
Il s'agit d'une thèse qualitative qui a pour but de faire un état des lieux de la chaîne des secours dans votre station, du bilan sur piste jusqu'au premier contact médical.
Pour cette thèse nous souhaitons organiser des entretiens de groupes en y associant médecins de station et pisteurs-secouristes, piliers et experts de la prise en charge des blessés des pistes.
Ces entretiens, d'une durée d'une heure environ, se dérouleront par groupes de 4 à 6 participants volontaires. Ils seront animés par nous-mêmes et enregistrés (non filmés) assurant le respect de votre anonymat et de la fidélité de vos propos.
Cette méthode reposant sur la communication interdisciplinaire nous apportera une richesse supplémentaire, également profitable à votre station.
Dans l'attente d'une réponse, que nous espérons favorable de votre part, veuillez agréer nos salutations distinguées.

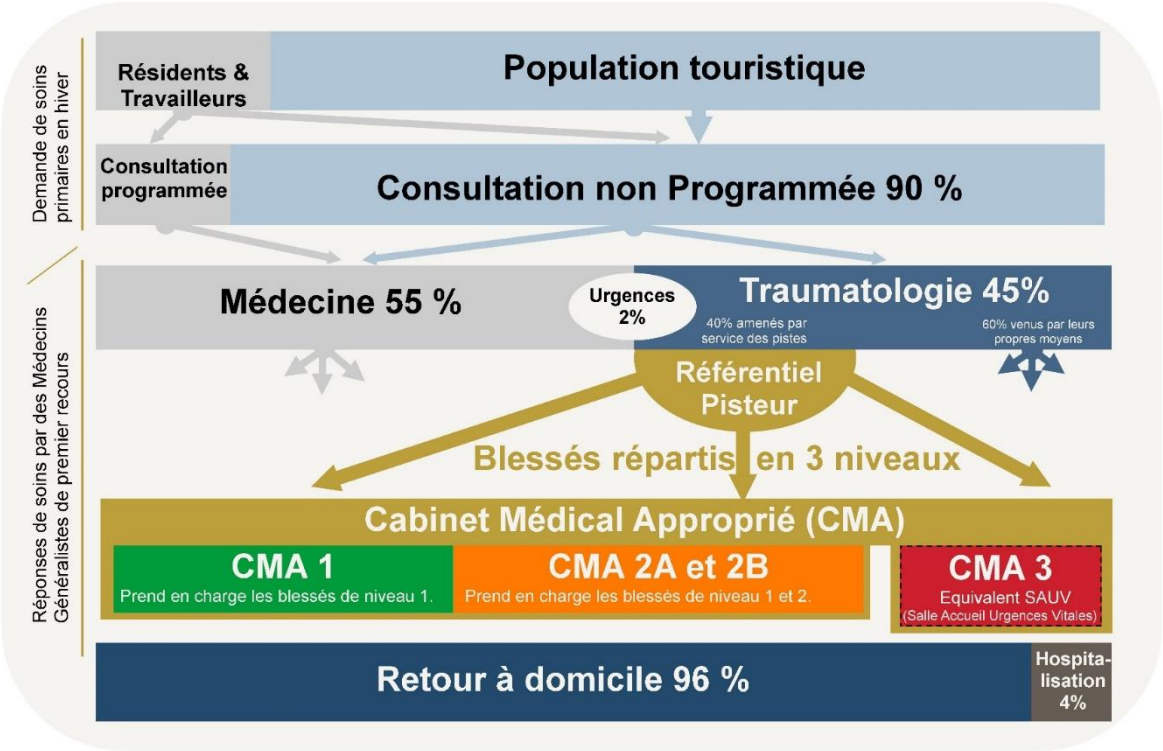
Au plaisir de faire votre connaissance lors de ces entretiens,

Très cordialement,
Antoine Malbaut et Julia Forest

Annexe N°10 : Modèle d'organisation des secours de Médecins de Montagne

Modèle d'organisation des secours de Médecins de Montagne

Réponse de soins de 1er recours en station de sport d'hiver



Le Cabinet Médical Approprié (CMA) :

Classification des centres médicaux en 3 stades adaptés à la gravité des blessés pris en charge. A chaque niveau correspond un cahier des charges des locaux (surface, salles et attributions), de l'équipement médical et de l'équipe médicale.

CMA 1 :

Prend en charge tous les blessées pouvant attendre 1 heure, pouvant se déplacer debout, EN<6, lésion isolée.
Plaies simples, contusions, entorses, fractures non déplacées

CMA 2 :

Le CMA 2A prend en charge tous les blessés du CMA1 ainsi que ceux ne pouvant attendre 1h, nécessité d'être allongé, EN≥6, plusieurs lésions multiples ou une seule lésion grave.
Fracture déplacée poignet/jambe, suture complexe, traumatisme du rachis.
Le CMA 2B peut définir des pathologies de niveau 2 qu'il ne prendra pas en charge.

CMA 3 :

Disponibilité 24h/24 et 7j/7 d'un MCS, ou d'un médecin urgentiste régulé par le 15. Doit faire l'objet d'une convention tripartite entre le centre 15, l'ARS et la station .

Le référentiel pisteur :

A partir du bilan du pisteur secouriste, permet de classer les blessés en 3 niveaux de gravité. Le blessé est ensuite envoyé vers le Centre Médical Approprié, ou SMUR si niveau 3.

Blessé niveau1

Peut attendre 1à 2 heures avant sa prise en charge médicale.

Blessé niveau 2

2 sous-niveaux :

. N°2 direct patient : doit être amené au CMA immédiatement
. N°2 patient : doit être amené au CMA dans l'heure

Blessé niveau 3

Régulé par le 15. Départ d'un SMUR systématique + si disponible envoi d'un MCS provenant d'un CMA 1, 2 ou 3.

Annexe N°11 : Grille COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	- Julia Forest - Antoine Malbaut
2.	Titres académiques	Aucun
3.	Activité	Internes en médecine générale puis médecins remplaçants en station.
4.	Genre	- Femme - Homme
5.	Expérience et formation	Première étude menée par les enquêteurs.
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Les enquêteurs connaissaient certains médecins : anciens maîtres de stage ou collègues.
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Uniquement le mail ou l'affiche de présentation, indiquant le cadre et de la recherche, et le statut des enquêteurs.
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Lors de la présentation de notre sujet de recherche en début d'entretien, nous exprimions notre intérêt envers l'organisation des secours sur piste.
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Analyse exploratoire phénoménologique par analyse thématique.
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Echantillonnage ciblé sur critères définis à priori.
11.	Prise de contact	Mail, téléphone, face-à-face.
12.	Taille de l'échantillon	27 participants ont été inclus : 17 pisteurs-secouristes et 10 médecins de montagne.
13.	Non-participation	1 cabinet à refuser de participer à notre étude par manque d'intérêt, et 3 stations

		n'ont pas répondu à nos sollicitations.
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Les données ont été recueillies sur les lieux de travail des professionnels : cabinet médical ou poste central du service des pistes.
15.	Présence de non-participants	Les non-participants n'avaient pas accès aux entretiens.
16.	Description de l'échantillon	Les entretiens ont été menés de du 6/12/17 au 29/04/18. Les participants étaient âgés de 23 à 69 ans, avec une médiane d'âge de 39 ans et une moyenne d'âge de 42 ans. 7 femmes et 20 hommes ont participé à notre étude.
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les participants n'avaient pas accès au guide d'entretien. Celui-ci avait été élaboré via une bibliographie sur le sujet, et des entretiens « test » avaient été menés par téléphone.
18.	Entretiens répétés	Les entretiens n'étaient pas répétés.
19.	Enregistrement audio/visuel	Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Le recueil du consentement oral était effectué avant chaque entretien.
20.	Cahier de terrain	Un cahier de terrain était tenu par les enquêteurs, regroupant les notes de chacune des réunions de travail, des séminaires relatifs à la thèse et des débriefings après chaque entretien.
21.	Durée	Les entretiens duraient entre 48 et 104 minutes. La médiane était de 76 minutes et la moyenne de 77 minutes.
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation était atteint au bout de 2 focus groups sans nouvelle idée. Au total 6 focus groups ont été réalisés.
23.	Retour des retranscriptions	Les verbatims ont été retournés aux participants par mail.
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Les 2 enquêteurs ont codé indépendamment chaque entretien, puis

		les interprétations étaient mises en commun pour obtenir un consensus.
25.	Description de l'arbre de codage	Un exemple d'arbre de codage était présenté en annexe.
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes abordés ont été déterminés par la recherche bibliographique, la connaissance du terrain par les enquêteurs, et 2 entretiens test. Cependant, certains thèmes émergents des entretiens ont été ajoutés au guide d'entretien.
27.	Logiciel	Les lecteurs multimédia VLC® et Windows Média Player® ont été utilisés pour écouter et transcrire l'enregistrement, sur les logiciels de traitement de texte LibreOffice Writer®, Excel® et Word®.
28.	Vérification par les participants	10 participants ont répondu et validé les entretiens. Quelques phrases ont été supprimées à la demande de participants.
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations ont été utilisées pour illustrer les résultats. Celles-ci étaient anonymisées, les médecins étant identifiés par « MM » et les pisteurs par « PS » suivis d'un numéro correspondant à leur ordre chronologique de participation aux entretiens.
30.	Cohérence des données et des résultats	Les résultats étant obtenus par analyse thématique à partir des verbatims, ils présentaient un ensemble cohérent.
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux constituaient les titres des 6 grandes parties et donc identifiés clairement dans nos résultats.
32.	Clarté des thèmes secondaires	Absence de thèmes secondaires. Certains cas particuliers étaient abordés brièvement s'ils présentaient un apport indéniable à notre objectif de recherche.

Annexe N°12 : Verbatims

Verbatim Focus Group Station A

Contexte : l'entretien s'est déroulé en début de saison dans une salle de consultation du cabinet médical de MM1, après une journée de travail. PS2 et PS3 connaissaient MM1 dans le cadre professionnel. PS1 et MM1 étaient en couple. L'ambiance était détendue.

Animateur : On fait une thèse sur… globalement, comment améliorer la chaîne des secours sur piste, du secours sur la piste au cabinet médical. Et le but de ces entretiens c'est d'essayer de faire un peu l'état des lieux des choses qui vont bien ou des choses qui vont moins bien, dans l'objectif d'améliorer les choses et de faire sortir des problématiques auxquelles on n'a pas pensé.

MM1 : C'est tout le mal qu'on vous souhaite hein…

Animateur : Donc je vais vous poser des questions, c'est interactif, vous parlez quand vous voulez, on enregistre tout ce que vous nous dites, tout sera anonymisé. Donc on enregistre ensuite on retranscrit, on va écrire tout ce qui sera dit ce soir, donc dans un souci pratique l'idéal c'est de nous dire vos prénoms avant de parler. Il n'y a pas beaucoup de règles sauf de ne pas parler tous en même temps et de s'annoncer avant. Il ne faut pas hésiter à me faire un petit signe si je passe un peu trop vite. (À l'observateur) Je sais pas si tu vois d'autres trucs à… des petits trucs qu'on avait dit ?

Observateur : Pas d'insulte entre vous aussi... et moi à la fin je fais juste une petite synthèse sur les réponses aux questions qui ont été données, très court, et si il y a un ou deux points à clarifier je vous les ferais peut-être clarifier mais c'est tout.

PS2 : Je suis tenté de voir les questions.

Animateur : Alors du coup, bah déjà on peut faire le point sur ce qu'il se passe dans la station, est-ce que vous voulez nous décrire un petit peu comment ça se passe un secours classique ici ?

PS3 : Il n'y a pas de secours classique, chaque individu est unique et exceptionnel et tu le soignes en tant que tel (sur le ton de l'humour).

PS1 : PS2 tu es le mieux placé pour parler de la chaîne de secours…

PS2 : Et bien c'est parti alors… du coup : appel du requérant, du blessé, sur le domaine, qui tombe à un service de régulation, au central pistes, c'est tout centralisé là, et ça part ensuite par radio ou par téléphone sur les postes de secours, qui détachent ensuite 1, 2 pisteurs dans l'immédiat pour aller faire l'abordage du blessé, et puis voilà. Après le pisteur arrive, il fait son premier petit…

PS3 : En général c'est 1…

PS2 : Voilà, en général c'est 1. Suivant le… comment dire, le message de départ, ce qu'on dit au téléphone, généralement c'est un seul pisteur qui part, avec sa trousse de secours classique. Il se présente sur les lieux il passe son appel auprès du PC pour confirmer le lieu, et ensuite de là faire un petit bilan assez rapide pour demander les renforts éventuels ou le matériel nécessaire pour la prise en charge du blessé.

Animateur : D'accord ! Et vous êtes postés où en attente des appels ?

PS2 : Alors y'a un sacré paquet de postes, 9 ou 10.

PS1 : Ouais.

PS3 : Voire peut-être même 11… Qui sont répartis sur le domaine.

Animateur : D'accord, donc c'est la régulation qui vous appelle, y'en a un qui part et qui euh dit globalement combien de pisteurs il faut pour le secours… le matériel qu'il faut…

PS2 : Voilà c'est ça !

PS3 : 10 postes de secours !

Animateur : Et donc une fois que vous avez fait un petit peu le conditionnement sur piste, ça se passe comment ?

PS2 : Bah après, transport en bas de la station et récupération ou non par les ambulances privées pour un transport au cabinet médical.

Animateur : D'accord.

MM1 : Récupération ou non ça veut dire ?

PS2 : Si c'est non c'est des gens qui refusent de voir le médecin.

Animateur : Ah ok qui se relèvent et qui disent « je rentre chez moi »…

PS2 : Voilà ils nous signent une lettre de décharge et ils repartent par leurs propres moyens.

PS1 : Dans ce cas-là il n'y a pas eu de secours, enfin il n'y a pas eu de prise en charge.

PS2 : Ouais une prise en charge terrain qui l'emmène en bas des pistes, puis après en bas des pistes il fait… Alors c'est soit il peut partir à tout moment, le pisteur arrive le mec lui dit «non c'est bon je suis juste tombé je repars » y'a pas de soucis, d'accord là on arrête le secours est annulé, sinon y'a la prise en charge du pisteur, l'évacuation traineau, barquette, scooter, peu importe, et après arrivés en front de neige ils ont la possibilité de refuser le transport.

MM1 : Et dans ce cas-là ils signent une décharge.

PS2 : Oui

PS3 : Et une facture.

MM1 : Et la facture du secours oui.

Animateur : D'accord, et du coup (je me tourne vers MM1) coté médical vous intervenez à quel moment ?

MM1 : Nous alors depuis quelques années on est beaucoup sur le cabinet, à l'époque on se déplaçait sur les pistes quand vraiment ça coinçait. Donc nous en fait, on réceptionne les blessés, à l'époque c'était par la sécurité des pistes, c'était des pisteurs en formation ou des ambulanciers qui faisaient partie de la société d'exploitation du domaine, qui nous amenaient les patients, on les répartissait entre les 2 cabinets médicaux qu'il y a sur la station, y'a deux cabinets en fait un ici et un là-bas, en équilibrant les secours de manière assez équitable. Et là depuis cette année c'est des ambulances privées, donc c'est plus la sécurité des pistes qui assure le transport du front de neige jusqu'au cabinet médical. Et donc c'est vrai que depuis quelques années on est très peu appelés sur les pistes, on n'était pas souvent appelés mais des fois quand ça coinçait au niveau du temps, de la météo principalement, ou de la disponibilité du SAMU, parce qu'il y a un SAMU héliporté ici, y'a un médecin avec un hélico ici à l'altiport, sur la station A…

Animateur : D'accord.

MM1 : Donc c'est vrai qu'ils sont facilement accessibles, enfin ils ont un accès rapide sur site. Et donc quand ils sont coincés par la météo ou parce que l'hélico est pas dispo, parce qu'il gère quand même plusieurs massifs, et ben dans ce cas-là on peut être appelés pour des choses un petit peu plus graves, des urgences vitales, des douleurs importantes. Voilà. Parce qu'on est MCS aussi.

Animateur : Tous ?

MM1 : Oui 2 ici et le Dr X là-bas.

Animateur : Et donc y'a un médecin dans l'hélico ?

MM1 : Du SAMU oui, ça peut être un urgentiste ça peut-être un anesthésiste, ou un médecin de réanimation médicale, ils tournent en fait, ils sont plusieurs ils sont un pool de plusieurs médecins et ils font une garde de 24h à l'altiport.

Animateur : Ok. J'ai pas lu vos petites feuilles mais si vous avez bossé dans d'autres stations ou à d'autres endroits, est-ce que vous estimez qu'il y a quelque chose de différent ou une particularité des secours dans la station A?

PS1 : La grosse particularité ici c'est qu'il y a un *nom d'hélico* qui est détaché dans la station A pour gérer le massif X hiver comme été.

Animateur : C'est quoi un *nom d'hélico*… ?

PS1 : Pardon, un hélicoptère de la sécurité civile. Il y a 2 hélicoptères de la sécurité civile médicalisés dans le département X qui sont à coté de *ville principale du département* sur la base X et été comme hiver ils sont détachés euuuh.., donc à la période d'ouverture des stations, donc le 2ème hélicoptère est détaché à l'altiport de la station A, il est en permanence, en permanence ici.

Animateur : D'accord, et il tourne beaucoup ?

PS1 : Avec un médecin du SAMU, donc eux ils ont un tableau de garde ils tournent à tour de rôle, et il tourne, il est détaché pas que pour la station A hein, il est posté en poste avancé on va dire dans la station A et il gère toute la zone X et tout le massif

X jusqu'à la frontière du département, jusqu'au col X. Et il tourne beaucoup ouais.

PS2 : Ca dépend des périodes, mais il est rarement là.

PS1 : Ouais il est rarement là mais voilà il atterrit et il décolle ici, il dort ici (rire). Et donc c'est entre guillemets une des grosses particularités de la station A, c'est que des fois on fait comme ça (claquement de doigt) et on a l'hélicoptère. Ce qui est pas le cas forcément...

MM1 : Moi j'ai pas travaillé dans d'autres stations, mais je fais partie de l'association Médecins de Montagnes (MM) donc je vois comment ça peut fonctionner ailleurs, il y a d'autres stations je sais que c'est les médecins qui régulent… qui ont une radio en fait, la même radio que les pisteurs, et ils régulent en fait carrément sur place, c'est pas le SAMU qui régule, quand ils ont vraiment quelque chose de grave ils appellent d'abord le médecin de station et c'est lui qui voit en fonction si il appelle le 15 ou pas, ils peuvent des fois tout réguler les médecins. Ici c'est la sécurité des pistes...

Animateur : D'accord.

PS3 : Moi j'ai travaillé dans des stations où il n'y avait pas de médecin… là ça pique un peu plus. C'est plus compliqué.

MM1 : C'était où ?

PS3 : *telle station* avant de venir ici, et puis j'ai connu dans ma première vie de pisteur *telle autre station* où au départ il n'y avait pas de médecin, et après on a (mime un soupir de soulagement) bénéficié de l'arrivée du médecin et effectivement ça change quand même bien la donne.

MM1 : Parce que comment vous faisiez à *telle station* au final ?

PS3 : Parce que c'est la station qui fabrique le brouillard faut le savoir…. Alors le jour où il y a un arrêt cardiaque tu te dis il va juste mourir le gars. Ça vole pas et les ambulances vont venir, elles ont un délai de 2h pour venir.

Animateur : Oui c'est ce que j'allais vous demander pour nous rendre compte, c'est 2 h de route ?!

MM1 : Tu parles du SAMU là ? Parce que le SAMU terrestre il mettait une heure.

PS3 : Oui alors si c'est un SAMU c'est plus rapide mais si le brouillard il est à couper au couteau ils iront quand même pas très vite parce qu'ils montraient de chez sais plus où. Même un blessé simple l'ambulance ils ont 2 h pour être là par contre hein.

MM1 : Donc tous les traumatismes bénins on va dire, un genou par exemple, ça partait où ?

PS3 : Ici la tendance c'est le contraire d'ici, c'est de leur dire «si vous avez des amis qui ont une voiture, on vous prête une attelle que vous nous ramènerez bien, mais ça serait vraiment plus pratique pour vous d'y aller en voiture ». (Rire)

MM1 : Sinon c'était une ambulance qui venait les chercher sur le front de neige et ils pouvaient attendre….

PS3 : Jusqu'à 2 heures.

MM1 : Donc les pisteurs étaient mobilisés jusqu'à ce que l'ambulance vienne les chercher ?

PS3 : Ouais… Ou c'était le central, ou c'était la secrétaire qui était à coté, en fonction de la situation.

MM1 : D'accord, donc vous laissiez le patient en bas.

PS3 : Le patient il était en bas au chaud.

MM1 : Et il allait où ? Il allait à *préfecture du département* après ?

PS3 : Bah après les ambulances non, c'était plutôt *autre ville du département *

MM1 : D'accord, c'était à combien de temps ?

PS3 : C'est au moins une demi-heure… C'est vrai que le blessé, le client au départ avant même qu'il soit blessé, c'est des questions qu'il ne pose pas forcément, et pour le coup il a quand même pas la même prestation si il est dans une station où il y a un *nom d'hélico* qui est posé, des médecins dans la station, et une station où il y a… rien. Et la coiffeuse elle est à mi-temps, donc y'a vraiment rien quoi. (Rire)

Animateur : Moins vital. Et donc vous avez déjà un petit peu répondu mais est-ce que vous estimez qu'il y a des points forts, autre que le *nom

d'hélico*, dans votre façon de fonctionner dans la station A ?

PS1 : J'allais dire, l'année dernière il y avait des gros points forts parce que la primo-évacuation, la première évacuation arrivée au front de neige, était gérée par le service des pistes…

Animateur : Pour vous c'est un point positif ?

PS1 : Bah oui c'est génial, toutes les grandes stations ont tendance à y revenir d'ailleurs, et du coup nous on va faire l'inverse, on y était et on passe sur des ambulances privés, bon ça a l'air de bien se passer parce qu'ils sont à domicile mais c'est différent quoi, c'est moins réactif parce que la primo-évacuation se fait par un service différent du service des pistes et du coup bah la communication est différente…

PS3 : Y'aura moins de souplesse, et puis ils ont un éventail d'actions qui est moindre, y'avait souvent l'année dernière ceux qui étaient au central qui prenaient un scooter et venaient chercher un blessé. Ils avaient une autonomie et un rayon d'actions qui était bien supérieur aux ambulanciers qui eux sont en baskets.

Animateur : Et qui sont informés du secours et de là où ils doivent aller à quel moment ? Au moment où le pisteur fait son premier bilan ?

PS2 : Le pisteur passe son bilan, enfin fait toute sa partie à lui avec la régulation et à partir du moment où il quitte le lieu du secours, la régulation prend contact avec la société d'ambulance privée qui est basée à *ville en bas dans la vallée*, donc il les appelle par téléphone, et eux engagent une ambulance, ou enfin il y a 2 ambulances sur la station A, ils engagent l'une ou l'autre des ambulances sur le site d'évacuation de ce secours en lui donnant le lieu de l'évacuation, enfin de récupération pour évacuation. Le souci qu'on peut avoir par rapport au service qui était fourni l'an dernier c'est que l'an dernier on était un petit peu curieux, et c'était nos collègues de travail qui arrivaient donc on les questionnait pas mal, et ça c'est un manque d'information parce que eux ils font simplement du transport.

MM1 : Nous on avait beaucoup d'informations via les ambulanciers sur de l'oral quoi, sur les trauma crâniens par exemple c'était grave…

PS2 : Puis on avait tout suivi, le pisteur quand il passait son bilan on était sur la fréquence donc on entendait, donc on savait qu'ils étaient partis sur un bon trauma facial avec perte de connaissance… et tout ce qui va bien. Là si le pisteur fait pas la démarche d'informer l'ambulancier de toutes ces notions-là, je pense pas que l'ambulancier prenne l'info et du coup on retrouve au cabinet médical…

MM1 : Une rupture dans la chaîne quoi en fin de compte.

PS3 : Oui mais la question c'était les points forts et là on a déjà basculé sur les points faibles…

MM1 : Ah oui t'as raison, c'est parce c'est tout nouveau, ça fait que 4 jours donc on sait pas encore. On suppute.

Animateur : Est-ce que vous voyez d'autres choses ??

PS1 : Le point fort c'est qu'on a 3 MCS dans la station. Même si aujourd'hui ils sont moins… Ils montent moins sur les pistes, et ils sont moins présents dans les décisions… voilà on sait que nous on arrive au front de neige, nous dans notre prise en charge ça change quand même pas mal de se dire que du front de neige au cabinet médical une fois que l'ambulance a été, qu'elle fasse partie du service ou non aujourd'hui, déclenchée ça va vite quoi, donc en fonction de l'état de notre victime ça change un peu la prise de décision aussi quoi.

Animateur : Ça vous arrive de les contacter directement vous ou pas ?

MM1 : Non c'est pas possible.

Animateur : Donc c'est toujours par le 15 ?

MM1 : C'est même parfois difficile qu'il puisse avoir un médecin du 15 au téléphone directement. C'est ce que j'ai compris.

Animateur : Ah ? Vous avez du mal à avoir des…

MM1 : En fait ils doivent passer par leur central des pistes, toujours, et c'est le central qui appelle le 15 en expliquant ce qu'il s'est passé, avec les informations que leur ont donné les pisteurs, donc c'est les filles qui sont…

(La secrétaire du cabinet frappe à la porte pour dire au revoir)

MM1 : Voilà ! Du coup c'était des retranscriptions d'information à chaque fois, ça passait par la sécurité des pistes, par les personnes qui sont au central, et donc il y avait une perte de temps, d'information… ils avaient du mal à avoir un médecin au téléphone. Il y avait des problèmes techniques au départ… des problèmes de la radio… (Regarde les pisteurs) non c'était ça qui était évoqué… de mettre en conférence avec la radio, parce qu'ils ont que des radios normalement sur le terrain. Enfin je sais pas, PS2 ?

PS2 : On a des radios en analogique et on a qu'une fréquence, par exemple secours, donc on n'a pas la possibilité de contacter *grande ville du département* directement au centre 15, donc le pisteur a sa fiche-bilan, la régulatrice a sa fiche-bilan aussi, c'est la même identique, sur le secours grave… si le pisteur a fait la démarche de bien remplir sa fiche si il a eu la possibilité, elle peut avoir ses annotations correspondantes. Par contre c'est à elle d'appeler le 15, donc ça fait un petit peu téléphone arabe, il y a des pertes d'informations, et le 15 décide ou non de l'envoi de…

PS1 : Des fois il a besoin de complément d'information donc il demande au mec sur le terrain… bah une tension, donc elle rappelle « T'as pas une tension ? »…

PS3 : C'est peut être lié au fait que pendant des années, voire pendant des décennies on a eu quelqu'un qui aimait bien centraliser les choses…

PS1 : Probablement…

MM1 : C'est peut-être en train de changer on va voir cette année…

Animateur : Donc là vous parlez de… ?

PS3 : Bah l'ancien directeur du service des pistes, qui est parti à la retraite il y a 2 ans ou 3 ans…

MM1 : C'est une grosse personnalité qui était souvent en guerre avec le SAMU donc fallait que tout soit centralisé par lui…

PS2 : C'est encore un point négatif. (Rires)

MM1 : Attend c'est quoi les points positifs ? On a des supers pisteurs qui sont hyper bien formés moi je trouve.

PS3 : C'est bien que les médecins le disent parce que nous on trouve qu'on a des super médecins.

MM1 : Nan nan c'est vrai. Moi je me suis souvent retrouvée sur des secours l'année dernière, par hasard d'ailleurs, et je trouve qu'ils sont super organisés, ils sont compétents… voilà !

PS1 : C'est parce qu'on s'entraîne ça.

PS2 : Il y a aussi le fait d'avoir… je pense qu'on a pas mal de postes de secours qui sont super bien répartis, et on a un total, cette année c'est nouveau parce qu'avant ça variait un petit peu, mais là cette année il y a 40 pisteurs/ jour sur l'ensemble du domaine, à partir du début des vacances scolaires où il y aura un effectif complet, jusqu'à mi-avril, répartis sur les 4 secteurs.

Animateur : Donc sur les 12 postes ?

PS2 : Sur les 4 secteurs.

MM1 (aux pisteurs) : Y'a 12 postes de secours sur 4 secteurs différents, c'est ça ?

PS3 : Moi j'en ai compté 10…

PS2 : 10… Tu as compté la *telle station* [petite station intégrée au domaine] ?

PS3 : Ah j'ai pas compté non le poste à *telle station*.

PS1 : Et *telle station* [petite autre station intégrée au domaine] ?

PS3 : Ah non, y'a une permanence en bas ?

PS2 : Non mais y'a une possibilité d'y accéder.

PS3 : Ah si il y a pas de permanence ça va déjà moins vite hein, moi j'ai compté les postes où il y a du monde dedans…

Animateur : Ou les postes où y'a du matériel sinon.

PS3 : Moi je pense aussi oui qu'on est dans une grosse station, avec ses avantages et ses inconvénients, mais par exemple le recyclage, est fait quand on fait notre recyclage PSE1 PSE2 les formateurs sont des gens qui orientent très bien le recyclage sur le métier de pisteur secouriste, je pourrais légalement faire un recyclage avec les pompiers de *autre département*, parce que j'habite en *autre département*, et j'aurais un recyclage pompier, qui n'est pas la même chose, c'est vrai que le recyclage est ciblé sur la profession. Ca je pense que c'est vraiment un atout.

PS2 : Il y a aussi le fait qu'au niveau du recyclage on voit le formateur et du coup on a la possibilité de discuter un petit peu avant. Et l'an dernier par exemple on recevait les brancards à aubes et on s'est retrouvé à en parler avec le gars qui faisait le recyclage et il avait insisté là-dessus sur les bilans et…

MM1 : Vous adaptez la formation ouais…

PS2 : Vous avez encore travaillé avec ça je pense… (Regarde ses collègues)

PS3 : Moi en tant que chef de secteur je faisais partie de la première vague de recyclage, et c'est vrai que le formateur qui va donc enchaîner les recyclages sur tous les pisteurs, dit la même chose parce que *autre collègue* fait partie de cette vague là aussi : « si il y a quelque chose que vous voulez qu'on fasse passer en terme de formation dites-le à ce moment-là ». Donc au niveau du recyclage c'est précis c'est vraiment orienté. Voilà ça c'est un atout !

PS1 : C'est dit. Alors pour aller plus loin c'est adapté mais pas spécifique, donc il n'y a pas encore aujourd'hui de référentiel pisteur… et ça… il faut bosser dessus…. On compte sur vous !

Animateur : Alors de référentiel pisteur c'est-à-dire ?

PS1 : Aujourd'hui il y a un référentiel secourisme pour le PSE1 PSE2 qui est national, qui est orienté après… qui est mis en œuvre par chaque fédération de secourisme, que ce soit les pompiers que ce soit... nous on est recyclé par le CFS *numéro du département*…

MM1 : CFS ? Ça veut dire ?

PS1 : Centre de formation secours…. Un truc comme ça. Donc c'est une entité nationale avec des antennes départementales… mais bon qu'importe ! Aujourd'hui, nous on exerce un métier qui est très très spécifique, dans le secourisme hein je parle, et aujourd'hui il n'y a pas de texte propre aux particularités des manœuvres principalement, des prises en charge et des conduites à tenir des pisteur-secouristes. Alors qu'on est considérés quand même dans le milieu du secours, il y a le PSE1 qui est secouriste, le PSE2 qui est équipier secouriste, et nous on n'est pas équipier secouriste on est PISTEUR secouriste. Alors ce n'est pas se dire on se place au-dessus des autres… mais on est un secouriste plus plus… enfin pas « plus plus » mais voilà…

MM1 : Dans un milieu spécifique.

PS1 : Voilà dans un milieu spécifique avec des contraintes spécifiques…

MM1 : Dans le froid…

PS1 : Principalement, exemple de base : on arrive tout seul sur un secours, et on prendra un traumatisme bénin type entorse du genou tout seul, on la prendra en charge tout seul. Dans le référentiel du PSE1 PSE2 c'est une lésion qu'on va prendre en charge à 3 secouristes… ça c'est la spécificité du métier de pisteur secouriste… et il y a rien d'officiel.

MM1 : Vous… parce que donc PS1 il est en formation de formateur de pisteur, (à PS1) toi t'enseignes le secours aux pisteurs comment du coup ?

PS1 : Eux ils arrivent avec un prérequis, ils ont leur PSE 1 PSE 2 et après bah nous on leur enseigne les us et coutumes du pisteur secouriste… Donc « vous allez travailler comme ça après avec les spécificités de chaque service des pistes ».

Animateur : Donc l'apprentissage « terrain »… c'est sur le terrain quoi ? Eux ils arrivent avec les bases de secours, pas sur piste.

PS1 : Voilà le PSE 1 et PSE2 qui est national. Les pompiers ont le même, les gens qui travaillent dans les associations de secours ont le même.

PS3 : Enfin en théorie le premier degré c'est quasiment l'examen qui donne l'autorisation de descendre quelqu'un dans un traineau ou une barquette.

PS1 : Ah oui ! Je te parle pas de l'évacuation, ça c'est propre aux pisteurs secouristes l'évacuation barquette, un PSE1, PSE2 qui soit pompier ou autre il a pas le droit de descendre quelqu'un en barquette, ça il n'y a que les pisteurs secouristes qui ont le droit de le faire… Euh une victime. Mais il y a des spécificités dans les manœuvres et aujourd'hui il n'y a pas de référentiel, y'a pas de texte quoi… on va pas dire à un pisteur premier degré et ben un genou tu le prends en charge comme ça ! Enfin on va dire tu le prends en charge « comme ça » mais c'est tacite… alors c'est les us

et coutumes de la profession donc ça c'est harmonisé mais y'a rien d'écrit, alors qu'on est quand même dans un milieu où tout est écrit ! C'est un peu cette problématique…

PS3 : Moi j'ai connu une époque où y'en avait 10 fois moins, la prise en charge du blessé c'était version X allégée par rapport à ce qui se fait maintenant…

PS1 : Oui bien sûr ça a avancé dans le bon sens…

PS3 : Ca a énormément avancé, oui dans le bon sens, après je ne suis pas sûr qu'on ait fait tant de conneries que ça…

PS1 : Oui, non non bien sûr…

PS3 : Il y a du bon sens… Mais maintenant on voit que tout est…

MM1 : Plus protocolisé.

PS3 : Voilà !

PS1 : Mais maintenant qu'on est dans un monde où en secourisme il y a des conduites à tenir partout… un plan dur ça s'utilise à 3, un plan amélioré c'est à 4 plus 1, et ainsi de suite.. Bah le pisteur il se démerde !

Animateur : Et par rapport à ça, est-ce que vous auriez en tête un secours qui pour vous s'est mal passé ? À cause de ça ou d'autres choses hein ? Est-ce que vous pourriez nous donnez un exemple d'un secours qui s'est mal passé ?

PS2 : Ouais carrément. Chaud patate. Alors c'est pas un secours qui s'est mal passé c'est… Ne serait-ce que l'examen pisteur l'an dernier : cas grave victime consciente, trauma dorsal, victime allongée, présents : maître-pisteur, représentant de station et formateur secourisme CRS et PGHM, donc là l'ensemble du jury. Prise en charge de notre victime allongée sur le dos, j'arrive tout seul en tant que pisteur, je lui demande ce qu'il se passe, je lui dis de ne surtout pas bouger la tête je fais une palpation rapide avant de faire une demande de renfort et un maintien tête, formation pisteur-secouriste. On arrive en tant que pompier une personne allongée sur le dos, consciente, avec une douleur dans le dos, tout de suite un maintien tête, d'entrée de jeu, première chose à faire, recommandation 2015 c'est comme ça c'est pas autrement. Et là ça a été sujet à discussion, parce que tu as pas fait ton job de ce qu'il fallait faire de secouriste, d'un côté ça c'était les parole CRS et PGHM, de l'autre côté maître-pisteur et pisteur, « bah il a carrément fait ce qu'il fallait faire », du coup débat pendant une demi-heure sur ce qui était bon ou pas bon, et à la fin, référentiel ! On n'a pas de référentiel pisteur. C'est en formation, mais bon, ça…

PS1 : Voilà !

PS3 : Je peux dire que ce genre de débat n'est pas neuf puisqu'en 83 je passe mon 1er degré de pisteur, c'était au pied du *nom de piste* et je suis en plein milieu d'un débat entre pisteur et un CRS et ils sont pas d'accord sur la façon de ramasser et ils sont en train de s'engueuler et moi je suis en examen là au milieu…

MM1 : La question c'est que si il y a un souci un jour qu'est ce qui prime au niveau légal ?

PS1 : Exactement.

PS2: Légal… ce sera les recommandations, il y a que ça pour le moment.

MM1 : C'est-à-dire ? Les pompiers ?

PS1 : Non pas pompiers, les recommandations de la DG ce qu'on appelle la direction générale de la sécurité civile.

PS2 : Les textes. Toute façon eux ils vont pas s'embêter hein y'a un souci y'a un dilemme ils ouvrent la page et regarde c'est marqué noir sur blanc…

Animateur : Et vous avez un exemple d'une victime sur piste, d'un secours qui s'est mal passé ou qui aurait pu se passer mieux, vous auriez un exemple à nous donner ?

PS1 : Tous les secours peuvent mieux se passer…

PS2 : Je pense pas parce qu'il y a un travail d'équipe qui fait qu'au final on arrive toujours à faire quelque chose de bien, faire mieux c'est sûr c'est possible tout est possible, mais je pense pas non.

Animateur : Vous avez toujours ressenti le fait qu'il y a du soutien qui arrive dès que vous en demandez ? Vous n'êtes pas tout seul sur les pistes ? Enfin c'est des exemples que je vous donne mais vous pouvez…

PS1 : La grosse particularité, le gros point fort de notre service de secours, c'est qu'on a un temps d'intervention qui est ultra-court, que ce soit sur n'importe quel poste d'intervention. Parce qu'on a une topographie qui fait qu'on a des postes de secours partout, 40 pisteurs/jour sur la station A. On est même aujourd'hui à se poser la question, hein tu as dû le voir, maintien tête ou pas maintien tête : « vous arrivez dans combien de temps ?- 30 secondes. – Ok j'attends pour une PLS. » Par exemple, sur un inconscient. Il n'y a que chez nous qu'on s'est posé la question de faire ça parce qu'on a des temps d'intervention qui sont ultra-courts et que les renforts arrivent très très vite. Après si ta question était sur les secours médicalisés, on est entendu comme un autre service des secours, autant au moins aussi bien que les pompiers ou autre puisqu'on est professionnels et donc on a l'hélico, si notre bilan est bien fait et que ça justifie une médicalisation, on l'a. Après ils priorisent c'est pas notre job, ils régulent quoi. Mais nous on a de l'aide très très vite. C'est la grosse particularité, les pompiers par exemple ils arrivent jamais tout seul, nous on arrive tout seul mais on est jamais seul longtemps, du coup il y a des gestes qu'on doit faire tout seul et typiquement le cas que citait PS2. Aujourd'hui on est hors recommandations mais dans la profession c'est comme ça qu'on doit procéder parce que si tu es tout seul sur ta piste et que tu fais un maintien tête parce que la victime présente une suspicion de rachis, comment tu appelles tes collègues ? Bah tu ne peux pas ! Donc il faut forcément qu'on identifie la plainte, regardez si il y a pas une urgence vitale autre que le rachis, appeler des renforts et se mettre au maintien tête. Alors que les pompiers qui sont plusieurs, bah il y en a un qui va directement se mettre au maintien tête et puis c'est l'autre qui va faire sa palpation et qui va….

MM1 : Ca n'a rien à voir, le fait d'être tout seul, ça n'a rien à voir !

PS1 : Et Bah du coup voilà il n'y a pas de conduite à tenir officielle.

Animateur : Et ça cela vous va bien d'intervenir tout seul ?

PS3 : Oui d'un point de vue pratique … donc la période d'avant on partait avec le matériel de secours directement, donc on partait pour faire un secours, maintenant il y a eu pas mal de fausses alertes de choses comme ça, le premier il va aussi pour valider l'endroit, parce que dans l'alerte c'est toujours difficile d'avoir le bon endroit, donc si on prend une barquette il y en a déjà deux qui partent pour espérer trouver le secours, si ils l'ont pas trouvé il faut quand même qu'il y en ai deux autres, ça mange du monde et du temps.

Animateur : Il y a une petite question qui me vient peut-être un peu bête, vous partez au nombre de victimes ? Parce qu'il y a quand même beaucoup de collisions non ?

PS1 : Non on part tout seul, comme disait PS2 on va faire un abordage et ensuite si il a multivictimes on dimensionne les renforts en conséquence quoi.

MM1 : Vous partez toujours tout seul ? Même sur un arrêt, quand même?

PS2 : L'arrêt c'est vachement dur… le souci qu'on a ici c'est que nos régulatrices n'ont pas de formation secourisme…

MM1 : Même pas le premier niveau.

PS2 : Du coup elles ne font que de la transmission d'information entre une réception d'appel et une communication radio, il n'y a pas comme aux pompiers ou au SAMU, l'ARM qui va balancer les premiers gestes de secours ou d'urgence à réaliser. Du coup, là c'est un client, une personne lambda qui passe un appel : « bah il est allongé sur la piste j'ai l'impression qu'il dort » là il y a pas la réflexion qui dit « va chercher si il ventile si il y a un pouls et entame les premiers gestes de secours ». Du coup pour le pisteur ce sera une personne inconsciente à tel endroit ou une personne qui a chuté et qui est allongée au sol et puis au final quand il arrive et il tombe sur un arrêt cardiaque et…

MM1 : Enfin si on vous annonce un arrêt cardiaque direct vous partez à deux j'imagine, au moins ?

PS2 : Oui et puis même une collision où on a des notions de gravité, si la régulatrice a pensé à chercher un petit peu, le chef de secteur qui entend ça, même si il y a qu'un pisteur qui est parti, y'a de la réflexion derrière, il se demande où sont ses gars ses machins ses trucs, et il sait qu'il a la possibilité d'envoyer un gars qui est peut-être en train de jalonner juste à côté ou…

PS3 : Ca ressemble un petit peu, effectivement on part seul la plupart du temps mais les renforts peuvent arriver vite. Puis il y a une espèce d'automatisme qui se crée, celui qui est en train de faire de la pelle à un endroit il entend la nature du secours, et (sifflement) il lâche la pelle et il y va parce qu'il sait que derrière il va falloir que ça suive etc. Et pour en revenir ensuite aux secours qui se sont mal passés : des secours graves je pense qu'il y a quand même assez rapidement du monde qui arrive pour que ça passe pas trop à travers. Bien sûr qu'on peut améliorer tous les secours.

MM1 (à PS3): Est-ce que tu as souvenir d'un secours toi qui aurais pu être amélioré par tel ou tel... ?

PS3 : C'est surtout les secours où on aurait pu être mieux informés sur le premier bilan, sur l'alerte, sur ces choses-là.

MM1 : Donc ce serait intéressant que les personnes qui sont au central des pistes soient plus formées, ai plus de bouteille ?

PS3 : Ouais probablement, on revient souvent à l'alerte… attend mais on est parti pour aller à tel endroit, pour trouver ça et en fait c'est pas cet endroit-là et c'est pas la même chose. Voilà.

PS2 : On en revient à l'arrêt cardiaque de l'année dernière, à l'appel c'était une personne allongée au sol qui ronflait, et en fait c'était une personne qui faisait des gasps et qui était en arrêt, donc voilà.

MM1 : C'est pas pareil.

PS2 : Là, quelqu'un qui est formé et qui a des notions, putain tu reçois ça au téléphone… Après ça c'est bien passé…

PS1 : Oui les pisteurs sont arrivés super vite et on était vite 10 ! J'y suis passé. Effectivement pour continuer dans cette idée, si nos régulatrices étaient secouristes, montagnardes, skieuses, et qu'elles connaissaient en plus le domaine, ça améliorerait la prise en charge… ou la vitesse de prise en charge.

Animateur : C'est des saisonniers du coup ?

PS2 : Bah là on a des skieuses, montagnardes je ne sais pas, mais elles connaissent le domaine, c'est déjà pas mal. On n'a pas encore quelques petits points mais ça va faire je pense, on a demandé si elles pouvaient faire le recyclage cette année, pour voir un peu les notions de ce qu'il y avait. Pour voir un peu dans un premier temps, tu sais il faut y aller doucement, faut demander petit à petit, et l'an prochain si elles restent là il faut au moins qu'elle soit PSE1 dans un premier temps.

PS1 : Ouais PSE1 ça serait top ouais.

Animateur : Et sur le plan médical, parce que du coup on a deux sons de cloche à avoir, est-ce que toi ou tes collègues vous avez un exemple de quelque chose qui s'est mal passé dont vous avez discuté ensemble ?

MM1 : C'est que là cette année je participe un tout petit peu au recyclage parce qu'il y a eu des petits soucis notamment… le problème c'est que le 15 veut beaucoup centraliser et s'occuper de tout ce qu'il se passe sur piste, malgré parfois des délais trop longs, notamment une suspicion de fémur chez un gamin qui est resté plus d'une heure sur la piste, il faisait super froid, c'était à *telle station*, alors que moi j'étais à coté, en scooter on y était en 5 min, ils m'ont jamais appelé ils ont jamais voulu me déclencher, parce qu'ils veulent un petit peu avoir la main prise sur tous les secours… alors ouais je pense qu'il y a un problème de communication, ils ne savent pas forcément qu'il y a des médecins correspondants SAMU, parce que ça dépend du régulateur qu'il y a au SAMU, ce sont des fois des jeunes, des nouveaux, et ils savent pas qu'il y a des MCS sur place, d'autres c'est parce qu'ils ont pas envie de déléguer et ça peut entraîner du coup des choses dommageables : du coup la personne elle est restée plus d'une heure à avoir mal… donc voilà ça c'est un problème je pense. Deuxième chose c'est sur l'orientation des blessés, je pense qu'il faudrait vraiment que ce soit systématisé dans toutes les stations que euh… par exemple pour un trauma crânien, parce que je vois par exemple mes collègues à *telle station* tous les traumas crâniens ils veulent que ce soit régulé par le 15 donc tu perds du temps il y a pas forcément besoin d'un avis 15 pour tous les traumatismes crâniens. Alors je sais pas ils ont une phobie des trauma crâniens, nous on en reçoit beaucoup ici qui ont perdu connaissance, à *telle station* dès qu'il y a une perte de connaissance ou un petit signe qui va pas ça passe par le 15, donc je pense qu'il faudrait que ce soit protocolisé à la fois pour les pisteurs et pour les médecins de station, qu'on fonctionne tous de la même manière, c'est-à-dire un TC qui va bien qui est orienté, une petite amnésie mais pas grand-

chose, enfin voilà des signes assez clairs, des critères en fait pour dire « bah je le descend en station » ou « il me faut un avis du 15 parce qu'il y a des signes de gravité ». Donc voilà. Mais je pense que ça serait bien de protocoliser les choses, que tout le monde travaille à peu près de la même manière quoi, pour éviter de perdre du temps et de faire perdre du temps au SAMU, perdre du temps au patient, que ce soit assez clair pour tout le monde quoi en fait.

PS1 : Parce que du coup par rapport au référentiel, enfin il n'y a pas de référentiel je ne vais pas me contredire, par rapport à la formation pisteur 1er degré, donc il y en a une qui se passe en ce moment ici, nous on leur apprend : TC avec perte de connaissance c'est médicalisation.

Animateur : Donc le médecin qui vient sur les pistes ?

PS1 : Demande de médicalisation. Après régulation par le 15, les conditions sont bonnes l'hélicoptère est dispo il va venir, si il estime que ton bilan bah le mec il n'est pas si somnolent que ça… mais…

MM1 : Parce que par exemple à *telle station* le Dr Z il a fait une espèce… pas de référentiel… on va dire une aide à l'orientation des blessés, par exemple, en fonction de chaque lésion anatomique tu as un arbre décisionnel avec des blessés qui sont classés en trois catégories, 1 c'est pas grave en gros, 2 c'est moyennement grave, et 3 c'est urgence vitale ou en tout cas avis 15 ou transport médicalisé. Et donc par exemple pour le trauma crânien… Donc tu as le crâne, la face, les membres sup, les membres inf, le tronc, les traumas thoraciques et abdominaux. C'est pas la perte de connaissance qui oriente vers un SAMU, c'est les vomissements itératifs, c'est parce qu'il est somnolent, enfin tu vois… (À moi)… des signes qui font que pour nous, des trucs neurologiques qui font qu'effectivement tu peux craindre une lésion intra-cérébrale et demander un avis SAMU, mais la perte de connaissance n'est pas dans ses critères par exemple, la perte de connaissance de quelques secondes ou quelques minutes c'est pas forcément… On le sait hein, on en reçoit des gens qui ont des pets au casque, c'est pas critères de scanner, sauf si il est sous traitement anticoagulant effectivement. Donc du coup il a essayé d'épurer les choses de faire en sorte qu'on évite d'encombrer le 15 et de demander des avis pour tout et n'importe quoi, par exemple toutes les lésions du membres sup ça va dans un cabinet de station, parce que des fois tu attends… par exemple il n'y a pas longtemps j'ai eu un monsieur qui attendait avec une luxation du coude pendant je sais pas combien de temps un médecin, parce qu'il n'y avait pas de médecin disponible avec le SAMU, alors qu'il n'y avait pas besoin d'attendre, il venait ici moi je lui réduisais en 5 min c'était fini, alors qu'il a attendu 2 heures avec sa luxation de coude en front de neige. Voilà donc tout ce qui est membre sup ça va nous ce n'est pas la peine d'attendre un médecin, et il faut que ce soit protocolisé pour tout le monde, et que certains pisteurs qui n'ont pas forcément de bouteille ou l'esprit moins pratique ou voilà, ils aient un protocole qu'ils peuvent suivre : « ah bah voilà membre sup ça descend je n'ai pas forcément besoin d'un médecin ». Quelque chose d'uniforme dans toutes les stations qui soit appliqué à la fois par les médecins de station parce que si il y en a qui le suivent pas…

Animateur : Ce que je comprends là c'est que vous aimeriez un peu tous quelque chose…

MM1 : Bah de clair ! Qu'on fasse tous la même chose quoi. Pas que chacun fasse sa sauce ; parce que « je suis angoissé par telle ou telle situation », parce que certaines situations peuvent être angoissantes, mais je lis mon truc et « ah bah non je n'ai pas besoin d'un médecin » par exemple.

Animateur : Donc ça c'est une première chose, mais est-ce que vous avez déjà pensé, au-delà du coup de ce référentiel pisteur à priori qui vous ferait du bien, mais d'autres choses qui pourraient améliorer… Euh…

PS1 : Je tiens juste à préciser, parce qu'on ne va pas parler de ça toute la soirée hein, mais ce référentiel pisteur qu'ils ont appelés le PISEC il a été créé, c'est un gros gros bouquin, ils ont mis 7 ans à le faire en relation avec des urgentistes, des maîtres pisteurs et il n'a jamais été validé par la direction générale de la sécurité civile, le ministère.

Animateur : D'accord.

MM1 : On sait pourquoi ?

PS1 : Non.

PS3 : Oh bah je crois qu'il ne faut pas rêver, dans ce milieu-là comme dans d'autres milieux, il y a des luttes d'intérêt, de querelle, on va dire de

clocher, de pouvoir, de ci de ça, qui forcément influent sur le monde parfait qu'on est en train d'élaborer là.

Animateur : On n'a le droit d'imaginer ce monde parfait hein, on est là pour ça. On peut s'en approcher. (Rire)

MM1 : En tout cas on peut essayer de s'en rapprocher.

PS3 : On peut ambitionner d'essayer de s'en rapprocher.

Animateur : C'est d'ailleurs ma prochaine question : c'est que même si vous pensez que c'est inimaginable ou que c'est de l'utopie, est-ce que vous de votre côté vous y avez déjà pensé ? Alors il y a le côté médical avec la prise en charge, le conditionnement etc... qu'on a bien évoqué, est-ce que vous avez déjà eu d'autres idées, où un jour vous vous êtes dit « tiens on pourrait faire comme ça » ?

MM1 : Plus de matériel déjà je pense, adapté, non ?

PS1 : Tiens je pensais acheter un hélico justement… (Rire)

MM1 : Non mais je pense qu'au niveau équipement on pourrait faire mieux.

PS1 : On est pas mal hein quand même.

Animateur : Par rapport à quoi par exemple ?

PS3 : Je sais pas moi, par rapport à ce qu'on est amené à utiliser en PSE 1-PSE 2 on a un peu près tout.

Animateur : (à MM1) du coup tu disais ça par rapport à quoi ? Tu avais quoi en tête ?

MM1 : Non mais je ne sais pas il y avait des soucis de garrot, il y avait les cuillères… Il y a des budgets c'est « couic ».

PS1 (à PS2) : Ah depuis cette année. Tu feras le point et tu nous diras tout ce qu'on a parce que… Non mais petit à petit…

MM1 : Grâce à PS2 vous êtes bien équipés, c'est grâce à toi surtout (à PS2) parce que tu as insisté pour…

PS2 : Oui petit à petit parce qu'avant l'ancien directeur des pistes c'était de l'argent qu'il fallait garder, c'était dépensé pas forcément…

Phrase supprimée à la demande du groupe

PS2 : Voilà, il faut discuter, il faut montrer qu'il y a un intérêt à acheter certains outils finalement pour le développement et pour une meilleure prise en charge. Le matériel de secourisme ça évolue chaque année, il y a des nouvelles… Donc du coup, on demande pas non plus à tout informatiser et avoir des scopes sur les pistes, mais ne serait-ce que voilà des ACT qu'on n'avait pas…

Animateur : ACT c'est ?

PS2 : Attelle cervico-thoracique, pour l'extraction simple.

MM1 : Les brancards cuillères.

PS2 : Plein de types d'outils… on va pas s'en servir tous les jours mais si y'en a besoin on sait que c'est à disposition : l'aspirateur à mucosités électrique, enfin voilà, plein de petites évolutions… qui ont un prix on peut pas poser ça tout de suite. Les garrots simples on n'arrivait pas forcément avec l'ensemble des garrots à faire le tour d'une cuisse donc euh… donc là ça passe au garrot tourniquet mais ça y va tout doucement, on en prend 20 pour 50 pisteurs mais…

Animateur : Et là tout est équipé de la même manière ? Tous vos postes sont équipés exactement de la même façon ? Il y en a pas un où on se dit « mince le garrot il est… »

PS1 : Alors le garrot ça fait partie d'un équipement individuel donc il est dans ce qu'on appelle la trousse de secours, ou la banane… les anciens appelaient ça la banane. Alors non il n'y a pas un… Sur chaque secteur oui, ou sur chaque point stratégique, il y aura là c'était un brancard cuillère, des choses qui nécessitent pas d'être dans chaque poste de secours, après il y a des choses qu'on utilise beaucoup plus fréquemment : des attelles à dépression pour les membres inférieurs, membres supérieurs, voilà ce qui nous donne un peu... des mid, voilà des matelas à dépression, ça on en a au poste de secours…

(brouhaha)

Animateur : Euh ?

PS3 : Je crois que pour la clarté du discours il ne faudrait pas qu'on parle tous en même temps…

Animateur : Voilà !! Surtout si ce que vous dites est très intéressant…

MM1 : On parlait de saturomètre ! Parce que moi je trouve ça vraiment important qu'ils en aient un et que ça marche, parce que sur les traumas thoraciques… Moi j'ai eu un patient un jour qui est arrivé, et à mon avis il aurait dû partir avec le médecin du SAMU justement, parce qu'il avait un gros fracas thoracique, plusieurs côtes, et il avait une saturation très basse, mais ils ont le saturo je ne sais pas apparemment il y a des soucis…

PS1 : Mais non ! Mais comme dit PS2 c'est parce qu'on ne sait pas les utiliser…

MM1 : Ah ?

PS2 : Le saturomètre fonctionne, on n'a pas eu de souci quand on l'utilise là dans le cabinet médical, il y a aucun problème. Mais sur les pistes…

MM1 : D'après *autre collègue pisteur* qui est sur les pistes, il dit qu'il n'y a pas de souci lui. Je ne sais pas si vous ne l'utilisez pas bien ou si la marque n'est pas bien mais c'est pas normal qu'on ne puisse pas…

PS1 : Il faut faire attention au rayonnement solaire, bah ouais mais sur piste si à la station A tu mets le saturomètre comme ça à 3h de l'après-midi euh...

PS2 : Y'a plein de choses qui rentres en compte…

PS3 : Oui il y a plein de spécificités…

PS1 : Le doigt froid…

MM1 (à PS3) : Toi t'as des soucis avec le saturomètre ?

PS3 : Non.

MM1 : Non ? Il marche bien ?

PS1 : C'est des données à prendre avec parcimonie quoi. Ou alors à préciser au moment de ton bilan « là on a une SAT… ou on a impossibilité de prendre la SAT » par exemple.

PS3 : Et puis il y a des fois faut s'accélérer un peu, quand il fait -25 degrés, qu'il y a du vent (siffle), on va l'emballer on va le descendre, parce qu'on sait pas ce qu'il a mais il aura en plus une hypothermie. Puis y'a plein de trucs, on est pas très habiles, on est en pompes de ski, c'est pas très confortable, et puis voilà un pied qui glisse ça peut arriver mais c'est directement inhérent au métier. Dans la chaîne des secours, de la façon dont ça se trouve c'est vrai que… je sais plus… à telle station j'ai vu ça, putain ils arrivent avec la barquette dans le cabinet médical wouaaa !

PS1 : Ouais ça c'est la prochaine étape… Ça c'est la dernière question… quelles sont les améliorations ?

Animateur : Oui là on est sur les améliorations possibles, et on parle de choses même qui vous semblent irréalisables.

MM1 : Nan nan ça c'est réalisable, juste que moi ça fait 4 ans que j'essaye de faire une maison médicale sur le front de neige…

Animateur : Ouais…

MM1 : Couplée avec la sécurité des pistes, c'est-à-dire qu'on serait en interaction complète avec le central des pistes, que tous les médecins bossent là, ça se serait mon monde idéal en fait. Et donc justement il y aurait une arrivée barquette, un départ ambulance de l'autre côté (en mimant avec ses mains) enfin un truc pratique où il n'y a pas de perte de temps, d'énergie, de balancer des blessés sur des brancards, ils ont déjà super mal, on les re-balance sur des autres brancards, enfin c'est….

Animateur : Et ça c'est quelque chose dans la station que vous discutez avec tous les médecins, les pisteurs ?

MM1 : Alors l'autre médecin c'est sûr qu'il en veut pas, parce qu'il travaille tout seul depuis 30 ans et il veut travailler tout seul. Moi c'est avec le maire que je parle pas mal mais bon ça avance tout doucement le projet.

Animateur : Et avec la société des pistes ?

PS3 : Là je pense qu'il est évident que toute personne au contact du blessé et qui pense en priorité au blessé est forcément obligée d'aller vers une solution comme ça. Alors on est là on est en pompes de ski, on est en train de le transporter d'un traineau à un brancard avec les chaussures qui glissent, les gamins qui passent, ça sent les odeurs de frites à côté au snack… là franchement c'est la misère.

PS1 : T'exagères.

PS3 : Ah bah non pas tellement « attention la couverture là elle traîne dans la boue là… attend fais pas ci pas ça… »

PS1 : Ouiiii, après c'est les conditions…

MM1 : Mais dans mon monde parfait ce serait ça... Plus d'ambulance privée.

PS2 : Comme à la station D, à la station D c'est impressionnant… Ils arrivent comme ça -pouf-

(Brouhaha)

Animateur : On va essayer de recentraliser la conversation parce que vous parlez en deux petits groupes…

PS1 : Je pense qu'on est tous, comme disait PS3, sur le projet de la maison médicale.

MM1 : Et la *société d'exploitation du domaine* serait pour d'ailleurs.

PS1 : Après c'est MM1 qui le défend avec le maire, la *société d'exploitation du domaine*. Après nous… là on reste, pour le coup, simple pisteurs quoi.

MM1 : Ce serait une structure unique qui serait à la fois financée par la *société d'exploitation du domaine* pour la sécurité des pistes et financée par la mairie pour le côté médical.

Animateur : D'accord.

PS3 : Après il y a forcément du foncier, du bâtit, du machin… ça nous dépasse totalement on est bien d'accord. Mais pour nous au contact du patient c'est forcément ça la solution.

MM1 : On a le terrain hein ! Et avec une dépose hélico, sur le toit ou à coté, c'est prévu comme ça. (PS1 secoue la tête, dubitatif) Qu'est-ce qu'il y a j'ai le droit de rêver, on peut dire n'importe quoi.

Animateur : Ah oui on peut tout dire sans jugement.

PS1 : Sans limite.

Animateur : On croit comprendre quand même que le transport ambulance ne vous convient pas…

MM1 : Là ? On ne sait pas encore, c'est tout nouveau.

Animateur : D'accord donc quand vous parlez du transport en ambulance c'est pas juste le tout nouveau qui est là depuis une semaine ?

MM1 : Bah ça fait 4-5 jours donc on suppute qu'il va y avoir des soucis mais pour l'instant on ne peut pas les juger. Faut quand même qu'on les briefe, parce qu'ils nous connaissent pas non plus.

PS2 : Il n'y a pas eu de secours.

PS3 : C'est évident de toute façon, on va perdre un certain nombre de conforts qu'on avait, ils ne vont pas sauter sur un scoot' aller faire le petit truc qu'il y a en bas parce que ce n'est pas leur métier ce n'est pas leur compétence, il est évident que d'un point de vue pratique….

MM1 : Ça c'est sûr, ce sera moins fluide, il y aura moins d'information. Puis pour rester très terre à terre mais il faut quand même en parler, il y a un côté très financier, je pense que la sécurité des pistes vous fonctionnez pas mal avec les systèmes d'assurance qui payent les secours, et il aura peut-être un problème de règlement. Donc voilà.

PS3 : Toute façon globalement ce système-là est un système qui coûte plus cher.

MM1 : Oui ça coûte plus cher.

PS2 : Ce n'est même pas qu'il coûte plus cher c'est qu'il coûte… Parce que avant on rapportait des sous, maintenant on va en dépenser.

MM1 : Oui, et puis avant c'était les ambulanciers de la *société d'exploitation du domaine* qui faisaient régler directement les blessés pour tout secours, que maintenant il y a une coupure c'est-à-dire que le blessé arrive ici, pour peu qu'il rentre chez lui il ne passe pas payer son secours… Parce qu'en fait eux (montrant les pisteurs) ils pistaient ça, ils rapportaient les skis y'avait une caution etc… Maintenant il y aura une coupure, c'est à dire que les ambulances privées vont se faire régler elles, puis la *société d'exploitation du domaine* « pffff c'est leur problème ! ». Ca faudra leur dire aussi parce que si il voit à un moment que ça leur rapporte pas de sous…

PS3 : Moi déjà ça m'exaspère qu'on fasse payer les gens pour une évacuation des pistes, je n'arrive pas à comprendre, le mec il est au milieu de la pampa dans la montagne, l'état va le chercher gratuitement et je trouve que c'est normal, et le bon client qui est

bien entre ses jalons, avec ses enfants, qui a payé son parking pour pisser un coup, son sandwich quand on voit le prix que ça vaut, c'est LE CLIENT de la station, c'est un client ! Il se fait mal, ALLEEEZZZ mille boules !

Animateur : Alors on sort un petit peu de la problématique d'optimisation de la chaîne de secours…

PS3 : Non mais c'est un sujet sur lequel faut pas me lancer.

Animateur : J'ai une autre petite question qui sort de la prise en charge des blessés sur piste : vous avez l'air de bien vous connaître, c'est parce qu'il y a 4 jours c'est vous qui ameniez les blessés au cabinet ou c'est parce que vous vous rencontrez entre les médecins, les ambulanciers, les pisteurs… ?

MM1 : non je connais PS2 parce qu'il était ambulancier, ça fait combien de temps 6 ans ? (PS2 acquiesce) Voilà on se connaît bien. PS3 parce que je l'ai suturé, et PS1 bah voilà.

Phrase supprimée à la demande du groupe

(RIRE)

MM1 : Non mais par contre on n'a pas vraiment d'interaction entre nous, entre les pisteurs et les médecins de station.

PS3 : Moi j'ai connu à *telle station*, il y a longtemps, mais c'était déjà du secours, il y avait des traineaux « SILVAN », les gens se faisaient déjà mal en ski donc finalement ça n'a pas tellement changé. J'ai connu pas de médecin, j'ai connu l'arrivée du médecin, *telle station* c'est une petite station, on allait jusque chez le médecin, si il fallait suturer on y donnait un coup de main, faire la 3ème main et truc là ! Et le retour qu'on avait des blessés, un trauma crânien, une fracture un peu compliquée, tout ça, il y avait un super retour, ça nous enrichissait d'aller au cabinet, de voir, de suivre un petit peu, et là moi je trouve qu'on n'a pas suffisamment de retour… « Au fait là le trauma d'il y a 2 jours il s'est passé quoi ? »

MM1 : Ça c'est intéressant parce que tu vois PS2 et *autre pisteur ambulancier* ils donnaient souvent des retours aux pisteurs et ils savaient ce qu'était devenu leur patients, et c'est vrai que moi je trouve ça génial qu'ils puissent avoir un retour, d'abord est ce qu'ils ont bien fait ? Parce que « ah merde j'ai pas bien immobilisé » ou je sais pas quoi… donc ça permet de se corriger mais aussi de savoir ce que le patient a. C'est quand même intéressant pour eux au niveau intellectuel, enfin tu vois je trouve que c'est dommage qu'il n'y ait plus ce retour et c'est vrai que les ambulanciers vont pas forcément faire ce retour.

Animateur : Ça vous arrive, vous (me tournant vers MM1), spontanément de… quand il y a quelque chose qui s'est mal passé, enfin je vous demande pas de vous envoyer des piques hein, mais quelque chose qu'aurait pu être mieux fait : une immobilisation mal faite… ?

MM1 : Oui moi je fais remonter, un collier cervical etc je fais remonter en général.

PS1 : Alors, pour résumer l'état des lieux, on fait remonter officieusement, tu vois ce que je veux dire ? Parce qu'on se connaît, parce que d'une manière ou d'une autre on se côtoie tous et donc à l'occasion, les facilités font que la sensibilité du secouriste… « Tiens tu pourrais demander à MM1 de passer » PS2 il nous donnait vachement au téléphone, au central « tu as des nouvelles… ? » Mais il y a rien d'officiel, un échange qui a été créé…

MM1 : Oui c'est officieux, aussi il y a une chose qui est vraie, moi je suis médecin ici à l'année, moi les pisteurs je les connais mais par mon métier, c'est pas parce qu'on fait des réunions ou qu'on se forme ensemble etc… et donc du coup effectivement il y a une interaction et, on va dire une familiarité, grâce à ça. Mais sinon un nouveau médecin ou un médecin qui vient que l'hiver je ne pense pas qu'il y a cette interaction-là, et elle est pas créée forcément, parce qu'on participe pas à la formation des pisteurs du tout normalement. (Aux pisteurs) 'Fin je sais pas si c'est en gestation…

PS2 : Vous êtes pas intégrés.

MM1 : On n'est pas intégrés alors qu'on bosse ensemble c'est ça qui est fou.

PS3 : Je pense que le retour il est super intéressant pour nous, il ne faut surtout pas qu'on se prenne pour des médecins, mais pour nous faire progresser. Il était ce qu'il était et il va probablement baisser alors qu'il aurait mérité d'être augmenté.

Animateur : Est-ce que vous avez déjà pensé à des choses pour améliorer ça ?

PS1 : Tu dis qu'il va baisser mais je suis pas entièrement d'accord avec toi, regarde MM1 elle a intégré les recyclages. Aujourd'hui la procédure… on a deux nouveaux moyens de demander un avis médical.

PS3 : Non je pensais dans le sens où le nouveau système d'ambulance… on va pas les croiser le matin pour demander « au fait le mec d'hier soir il avait quoi ? »

MM1 : Oui ça ne va pas être pareil.

Animateur : Et alors pour la communication vous avez une fiche-bilan du coup, ou quelque chose comme ça ?

MM1 : Alors ça c'est le problème ! Attends je vais te montrer si j'en ai une ici… parce que du coup ils en ont fait une avec surtout des informations administratives, il y a pas grand-chose…

PS1 : C'est pas une fiche-bilan ça.

MM1 : Non c'est pas une fiche-bilan, c'est la seule transmission qu'on a nous avec les pisteurs, c'est ce petit bout de papier.

PS2 : A mais le dernier là ? Ça, on oublie, c'est pas le truc.

MM1 : Oui c'est pour dire qu'on n'a pas de trace écrite.

Animateur : Donc vous, vous réceptionnez le blessé au cabinet, et si il y a pas l'information, comme vous disiez tout à l'heure, de pisteur à ambulancier et d'ambulancier à médecin, il y a pas d'information ?

MM1 : Non. Avant on l'avait oralement, puisque bon PS2 il est pompier donc c'était clair, tac tac ! Là les ambulanciers ils t'amènent le patient bon… C'est très succint. Toute façon il y a toujours eu ce manque ! Après les pisteurs sur piste ils vont pas forcément prendre le temps de marquer un truc, ils ont froid, il neige enfin c'est merdique.

PS2 : Ils prennent le temps sur du secours grave. Moi j'ai écrit une fiche bilan, il y a 3 ans de ça je crois pour essayer de changer un peu les anciennes fiche-bilan qui n'étaient pas forcément bien et se remettre par rapport aux recommandations 2015. Du coup ils ont cette fiche-bilan là, que les régulatrices ont et qu'ils utilisent pour le secours grave en général, parce que le genou bénin ou la luxation d'épaule euh... y'a jamais vraiment de bilan complet. Il y en a un qui est fait sur le terrain, pour l'épaule le pouls radial les trucs comme ça, mais y'a pas de fiche-bilan qui est faite pour celui-là, notre bilan est assez simple : « j'ai une luxation d'épaule ou suspicion de luxation d'épaule je te la transporte dans 5 min je suis *à tel endroit*, j'ai un coude au corps », voilà ça s'arrête à ça.

MM1 : Voilà. Et en fait c'est la fille qui est au central qui note, elle, sur sa main courante, ce que dit le pisteur à la radio avec le bilan.

Animateur : Et vous (regarde MM1) vous êtes appelés par la régulation des pistes ?

PS2 : Non, elle c'est le klaxon devant le cabinet.

Animateur : OK.

MM1 : Ouais.

PS2 : Ca veut dire « merde il y en a un qui arrive faut que j'enclenche la gâchette et ils peuvent rentrer ».

MM1 : Ils peuvent prévenir des fois quand c'est chaud.

PS2 : Moi je demandais au central qu'ils préviennent le cabinet quand je sais que derrière il y a un truc qui se passe et que ça va pas faire quoi.

MM1 : Il est un peu limite. Mais c'est rare, c'est pas ce qu'il y a de plus fréquent.

PS2 : Donc ils préparent un petit peu ils déplacent deux trois brancards pour que tu sois accueilli par le médecin d'entrée de jeu.

MM1 : Mais c'est vrai que sinon c'est juste la main courante du central des pistes la trace écrite. Mais nous du coup ce qui est con c'est qu'on a une perte d'information vraiment quoi, parce que sur les trauma crâniens effectivement on sait pas si il a perdu connaissance ou pas, si il avait un casque ou pas, on sait pas la cinétique de l'accident, donc si tu arrives à avoir des témoins autour… mais des fois tu te retrouves… alors avant c'était facile, PS2 il savait mais si il savait pas -hop- un coup de radio et il demandait aux pisteurs ce qu'il s'était passé, mais là avec les ambulanciers ça va être plus compliqué.

PS3 : Après quand on parle de secours on a un peu tendance à faire le tri quand même : il y a le secours classique, un genou, un poignet tordu un truc comme ça, puis y'a le secours où là on se dit « ah attends là de toute évidence il y a un cadavre ou il peut y avoir un cadavre » c'est pas la même réflexion quand même hein, ça se divise un petit peu en deux.

MM1 : Je voulais juste, pour conclure sur cette histoire de transmission d'information, est-ce que ce serait pas au central des pistes de tout… comme il le font déjà sur une main courante, mais peut-être sur une fiche bien faite, et que nous on puisse la recevoir par mail ou je sais pas comment, pour qu'on puisse avoir la même information et ça nous évite de rappeler ou chercher l'information.

PS2 : Tu sais où est évacuée la personne, tu fais une transmission de bilan à *tel cabinet* ou *tel autre cabinet* puis c'est réglé. T'as l'identité, t'as la fiche… comme au CRA.

MM1 : Elle la saisi la fiche ?

PS1: Ouais elle la saisi la fiche. En direct ?

PS2 : non plus tard plus tard.

MM1 : C'est pas tout de suite ? Parce que nous on en a besoin tout de suite.

PS2 : Là c'est saisi sur main courante donc on a rien on a que « femme 20 ans épaule » et puis ça part comme ça.

MM1 : Oui c'est un numéro.

PS3 : Moi je vais vous dire un truc, l'année dernière on a fait un secours d'une dame qui avait pris un coup, elle était tombée, c'était un peu compliqué, mais visiblement elle avait déjà fait 1 ou 2 étourdissements avant, et j'ai été obligé de batailler de téléphoner, et je lui dit « t'appelle bien le cabinet médical pour dire qu'il faut quand même qu'ils cherchent bien, qu'ils fassent attention », et je me suis dit c'est quand même pas normal d'être obligé de remonter, de téléphoner, de dire « attention il doit y avoir quelque chose », alors moi des fiche-bilan j'en ai dans mon sac, et je me suis dit de toute façon la prochaine fois je lui glisse le papier là (en montrant sa poitrine).

MM1 : Parce que vous quand vous descendez le patient en front de neige vous n'avez pas le temps de remplir un truc ?

PS1 : Bah si maintenant on prend le temps, parce qu'on est obligé de remplir ces feuilles.

MM1 : Alors moi je pensais compléter par une partie... mais succincte, à la limite, et vous vous pouvez marquer à la main les trucs importants. Pas forcément la fiche pompier qui est longue à remplir.

PS2 : C'était ça. Elle était une copie du fonctionnement d'une station, ailleurs, y'a rien de… concret.

MM1 : Non faudrait l'améliorer pour l'année prochaine.

PS2 : C'est tout à améliorer.

MM1 : Moi je pense que ce serait bien PS2 tu pourras t'y coller non ?

PS1 : Tu la fous sur un triptyque

MM1 : Avec moi si tu veux on peut le faire

PS1 : Juste des croix dans des cases

MM1 : Oui un truc facile et rapide

PS2 : Oui c'est ça qu'il faut c'est des croix dans des cases

MM1 : En fait faut un petit bonhomme, « où est ce qu'elle est la lésion » clac (signe de faire une croix), tu mets la croix sur la lésion.

PS1 : Faut pas commencer à écrire : croix dans les cases « PCI », « pas de PCI ».

MM1 : la lésion c'est -clac- tu mets une croix sur le genou. C'est quoi un demi-pompier ?

PS1 : C'est un qui sait ni lire…

(Rires)

MM1 : Non mais il faudrait créer cette fiche je pense pour l'année prochaine.

PS3 : Quand même y'a une certaine aversion d'un certain nombre de pisteurs pour l'écriture.

MM1 : Non mais y'a que des croix ! Non mais un truc simple et efficace, « casque oui/non », « cinétique moyenne/haute », « collision oui/non », enfin tu vois un truc facile quoi.

PS3: Je pense qu'effectivement que pour les améliorations c'est pas forcément sur le geste, sur l'intervention mais dans la fluidité de ce qu'il se passe en intermédiaire : entre le bas de la piste et le cabinet médical moi j'ai le ressentiment que c'est là qu'il y a le plus à améliorer. Et qu'on peut toujours s'améliorer.

Animateur : Et est-ce que vous avez encore d'autres idées ? Parce que MM1 nous a fait part de son rêve de maison médicale donc n'hésitez pas !

PS2 : Moi je suis taquet sur le retour des médecins sur les pistes. Attends on avait une réactivité, quand tu avais besoin d'un médecin… enfin sauf quand tu avais dû monter à *tel endroit de la station* là tu avais eu un petit souci de scooter mais ça c'est autre chose.

(Rire)

PS2 : Mais au moins, tu as un scooter tu prends un médecin et bim t'es parti. Sur le domaine euh, c'est la rapidité, c'est ça. Si on regarde les stats personne ne peut battre les pisteurs sur le délai entre l'alerte et l'arrivée du pisteur. La prise en charge de la victime, c'est magique. On prend les pompiers on a 5 min déjà de chez nous pour aller à la caserne et partir, pour le secteur de *la zone X* en ce moment y'a pas de pompiers à la station A, il nous faut encore un quart d'heure pour monter ici donc 25 min minimum de délai d'intervention. Là un pisteur en 25 min il est presque chez le médecin, donc là scooter médecin pif paf…

MM1 : Ne serait-ce que des fois, parce que des fois je fais rien hein, c'est juste dire si il est transportable « ah bah tu me l'emmènes vite au cabinet » parce qu'on est tellement mieux ici. Parce que les gens ils restent une heure sur piste. Il est tout gelé tu trouves plus une tension, tu trouves plus un pouls, va mettre une perf' à un mec qui est en hypothermie, enfin c'est compliqué tu vois. Donc des fois c'est juste dire ça « ok tu le transportes » ou alors non « là tu transportes pas, faut médicaliser » nous on a un gros sac équipé, on peut même endormir une jambe on peut faire pleins de trucs quoi. On peut soulager la douleur.

PS3 : C'est vrai que quand même on bénéficie du *hélico* sur place, ça c'est super, mais des fois on attend un petit peu quand même.

MM1 : Vous avez une idée du délai d'attente en moyenne ?

PS3 : En moyenne je ne sais pas mais c'est variable et quand c'est long on trouve effectivement le temps très long, on se dit « mais 10 fois j'ai le temps de le descendre », ou de faire monter un médecin parce que c'est vrai que scooter ça va aussi vite à la montée qu'à la descente maintenant, donc on est là et on attend… puis ils nous disent « oui dans 10 min » mais en fait c'est pas 10 minutes hein c'est 10 minutes hors taxe.

Animateur : Sur quel type de blessure vous appelez le 15 ?

PS3 : On n'appelle pas le 15 on appelle le central et on dit « médicalisation » et le central appelle le 15 avec le bilan qu'on leur a passé.

PS1 : Sur un inconscient, sur un malaise cardiaque, sur un AVC, TC PC, trauma du rachis.

Animateur : Et concernant les blessures la traumato ?

PS1 : Fracture de fémur, luxation fémur, fracture ouverte en théorie, tout ce qui est trouble neuro.

PS2 : Et tout ce qui peut entraîner une complication à la descente… Tu vois une banale luxation d'épaule mais avec un mec qui a un bras comme ça (mets le bras en l'air), le nombre de fois où tu vois le bras qui dépasse comme ça…

PS1 : Oui mais ça il faut médicaliser ! Un trauma thoracique avec trouble respi, ou un trauma abdomen avec signes de détresse circulatoire ça on médicalise.

Animateur : Et c'est toujours accepté ?

PS1 : Non.

PS2 : Alors avant c'était même bloqué par le directeur des pistes… parce qu'il fallait prévenir à chaque fois, quand tu fais une demande de médicalisation tu prévenais le directeur du service des pistes qui, lui, disait (en prenant une voix bourrue) « Mais attendez, vous avez vu où il est là, allez descendez-le » du coup transmission au pisteur et ça partait comme ça.

(Rires)

PS2 : Non et après le SAMU généralement ils ne sont pas trop chiants, le seul problème qu'il y a

c'est sur le délai et, peut-être, sur le manque d'information du bilan qu'ils peuvent recevoir…

MM1 : On a demandé à ce que le médecin régulateur qu'il puisse parler directement au pisteur, donc ça devrait pouvoir se faire.

PS3 : Ce qui est un peu embêtant c'est quand ils nous disent 10 minutes et que ça fait une grosse demi-heure, on dit « c'est ballot » parce que si on avait su que c'était une demi-heure on faisait peut-être autrement.

PS2 : Oui et puis en plein hiver c'est une gestion départementale, même si *le département* ils sont super riches ils ont 3 hélicos qui tournent, si y'a un petit qui se casse la gueule à *telle station* contre un sapin, perte de connaissance avec gros trauma facial, l'hélico il ripe ses bottes il part ailleurs, si c'est pour une prise en charge d'un fémur d'une dame de 80 ans…

MM1 : Bien sûr, du coup le fémur il part ici on pourra déjà faire des choses au cabinet médical.

PS1 : Dans un monde idéal, ce qu'il faudrait c'est mettre le service des pistes en lien avec les médecins de station, en lien avec le SAMU. Savoir où on est, dans quel milieu on évolue, des fois il y a des régulateurs qui savent pas que la station A c'est en montagne alors du coup ils font monter les pompiers. Il s'est passé des trucs l'année dernière où nous une fois qu'on déclenche le 15 on a plus du tout la main mise sur notre secours, on a une personne qui est là, on a demandé une médicalisation, qu'on souhaitait héliportée, manque de pot entre temps ça vole plus, du coup ils envoient les pompiers sur le front de neige. Alors qu'il y a l'ambulancier de la *société d'exploitation du domaine*, je me rappelle c'était l'année dernière, qui attendait un autre secours, du coup ça a duré peut être 2h… c'était une fracture du bassin, c'est très long avec de gros risques pour la victime, alors que si le médecin du SAMU avait accepté que le médecin MCS de la station prenne le relais, ou qu'il y ait un échange simplement entre eux, il aurait dit « Ah vous êtes à 200 m du cabinet ? Emmenez-le au cabinet ! »

MM1 : C'est pour ça que moi je m'attache à ce que les pisteurs puissent parler directement au SAMU, pour passer l'information directement et tout ça, qu'ils puissent dire « attention moi je suis vraiment tout près du cabinet, est-ce que je l'emmènerais pas ? Il y a des médecins correspondant SAMU sur la station vous pouvez les appeler» parce qu'ils n'ont pas forcément l'information. En même temps comme ça le médecin régulateur il a toutes les informations pour prendre la bonne décision : il sait la gravité exacte du patient, il sait où est-ce qu'il se situe, est-ce qu'on est loin ou pas d'un cabinet, il sait si il y a des MCS disponibles pour se déplacer si besoin où l'accueillir rapidement si le pisteur peut amener le patient au cabinet. Je pense que déjà, parce nous on ne peut pas tout réguler on a beaucoup de travail ici et puis au niveau médico-légal il faut que ce soit enregistré c'est le 15 c'est comme ça c'est tout centralisé, mais que le 15 derrière puisse nous appeler facilement parce qu'ils ont les informations via les pisteurs directement, je pense qu'il faut vraiment simplifier les choses, et je pense que c'est les pisteurs qui sont au centre du truc et qui doivent dire « Voilà… »

PS3 : Pour vous donner un ordre d'idée la station A c'est 1000 secours par an, pour vous donner un ordre d'idée des évacuations pisteurs.

Animateur : Oui oui c'est bien qu'on ait cette notion.

PS2 : *le cabinet de MM1* c'est 80 patients/jour.

MM1 : Et vous avez une idée du nombre de médicalisations que vous faites du coup ?

PS3 : Oui on doit avoir un chiffre écrit quelque part mais je ne sais pas.

PS2 : Il faut demander au central, ça doit être, pour l'an passé, pfff je ne sais pas je dirais peut-être 65.

PS3 : Sachant qu'au niveau de la station A il y a une tendance à systématiser le transport en hélico, on parle pas de médicalisation on parle d'un hélico qui fait du transport, c'est-à-dire qu'il y a des zones qui sont assez loin, c'était pour des raisons d'éloignement de zone mais maintenant on est même supposés le faire à 200 m du front de neige, c'est hélicoptère ! Mais on est bien d'accord hein c'est que du transport ce n'est pas médicalisation.

MM1 : C'est du confort, y'a pas de médecin dans l'hélico.

PS2 : 65 c'est le nombre de SAF là on est plutôt à 35 secours médicalisés l'an dernier.

Animateur : Une fois qu'ils sont dans l'hélicoptère ils vont où ?

MM1 : Tu parles des non-médicalisés ?

Animateur : Non, des médicalisés.

MM1 : En général ils partent directement au CHU, c'est 15 min de vol. Si vraiment c'est très chaud, des fois ils se posent à l'altiport pour intuber le patient, parce que c'est compliqué sur piste ou quoi, ils font une première pause à l'altiport où le médecin technique le patient pour après voler tranquillement. Ou Alors si le médecin du SAMU dit « c'est pas si grave il peut aller au cabinet de station » il peut arriver, mais sinon il va directement au CHU.

Animateur : D'accord.

PS2 : Ce que dit PS3 c'est que l'hélicoptère non médicalisé, qui permet un gain de temps pour le pisteur et pour la victime, il se pose à l'altiport et il est pris en charge par les ambulances privées.

PS3 : Pour dire que les blessés ne descendent pas tous sur le même axe.

PS1 : Un blessé *nom de piste* il met quoi ? 30 min pour descendre ?

Animateur : Un blessé *nom de piste* ?

MM1 : C'est la piste *nom de piste*

(Rires)

MM1 : Donc à *telle station* il y a un médecin de station qui part, avec genre un SAF, qui médicalise un hélico, mais ce n'est pas un médecin du SAMU, et ils tournent ils sont à 3 ou 4 médecins dans le cabinet.

PS3 : A *telle station* aussi ils ont ça ils ont affrété un hélico privé médicalisé en fait.

PS2 : Et à *ville d'un autre département* c'est pareil c'est un médecin qui tourne chaque jour pour équiper un hélico du SAF il me semble.

PS1 : Et à *telle autre station* il y a un pisteur dans l'hélico toute la journée, et ça… c'est cool.

(Rires)

PS1 : C'est comme si nous il y avait des pisteurs dans l'ambulance quoi.

PS3 : Regarde ici aussi nous il y a des pisteurs qui sont hyper focus, par exemple il y a un pisteur qui fait que du *nom de piste pour enfants*… c'était une mauvaise blague entre nous ça…

(Rires)

PS1 : Et toujours dans le monde idéal il faudrait que, pour améliorer la prise en charge, que les médecins de montagne intègrent les recyclages PSE 1 PSE 2 mais spécifique pisteur, pour agrémenter « bah voilà on a découvert que cette prise en charge était mieux » pour faire évoluer en fait la prise en charge du pisteur, parce qu'elle est ultra spécifique en fait.

MM1 : Et puis qu'il y ait une interaction entre le médecin et le pisteur, parce qu'on travaille ensemble, on est dans la même chaîne et on y est pas du tout quoi, nous on a la chance de se connaître mais il y a plein de médecins qui ne connaissent pas les pisteurs.

PS2 : Et puis dans l'idéal aussi tu disais « toujours dans l'hélico » que le pisteur suive dans l'ambulance, le premier arrivé sur les lieux c'est un peu le responsable du secours, il fait son bilan il fait son machin…

PS3 : C'est pas le responsable du secours le premier arrivé, c'est comme ça qu'on fait nous mais légalement c'est pas comme ça.

PS1 : Alors, légalement chez les pisteurs secouristes, c'est le chef d'opération le premier arrivé, enfin tu appelles ça comme tu veux mais le premier arrivé c'est le chef d'opération.

PS3 : Je ne suis pas sûr...

MM1 : Ah bon et si le chef de secteur arrive ça fait quoi ? Ca annule tout ?

(Rires)

PS1 : Le chef de secteur ça va être, peut-être, le responsable. Pas du secours en tant que tel, mais…

MM1 : C'est lui le chef d'opération.

PS3 : Au tribunal c'est lui le responsable.

PS2 : Au tribunal ils iront tous les deux.

MM1 : Pas de jaloux !

Animateur : Là je pense qu'il parle plus de la gestion du secours.

PS1 : Sur la gestion du secours chez les pisteurs, les us et coutumes chez les pisteurs, ça...

PS3 : En général le premier qui arrive c'est le taulier du secours, c'est lui qui organise le secours oui. C'est comme ça.

Animateur : PS2 tu disais que quand tu arrives en premier sur un secours et que c'est toi qui le gère tu aimerais bien monter dans l'ambulance pour…

MM1 : Mais je pense que pour un genou je ne pense pas que ce soit la peine, mais effectivement pour les choses un peu plus compliquées, plus bordeline on va dire, c'est bien à mon avis que la personne qui a vu le…

PS2 : Le bon pet au casque, le mec coquillé en PLS...

PS3 : C'est ce qu'on a vécu à *telle station* quand on a vu arriver le médecin on faisait l'évacuation jusqu'au cabinet du médecin, on restait avec si ce n'était pas la bourre pour aller sur un autre secours, et c'était super bien.

MM1 : Oui tu as le suivi aussi, c'est intéressant pour le médecin et pour le pisteur.

PS3 : C'est super formateur, tu t'imprègnes d'un certain nombre de choses.

MM1 : Regarde même PS2 il réduisait les luxations d'épaule à la fin.

PS2 : Oui, tu apprends pleins de choses. Et puis toi en pisteur, tu fais une épaule tu vois simple comme ça, je sais qu'elle est devant on sent bien.

MM1 : Tu sais qu'elle n'est pas luxée par exemple.

PS2 : T'as pas envie de faire ton médecin mais tu vois, « tiens l'épaule elle est partie comme ça je pense » « il ne devrait pas y avoir de fracture mais bon… » Et moi ambulancier je l'emmenais en scooter, au cabinet je voyais la radio et tout jusqu'à la réduction et au final c'est super intéressant. Tu as la sensation d'avoir fait ton job et d'avoir appris quelque chose aussi, c'était bien, c'était enrichissant. Alors que la fracture de clavicule tu sais que c'est limite totalement l'inverse.

MM1 : Des petites choses… Après tu sais que la personne elle a moins mal penchée en avant, tu vas le savoir quand tu vas faire un secours. Parce qu'il en a déshabillé plein avec nous, 'fin voilà.

PS1 : Ah, ça on sait quand même.

PS2 : Ouais ça tu sais mais…

Animateur : Avec l'expérience. C'est votre formation ?

PS1 : Nan, parce que on est formés voilà.

PS3 : C'est vrai que quand tu vas chez le médecin tu baignes dedans, tu t'en imprègnes c'est mieux.

PS1 : Tu vois l'importance de faire un beau relevage quand tu vois des radio, tu te dis « si on avait mal manipulé ça aurait pu mal finir… »

PS2 : Tu vois l'explication de tous les gestes que tu as fait jusqu'à maintenant et là vraiment tu comprends l'importance de…

MM1 : C'est pour ça qu'un accès piste au cabinet médical c'est le pisteur qui amène son patient, il peut même participer si il veut à la suite. Ce serait juste parfait, je pense qu'on va batailler pour avoir ça parce que ça règlerait beaucoup de problèmes en fait. J'avais une dame elle s'est tapé fracture du bassin et fracture de l'épaule en même temps, elle avait mal, elle s'est tapé changement de brancard, les dos d'âne en ambulance… Ça va pas quoi.

PS3 : On ne peut pas prétendre à ça tant qu'on a un fonctionnement comme ça. Y'a ça et puis les WC à *haute altitude*… Tant que ces 2 choses là ne seront pas réglées…

PS1 : Puis les lunettes de chiottes au central quand même… Les pisteurs, y'a pas de pommeau de douche… Non mais là on divague.

(rires)

PS3 : On ne peut pas prétendre être une station haut de gamme, puisque c'est ce qu'on veut c'est le discours qu'on nous fait à chaque début de saison, comme dans toute entreprise, faut pas rêver, mais tant qu'on est avec nos blessés qu'on les transporte d'un brancard à un autre dans une ambulance, absolument 100 % d'accord avec ce que vous dites.

MM1 : On a un cabinet rikiki…

PS3 : Tant qu'il y a ça on ne peut pas prétendre être au sommet de quoi que ce soit, et puis je disais en blague annexe que les WC à *haute altitude* sont

une honte absolue… J'y étais cet après-midi pour donner un coup de main au plombier…

Animateur : Je pense qu'on a fait un bon petit tour de la question est ce que vous avez d'autres choses à rajouter avant le petit récapitulatif de l'observateur ?

PS1 : Il faut donner plus de prérogatives aux premiers secours, mais ça ce n'est pas que chez les pisteurs. Les gens qui sont formés et recyclés je pense qu'on peut se permettre de leur donner plus de prérogatives.

PS3 : Oh il y a quelques fois où il y a eu des frictions aussi, entre l'hélico médicalisé et les pisteurs, « vous auriez pas dû le toucher, il fallait pas le déplacer ».

MM1 : Ah oui ça ils n'aiment pas qu'on les déplace. On va pas les laisser au milieu de la place.

PS3 : J'ai entendu dire qu'ils ont une prime au treuillage… Il y a parfois eu des frictions entre l'équipage de l'hélico, jamais avec le médecin, mais dans l'hélico il y a le pilote, il y a 2 gendarmes, il y a le médecin et il y a un mécano aussi. Et il y a des fois eu des frictions « oui vous n'auriez pas dû faire ça », à ma connaissance y'en a jamais eu avec le médecin, et on apprend qu'il y a une prime de treuillage et donc les gendarmes et les CRS sont très attachés à prendre le blessé dans un endroit un peu scabreux, de le treuiller, de le poser plus loin, alors que nous dans la mesure du possible on le déplace et on le met à un endroit où l'hélico pourrait le prendre, si on peut le déplacer.

PS2 : Sur une DZ sécurisée, en dehors de la piste pour que les clients puisque continuer de skier.

MM1 : Pour qu'il n'y ait pas de collision, du coup ils sécurisent la piste, mais ils font souvent la réflexion qu'il ne faut pas déplacer le patient. Alors qu'une fois qu'il est coquillé…

PS3 : Oui il y a des réflexions comme ça alors que jusqu'à preuve du contraire les CRS qui sont là-dedans ils ne sont pas médecins. Moi j'ai même entendu un médecin qui a dit une fois « très bon sauveteurs, très mauvais secouristes ». En disant ils sont bons dans l'extraction, manœuvre de corde, toutes ces choses là, mais ils sont pas si bons que ça en secourisme parce qu'ils interviennent toujours avec un médecin et donc c'est vrai qu'ils sont toujours en arrière-poste et c'est le médecin qui fait le boulot. Ils se trouvent rarement tout seul avec le blessé, premier secours, et c'est un médecin du SAMU qui l'a dit.

MM1 : C'est vrai, vous vous retrouvez tout seul dans des conditions parfois difficiles, pendant un moment, des fois une heure une heure et demi… Même les pompiers sont rarement seuls aussi longtemps.

PS2 : Non ça va, on est rarement seuls. Les MCS sont rapidement là, les infirmières aussi, qui sont protocolées.

PS1 : Et deux-trois infirmiers pisteurs ça serait bien aussi.

Animateur : Et si vous en aviez 2-3, vous les posteriez où ?

PS1 : Sur le front de neige. Nan, les pauvres. Bah déjà tu fais en sorte qu'il y en ai toujours un et qu'il n'y ait pas les 3 en congés en même temps. Nan mais j'en sais rien, je dis 3...

Animateur : Non mais selon toi quel serait leur rôle ?

PS3 : Sur un secteur, sur un point haut. Parce que 5 min après t'es en bas.

MM1 : L'antalgie.

PS1 : Ouais l'antalgie. Typiquement : préparer un cathéter, mettre une perf ça pourrait être utile. Sur des cas graves où on a demandé la médicalisation ils pourraient donner… sur prescription du médecin régulateur ou du médecin de station, ils pourraient faire des trucs que nous on n'a pas le droit de faire. Ça va dans le sens de ce que je disais tout à l'heure, donner plus de prérogatives aux premiers secours, mais c'est un autre débat, c'est à l'échelle nationale. Avoir le droit de donner des médicaments.

MM1 : C'est vrai que dans un monde idéal ce serait bien que vous ayez des antalgiques dans votre sac à dos et que vous puissiez en donner sur avis évidemment d'un médecin au téléphone.

PS3 : C'est vrai que c'est dommage de ne pas pouvoir placer une voie un accès parce que…

MM1 : Alors maintenant il y a des choses qu'il faut juste inhaler, pallier 2 voire 3, qui ont peu de contre-indications et d'effets secondaires, c'est des choses que vous pourriez peut-être un jour avoir

dans votre sac. C'est des petites bombonnes comme ça (mime une petite taille) et tu fais une aspiration et ça marche une heure. Et c'est un peu ce qu'on a ici comme MEOPA.

PS3 : C'est des gaz hilarants.

MM1 : Ca ressemble, c'est plus antalgique mais…

PS1 : Typiquement ce qu'il va se passer chez nous, autant on peut être très très vite sur une intervention, autant la médicalisation, l'extraction, le transport de la personne va être très très lent. Du coup, imagine tu as une fracture du fémur, ultra douloureuse, tu n'arrives pas à le conditionner, tu es à 3000 m d'altitude, en même temps il fait moche, voilà c'est compliqué… faire monter un médecin, compliqué, en scooter, en hélicoptère… voilà très compliqué… le fait de pouvoir donner des antalgiques permettrait au moins de pouvoir conditionner la personne et de l'extraire.

PS3 : Je pense qu'on touche à des règlementations qui sont… qui nous dépassent…

PS1 : Pour l'instant, mais regarde à *telle station* c'est le médecin qui régule, c'est le médecin qui va dans l'hélico du SAF, et les pisteurs ils donnent des médicaments sur prescription du médecin.

MM1 : Déjà ils ont du Paracétamol dans les sacs, tous les pisteurs, ils ont un protocole qui est fait par un médecin de station, et là ils vont passer à un pallier 2 ou 3 je crois.

PS1 : Et c'est LE médecin de station qui écrit ça, ce n'est pas à l'échelle ministérielle. Ils sont pas allé réformer les référentiels, c'est le médecin de la station, avec l'accord du SAMU, qui a mis ce protocole en place, donc c'est réalisable. On n'est pas obligés de tout modifier.

MM1 : Des fois ça peut partir du local pour d'étendre ensuite, faut pas attendre que la décision vienne d'en haut.

PS3 : Etant donné qu'on est sur une problématique d'organisation, d'humain, de chose comme ça, il y a évidemment des dizaines de sources d'amélioration possible, il y a toujours moyen de faire mieux.

Animateur : Ca va être l'objectif.

PS1 : Du coup vous, votre thèse, vous allez la présenter derrière ?

Observateur : Alors juste avant qu'on finisse, je vais juste reprendre vos réponses à nos questions. Je n'aurais pas grand-chose à clarifier parce vous avez été bien clairs dans vos réponses.

MM1 : Alors juste pour finir j'aimerais bien avoir une radio de la *société d'exploitation du domaine* ici, pour savoir ce qu'il se passe sur les pistes et que je me dise « Ah tiens, ça chauffe », que je puisse me préparer déjà.

PS2 : Je suis tout à fait d'accord le seul problème qu'il va y avoir c'est l'entente entre les deux cabinets médicaux.

MM1 : Bah pourquoi il peut avoir une radio lui aussi.

PS2 : Alors du coup c'est toi qui dirige c'est toi qui conseille sur l'évacuation, sur la prise en charge ou sur le bilan ? Le fait de faire ça automatiquement c'est toi qui fait ça donc le patient il vient dans ton cabinet…

MM1 : Dans un monde idéal, quand il y aura tous les médecins ensemble, on aura une radio et on saura ce qu'il se passe et on pourra apporter notre avis si y'a besoin, et si on a le temps. Dans mon monde idéal quand *autre Dr de la station* partira à la retraite on pourra faire quelque chose, parce que c'est quand même à cause de lui que la maison médicale ne se fait pas.

Observateur : Je ne vais pas revenir sur le fonctionnement de la chaîne des secours, c'est assez classique et assez commun à toutes les stations. On a bien noté la grosse particularité ici c'est vraiment l'unité médicale héliportée et puis le gros changement cette année, le service d'ambulance qui passe dans le privé avec une perte au niveau de la chaîne d'information, et une perte au niveau de la transmission d'information.

PS3 : Perte probable parce que c'est tout nouveau…

Observateur : Au niveau des points forts, donc 3 MCS sur la station avec des possibilités de médicalisation de traumatismes graves, d'intervention sur piste si besoin etc. Au niveau des points forts toujours, des temps d'intervention qui sont très courts, beaucoup de pisteurs, beaucoup de postes de secours. Points faibles : pas de formation secours de la secrétaire, et puis pas de référentiel, pas de protocole commun à tous.

PS1 : Oui à l'échelle nationale, commun à tous les pisteurs.

Observateur : Dans les exemples de prise en charge de blessés qui se sont mal passées vous en avez donné, au fur et à mesure de la conversation, plusieurs. Au final il y a surtout des patients qui attendent beaucoup trop longtemps au niveau du front de neige, ou sur la piste que l'hélicoptère arrive, donc c'est surtout au niveau du délai d'intervention que vos différents points de vue se recoupaient. Au niveau des améliorations possibles…. Il y en a beaucoup, quand même. Donc créer une maison médicale unique, collée au bureau des pistes, avec tout le confort, et puis bien sûr une arrivée directe avec le traineau, une sortie ambulance, une DZ juste à côté, mettre une radio, avoir une communication directe entre le 15 et le pisteur secouriste, prévenir le cabinet médical de l'arrivée du blessé et de ce que c'est, …euh et puis que les médecins intègrent le PSE1. Que les pisteurs, mais ça voudrait dire revenir en arrière, que les pisteurs mettent les pieds au cabinet pour accompagner leurs blessés…

MM1 : Sur certains cas.

Observateur : … et/ou si ce n'est pas possible qu'ils aient un retour sur leurs interventions. Et l'antalgie avec un protocole, éventuellement qu'il y ait des infirmiers pisteurs, surtout sur des interventions où le délai médical peut être très long. J'ai juste un point à préciser l'antalgie dont tu parles (à MM1) c'est le PENTHROX ® ? C'est du MEOPA ® mais en...

MM1 : Oui je crois que c'est ça.

Observateur : Est-ce que j'ai oublié des choses, est ce que vous vouliez rajouter des choses ?

PS1 : Si. Organiser, alors ça c'est vraiment à l'échelle de notre service, aménager des temps de recyclages internes, si tu veux par rapport à notre formation une fois que tu es PSE 1 PSE 2 on a une formation qui fait qu'on a un recyclage de 8h obligatoire par an.

PS2 : C'est pas passé à 12 ?

PS1: Si normalement mais pour l'instant c'est 8.

MM1 : Et est-ce que sur les gros secours vous avez aussi des débriefings ?

PS3 : Il n'y a rien de formalisé.

MM1 : Parce que sur les gros secours, est-ce que ce serait pas bien de prendre un temps entre vous, pour les gros secours je pense que ce serait bien. Pour que les gens puissent aussi sortir ce qu'ils ont besoin de dire.

PS3 : Il y a 25 ans à *telle station* on le faisait mais là c'est compliqué, le soir pouf y'en a deux ils ont la navette à prendre, alors ils ne sont pas là, après ils sont en congé deux jours, et quand ils rentrent c'est toi qui est en congé 2 jours… d'un point de vue organisationnel c'est compliqué à faire. Quand il y a un dysfonctionnement il se fera le débriefing mais ce n'est pas organisé comme ça…

PS1 : C'est propre à chacun…

PS3 : C'est très informel comme retour… Ça peut se faire que de façon informelle. Y'en a qui sont à *telle altitude* y'en a qui sont *à tel autre endroit*…

PS1 : Ce n'est pas systématique, c'est propre à chacun, de son intérêt d'évoluer, d'oser en parler, je sais qu'il y en a au service des pistes, « tu as fait un truc tu as fait un truc… » après on en parle plus, et surtout si c'était mal fait et que c'est évident que c'était mal fait.

MM1 : Y'en a qui aiment pas avoir de retour sur leur pratique.

PS3 : Il faut pas oublier que les pisteurs secouristes, nos chefs, tout le monde, c'est que des êtres humains avec leurs tares, leur lacunes…

MM1 : Et puis il y en a qui ont pas envie d'évoluer.

PS3 : Y'a un côté réfractaire au changement qui est quand même...

PS1 : Et puis vous devez le savoir, le côté secouriste chez le pisteur secouriste c'est environ 5 à 10 % de son travail. Donc surtout pour nos employeurs, on n'est pas là pour faire du secours, on est là pour relever des matelas, faire de la prévention, déclenchement d'avalanche, entretien de matériel, on est surtout là pour ça. (Rire)

PS3 : On est surtout là pour que le forfait plein tarif puisse être vendu le plus souvent possible, je le dit pas méchamment hein, parce que je n'ai pas le sentiment d'avoir une pression pour ouvrir les

pistes, mais on est dans une entreprise dont la fonction est de proposer un domaine skiable, et le secours n'est qu'un indispensable à traiter puisqu'il y a des gens qui se blessent.

Animateur : Et les 10 % c'est un ressenti ou c'est les chiffres ?

PS1 : Ah non c'est les chiffres officiels.

PS2 : Et ces 10 % là pour *ancien directeur des pistes* c'était l'échec du pisteur, l'échec de la mission du pisteur, parce que le boulot a été mal fait en amont.

PS1 : Ce n'est pas complètement dénué de sens… On fait beaucoup de prévention active/passive, mais voilà.

PS3 : Oui c'est excessif et c'est choquant quand c'est dit comme ça mais après ça peut permettre d'essayer d'avancer dans plus de…

PS1 : A la différence d'un service de secours comme par exemple les pompiers, eux ils sont là pour faire des interventions c'est leur job, donc on leur donne les moyens pour faire leur job… Nous c'est une obligation, faut qu'on fasse des secours parce qu'il y en a qui se cassent la gueule, mais on n'est pas là pour… C'est pas le cœur de notre métier, notamment par rapport à nos autorités d'emploi. On est là surtout pour relever les jalons.

Animateur : C'est aussi votre ressenti à vous ? Vous estimez que vous n'êtes pas là principalement pour faire des secours ?

PS1 : Oui bien sûr c'est la réalité.

PS2 : C'est totalement dénué de sens puisque pendant la formation de 4 semaines t'apprends à faire du secours sur piste.

MM1 (à PS2) : T'apprends pas à pelleter la neige sans se faire mal au dos ?

(Rires)

PS1 : Si, ils ont intégré une demi-journée.

(Rires)

PS3 : J'irais même plus loin dans ce domaine-là, les pisteurs font partie de l'entreprise d'exploitation du domaine skiable, c'est pas le cas partout, c'est une entreprise qui à ses recettes qui a ses dépenses, et y'a même des gens assez haut placé dans l'entreprise qui pensent que le service des pistes c'est seulement un truc qui bouffe du pognon alors qu'en fait c'est les remontées mécaniques qui font rentrer de l'argent. Parce que les gens achètent un forfait pour remonter, mais ces gens ont quand même un esprit qui est comme ça (mets ses mains à la verticale face à face, rapprochées) car les gens ils ne remontent que pour redescendre, mais pour eux les remontées mécaniques apportent de l'argent à l'entreprise alors que le service des pistes coûte de l'argent à l'entreprise. C'est quand même assez grave.

MM1 : Alors qu'ils pourraient pas fonctionner sans de toutes façons. Donc c'est quand même clair.

PS3 : Et le service des pistes on est 70, ils sont 300.

MM1 : Vous êtes combien de pisteurs.

PS2 : 56, après...

PS1 : Ils ont plutôt tendance à nous fermer le robinet quoi. Y'a surtout un aspect financier mais c'est aussi une réalité de terrain : en temps de travail c'est 10 % c'est une réalité de terrain, mais pour eux l'esprit c'est vraiment « on est là pour entretenir les pistes, et accessoirement on fait deux trois secours au milieu parce qu'on est obligés ». Du coup on n'a pas tous les moyens qu'on voudrait.

PS3 : On a même maintenant des directeurs du service des pistes qui fonctionnent avec une délégation du maire… On a des directeurs du service des pistes qui ne sont pas pisteurs, qui ne l'ont jamais été, comme quoi c'est bien des choix d'entreprise et pas des choix de métier… Je pense qu'il y a quand même une vision un peu différente.

MM1 : Ça c'est un point noir. Du coup il a pas du tout de notion de secourisme et de blessés et du coup il prend pas du tout de décision dans ce domaine-là parce que d'abord il ne connaît pas donc ça lui fait peur et puis il n'est pas compétent là-dedans.

Observateur : Le nouveau directeur ?

PS2 : C'est un manager chef d'entreprise.

MM1 : L'ancien directeur des pistes était un pisteur à la base, alors il savait ce que c'était qu'un secours, alors que le nouveau n'est même pas PSE1.

PS1 : Ca influe forcément sur les moyens qu'il délivre au service des pistes là-dedans, que ce soit humain, matériel, organisationnel.

Observateur : L'exemple que vous donnez : la privatisation des ambulances ça va dans ce sens-là aussi…

MM1 : C'est lui qui l'a décidé.

PS1 : Oui, c'est un fin calcul comptable.

PS3 : Non parce que ça va coûter de l'argent, moi je l'ai ressenti comme ça : c'est pour se mettre « conforme », les ambulances c'est des véhicules « conformes », les mecs qui sont au volant ils sont « conformes ». On n'était pas tout à fait « conforme » avant, on avait plus de souplesse, ça coûtait moins cher mais on n'était pas tout à fait le petit doigt sur la couture. Mais toute façon notre ancien chef des pistes il disait « bon toutes façons la préfecture ils vont pas m'emmerder, parce que j'ai bouffé avec le préfet la semaine dernière ».

MM1 : On a l'impression que le but c'est de se protéger de tout, d'ailleurs le second de la sécurité pistes, qui est pisteur aussi, il dit qu'il arrive sur un secours, la première chose qu'il fait c'est qu'il prend en photo, parce que les assurances et tout ça…

Animateur : Je me permets de revenir sur le sujet qui est sur le secours de la victime sur piste…

MM1 : Mais je pense que le problème de procès et d'assurance ça pose problème dans les secours.

PS1 : Bien sûr.

PS3 : Bien sûr on est dans une judiciarisation de la vie.

Animateur : C'est-à-dire ? Vous pensez tous que votre manière de faire est influencée par la peur du procès ?

MM1 : On prend plus de précautions.

PS3 : C'est absolument évident, parce que quand on met un panneau « piste fermée », c'est dans notre idéal rêvé pour que les gens ne passent pas mais c'est surtout pour que quand les gendarmes viendront faire le constat qu'ils vérifient bien qu'il y avait le panneau « piste fermée ».

Animateur : Oui mais dans le secours de victime ?

PS3 : Bah si y'a un secours derrière, « y'avait le panneau ou il n'y avait pas le panneau ? »

MM1 : Et puis même je pense que pour un TC… on est tous dans le même sac et on a tous un peu peur de ça.

PS1 : Et oui ça c'est propre au secours hein, responsabilité quoi ! Effectivement si à la direction tu sens que tu as quelqu'un qui est d'aplomb qui va nous soutenir que quoi qu'on fasse il va nous donner les moyens, il est solide, et bah t'arrives et tu te focalises sur ton secours, sinon bah tu te dis « il faut aussi que je me protège moi » et du coup ça change forcément ton engagement dans le secours, et ça peut amener à de mauvaises décisions dans l'absolu… Quand tu es pisteur-secouriste, en montagne, c'est celui qui va être le plus gradé qui va prendre !

Observateur : On arrête là ?

PS2 (à nous) : Vous avez des questions ? (rire)

Verbatim Focus group station B – Pisteurs

Contexte : l'entretien s'est déroulé en milieu de saison dans la salle de réunion du poste central du service des pistes, à la fin d'une journée de travail pour les pisteurs. Tous se connaissaient, PS4 et PS7 travaillaient dans le même poste de secours. Au début les pisteurs étaient un petit peu méfiant, mais progressivement la confiance s'est installée.

A - Alors je voulais vous posez la question : d'une manière générale est-ce que vous pouvez nous décrire la chaîne des secours ici à Station B pour quelqu'un qui se blesse sur pistes ?

PS8 – On a un appel, qui est retranscrit ou par notre central qui a reçu éventuellement l'appel et qui nous le transcrit sur le site où c'est arrivé donc nous on a plusieurs sites donc ils nous appellent. Donc nous on a le lieu et puis ensuite ben le secouriste il intervient lui, seul. Il part seul avec son traîneau et puis il se rend sur les lieux donc il confirme la localisation si c'est bien le lieu exact et puis si c'est bien la blessure annoncée. Et puis après il demande les moyens humains ou matériels qu'il a besoin éventuellement ou si il peut se débrouiller tout seul parce qu'il se peut aussi que des fois on intervienne seul, sur par exemple des genoux, on arrive à immobiliser seul. Et donc ensuite on immobilise la personne et on la descend en traîneau si l'état de la victime le permet sur les fronts de station. Là on appelle une ambulance et l'ambulance emmène la victime jusqu'au cabinet médical et le cabinet médical nous c'est un tour de rôle donc c'est la régulation qui nous le donne quand on le demande, ou alors c'est éventuellement les victimes qui choisissent si elles connaissent éventuellement un médecin ou un autre.

A – D'accord OK. Donc la répartition entre les 2 cabinets ça se fait euh…

PS8 – Alors ça nous concrètement si je dis pas de bêtise bon c'est pas notre rôle trop à nous. C'est la régulation.

PS6 – Je crois qu'y'a plus de médecins à tel cabinet donc forcément y'a plus de tours de rôles à tel cabinet.

PS8 – Par logique on serait tentés de dire ça après c'est quelque chose qu'on maîtrise pas trop.

A – Ca marche. En terme de nombre de pisteurs, de postes de secours, de secours/an, est-ce que vous pourriez nous dire un petit peu à peu près, les chiffres.

PS6 – Si je me rappelle bien on est à peu près à un peu plus de 1000 secours/saison tous secteurs confondus

PS7 – Bien sûr tu disais.

PS5 – Je crois 1400 – 1500. Entre 7 et 800 à tel secteur, 3 et 400 à tel secteur,

100-150 à tel secteur c'est ça. Plus 150 au PC.

PS8 – Ouais, et puis le poste central qu'il faut surtout pas oublier.

A – OK ça marche et vous êtes combien de pisteurs ?

PS7 – On est 80 en tout avec les chauffeurs.

PS8 – Je dirais 45 quoi.

PS7 – Nan nan tous confondus, après quand il y a des congés… peut-être bien moins mais..

A – Ok d'accord. Et du coup y'a 4 secteurs ?

PS8 – Ouais 4 secteurs dont le poste central où on se situe là. Donc là c'est une équipe de secours qui est basée là, qui est motorisée avec quad et ski-doo, avec une remorque adaptée pour la prise en charge des victimes. Et ensuite sur le domaine en altitude on a donc tel secteur qui a un gros secteur de transition avec station voisine, tel secteur et tel secteur qui est en fond de vallée.

PS6 – Où y'a 2 postes.

PS8 – Où y'a 2 postes ouais. Exactement, très juste.

A – Est-ce qu'il y a des particularités locales qui distinguent un petit peu cette station d'une autre dans ce département ou ailleurs ?

PS8 – Ben y'a peut-être aussi ici la clientèle qui fait que… c'est un domaine qui est assez demandé pour le ski hors-piste en particulier. Et du coup ce qui fait que voilà c'est beaucoup d'adeptes de ce genre de ski puis bon le ski en lui-même, sans être chauvin, on a un domaine qu'est assez grand avec l'espace ******** avec nos voisins. Et ce qui fait que c'est un domaine particulier pour tout ce genre

de choses. C'est vrai que tout ce qui est hors piste en tous les cas ça amène pas mal de monde.

A – D'accord, donc y'a pas mal d'interventions hors piste aussi.

PS8 – Ouais alors ça dépend des années quoi on va dire après on va dire le gros des interventions je sais pas si, 'fin déjà moi je saurais pas le chiffrer, on fait quand même beaucoup plus sur le domaine skiable en lui-même que…

PS5 – Plus sur les pistes que hors piste.

A – D'accord OK. Et les victimes sont amenées au cabinet… en fait vous les amenez au front de neige et la régulatrice a déjà prévenu l'ambulance et puis ensuite elle a déjà…

PS8 – En fait ça passe que par le secouriste hein. Le secouriste une fois qu'il part de son poste, celui qu'était de permanence, il part avec son traîneau à partir de ce moment-là c'est lui qui va à chaque fois appeler la régulation en disant qu'il est sur place, donc il confirme le lieu et la nature de la blessure donc il demande ses moyens si besoin et puis ensuite une fois que la personne est immobilisée il va demander un tour de rôle de médecin et donc la régulation… c'est la régulation qui donne, par contre au niveau de l'ambulance, c'est le secouriste lui-même qui appelle l'ambulance et qui donne un créneau horaire parce que nous le temps de la descente on est quand même obligés de… y'a quand même beaucoup de secours par jour donc y'a un créneau d'horaire pour que les ambulances elles se régulent entre elles. Donc on appelle l'ambulance et on lui donne une estimation et un lieu de récupération.

PS5- Là c'est dans un cadre secours simple. Après si ça devient un peu compliqué on a la possibilité en passant par les régulatrices de demander un avis médical, de demander un avis au 15. Soit directement la régul' du 15 soit un médecin de station. Donc à partir du moment où ça passe au 15 c'est eux qui décide un p'tit peu du mode d'évacuation et si on vient au cabinet médical de station ou si on part directement en secondaire… ou si la victime part en secondaire du cabinet médical à l'hôpital ou alors en hélico. Et dans la station on a disposition un hélico de sécurité sans médecin pour évacuer les gens soit dans des lieux inaccessibles, y'a un treuil dessus euh...soit pour une question de confort, de gain de temps etc on peut utiliser cet hélicoptère. Et puis sinon c'est l'hélico du 15, avec médecin.

A – D'accord. Donc c'est plus dans des conditions où la victime est plus difficile à extraire ou est très éloignée, que vous l'utilisez.

PS5 – Ou alors si on a besoin d'un médecin pour la conditionner, pour une question de douleur…

PS8 - Ou si y'a une urgence quelconque voilà. Après c'est vrai y'a souvent le cas des grosses fractures où on a du mal… sans parler d'une urgence vitale mais une grosse fracture avec un gros déplacement où on peut pas immobiliser la victime parce qu'y'a un trop fort angle de fracture et donc ça nécessite l'appui d'un médecin. Donc là on fait appel au centre 15 ouais.

A – D'accord ok, et cet hélico qui vient médicaliser, il vient de telle ville du coup ?

PS8 – Alors nous y'a plusieurs bases en ce qui concerne telle zone où nous on est. Y'a la base de telle station, donc c'est à 15min de vol d'ici. Donc là en période de vacances y'a 2 à 3 machines je crois, 3 maximum.

PS7 – 2 en période de vacances, donc là y'avait que un.

PS8 – Donc 2 pendant les vacances. Et on a conjointement avec la vallée de telle zone, donc là c'est en fonction de la régulation du 15 et en fonction des ordres de priorité, telle ville donc ça c'est l'hélico de la gendarmerie, qui est basé à telle ville. Voilà.

A – D'accord ok.

PS8 – Mais bon ça c'est pareil ça nous dépasse un peu parce que nous à partir du moment où on demande un appui médical on va dire on passe notre bilan et c'est la plateforme de régulation, le médecin du 15 qui lui va décider du devenir de la victime donc c'est à dire qu'ils vont nous donner un délai d'arrivée sur place d'un hélico si l'hélico peut venir parce que si y'a d'autres priorités avant, et donc bah comme disait PS5 toute à l'heure, si ils estiment que y'a pas trop d'urgence pour cette victime-là ils préconiseront de la descendre au cabinet le plus proche ou alors des fois on a un délai de 30, 40 voire 1h parfois donc euh.. on attend.

A – D'accord donc le… vous faites le bilan au 15 directement ?

PS7 – Nan. Donc on passe un bilan au central et le central le retranscrit au 15. On n'a pas directement le médecin du 15.

A – Et vous avez la même fiche bilan, le central et vous, devant les yeux.

PS7 – Voilà, si on oublie quelque chose elle nous redemande.

PS8 – Donc ça c'est un truc qu'on s'est fait nous, que chaque secouriste a sur lui, et donc après on a le petit plastifié couleur. Et donc on a tout ça, cette trame-là elle est... moi je trouve qu'elle est sympa après du côté technique on va dire, formation pisteur, moi je trouve que c'est intéressant de l'avoir cette trame et on a tendance à peut-être pas assez l'utiliser… c'est que ça nous donne un ordre pour donner notre bilan. Donc avec le circonstanciel, le bilan d'urgence vitale, et donc c'est une trame qui permet d'avoir le même bilan avec les filles qui sont ici au central.

(L'animateur regarde la petite fiche plastifiée)

Et puis malgré tous les médecins au bout, de la régulation, nous on est un peu leurs yeux donc ils ont les infos au plus près de la réalité pour qu'ils puissent prendre un choix rapide de régulation pour cette victime-là.

A – D'accord OK. Et du coup, j'embraye un p'tit peu là-dessus, cette fiche-bilan, comment vous... sur quoi vous basez vos décisions quand vous arrivez comme ça sur… que vous prenez en charge une victime ?

PS6 – On se base surtout sur… si y'a… un problème d'ordre vital surtout. Si on perd une des 3 fonctions là direct toutes façons ça va être bilan et puis après le 15. Dès qu'y'a le moindre… à part les troubles neuro, il faut qu'y'en ai 2 minimum pour s'inquiéter. Un trauma crânien qui se rappelle plus qu'est un peu obnubilé ça arrive tous les jours, après si y commence à avoir d'autres sensations on fait un 15 et souvent ils nous disent de le descendre. Parce qu'on n'a pas assez de recul sur les traumas crâniens.

PS8 – Pis c'est vrai qu'on en traite malgré tout pas mal et c'est vrai que le 15 se déplace pas forcément toujours après nous de notre côté on va dire de premier secouriste c'est vrai que nous les prises en charge on sait que dès qu'on a des facteurs aggravants on doit faire appel au 15 parce que si y'a des détresses neuro qui sont associées… obnubilé, somnolence, vomissements etc…

PS7 – PCI, asymétrie des pupilles.

PS8 – Nous on traite beaucoup comme ça, alors le 15 se déplace pas forcément, c'est le médecin régulateur qui fait le choix et effectivement nous a beaucoup de cas où on a même du recul sur la visite après chez le médecin ici où ben les gens ils sont gardés sous surveillance par la famille et puis ils restent même sur place quoi y'a pas forcément d'hospitalisation. Mais disons qu'après nous… comme disait PS6 nous quand on arrive sur place on regarde le circonstanciel c'est à dire ce qui s'est vraiment passé donc on a les infos soit de la victime si elle est consciente, si elle nous parle sinon c'est vraiment le circonstanciel, si y'a eu une forte inertie euh... un facteur chute-choc important. Ça c'est un phénomène important, qui peut primer dans un bilan pour le centre 15, les facteurs chute-choc, et nous on a… malheureusement on y est pas mal confrontés, en plus en ce moment on n'a pas de collisions…

A – Donc c'est des éléments de cinétique ?

PS8 – Voilà exactement, une forte énergie cinétique et après bah dès qu'on a une détresse vitale qui va pas bien bah nous notre rôle c'est de faire un bilan et d'demander un appui médical quoi.

A – D'accord ok.

PS6 – Bon après on est… pour revenir vite fait là-dessus… les autres années un fémur on médicalisait pas forcément si il était pas déplaçé ou pas de grosse déformation si on arrive à coquiller la personne souvent on le descendait. Mais depuis cette année ils nous demandent de faire un 15 à chaque fois.

A – Pour une suspicion de fémur.

PS6 – Ou de col, ou de hanche.

PS8 – Ouais, c'est une urgence chirurgicale.

PS6 – Ce qu'ils nous disent que depuis cette année d'ailleurs.

PS8 – Bah avant on les... c'était quand même préconisé.

PS6 – C'était préconisé un 15 mais là cette année ils nous ont dit une suspiscion de fémur vous faites un 15, vous cherchez pas à comprendre.

PS8 – On va dire que c'était… je vais pas te contredire PS6, où c'était le plus litigieux je pense pour nous et encore ça l'est actuellement, c'est les cols de fémur. Parce que c'est souvent des… souvent les fémurs c'est rare que ça fasse pas mal… y'a des cas mais c'est plus souvent l'inverse. Que un col du fémur on est plus souvent à même de… on les immobilise assez facilement ce qui est pas souvent le cas d'un fémur et euh effectivement les gens une fois conditionnés on les descendait plutôt par la voie du traîneau parce que les gens ils étaient bien, les constantes étaient bonnes, rien qui nous permettait de nous inquiéter et rien qui inquiétait l'état de la victime. Mais effectivement nous cette année on a eu une petite piqûre de rappel nous dans nos recyclages pisteur et donc plutôt du côté du col du fémur ben c'est le même cas qu'une fracture de fémur où on rentre dans le cadre d'une urgence chirurgicale et donc ils préconisent une médicalisation. Et où pour nous, et je reste juste là-dessus parce que ça nous arrive souvent, c'est justement dès qu'on rentre sur un bilan avec une plateforme de régulation du 15 après eux ils ont la main sur on va dire la suite de la victime. Donc nous, où c'est compliqué pour nous c'est que bah on est dans un milieu hostile, il fait froid et que justement un col du fémur pas douloureux, où la personne elle est immobilisée, nous on sait qu'en une quinzaine, vingtaine de minutes on arrive à l'extraire au maximum et à l'évacuer vers un centre médical. Et à partir du moment où on passe par ce bilan, et cette plateforme de régulation du 15 ben eux ils ont la main là-dessus et ils vont peut-être nous donner une heure de délai…

PS7 – Et il faudra attendre.

PS8 – Et effectivement nous sur le terrain ben c'est difficile, ça nous mobilise une équipe de secouristes. La victime ben… il fait froid, y'a des fois il fait peut-être chaud mais c'est quand même pas souvent non plus le cas.. Et nous c'est là où c'est compliqué... c'est là de trouver le juste milieu pour la victime parce que nous euh le milieu il est quand même hostile et du côté humain et confort ben on pourrait les descendre sans …

PS6 – c'est le cas typique d'hier…

PS5 – Faut qu'on pense à leur suggérer quand on a le 15 au téléphone parce qu'ils savent pas forcément…

PS6 – c'est un peu ce qu'on a fait hier. (à l'animateur) Je crois que c'est vous qui l'avait récupéré au cabinet, une dame de 65 ans qui se plaignait de la hanche. Et on a fait un bilan au 15… Ils venaient mais dans une demi-heure. Nous on avait la victime dans le traineau elle était comme ça (fait semblant de frissonner).

PS5 – Il faisait froid hier.

PS6 – On a fait redemander au 15 si c'était pas plus pratique qu'on la descende nous et qu'on l'amène au chaud et qu'elle soit médicalisée tout de suite et au cabinet au moins shootée un peu parce qu'elle avait vraiment mal et vraiment très froid. Et le 15 nous a dit ben c'est mieux de faire comme ça donc on l'a descendu puis on l'a amené direct au cabinet parce que si il avait fallu qu'on attende une demi-heure…

PS5 – Elle aurait été en hypo.

PS6 – Ouais j'pense que le froid aurait aggravé un peu son truc, en plus elle était stressée elle savait pas trop… quand on est dans le coquille, allongé comme ça (mime une immobilisation, en se tenant tout droit) y'a un moment où… en plus un coup on lui a dit ben dans un moment y'a l'hélico qui vient puis finalement l'hélio il vient plus, 'fin il vient mais dans une demi-heure, puis finalement ben on va l'amener chez le médecin donc euh.. mais à partir du moment où comme dit PS5 on est passé par le 15 ben après on a plus le choix. Ils nous disent « l'hélico il vient. » ben on attend l'hélico. Ils nous disent « ben vous le descendez chez le médecin. » ben on l'descend chez l'médecin. Bon après c'était un cas où elle avait vraiment froid la dame, même pour la coquiller on a mis on peu de temps.

PS7 – Elle était où ?

PS6 – Tel endroit. Elle était sur la route.

A – Et après du coup, vous m'parlez de critères de médicalisation, de critères d'appel au 15, est-ce que c'est… ça rentre dans le cadre d'un protocole que vous avez ici ?

PS8 – Nan.

PS4 – c'est un peu partout comme ça que ça fonctionne ouais.

A – donc c'est plus des habitudes que quelque chose d'écrit.

PS7 – Ça dépasse nos compétences.

PS8 – Voilà.

PS7 – Nous on est formés, on sait faire des choses, dès que ça dépasse on appelle au secours un médecin quoi, en clair.

PS5 – Si on sait qu'une personne elle va directement partir, que ça sert à rien qu'elle passe par la case cabinet parce qu'elle va forcément devoir aller en chirurgie, ou en neuro ou quelque chose comme ça… on passe par le 15 on sait que ça va faire gagner du temps.

PS6 - C'est pas qu'on veut vous enlever du travail…

PS8 – C'est le facteur d'urgence puis aussi y'a aussi après le facteur humain. Comme on dit nous après on n'est pas médecins mais on sait que c'est des choses qui vont s'traiter dans un CHU et qu'effectivement le gain de temps il est là aussi quoi, on sait que par le voie aérienne ça va plus vite. Nous par le bilan on donne une première échelle… voilà puis eux ils nous disent bah oui ou non quoi. Et après c'est l'urgence qui prime et nous on fait au mieux pour assurer l'état et le transfert de la victime quoi

A – D'accord et du coup est-ce qu'il y a des situations du coup où vous aimeriez avoir un protocole clair pour prendre une décision ou une situation qu'est un peu litigieuse ou…

PS8 – Ben disons que je pense que le plus litigieux pour moi c'est le cas qu'on a parlé avant où justement ça nécessite un appui médical ou ça va être un transfert vers un centre hospitalier mais que les conditions le permettent pas là on a un délai de 30-40 minutes c'est que bah justement on puisse expliquer… alors après peut-être que ça vient d'nous aussi, c'est peut-être à nous de le faire de nous-même, de passer un bilan parce que ça nécessiterait d'expliquer dans notre bilan très clairement qu'on est à 20 minutes d'un cabinet médical en descendant la victime parce qu'on a réussi à la conditionner, qu'elle est bien, la douleur elle est pas plus amplifiée, les constantes elles ont pas bougé, on a toujours une sensibilité une motricité, mais on peut la descendre et au lieu d'attendre 50min-1h sur place, ben en 20min elle est déjà prémédicalisée en station dans un cabinet et peut-être si ça le nécessite un hélico secondaire ou un SMUR routier selon le choix de la régulation du 15. Et ça c'est le facteur humain qui rentre en compte j'pense là-dedans c'est que humainement, quand les gens ils sont blessés dans le froid ben ouais, c'est pas facile d'attendre 1h de temps en bordure de piste, on essaye aussi de s'extraire de tout ça, mais c'est là aussi où c'est… où pour nous c'est… 'fin déjà pour moi ce que je pense ça serait intéressant qu'on puisse essayer de travailler là-dessus quoi. Après effectivement on comprend qu'on est pas la seule station dans les Alpes et que 'fin surtout là c'est assez fréquenté dans toute la vallée, on comprend qu'il y a beaucoup de stations, beaucoup de secours et beaucoup d'urgences certainement qui priment par rapport à notre victime mais disons que c'est plus dans un souci après humain de se… bon après un bassin si y'a pas de saignement, il a très mal mais… voilà.

PS5 – A notre recyclage annuel de secourisme on a parlé d'ça, ils nous ont sensibilisé là-dessus, sur la chaîne des secours on en a pas mal parlé par rapport à ces histoires de fémur et tout et ben ça éclaire pas mal parce que nous on a aucune vision, on sait pas ce qui va être le mieux, c'est pas nous qui orientons les gens. Ben le fait de voir qu'il y a toute cette problématique-là, on peut pas prendre la décision nous-mêmes de toute manière parce qu'on sait pas ce qui est le mieux et qu'on sait pas ce qui sera en réalité le plus rapide. Tu gagnes une demi-heure au départ et qui te dit que t'en perds pas 2h après parce que faut transférer etc mais bon ça on maîtrise pas. Mais bon c'était bien d'en parler et de voir qu'on avait quand même… qu'on pouvait faire gagner du temps là-dessus en orientant directement ou en suggérant au régulateur qui connaît pas du tout, qui est pas sur place et qui connaît pas forcément nos moyens qu'on a à la station B ou à telle station voisine, ou dans une autre station et donc euh ben c'était bien là ce recyclage j'ai trouvé par rapport à ça.

A - Du coup les recyclages que vous avez j'imagine que c'est des recyclages qui sont j'imagine orientés pisteurs-secouristes du coup ?

PS5 – Ouais, avec un plan quinquennal où t'abordes certains thèmes annuellement et ça revient tous les 5 ans.

PS8 – Et c'est obligatoire. Faut se recycler une fois par an ouais. C'est une obligation.

A – D'accord.

PS8 – C'est une obligation. Mais bon je pense que d'une manière générale c'est assez bien pris par l'ensemble des secouristes hein, des pisteurs parce qu'y'en a qui pratiquent pas forcément à l'année, très peu même, on va dire.

PS5 – Ouais ça fait du bien, ça rafraîchit.

PS8 – Et du coup ça fait malgré tout un petit rappel. Nous pour ici, station B, on fait un pré-recyclage en interne et ensuite on a le recyclage qui se fait de manière officielle. Là depuis quelques années on va sur telle ville dans la vallée, on a des centres qui nous accueillent pour pouvoir faire ça, mais c'est une obligation d'être recyclé pour pouvoir exercer.

A – Et vous avez des temps de recyclages internes en plus du coup ?

PS8 – Et on a des temps de recyclages internes ouais.

A – D'accord OK. Ensuite j'voulais vous posez la question : qu'est-ce que vous pensez être les points forts de votre organisation, alors vous avez déjà donné des éléments de réponse…

PS5 – La première chance qu'on a dans notre boulot c'est dans les premiers secours y'en a peu qui peuvent être aussi rapidement sur les lieux donc on intervient très tôt après le traumatisme. Et ça c'est une chance parce que bon ben voilà le temps c'est…

PS8 - C'est d'la vie.

PS5 – C'est d'la vie. Donc là on a cette chance-là, d'être très vite dessus, après on a des moyens quand même pas négligeables.

PS8 – Après on a la chance... pour nous, je pense ça c'est une chance pour nous qui aimons ce métier-là c'est que, on en parlait toute à l'heure du nombre d'interventions, on a la chance c'est de pratiquer beaucoup donc on voit beaucoup de choses et du coup bah c'est hyper-formateur pour tout le monde et on a des équipes qui sont rodées quoi, qui sont rodées et ça marche bien quoi. Ça marche bien.

A – OK, est-ce que du coup à l'inverse, est-ce qu'il y a des points faibles ?

PS8 – Après y'en a quelques points faibles, c'est sûr, y'en a. Quelques fois on manque un peu de monde parce que quelques fois c'est… La demande, 'fin c'est d'actualité, il manque un peu de monde.

A – D'accord, vous êtes pas assez de pisteurs c'est ça que tu veux dire ?

PS8 – Ouais sur certains points c'est compliqué ouais, c'est compliqué. Quand c'est vraiment busy ben c'est les équipes qui courent un peu à droite à gauche, c'est vrai que d'avoir ne serait-ce que quelque personnel en plus ça nous, ça nous aiderait bien quoi.

A – D'accord OK.

PS7 – On peut comparer par rapport aux stations voisines où pour plus ou moins de secours, ils sont plus de personnel pour faire moins de secours quoi. Alors est-ce que c'est eux qui sont dans le juste ou nous qui sommes dans le faux j'en sais rien.

PS4 – Moi je dirais aussi du matériel, on pourrait avoir du meilleur matériel. On en a déjà du bon hein mais on pourrait avoir tout le parc bon.

PS7 – Le renouvellement est lent.

PS8 – Ouais. Mais bon ça c'est d'actualité un peu de partout avec l'aspect financier aujourd'hui maintenant.

PS5 – Et si on avait des paramedics ça serait pas mal.

PS8 – C'est ça, nous ce qui nous dépasse c'est vrai, bon après c'est pas le débat de la soirée on va dire, c'est que nous on est un service de secours et on doit pouvoir porter assistance dans les meilleures conditions avec du matériel récent quoi, de toutes manières c'est ça.

PS4 – Ouais c'est pas qu'il est pas opérationnel mais il faciliterait le travail et quand on voit que dans d'autres stations qui sont plus petites, qui sont mieux équipées que nous, une station grosse comme la nôtre. On a quand même du matériel

qui… pas tout hein, ça commence à être… mais il en reste et ailleurs c'est tout du dernier cri.

A - D'accord.

PS4 – Ouais. Pour nous et pour la victime.

PS8 – Et quand on dit le manque de moyen humain, c'est à savoir c'est que nous notre rôle de pisteur aujourd'hui il est complété par plein d'à-côtés. C'est que nous on a la sécurisation du domaine dans toutes ses faces… dire qu'on a le jalonnage etc, la protection des enneigeurs tout ça et ça monopolise pas mal de monde, surtout une année comme cette année on a bien vu. Et du coup ça démunit d'un côté et du coup effectivement on aurait quelque personnel de plus ça irait bien quoi mais bon ça , ça dépasse le milieu du secourisme on va dire.

PS5 – Ca m'faisait penser à ça depuis toute à l'heure je pense qu'on est pas mal à être d'accord c'est que… ça se faisait encore dans peu de stations et on faisait encore à la station B c'est que le suivi des secours 'fin du pisteur allait jusqu'au cabinet médical. Donc ils nous ont supprimé ça, ben vu qu'on est en sous-effectif ben faut que les gens remontent vite dans les secteurs une fois qu'ils ont fini le secours. Si t'as laissé ton blessé aux ambulanciers et que tu remontes tout de suite c'est vrai que ton pisteur il est plus vite sur le secteur et plus vite opérationnel. Seulement nous on perd tout ce lien avec les médecins et de l'autre côté quand on a fait un bilan on est quand même pas toujours sûrs de nous, on a des gens emmitouflés… on a besoin de se maintenir, et de progresser maintenant toujours. Donc nous on a pas ça et vous… quand on arrive au cabinet médical vous avez l'intermédiaire, le téléphone arabe sur euh « tiens qu'est-ce qu'elle a la personne ? qu'est-ce que vous me ramenez ? » etc. Mais y'a eu de la déperdition, et puis ben on discute plus avec vous, on voit plus les radios, etc. etc. 'fin beaucoup moins, c'est beaucoup moins facile. Et ça c'est une grosse perte je trouve par rapport à la qualité de notre boulot de secouriste etc. Voilà.

PS8 – Après, ouais c'est vrai où je rejoins PS5 où c'est dommage c'est… après bon c'est vrai que nous on peut pas... D'un côté y'a des points positifs y'a des blessures qui nous permettent de remonter tout de suite on peut les laisser sans problème, je pense, aux ambulanciers mais y'a certains cas où on peut les accompagner quand même. On est pas interdits de les accompagner mais disons que nous dans le suivi des victimes on aime bien même des fois avoir le médecin et puis voir ce qu'il en est, voir si on avait vu juste et puis pour nous c'est hyper formateur parce qu'on apprend tous les jours encore aujourd'hui puis on apprendra encore demain. Puis c'est vrai que pour nous c'est difficile, pas seulement en descendant les victimes sur la station mais parce que des fois on imagine une belle fracture et c'est vrai qu'on aimait bien voir les radios c'était toujours intéressant pour nous. Mais au-delà de tout ça même des secours médicalisés dont on parlait toute à l'heure ben là on a... la plupart du coup on a jamais aucun retour et c'est vrai que ça c'est un peu dommage ouais. Après on comprend que les centres hospitaliers sont complètement débordés de travail aussi et peuvent pas répondre à...

PS7 (à l'observateur et l'animateur) – Et je crois que c'est la législation : ils ont pas le droit de donner des nouvelles, à d'autres qu'à la famille, je crois, les médecins, non ?

PS8 – C'est sûr qu'il doit y avoir une forme de secret je pense là-dedans, après tu vois, nous, juste savoir au moins le bilan traumatique et éventuellement…

PS5 – Puis des retours sur la manière dont on a conditionné nos victimes. Est-ce que c'est bien fait ? Est-ce que le collier est bien posé, le partiel ? Des fois t'as des petites astuces, des astuces de médecin quoi… Et 'fin des échanges quoi, de bons procédés.

A – Parce qu'avant du coup vous alliez dans l'ambulance avec les ambulanciers, vous alliez jusqu'au cabinet, vous discutiez avec le médecin, vous déshabillez la victime…

PS7 – Pas forcément jusque là.

PS8 – Au moins on avait un contact avec le médecin.

PS4 – Et au moins ouais expliquer comment on a trouvé la victime. Parce que des fois ben… si on a dû un petit peu la redresser ou… Ça c'est des infos ben qui se passent presque plus.

PS7 – Peut-être que les médecins toute à l'heure recouperont ça de leur côté en disant « on voit plus les pisteurs », peut-être.

A – J'te ferais un retour (souriant à PS7)

PS7 – Nan mais c'est sympa, peut-être qu'ils s'en foutent, qu'ils s'en fichent, j'en sais rien. Nous on aime bien mais dans l'autre sens on sait pas.

PS8 – Exactement.

PS5 – Si on pouvait avoir des échanges avec les médecins en début de saison et en fin de saison ça pourrait être pas pire. Même sous cette forme là avec un bout de fromage et du saucisson.

A – Et du coup ça serait euh… tu voudrais par exemple débriefer sur certaines choses qui se sont passées…

PS5 (à l'animateur) – J'pense que vous, vous avez des choses à nous dire et puis nous des questions… 'fin on a pas grand-chose à vous dire mais euh on a des questions à vous poser des fois.

A – D'accord et si les médecins par exemple intégraient le recyclage…

PS5 – C'est censé normalement, c'est censé d'avoir un médecin dans le recyclage mais c'est pas un médecin de la station qui travaille avec nous… c'est pas le problème mais déjà on en a plus parce que ils sont pas dispos…

PS8 – Ouais on en a plus ouais, ça fait quelques années que malheureusement ils se déplacent plus. Et c'est vrai que c'est dommage, c'est vraiment dommage parce que nous y'a quand même des questions qui restent chaque année… et c'est normal, et du coup on a plus de réponses parce qu'ils se déplaçent plus. 'Fin ça c'est spécifique à telle zone géographique je dois dire parce que dans telle autre zone géographique ils ont pas ce souci-là mais nous du côté des recyclages… Mais alors la raison, même nous dans l'équipe pédagogique on la connaît pas, on fait le forcing voilà. Cette année on nous avait promis que y'aurait puis, ben nan. C'est nous qui avons fait le ppt médecin donc c'est vrai que bon nous on essaye de faire du mieux qu'on peut mais on est pas médecins quoi. Donc c'est un peu dommage.

A – Et du coup ces temps avant-après saison ça pourrait aussi vous permettre de poser des questions… au médecin sur une pathologie ou une conduite à tenir devant telle situation… C'est ça que tu voudrais ?

PS5 – Parce que même informellement, sans parler du secours qu'on amenait mais bon tu te rencontres, tu vois, donc t'échanges, tu parles des choses…. 'fin bref tu te vois donc tu peux forcément... on a quand même des choses à se dire : on a affaire aux mêmes personnes…

A – Je reviens juste sur toute à l'heure tu disais le pisteur il doit revenir vite sur son secteur et euh… du coup, tu dirais que vous passez combien de pourcentage de votre temps à faire du secours par rapport au reste ?

PS7 – Oh, c'est faible.

PS6 – 5 %?

PS5 – C'est très variable suivant les secteurs aussi.

PS4 – Dans une journée de 8h on doit faire 3/4 d'heure. Quand on fait un secours hein, et c'est en général 1 secours par jour. Des fois ça arrive 2-3, mais on va dire -allez- une moyenne d'un secours par jour et on met 3/4 d'heure-1h.

PS7 – Et y'a une grosse disparité entre tel et tel secteurs.

PS8 – Après on intervient si c'est nécessaire sur d'autres secours après c'est toujours pareil ça dépend des journées, ça dépend de plein de choses quoi. Donc en gros tu peux pas chiffrer concrètement je pense.

A – D'accord.

PS5 – T'as des pisteurs qu'on fait, à tel secteur ils doivent avoir fait 30-40 secours chacun certains, ils doivent en être à ça (s'adressant à ses collègues).

PS7 – Nan, pas encore.

PS5 – Allez, 20. Y'a d'autres secteurs où ils en ont fait 1 ou 0. Voilà.

PS4 – Ouais voilà après c'est la fréquentation sur les secteurs, cette année le mauvais temps. Ouais y'a beaucoup de neige donc y'a moins de secours. Elle est bonne.

PS8 – Le mauvais, la neige qui fait que ils se font moins mal aussi je pense.

PS6 - Puis beaucoup de monde surtout. Les rares jours où c'était ouvert y'avait beaucoup de monde. Forcément plus y'a de monde et plus ils font attention, et donc moins ils se font mal. Là où on fait les plus gros cartons c'est quand y'a personne. Je me rappelle d'une fin de saison y'avait 2

personnes sur la piste ils ont réussi à se rentrer dedans.

PS4 – Ouais ouais la semaine dernière il faisait beau temps y'avait pas foule. Et pourtant, sur tel secteur, 'fin on a pas fait des journées extraordinaires mais plus de secours par rapport à la fréquentation.

PS5 – Ouais y'avait plus de traineaux à un moment, plus de coquilles.

PS4 – Ouais voilà ouais, y'avait pas grand grand monde sur le domaine. Ils skiaient vite et pis ils profitaient à fond.

PS8 – Après ça dépend des blessures qu'on a. Si c'est des secours où on intervient seul, qu'on gère ça seul, effectivement sur la journée c'est pas grand-chose mais si c'est des secours qui demandent des moyens et du matériel effectivement ça va vite prendre du temps, et on va plus intervenir aussi.

PS7 – Ca demande vite du temps.

PS8 – Mais ça ouais ça dépend de la journée quoi.

PS6 – C'est très variable.

A – Et PS5 toute à l'heure t'as dit « ça serait bien qu'on ait des paramedics », c'est ça que t'as dit hein ? Qu'est-ce que t'entends par là ?

PS5 – Euh quelqu'un qui a droit d'administrer des drogues euh, des anti-douleurs par exemple pour pouvoir conditionner notre victime et la descendre parce que souvent on aurait besoin d'un médecin que pour ça. Je vois cet exemple là après je vois que ça.

A – Parce que là quand vous arrivez sur un secours où le blessé est très douloureux, qu'est-ce que vous avez comme ressources ?

PS5 – Nous en France on a rien. Un bout d'bois….

PS4 – Nos mains.

PS7 – La technique des bronzés.

PS8 – Après c'est comme on disait, au-delà de l'urgence vitale mais si voilà.. c'est le facteur humain.

PS5 – Tu arrives à un peu aider ta personne.

PS8 – Si c'est trop douloureux, et ça arrive, on fait appel à un médecin puis…

PS7 – On a.. on a un truc très placebo, on a que ça, c'est de l'oxygène.

PS4 – Ouais mais ça, ça soulage pas la douleur.

PS7 – Hé ben, en vrai non.

PS4 – C'est psychologique.

PS7 – Ouais des fois psychologiquement. Les gens en vrai tu leur mets ça, ils en ont pas besoin. Tu mets à rien en litre hé ben… ça marche. Ils ont moins mal. C'est placebo.

PS4 – Ouais.

PS7 – Ca sert à rien on est d'accord. Ils se disent « il me faut quelque chose ». C'est bon.

PS8 – Ben disons que ouais, nous on est pas autorisés comme ça se fait en Australie et dans d'autres pays…

PS6 – Mais bon en Australie ils ont l'ENTONNOX mais c'est tout hein. Ils ont que ça.

PS5 – Ca marche pas mal quand même.

PS8 – Des retours qu'ils ont c'est que ça marche quand même… à peu près bien.

PS6 – Ouais mais moi sauf que… quand j'y suis allé, ils s'en servent un peu trop pour rien. Une luxation de pouce, allez ferme ta gueule.

PS5 – Ouais mais justement c'est pas des paramedics, c'est des pisteurs comme nous donc… des vrais infirmiers…

PS6 – Ouais mais voilà c'est… Le pouce, j'me suis fait engueulé par le médecin parce que j'avais pas mis d'l'ENTONOX au gars… 25 ans, il avait l'pouce là… (mime un pouce retourné) Tu vas tenir une demi-heure avec le pouce à l'envers sans crier quoi. Après peut-être que…

PS8 – Ouais c'est les habitudes hein.

PS6 – C'est ça, après c'est ouais… pour certains trucs, le pire c'est que ils en donnent pour ça mais dès que ça devient très grave ils ont plus de droit : un gros trauma crânien ou une suspiscion de fémur ils ont pas le droit d'en donner. Parce que justement derrière il va être opéré donc c'est…

PS8 – C'est pour ça qu'au bout du compte notre protocole… ma foi…

PS6 – Leur protocole sert pas à grand-chose parce qu'ils s'en servent pour des petits trucs.

PS8 – Tu sais que ça va être un aspect médical quoi donc euh… Faut un médecin.

PS5 – Ca serait juste cette idée… ben si t'as un infirmier-pisteur, entre guillemets sur place ben en 5 minutes c'est réglé.

PS8 – Ca, ça existe.

PS5 – alors que là le temps de faire monter un médecin de station ça va prendre une demi-heure…

A – Parce que… si t'as un infirmier-pisteur, le temps qu'il arrive… 'fin comment tu vois les choses en fait ?

PS5 – Bah là sur le domaine il pourrait être assez vite… Bon si y'en avait qu'un… si il est à tel secteur…

PS8 – Ben un… si y'avait un infirmier-pisteur ça veut dire que c'est un infirmier qu'est de faction au poste.

PS6 – Toute la journée. Et il bouge pas quoi, il reste au poste.

PS8 – Avec des secouristes hein. Et ça veut dire que dès que ça le nécessite il intervient avec ses compétences sur une prémédicalisation. Et effectivement… et ça, ça rejoint la discussion de toute à l'heure où on disait l'attente de l'hélico… effectivement nous si on a ces moyens-là… d'une pré-médicalisation… Ben nous si on a les moyens ben de la retirer de l'endroit où on est… du froid etc. Et d'attendre un hélico pourquoi pas après 1h, elle est déjà prémédicalisée, une fois que l'hélico arrive, y'a qu'un relais médecin – infirmier presque à faire et puis la victime elle part… Non seulement elle est déjà soulagée, elle est isolée et puis elle est prête à être évacuée.

A – D'accord. Et si vous aviez du coup dans votre sac à dos ce qu'ils utilisaient en Australie par exemple est-ce que tu…

PS6 – Ben nan parce que tu nous demanderais de faire la même chose qu'en Australie : pas s'en servir sur les gros traumas. Parce qu'à mon avis ça va être plus strict qu'en Australie si on a ça en France. Donc euh finalement à la fin du compte quand on en aurait vraiment besoin on va faire appel à un médecin donc euh j'en vois pas vraiment l'utilité, finalement. Si, à part pour l'hyper-douillette qui s'est fait une petite entorse au petit doigt et qui nous décroche les tympans elle ouais, ça serait pas mal elle arrêterait de couiner.

PS5 – Après sur des luxations d'épaule des trucs comme ça, c'est super douloureux. C'est pas grave quoi.

A – C'est ce que j'allais dire.

PS8 – Ca pour ce genre de cas ça pourrait.

PS6 – Peut-être la luxation d'épaule ouais. Pour le reste…

PS8 – Ca du coup ça (à PS6), moi j'connais pas, ça marche comment ? Ils sont dans l'gaze complet ?

PS5 – C'est un gaz hilarant.

PS8 – T'immobilise dans un coquille ? Tu fais comment ?

PS6 – Ouais ouais.

PS8 – En PLS ?

PS6 – Nan un poignet tu l'fous comme ça (assis) dans la barquette et tu lui mets le masque et c'est lui qui s'auto…

PS5 – Et la personne elle reste consciente, elle se marre…

PS6 – Mais ça dure… t'arrête d'en prendre c'est fini quoi.

PS8 – Et y'a pas de contre-indications ? Parce que nous c'est ça quoi.

PS6 – Ben si, ils disaient « les enfants fallait pas trop qu'ils aspirent tout le temps ». Ils lui donnent le « biberon » et ils lui disent ben toutes les 30 secondes tu prends un truc. Et puis ils sont là.. AAAAH. (mime quelqu'un qui plane) Moi j'sais pas j'ai essayé ça m'a rien fait. J'comprends pas ce qui leur est arrivé.

PS4 – Ou faut avoir mal.

PS6 – Ou faut avoir mal ouais.

PS5 – Si moi j'ai essayé ça marche.

PS6 – Je devais pas en avoir du bon.

PS8 – Après concrètement nous dans les protocoles qu'on a voilà, après c'est clair que si ça nécessite la chirurgie pis qu'on peut pas administrer ça, autant rester sur les protocoles qu'on a nous quoi. Mais après en ayant un appui médical, même une pré-médicalisation par un pisteur-infirmier… je crois que ça arrive.. y'a quelques stations qui en ont des pisteurs-infirmiers… ou alors ben par un médecin de station. Mais c'est vrai qu'aujourd'hui même un médecin station c'est pas toujours évident. Nous on passe nos bilans, si il faut qu'il monte des fois c'est pas toujours évident pour lui de monter.

A – D'accord. Est-ce que 'fin pourquoi justement faire aussi peu appel au médecin, entre guillemets ?

PS8 – De station, tu veux dire ?

A – Ouais.

PS8 – Ben le truc c'est que nous, notre procédure elle est de faire appel au 15. Nous c'est notre protocole de secours qui veut ça. Dès que ça va nécessiter… on a un souci on peut faire appel à vous y'a un médecin qui est de permanence ici donc on va vous demander un avis médical donc ça ça va pouvoir se passer avec le médecin de station. Par contre si nous ça nécessite une médicalisation sur le site, on passe par la plateforme de régulation du 15, on fait un bilan à notre central qui transcrit au 15, ça se passe comme ça. Et ça, nous ça fonctionne comme ça et je pense que c'est partout…

PS7 – Et le 15 fait monter un médecin de station si l'hélico peut pas venir il fait pas beau, c'est un médecin de station qui monte.

PS8 – Voilà.

PS7 – Avec les difficultés de faire monter un médecin de station : faut des skis, faut… sortir du cabinet, c'est pas toujours très rapide.

PS8 – Ca prend du temps, 'fin voilà.

A – Donc c'est… finalement le médecin de station il est sollicité par le 15, pas par le pisteur.

PS8 – Voilà.

PS5 – Ou alors, si nous on a suggéré… ou alors qu'on a demandé juste votre avis médical avant de passer par le 15, quand on veut faire un geste, qu'on a un doute sur la gravité on va dire, on demande l'avis au médecin de station avant de déclencher toute la procédure 15 etc.

PS8 – Moi j'ai 2 cas qui viennent là en tête. L'année dernière : une suspiscion d'AVC dans telle piste donc on avait effectivement un doute parce que, de par le circonstanciel qu'il y avait eu, la personne était tombée d'elle-même à l'arrêt… ça a paru bizarre à son entourage. Mais les constantes étaient bonnes etc. mais des grosses céphalées derrière la nuque tout ça mais c'était pas traumatique du tout. Donc là on avait un doute on a fait appel au médecin de station donc euh avec un bilan donc lui il nous a suggéré il nous a dit « moi j'en veux pas, faites venir le 15. » Bon voilà c'est le premier cas et donc le 15 s'est déplaçé. Et l'autre cas c'est le cas d'il y a pas longtemps on a fait un fémur en bas de telle piste donc là les conditions météo permettaient pas à un hélico de venir donc ben on pouvait pas immobiliser la victime et donc ben ils ont fait appel au médecin de permanence sur la station B qui lui est venu sur place quoi. Donc là on a les 2 cas, on a le cas où bah le médecin de station on lui a passé son bilan on était un peu en altitude il nous a dit « effectivement moi vu ce que vous me dites j'en veux pas et faut surtout qu'il aille très très vite sur un centre hospitalier donc faut le prendre en charge tout de suite qu'il parte au plus vite » et puis le cas où la météo a fait qu'il pouvait pas venir et donc là ils ont fait appel à eux. Mais disons que nous, directement, bah après faudrait peut-être demander à notre direction si je dis une erreur mais j'crois que nous directement, à moins d'une urgence absolue directe, on peut pas faire appel à vous directement en disant « venez tout d'suite », nous quoi qu'il en soit c'est un bilan structuré et la plateforme de régulation du 15 et eux ils font leur choix quoi. Ouais.

PS5 – Et donc ce que j'allais dire à propos de ça, ça me fait penser à l'histoire de… Pendant longtemps on a eu des matelas coquille, et après on a eu les plans durs, qu'ont pas tout à fait la même utilité mais quand même un petit peu. Et on savait pas, on connaissait pas bien les gestes, donc on continuait à prendre des matelas coquille, des matelas coquille, des matelas coquille. Alors qu'on pouvait faire avec moins de personnel parce que t'as besoin de moins de monde pour mettre quelqu'un sur un plan dur. Hé ben on continue à faire des matelas coquille, par habitude et par manque de connaissance. Ca me fait penser à l'habitude notre fonctionnement, c'est

euh… le fait de suggérer, même au régulateur du 15 qui n'est pas là, de lui dire : « nous on a tel moyen, tel moyen, tel moyen » on a pas le réflexe de faire ça, on sait pas ce qu'on a le droit de le faire. Et après on prend des responsabilités qu'on a pas à prendre, ou alors on veut vite se décharger de nos responsabilités en appelant le régulateur du 15.

PS8 – Je pense que c'est à nous aussi… tu vois on l'fait peut-être pas assez nous ce genre de trucs. Parce qu'ils voient effectivement que dans le bilan y'a une genre d'urgence mais on leur a peut-être pas dit le mot-clé comme il l'a fait PS6, hier, leur dire « ben voilà : nous on a réussi à l'immobiliser, il fait très froid, on peut la descendre et en 20 minutes ou des fois 2 minutes parce qu'on est en bas, elle peut être pré-médicalisée » et c'est ce qui s'est passé, je rejoins ce que disais PS6, le 15 ils ont dit « OK faites comme ça, il est immobilisé, vous le descendez et pis le médecin de la station il nous rappelle » et pis si ça nécessite un 15 héliporté ou un SMUR routier ben c'est eux qui font le choix. Mais je pense que ça… et je m'en aperçois…

PS5 – Ca y'a des progrès à faire là-dessus.

PS8 – C'est à nous de dire « effectivement, ça va nécessiter une médicalisation.. ça va demander.. c'est une urgence mais on peut, parce qu'il y a des conditions météos qui sont comme ça, on peut, même si il fait grand beau mais on est à 2 minutes de la raquette d'arrivée de tel secteur », ben c'est peut -être bien de le suggérer parce que eux ça peut les avantager qu'il soit pré-médicalisé dans un cabinet et que derrière, ils aient que, si j'peux parler comme ça, une récupération de victime à faire. Dans la régulation ils gagnent aussi du temps. Et ça c'est aussi un peu d'notre côté où on manque aussi de cette habitude-là.

PS5 – Un peu comme si nous le médecin on le voyait arriver dans un hélicoptère alors qu'il peut arriver par les remontées mécaniques, 'fin tu vois ce que j'veux dire. C'est un peu ça, on a des schémas dans nos têtes qui font que ça fonctionne comme ça.

PS7 – Pis par expérience, quand même j'en ai assez fait, c'est pas pour critiquer personne, mais le médecin qui arrive dans l'hélico il est plus médecin urgentiste, que l'médecin qui est pas forcément… rien que pour poser une perf' des fois… c'est tout, chacun son métier… voilà. Même si y'avait tel médecin qui se recyclait… j'crois que c'est lui.

PS8 – Ouais pis lui il était aussi je crois médecin pompier 'fin médecin d'urgence je crois, on peut appeler ça comme ça. Mais, 'fin urgentiste quoi.

PS7 – On en a vu arriver des cabinets médicaux (hausse les sourcils) 'fin ça marchait pas quoi voilà. Par choix on va prendre celui qu'on pense.

PS8 – Ouais, c'est sûr. On va dire que le choix, pour en revenir à ta question, le choix de pas faire appel à un médecin de station il vient pas de nous quoi directement. Nous c'est vraiment un protocole qui est prêt comme ça, c'est que nous on doit passer par la plateforme de régulation. Voilà. Après y'a des cas particuliers je pense où notre direction a vécu, sur certaines situations, où c'est assez proche, on va dire accessible en voiture, où on a une victime qui est en arrêt cardiaque ou très grièvement blessée, où y'a besoin d'un médecin rapidement, ils ont eu fait directement appel avec le poste central. Mais quand c'est en altitude on a bien toujours attendu.

PS4 – Ouais ou à moins qu'il y ait vraiment beaucoup de délai, le 15 peut pas venir tout de suite des fois ça...

PS8 – Après on va dire que dans l'urgence absolue, globalement la direction, ils appellent le médecin de permanence qui soit prêt à intervenir quoi. Ils font intervenir d'eux-mêmes, je pense que c'est pas mal vu du 15 que y'ait un médecin de permanence d'ici qui intervienne sur un mec qui est en arrêt quoi. C'est plutôt quoi on va dire, c'est de l'urgence.

PS7 – Je suis d'accord avec toi… Bon je sais pas si.. ça date, quand j'avais fait le pont là, les 2 qui s'étaient rentrés dedans. Moi j'avais dit « on est au bord d'une route, j'appelle un médecin là. Il va venir. » Ben à l'époque j'avais été auditionné par la gendarmerie « pourquoi vous avez pas appelé le 15 tout de suite ? » pour moi c'était évident que le médecin de station allait arriver plus vite. Hé ben on m'a reproché de pas avoir appelé tout de suite le 15.

PS8 – Il y a souvent des discours comme ça, l'autre jour on en parlait avec telle personne, y'a un ou 2 ans dans la verte il avait eu un cas où justement lui il s'est senti tellement proche du bas que… il savait que c'était de l'urgence mais…

PS4 – En 4 minutes il était en bas.

PS8 – Ils ont fonctionné très bien tu vois, ils ont fait leur truc, ils l'ont descendu. Effectivement il était très vite en bas. Mais bon le pauvre ça s'est très vite dégradé mais bon tu vois là dans l'absolu, nous l'erreur elle est justement de pas faire appel au 15 dans l'immédiat parce que tu perds des minutes précieuses pour après. Et le truc il est là et c'est vrai que nous, humainement…

PS7 – On a envie, on a envie d'avoir un médecin tout de suite.

PS8 – C'est que nous on se dit « putain vite, on va aller chez le médecin quoi. » On sait qu'on y est très très vite. Mais nous dans nos protocoles effectivement il faut qu'on passe par la plateforme de régulation. C'est vrai que ça mange pas d'pain de faire un bilan.

PS4 – On perd quand même un peu du temps. Telle personne était à 200m du bas des pistes, je pense que c'est la bonne décision qu'il prenait mais si ça arrive un souci plus grave...

PS8 – Ouais il a été… il s'est vite enfonçé je crois me souvenir. Donc ouais il a été vite chez le médecin pour faire les premiers gestes qui l'ont sauvé d'ailleurs.

PS4 – Parce que si il avait fallu attendre… Je pense qu'il était décédé là si il fallait attendre l'hélico. Parce que au minimum, au plus vite il met 20 minutes si y'a pas de délai. 20 minutes ça faisait trop long. Ouais ouais.

PS8 – Donc en général comme elle disait PS4, c'est 15-20min de délai à moins qu'il soit vraiment pas loin et que ce soit une urgence absolue ils arrivent très vite mais c'est plutôt rare. Mais on a d'autres fiches-bilan dans les sacs à oxygène et où c'est un peu plus détaillé, où c'est un peu plus complet et on a une feuille de papier canson qu'on peut donner au médecin. Ca avait été une demande qui avait été faite justement dans nos recyclages pisteurs. Les premières infos qu'on prend nous, souvent c'est assez important jusqu'au suivi de la victime quand ils arrivent dans les déchocages des centres hospitaliers ils servent de ces premières informations, ils ont un peu une idée de l'évolution de la victime et des constantes à la prise en charge quoi.

A – Parce que là actuellement vous avez pas de moyen de communiquer justement votre bilan au médecin de la station ?

PS5 – Normalement ils sont à l'écoute de la radio.

PS8 – Si, nous on le donne, donc l'information passe par la régulation, ils l'ont, mais si tu veux c'est en complément parce que les médecins ils en traitent quand même beaucoup dans la journée ceux qui sont dans l'hélico et donc si tu veux ils font un transfert au centre hospitalier derrière et la demande qu'ils avaient c'était justement qu'ils aient ces premières constantes qu'on prend nous sur place pour les retranscrire aux déchocages quand ils arrivent sur les centres hospitaliers. Ils ont les phares respiratoires et circulatoires de base, à la prise en charge et eux ça leur donne une éventuelle évolution en pire ou en bien.

A – Donc c'est juste pour les secours graves que vous avez cette fiche bilan qui va accompagner le blessé jusqu'au centre hospitalier ?

PS8 – Exactement.

A – Et je reviens sur ce que tu disais toute à l'heure : quand faire appel au 15, quand faire appel au médecin de station et est-ce que si vous aviez un protocole qui va classifier les blessés et qui vous dise en fait dans ce cas là tu fais appel au 15 directement et dans un autre cas tu fais appel au médecin de station … Est-ce que ça vous aiderait ?

PS4 – On sait déjà quand même.

PS8 – Bah nous ouais c'est comme on disait nous on a la chance de pratiquer quand même pas mal d'interventions et en règle générale on sait quand même déjà nous d'un premier avis pis avec les constantes, la cinétique, ce qui va se passer par la suite quoi. Et effectivement où c'est le plus douteux ben on fait appel au médecin de station. On lui dit « Attends là j'ai un doute... » comme le cas de l'AVC, typique tu vois y'avait pas de traumatisme y'avait rien, les constantes elles étaient pas pires, on lui a fait faire les tests il se passait rien. Mais le circonstanciel il était pas clair, y'avait quelque chose qui allait pas et simplement une douleur de céphalées, en haut de la nuque, ici (montre l'arrière de sa tête). Du coup nous ça nous convenait pas, à son entourage non plus. Du coup ben ça a pas loupé quoi. Et l'appel au médecin, d'abord il a confirmé ce que nous on pensait, malgré que la victime allait

bien, c'est là où nous c'est pas facile, en premier secouriste, de faire ce choix-là. Et le médecin, de par ce qu'on lui a dit, il a dit « moi, c'est un 15, faut qu'il parte tout de suite. »

PS7 – Qu'ils mettent un protocole en place : quand c'est ça on fait ça, c'est difficile parce qu'il y a pas un secours qui se ressemble, les lieux, la météo… J'sais pas si on arriverait à avoir un cadre vraiment strict où on… « bah tiens on rentre vraiment là dedans, on appelle le médecin de station » Je suis pas sûr qu'on arrive.

PS6 – Pis y'a pas un blessé qui réagit pareil aussi. Pour la même blessure…

PS5 – J sais pas, même si on savait comment fonctionne les régulateurs parce qu'après c'est une question de… Le gars y va au cabinet médical, après il va dans tel hôpital, dans tel hôpital il fait ça, dans tel autre il fait ça, on peut pas savoir tout ça donc hélico, pas hélico… Est-ce que c'est une question je sais pas, d'aspect financier de dire : on passe pas par le cabinet médical parce que de toute façon il va aller à l'hosto et en fait si on était passés par le cabinet médical on lui aurait évité d'avoir mal pendant tout ce temps là ou… on sait pas nous.

PS8 – Après au-delà de tout ça, nous ça nous dépasse un peu tu vois… L'aspect financier, moi c'est pas ce que je regarde.

PS5 – C'est ce que eux ils regardent… C'est pas une question de financier mais de personnel, de nombre de médecins, de nombre de chirurgiens, j'ai dit financier mais…

A – Oui, au-delà de l'aspect financier, sur la question de l'orientation hospitalière, ce que tu soulevais, finalement même si toi tu sais pas quel plateau technique… qu'est-ce qu'ils peuvent accueillir finalement dans telle ville ou qu'est-ce qu'ils peuvent accueillir à telle autre ville qu'ils peuvent pas accueillir ailleurs etc.. finalement le médecin de station en général il doit avoir la réponse à cette question…

PS5 – Donc leur demander un avis…

PS8 – Après écoute si je te dis pas d'bêtise, le médecin lui-même, que ce soit celui qui arrive par hélico, donc l'urgentiste ou le médecin de station, quand il vient sur place, nous, ils rappellent la plateforme du 15. Quoiqu'il arrive il dit « ben effectivement je suis sur place », il dit « moi effectivement c'est telle lésion, j'ai prémédicalisé, j'ai mis tel tel produit, nous il est immobilisé ». Et là le 15 ils vont leur dire « OK ben on t'envoie un hélico tout de suite » ou « ben vous le descendez pis on fait un SMUR routier », mais ça passe quoiqu'il en soit par le 15, même du côté médecin de station. Quoiqu'il arrive.

PS7 – Oui c'est pas le médecin de station qui va décider… « On va le descendre, on va l'emmener à telle ville… »

PS8 – Voilà. Nan nan ça passe obligatoirement par la plateforme de régulation.

PS7 – Mais ils savent déjà mieux que nous où est-ce qu'il va aller le gars ou comment ça va se passer donc des fois leur demander un avis… Souvent quand on demandait des avis médicaux aux médecins de station tu sais ça nous ôte un doute et ça nous fait gagner du temps.

PS8 – Ouais pis c'est vrai que sur un doute ça nous aide quand même y'a pas à tortiller. Après sur tout ce qui est d'aspect traumatique on sait à peu près quoi, visuellement on a un peu l'habitude, après là je pense que là où c'est un peu compliqué c'est sur tout ce qui est malaises etc.. Toujours pareil, on a du mal forcément à trouver alors y'a le questionnement on essaye de faire au mieux mais y'a des fois y'a un doute, les constantes, elles nous plaisent pas, y'a un truc qui tourne pas rond, ça nous met le doute hé ben on fait appel au médecin et on dit « il s'passe ça, ça, ça, y'a pas d'antécédent et quelle est la marche à suivre, comment on fait ? » et donc bah là très souvent le médecin dit « bah descendez-le » ou « fais appel à un hélico médicalisé ».

A – D'accord, et du coup qu'est-ce que vous avez comme contacts avec les médecins de station finalement pendant la saison ?

PS8 – Hé ben…

PS4 – Plus trop…

PS8 – Et c'est là que je rejoins PS5 où ça serait sympa c'est vrai c'est au moins de se voir, d'avoir un… de savoir qui sont les médecins, parce que c'est toujours sympa de se confronter, de discuter un peu de ce qui s'est passé pendant la saison et puis déjà d'avoir un retour aussi parce que y'a des fois je pense que ça nous apprend tous, on essaye de faire bien mais y'a des fois y'a peut-être des

choses qu'on a pas bien faites puis que les médecins ils pourraient nous dire ben « faites gaffe sur tel point, tel point, tel point » ça serait hyper formateur puis nous rien que le fait d'avoir un visage sur les gens qui prennent en charge les victimes qu'on a nous quoi. Après ben c'est sûr qu'on comprend bien que pour le reste y'a peut-être une forme de secret professionnel et tout ça. Mais c'est vrai qu'on manque un peu de relationnel, avec juste avoir l'info, après on comprend que tout le monde est à fond pendant la saison et que c'est pas facile de toujours pouvoir donner des renseignements, si tous les pisteurs appellent. On appelle quand même régulièrement des fois pour avoir des nouvelles. Mais après voilà c'est au moins mettre des visages et pis rien que le côté humain de discuter, de parler boulot. On travaille quelque part dans le même milieu… c'est intéressant.

A – On en a déjà un petit peu parler mais est-ce que vous avez pensé à des améliorations possibles du coup de la chaîne des secours, même les trucs qui paraissent un petit peu… dans l'idéal, ou absurdes ou irréalisables ?

PS8 – Bah après nous dans le gain de temps c'est peut-être un médecin de permanence…

PS6 – Avec un hélico.

PS5 – Un médecin dans chaque poste de secours avec un hélico.

PS8 – Au moins un médecin ou un infirmier urgentiste pour prémédicaliser quoi. On gagnerait du temps bah déjà pour la victime, c'est toujours pareil on est dans un milieu hostile on en a déjà parlé mais… pour pouvoir les isoler. Ca c'est quand même pas rien puis j'pense que ça, ça serait ouais, quelque chose d'utile parce qu'après on en a déjà bien parlé mais c'est vrai que le 15 ils sont débordés… y'en a de partout des secours donc quand on a des gros délais nous, quand on va annonçer à la victime qu'elle va rester encore une heure la tête dans la neige… c'est pas forcément non plus facile non plus pour nous. Après je pense qu'ils le comprennent parce qu'ils ont pas le choix mais bon pour nous c'est pas facile donc bon on va dire que… c'est des choses compliquées hein, des choses compliquées après nous en hélico on est déjà pas mal servis. On a un hélico technique.

PS4 – C'est une chance.

PS8 – On aura du mal à faire mieux, faut rester cohérent dans le truc quoi mais.. peut-être au moins ça, et puis peut-être que ça permettrait justement sur des choses qui sont, qui sont pas vitales, des grosses fractures de jambe des choses comme ça, de prémédicaliser, de pouvoir descendre tranquillement en gagnant du temps quoi parce que des fois on a… ça fait tellement mal qu'on peut pas intervenir. Après pour ce qui est vital ben ma foi faut que ça aille très très vite sur un centre hospitalier, on a besoin des mêmes protocoles que ceux qu'on utilise maintenant. 'Fin je pense hein, pour moi.

A – Pas d'autres choses à améliorer finalement que cette pré-médicalisation…

PS7 – Si ! Un truc qu'on peut plus trop faire parce qu'il y a toujours le manque de moyens c'est… moi je suis preneur, c'est des recyclages plus fréquents, internes, plus fréquents… Mais on a pas le temps, on a pas le temps. Qu'on puisse trouver du temps même dans la saison, pas forcément l'été, mais de temps en temps faire un peu des trucs même avec des moniteurs de secourisme ça te remets un peu…

PS8 – Puis en cas vraiment concrets tu vois, sur du terrain quoi.

PS6 – Dans la pente et pas en salle au chaud.

PS8 – Ouais t'es bien mais en concret c'est là où c'est intéressant. Pis c'est ce qu'on fait tous les jours.

PS7 – Ca permettrait de confronter nos expériences. Tiens il est là il est dans la pente « ben retourne-le comme ça tu verras ça va mieux ».

PS8 – Exactement, pis après… plus nous de notre côté à nous et bon avec des médecins je pense que c'est plus dur mais c'est de faire des débriefings quoi.

PS7 – Ouais.

PS8 – Sur tous les gros secours, faudrait faire des debriefings d'intervention.

PS7 – Ca on fait jamais et..

PS8 – Je pense que c'est des choses intéressantes, alors après avec les médecins 'fin ceux qui interviennent sur place c'est délicat parce qu'ils viennent pas d'ici et c'est compliqué mais je pense que pour nous.

PS7 – Et internes déjà c'est important. Sur des gros secours où y'a beaucoup de moyens faudrait qu'on puisse faire des débriefings, qu'on se parle « pourquoi on a pris ça ? pourquoi on a pas fait ça ? » et voilà. Et ça on le fait pas.

PS5 – y'a déjà pas de soutien psychologique quand y'a un truc grave… ou très peu.

PS8 – Après ça je pense que tu peux le demander hein. Si j'te dis pas d'bêtise.

PS6 – Y'en a eu un.

PS5 – Ouais mais si faut le demander euh…

PS4 – Pour le secouriste.

PS5 – Il te l'avait imposé euh… (regardant PS6)

PS6 – Y'a eu une fois où la psychologue est venue. Elle est venue pour un truc qui nous, nous paraissait complétement aberrant. C'était un secours dans telle piste, c'était une jeune qui s'était payée le canon à neige. Qui avait failli tuer un groupe de 2ème étoile au passage… Et le médecin urgentiste quand il est arrivé, parce que le médecin de station avait un peu de mal, hé ben il a pris… il avait pas de scalpel rien, il a pris le couteau de telle personne, je m'en rappelle encore son opinel qu'elle se sert encore pour manger avec. Et il a fait 2 entailles là (montre les côtés du thorax) pour voir si il avait encore de l'air ou du sang dans les poumons ou ni l'un ni l'autre pour voir si ça valait le coup de continuer à masser.

A – Donc c'était une personne qu'était en arrêt cardio-respiratoire.

PS6 – Ouais, donc ils ont fait cet acte chirurgical, qui pour la psychologue de la station elle pensait que ça nous avait marqué, qu'on allait être perturbés et tout. Et donc le lendemain, tous ceux qu'étaient sur le secours on s'est retrouvés dans la salle en bas avec la psychologue qu'a commencé à nous faire parler. Puis au bout d'une heure elle nous dit « en fait moi je suis juste là parce qu'il y a eu un acte chirurgical ». Nous on s'est tous regardés autant bêtes qu'on est et on a tous commencé à se foutre de sa gueule parce qu'on lui a dit « la petite entaille qu'il a fait, y'a des chasseurs, tout le monde a déjà vu des chevreuils se faire daguer ou dépouiller, c'est pas cette petite entaille, en plus y'avait même pas de sang y'avait rien, qui nous a perturbé ». Par contre notre ressenti sur le secours, du fait qu'on a massé et qu'il avait les yeux grands ouverts ça elle en avait rien eu à foutre, strictement rien. Elle, elle était obnubilée par le fait qu'il y avait eu un acte chirurgical. Qu'était rien, qui était une petite entaille quoi. Moi je me suis ouvert la main cet été, j'ai pas tourné de l'oeil quoi.

PS8 – Après c'était peut-être l'aspect de l'avoir fait avec un…

PS6 – Un Opinel, voilà, et ce qui l'a dégouté c'est quand il a commencé à raconter à dire « ben nous on dague des bestioles pis après on bouffe le sauc' avec le même couteau ». Et là elle a dit « bon ben on arrête la séance », pis bon « merci au revoir ». Pis nous on s'est tous regardés puis on lui a dit « mais nos ressentis ça fait une heure… quand même on l'a massé les yeux grand ouverts… » puis y'avait un petit jeune il était hyper choqué. Ca elle en avait rien à secouer. Après moi j'en ai déduit que ben si c'était pour les actes chirurgicaux ça servait à rien de demander une psy. Et que entre nous ben, c'est con à dire mais on va au bar tous ensemble pis on en reparle. Pis voilà ceux qui sont choqués c'est grâce à moi et aux anciens que… Mes premières expériences, je suis allé en parler avec les anciens et j'ai jamais eu de psychologue pour me dire « bon ben ça va aller, ça va bien se passer t'inquiète c'est comme ça ».

PS5 – Ca, ça doit être protocolé parce que sinon, toi t'es comme ça tu vas boire un coup avec tes potes pour en parler et puis y'a le petit mec un peu introverti qui va partir tout seul dans son coin…

PS6 – Qui va en faire des cauchemards pendant 15 jours, ça va le dégouter du métier.

PS7 – C'est là qui faut faire un débrief', c'est là que tu vois « attends y'a le nouveau qui va pas bien ».

PS8 – Pis bon après face aux gros traumatismes ou ben la mort hein, on est pas tous non plus égaux, après on sait que ça fait partie de notre travail.

PS6 – Nan mais voilà on est d'accord mais...

PS8 – Mais c'est vrai que nous… j'pense qu'il faut qu'on s'y mette de plus en plus, pas forcément qu'il y ait un décès au bout, qu'il y ait des secours un peu sérieux justement où on a pris du matériel, bah de se remettre aussi nous en cause parce qu'il y a des fois… Moi j'ai eu le cas l'autre jour parce qu'on a fait un secours dans tel endroit, fracture de cervicale, avec un matelas coquille… t'y étais pas

PS6 ? PS5 non plus ? Bref on s'enfonçait dans la neige poudreuse donc on a fait avec un collier cervical, maintien tête, la procédure normale. Du coup on avait du mal à faire glisser le matelas coquille au moment du relevage donc tu vois on s'y est pris à 3 fois parce que c'était compliqué. Pis en fait on en a discuté avec l'équipe de secours et on se disait, un coup comme ça dans de la neige comme ça c'est pas le système qu'on a l'habitude de faire mais tu fais le relevage comme tu sais le faire en pont-pisteur comme ça mais au lieu de mettre le coquille tu mets le plan dur. Bah ça aurait été beaucoup plus simple. Sauf que le plan dur nous dans les textes c'est marqué que c'est à 3 ninninni ninninnin. Tu vois je pense qu'un coup comme ça et la procédure en soi, la gestuelle elle empêche rien : t'as tout bétonné, t'as mis un collier, tu fais ton relevage à 4 sauf que ça aurait été plus judicieux et bien moins emmerdant de mettre un plan dur. C'était justifié quoi.

PS6 – Et on peut pas faire un plan dur en relevage à 4 ?

PS8 – Bien sûr que tu peux.

PS7 – Dans notre esprit on va pas le faire tout de suite quoi. C'est en débriefing qu'ils y ont pensé quoi.

PS8 – Voilà c'est en débriefing que nous on s'est dit « on est cons » tu vois et voilà mais c'est qu'on a justement… Et PS5 le disait toute à l'heure, on est encore… de plus en plus on prend tout ce qui est plan dur, attelle cervico-thoracique et tout, mais ça a du mal à démarrer. Et tu vois même encore là on apprend parce qu'on reste ancrés sur notre truc de relevage à 4 avec le coquille et là rien n'empêchait de venir avec un plan dur. Et on se serait bien moins emmerdés je peux te dire.

PS6 – Ah ouais ouais, y'avait pas de trauma crânien.

PS8 – Mais bon ça on l'a vu après donc… pour une prochaine on essayera. Mais voilà hé ouais de manière à améliorer les choses dans la question que tu posais toute à l'heure, ouais c'était ça à quoi je pensais : les débriefings. Et puis après, bon, on y est pas tout le temps confrontés mais sur l'aspect qu'on disait des secours graves avec des décès au bout ben y'a malheureusement des fois bon, la majorité des cas on essaye d'évacuer l'entourage mais y'a des fois...

PS4 – Ah c'est de gérer l'entourage… Nous on sait pas faire ça.

PS8 – Ben y'a des fois, de gérer les amis, l'entourage, ben nous on a pas de formation à ça et y'a des fois malgré tout on y est confrontés.

PS6 – Les Go-Pro les tout ça.

PS8 – Et c'est pas facile ça. Nous ben c'est notre métier on sait que c'est comme ça.

PS7 – On prend sur nous on sait faire mais alors l'entourage…

PS8 – Ca c'est vrai que c'est dur et on a aucune formation.

PS4 – Et on a pas de moyens. Parce qu'en plus on les a des fois relativement longtemps autour de nous, on les écarte, y'a un pisteur qui est désigné, ou 2, ou 3, de rester avec eux. Bah là on sait pas quoi raconter…

PS8 – Bah là c'est exactement comme tu dis, on sait pas quoi leur dire parce que… nous en plus on a la radio donc on a les infos, on a tout ce qui se passe pis bon malgré tout avec l'expérience je pense que visuellement on se rend assez vite compte malgré tout de l'échéance des choses quoi.

PS4 – Et eux aussi.

PS8 – Et malgré tout peut-être eux aussi mais c'est vrai que nous voilà on a pas de formation à ça et c'est vrai que c'est dur ouais. Ca c'est un côté qui est dur alors on y est pas tout le temps confrontés parce qu'on essaye justement de les évacuer mais effectivement, quand on les évacue y'a toujours une personne avec.

PS4 – Ouais parce qu'après des fois ils les font venir là et c'est pareil : c'est les filles du central… qui savent pas… 'Fin je pense que vous, vous savez un peu plus que nous, mais nous… carrément on sait pas.

PS8 – Ouais ça dans les améliorations, pour nous…

PS7 – Bah ça avait été demandé en… CHFCT je sais plus comment ça s'appelle, le truc d'hygiène quoi.

PS5 – CHFCT.

PS4 – Et même pour eux quoi.

PS7 – Ils avaient demandé à ce qu'il y ait au moins quelques pisteurs formés.

PS5 – A la psychologie.

PS7 – Ben ouais pour parler aux gens, parce que nous…

PS5 – On sait pas tous bien faire quoi.

PS8 – Après c'est vrai que comme disait PS4, on manque un peu de temps pour se recycler encore un peu parce qu'on a toujours besoin d'apprendre, mais après on a… je reviens là-dessus, on a cette chance c'est d'en faire beaucoup quand même, et ça c'est une vraie chance.

PS7 – Ouais en faire beaucoup avec ce qu'on a ancré en nous, comme avec le plan dur que tu dis. Ca tu nous recycles, tu nous dis « ben tiens l'autre jour on a eu ça là-bas, peut-être qu'à tel secteur demain on y pense.

PS8 – Mais c'est un truc nous il a fallu qu'on y tombe dessus pour voilà et c'est comme ça ben voilà le débriefing. Des fois sans parler d'un truc vraiment grave mais ça peut servir.

A – Avant de conclure, est-ce qu'il y a des sujets qu'on a pas abordé, des choses dont on a pas parlé que vous voulez évoquer ou…

PS8 – Après je sais pas c'est plus une question vis-à-vis de vous : vous, quel est votre ressenti sur euh… (L'observateur se marre) l'arrivée des victimes quand vous les avez pris en charge dans votre cabinet quoi plutôt et pis peut-être éventuellement, en 2ème question : de nous, d'un aperçu de ce qu'on fait nous, est-ce que ça vous paraît concret et structuré quoi, je sais pas ?

PS6 – Si on fait ça bien quoi.

O – Ouais alors peut-être qu'on pourrait y répondre dans un second temps et on peut finir le…

PS8 – Ouais pas de souc' hein ! C'est plus lié à nous, la prise en charge tu veux dire ?

O – Ouais, ouais vraiment.

PS8 – Bah écoute nan pour conclure…

PS7 – Y'a juste un truc, nous à tel secteur on a remarqué ça avec telle personne, c'est avant nous, c'est l'alerte. Bon ça nous concerne pas, c'est l'alerte : il faudrait qu'on forme les jeunes de la société d'exploitation pour qu'ils nous disent vraiment, qu'ils posent les questions aux témoins. Parce qu'on a eu le cas ben « c'est sur la piste bleue ».

O – C'est quoi la société ?

PS5 – C'est les remontées mécaniques.

PS7 – Ouais c'est eux souvent qui nous appelle, mais qui posent pas forcément les questions aux témoins, ce qui nous.. des fois on perd du temps.

PS8 – Ouais en journée d'accueil peut-être un gars de chez nous qui fasse une intervention.

PS4 – Même chez nous des fois, ça creuse pas assez je trouve. Bon on va pas… Moi je trouve qu'il y a des régulatrices qui creusent plus.

PS7 – Elles creusent pas, elles nous passent au téléphone. C'est quasi mieux...

PS4 – Quand la personne… ouais bah ça c'est pas plus mal. Mais des fois c'est ni téléphone, ni un petit peu plus recherché sur la localisation de la blessure, l'endroit où se trouve la victime, des fois… et qu'elle aurait pu le demander en plus.

PS8 – Et effectivement des fois, d'avoir les gens… directement. Puis nous je pense qu'on est plus formés à directement poser les premières questions quoi.

PS7 – Oui mais y'a des questions basiques… que la société d'exploitation des remontées il faudrait former les nouveaux quoi. « c'est où ? » pose des questions quoi, la balise, tu vois marqué sur la balise quoi « les bleues, y'en a plein des bleues. »

PS4 – C'est facile : « il a mal où ? »

PS7 – Tu y étais pas toi PS7 ? Ca me rappelle exactement le cas, comme tu dis de ça. Le petit jeune de 15 ans qui était en arrêt cardiaque à tel endroit.

PS4 – Bah ouais, sur telle piste ?

PS8 – Ouais sur telle piste. C'était le moniteur hein. Le moniteur, ils ont fini par nous le passer au téléphone « je suis sur la verte » et là tu te dis… il te dit « je crois qu'il est arrêt » donc là le pauvre gars tu te mets à sa place tu te dis « bon, son client, il a 15 ans, il est flippé complet », il te dit « je suis sur la verte », ouais sauf que sur cet itinéraire là, y'a 2 vertes possibles, faut faire le bon choix quoi.

Heureusement on a su que c'était sur un point haut…

PS7 – Bah on le trouve toujours mais on perd du temps. Avant qu'on déclenche les secours…

PS8 – L'alerte et le lieu c'est primordial. Sur des cas, en plus, extrêmement graves, c'est là où on gagne du temps.

A – Les secrétaires elles sont formées au secourisme du coup ou…

PS8 – Alors nous on fait un recyclage elles sont pas secouristes mais par contre nous on fait un recyclage avec justement nous comment on travaille et les termes qu'on associe.

PS4 – Toutes, elle y participent, toutes ?

PS8 – Alors pas toutes, moi le dernier que j'ai fait il y avait pas toutes les filles qu'on a l'habitude d'avoir nous à la régulation, mais par contre, je sais qu'elles font un stage de régulation.

PS4 – Mais alors je crois pas toutes.

PS8 – Alors après, ça se passe avec le 15 mais alors après ce qui se passe là-bas je peux pas te le dire c'est pas… Alors après faudrait leur poser la question. Mais effectivement parce que nous on a des termes… « on attaque une RCP », ben y'a des fois elles écoutent 2-3 fois la bande puis elles se disent « p'tain, j'comprends pas... » ouais c'est vrai que c'est pas facile nous on parle notre language on sait ce que c'est en tant que secouristes mais c'est pas forcément évident de le retranscrire ici quoi. Donc après c'est plus une histoire de termes.

A – Ok, d'autres choses ? (BLANC)

A (à l'observateur) – Du coup, je te laisse faire un petit récapitulatif ?

O – Du coup moi mon rôle c'est d'essayer de résumer vos réponses à toutes les questions qu'on vous a posé, ça dure pas très longtemps. Donc on va pas revenir sur comment ça se passe dans la station, vous nous l'avez bien décrit. Ensuite, quand on vous demande comment vous faites pour prendre vos décisions principalement, j'ai l'impression que c'est surtout… ben sur la formation de secouriste évidemment et surtout sur l'expérience qui est quand même beaucoup beaucoup ressorti de vos parts à tous. Et puis les relations humaines, en tout cas l'impression peut aussi jouer : l'impression qu'on sera plus rapidement au cabinet, qu'on sera plus rapidement en bas que d'attendre l'hélico. Les points forts, c'est surtout la rapidité d'intervention et le nombre…

PS8 – Je réinterviens juste sur ce que t'as dit. Si tu veux, nous, globalement, on est conscients qu'on a besoin d'un hélico, si on s'est bien compris hein si y'a une urgence, mais le facteur humain et tout ça c'est effectivement nous de se dire « il peut être pré-médicalisé au lieu d'attendre 35-40 minutes en haut », nous on sait qu'en 20 minutes je pense maximum…

O – Ouais ouais c'est bien ce que j'avais compris ouais, que en dehors de l'urgence vitale que vous savez reconnaître par votre formation, c'est un peu le bon sens et un peu la situation géographique, médicale, qui vous fait prendre la décision quoi. Donc les points forts c'est surtout votre rapidité d'intervention et le nombre de secours que vous faites à l'année qui vous fait avoir beaucoup d'expérience du coup, et entretenir ça. Les points faibles : vous avez parlé du manque de personnel et du manque de matériel en priorité, qui faisait aussi que du coup vous pouviez plus aller au cabinet médical, le manque de personnel qui vous faisait remonter assez rapidement et aussi parce que les choses ont un peu changé, vous seriez quand même en demande d'aller au cabinet.

PS8 – Alors le choix de plus aller chez l'médecin je sais pas trop si c'est…

PS5 – On sait pas pourquoi…

PS8 – La vraie question si, c'est dû à ça c'est…

O – Et un jour on vous a demandé de plus monter dans l'ambulance.

PS5 – Ouais.

PS8 – C'est assez récent. Après est-ce que c'est dû au manque de moyens ? Est-ce que nous on est à même de le juger j'en sais rien.

PS5 – Si, c'est sûr.

PS7 – C'est depuis l'année dernière. Y'a 2 ans.

PS8 – Ce qui est sûr c'est qu'effectivement on est plus disponibles rapidement comme le disait PS5.

PS5 – Ouais.

PS7 – On fait plus souvent, à tel secteur, je vais parler de tel secteur, ça fait 3 ans que j'y suis, PS4 pourra le dire : on fait plus souvent 3 tours que avant.

O – 3 tours ?

PS7 – 3 secours quoi. Le même pisteur fait plus souvent 3 secours que avant quand on allait chez le médecin, pour faire 3 secours…

O – On en revient au fait que y'a un peu.. que vous êtes pas assez nombreux quoi, c'est ça qui vous…

PS8 – Réellement c'est sûr, on va pas se mentir. Après le fait est qu'on soit, 'fin qu'il y ait pas assez de personnel, je sais pas si ça a été la prise de décision de plus aller chez le médecin parce que si je dis pas de bêtises, y'a aussi des médecins qui avaient demandé… quand on se croisait là-bas, ils étaient en plein boom… j'crois qu'y'avait une histoire aussi comme ça, je crois qu'il faudrait concorder ça donc demander aussi à la direction, je suis pas sûr que ça soit qu'une histoire de manque de personnel, de pas aller chez le médecin.

PS6 – Ouais, y'a ça puis y'a des mecs qui traînaient sévère aussi. Ils boivent un café et…

O – Bon là pour reprendre parce qu'on fait un petit bilan, à la fin je vous proposerais de donner vos impressions sur ce que je viens de dire si vous êtes pas tout à fait d'accord etc. Sinon je vais être un peu perdue. Donc effectivement y'avait… vous vous plaignez pas mal de plus aller au cabinet parce que vous avez pas le diagnostic, vous avez plus trop le retour sur expérience qui pour vous était quand même bien bénéfique et puis important pour l'intérêt intellectuel de votre travail j'imagine. Ensuite, une réponse qui rentre un peu dans plusieurs… c'est l'intérêt des paramédicaux, c'est à dire quand on vous parlait de l'antalgie, c'est même arrivé avant… L'antalgie ben vous avez pas grand-chose à priori à part vos sourires et l'immobilisation. Et puis vous avez évoqué comme solution effectivement d'avoir des antalgiques… Vous avez parlé que d'antalgie IV et de gaz hilarant.

PS5 – IV c'est quoi ?

O – Intra-veineux.

PS5 – Bah on sait pas trop ce qui existe d'autre.

O – C'est ça vous savez pas…

PS7 – Ca dépasse nos compétences.

O – Oui oui nan mais moi je ne fais que le bilan.

PS5 – Le Doliprane®…

PS8 – Ouais c'est ça ouais…

O – Ouais 'fin y'a des stations… bon ça j'vous demanderais de le préciser après. Au niveau de l'antalgie, les paramédicaux et… pareil c'est arrivé très très tôt c'est le contact avec les médecins de station si on vous pose la question ça vous manque un petit peu et puis c'est toi PS5 qui évoquait l'idée de…

PS5 – De trouver des moyens d'échanger de temps en temps.

O – Oui oui, en début et en fin de saison et c'est revenu quand vous avez parlé des débriefings, entre vous et éventuellement avec les médecins donc ça c'est quelque chose qui a priori vous intéresserait pas mal. Et puis par rapport aux améliorations possibles, le récapitulatif c'est quand même l'infirmier-pisteur.

PS8 – Ou médecin hein.

O – Ou médecin effectivement. Et ça y'a un truc que j'ai pas tout à fait compris je vais y revenir. Les recyclages, plutôt sur le terrain avec plus de situations concrètes, les débriefings qui a priori sont essentiels pour vous. Les formations aux situations un peu compliquées psychologiquement, que ce soit pour vous les pisteurs et pour aider l'entourage et puis la formation des gens qui vous font l'alerte. Vous les avez souvent au téléphone ou très rarement ?

PS4 – Tous les jours.

PS8 – Téléphone ou radio ?

PS7 – Tout le temps.

O – Elles vous les passent toujours au téléphone, les régulatrices, les gens qui passent l'alerte ?

PS8 – Ah non, en fait c'est interne à nous, si tu veux on a un téléphone dans les postes de secours, la remontée elle peut t'appeler directement toi au poste de secours donc c'est à dire que les pisteurs de permanence secours.

O – Ah d'accord ok, je comprenais pas pourquoi vous les mettiez sur le même pied d'égalité mais c'est parce qu'en fait c'est soit les remontées qui vous font l'alerte soit les régulatrices.

PS8 – Ouais parce que les gens très souvent ils vont au plus près, ceux qui ont pas le N° du service des pistes ils vont au plus près donc c'est la remontée, la première remontée quoi.

O – D'accord. Globalement, j'ai résumé un peu ce que vous avez dit. Y'a d'autres choses en plus ?

PS7 – Ouais ouais je crois, nan nan nan.

O – Moi j'avais juste une toute petite question sur le médecin de permanence : j'ai pas bien compris parce qu'un coup vous avez dit que vous pouviez l'appeler parce que c'était le médecin de permanence de station et un coup vous avez dit qu'il fallait passer par le 15, donc ça j'ai pas saisi.

PS8 – Nan en fait si tu veux, faudrait demander.

O (à l'animateur) – Toi tu sais. Mais du coup vous les appelez directement ?

PS8 – Nous nan, en fait si tu veux nous on peut demander un avis médical à eux, ils ont une radio. Ils peuvent nous répondre sur un avis médical et au-delà de tout ça, si la régulation… si ça nécessite une médicalisation qu'eux ils peuvent pas se rendre sur site, ils vont demander au médecin de station qu'est de garde à la station B ce jour-là, pour lui se déplaçer et médicaliser ou pré-médicaliser en attendant que l'hélico arrive et ça on en a pas parlé mais si ils sont vraiment booké, nous ils prennent l'hélico de la station et ils le médicalisent avec le médecin de la station, c'est déjà arrivé, le seul souci c'est qu'il l'emmène pas directement sur un centre hospitalier parce que c'est pas un hélico adapté.

PS7 – Oui il le ramène à la DZ.

O – Et de la DZ au cabinet y'a de l'ambulance.

PS6 – Ouais mais y'a une ligne droite, c'est vraiment très rapide. Pour ça l'ambulance ils en font beaucoup, ceux qui en font le plus c'est ceux de tel secteur qui vont à tel cabinet : c'est 5 minutes si y'a du monde quoi. Et encore 5 minutes je crois que j'exagère un peu.

O (à l'animateur) – Bah écoute moi j'ai rien de plus… J'avais noté des p'tits trucs.

A – Bon bah on s'arrête là ?

O – Oui chef.

Verbatim Focus group station B - Médecins

Contexte : l'entretien s'est déroulé en milieu de saison dans la salle de consultation de MM3, dans la soirée. Tous se connaissaient car se croisaient dans la station ou à différentes formations. MM2 et MM3 travaillaient ensemble dans ce cabinet. MM4 et MM5 travaillaient dans un autre cabinet. Les relations entre MM3 et MM4 avaient été très tendues par le passé, et s'étaient apaisées avec le temps. L'ambiance était bonne.

Animateur : on fait un état des lieux de la chaîne des secours du relevage sur piste jusqu'à l'arrivée au cabinet médical. Pour commencer on va vous demander de nous parler de votre ressenti sur l'évolution des secours sur piste, au fur et à mesure des années.

MM2 : mais la prise en charge par qui ?

Animateur : la prise en charge du blessé, du relevage sur piste, jusqu'à son arrivée au cabinet médical, le secours dans son ensemble.

MM2 : voilà donc par le service des pistes alors en fait, voilà.

MM4 : je trouve que l'évolution n'est pas si bonne que ça, surtout depuis 2 ans où on a plus de contact pratiquement avec les pisteurs. Jusqu'à il y a 2-3 ans les pisteurs ramenaient leurs blessés avec les ambulanciers éventuellement, et depuis 2-3 ans les pisteurs ne viennent plus, on ne les voit plus. C'est une décision de leur direction.

Animateur : Pas prise conjointement avec vous ?

MM4 : Ah pas du tout non, j'étais un peu interloqué face à cette décision, du coup les pisteurs on les voit une fois sur dix maintenant… en gros c'est ça ?

MM3 : oui c'est ça, on les voit plus du tout, sauf ceux qui sont encore en bas, ceux qui nous amène… ceux qui sont au poste central.

MM4 : Moi je suis vachement déçu.

Animateur : ça vous apportait quoi de plus ?

MM3 : discuter avec le pisteur, savoir comment il le trouvait, comment il avait ramassé la personne.

MM4 : le vécu direct avec l'entourage, là quand le blessé vient il est tout seul, on a pas du tout de notion des gens qui ont assisté à l'accident. Les pisteurs recueillent des informations précieuses et nous on les a pratiquement plus.

MM3 : j'aurais bien aimé… Euuuh… Tel médecin me tanne depuis maintenant deux ans pour mettre en route le référentiel pisteur, pour faire un pré-bilan pour stocker les blessés avant de les amener, pour savoir… voilà c'est difficile à mettre en route à la station B parce que c'est une grosse machine le service des pistes, ils ont leurs habitudes et c'est vrai c'est pas toujours évident de faire changer les choses, je sais pas si t'es d'accord avec moi (à MM4). En plus nous comme on a de la place je ne voyais pas trop trop l'intérêt de faire attendre les blessés dans un local du service des pistes avant de les dispatcher jusqu'à ce qu'on ait de la place. On arrive à drainer à peu près tout, je ne sais pas vous ? Ça n'embouteille pas trop quoi…

MM 4 : Non, des fois c'est mal régulé hein, on peut en avoir 4 à la fois et puis plus rien pendant des heures.

Animateur : J'vous coupe un instant, je suis désolé la seule petite règle dont je ne vous ai pas parlé au début c'est de ne pas parler tous en même temps pour qu'on puisse retranscrire tout ce que vous nous dites.

MM 3 : Et puis l'évolution globale… c'est comme pour nous on sent que les pisteurs se forment ils se mettent à jour dans les recommandations…

MM 2 : Ils sont vachement plus pro qu'à une époque les pisteurs, ça n'a rien à voir. Oh si ! Dans les années 80 les mecs du coin là, ils étaient bourrés une fois sur deux…

MM 4 : pas sur les pistes, effacez ça !! (RIRES)

MM2 : J'en ai connu des pisteurs dans les années 90 ils me racontaient des trucs… le matin il était avec la grenade de déclenchement d'avalanche dans les bennes… il disait « j'la jette j'la jette pas » il était dans la vieille benne de tel secteur… enfin y'avait des trucs à l'époque que tu vois plus maintenant. Déjà c'est féminisé et puis c'est vachement plus….

MM5 : Professionnel.

MM2 : Oui, c'est vachement plus pro.

MM3 : Cela dit 90% des secours c'est du mono-traumatisme, c'est le genou, c'est l'épaule, y'a rarement des polytraumatisés.

Animateur : Et donc là pour revenir à ce protocole dont vous parliez, selon vous il n'est pas réalisable à la station B mais si il l'était ça vous semblerait être une bonne chose ou pas trop ?

MM3 : Bah j'aurais bien aimé pour faire plaisir à telle personne que j'aime beaucoup puis c'est quelque chose dont il tenait. En fait l'histoire c'est un pré-tri pour savoir si le patient doit être vu dans la demi-heure ou s'il peut attendre une heure, en gros c'est pour permettre de stocker…

A telle station comme ils reçoivent tous les blessés dans le même centre médical ça leur permet, si il y a un gros afflux, de ne pas qu'il y ai un embouteillage avec des gens qui pourraient attendre.

Animateur : Alors qu'ici ça ne vous arrive pas vraiment ?

MM3 : Non parce qu'on arrive à drainer a peu près tout le monde assez rapidement finalement.

MM4 : nous aussi, en gros (à MM5).

MM5 : Puis le pré-tri il est fait par nous à l'arrivée, si y'a deux urgences qui arrivent en même temps bah tu sais bien laquelle va passer en premier. Nous aussi c'est pareil, même si le cabinet est tout petit, si t'as plusieurs urgences qui arrivent en même temps, justement le cabinet est tout petit, le médecin il sort ou l'infirmière dit « on a 2 personnes en même temps », et on sait bien que la luxation d'épaule elle va passer immédiatement, et puis l'autre voilà il a un genou, bah il va rester il est coquillé il attend il a son partiel, tu sais que tu vas pouvoir examiner son genou dans les 20 minutes qui suivent c'est pas urgent à la minute.

MM3 : Je me vois mal aller voir le service des pistes pour changer complètement leurs habitudes…

MM2 : Et qui consisterai à faire quoi alors ? J'ai pas compris…

MM3 : L'idée c'est quand tu as un type qui a une entorse du genou on sait qu'il peut attendre si y'a déjà plein de monde plein les cabinets ils régulent ils savent que c'est un problème de genou que le blessé va bien il est stable il a un mono-traumatisme, il va attendre une heure ou une heure et demi dans un local chauffé, avant d'être dispatcher dans les cabinets médicaux.

MM2 : Dans un local des pistes, là-bas ?

MM3 : Voilà

MM2 : Ah ça serait classe ça !

MM3 : Bah pourquoi pas mais après je me vois mal…

MM4 : Ce serait à nous de donner notre avis ?

MM3 : Voilà… pour essayer de mettre ça en route ! Parce qu'ils ont fait une espèce de règlement, vous regarderez dans le site de MM : le référentiel pisteur…

MM2 : Enfin jusqu'à présent on arrive à les avaler hein.

MM3 : C'est ce que je disais… puis bon !

Animateur : Actuellement la répartition elle se fait comment entre les 2 cabinets?

MM5 : C'est 1 traineau pour nous, 2 traineaux pour eux...

Animateur (à MM2 et MM3) : parce que vous êtes plus nombreux ?

MM5 : Oui c'est à peu près ça, 1 tiers, 2 tiers.

MM4 : Pas tout à fait… mais bon.

MM3 : On ne va pas repartir… (RIRES)

MM5 : Non mais MM3 c'est vrai, nous on est trois, vous vous êtes 5 et 6 avec votre interne, globalement c'est à peu près ça.

MM4 : L'interne devait compter…

Animateur : Je ne voulais pas relancer le débat… (Sur le ton de l'humour)

MM3 : Si si parce que ça fait 28 ans que ça dure…

MM4 : Faut pas poser la mauvaise question. (RIRES)

MM3 : Ça fait 28 ans que ça dure, ça a été haut en couleur, ça a été très très spécial, et euuuh voilà !

MM4 : Des petites incartades au conseil municipal…

MM5 : Ca va pas mal, quand elles ne se trompent pas dans la régulation c'est bon !

MM3 : Il y a 2 ans j'appelais encore le chef des pistes en lui disant « quelle va être la répartition des traineaux ? », si le maire et le chef des pistes me disent ce sera 50 % des traineaux ici 50 % des traineaux chez vous, ça me pose aucun problème, je m'en fous royalement maintenant, mais il faut que je le sache c'est tout, après moi je prends un médecin de moins, une infirmière de moins, et puis ça roule !

MM5 : Non mais ça marche très bien comme ça MM3. Moi je suis là depuis 4 ans, depuis 4 ans c'est comme ça que ça marche et pour nous ça va très bien mais bon. Sauf que des fois elle se plante à la régul' alors je la rappelle je lui dis « c'est curieux ça fait 3 jours qu'on a eu personne y'a pas comme une erreur dans l'énoncé ? » Voilà donc elle regarde et elle me dit « aaah oui effectivement ».

MM3 : Je l'ai reçu il y a 2 jours, ils nous envoient ce tableau là (me le montre), pour qu'il n'y ai pas d'ambiguïté, ils connaissent parfaitement les antécédents, que c'est un problème sensible donc ça fait des années qu'ils envoient les tableaux.

MM5 : Nan mais elle s'est trompée il y a pas longtemps c'est pour ça que je dis ça.

MM2 : Ca fait des années qu'on reçoit les tableaux, on a toujours reçu les tableaux… non ?

MM5 : Oui bien sûr mais quand on a reçu les tableaux je lui ai dit « bah tiens regarde »

MM2 : Ça fait 30 ans qu'on reçoit les tableaux ?

Animateur : Vous êtes quand même bien en lien avec la régulation des pistes ?

MM5 : bien sûr.

MM3 : Il y a un changement cette année, quand même, notable, on ne peut plus faire à la bonne franquette, appeler directement le médecin… Si le pisteur de la station détecte un problème potentiellement grave, qu'il a besoin du médecin de la station pour faire une antalgie ou pour venir rapidement sur le secours… jusqu'à l'année dernière ça se passait directement quand ils appelaient mais il n'y avait pas de régulation. C'était le pisteur qui appelait directement, et nous on décidait d'y aller ou pas, maintenant ils sont obligés de passer par le centre 15.

MM4 : Ah ouais ? Ça je savais pas.

MM2 : Ca s'est passé en décembre ?

MM4 : Du coup on est encore moins appelés. Tu savais ? (à MM5)

MM5 : On ne savait pas… en fait on est de piste mais ils nous appellent pas directement, ça passe par le 15 ?

MM3 : Après si, ça peut être intéressant pour discuter, mais normalement ils ont plus le droit, ils doivent passer par le centre 15. Le problème c'était que quand on y allait… on gérait le patient puis on se rendait compte que le centre 15 ils n'étaient pas au courant, et là ils n'étaient pas très très contents.

MM5 : D'accord, comme ça ils sont forcément au courant.

MM3 : « comment mais euh j'ai pas été tenu au courant que y'avait une fracture du fémur et que vous êtes en train de vous en occuper, je tombe des nues machin ». Pour édulcorer les choses, parce que c'est toujours un problème de susceptibilité, j'ai dit que le standard des pistes, quand il y a une standardiste qui appelle le 15 pour réguler pour dire qu'il y a un blessé, et bah l'autre standardiste elle nous appelle comme ça nous on se prépare et on est prêt à y aller. Ça facilite aussi les histoires de MCS parce que le centre 15 est au courant que l'on part faire une intervention.

Animateur : Et vous y allez souvent sur les pistes ou pas ?

MM3 : Pas très… cette année est ce qu'on y a été ? (vers son collègue)

MM5 : L'année dernière, 2 fois ?

MM3 : 3-4 fois quand même, peut-être.

Animateur : Sur quel type d'intervention ? Quand il y a besoin d'antalgie ?

MM4 : L'antalgie… euuh

MM3 : Ah si j'y suis allé une fois, pour une crise d'asthme, et tel collègue la veille, sur un arrêt cardiaque.

Animateur : Plus pour des problèmes médicaux alors que pour de la traumato ?

MM5 : Si pour l'antalgie.

MM3 : La traumato on essaye de pas trop y aller, on m'a appelé pour une luxation d'épaule douloureuse euh, le temps d'y aller… que je monte en téléphérique ou en ratrack…

MM2 : On a toujours l'hélico station ou pas ?

MM5 : (à MM4) toi tu es monté pour une antalgie à la folie douce, moi je suis montée pour une antalgie aussi dans un restaurant d'altitude.

MM3 : Je ne suis pas trop trop d'accord pour aller risquer ma vie, dans un endroit un peu hostile, pour quelqu'un qu'a un problème localisé type une luxation d'épaule douloureuse…

MM4 : Ca dépend s'ils n'arrivent pas du tout à le mobiliser…

MM3 : C'est pisteur-dépendant ça… après si tu mets 3 quarts d'heure pour arriver auprès du blessé, ils ont meilleur temps de le coller sur un traineau et puis de le descendre.

MM5 : Souvent quand ils sont sur les pistes ça se passe très bien. Là où c'est plus difficile, par exemple moi on m'avait appelée pour une antalgie, c'était au milieu du restaurant d'altitude, donc là quand le bras il est comme ça (mime un angle droit) et que la patiente elle hurle dès qu'on la touche, pour les pisteurs c'est difficile d'intervenir. Parce qu'il y a tout le monde autour, les familles, tous les enfants des touristes…

MM2 : C'est là que tu mets un petit maillet dans la poche tu sais histoire de faire une antalgie un peu rapide.

MM5 : Et là ça rend service pour la déplacer. En fait peut être que si ils avaient eu la même urgence au milieu des pistes, ils l'auraient chargée dans le traineau et ils l'auraient descendue. Les conditions comptent, les circonstances comptent. Mais globalement on n'y va pas très souvent.

Animateur : Ces interventions-là c'est… Vous êtes tous MCS ou pas ?

MM2 : Nan, moi plus.

MM3, MM4, MM5 : oui.

MM4 (en montrant l'observateur) : lui aussi.

Animateur : Ces interventions-là ce n'est pas dans le cadre de vos missions MCS ?

MM3 : Non encore une fois… c'est à la bonne franquette avec le service des pistes, on a une radio... alors on a un tour de garde où on peut être joints, c'est un peu officieux quoi.

Animateur : Et toujours en parlant des secours sur pistes parce que je sais que ça regroupe aussi d'autre chose les missions MCS, vous êtes souvent déclenchés par le 15 en tant que MCS pour aller sur les pistes ?

MM3 : Bah ça va être le cas maintenant s'ils doivent toujours passer par la boucle 15. Si ils continuent à appeler en parallèle, quand ils appellent le 15 si ils appellent aussi les cabinets ça va continuer comme ça. Normalement si ils passaient seulement par le 15 ça serait… La sortie, effectivement ça se passerait comme ça.

MM4 : Mais le 15 je pense qu'ils appellent plutôt le SMUR local, de telle station. Ou le SAF.

Animateur : C'est l'hélico ça ?

MM 3 : Bah oui si le diagnostic est posé, si vraisemblablement tel hélico va arriver plus vite que nous… c'est surtout quand il fait mauvais temps…que l'hélico peut pas voler.

MM 5 : Que ça ne vole pas…

MM 3 : Mais sinon ils nous appellent pas…

MM 4 : Il peut toujours y avoir, même par beau temps, des fémurs qui arrivent au cabinet alors qu'ils devraient être régulés, et ça serait bien si c'est fait maintenant en direct par le 15… Parce qu'avant la régulation des pistes euuuhhh… y'a des fémurs ou des colonnes ou des bassins qui arrivaient au cabinet qui devraient pas arriver.

Animateur : Vous avez des exemples…

(BROUHAHA)

MM 4 : A part les soulager on ne peut pas faire grand-chose…

MM 3 : Ils se plantent pas trop cela dit les pisteurs, quand même.

MM 5 : On en a eu l'année dernière un polytrauma qui n'avait vraiment rien à faire au cabinet… bassin côtes épaule qui arrive au cabinet coquillé…

MM 2 : Oui ça peut arriver mais c'est pas fréquent. L'an dernier c'est l'inverse, ils appellent le SMUR, donc c'est l'hélico qui vient de telle ville, le mec se pose et leur dit, le médecin du SMUR, « mais il a rien il peut descendre au cabinet médical » et le mec il était en train de péter un anévrysme… il commençait son hémorragie méningée et le médecin du SMUR il a dit « vous pouvez l'descendre à la station ».

MM 5 : Mauvaise régulation.

MM 2 : Et quand moi j'ai rappelé derrière en disant « mais il a rien à faire là ce patient » elle m'a pris pour un gland parce qu'elle a rappelé son copain de telle ville qui lui a dit « il a quedal » et ils ont merdé 2 fois !! Et les pisteurs eux avaient eu le nez creux en disant « le monsieur, il a fait son malaise il est tombé après », donc tu vois il l'avaient vu les pisteurs et l'autre les a pas cru. Donc y'a quelqu'un qu'est arrivé ici qu'avait rien à faire là et c'étaient pas la responsabilité des pisteurs, qui l'avaient bien senti, eux. Et c'est le SMUR qui s'est planté complet. Pour une fois qu'ils n'emmènent pas le patient directement à l'hosto, et qu'il le pose direct ici bah ils ont posés une merde tu vois ! Enfin bon bref… Après il y a que ceux qui font rien qui se trompent jamais…

Animateur : Et des erreurs d'orientation du coup, ça vous arrive ? Des choses qui n'ont rien à faire ici, donc sans intervention du SMUR, ça arrive des choses qui n'ont rien à faire ici ?

MM 2 : Oui oui oui !!! Mais ce n'est pas fréquent ! Alors après, quelle proportion ?

MM 3 : C'est toujours des conditions un peu particulières. Le pire qu'il y a eu c'est quand il y a eu les 2 jeunes qui se sont tués dans la barre rocheuse, il y a 4 ou 5 ans, quand l'hélico est arrivé il y en avait un qui était mort et il nous a amené l'autre polytraumatisé… 'fin je n'étais pas là ce jour-là, mais c'était assez dramatique quoi ! Parce que là c'était comme si il faisait mauvais temps qu'on avait été obligés de s'en occuper puisque le médecin du SMUR était occupé avec la première victime qui était en ACR. C'est toujours des circonstances un peu particulières…

Animateur : Oui des situations un peu rares… en terme d'orientation il n'y a pas trop de soucis ?

MM 2 : Dans l'ensemble non.

MM 3 : Non non.

MM 4 : Des fois à la régulation il y a des gens qui ne connaissent pas du tout la géographie locale par contre, et des fois ca amène aussi… une luxation d'épaule qui va partir à l'hôpital directement… et des fois il y a des trucs aberrants quoi, les gens râlent… Le patient dit « mais pourquoi on m'a amené à l'hôpital ?? »

MM 2 : Mais ça arrive encore ça ?

MM 4 : De moins en moins mais ça arrive.

MM 2 : Dans le temps oui, y'avais une politique de l'hôpital qui consistait à venir choper sur la piste tous ce qu'ils pouvaient et puis alimenter l'hosto avec hein, maintenant…

MM 3 : Dans les Pyrénées !! Ça se passe comme ça…

MM 2 : Ah oui ? Ca s'passe comme ça dans les Pyrénées ?

MM 3 : De plus en plus avec un chef du SAMU du 05 qui est un peu caractériel d'après ce que j'ai pu comprendre…

MM 4 (souriant) : Il aime pas les médecins d'montagne.

MM 2 : Y'a toujours un hélico station ?

MM 4 : Ici, oui.

MM 2 : Voilà donc ça, ça sauve beaucoup parce que quand ils ont une luxation d'épaule en hors-piste, ils vont faire monter l'hélico station qui va venir déposer le patient ici ! Alors qu'avant ils appelaient l'hélico du SMUR alors forcément ils n'avaient pas tendance à poser les patients.

MM 4 : Ça fait longtemps qu'on a l'hélico local quand même, ça fait bien 15 ans.

MM 2 : Oui bah justement ça a fait disparaître ça beaucoup, ça a fait disparaitre le tout-hôpital ! Avant ils avaient pas le choix.

MM 4 : Ca va dépendre aussi… du système de l'appel des pistes directement au SMUR, ça va dépendre aussi du médecin régulateur, faudra

contrôler ça, je ne sais pas si on aura un moyen de contrôle…

Animateur : De contrôler quoi ?

MM 4 : Bah la gravité éventuelle des blessés, savoir si y'a pas un excès de zèle pour l'hôpital au détriment des cabinets.

MM 3 : On aura certainement moins de fractures de jambes… on aura certainement moins à s'occuper de ce que les pisteurs nous amenaient puisque… voilà y'aura peut-être une régulation du pisteur directement avec le centre 15… et puis le centre 15… Et puis c'est toujours pareil aussi hein, y'a une question de disponibilité parce que l'hélico de telle station en plein mois de février et par une belle journée de beau temps on s'en rend compte hein, les pisteurs vont appeler pour une fracture du fémur, l'hélico va décoller puis il va être détourné à telle autre station parce qu'il y a un arrêt cardiaque, après il va être re-détourné pour un traumatisme crânien grave à telle autre station, et puis bah il y aura personne pour s'occuper de notre fracture du fémur, c'est ça aussi hein… les hélico y'en a pas 36 milles à telle station…

MM 2 : Mais les pisteurs ils ne vont pas appeler le SMUR pour une fracture de jambe ?!

MM 3 : Huuum une fracture de jambe douloureuse, ils vont se dire « qu'est-ce qu'on fait ? Est ce qu'on fait venir le médecin de la station ? C'est quand même très douloureux c'est impressionnant, c'est une fracture ouverte, déplacée, qu'est-ce qu'on fait ? » Et puis après dès lors que le 15 va répondre il va leur dire « on vous envoie un transport rapide pour le diriger tout de suite à l'hôpital » mais bon après ce n'est pas plus mal quelque part mais…

MM 2 : Bah si c'est une fracture ouverte elle n'a rien à faire là ! Bon après une fracture fermée ils se démerdent ! Ou alors avec l'hélico station encore une fois.

MM 3 : C'est une question de possibilité et de moyens parce que si le patient est pas trop douloureux, qu'il peut descendre en traineau, qu'il fait déjà une halte ici, on peut faire déjà un premier tri, ça permet de dépanner. Si il est 3 h de l'après-midi et que les services des urgences des hôpitaux locaux sont déjà débordés ça peut permettre de faire un pré-tri, de bien calmer la personne et puis qu'il soit opéré le lendemain matin.

MM 2 : Oui, mais pour déclencher l'hélico station ils ne passent pas par le 15 ?

MM 3 : Oui mais justement que ce soit hélico ou traineau, l'hélico de station repose une charge ici et puis après on peut le médicaliser ici !

MM 2 : Ça change quand même vachement le confort du transport quand même. Secouer le mec dans sa barquette avec… l'hélico station ça a changé quand même beaucoup de choses hein quand même, ça permet de conserver sur la station beaucoup de cas qui avant étaient véhiculés par l'hélico du SMUR et du coup ils partaient à l'hosto direct hein ils se posaient pas la question. Je pense que depuis qu'on a l'hélico station on voit vachement plus de choses qu'à une époque.

Animateur : Toutes les évacuations ne sont pas régulées par le 15 ?

MM 2 : Non c'est l'hélico station c'est l'hélico de confort si il fait monter l'hélico station pour une luxation d'épaule dans tel secteur il va là-bas il se repose là et ils l'amènent là !

MM 3 : Bah écoute je ne sais pas bonne question, si ils ne sont pas obligés de passer par le 15 ? Sachant qu'ils font voler un hélico qui est monoturbine qui peut pas voler plus loin que la station B, je ne sais pas si ils sont quand même pas obligés à ce moment-là de… C'est pour officialiser les choses, parce qu'après si l'hélico se crashe…

MM 2 : C'est une question à leur poser vous les avez vu il y a pas longtemps ??

Animateur : Oui pas longtemps du tout

MM 2 : Nan mais ils voient bien qu'ils ont affaire à une luxation d'épaule pourquoi tu veux qu'ils déclenchent un SMUR pour une luxation d'épaule ? Si ils sont dans tel secteur et qu'ils n'ont pas envie de s'emmerder, et puis pour le confort de la personne… donc y'a l'hélico station qui vient chercher le mec…

MM 3 : Et à ce moment-là l'hélico station, au retour, s'écrabouille dans la montagne, est-ce que la famille ne peut pas dire « mais pourquoi vous avez été obligés d'appeler un hélico qui s'est écrasé alors qu'il aurait pu tout aussi bien descendre en traineau ? » donc je ne sais pas si à ce moment-là ils n'ont pas intérêt à passer par une régulation et une conversation téléphonique qui montre que…

MM 2 : Ah bah oui, pour se couvrir alors !

MM 3 : Je ne sais pas c'est une question que je pose comme ça.

MM 2 : Oui oui oui oui.

MM 3 : Je poserais la question au service des pistes ça m'intéresse de savoir.

MM 2 : Oui c'est une bonne question.

Animateur : Et à ce niveau là quand il y a des secours comment savez-vous qu'ils arrivent ? Est-ce que vous savez qu'ils arrivent ?

MM 3 : Non.

MM 5 : On a la radio

MM 4 : On a la radio

MM2 : Oui c'est vrai, des fois y'a les secrétaires elles ont la radio dans un coin, donc elles savent qu'il y a 2 secours en route pour...

MM 4 : C'est les secrétaires qui écoutent. On a chacun la radio des pistes, en direct on écoute.

MM 2 : Fut un temps où ce n'était pas comme ça, moi quand je travaillais tout seul je téléphonais à l'ambulancier en lui disant « tu es au courant ? Parce que je vais aller manger chez moi un moment donc… » Mais ça c'est vieux, ça fait longtemps maintenant depuis qu'on a la radio en permanence… tout le monde.

Animateur : Et, tout à l'heure on en a parlé un petit peu, les contacts avec les pisteurs… du coup ils viennent quasiment plus au cabinet…

MM4 : Beaucoup moins, pratiquement plus.

MM5 : Ils viennent pas.

Animateur : Et il y a des retours ? Des contacts avec eux ?

MM 2 : Les ambulanciers sont quand même au courant ! Avant c'était le pisteur qui te disait « il a ça et ça », maintenant c'est l'ambulancier qui te transmet le truc mais bon ouais quand les pisteurs étaient là c'était surement un petit peu mieux mais je ne trouve pas que cela gêne énormément, on sait quand même ce que les gens ont quand ils arrivent, après est-ce qu'ils ont ce qu'ils sont supposés avoir aussi.

MM4 : Les traumas crâniens aussi.

Animateur : Au-delà de ça, est ce que vous pensez que cela serait bien d'avoir des contacts avec eux sans forcément juste qu'ils viennent au cabinet avec le malade pour dire ce qu'il s'est passé, est-ce que ça se fait ici ?

MM 5 : Non, on n'a jamais de contact avec eux.

Animateur : Est-ce qu'ils appellent pour prendre des nouvelles des patients ou est-ce que vous vous les appelez pour leur en donner ?

MM 3 : Oui ils appellent.

MM 4 : Pas souvent hein.

MM 3 : Ca m'arrive de les appeler pour leur donner des nouvelles, pour quelque chose d'un petit peu particulier, les cas particuliers.

MM 4 : Les cas particuliers oui, une entorse du genou bon…

MM 2 : Non le tout-venant classique, 95 % du truc, personne appelle personne, mais de temps en temps ça leur est arrivé d'appeler et ça peut nous arriver de les appeler aussi ouais.

MM 4 : Mais bon ça nous manque hein ces contacts avec les pisteurs hein parce que avant on les connaissait, on les voyait sur les pistes, on les voyait au cabinet…

Animateur : Oui parce que maintenant vous parliez d'un intermédiaire de plus ?

MM 5 : Bah c'est ça, ils les posent vers l'ambulancier, puis l'ambulancier charge le patient et amène le patient au cabinet, donc on a une relève de plus, alors qu'avant le pisteur il accompagnait l'ambulancier donc on avait la relève directe.

MM 4 : Il peut manquer quelques éléments importants, les circonstances…

MM 2 : Si le service des pistes a arrêté ça c'est qu'ils estimaient que c'était une perte de temps et que pendant ce temps-là ils n'étaient pas sur les pistes à s'occuper… je sais pas.

MM4 : Une histoire de sous.

Animateur : Oui ça vous ne savez pas vous ? Parce que eux non plus. (Rit)

MM4 : Avant ils prenaient un café, on leur donnait un café donc euh voilà (Rit)

MM 2 : Ah non ! Si eux savent pas, c'est pas nous qu'allons savoir.

(BROUHAHA)

MM 3 : Le pisteur remplissait sa fiche, les ambulanciers repartaient sur un autre secours pendant que le pisteur remplissait sa fiche et puis après le pisteur il attendait 15-20 min que l'ambulancier vienne le récupérer et le pose sur les pistes, alors c'est un peu ça qui a déclenché ça.

MM 2 : Par contre ils étaient contents parce qu'ils venaient voir la radio…

MM 4 : Ils se réchauffaient dans le cabinet.

MM 5 : C'était très intéressant pour eux, extrêmement formateur.

MM 2 : Ils appréciaient et souvent ils venaient voir le cliché sur l'ordi tu vois… Ça c'est sûr que ça doit leur manquer. On en sait rien, j'imagine que.

MM 4 : Frustration de tout le monde, de tout le monde.

Animateur : Vous avez quelque chose qui prend le relais là-dessus ou non ? Une fiche de communication ?

MM 2 : Non

MM 4 : Non

MM 2 : C'est l'ambulancier qui te passe le message alors qu'avant c'était le pisteur directement qui disait ce qu'avait son blessé, maintenant il a donné le message à l'ambulancier et l'ambulancier te répercute le message quoi !

MM 4 : Avec moins de détail, moins de précisions.

MM 2 : Oui enfin je n'ai pas le sentiment que cela nuit quand même à notre travail.

MM 4 : Ils font un résumé quoi.

(MM2 répond au téléphone et sort de la pièce)

MM 3 : Quelques fois il y a quand même suffisamment de monde dans les couloirs quoi…entre la famille qui tourne en rond, le blessé, les ambulanciers…

MM 4 : Oui mais des fois on a des gamins qui sont tout seuls, on ne sait pas ce qu'il s'est passé, ils te le posent… « Les parents vont arriver » ou « le moniteur va arriver ».

MM 3 : Le gamin en général c'est parce qu'il pleut qu'il ne fait pas beau et que le gamin il avait froid et que le moniteur a appelé les secours parce que….

MM 4 : Il y a aussi les fractures de jambes chez les gamins quand même… (RIRES) y'a pas que du confort !

MM 3 : Oui ! Quand tu vois qu'il fait pas beau, qu'il y a du vent et que le gamin il préférerait jouer sur sa console. Bien sûr, y'a pas que du confort… bon bref !

MM 4 : Si, on a perdu en qualité de travail, il faut le reconnaitre, depuis qu'il y a plus les pisteurs.

MM 5 : Je trouve que même pour eux ça doit être frustrant, c'est intéressant, ils font un secours, ils vont chercher quelqu'un qui est habillé, ce n'est pas facile pour eux de définir ce qu'il peut avoir… bon a priori quand c'est une luxation bon ils le voient bien, une fracture, une clavicule un truc bon… mais après quand on peut le confirmer avec la radio c'est intéressant. Ou les enfants aussi, parce que c'est très difficile, y'en a qui hurlent la mort alors qu'ils ont qu'un gros bleu sur la cuisse, et y'en a qui sont complètement prostrés ils disent plus rien et en fait quand tu fais la radio y'a une jolie spiroïde ! C'est intéressant pour le pisteur quand même pour eux de savoir… mais là ils ne savent pas ! Ils n'ont pas de retour.

MM4 : Pour leur formation, pour l'évolution de leur carrière.

MM 3 : Et comment ça fonctionne dans d'autres stations ? Est-ce qu'on a le droit, est-ce qu'on a raison d'être frustrés ?

Animateur : Si vous voulez bien on va finir sur la station B… En ne sachant pas ce qui se fait ailleurs, ma question suivante c'était « est-ce qu'il y a des choses que vous souhaiteriez changer dans votre fonctionnement, même si cela vous semble irréalisable comme l'histoire du protocole dont vous parliez toute à l'heure vous l'avez évoqué qui n'est pas réalisable à la station B… Est-ce qu'il y a des modifications qui vous viennent à l'esprit histoire d'améliorer la chaîne de secours encore et encore ?»

MM 4 : Pour l'instant elle s'améliore pas du tout, mais bon… revenir à un système classique : le pisteur qui fait son secours il va jusqu'au bout quoi, il vient voir la radio sur l'écran, ça serait logique.

Animateur : Pour vous c'est vraiment la principale problématique que les pisteurs ne viennent plus ?

MM 3 : Ca m'a pas changé vraiment… euh ça m'a pas vraiment changé !

MM 4 : Au niveau de l'ambiance générale de la station. Les pisteurs on les voit plus si on ne va pas les voir. A part pour leurs problèmes personnels.

MM 3 : Y'a le côté convivial mais franchement ça m'a pas vraiment changé ma prise en charge.

MM 4 : Oh si ! Niveau ambiance. Parce que bon je connais pas mal de pisteurs.

MM 3 : Je comprends que tu puisses… mais pour ma part…

MM 5 : C'est aussi parce qu'on a des ambulanciers des pistes qui gèrent bien le truc.

(MM2 revient dans la pièce)

MM 4 : Vous avez interrogés les pisteurs ?

Animateur : On a interrogés les pisteurs ouais, en début de soirée là. On était partis sur une question à laquelle vous avez un peu séché, en tout cas vous avez l'air bien satisfaits de ce qu'il se passe. Est-ce que vous voyez des améliorations possibles au système actuel par rapport à avant, des choses même inimaginables, impossibles à la station B mais des choses que vous aimeriez bien mettre en place. Qui changent.

MM 2 : Franchement je trouve que ça marche pas si mal que ça ! Je ne suis peut-être pas un grand innovateur… (RIRES)

MM 4 : Avant on faisait… telle personne avait fait des formations avec les pisteurs, avec des petits topos, en début de saison. Ca ça pourrait se refaire.

MM 2 : Moi je me suis toujours dit qu'on pouvait apprendre le score de glasgow aux pisteurs parce que ce n'est pas si compliqué que ça.

MM 3 : Je ne pense pas que ce soit une si bonne idée que ça parce qu'il y a 90 % des médecins, même qui font de l'urgence qui ne savent pas, alors expliquer ça aux pisteurs… que je trouve extrêmement valeureux…Maintenant même pour les médecins urgentistes c'est le score de Glasgow simplifié…

MM 4 : Moteur. Moi je me le rappelle tous les ans.

MM 2 : Moi je le connais par cœur

MM 3 (à MM2) : Tu le connais par cœur ?

MM 4 (en riant) : Il a une mémoire d'éléphant lui.

MM 3 : Tu vas voir que sur un atelier tu vas te planter. Sur un atelier on a fait le test, y'en a pas un qui donne le même score… des MCS, voire même des urgentistes.

MM 2 : Bon c'était une mauvaise idée.

Animateur : Non dans le fond c'était pas une si mauvaise idée que ça. C'est intéressant cette idée de vouloir apprendre des choses aux pisteurs, leur transmettre des notions quoi.

MM 2 : Justement le score de Glasgow a été fait pour ça pour éviter que chacun fasse sa petite cuisine, pour codifier un peu, mais il semblerait finalement que ce ne soit pas si évident que ça.

MM 3 : On avait fait ça sur un atelier sur un film avec un blessé traumatisé crânien grave, et puis voilà tu dois dire ton score moteur, ouverture des yeux etc…

MM 2 : Après faut aussi que le pisteur parle anglais, que le blessé aussi parle anglais, c'est compliqué parce que le problème c'est qu'il n'y a pas que des français sur les pistes.

MM 4 : ¾ des patients sur les pistes c'est des anglophones.

MM 2 : Quand tu as un espagnol qui parle ni français ni anglais ça devient compliqué...

(RIRES – BLAGUES en espagnol sur la langue espagnole)

(MM2 doit partir)

Animateur : On arrive un peu sur la fin… J'allais passer la parole à l'observateur si jamais y'a des choses que tu veux creuser… faire un petit bilan de ce qui a été dit…

Observateur : Est-ce que vous avez des choses à rajouter ou des choses qu'on n'a pas abordé... que vous estimez importantes ?

MM 4 : L'histoire de la formation. L'idéal c'était de faire des réunions en début de saison, une réunion médecin-pisteur et puis discuter ensemble, ça s'est jamais fait ça encore.

MM 3 : Ah oui ce serait très très bien, ils sont demandeurs, après il faudrait formater ça, ce n'est pas évident ça demande pas mal de travail… Qui est-ce qui va s'en occuper ? Qui est-ce qui s'en occupe ?

MM 4 : Les jeunes !

Animateur : Quelles sont les choses que vous voudriez mettre au clair dans ces réunions ?

MM 3 : Pour arriver à travailler ensemble, savoir qui fait quoi, comment travailler, discuter sur des protocoles simples…

MM 4 : Puis le matériel

MM 3 : Oui et le matériel

MM 4 : On a supprimé la pharmacie maintenant, le directeur des pistes a dit « ça ne sert à rien d'avoir une pharmacie en double sur les pistes ». Maintenant qu'on est tous MCS on a tous notre dotation.

MM 5 : Ce qui serait intéressant c'est de pouvoir définir avec eux, en début de saison, exactement le niveau de soins que l'on peut assurer. Et puis voilà, re-insister sur le fait que les polytrauma ou les douleurs thoraciques il faut quand même qu'ils se méfient avant de nous les envoyer au cabinet. En fait les erreurs d'orientation c'est ça, ça a été ça l'année dernière. Le gros polytrauma qui est arrivé l'année dernière au cabinet il aurait jamais dû venir au cabinet, il faisait beau il aurait dû avoir un hélico directement, il est arrivé au cabinet puis dans les 20 minutes qui ont suivi il est reparti au déchoquage au CHU, donc là, pour nous… 'fin ça s'est bien passé le patient s'en est sorti mais pour nous il y a eu une vraie erreur d'orientation, une perte de temps. C'est pas très grave, mais sur ce genre de chose les pisteurs qui sont intervenus sur le patient… on sait pas qui c'était en plus parce qu'on les voit plus ! On peut pas savoir. Alors peut-être que c'était des nouveaux pisteurs et du coup ils n'ont pas vraiment su ils se sont dit « il a un peu mal à la hanche, un peu mal aux côtes » et puis en fait ce n'est pas ça, il a un bassin, plusieurs côtes, une épaule… enfin bon.

MM 3 : J'ai l'impression que, encore une fois pour notre expérience que l'on a ici, les gens qu'on a été amené à soigner pour… qui n'avaient rien à faire ici entre guillemets, c'était dans des circonstances particulières : un très mauvais temps, l'hélicoptère qui ne pouvait pas passer…

MM 5 : Ce jour-là non justement, je l'ai en tête parce que là, il est arrivé ce patient, c'est moi qui m'en suis occupé à partir du moment où le coquille a été ouvert j'ai vu dans quel état il était et puis toutes les traumas qu'il avait. Je l'ai passé en radio pour faire 2-3 radios de débrouillage pour essayer de comprendre ce qu'il avait, et puis en même temps poser une voie à droite, un gros cathlon à gauche, commencer à le scoper, etc…Et j'ai rappelé l'hélico et ça volait, il est venu le chercher et il est parti au déchoc' au CHU. Ça s'est produit qu'une fois pas 50 fois, mais sur des choses comme ça je pense que ça serait bien, et MM4 a raison, s'il pouvait y avoir en début de saison une remise au point pour tout le monde. Parce que j'imagine que les pisteurs c'est comme partout, il doit y avoir des nouveaux, je ne sais pas… donc refaire le point exactement de comment ça se passe l'organisation de la station, les 2 cabinets médicaux et le niveau de soins que l'on peut assurer.

MM 3 : Complètement ! Et ça ferait parti d'un item de notre réunion pré-saison, après ça se formate à mon avis et ça se travaille. Un bon boulot ça à faire.

MM 5 : Oui ! Quitte à y revenir après, par exemple, si il y a eu des erreurs d'orientation, ou des choses que nous on a vécu comme des erreurs d'orientation l'année d'avant, de re-signaler de façon anonyme « tiens voilà il s'est passé tel cas, sur quelque chose comme ça, et là il y a eu une décision qui était peut-être pas la bonne au départ, on sait pas vraiment dans quelles circonstances ça s'est passé, mais voilà peut-être il aurait pu bénéficier d'une héliportation. »

MM 3 : Il y a quand même eu une époque où si tu envisageais de mettre un petit pied dans le service des pistes et puis voilà pour provoquer... on te remettait en place rapidement en disant « mais nos pisteurs se forment, tous les ans, ils ont une très bonne formation, on n'a pas besoin de vous ».

MM 5 : Ce n'est pas une question de formation.

MM 4 : Avec tel directeur, oui.

Animateur : C'était il y a combien de temps ?

MM 3 : C'était il y a 10-15 ans, c'était un petit peu compliqué alors voilà.

Animateur : Vous aviez proposé de participer aux formations des pisteurs ?

MM 3 : Non, non non. Mon ex-associé oui il a dû aller, parce que ça lui plaisait, il était allé faire une réunion.

MM 4 : On faisait ça avec les pompiers par contre, dans le temps, avant qu'il y ait la départementalisation. Moi j'étais capitaine pompier, toi aussi (à MM3) et on faisait des cours pour les nouveaux pompiers surtout.

MM 3 : Mais bien sûr qu'on devrait le faire mais... c'est du boulot.

MM 5 : Tu vois, tu disais « on n'a pas de retour après, direct avec les gens ». Moi souvent je les rappelle pas les pisteurs pour leur dire ce qui est arrivé au patient derrière. Si il m'appelle pas pour prendre des nouvelles je l'appelle pas pour lui dire « attends tu m'as envoyé un mec euh tu aurais peut-être pu l'orienter… » D'abord parce que c'est indélicat parce que moi je ne sais pas dans quelles circonstances il l'a pris, parce que moi je l'ai pas vu il me l'a pas amené, il arrive avec l'ambulance, donc c'est délicat après pour moi d'aller le rappeler. Si ça se trouve le mec sur les pistes il a complètement minimisé, il a dit « non non mais ça va très bien » enfin tu vois ? Mais par contre si il pouvait y avoir un débrief' ou même qu'on reparle, qu'on ré-expose tout ça une fois par an de façon anonyme…

MM 3 : Je pense qu'à ce moment-là pour faire le mieux possible c'est qu'il faudrait que le pisteur revienne jusque dans nos cabinets médicaux dans des circonstances bien définies, le traumatisme crânien, le poly trauma…

MM 5 : Polytrauma, trauma crânien, et les enfants. Moi j'pense que ça serait très important.

MM 3 : Mais franchement l'entorse du genou c'est pas la peine qu'ils se croisent tous là, ils nous la pose ils vont pas nous raconter... bon ben voilà.

MM 5 : On est d'accord.

MM 3 : Parce que c'était une époque… il y a la grande époque où le pisteur il te racontait pendant ¼ d'heure comment ils ont retrouvé le patient tout ça, comment il était. Par contre effectivement sur le TC potentiellement bizarre avec perte de connaissance ou autre, là effectivement je suis assez d'accord.

MM 4 : Oui bien sûr.

MM 5 : Ou le polytrauma qui vole pas ben franchement le mec il vient quoi !

MM 3 : L'autre jour j'ai rappelé le pisteur dans une occasion particulière : un jeune de 18 ans qui est tombé, une grosse douleur cervicale immédiate, sans craquement mais bref, paresthésies des 2 membres supérieurs qui a duré 10 min. Il est arrivé ici bien conditionné, je lui ai pas fait de radio, parce que c'est scanner d'emblée, il avait une fracture de C2, la maman m'a rappelée le lendemain elle était très contente de la prise en charge. Et à ce moment-là j'ai rappelé le service des pistes pour retrouver les pisteurs qui s'en étaient occupé, pour leur dire qu'il avait une fracture de C2 et que la prise en charge avait été correcte et que voilà il faut toujours se méfier patati patata. Et là effectivement si j'avais eu le pisteur… mais je pense que voilà… il faudrait trier, ce serait peut-être aussi l'occasion d'une réunion de pré-saison, de dire « bah voilà autant pour la luxation d'épaule ou l'entorse du genou c'est peut-être pas nécessaire que le pisteur reste là une demi-heure avec nous, mais dans des circonstances comme celle là ça vaut peut-être le coup » non ?

MM 4 : Bien sûr, je suis d'accord.

MM 3 : Mais bon après qu'ils se croisent tous, qu'il y ait trois pisteurs parce qu'il y a 3 traineaux, qui tournent en rond dans les couloirs... est-ce que c'est bien nécessaire ? Je ne sais pas, voilà !

MM 4 (à nous) : Ça va ?

Animateur : Ca va très très bien, est-ce qu'il y a d'autres choses que vous souhaiteriez aborder sur ce sujet ? (Blanc) Par rapport à vos expériences, par rapport à ce qu'il se passe ailleurs… si vous savez ce qu'il se passe ailleurs.

MM 5 : Mais on ne sait pas ce qu'il se passe ailleurs hein, parce qu'une fois qu'on est là, on a le nez dans le guidon tu sais plus ce qu'il se passe ailleurs.

MM 4 : Même à la station voisine on ne sait pas ce qu'il se passe. Peut-être, l'observateur, oui, il sait ce qu'il se passe dans la station voisine. (RIRES)

MM 5 : C'est vrai ou c'est pas vrai MM 3 ? Une fois qu'on est là à travailler le nez dans le guidon… on sait pas ce qu'il se passe ailleurs, on en sait rien.

MM 3 : C'est un peu l'objet des congrès, des discussions avec les collègues, pfff c'est un peu chacun fait comme il l'entend… mais nous… ça fait 3-4 ans que je travaille avec les jeunes que j'ai eu comme internes les uns après les autres et qu'ils ne veulent plus partir, ça leur convient. Ils ne travaillent pas du tout comme nous on travaillait. A l'époque je travaillais 150 jours par hiver, 12h par jour, une nuit sur 2. Ils n'ont pas envie du tout de faire comme ça, je leur dis hein « si vous voulez travailler plus y'a aucun problème, si vous voulez travailler tous les jours sans aucun jour de congés j'y vois aucun inconvénient ».

MM 4 (à l'observateur) : C'est ton cas ? (RIRES)

MM 3 : Donc on le fait un peu au feeling mais on fait, ici, certainement pas comme font les autres. En particulier on travaille très posément on n'est pas plus la tête dans le guidon que ça, je sais qu'une journée de février pour moi est plus tranquille qu'une journée de septembre. En septembre je suis tout seul, j'ai qu'une secrétaire, et si j'ai un accident de travail en plein milieu de mes 4-5 consultations qui attendent dans la salle d'attente c'est plus stressant pour moi au mois de septembre qu'au mois de février par exemple, parce qu'on a décidé de s'organiser comme ça.

MM 4 : Là t'as combien t'as 3 infirmières, 4 infirmières ?

MM 3 : On a 3 infirmières, une manip radio, 2 secrétaires et puis on est 6, voilà.

Animateur : Très bien, bon.

Observateur : J'ai juste une question à poser, je reviens sur les erreurs d'orientation, est-ce que vous pensez qu'il y aurait un intérêt, vu que vous avez chacun une radio des pistes au cabinet, à de temps en temps, répondre à un appel pisteur direct pour faire un peu de régulation locale ?

MM 4 : Oh ça arrive. Ça arrive rarement mais ça arrive.

MM 5 : On n'en fait pas beaucoup.

MM 4 : Des pisteurs qui se mettent en relation directe avec nous et qui nous demandent conseil par radio…

MM 3 : Ca m'est arrivé 2 fois cet hiver parce que… pour du mono-traumatisme très douloureux voilà. Ils m'ont demandé mon avis, ils n'ont pas appelé le centre 15 avant, ça c'est sûr. Je pense que c'était plus une approche pour savoir si éventuellement j'aurais...

MM 4 : Pour se couvrir peut-être.

MM 3 : Non non non

MM 4 : Pour se conforter dans leur choix...

MM 5 : Le temps de descendre, pour gagner du temps

MM 3 : Pour dire « est-ce que, éventuellement, vous pourriez venir faire une injection d'antalgique... » « vous êtes où ? Au fin fond de nulle part. Bah écoutez, non ça va m'prendre 3/4 d'heure, venez au cabinet on va le prendre tout de suite en charge votre patient ». Ça c'est toujours bien passé. En parlant calmement et gentiment aux pisteurs ça règle vite les choses.

MM 5 : Ceci dit ça dépend où ils sont, si il nous faut une demi-heure pour monter c'est un peu crétin vaut mieux qu'ils le descendent.

MM 3 : Si on met une demi-heure pour monter et qu'ils mettent un quart d'heure pour descendre…. Dans ce cas-là c'est exactement ce qu'il s'est passé. 1/4 d'heure plus tard ils étaient là.

MM 5 : C'est vrai que les choses qui arrivent, qui sont potentiellement douloureuses, comme on les entend nous à la radio, on sait ce qui va arriver, donc si on sait qu'on a une luxation d'épaule qui arrive ben d'une part on prépare la radio on pousse les gens éventuellement qui sont à la radio et qui peuvent patienter ailleurs, donc le patient quand il arrive il rentre directement. On sait qu'il arrive. On a une fracture de jambe très douloureuse, on sait qu'il arrive.

MM 3 : On fait jamais d'antalgique sur une luxation d'épaule !

MM 5 : Non je ne parle pas de la luxation d'épaule. Dans la prise en charge radio.

MM 3 : Non mais je te dis dans la prise en charge, on ne va pas monter pour faire un antalgique alors qu'il faut le réduire.

MM 5 : C'est idiot, alors qu'en fait il faut le réduire, on est bien d'accord, bien sûr ! Mais peut-être que le pisteur qui nous appelle il ne sait pas que c'est une luxation ou si c'est une grosse fracture, peut-être qu'il appelait pour savoir, j'en sais rien…

MM 4 : Dans ce cas-là c'est le central qui nous appelle : « vous allez être en communication avec un pisteur par radio est-ce que vous pouvez discuter avec lui » (aux autres) c'est comme ça que ça se passe ? Ils nous téléphonent d'abord puis la secrétaire nous amène le poste puis on discute..

MM 3 : Oui.

MM 5 : Ça fait longtemps que cela ne s'est pas produit hein, ça s'est produit récemment ?

MM 4 : L'an passé deux trois fois ouais.

MM 5 : OK

Observateur : Je fais un petit résumé ?

MM 4 : Des fois on a du mal à la faire marcher la radio, on a plus l'habitude… (RIRES)

Animateur : C'est vous qui les avez acheté ces radios ?

MM 4 : Non c'est le service des pistes qui nous les prête.

MM 3 : C'est pour les dépanner si en plus il faut que ça nous coûte…

Animateur : Bah a priori ça vous rend un peu service aussi de savoir ce qui arrive non ?

MM 5 : Oui c'est intéressant.

MM 4 : Oui ça permet d'anticiper

MM 3 : Oui mais bon…

MM 5 : Toi t'as d'la place alors bon ils arrivent, tu vois.

MM 3 : Moi j'écoute jamais et puis je vois une ambulance qui arrive, bon voilà après on est dispatchés, toute façon il y a toujours un médecin qui est dans le secteur de traumato et puis si il y a un traineau qui arrive il arrive et puis voilà. Quelques fois il y a le central des pistes qui va nous appeler pour dire « on vous prévient on va vous amener une suspicion de fracture du col du fémur très douloureuse » bon voilà.

MM 4 : Quand c'est un peu spécial ils nous préviennent oui, à l'avance.

MM 3 : Si le seul intérêt pour nous c'est sur le temps de midi quand on veut aller déjeuner quand la matinée s'est calmée, la secrétaire va nous dire « oui il y a qu'un secours en route et on ne sait pas où il va aller, voilà » mais ça c'est du confort. Sinon on n'écoute pas les pistes toute la journée.

MM 4 : La secrétaire.

MM 5 : La secrétaire elle écoute hein, alors elle écoute ça d'une oreille distraite parce qu'elle a autre chose à faire. Mais bon elle entend bien s'il y a quelque chose qui arrive, si c'est régulé.

MM 3 : A la grande époque des scanners il y avait la moitié de la population de la station qui écoutait en direct tout ce qu'il se passait sur les pistes. Fallait pas qu'on rapporte n'importe quoi.

MM 4 : En parasite.

MM 3 : Je ne sais pas comment ça se passe maintenant s'il y a toujours la possibilité d'écouter tout ce qu'il se passe, je sais pas.

MM 4 : Ca s'fait moins quoi. C'était les moniteurs qui faisaient beaucoup de hors-piste. Pour faire une grande balade hors-piste, pour savoir l'ouverture des pistes.

MM 3 : A l'époque tu allais à la boulangerie, le boulanger il savait que le Dr machin était allé sur une intervention pour un fémur ou autre… tout le monde avait une radio piratée.

MM 5 : Qu'est-ce que t'as relevé d'autre ?

Animateur : On va laisser l'observateur faire un petit résumé de ce qui s'est dit.

Observateur : Donc du coup sur l'évolution que vous avez constaté dans la prise en charge, vous avez surtout parlé récemment, depuis quelques années, plus de contact avec les pisteurs et donc une perte d'information, une ambiance moins bonne, moins de cohésion entre les différents corps de métier, et plus d'échange direct. Les pisteurs en revanche sont de mieux en mieux formés aux

secours sur piste. Par rapport aux interventions des médecins sur piste, c'est assez rare et c'est surtout pour de l'antalgie ou des problèmes médicaux, et c'est sur déclenchement du 15, principalement. Après les erreurs d'orientation c'est plutôt dans des circonstances assez exceptionnelles, médicalement, ou alors que le régulateur ne connaît pas bien la géographie, l'offre de soins, etc. Et puis… mais ça c'est une question pour moi : quelle régulation pour l'hélico station et je vous apporterai la réponse. Pour les contacts avec les pisteurs : perte d'information, tu disais (à MM4) qu'on avait perdu en qualité de travail, et puis euuuuh… de temps en temps ils appellent pour prendre des nouvelles ou vous leur faites un retour mais c'est sur des cas très spécifiques et de façon très sporadique. Et puis il y a le nouveau maillon, l'ambulancier, qui est un intermédiaire de plus avec une transmission d'information qui n'est pas…

MM 4 : Judicieuse… complète.

Observateur : Complète. Et du coup dans les améliorations possibles : faire des topos aux pisteurs avant la saison sur soit des nouveaux gestes, ou le niveau de soins que l'on peut prodiguer dans les cabinets médicaux, après la saison faire un débrief sur les gros secours ou les prises en charge qui ont posé problème, soit pour eux, soit pour nous, soit pour tous. Et pourquoi pas définir des circonstances particulières où le pisteur accompagne le patient jusqu'au cabinet, par exemple les traumas crâniens ou des choses un petit peu plus…

MM 3 : Complexes. Pas compliquées mais complexes.

MM 4 : Très bien. Et puis il y a des pisteurs plus ou moins intéressés. C'est une question de caractère. Il y en a qui sont hyper formés, il en a d'autres qui sont là comme ça, parce qu'il faut.

Verbatim Focus group station C

Contexte : l'entretien s'est déroulé en fin de saison dans la salle de réunion du poste central du service des pistes, dans la soirée. MM7 était en couple avec PS9 et connaissait PS10 et PS11. MM6 et MM7 travaillaient dans le même cabinet. MM6 voyait régulièrement PS9 au cabinet, mais ne connaissait pas les autres pisteurs.

A – Du coup je voulais vous demander, de manière générale la question s'adresse à tous, est-ce que vous pouvez nous décrire comment se déroule un secours classique ici à station C ?

MM7 – On va laisser parler les pisteurs ? (sourit)

PS9 – Généralement on a l'alerte par notre régulation. Donc les gens appellent très souvent, y'a un numéro qu'ils peuvent appeler sur le plan des pistes, donc notre régulation nous retransmet l'appel de la personne. Après on a une alerte qui peut être donnée aussi assez fréquemment par les remontées mécaniques donc les gens témoins viennent alerter au pied de la remontée mécanique la plus proche. Dans ce cas-là le conducteur de la remontée mécanique nous appelle sur la fréquence pistes. Voilà et puis plus accessoirement il peut arriver qu'on soit témoins : on arrive fortuitement sur le lieu d'un secours parce qu'on patrouille, on est sur une remontée on voit de l'agitation sur la piste en bas avec des skis en croix... Mais globalement c'est par la régulation et puis un appel des remontées mécaniques.

A – D'accord OK. Et ensuite une fois que vous l'avez pris en charge, une fois que vous avez fait le secours, comment il se rend au cabinet médical ?

PS9 – Après en fonction de la gravité du traumatisme on évacue la personne dans des différents moyens pour évacuer la personne. Elle ne va pas systématiquement au centre médical parce que si c'est un secours héliporté il va être dirigé au centre hospitalier que le médecin de l'hélico aura décidé. Toujours pareil : en fonction de l'état de la victime bah ça peut être telle ville pour chez nous, telle autre, telle autre, voilà pour les destinations les plus classiques. (Se tournant vers ses collègues) J'ai oublié quelque chose ? Il peut arriver, très ponctuellement mais c'est rare, que les gens ont un traumatisme peu important et refusent d'aller chez le médecin, donc en fait on les évacue et ils peuvent se rendre chez le médecin de leur choix par exemple, c'est vrai qu'on peut pas obliger les gens d'aller chez tel ou tel médecin. Bon, souvent les gens sont en vacances donc ils ont pas trop trop le choix. Des fois on a des gens qui refusent d'aller chez le médecin.

PS10 – Ils peuvent refuser aussi le secours.

PS9 – Ils peuvent refuser le secours aussi, effectivement ça peut arriver.

A – D'accord. Est-ce qu'il y a des particularités propres à la station, en termes soit d'environnement soit d'organisation ou de mode de fonctionnement ?

PS10 – Je pense qu'on a la chance, je crois que c'est pas le cas de toutes les stations d'avoir des médecins à proximité. Pas un, plusieurs, outillés. Et on a cette souplesse d'avoir un transfert en ambulance des 2 ou 3 différents points en front de neige où on peut confier nos blessés pour qu'ils partent en ambulance jusqu'au cabinet médical. Donc y'a un temps-délai qui est vraiment très très court. Par moment, en grosse affluence, jour de beau temps etc, ça tombe un petit peu en cascade les appels de secours ici ou là. Et du coup ben forcément au niveau de l'ambulance y'a un peu d'attente mais y'a jamais… tout se passe très très bien on sait nous synchroniser entre nous pisteurs, flairer la gravité du secours parce que ben PS9 il est sur un secours, moi aussi, on va arriver en même temps à l'ambulance, on va pas chipoter notre place pour savoir entre nous qui va y aller en premier c'est bien évidemment le... les pathologies des personnes qui vont dire la priorité pour sauter dans l'ambulance pour aller au cabinet médical.

PS9 – Globalement on peut dire que les gens, entre le moment où on les prend en charge sur la piste, où on arrive sur le secours et le moment où on arrive au cabinet médical, c'est rarement au-delà de 30 minutes. Ça peut être beaucoup plus rapide. Et puis on a quand même des zones éloignées sur le domaine skiable, qui font que le blessé… le traîneau dans lequel le blessé se trouve va être mis sur une remorque, sur la moto-neige pour rebasculer du bon côté, sur le bon versant pour que à nouveau le pisteur puisse descendre le traîneau donc là ça prend un peu plus de temps mais globalement c'est 30 minutes. Entre le moment où on prend en charge la personne et elle arrive au cabinet c'est rarement au-dessus et puis des fois c'est 10-15 minutes si on est en secteur rapproché,

ça peut être très rapide. Donc c'est un intérêt qui est vraiment super quoi, le fait d'avoir ce centre médical et puis voilà, pour nous et puis bien sûr pour les personnes. Pour nous c'est super intéressant.

PS10 – C'est vrai que le temps de transport va être juste variable selon la distance, peut-être un peu parfois par les conditions de neige ou de météo un peu plus difficiles mais ce qui va faire qu'un secours, au-delà de la différence d'une distance, ce qui va faire la différence après ça va être la complexité du secours en lui même : où est placé la personne, ça va être le conditionnement j'vais dire à notre niveau mais à partir du moment où le traîneau il attaque à glisser pour aller en direction de l'ambulance ça, les facteurs ça change pas trop quoi. C'est que les délais changent pas trop là-dessus quoi.

PS11 – Je rajouterais quand même quelque chose : c'est qu'on a un domaine skiable de la station C mais qui est relié avec tel autre, tel autre, tel autre et ça arrive qu'on ait des victimes qui viennent des autres stations et qui se soient blessés chez nous. Là par contre on a une problématique dans le sens où on est obligés dans la plupart des cas de les redescendre au cabinet à la station C. Et si ces personnes sont seules et leur véhicule est stationné à telle autre station ou à telle autre ça complique un peu la tâche et c'est une problématique qu'on a un peu à prendre en compte. Pour les pathologies les moins graves, on arrive parfois à gérer, à rebasculer de l'autre côté avant de traiter la pathologie. Mais dès qu'il s'agit de pathologies plus graves comme des traumatismes du dos ou des choses comme ça là on peut plus le faire. Des fois ça complique pas mal le retour de la personne chez elle surtout. Sur les petites stations ils ont pas ce problème-là étant donné qu'ils ont qu'un front de neige. Sur d'autres grands domaines skiables après je sais pas comment ça se passe mais chez nous on a vite une heure de route pour rentrer chez soi.

PS9 – Sur les… J'discute souvent avec des collègues comme je vais beaucoup ailleurs en station. Ils se posent pas la question toute façon c'est par gravité et puis après les gens en fonction de leur famille, de leurs amis, de leur assurance ils sont rapatriés sur leur station là où ils sont logés quoi. Y'a des domaines où ils peuvent pas faire autrement.

PS10 – Oui nous c'est vrai qu'on arrive à jongler un tout petit peu. Bon on a un secteur… c'est divisé grosso modo en 3 secteurs sur la station C et ensuite c'est les autres stations d'à côté. Sur le secteur qui est frontalier de telle ou telle autre station on peut avoir des blessés par là peut-être une blessure au poignet, une entorse, des gens qui veulent pas forcément un secours, ils savent pas trop. Dans ce cas-là, on va les accompagner un petit peu près de cette frontière et soit ils vont décider de se débrouiller par leurs propres moyens vraiment si c'est un petit truc, si c'est sérieux de toutes façons y'a plus de discussion c'est traineau et un traineau on l'évacue chez nous. Mais voilà une douleur d'épaule, quelqu'un qui peut être un peu assis un truc comme ça c'est un petit peu entendu avec les copains d'à coté on sait que bon ça va pas être vital une luxation d'épaule ou un truc comme ça mais y'a bon la douleur de la personne mais y'a surtout le caractère accident grosso modo pour la famille qui est venue passer une semaine de loisir, c'est tranquille donc déjà ils ont un peu entre guillemets aussi de vivre ce traumatisme de quelqu'un de chez eux qui s'est blessé et après ça va être compliqué il faut qu'ils ramènent la voiture, le taxi, le ci, le ça. Voilà, dans ce cas-là si on peut aider à simplifier un petit peu ce genre de choses à partir du moment où ça se joue près de cette frontière c'est un petit peu entendu avec les copains et on se fait de temps en temps des « passes en retrait » pour des personnes un petit peu comme ça. Mais attention moi personnellement moi ça m'est arrivé… c'est un peu à double-tranchant y'a une année où moi j'ai fait basculer une personne qui me disait simplement qu'elle était un petit peu fatiguée c'était jour blanc et elle s'en était collée une dans les vallons mais que ça allait pas trop trop mal et qui voulait basculer à telle station donc j'ai appelé telle station pour leur dire « est-ce que vous voulez pas venir le chercher un peu en scooter là il fait pas bien beau et tout ça » donc ils sont venus un petit peu dans cette idée puis l'autre il a commencé à dire qu'il avait mal au dos sur le scooter. Donc il m'avait pas dit certains éléments où en fait soit il se débrouillait par ses propres moyens soit je le prenais en compte de A à Z puis il était coquillé, traineau chez nous et pas de tralala. Du coup c'est clair que les copains ils m'ont dit « au fait ton gars hier soir (siffle) t'es gentil mais on en veut plus quoi. » Et ils m'ont raconté le truc j'ai dit « ah ouais en effet. » Donc voilà il faut pas… j'aurais dû cuisiner un peu plus la personne, c'était un peu la fermeture euh la fin de

journée/fermeture voyez un peu le truc. Voilà donc je suis plus méfiant.

A – (à MM7) tu voulais rajouter quelque chose ?

MM7 – Nan nan quand on parlait toute à l'heure de l'arrivée des gens au cabinet nous c'est vrai que après ce qui est bien aussi c'est qu'on est alertés systématiquement de tous les secours. 'Fin la régulation nous a dit « que quand j'ai pas trop de boulot » mais en fait elle le fait systématiquement et voilà donc dès qu'il y a un secours elle appelle le cabinet médical, et nous dit c'est un machin un enfant un genou truc bidule ben déjà ça permet un peu de… voir ce qui nous attend, d'avoir la liste, de déblayer un peu si il faut faire de la place. Quand on nous annonce une luxation d'épaule bah on sait que voilà qui arrive dans 10 minutes bah on se débrouille pour dégager le mec qui est en salle radio parce qu'on sait voilà y'a 3 genoux qui attendent ou truc. Le truc le plus urgent on va s'arranger pour déblayer, pour dégager pour que la personne soit prise en charge tout de suite. C'est pour ça qu'il y a une bonne communication aussi à ce niveau-là parce qu'on sait ce qu'il se passe… on va pas dire à la minute mais voilà on sait ce qu'il se passe, on sait ce qui va arriver et ça nous permet de dégager du temps, quand on est blindés et qu'il faut qu'on dégage du temps pour une personne qui va arriver, on sait qu'on l'attend quoi. On continue à bosser mais on sait qu'il y a ça qui arrive.

MM6 – Moi du coup j'ai que l'expérience de la station C donc j'ai pas entendu du tout ce qu'il y a dans d'autres stations ou ce qu'il se passe ailleurs… C'est vrai que du coup je pense qu'effectivement le... 'fin voilà j'ai l'impression que c'est bien coordonné entre pisteurs… à chaque fois qu'on nous annonce un fémur enfin on nous annonce un genou ou on nous annonce quelque chose c'est toujours en général.. 'fin voilà y'a jamais de surprise. Par contre c'est vrai que ce qui est dommage c'est qu'on se voit pas beaucoup en fait. Du coup le fait qu'il y ait l'ambulance je trouve entre les pisteurs et le cabinet médical finalement ben on s'voit pas, à part PS9 (rires), qu'on voit au cabinet autrement ben voilà…

PS11 – J'ai pas l'intention de passer vous voir forcément non plus. (RIRES)

A – Du coup ouais vous avez peu de contacts pendant la saison ?

MM7 – Non on se voit tous les jours. (rires)

PS10 – Moi vous voyez déjà ma femme et mes gosses ça suffit. (rires) Tant que je viens pas c'est plutôt bon signe.

MM7 – Non non mais on s'voit pas énormément. Y'a des cabinets où.. y'a des stations où le cabinet est vraiment au pied d'pistes où c'est le pisteur qui amène les blessés ou... nous non y'a vraiment l'intermédiaire des ambulances entre les 2 y'a des fois des pisteurs qui sont mal accueillis au cabinet médical. De temps en temps y'en a un qui vient regarder une radio de quelqu'un qu'il a amené mais sinon c'est vrai qu'on a pas… ben voilà voilà le soir on rentre du boulot ou on boit un coup à tel bar mais voilà, professionnellement on a pas vraiment de raisons de se rencontrer quoi. Voilà, les blessés arrivent pas directement chez nous c'est les ambulanciers qui les prennent en charge ou sauf exceptionnellement quand on a une inter sur les pistes mais sinon on se… non y'a l'intermédiaire de l'ambulance entre les 2 qui fait que bah les pisteurs ils ont fini ils déposent le blessé à l'ambulance puis ils remontent en chercher un autre. Et le blessé arrive chez nous quoi.

A – D'accord.

PS9 – Par contre y'a un lien qui est intéressant, y'a un renvoi d'ascenseur en fait… on a un résumé de… des secours qu'on a envoyé au cabinet médical qui est disponible donc chez nous au poste de secours et on a un retour sur le traumatisme de la personne donc ce qui est intéressant c'est que pour nous professionnellement pour affiner nos bilans, affiner notre expérience, c'est intéressant d'avoir un retour sur ce qu'avait effectivement la personne donc ça, ça nous aide à progresser dans notre perception de… d'un trauma quoi voilà. Parce que c'est vrai que malgré l'expérience, moi ça fait quelques années PS10 aussi, qu'on est pisteurs et ben des fois c'est pas toujours évident. Alors y'a des choses qui sont… voilà c'est un peu la routine au niveau traumatisme et puis après y'a des choses qui sont pas évidentes et chaque année malgré l'expérience qu'on a on est confrontés à des trucs qu'on a jamais vus parce que les gens ils ont de l'imagination pour se faire mal… Voilà. Et même éventuellement si on veut on peut même voir la radio de… si y'a fracture ou autre. Donc c'est super intéressant. C'est vraiment, au niveau de la progression au niveau du travail, ça aide.

PS10 – Alors y'a différents modes de fonctionnement selon les stations, je sais pas comment c'était à telle autre station mais déjà ne serait-ce qu'à la station C, avant au cabinet médical on avait une vieille ambulance de service c'était le chef qui faisait le chauffeur et (siffle) on déboulait au cabinet médical et on sortait tout le bazar. Et encore moi je parle que de cette époque-là que j'ai vécu mais ils ont vécu aussi du grandiose par le passé. Mais j'ai aussi bossé dans d'autres stations et notamment par exemple à telle station en face où effectivement là on termine les traineaux -pouf !- c'est en front de neige y'a des bâtiments vraiment en front de neige comme ça, le cabinet médical il est tanké là avec un côté front de neige et un côté parking etc pour le grand public. C'est vrai qu'on peut passer au cabinet médical ici à la station C si vraiment on veut savoir exactement ce qu'il y a eu la fracture gnagnagni gnagnagna bon bref on pourrait se déplaçer mais bon, après le travail bon maintenant père de famille et tout c'est cuit j'ai d'autres priorités mais là-bas à telle station on était en direct avec les médecins y'avait pas de transfert d'ambulance parce qu'on finissait vraiment au pied des pistes, les traineaux arrivaient au cabinet médical d'une manière ou d'une autre et on rentrait dans un espèce de sas où on passait la main, le blessé directement à une personne d'accueil ou directement au médecin. Donc on se revoyait après un autre secours tu pouvais voir la radio du secours précédent ou de la veille etc c'était beaucoup plus simple, et c'est vrai que bon je sais pas si c'est de la curiosité mais ça nous renseigne sur des fois des fractures où on aurait peut-être pas cru qu'il y ait une fracture, c'est pas forcément énorme mais on voit qu'on avait une personne qu'était au taquet complet, peut-être mieux prendre en compte cet accueil nous le premier accueil qu'on fait des personnes sur les pistes dans des conditions parfois difficiles en travers dans la neige ça glisse des fois il neige il fait froid y'a du vent voilà donc on est là pour essayer de ramener déjà le premier confort à la personne et de l'amener dans cette idée le mieux possible au cabinet médical et aussi le plus rapidement possible quoi. Ce retour direct de radios ou d'avoir les médecins à proximité c'était vraiment très très sympa.

PS11 – Ce que tu dis c'est vrai que comme on travaille toujours dans des conditions… 'fin toujours, souvent dans des conditions d'hiver avec le froid, le vent etc. 'Fin j'ai remarqué je pense que vous êtes peut-être d'accord avec moi : des fois on va faire de la palpation etc à la palpation y'a pas de douleur y'a rien 'fin pas particulièrement, pas plus qu'autre chose donc nous on part sur une lésion pas bénigne mais presque, pas sur un gros trauma et donc on conditionne comme une simple entorse ou des choses comme ça puis arrivé en bas finalement y'a fracture etc. Ca rejoint un petit peu ce que tu disais toute à l'heure avec le mal de dos (à PS10) c'est qu'on est peu tout le temps confrontés finalement à ce que les gens nous disent et à ce qu'ils peuvent nous dire et ce que nous on va voir évidemment en direct mais si quand on appuie sur le tibia de quelqu'un il dit pas « Aïe ! » on peut pas savoir qu'il y a une fracture alors que des fois le membre il est juste engourdi par le froid et c'est pour ça qu'il a pas mal et du coup dans notre gestion du secours… Alors c'est peut-être, après, ma jeune expérience qui fait ça aussi mais du coup on aborde la chose différemment et ça peut conduire à ce genre d'événement : traiter un blessé simplement alors qu'il y a quelque chose de plus grave derrière.

PS9 – Y'a 2 facteurs, y'a… c'est vrai comme dit PS11 y'a un facteur d'engourdissement effectivement qui peut un peu biaiser la douleur de la personne ou autre et puis 2e facteur qu'est super important, les gens au niveau de la douleur ils sont pas égaux du tout et ça voilà on va avoir des gens qui vont réagir de façon extrêmement vive et puis d'autres personnes qui vont absolument rien dire alors qu'elles ont le même traumatisme et qui vont pas du tout se plaindre ou quoi que ce soit donc que… d'ailleurs c'est peut-être celui-là le cas le plus fréquent c'est que les gens sont pas égaux au niveau de la douleur et en plus effectivement, on peut rajouter effectivement que l'environnement particulier dans lequel on se trouve peut aussi biaiser la réaction de personnes et puis aussi notre environnement spécifique : on fait un secours à 2500m d'altitude, il fait -15°C, les gens y sont dans la neige…

PS11 – le stress du secours en lui-même quoi.

PS9 – et… un traumatisme va pas évoluer de la même façon là-haut que dans la rue en attendant les pompiers dans une grande ville, une personne chute sur le trottoir elle se fait un tibia-péroné déplacé plus ou moins important enfin bref sur le trottoir, elle se le fait là-haut à 2600 l'évolution de la personne va pas du tout être la même et puis sa

réaction peut-être aussi par rapport au traumatisme va pas être la même. Voilà. On travaille entre guillemets dans un environnement hostile par rapport à quelqu'un qui subit un traumatisme on est dans un milieu très hostile où les choses peuvent aller très très vite rien que parce que on est dans la neige, il fait -15C°, à 2600.

A – D'accord. Par rapport à ce que tu disais MM7 par rapport à l'ambulance qui fait jonction entre les pisteurs et le cabinet, comment tu vis cette transition ? Parce que tu en as parlé assez tôt finalement.

MM7 – C'est… parce que finalement on peut pas faire autrement, c'est comme ça.

A – Les pisteurs ont un retour finalement sur la pathologie que vous prenez en charge…

MM7 – Ouais mais ils ont pas un retour…

PS10 – On va chercher le retour.

MM7 – Voilà on redit ensuite à la régulation « voilà la personne elle avait ça » ou « celle-là est descendue à l'hôpital » etc etc mais c'est vrai que moi je suis un petit peu frustrée entre guillemets j'voudrais bien, parce que je pense que les pisteurs ça les intéresse, de vraiment voir ce qu'avait la personne qu'ils ont transporté sauf que c'est comme nous quoi : le soir quand ils sortent du boulot à 18h et qu'ils étaient en PIDA dès 6h du matin, ils ont pas forcément envie d'passer au cabinet médical. Nous si c'est tout empilé on a pas forcément le temps à ce moment-là de leur ressortir les radios donc c'est vrai que si on se voyait vraiment en direct, déjà on se passe les infos en direct ça serait pas mal et en plus de ça en effet quand ils repassent pour un autre secours on se dit « tiens la personne que t'as amené toute à l'heure elle... » le soir ils en ont vu je sais pas combien dans la journée mais si au fur et à mesure on peut leur redonner les infos sur la personne qu'ils ont eu je pense que ça serait sympa pour tout le monde quoi. En effet ils sont globalement tous intéressés par ce qu'ils font.

PS10 (nous montrant un classeur avec répertorié les patients pris en charge et les diagnostics médicaux correspondant) – c'est une liste quoi.

MM7 – Vu qu'on a pas les moyens et le temps de refaire un retour d'infos puis de rediscuter éventuellement de certains trucs comme si on s'voyait vraiment en direct.. Puis c'est pareil : le pisteur qu'a descendu le blessé il a vu comment il était au début, comment il a évolué comment machin puis voilà, il peut te passer vraiment les infos sur le transport « ben voilà au début c'était comme ça, puis après c'était comme ça... » Alors que là c'est des infos qui se perdent quoi, y'a des infos qui se perdent entre-temps.

MM6 – Du coup c'est vrai que moi je trouve qu'il y a un manque, en tout cas de notre part, on a pas trop de retour… C'est vrai qu'on… moi en tout cas, sauf PS9, donc c'est vrai qu'on discute peu. Et même je trouve sur les grosses interventions où on va travailler ensemble sur les pistes je pense qu'il y a pas vraiment de retour ou on a pas... finalement ponctuellement une fois dans la saison travaillé ensemble mais finalement pas débriefé avant, pas vraiment finalement on se connaît pas forcément en début… fin là on s'était jamais vu en fait donc…

PS10 – il pourrait y avoir un tour de table d'avant saison. Moi ça me semblerait sympathique et .. d'amener la saison avec l'ensemble… voilà se boire un petit coup et se présenter un petit peu et faire une petite part un peu pour caler 2-3 trucs, changer un petit peu… ça pourrait se faire mais c'est… à la station C. (rires)

PS9 – Ca s'est fait une fois. Mais c'est vrai que oui c'est un des mauvais côtés entre guillemets dans le fonctionnement du service des pistes c'est que déjà y'a pas cette réunion de début de saison avec les médecins, effectivement peut-être aussi en fin de saison et puis même nous quand on a un gros secours, notamment on a fait une personne décédée donc massage cardiaque pendant au moins 40 minutes enfin voilà personne décédée au mois de janvier. On était plusieurs pisteurs sur l'intervention et y'a pas de débriefing derrière… on finit la journée la journée comme si… comme une journée classique et y'a pas de débriefing derrière par rapport à cette intervention qu'est quand même pas anodine et après pour des pisteurs, des plus jeunes pisteurs je pense que ça serait bien de débriefer avec des pisteurs un peu plus anciens et puis avec le chef des pistes, de débriefer sur ce gros secours et puis derrière peut-être aussi je dis pas qu'il y ait un suivi psychologique mais bon… voilà c'est pas anodin comme intervention et ça voilà c'est un peu brut de décoffrage hein dans le fonctionnement à ce niveau-là et la nécessité de parler etc c'est pas entré

dans les mœurs montagnardes… voilà, enfin c'est comme ça ici.

PS10 – Je serais curieux de savoir si c'est mieux ailleurs mais je n'en suis pas sûr.

A – D'accord OK. Pas de chose à ajouter par rapport à ça ?

PS10 – Si. Je suis d'accord avec PS9 : on a des pathologies y'a des pourcentages hein j'ai pas les statistiques moi mais bon c'est le genou en pôle position, enfin tout un tas de petits traumas machin. On a la chance qu'on soit plutôt habitués à ça mais y'a des jours où -paf !- y'a un arrêt cardiaque, y'a ci, y'a ça. On a vécu quelques expériences avec des mecs qu'ont été se mettre dans la flotte, dans des trous qui sont tombés dedans… où là ça a été, techniquement, avant même de parler de faire du secourisme, choper la personne, la sortir de son mauvais pas et ensuite de s'en occuper parce que elle est inconsciente, pas loin d'un arrêt… Ou même, on a fait un arrêt quand, l'année dernière ? Et ça enrichit certainement les expériences de tous ceux qui sont présents mais c'est vrai que là encore une fois, et même des fois si l'issue peut être heureuse des personnes qu'on a sorti, je pense déjà à telle et telle victimes, à presque 10 ans d'intervalle c'est 2 histoires complètement démentes qui se sont produites, 2 personnes qui reviennent de loin alors que la veille de telle victime on a fait un décès à tel endroit. Là-dessus voilà ça part dans un sac blanc et y'a absolument rien qui se passe derrière. Alors on n'est pas traumatisés choqués tout ça tout va bien tout le monde a toujours bien tenu le choc, parce que certainement c'était pas assez gore je sais pas mais voilà ça manque un petit peu de ça. Par ailleurs il y a quelques années… je sais pas dans quelles conditions ils ont pu être reçus exactement nos copains de telle station suite à tel drame parce que là bon ça a dû être vraiment quelque chose de, d'extrêmement choquant et j'espère pour eux qu'ils ont pu un petit peu être entendus et accompagnés sur des choses très violentes individuellement, d'une situation très très violente.

A – D'accord.

PS9 – Ouais c'est un manque.

PS10 – C'est un manque de débrief'.

PS9 – Oui on a… et puis… débriefing et puis éventuellement soutien psychologique puisqu'on fait fréquemment des décès depuis quelques années sur pistes, en avalanche aussi et bon voilà après c'est des situations qui peuvent mériter... un minimum de suivi derrière pour les personnes qui sont intervenues.

A – D'accord. OK.

PS11 – J'voulais rajouter quelque chose. Sur les secours y'a les personnes qui interviennent directement sur le secours donc qui sont directement confrontées au problème mais... je vais reprendre le cas de telle victime l'année dernière : moi sur le secours j'ai pas eu grand-chose à faire, j'ai amené le DSA sur site et ensuite j'ai quitté le site parce qu'il y avait suffisamment de personnel pour s'occuper de lui et j'ai été confronté à quelque chose auquel je ne m'attendais pas et confronté dans ma jeune carrière même j'y avais jamais pensé : je suis tombé sur les 2 parents de la victime au pied du télésiège qui ne savaient pas où étaient leur fils et surtout dans quel état il était. Et dans un cas comme ça, clairement c'est pas ce qu'on nous apprend en formation déjà et on sait pas quoi leur dire, on sait pas comment leur dire, on sait pas si on peut leur dire. Et donc je me suis retrouvé à une place où vraiment 'fin vraiment je la voulais pas donc pas le choix j'ai dit et j'ai fait ce que je pensais devoir faire et dire. Et derrière ça y'a eu le retour après : le chef des pistes m'a demandé ce que je leur avais dit etc et le seul retour que j'ai eu, sans forcément aller chercher plus loin, c'est simplement que c'était pas ce qu'il fallait dire. Donc j'aurais aimé peut-être des fois qu'on m'explique un peu plus… 'fin développer un peu la chose. Là ça a été un peu drastique, un peu ferme alors bon avec le recul etc, avec maintenant l'expérience que je commence à avoir et puis même en y réfléchissant c'est pas forcément bête mais sur le moment moi ça m'a vraiment perturbé parce que je me suis vraiment retrouvé dans une situation désagréable et à pas savoir quoi faire quoi et des fois peut-être déjà en parler en amont : de quoi faire dans un cas comme ça. Et derrière aller chercher plus loin sur quoi dire, telle ou telle chose comment la dire etc pour que si ça se reproduit, je ne l'espère pas mais voilà si ça se reproduit je sois pas entre guillemets comme un con à dire « je sais pas ».

PS9 – J'te rassure tout de suite le chef des pistes il sait pas du tout quoi dire dans ces cas-là. (RIRES)

D'un point de vue… bon voilà, malgré toutes les qualités qu'il a, toute l'expérience qu'il a etc. il a des défauts comme tout le monde et dans ces défauts, l'aspect psychologique, que ce soit avec les gens, que ce soit sur des situations comme ça, c'est zéro quoi, c'est tout. Ca se résume comme ça.

PS10 : Vite fait, pour ce cas très particulier donc c'est une personne qui est tombée dans un espèce de moulin, alors c'est pas glaciaire : y'a un endroit le ruisseau est sous la neige ça peut creuser un trou et la personne elle est tombée dedans façon grille-pain, le toast (siffle), entre la paroi et la neige à 6m de profondeur avec le ruisseau qui lui coulait dessus pendant plus d'une heure avant qu'on arrive à la sortir de là, où la personne était consciente et parlait au départ en hurlant. Et d'ailleurs c'est bien parce qu'elle hurlait qu'elle a eu la chance d'avoir quelqu'un qui passait dans cette zone hors-piste qui l'a entendu qui a déclenché les secours. Et donc ça a pris plus d'une heure de le sortir de là et donc bien évidemment en plus j'crois que c'était le sujet de l'année dernière -les hypothermies. Direct en le sortant pour l'allonger sur le matelas-coquille -crac- arrêt cardiaque et -hop- c'était reparti. Ca a duré quand même 45 minutes 'fin je sais pas j'ai pas la notion du temps mais ça a duré quand même un bon moment, ensuite le PGHM est arrivé, 'fin voilà c'est du secours qu'a vraiment duré, dans des conditions bien difficiles avec une vie à essayer d'arracher là où elle était coinçée. Et 10 ans auparavant on a fait quasiment la même au même endroit quoi. Donc voilà c'était très particulier, PS11 est passé là-dessus donc il tombe sur les 2 parents en bas qui savent que, en même temps ils sont inquiets, ils savent que d'abord ils s'imaginent tout…

PS11 – Ils avaient vu l'hélicoptère qu'était arrivé.

PS10 – Je peux imaginer… Alors pour reparler même du début de l'affaire, moi ça s'est trouvé que j'étais pas sur le secteur en question je passais par là en bas et les personnes, le couple vient me trouver en me disant que ça fait 15-20minutes qu'ils zonent là en bas parce que leur fils qui a 14 ans, mais 14 ans… (mime quelqu'un de costaud) leur a fait la nique et il a voulu absolument prendre cet itinéraire qu'on appelle ***** chez nous parce que c'est une cuvette où tout le monde passe dedans avec un petit niveau à certains moments où les conditions ça glisse tout seul. Cependant il peut y avoir ce « hic » et ça lui est arrivé -crac- il est tombé sur la feuille de neige qui restait et il est passé au travers et il est allé se coincer là-bas dedans et pour le sortir ça a été très compliqué. Donc les parents me disent qu'ils attendent leur gamin depuis un moment, bon j'essaye de parler un peu avec eux, de où est-ce qu'il était etc quand arrivent 2 jeunes un peu plus les yeux comme ça (mime des grands yeux) pour dire vite au secours il se passe quelque chose y'a un gamin là-haut. Alors oui attendez « oui oui, hop hop hop » le temps de voir avec le gars qui me confirme à quel niveau on pouvait clairement dire à tel ou tel endroit parce qu'on peut clairement voir cette grande gorge d'en face. Et envoyer moi-même pour le coup pour savoir comment l'alerte elle est partie personne avait encore rien trop demandé c'est moi qui ai fini par déclencher cette alerte comme ça. Donc ça a duré pas mal de temps, et PS11 qui est passé entre-temps sur le lieu du secours amener du matériel est tombé après sur les parents ça devait être effectivement très délicat de savoir quoi leur dire et comment les réconforter, leur dire 'fin… C'est possible.

A – Pour revenir à ce que tu disais toute à l'heure PS9, tu disais « les victimes elles vont pas forcément au centre médical, ça dépend de… c'est en fonction de la gravité. » et du coup, la question que je me pose c'est : sur quoi vous basez vos décisions d'orientation ?

PS9 – Alors, pour certains cas c'est… pour nous c'est évident, avec l'expérience. Ou on déclenche directement un secours héliporté. Enfin bon, on passe par le 15 bien sûr, en demandant nous un secours héliporté, en fonction de ce qu'on voit. J'me souviens d'un secours que j'ai fait où la personne... bon en hors-piste, traumatisme dorsal, plus de sensibilité ou de motricité au niveau des membres inférieurs. Donc là c'est clair que j'ai demandé les pisteurs avec les moyens qu'il fallait et j'ai demandé un secours héliporté qui a mis 15 minutes à arriver. Bon l'hélico était dispo là il se pose pas de question par rapport à ça. Ensuite, on peut être confrontés à quelque chose d'un peu particulier où là on va demander un… on va passer un bilan, on va essayer de faire le bilan le plus complet possible qu'on va passer au 15 et donc le médecin régulateur peut, en fonction de ce qu'on va lui dire, déclencher un secours héliporté, ou dire « vous conditionnez la personne, vous la descendez au centre médical » voilà. Et puis après, quand on

baisse dans la gravité du traumatisme après de nous-mêmes on décide que le secours sera évacué vers le centre médical.

A – Et est-ce qu'il vous arrive de demander un avis au médecin ou…

PS9 – Alors avant on le demandait mais maintenant ça passe par le 15. En fait on demande un avis médical mais tout passe par le 15, que ce soit une demande de secours héliporté, d'avis médical ça va passer par le centre 15, voilà. Après, il peut s'avérer qu'en fonction des conditions météo on sait qu'on on aura pas d'hélico donc on l'demande même pas, même si y'en a besoin. On demande au médecin de station de monter sur place, voilà.

PS10 – Si j'peux rajouter : quand on demande un avis médical au centre 15 c'est que nous on a suffisamment d'éléments où on se dit que ça mérite de poser la question. Ca nous dédouane un petit peu d'une certaine manière parce que c'est donc un médecin régulateur qui en fonction de notre bilan, qui va lui prendre une décision qui va dépendre bien évidemment des conditions météo de vol. Si c'est tempête machin, même pas on en parle et dans ce cas-là… bon on va voir après. A un moment donné, même si il fait beau, même si ils ont peut-être le temps si ils estiment à distance par rapport à notre bilan, ils vont renforcer… donc ça ça va se jouer avec notre régulatrice ici en direct, ça va être le médecin régulateur avec notre régulatrice qui nous renvoie tout de suite les questions pour nous demander « oui et y'a bien une motricité ici et tout va bien ? » pour rajouter des éléments que le médecin a besoin à un moment donné, qui va prendre la décision : « OK non non, on vient pas, vous le conditionnez comme ci, comme ça, vous faites bien attention et vous l'emmenez au cabinet médical. » Entre-temps y'aura eu forcément un autre coup de fil supplémentaire entre notre régulatrice qui va essayer de prévenir le cabinet médical mais du coup voilà c'est pas les médecins du cabinet médical qui vont prendre cette décision.

MM7 – Je me rappelle y'a 5 ans quand je suis arrivée ça partait un petit peu dans tous les sens : c'est à dire que quand y'avait un truc un peu grave y'avait -et- le service des pistes qui appelait le PC pour avoir un hélico -et- on nous appelait aussi nous pour monter sur les pistes donc nous on s'auto-déclenchait en tant que médecins correspondants du SAMU mais bien évidemment on appelait on disait à la secrétaire « bon, je suis parti sur machin etc », on prévenait le SAMU, des fois on se faisait engueuler parce qu'on s'était déclenchés tout seuls. Et puis quand on arrivait sur le secours on passait un bilan, puis éventuellement finalement le SAMU nous disait « ça tombe bien parce que donc t'es avec donc tu vas le prendre en charge comme il est conditionné il peut descendre au cabinet médical on annule l'hélico parce que l'hélico on en a besoin ailleurs, là où y'a pas de médecin etc ». Et du coup ça crée de temps en temps quelques tensions parce que notre intervention du coup faisait déplaçer, faisait annuler l'hélico donc y'a eu quand même des discussions entre nous, le chef des pistes etc pendant 2-3 ans et au final on a dit « Voilà, à partir du moment où y'a besoin de toute façon, nous en tant que MCS, on peut s'autodéclencher mais le 15 aime quand même mieux nous déclencher eux-mêmes » donc on ne se déclenche plus pour aller sur les pistes parce que le 15 peut toujours trouver un moyen plus rapide etc etc. Donc vous appelez le 15, c'est pas qu'on veut pas nous donner un avis ou quoi que ce soit mais vous appelez le 15. Si le 15 estime que voilà l'hélico peut pas venir, que machin, ils continuent quand besoin (à MM6) ben toi t'as été y'a pas longtemps, ils ont besoin de nous déclencher. Par contre c'est vrai que ils sont beaucoup plus à même de t'envoyer l'hélico, le truc, le bidule. Par contre y'avait des interférences, c'était pas cool à chaque fois.

PS10 – Finalement sans le savoir c'est un peu nous qui sommes maîtres de cette décision parce qu'on sait qu'il fait suffisamment beau pour que l'hélico puisse venir jusqu'à nous. Après ça dépend de sa disponibilité et de son choix de venir. Mais on sait que l'hélico il peut venir, donc c'est le centre 15 à qui on va poser la question avec notre bilan pour donner son avis médical, savoir ce qu'on fait. Par contre le jour où on sait pertinement que ça ne vole pas, je sais pas si… bon ça arrive pas souvent d'avoir des cas, mais si ça vole vraiment pas on le sait bien nous que l'hélico il viendra jamais, donc on va peut-être demander directement, on va transmettre, on va appeler directement notre régulatrice, notre bilan à vous, qui pour le coup serez invités à monter si vraiment y'a besoin pour un coup de main. Ou tu penses que, MM7, il faut qu'on appelle le 15 et que c'est le 15 va vous rappeler ?

MM7 – Donc ça sera plutôt non, à nous parce que ça prend pas si longtemps que ça finalement, mais ça sera plutôt le 15. Que le 15 va tout de suite si besoin, en disant « voilà ça vole pas, y'a ça etc. » Le 15 si besoin va tout de suite nous rappeler mais en même temps va éventuellement faire monter la VRM de tel hôpital, avec le médecin à bord, parce qu'ils savent que de toute façon, même si la personne on la prend en charge sur les pistes il faudra qu'elle descende, en médicalisé, éventuellement à l'hôpital. Donc ça reste toujours de toute façon toujours le 15, parce que le 15, une fois qu'il nous appelle il peut mettre 3 personnes sur le téléphone : y'en a un qui appelle le SMUR de telle ville pour qu'il monte, un qui nous appelle, un qui… donc ça reste de toute façon…

PS10 – Il vous déclencherait uniquement pour l'effet rapide sur place.

MM7 – Ben pour aller sur les pistes, parce que la VRM de telle ville elle va mettre quand même 3/4 d'heure à monter, puis le mec il est pas en équipement de ski, puis voilà, donc le plus simple, le moyen de perdre le moins de temps et d'avoir les trucs qui faut quand il faut ça reste quand même le 15 qui sait les moyens disponibles, qui sait et qui peut appeler plusieurs personnes en même temps et qui peut….

(MM6, de garde, part voir un patient au cabinet médical)

A – Du coup je reviens sur la prise de décision, donc tu me dis l'expérience et puis des faits objectifs : l'état de conscience, des choses comme ça. Est-ce que tout ça part aussi d'une formation j'imagine… Vous avez le PSE1-PSE2 et du coup, qu'est-ce que, en plus vous avez ici ?

PS9 – On est recyclés chaque année, niveau PSE1-PSE2, donc on est recyclés avec des moniteurs de secourisme. Et puis un médecin urgentiste aussi qui vient superviser la journée de recyclage, donc ça c'est un recyclage annuel. Voilà.

PS10 (à PS9) – Tu détailles le recyclage, ce qu'on y trouve dedans vite fait ? qu'il y a un thème… Vas-y vas-y je savais pas si t'allais en parler ou pas pendant que t'y es.

PS9 – Le contenu du recyclage il va évoluer chaque année, c'est un plan quinquennal.

PS10 – En tout cas c'est comme ça, c'est peut-être en train de changer.

PS9 – Y'a des réformes très fréquentes c'est vrai mais bon voilà on a jusqu'à maintenant sur 5 ans on avait différents thèmes abordés sur ce recyclage.

PS10 – Y'a un tronc commun.

PS9 - Y'a un tronc commun. Voilà et le… au niveau du recyclage ils insistent vraiment beaucoup sur le bilan parce que ils nous répètent sans cesse qu'on est les yeux du médecin au bout du fil et on doit lui retranscrire de la façon la plus précise ce que l'on voit, voilà, donc ça c'est vraiment le tronc commun puis après on a des modules chaque année. Un coup c'est l'hypothermie, un coup c'est le polytraumatisme, un coup c'est… les plaies.

PS10 – Y'a un médecin qui intervient 2h, qui vient nous parler du thème justement, un médecin urgentiste généralement qui lui aussi a de l'expérience et qui vient pendant 2 heures devant toute l'assemblée.

PS9 – Et puis on a bien sûr dans le tronc commun aussi, la RCP…

PS10 – Le DSA…

PS9 – DSA etc.. qu'on revoit chaque année.

A – D'accord. Et dans ce… par rapport à cette prise de décision, est-ce qu'il y a un protocole que vous utilisez dans cette prise de décision d'orientation ou dans votre décision d'appel au 15, un protocole que vous utilisez et qui vous aide à la prise de décision ?

PS9 – Y'a pas de protocole en fait, après...

PS10 – On fait un bilan le plus complet possible.

PS9 – Déjà y'a le bilan, y'a l'état de la victime après ce qui va beaucoup jouer c'est l'endroit où elle se trouve aussi. Donc en fait, nous dans notre métier on a un rôle d'adaptation qui est énorme en fait par rapport à ce qu'on apprend. Par rapport à ce qu'il y a dans les bouquins, on doit s'adapter à des situations qui sont pas du tout dans les livres quoi. Que ce soit au niveau d'un relevage. Moi cette année j'ai fait un relevage sur plan dur d'une victime en hors-piste, le relevage, entre guillemets, on l'a fait à l'envers, dans l'intérêt de la personne et dans le but de bouger la personne le moins possible. On a le relevage sur plan dur qu'on voit dans les

bouquins, qu'on travaille en salle, sur une couverture bien au chaud, en baskets, la victime elle est en jean, en T-shirt, on fait le relevage sur plan dur comme dans les bouquins où faut mettre le doigt au millimètre à tel endroit etc etc. Quand on est sur le terrain, avec de la neige jusqu'au ventre, une personne qui est à moitié enfonçée dans la neige, qui est dans une position pas possible… c'est plus du tout la même chose donc là c'est « système D » par rapport à faire un relevage qui est le mieux possible pour la victime. Et c'est pas du tout ce qu'il y a dans les bouquins. Des fois on…

PS10 – C'est pas forcément académique.

PS9 – C'est pas académique du tout mais en tout cas, pour la personne, ça l'est. C'est ça qu'est important, c'est ce qu'on garde à l'esprit, on a une victime qu'a un suspiscion de tel ou tel traumatisme, elle est... elle fait 40kgs, elle fait 95kgs, elle est dans la neige, ou on est dans la pente sur la glace, ou elle est enroulée autour d'un arbre ou d'un rocher, c'est plus du tout la même chose que dans les bouquins, et là, entre guillemets, on se démerde. En gardant vraiment comme fil conducteur l'intérêt de la victime par rapport au traumatisme qu'elle a. Et on arrive toujours à trouver des solutions, et c'est ça qu'est super intéressant, c'est que on arrive toujours et on se dit « ben là on arrive à faire quelque chose de pas mal ». Au départ on était un peu dans la merde et finalement à plusieurs pisteurs on a discuté avec le matériel qu'on a, on a trouvé une solution, on a creusé dessous avec une pelle, on a fait ceci-cela. Et c'est ça qui est super intéressant.

PS11 – Et du coup la notion de gravité elle va être évolutive aussi en fonction de ça : c'est qu'une lésion qui à la base est pas forcément grave ou quoi que ce soit, le fait qu'elle soit dans une position très compliquée pour nous, qu'on arrive pas à l'atteindre, qu'on arrive pas à immobiliser le membre sans lui provoquer de douleur ou quoi que ce soit, ça peut nous amener à demander de l'aide du médecin ou un avis médical pour bouger la personne et la transporter. Et inversement, des fois le fait qu'elle soit à proximité et facile d'accès etc et qu'on puisse agir rapidement dessus, on va prendre la décision de faire ça au plus vite, toujours dans l'intérêt de la victime, pour que derrière les secours médicaux puissent arriver le plus facilement et le plus rapidement possible. Donc la notion de gravité du coup elle évolue en fonction du cas sur lequel on est.

A – De l'environnement.

PS11 – Voilà, elle est pas que liée à la lésion de la personne.

A (à PS11) – D'accord. Je rebondis du coup sur ce que tu dis : par rapport au conditionnement d'une victime très douloureuse, quand justement tu arrives sur un secours avec quelqu'un qui est très douloureux, de quelles ressources tu disposes finalement ?

PS11 – Déjà, des collègues (rire). Faut pas oublier que des fois, quand on est plus nombreux on arrive à moins mobiliser la partie où la personne a mal pour la conditionner, on va déjà essayer avec ce premier moyen-là avant de demander le médecin etc. Des fois, ça marche surtout avec les enfants, en discutant avec eux etc, en attirant leur attention ailleurs on arrive à immobiliser la jambe, quand ils ont mal à la jambe, en travaillant en même temps qu'on attire leur attention. Mais pour les cas les plus douloureux etc où on voit qu'on arrive rien à faire même à plusieurs, on prend la décision d'appeler le médecin et voir si lui peut nous apporter le support médical avec les drogues etc pour calmer la personne. Mais déjà en amont on aura essayé de demander aux collègues de venir en plus, déjà d'essayer soi-même de régler le problème en attirant l'attention, s'aidant des gens qui sont avec nous, ensuite on va appeler les collègues en plus, puis si même avec les collègues ça marche là on va appeler, on va aller chercher…

PS9 – Pour rebondir sur ce que dis PS11, c'est vrai que bon dans les cas où la douleur est assez intense, on va essayer de trouver une position antalgique. Mais souvent les gens on va les retrouver dans la position où ils ont le moins mal, c'est pas forcément la meilleure position pour les conditionner. En tout cas ils vont se retrouver dans cette position-là. Voilà. Après c'est vrai que PS11 a mis le doigt sur un truc important, c'est, entre guillemets, l'accueil de la personne et nous on a un rôle d'un point de vue psychologique qu'est super important parce que les gens ils sont dans un environnement qu'ils connaissent pas, ils sont au ski, tout de suite ils sont loin de chez eux, « mais comment on va faire ? c'est la galère, où est-ce que je me suis fait mal, mes gamins sont à l'école de

ski, comment je vais faire pour les récupérer... » enfin bon voilà.

PS10 – Ouais c'est un 2e traumatisme.

PS11 – Y'a le fait que les secours soient payants aussi.

PS9 – Tout de suite les gens ça va être très compliqué pour eux même si le traumatisme il est pas important, ça va être tout de suite très compliqué dans leur tête par rapport à ça. Et nous on a un super rôle, on a un rôle très important par rapport à ça, c'est de rassurer les gens par rapport à plein de choses, il faut voilà, vraiment les gens faut en prendre soin par rapport à ça et puis moi je pense que, ça va faire la moitié du secours ça. Je me retrouvais sur des secours où je me marre avec les gens, c'est un peu mon tempérament aussi, c'est vraiment de dédramatiser les choses et on arrive à… en attendant le collègue qui amène tel ou tel matériel etc bon ben de blaguer avec les gens, et le blessé se marre aussi. Bon il s'est fait les croisés, le tibia etc bon il a mal mais des fois on arrive à se marrer parce que des fois il faut faire ça parce que je trouve que c'est important. Bon déjà bien expliquer aux gens comment va se dérouler le secours etc, les rassurer « ne vous inquiétez pas, vous partirez pas j'sais pas où machin tout ça. » et puis moi je leur demande là où ils habitent, qu'est-ce qu'ils font dans la vie etc et puis voilà, vraiment détourner la personne de son traumatisme et puis très souvent aussi plaisanter avec la personne. Et je pense que ça fait 50 %, entre guillemets, du secours, de pratiquer de cette façon-là.

A – D'accord, et comment tu penses que vous pourriez améliorer la prise en charge des victimes très douloureuses ?

PS10 – De les faire décoller avec des drones. (RIRES)

PS9 – Il existe dans certaines stations des pisteurs-infirmiers, avec un protocole infirmier. C'est d'ailleurs le thème d'un article dans le dernier « Pisteurs info » ou « pisteurs secouristes de France » et donc dans le protocole pisteur-infirmier, l'infirmier est à même, de par son initiative ou en relation avec un médecin, à passer tel ou tel produit à la personne, pour la soulager au niveau de la douleur. Et y'a beaucoup de stations maintenant qui commencent à être équipées, entre guillemets dans l'équipe, d'un pisteur-infirmier et ça c'est super intéressant parce que le pisteur-infirmier il est sur site, il peut très rapidement si le pisteur le demande être auprès du blessé et administrer le produit qu'il faut pour que la personne soit soulagée. Ca c'est super intéressant. Après, nous, au niveau de notre service des pistes… Et puis bon c'est pas la majorité hein, des services des pistes, les pisteurs-infirmiers. Nous on est un peu… c'est vrai que par rapport à une personne qui est en détresse par rapport à une douleur vraiment très vive, très importante, nous on est un peu désemparés par rapport à ça. Toute façon la personne va falloir la bouger, on va pas la laisser là, à un moment donné faudra la transporter et si ça vole pas etc on est un peu dans la mouise. Après on peut faire, par l'intermédiaire du 15, monter le médecin de station en motoneige, pour que ce soit à ce moment-là le médecin de station qui fasse ce qu'il faut pour que la personne ait moins mal. Mais sinon, nous, sans médecin, sans pisteur-infirmier, c'est compliqué une personne qui a très très mal.

MM7 – Des fois quand même on sert à ça, c'est à dire que voilà, quand il y a un bilan passé au 15 et que… moi à chaque fois que je suis montée faire de l'antalgie c'était des luxations de rotule. Nan mais… Une personne qu'on arrivait pas à conditionner parce qu'elle avait le genou qu'était plié comme ça, qu'on pouvait pas toucher sur les pistes, MM6 elle a été pour le petit avec sa luxation d'épaule, voilà puis qui… toute façon on arrivait pas à le toucher, il hurlait etc et où de toute façon… bon, le 15 va pas faire monter l'hélico parce qu'à priori la personne va pas nécessiter d'hospitalisation donc c'est pas la peine de prendre un hélico pour machin etc donc là oui ils nous appellent puis on monte faire un coup de…

(MM6 revient dans le groupe)

MM7 – T'as été faire une luxation de dent? (rire) donc on nous appelle pour faire voilà un coup d'morphine, un coup d'kéta, conditionner la personne, aider au conditionnement de la personne qui de toute façon derrière, va aller au cabinet médical. Du coup c'est une étape dont le 15 s'affranchit quand ils savent que de toute façon la personne va être hospitalisée : c'est vrai que nous, le temps… en général la personne c'est toujours tout en haut de truc donc nous on met plus de 20 minutes en motoneige etc si c'est pour de toute façon descendre une personne qui derrière va nécessiter un SMUR ou je sais pas quoi pour être

hospitalisée c'est pas la peine l'hélico part direct sauf vraiment conditions météo pourries mais c'est arrivé en effet qu'il y ait besoin, uniquement pour de l'antalgie pour quelqu'un dont on savait à priori que la personne serait de toute façon pas être hospitalisée. Donc tu fais pas monter un hélico. Et du coup dans ces cas-là on appelle et… MM6 met du sang partout.

(RIRES)

C'est une personne qui va aller au cabinet médical donc on va pas déplaçer un hélico machin, mais des fois y'a besoin en effet alors des fois vous y arrivez à les conditionner les gens et ils savent qu'il y a pas de souci. Mais il arrive une fois de temps en temps que la personne soit pas conditionnable, parce qu'elle hurle, parce que machin etc. Et là en effet ben… on intervient.

A – Qu'est-ce que tu penses de cette tendance, je dirais pas « mode », à avoir des infirmiers-pisteurs dans les services des pistes de différentes stations ?

MM7 – Je pense que c'est très bien. Je pense que ça serait bien parce que du coup il y aurait peut-être plus… justement parce que nous on peut pas aller à chaque… voilà je pense qu'il y a quand même des gens qui sont bien conditionnés machin mais qui descendent en serrant les dents parce qu'ils ont quand même mal quoi. Tu les vois arriver un petit peu vert, un peu… C'est vrai qu'on peut pas non plus… Le médecin peut pas aller à chaque fois… Voilà tout le monde se débrouille du mieux qu'il peut, c'est vrai que si y'avait des pisteurs-infirmiers qui pouvaient de temps en temps aller balancer un petit coup de morphine ça serait pas mal après je sais pas ça servirait au moins une fois par jour…

PS10 – Y'en a un qu'a essayé.

MM7 – Ouais bah oui. Nan mais je trouve que ça serait super intéressant parce que c'est vrai que ce qu'on fait nous quand on monte faire de l'antalgie sur une piste en effet un pisteur-infirmier pourrait le faire, en plus il est sur place et du coup ça pourrait se faire plus souvent. Ca pourrait se faire quand même plus facilement et y'a plus de gens qui descendraient bien détendus.

PS10 – Déjà entendu parler de ce projet, effectivement y'a un magazine pisteur là, une revue pisteur qui est annuelle où ils en parlent aussi. On a eu un camarade pisteur qui travaillait chez nous au service des pistes encore il y a quelques années qui était infirmier par ailleurs, qui travaillait à l'hôpital de telle ville même aux urgences il me semble (se tourne vers PS9)...

PS9 – Aux urgences en plus oui oui.

PS10 - … qui arrivait à basculer son temps de travail, à se libérer de l'hôpital de telle ville pour pouvoir faire la saison de ski avec nous. Donc il était pisteur par ailleurs. Et lui ça le démangeait depuis un moment il a essayé d'amener ça au service des pistes de la station C. Moi je pense que ça aurait été une bonne chose pour les personnes, pour les blessés avant tout, mais après je pense qu'il peut se confronter à notre… enfin on va voir comment ça va évoluer moi j'espère que ça va bien se passer dans les stations qui veulent jouer le pari. Mais voilà, de temps en temps dans un service des pistes c'est quand même des rapports humains, ce sont quand même des pisteurs… tu vas le voir là y'a quand même différents niveaux : 1er degré, 2e degré, artificier, tu l'es pas, (à PS11) toi t'es nivo tu l'es pas, pour nivologie machin etc. Donc là une corde aussi importante à l'arc d'un pisteur, moi ça m'aurait aucunement gêné, d'ailleurs travailler avec tel pisteur à l'époque c'était super enrichissant parce qu'il a d'autres données que le PSE1-PSE2, passionné, donc on apprend des trucs, mais ça plaît pas forcément à tout le monde…

A – Parce qu'il va au-delà de son rôle finalement…

PS10 – Voilà. Et puis tout ce qu'on fait alors là aussi, ce que je veux dire : quelque part même si on y pense pas. On est combien ? On est 3x4, 12, au moins par 3, 15 par jour à travailler.

PS9 – Ah non, pas autant.

PS10 – Bon bref, entre 12 et 14.

PS9 – Ouais 12-13.

PS10 – On est 3 secteurs de 4, plus un chef, un adjoint en plus éventuellement… Allez entre 12, 13, 14 personnes par jour. Quand j'envoie un bilan à la radio, quand j'appelle quelque chose, c'est pareil pour un tel tout le monde entend. Donc sans se prendre pour des grands etc voilà je pense que ça peut pas forcément être bien perçu partout par des personnes. En tout cas moi c'est le parfum déjà que j'en avais. Quand quelqu'un a essayé ici de s'amener comme ça, moi il me semble qu'on pouvait sentir que ça en dérangeait quand même

quelques-uns alors que c'est très bien foncièrement quoi.

PS9 – Ouais alors moi je trouve qu'une compétence supplémentaire dans un service des pistes c'est une très bonne chose, et puis y'a un truc qui faut pas perdre de vue en fait c'est pas pour blesser l'égo d'un tel ou un tel : c'est que c'est dans l'intérêt des personnes. On est quand même… on a des gens qui sont en détresse en face de nous c'est ça qui prime. C'est pas de se dire… parce que effectivement quand cette suggestion a été faite de la part de ce pisteur-infirmier, c'était « la gestion des produits » etc « tu vas sortir de notre rôle », « on est des pisteurs on est pas des infirmiers » etc. Mais on s'en fout de ça on peut être les 2 aussi et…

PS10 – Moi j'en suis convaincu, je pense simplement que ça peut être le « hic ». A une personne dans une équipe.

PS9 - … et une compétence supplémentaire dans une équipe c'est génial, et en plus c'est pour l'intérêt des gens. C'est pas voilà… c'est ça qu'il faut voir, des fois… c'est ça qu'il faut pas perdre de vue en fait. Notre travail de secouriste c'est voilà, c'est l'intérêt de la victime.

A (aux médecins) – Et du coup sur le… du point de vue médical, vous verriez ça s'intégrer dans le cadre d'un protocole ou dans le cadre d'un contrat avec je sais pas le SAMU… Vous verriez ça comment vous ?

MM6 – Nous l'année dernière on avait un infirmier au cabinet qui parfois allait sur les pistes le faire du coup, faire l'analgésie… Qu'était pompier.

MM7 – Il était pompier.

MM6 – Il le faisait en tant que pompier, donc il était déclenché en tant qu'infirmier-pompier en fait. Alors ça posait quelques soucis… je pense que sur les pistes, justement les pompiers normalement vont pas sur les pistes donc c'était quand même un peu compliqué mais c'est vrai que c'était… 'fin moi je trouvais que c'était… au niveau du cabinet en tout cas c'était assez confortable après enfin voilà je trouvais que… alors je sais pas comment ça peut... mais le fait qu'il y ait un infirmier dans un cabinet et finalement, lui il était infirmier-pompier, donc déclenché en tant que pompier là-dessus moi je trouve que c'est pas mal. Du coup, il sort… il est protocolé de toute façon en tant que pompier, il a tous ses protocoles avec… procotole antalgie, voilà…

PS9 – Voilà. Mais y'a protocole infirmier-pisteur. Donc c'est encore plus simple.

MM6 – Mais je pense…

PS9 – Il est dispo, il est sur site…

MM7 – Je pense que ça serait pas mal que l'infirmier dépende du service des pistes, 'fin qu'il y ait un infirmier pour les pistes. Quitte à, éventuellement, que si la personne ensuite est ramenée au cabinet… en principe la personne va être amenée au cabinet médical d'accord, qu'on se parle par téléphone, qu'il nous demande bon… qu'il ait ses protocoles… si besoin qu'il demande un avis ou je sais pas quoi mais… parce qu'après bon nous on a droit à la kéta, eux ils ont pas trop le droit bon. A part… bon voilà mais après d'ailleurs il le faisait pas. C'était morphine par contre si derrière il fallait mettre un coup de kéta du coup on revenait nous chercher en motoneige puis on montait. Mais y'a peut-être des trucs qui doivent être quand même discutés entre médecins et infirmiers 'fin des trucs comme ça mais je pense qu'un pisteur-infirmier, qu'il fasse des secours machin puis quand il y a besoin d'un infirmier, est sur place avec des protocoles et tout, je pense que c'est nickel, quitte à ce qu'on communique avec et… mais ça serait pas mal, ça serait super intéressant quoi. Parce qu'en effet, les gens globalement bon vous arrivez à les conditionner, sans qu'il y ait besoin de leur faire de l'antalgie machin, en faisant le mieux possible et tout. Mais y'a quand même 2-3 fois où ça serait tellement plus confortable pour eux quoi. Nous on va pas monter à chaque fois et… mais ça serait tellement plus confortable quand même… t'imagine t'en as quand même qu'arrivent en serrant les dents quoi… T'as ceux qui hurlent pour rien et puis t'as ceux qu'arrivent en serrant les dents quoi. Donc c'est vrai que si ils pouvaient avoir un petit peu d'antalgie que nous on aura pas le temps d'aller faire et si y'avait quelqu'un, en effet, protocolé au service des pistes pour le faire ça serait super quoi.

PS9 – L'intérêt que l'infirmier il soit pisteur c'est qu'en plus de ses compétences d'infirmier et des choses qu'il va pouvoir faire pour les victimes, bah avant tout il va être pisteur. Donc il va connaître nos problématiques sur les pistes donc il va être vraiment très au fait du métier de pisteur, de nos

problématiques, ce qui va le rendre encore plus performant, sans rabaisser un infirmier, qui va arriver de… il va être encore plus performant parce qu'il va être pisteur avant tout. Un infirmier-pisteur, dans la saison, il va être 80 % du temps il va être pisteur et 20 % du temps dans la saison d'hiver il va être infirmier, il aura des actes d'infirmier à faire. Mais autrement, donc en plus il va très bien connaître notre problématique liée à la spécificité des secours sur pistes, hors-pistes, etc donc je trouve que c'est super intéressant que d'avoir un infirmier-pisteur c'est génial et en plus il peut aussi nous apprendre des trucs, nous aider à progresser dans notre approche des secours.

PS11 – Tu parles du métier de pisteur etc et je rejoins un peu PS10 sans me placer dans cette catégorie-là mais est-ce que le pisteur-infirmier si il est tout seul en tant qu'infirmier sur le domaine va pas avoir tendance du coup à faire moins le boulot de pisteur pour être tout de suite présent au cas où il y aurait besoin de l'infirmier sur un secours, tu vois ce que je veux dire ? Est-ce que ça peut pas être senti comme ça… 'fin y'a d'autres problématiques comme disais PS10 qui sont les facteurs humains et les relations au sein du service des pistes quoi.

PS10 – Moi j'ai entendu des choses si tu veux par rapport au fait que forcément un infirmier il a un langage qui est déjà bien plus médical que nous secouristes et qui peut mettre des noms qui vont déjà partir dans le latin ou être un petit peu plus « docteurs, médicaux » que ce que l'on fait tous quoi. Après c'est soit travailler avec, auprès d'une personne comme ça et on profite, non pas des mots comme ça mais plutôt de tout un tas de choses qu'on va pouvoir développer derrière... et d'autres qui s'arrêtaient tout simplement parce que ça se la pète trop, c'est trop technique, boh ça sort un peu du « moule pisteur » si tu veux. Voilà. Et moi j'attends de voir ce que ça peut donner dans d'autres services y'a pas de problème je suis très ouvert à ça mais j'ai senti moi à la station C, toute façon y'a des choses qui transpirent qui se disent qu'on entend, voilà ça ne plaisait pas à tout le monde d'avoir autant de compétences je dirais, dans le service pisteur.

MM6 – Et juste du coup le… la question du coup par rapport à l'infirmier qui était chez nous et qui venait c'est que ça causait plus de soucis ou ça posait moins de soucis ou c'était…

PS10 – Ca n'a rien à voir, parce que lui il est venu quoi… y'a eu quoi comme histoire, il s'en est pas passé 50 des fois où il est monté sur le domaine. Moi j'étais pas forcément tout le temps là, j'étais en congé.

MM6 – Oh y'a bien eu 4 ou 5 fois, je pense.

MM7 – Après c'est…

PS10 – C'est quoi ça ? 4-5 fois sur 3-4 saisons.

MM6 – Sur 2 saisons ouais.

PS10 – Sur 2 saisons moi je trouve que c'est dérisoire, c'est pas ce qui va faire que…

MM7 – Ouais.

PS10 – … en plus moi j'y étais pas sur les histoires mais ça a pas forcément super bien fonctionné…

MM6 – Oui après...

PS10 –… donc ça a pas forcément marqué des points et plaidé en sa faveur pour celui-ci et à ce moment-là mais voilà c'est une autre catégorie, le pisteur-infirmier. Pour moi c'est vraiment… lui il est là au quotidien dans le service des pistes à se partager le même job et il en sait plus que les autres et c'est pas qu'il la ramène mais il dit des trucs et voilà je pense que ça passe pas forcément auprès de tout le monde et c'est pas forcément homogène dans les âges de chacun, tout le monde ne peut pas forcément apprécier ce genre de choses de la même manière, tout le monde n'a pas les mêmes attentes. (A l'animateur, faisant référence au questionnaire descriptif) Tu demandes une note de comment on vit notre métier au final...

A – Hum hum.

PS10 –… on est heureux dans ce métier, tu peux avoir des gens qu'on des attentes et tout ça, des gens se positionnent… moi je pense que c'était vraiment pas perçu bien correctement par tous à la station C, j'en démords pas que l'idée est très bien.

A – D'accord. (A MM7). Tu voulais dire quoi ?

MM7 – Oui je voulais rajouter qu'en effet l'infirmier était pas non plus habitué non plus au travail sur les pistes etc c'est vrai qu'il essayait aussi quand il montait il se mêlait aussi de choses que le regardaient pas forcément genre relevage etc et c'est pas du tout dans les… voilà il avait sa façon de faire et qui correspondait pas… donc c'est pour

ça qu'il faudrait nous que ce soit quelqu'un qui soit…

A – Pisteur aussi.

MM7 – Voilà, qui connaisse le métier de pisteur, qui soit adapté au métier de pisteur parce que c'est pas la même chose que…

MM6 – Oui parce qu'à la limite eux... je pense qu'il sortait juste de son rôle, parce que nous à la limite quand on y va et qu'on va mettre, on va pas poser de questions sur le relevage, c'est votre boulot à la limite si son boulot c'était de mettre la perfusion, il avait pas à…

MM7 – Oui, après c'est…

MM6 – Le personnage quoi.

PS9 – Le personnage qui passait pas par rapport à sa façon de faire.

MM6 – Notre infirmière si elle y allait j'pense qu'elle serait pas pareille

PS9 – … pas par rapport à ses compétences mais par rapport à sa façon de faire…

MM6 – Qu'était pas très…

PS9 – Voilà. Mais…

A – D'accord.

PS9 – Voilà, après si… mais bon voilà c'est plus confort d'avoir un infirmier-pisteur j'en suis persuadé parce qu'il est là il est dispo et puis il connaît bien le job.

A – Et qu'est-ce que t'en penserais, par exemple PS11, si vous aviez dans votre sac à dos, dans votre sac de secours, quand toi tu arrives tout seul sur le secours, tu avais par exemple des médicaments pour gérer la douleur, avec un protocole qui te permet de les utiliser.

PS11 – A l'heure d'aujourd'hui…

A – Je te parle pas de poser une perfusion, je te parle de médicaments.

PS11 – Oui, en médication je pense qu'on est pas… enfin moi personnellement je pense que j'ai pas l'expérience et je pense même que j'ai pas les connaissances pour appliquer une médication à quelqu'un. Déjà moi dans ma vie de tous les jours je prends pas de médicaments, donc de là à aller en donner… après c'est des raisons personnelles mais de là à aller en donner à quelqu'un sur les pistes, alors que comme je disais toute à l'heure on est déjà pas sûrs de connaître sa pathologie et d'être sûrs qu'il ait quelque chose…

A – Moi je te parle juste de la douleur.

PS11 – Oui oui mais du coup pour traiter la douleur comme le disait, je crois que c'est toi PS9, tout le monde n'est pas égal à la douleur etc donc je pense que des médicaments comme ça, ça se dose ou quoi que ce soit…

A – Et avec un protocole par exemple où on côte la douleur et on te dit : pour telle type de douleur ou telle intensité, tu peux donner ça ou ça, par exemple.

PS11 – Mouais, moi je pense que… moi j'aimerais pas le faire quoi, voilà. Parce que t'as trop de facteurs qui rentrent en compte et que dans mon rôle de pisteur je suis là pour amener des premiers soins vitaux, transporter la personne à des gens qui ont les compétences et les connaissances pour. On a déjà beaucoup de choses à savoir et à gérer quand on est sur un secours, comme disaient PS9 et PS10, on a tout le contexte autour du secours, on peut avoir des secours qui sont médicalement, entre guillemets, faciles mais qui derrière dans le contexte et l'environnement dans lequel ils se trouvent et la position dans laquelle ils se trouvent est très compliquée, et si en plus de ça il faudrait rajouter des protocoles pour avoir des médicaments dans le sac qu'on peut administrer pour la douleur etc. pour moi je pense qu'à l'heure d'aujourd'hui ça ferait beaucoup.

A – D'accord.

PS11 – Après c'est… je pense que dans quelques années quand j'aurais 10 ans d'expérience de pistes je raisonnerais autrement mais pour le moment non.

A – D'accord.

PS9 – Ouais PS11 il a raison, surtout que on est confrontés à ce type de problème assez rarement quand même. Donc que chaque pisteur ait un protocole anti-douleur dans son sac ça fait un peu too much par rapport au nombre de fois où on est confrontés. Et si par contre on a une personne dans le service, le pisteur-infirmier, qui lui est capable de gérer ça c'est parfait, c'est génial. Parce que pour le peu de fois où on va être confrontés à ça, lui saura

le gérer et c'est pas utile que chaque pisteur soit amené à gérer ça.

A – D'accord, OK.

PS9 – Et comme dit PS11 on a… dans notre métier on est ultra-polyvalents quand même, par rapport à ce qu'on nous demande. Parce qu'on fait pas que du secours, on fait plein d'autres choses qui sont très pointues aussi, si on rajoute encore ça, ça fait beaucoup pour le peu de fois où on devra les utiliser.

A – OK. Bon on approche tout doucement de la fin rassurez-vous on va pas être là jusqu'à 22h. Alors je voulais vous demander si vous aviez déjà pensé, bon y'a déjà pas mal de choses qui sont venues au cours de la discussion mais est-ce que vous avez pensé à des améliorations possibles, de la chaîne des secours dans la station, dans sa globalité… Ca peut être une idée qu'on a déjà évoqué toute à l'heure…

PS11 – Un des premiers trucs c'est de rendre le numéro de la régulation plus visible et plus accessible. C'est le constat que j'ai fait depuis ces 2 dernières années à la station C mais y'a beaucoup de gens qui me demandent, sans forcément être blessés mais qui viennent chercher l'information de savoir quel numéro il faut appeler sur les pistes. Ou des gens qui sont passés soit par les remontées mécaniques, soit par le 15 ou le 18, en fonction, parce que ils avaient pas l'information de ce numéro. Et qui du coup ça rajoute des étapes dans l'alerte, ne serait-ce que l'alerte : quand vous appelez le SAMU qui est dans un bureau au chaud dans telle ville et vous leur dites « chui sur la piste machin » « ouais mais du coup faut que je retrouve la station, le numéro qui correspond à la station etc. » donc ça fait perdre du temps et je pense que déjà là-dessus y'a un travail à faire sur cette communication d'information-là. Après dans le reste, nan, je pense que le fonctionnement marche relativement bien dans l'ensemble, je pense que les blessés arrivent tous en temps et en heure et en bon état… (RIRES)

PS11 - … en fonction, voilà, de l'état initial mais rarement plus mal en point que ce qu'on a récupéré. Donc je pense que c'est un signe que ça marche pas trop mal, au-delà de la dégradation médicale liée à la pathologie mais… au-delà de l'alerte moi je vois pas…

PS9 – Ouais, par rapport à… bon, moi au départ mon rôle au sein du service des pistes… je me déplace dans toutes les stations de Savoie en fait, avec mon chien. Et donc je suis un peu au courant de ce qui se fait ailleurs aussi et je peux faire des comparaisons donc par rapport à la station C on a une chaîne des secours qui… qui est vraiment bien, qui fonctionne bien, qui est confortable avant tout pour les blessés puis qui est confortable pour nous aussi donc voilà. Après les choses parfaites ça existe pas et voilà nous dans notre chaîne de secours après c'est purement interne au service des pistes, y'a 2 choses : on a un renouvellement au niveau du matériel qui se fait pas forcément comme il devrait l'être, on a du matériel qui fatigue notamment les traineaux. Et puis ce fameux suivi psychologique derrière.

PS10 – Sur les coups durs.

PS9 –… Sur les coups durs. Et puis débriefing et puis suivi psychologique si besoin qui se fait pas. Voilà. Donc ça c'est les 2 points qui pourraient être améliorés au niveau de notre chaîne de secours mais franchement c'est quand même… à 80 % ça fonctionne pas mal.

A – D'accord.

MM7 – C'est vrai que je vois pas de… bon on a parlé toute à l'heure de l'histoire pisteur-infirmier en effet qui pourrait être bien. Après pour le reste je trouve que globalement ça se passe bien… ce qui est dommage c'est que depuis que je suis arrivée ici on nous parle d'un nouveau complexe cabinet médical qui devrait être construit là, là juste à côté avec accès piétons et accès pistes, c'est vrai que voilà on peut pas… bah on peut pas croiser les pisteurs à chaque intervention parce qu'on est pas au même endroit du village. Ca je pense que voilà ça serait vachement bien si c'était comme ça, bon pour l'instant géographiquement c'est pas possible quoi. Mais c'est vrai que d'interagir directement avec les gens sur les trucs c'est toujours mieux. Mais c'est pas possible pour l'instant mais c'est vrai que si un jour le cabinet médical se déplaçait, ça pourrait devenir possible, mais sinon je trouve que globalement ça se passe plutôt… puis le fait que voilà, qu'on ait l'alerte, on pourrait aussi ne pas avoir l'alerte par les secours et voir les gens débarquer comme ça au cabinet médical… l'ambulance qui arrive, qu'en amène un, qu'en amène 2… Bon c'est vrai que nous les 2

régulatrices nous appellent, voilà, tout en nous disant, « le jour où y'a vraiment trop de boulot je t'appelerai pas parce que… » mais elles le font quand même à chaque fois donc voilà on sait, on peut se préparer un petit peu, préparer un petit peu la pièce etc. Non c'est pas… des trucs qui peuvent s'améliorer moi je… ça se passe plutôt bien.

MM6 – Moi je trouve aussi le… pareil quand finalement à chaque fois c'est vous finalement qui… 'fin la régulation finalement, 'fin c'est vous qui gérer en fait : c'est vous qui allez faire le premier bilan et voir si vous appelez le 15, si vous nous l'envoyez… finalement tout part un peu de vous et je trouve que on a jamais eu de souci quoi donc c'est plutôt bien fait à chaque fois quoi.

PS11 – C'est parce qu'on est bons. (rires)

MM6 – Nan mais je pense. Nan mais c'est vrai.

PS10 – Y'a un truc qu'est rassurant de toute façon quand on part sur un secours où ça va être difficile de toute façon on sait très bien qu'on va pas le gérer seuls : il va falloir du matériel, il va falloir des copains, donc après voilà. Entre le temps que rapidement les copains ils arrivent… ça épaule vite chacun pour délester un petit peu les rôles pour aller prendre un pouls, une ventilation, des choses comme ça, s'occuper d'aller faire un bilan, d'imaginer comment on va faire etc. Donc c'est le secours en équipe, c'est l'avantage, c'est bien.

PS9 – Ouais c'est pas mal. Après par rapport au protocole douleur que chaque pisteur pourrait avoir : je te disais on a chacun des compétences différentes et par exemple PS11 il est nivo-météo donc c'est une de ses compétences, que moi je n'ai pas, donc c'est lui, avec 3 autres collègues, qui s'occupe donc du bilan du manteau neigeux, du bilan météo etc sur la station où c'est communiqué à Météo-France etc donc ça fait partie de ses compétences et je lui envie pas ses compétences, c'est super qu'il ait ça. PS10 lui va… donc il est pisteur 2e degré donc et en plus par son activité professionnelle l'été, il fait beaucoup de manip' de corde. Donc quand on a des mecs qui sont allés se mettre dans des barres rocheuses, dans des endroits pas possibles, on sait qu'on peut compter sur quelqu'un comme PS10. Moi je suis maître-chien d'avalanche, je suis le seul sur la station, donc y'a pas besoin de 15 maîtres-chiens d'avalanche, y'a pas besoin de 15 mecs qui savent manipuler des cordes, y'a pas besoin de 15 nivo-météo, donc y'a pas besoin de 15 infirmiers, entre guillemets, avec des médocs dans le sac, donc l'infirmier apporterait une nouvelle compétence dans ce service des pistes où y'a plein de compétences.

A – D'accord.

PS9 – Donc ça sert à rien que chaque pisteur ait un protocole anti-douleur dans son sac pour le peu de fois où on l'utilise, pour le peu de fois où on va chercher des mecs dans des barres rocheuses… voilà, et le peu de fois où j'interviens en avalanche, ça sert à rien qu'on ait… que tous les pisteurs aient ces compétences-là. Mais après cette réflexion-là elle se fait pas forcément chez tout le monde, après je sais pas si c'est la bonne mais c'est la mienne.

A – D'accord. Et je reviens sur, toute à l'heure je sais plus lequel d'entre vous disait… ou c'était peut-être toi (A MM7) « en février ça se bouscule, on sait plus où les mettre dans le cabinet... »

MM7 – Ca on le disait au cabinet médical toute à l'heure…

A – Oui c'est vrai qu'on avait commencé l'entretien là-bas (rires). Et la question que j'voulais te poser c'est : est-ce que tu penses qu'il y aurait un intérêt, du coup par exemple en février mais pas que… mais février ça me paraît le meilleur exemple, à ce qu'il y ait une salle d'attente dans le service des pistes par exemple, pour temporiser et hiérarchiser.

(RIRES des pisteurs)

PS10 – Là on va péter un plomb.

MM7 – C'est pas des conneries, j'ai vu ça quand j'étais à telle station. En fait quand j'étais à telle station y'avait ça et c'est vrai qu'il y avait, alors c'était une salle d'attente… y'avait une espèce de salle de repos, avec des brancards, au service des pistes, donc y'avait un pisteur qui était là, qui surveillait etc et quand le cabinet médical se faisait déglinguer on nous appelait pour nous dire « ben voilà y'a une luxation d'épaule, y'a un genou, un truc machin. » « Bon ben amenez-nous la luxation d'épaule... » en fait y'avait 3 degrés, y'avait les degrés d'urgence plus… les luxations en fait ils nous les descendaient directement au cabinet médical c'était sûr, toute façon ils ne nous faisaient pas attendre, puis après y'avait degré 2, donc ils nous appelaient et on disait « bah là c'est degré 2 donc ça peut attendre un petit peu, ça, ça peut

attendre encore un petit peu plus. » Donc y'avait un pisteur qui surveillait les blessés pas trop sévères en effet dans une… y'avait une grande salle qu'était chauffée, avec des brancards et tout, alors que les mecs sinon se seraient empilés au cabinet médical et au fur et à mesure qu'on vidait un petit peu ils continuaient à nous amener ce qui était vraiment urgent et puis au fur à mesure qu'on arrivait à faire de la place dans le cabinet médical, on les rappelait en disant « bah voilà y'a 2 places donc vous amenez les 2 suivants... » Donc c'est vrai qu'il y a des moments où… en tout cas pour nous, cabinet médical, c'était vachement confortable, après bon y'avait un pisteur qui de son côté s'emmerdait à garder les blessés mais du coup bon ben voilà il savait que c'était son boulot de la journée dans l'truc. De toute façon ce qui était urgent ou les douleurs à 8/10 ou les trucs… continuaient à venir directement au cabinet médical, puis pendant ce temps-là bah les gens attendaient avec un bouquin sur leur brancard dans le truc du service des pistes, avec un pisteur qui s'en occupait puis du coup voilà, dès que ça se libérait… ils étaient mieux installés, mais parce que bon ben voilà là-bas y'avait de la place, y'avait du personnel et voilà. Ils étaient mieux installés de toute façon que de s'empiler dans le cabinet médical où des fois on pose les matelas-coquilles par terre parce qu'il y a plus de place sur les brancards pour les mettre… on a déjà vu des matelas-coquilles par terre dans le couloir de consultation, dans le truc parce que y'avait déjà 6 matelas-coquilles, 6 mecs dans les matelas-coquilles sur tous les brancards qu'y'avait dans la salle radio et tout et après on les mettait par terre quoi. Donc c'est vrai que la configuration qu'il y avait à telle station c'était vachement bien mais bon voilà c'était fait pour aussi, y'avait de l'espace, y'avait de l'espace aussi au service des pistes pour le faire, y'avait une grande salle et tout. Voilà. Tous les jours c'était un pisteur différent qui était là, les urgences continuaient à arriver directement au cabinet, 'fin ce qui était le plus urgent continuait à arriver au cabinet médical et du coup ça évitait aux gens de se retrouver empilés-ci, empilés-là. Enfin des fois pour eux c'est un peu compliqué de se retrouver chez nous, au chaud, tout empilés. Et bah c'est vrai que si, oui, dans la mesure des possibilités ça aussi c'est le truc qui est confortable. On dit pas que voilà, on dit pas que le service des pistes doit être la nounou de… mais c'est vrai que c'était… c'était un fonctionnement qui était assez confortable mais parce que y'avait l'espace pour le faire, y'avait le personnel pour le faire, y'avait… et du coup c'est vrai que c'était un confort pour tout le monde. Après les pisteurs savaient que de toute façon ce qui était le plus urgent, les mecs vraiment douloureux et tout, continuaient à nous les envoyer directement et puis voilà les gens étaient mieux pour attendre, là où ils étaient qu'ils ne l'auraient été dans la salle d'attente du cabinet quoi.

A – OK.

MM7 – Donc pour le confort des gens oui c'était pas mal. Après c'est pas forcément réalisable partout.

PS9 – Voilà.

MM7 – Voilà.

A – Bien sûr, mais c'est vraiment, même ce qui est irréalisable, si ça vous passe par la tête n'hésitez pas...

PS10 – C'est quand même ce qui est sacrément accidentogène le ski… parce que les cabinets médicaux de toutes les stations se font défoncer et puis alors les hôpitaux là-bas en bas…

MM7 – C'est vrai.

PS10 – Sans compter que nous on les voit pas tous… Je regardais là, 16 mars on est déjà au 428e blessé évacué, sans compter toutes les petites interventions faciles comme ça qui vont pas au cabinet médical. Y'en a encore un gros pourcentage qui finissent… (Mime un éclopé) au cabinet médical soit le jour même par leurs propres moyens soit le lendemain parce qu'ils pensaient que ça allait faire puis finalement ça fait pas. Quand tu vois tous les hélicos qui volent…

MM7 – Au moins le triple.

PS10 –… et compagnie putain ça doit avoir un impact ça aussi…

PS9 – C'est énorme.

PS10 – Sur la société, les vacances aux sports d'hiver, les 5 mois d'hiver ça fracasse du people quand même. Sans parler des cas graves de tous les avalanchés etc pour parler déjà de tout ce qui se passe sur piste et tout ça…

PS9 – C'est énorme. Sur la station C, en moyenne on a entre 500 et 600 interventions pour nous sur

les pistes et je pense qu'on peut rajouter un tiers qui passe pas par nous.

A – Plus. 2/3 je pense.

MM7 – Plus.

PS9 – C'est plus.

MM7 – C'est le double ou triple.

O (souriant) – C'est les 2/3.

PS11 – C'est nous le tiers.

MM7 – Ouais on a des gens qui arrivent… ça nous est arrivé plusieurs fois et bizarrement c'est souvent des hollandais, mais… (RIRES)

MM7 – Mais c'est vrai cet hiver j'ai eu 3 hollandais, à 3 reprises j'ai vu des hollandais arriver avec des luxations d'épaule qu'étaient rentrés chez eux, qu'avaient pris leur douche, y'en a un qui est venu en voiture de la station voisine, il m'a dit « c'est pas grave, c'est une automatique. » « D'accord. »... (RIRES)

MM7 –… Qui arrive, qui dit à la secrétaire en rigolant « j'ai une luxation d'épaule » et alors tu le regardes tu te dis « ouais, ça doit pas être si urgent que ça... » quand même tu vas l'examiner… le premier je l'ai laissé sécher pendant 1/4 d'heure comme ça en me disant « toute façon c'est bon luxation d'épaule il est en train de se marrer machin... » puis quand même au bout d'un moment je suis allée le chercher et « ah y'a une luxation d'épaule, ah mince. Ah c'est dommage. » Donc maintenant quand un hollandais arrive en rigolant en disant « j'ai une luxation d'épaule », on regarde parce que… (RIRES)

MM7 – Nan mais vraiment, nan mais ce que je veux dire c'est que y'a les petits bobos du lendemain, donc le matin y'a plein plein plein de gens qui viennent parce qu'ils se sont fait mal la veille mais ils se sont pas faits trop mal donc ils ont continué à skier, puis finalement le soir ça se réveille un peu donc le matin ils s'empilent un peu au cabinet. Mais on en a toute la journée… celui qui est arrivé avec l'épaule fracassée toute à l'heure (à MM6), j'ai envoyé la photo au chir qui m'a dit « mais qu'est-ce qu'on fait ?? » « je sais pas tu vois, je sais pas », mais qui arrivent voilà, on en a plein qui arrivent par leurs propres moyens, qu'ont dit « je me débrouille », qui viennent, qui machin, qui éventuellement se sont douchés avant. Donc je pense qu'on doit avoir à peu près le triple… En traumato, en sachant qu'en traumato y'a tout, y'a le super mec qu'a rien… 'fin bon mais quand on voit le nombre de cas traumato à qui on fait des radios par jour, qui est à peu près de 40-50 'fin sur février, 40-50 quand vous faites 10-15 secours donc voilà on voit à peu près le triple.

PS10 – Qu'est-ce que tu as dit, « un super mac » ?

MM7 – Hein ?! J'ai dit quoi ?

PS10 – Nan, t'as pas dit ça « un super mac »?

MM7 – Nan ?

A – Elle a dit « un superman qu'a rien » je crois…

PS10 – Ah, « un super mannequin ».

PS9 – Après par rapport à la…

PS10 – Nan parce qu'il y a le...

PS9 – Par rapport à l'aspect fonctionnel : blessé sur pistes, cabinet médical, salle d'attente machin dont on parlait là, y'a des stations qu'ont été conçues pour le ski donc de base, c'est intégré dans le schéma du fonctionnement de la station etc donc c'est royal pour tout le monde et puis y'a des stations comme ici, c'est des stations-villages, qui se sont faits petit bout par petit bout. Et c'est pour ça qu'on arrive des fois à des problèmes géographiques, d'urbanisation etc qui font que les blessés ils arrivent là et on est obligés d'avoir une ambulance pour les amener au cabinet médical - cabinet médical qui est pas pratique d'accès, de par où il se trouve dans la station : quand il est tombé 50cms de neige dans la nuit ou autre machin là pour aller au cabinet les ambulanciers, ils sont… c'est pas facile. De même que les ambulanciers… on a différents points de chute au niveau du domaine skiable où ils peuvent venir nous chercher. Bah des fois y'a des endroits où ils peuvent pas venir parce que y'a une déneigeuse qu'a mis 4 mètres de neige au bout du parking, ils peuvent pas venir chercher le blessé.

PS11 – Ou ne serait-ce que les propres touristes qui se font mal, et qui viennent en masse en voiture et qui bloquent la route aussi.

PS9 – Ouais donc voilà c'est… en fait les stations selon la manière dont elles ont été pensé ou dont elles se sont construites petit à petit on va arriver à

un système qui va être plus ou moins fonctionnel hein c'est clair qu'après on peut pas refaire l'urbanisation de la station C et pour le moment voilà. Mais bon c'est pas… malgré tout y'a une solution qui a été trouvée et qui va assez bien. De même que nous au niveau des locaux ici. Voilà, c'est toujours un peu la même chose, quand les responsables de la société décident d'agrandir les locaux, parce que faut voir les locaux qu'on avait y'a… (à ses collègues) ça fait combien de temps qu'ils existent ceux-là ? Un peu plus de 10 ans. Avant c'était la préhistoire hein, mais bon bref. Par contre ce qui était dommage c'est que quand ils ont décidé de faire ces locaux, ils ont… même au niveau des… pourtant c'est quand même une société de remontées mécaniques qu'a fait ces locaux, ils ont pas du tout pensé à un endroit d'accueil pour mettre un pansement à une personne etc y'a rien du tout. Donc on a un local de stockage du matériel qui est pas du tout adapté à stocker du matériel de secours, parce qu'en même temps y'a une armoire avec des écrous, des boulons etc dans la même pièce. Donc y'aurait fallu qu'on ait un local dédié au matériel de secours, avec un sol en carrelage, qu'on puisse laver régulièrement, qu'on puisse désinfecter correctement notre matériel, qu'on puisse accueillir dans des conditions toutes à fait décentes quelqu'un. Parce qu'on a des gens qu'arrivent directement en bas de pistes, qui sont blessés et qui arrivent en bas. Moi ça m'est arrivé de nettoyer des plaies, de machin, donc bon on est assis sur une chaise, sur ce sol-là dans le couloir ou on va dans ce local, bon pour soigner une personne… (montrant une table d'examen derrière nous) voyez, regardez ça c'est le truc voilà, sur lequel on peut éventuellement allonger une personne, c'est dans la salle de réunion… (rires)

La fois où on a descendu la personne décédée elle était là-dessus on a mis ce truc-là dans le poste de secours elle était là-dessus, ils ont… voilà dans le poste de secours, 'fin dans le local matériel à côté. Y'a pas de point d'eau dans ce local donc nous on peut pas se désinfecter les mains, il faut aller aux WC derrière, enfin bon voilà. Ce qui est dommage voilà, des fois nous…

PS10 – C'est un peu à l'Africaine parfois. (rires)

PS9 – Voilà, que ce soit pour le confort des personnes qu'on peut accueillir qu'elles soient en détresse ou que voilà, en pied de piste, et puis pour notre matériel, c'est pas le top. Voilà. Donc même une société de remontées mécaniques, n'a pas pensé à se dire « Ah bah tiens le local, parce qu'on accueille… » C'est marqué irrégulier sur les pistes, y'a une croix rouge et tout ça machin, mais derrière y'a pas de poste de secours quoi. C'est dommage qu'ils aient pas pensé à ça.

A – Toi MM6, t'as pas d'améliorations possibles qui te viennent, même irréalisables ou…

MM6 – Nan, c'est vrai que l'idéal c'est d'avoir le fameux super local tous ensemble, je pense que ça aiderait vachement en fait, parce qu'on parlerait plus, on se connaîtrait 'fin voilà. Du coup je pense que ça résoudrait pas mal de problèmes, de débriefings, des choses comme ça 'fin voilà. Pour ça, ça serait vraiment…

PS9 – On aurait une grosse machine à café. (rires)

MM6 – Oui on avait dit aussi avec jacuzzi comme ça puis vue sur les pistes, voilà c'est important quoi pour débriefer. (rires)

A – Ca marche. Voilà, avant de conclure, est-ce que y'a d'autres sujets qu'on a pas abordé auxquels vous avez pensé ou qu'on a pas abordé, ou que vous voulez aborder maintenant qu'on a eu cette discussion ?

PS10 – Si y'a un truc qui m'a fait marré toute à l'heure. C'est : on parle de l'échelle de la douleur, on demande aux gens l'échelle de la douleur, mais individuellement parlant, est-ce qu'on a déjà essayé nous-mêmes de s'auto-évaluer nos propres douleurs ? Et c'est vrai que des fois les gens ils sont là, ils ont du mal à donner un chiffre. Il faudrait faire un truc pour qu'on puisse mesurer individuellement notre douleur.

MM6 – Oui parce que le 9, sur le téléphone, en général…

PS10 – Tu t'écrases le doigt et tu vois le truc qui monte « ah j'ai mal à 8 là ». Voir si c'est égal chez les autres. (RIRES)

PS9 – Est-ce que t'as remarqué peut-être que c'est quelque chose que je ne dis jamais dans le bilan. Parce que c'est un truc pour moi, ça veut rien dire. Je ne le dis jamais. Parce que je ne le demande jamais aux gens. Voilà.

PS10 – Si tu tombes sur des gamins, sur des jeunes des fois, ils ont du mal à...

MM7 – C'est vrai que t'as des douleurs à 8/10 qui se marrent, et puis les hollandais ils ont jamais plus de 3… Après je pense que c'est intéressant voilà, l'echelle de la douleur c'est par la suite…

MM6 – Ca permet de surveiller ouais.

MM7 – Ca permet de suivre un petit peu… finalement ce que j'ai fait ça l'a soulagé un petit peu. Voilà.

PS10 – Tout à fait, si tu la reprends.

MM7 – Voilà. Mais après, classer… je me rappelle d'une mère un coup qu'avait tarté sa fille qui arrivait en disant, y'avait beaucoup d'attente dans la salle d'attente et la gamine de 10 ans elle avait « je me suis fait mal à la main » et puis on lui demande la douleur à combien -5/10- sa mère lui en a mis une en disant « prochain coup tu dis 10/10 comme ça on passera en premier. » je lui ai dit « non, c'est pas comme ça que ça marche. »

A – 5 pour la main et 5 pour la gifle. (RIRES)

MM7 – Voilà mais c'est ça mais voilà après l'échelle ça dépend comment on la prend mais l'échelle donne ça, en gros l'échelle de la douleur comme ça sur l'instant ça veut pas dire grand-chose.

MM6 – C'est l'instant T.

MM7 – Sur l'instant ça veut pas dire grand-chose, toute façon t'as des mecs qui chouinent qui vont toujours avoir 8-9 sur 10, t'en as d'autres qui sont tout vert mais ils ont 3 sur 10 parce qu'ils serrent les dents. Après ça sert dans l'évaluation de ce que tu as fait et voilà, c'est parti de ça…

PS10 – Y'a un truc à concevoir là je pense, un truc où tu puisses mesurer… on aurait bien besoin de la température…

MM7 – Dans un bilan c'est pas toujours très parlant.

PS11 – Je vais pas te mettre un thermomètre dans le... pour connaître ta douleur…

O – S'il vous plaît, c'est compliqué si vous parlez tous en même temps, on a bientôt fini.

PS9 – Une personne dont tu as pris soin, où t'as été attentionné pour la conditionner et que tu as fait en sorte qu'elle soit soulagée au niveau de la douleur, elle va pas te donner un chiffre tu vas le voir à sa tronche et puis en discutant avec elle tu vas t'apercevoir tout de suite qu'elle a vachement moins mal. T'as pas besoin de lui redemander alors la graduation machin et tout ça. Et puis si effectivement on a un traumatisme qui est extrêmement douloureux, on peut le préciser dans le bilan. Mais voilà, on dit « là, peut-être qu'il faudra voir cette personne en priorité parce que là, cette personne a très mal. » Voilà, mais après des fois quand j'entends des fractures poignet ou des trucs machin échelle de douleur 6/10. Alors 6, pourquoi pas 7 et pourquoi pas 5. Voilà moi je trouve que c'est…

A – Ouais toi tu te fies à ton impression subjective quand tu vois la personne.

PS9 – Oui Voilà. Puis pour nous, ça fait pas avançer le chmilblik quoi.

A – Oui bien sûr.

PS10 – Ouais ça donne quand même 3 curseurs : 0, moitié et impossible.

A – Je vais laisser la parole à l'observateur…

O (à l'animateur) – T'as pas dit à quoi je servais.

A –… qui est du coup l'observatrice de cet entretien, c'est pour ça qu'elle a pris la parole et qu'elle a pris des notes et elle a noté aussi tout ce qui est expressions du visage et les choses comme ça et son rôle entre autres c'est aussi de nous faire un petit retour sur cet entretien et que vous pouvez bien sûr commenter.

O – A la fin !

A – A la fin.

O – S'il vous plaît. (rires) Je tiens quand même à le préciser parce que c'est l'expérience qui nous fait dire ça. Alors effectivement je vais reprendre les questions 'fin qu'on vous a posé une par une. Du coup dans un premier temps on vous a demandé de décrire les particularités de votre station, ce qui est pas mal ressorti c'est beaucoup de particularités positives : notamment que les médecins soient à proximité, que le transfert en ambulance soit assez fluide, que le délai pour arriver au cabinet médical et le délai d'intervention sur piste étaient relativement courts. Et puis vous (aux médecins) vous avez fait remarquer que vous étiez alertés de tous les secours. Le petit point négatif sur la

particularité de votre station c'était d'être relié à d'autres stations et que ça pouvait causer certains problèmes notamment pour vous, pour les descendre à la station C ou les remonter de l'autre côté. Ensuite sans qu'on vous pose trop la question mais c'était prévu vous êtes arrivés à nous parler du contact que vous avez entre vous dans la… durant la saison. En fait vous en avez pas vraiment, mis à part les relations personnelles. (rires). Professionnellement, vous l'avez dit d'ailleurs « pas vraiment d'occasions de se rencontrer ». Donc à priori c'est quelque chose qui vous embête un peu mais y'a quand même un retour sur ce que vous nous avez montré au niveau du classeur. Un retour sur tous les patients de traumato qu'ils vous adressent. C'est ça hein, tous ? (acquiescement des médecins). D'accord. Voilà. Vous avez également pas mal parlé de la transition piste-ambulance-cabinet médical, pour vous c'était une frustration un petit peu d'avoir pas de lien direct, en fait des 2 côtés hein, frustration d'avoir pas de lien direct entre vous. Ensuite on vous a un petit peu… on vous a posé la question surtout à vous, les pisteurs, de la prise de décision sur la piste… on a dû insister un petit peu, la prise de décision sur la piste où vous avez pas mal… vous avez surtout évoqué la gravité, ensuite parlé du 15, puis après en creusant un peu c'est là qu'on a un peu parlé de vos formations, des recyclages, puis de la prise de décision en fait de descendre le blessé au cabinet médical ou de faire un appel au 15, sans jamais faire un appel directement au cabinet médical, d'accord ? Donc en fait c'est surtout sur votre… les connaissances que vous acquérissez au cours de vos formations, que vous prenez ces décisions-là, et…. On vous a également posé la question de la douleur. Vous êtes plutôt tous partisans d'un infirmier-pisteur pour prendre en charge la douleur sur piste, pas franchement d'avoir des antidouleurs tous, dans vos sacs et de prendre la décision vous-mêmes. Voilà voilà. Et puis du coup pour résumer un petit peu tout ça, en terme d'améliorations possibles sur cette chaîne de secours, dans un premier temps vous avez… du côté des pisteurs-secouristes, plutôt évoqué… comment dire, la communication pour faciliter l'alerte. J'imagine que c'est peut-être fournir le numéro de téléphone… (à PS11) c'était ça que tu voulais dire ? (acquiesce)… que ce soit clair, ici il est pas écrit sur le forfait ou des choses comme ça ?

PS11 – Non, il est sur le plan des pistes mais…

PS10 – Faut le chercher quoi. Y'a pas un truc évident voilà -blam, en cas de secours...

PS11 – Faut le chercher voilà c'est ça.

O – Ensuite, tu as évoqué PS9 le renouvellement du matériel qui pourrait être une amélioration possible et surtout, ça c'est arrivé très rapidement aussi, c'est les débriefings après les gros secours et éventuellement le soutien psychologique, l'accompagnement en tout cas, mais surtout de débriefer, que ce soit sur la prise en charge en tant que telle et également le vécu des secouristes. Evidemment, l'infirmier-pisteur, dont vous avez pas mal parlé, et la maison médicale de rêves...

MM7 – Sur les pistes. (RIRES)

MM6 – C'est ça.

PS10 – T'arrives sous le porche tu passes dessous avec ton traineau, tu déposes ton blessé, il part sur un tapis roulant… ciao mon gars ! (RIRES)

MM7 – Ca serait parfait.

O – Tout le monde réuni au même endroit. Pour encore une fois faciliter la communication.

MM7 – Ouais ça c'est un truc dont j'entends parler depuis que je suis ici cette maison qui devrait se monter là qui se fera pas. Mais c'est vrai que…

O – Est-ce que sur ce petit compte-rendu peut-être un peu décousu vous avez des choses à rajouter, j'ai essayé de faire un petit peu les points principaux de vos réponses mais si il y a quelque chose qui selon vous a été dit et que j'ai pas cité et extrêmement important c'est le moment de le dire. J'ai pu omettre quelques détails.

PS11 – Toute façon comme ils disent « tout ce qu'on a été dire pourra être retenu contre nous », c'est enregistré donc…

O – Exactement, en tous les cas…

PS10 (à PS11) – Non, tout ce qu'on a dit pourra être retenu contre toi. (RIRES)

MM7 – C'est PS11 qu'a tout dit, on a dit des prénoms mais c'est PS11 qu'a parlé.

A – C'est le plus jeune qui prend. (RIRES)

MM7 – Non mais c'est bon.

A – Rien de plus à ajouter ? (blanc) ça marche, bon on va arrêter l'enregistrement.

Verbatim Focus group station D

Contexte : l'entretien s'est déroulé en fin de saison dans une salle de consultation du cabinet médical à la fin de la journée des pisteurs. Tous se connaissaient bien et se voyaient quotidiennement dans leur exercice. MM8 et MM9 travaillaient ensemble dans le cabinet. L'ambiance était chaleureuse.

A : Alors du coup, dans un premier temps, je vais vous demandez de m'expliquer un peu comment ça se passe ici euuuuh la chaine des secours. Comment se déroule un secours classique euuuuh jusqu'au cabinet médical ?

PS 12 : Bah on a d'abord un appel, donc qui est soit donné par notre régulatrice, donc qui elle a eu un appel téléphonique généralement, ou alors ça va être donné par les remontées mécaniques, ou des fois ça nous arrive de tomber directement sur un secours ou de le voir de loin. Et puis du coup on a plus ou moins la nature du traumatisme, et puis, bah l'endroit, la piste, la balise, et on va décider si on prend un traineau ou une barquette à ce moment-là et puis on descend, et puis on voit… on valide… comment dire, on annonce à la régulatrice qu'on part du poste, et puis on lui annonce quand on est arrivé et puis qu'on valide euuuh le secours, enfin qu'il y a bien quelqu'un qui est devant nous. Et puis après on fait le secours classique, donc si y'a besoin de matériel ou de bonhomme en plus on les appelle…

A : Vous partez tout seul ?

PS 12 : On part tout seul, avec un traineau… ou une barquette… bah du coup des fois avec la barquette on part a deux… Euuuh et puis oui si y'a besoin d'un coquille avec un collègue, bah ils descendent depuis le poste euuuuuuuuh on fait le secours, on passe le bilan à la régulatrice. Et puis selon le type de traumatisme on va soit rapatrier au cabinet médical, soit bah hélico

A : D'accord, vous êtes combien de pisteur en tout ?

PS 12 : on est 30

A : D'accord et vous êtes postés sur, à peu près, combien de poste ?

PS 13 : et ben on est postés sur chaque sommet.

PS 14 : y'a plusieurs secteurs et sur chaque secteur y'a 6 pisteurs par jours…

PS 13 : 6 postes

PS 14 : et après, ouais il y a 6 postes… voilà on reste en permanence en demi-journée, le matin on va arriver on va faire notre ouverture, et après on reste en poste, et après l'après-midi ce sera quelqu'un d'autre.

A : d'accord, mais vous êtes sur 2 endroits différents en attendant l'appel des secours ? Des postes de secours il y en a combien ?

PS 13 : 6

PS 14 : un sur chaque sommet.

A : je ne connaissais pas le nombre de sommet…

PS 13 : et il y a deux postes où on est tout seul en fait

A : d'accord, et du coup, tout a l'heure tu parlais de « en fonction du traumatisme », vous avez quelque chose… enfin sur quoi vous vous basez pour prendre vos décisions ? Entre amener le blessé au cabinet médical.

PS 14 : selon la gravité !

PS12 : ouais c'est selon les symptômes, la cinétique… l'état du type quoi

PS13 : Dans le référentiel PS1 PS2 on a des cas de médicalisation, donc pour nous en station habituellement la médicalisation c'est hélico, c'est vrai que c'est rare d'avoir les médecins sur place qui peuvent tout de suite médicaliser, donc effectivement, nous, il y a des pathologies types sur lesquelles on fait intervenir l'hélico pour avoir une médicalisation. Et ici la chance qu'on a c'est que du coup on a des médecins à proximité qui se déplacent sur les pistes.

A : ok, (aux médecins) donc vous vous déplacez souvent sur les pistes ?

MM8 : assez régulièrement ouais, plusieurs fois par semaine.

A : ah ouais ? D'accord, sur quel type de traumatisme ?

MM8 : antalgie le plus souvent, avant évacuation par hélico, traumatisme crânien

MM9 : traumatisme grave

MM8 : grave non, qui peux paraitre grave initialement, plaie, plaie grave, plaie hémorragique, et puis cause médical, souvent des causes cardiologiques, ou l'arrêt cardiaque, ou malaise, ou douleur thoracique.

A : D'accord et ça survient plusieurs fois par semaine ?

MM8 : Ouais

A : Et ça se passe comment pour aller sur les pistes?

MM8 : ils nous appellent sur notre portable directement, c'est la régulatrice qui nous appel, donc le pisteur passe un bilan à leur régulatrice et ils demandent la médicalisation, la régulatrice nous appel et manière quasiment simultanée il y a la motoneige qui arrive devant le cabinet pour venir nous chercher.

MM9 : en fait on a fournis le planning de garde à la régulation des pistes et ils appellent sur le portable du médecin qui est de garde sur les 24 H.

MM8 : parce qu'on est tous les 4 MCS, et c'est le médecin qui est de garde ce jour-là qui est aussi de permanence sur les pistes.

A : D'accord, et vous êtes déclenchés en tant que MCS ?

MM8 : Non, si nous on estime que c'est une mission qui relève d'une mission MCS on appelle le centre 15 on passe un bilan et on s'identifie comme MCS pendant notre bilan. Donc ça peut être une hyperalgie qui va ensuite être évacué par le SAMU ou un problème médical grave, tout ce qui relève d'une mission MCS.

PS13 : et on est en communication aussi par la radio, là depuis deux saisons, la régulatrice au central elle peut leur demander de mettre en route la radio et on peut communiquer directement avec eux quand on est sur le secours, pour qu'on demande des choses particulières ou qu'ils nous donnent des conseils.

MM8 : il y a des zones de couvertures où ça passe pas bien avec le portable, du coup avec la radio on peut faire préciser un bilan et dire de ramener ou dire qu'on arrive, comme l'autre jour la plaie hémorragique, avoir les infos directement sans faire le téléphone arabe.

MM9 : Ça nous permet de poser les questions et d'avoir les réponses directement.

A : Ok, et ça vous avez mis en place un protocole conjointement pour savoir quand ils doivent vous appelez ou quand vous (les pisteurs) vous devez appeler les médecins ? Ou c'est vraiment basé sur votre formation ?

MM8 : Sur le bon sens.

(Tout le monde acquiesce)

MM9 : c'est un peu protocolisé parce que le directeur de la sécurité des pistes il veut qu'en début de saison on fasse un petit topo où on dit quand est-ce qu'on aimerait être sollicités et puis ouais y'a ses critères là et puis aussi les critères de logique.

MM8 : après il y a un autre critère, qui est un critère d'éloignement, sur les secours lointains, notamment à l'autre bout de la station, si ça vole ils vont pas forcément nous appeler parce que l'hélico il sera là avant nous, nous on a une demi-heure de moto neige pour arriver sur place, plus le temps qu'on se prépare qu'on s'habille l'hélico il a plus vite fait d'arriver quand il fait beau, quand il fait mauvais on y va mais… au début je crois qu'on était un petit peu appelé la bas, MM9 toi tu y a été une ou deux fois..

MM9 : hum

MM8 : et maintenant on y va quasiment plus.

A : D'accord, du coup selon vous, avec tout ce que vous venez de dire, est ce que vous estimez qu'il y a des gros points fort sur votre station ? Soit parce que vous connaissez un peu le système ailleurs ou pour vous quelle est la grosse particularité, ou les particularités de votre station, en terme de secours ?

PS14 : c'est d'avoir cette rapidité des médecins sur place.

PS13 : ils sont disponible tout de suite c'est un plus.

PS12 : par rapport aux autres…

PS14 : avant c'était pas le cas, avant on n'avait pas les médecins qui se déplaçaient aussi facilement.

A : Et c'était il y a combien de temps ça ?

BROUAHAH

PS13 : combien ? 5 ?

A : et les points faibles ? Est-ce qu'il y a quelque chose que vous aimeriez changer ?

PS14 : ton niveau de ski non ? (A PS13)

RIRES

A : Oubliez pas de rappeler vos noms avant de parler, surtout pour ce genre de bonne blague !!

PS 14 : euuuh qu'est-ce qu'on pourrait améliorer ? Dans les points faibles ?? …

MM9 : les locaux ?! …

MM8 : Nous on a un petit souci, quand on passe notre bilan au centre 15 on est à cheval entre tel département et tel département au niveau de la couverture des réseaux, donc une fois sur deux on tombe sur le SAMU centre 15 de telle ville qui connait pas le problème et qui nous repasse le centre notre département. Donc on a 1/ un problème de couverture téléphonique, mais bon comme souvent en montagne, et 2/ nos appels sont souvent basculés sur le mauvais centre 15. Donc on perd du temps pour passer le bilan.

A : Du cabinet ?

MM8 : Non non non quand on est sur les pistes, quand on est sur les crêtes là-haut selon où on se situe notre appel est soit pris en compte par le SAMU de tel ou tel département. Nous notre SAMU de référence c'est tel département, mais parfois on tombe sur un autre département.

A : et le SAMU de l'autre département ne peut pas envoyer un hélico … ?

MM8 : si si, ils nous repassent le SAMU de notre département, là ils nous envoient souvent un hélico, là ils demandent souvent à l'autre département parce que leur hélico est débordé, du coup bref, on perd parfois un petit peu de temps, c'est pas très grave mais tu voulais un point faible alors on t'en donne un. RIRES

PS13 : Et pour la partie piste ce qu'on pourrait dire c'est que quand on passe un bilan à la régulatrice au central, on a besoin d'une médicalisation, il y a souvent une perte d'information entre nous et la régulatrice, ou la régulatrice et vous, et c'est vrai que des fois on perd un peu de temps la dessus.

MM8 : Moi j'ai eu des cas où il y a eu des pertes d'informations qui étaient essentielles, parce que c'est le problème du téléphone arabe justement, en passant un message à quelqu'un qui repasse un message, on perd une info qui parfois est capitale, ça peut être une constante qui va décider d'une prise en charge complètement différente, c'est déjà arrivé ! Et c'est pour ça qu'on a mis en place le système de radio il y a … 2 ans ?! Pour essayer de pallier à ce biais-là !

PS13 : Après c'est quand même vital d'avoir le central hein, 'fin on pourrait pas faire sans, ça veut pas dire qu'on veut en changer mais on constate qu'il y a cette perte d'information.

MM8 : l'idéal serait que le cabinet médical et le central soit au même endroit géographiquement, physiquement.

PS13 : ce qu'on dit depuis un petit moment.

MM8 : les gens ils pourraient faire leur papier de secours sur place, la régulatrice si elle a un gros souci elle viendrait nous trouver on aurait directement la radio ce serait facile quoi…

A : Ça c'est un projet qui a déjà été pensé ?

MM9 : oui

MM8 : oui oui c'est en cours de réflexion.

PS12 : pour le matériel aussi ça nous éviterait de faire des allers retours… qu'on ait tout sur place quoi, ce serait nickel !

MM9 : Ca a été validé hein, par le chef de la station, on en avait déjà parlé a une réunion cette été et il était pour, après est ce que ça va suivre c'est notre question.

A : Là actuellement vous êtes en attente de locaux qui sont pris en charge par la mairie ?

MM8 : on travaille avec la mairie sur un projet de cabinet médical dont on serait locataires.

A : D'accord, et donc cette histoire de rassembler les pistes et le cabinet…

MM9 : ça serait à ce moment là.

A : … c'est dans le cadre de ce projet-là ?

MM9 : oui

MM8 : dans l'idéal, dans le meilleur des mondes…

A : Quand on regarde un petit peu les locaux, comment ils sont fait, du coup (aux pisteurs) vous arrivez tout le temps au cabinet médical sur tous les secours, vous participez ? Comment ça se déroule ? Vous repartez directement ?

PS13 : on a une entrée, là où sont arrivé PS12 et PS15

A : ouais…

PS13 : et donc on a un brancard, nous on fait, entre guillemets, la manutention des personnes qui sont sur notre traineau, on transfert sur leur brancard et on amène en salle de soins, pour souvent une radio en premier lieu, on les aide souvent au déshabillage, les choses comme ça…

MM8 : retrait de la chaussure

PS13 : on fait nos papiers nous on a des bons de secours à remplir, à l'intérieur, et puis voilà ça dure pas bien plus longtemps que ça quoi. A moins que des fois il ait besoin d'un geste médical, par exemple je pense a une luxation d'épaule, ou n'importe quoi, des fois ils nous demandent de les aider là-dessus.

A : pour vous c'est un plus ?

MM8 : clairement, on n'a pas de secrétaire, on n'a pas de manip radio, on a un IDE qui est pas là à temps complet, donc tous les bras sont les bienvenus, surtout en février.

PS14 : et puis nous ça nous apprend pas mal de chose, au moins on voit un peu les manips et puis ils nous expliquent.

MM9 : ouais puis vous restez pour les radios aussi ?!

PS 14 : ouais on aime bien savoir

PS13 : on a le devenir !

PS12 : on a un retour direct quoi ça c'est bien !

A : et vous avez le temps d'attendre ?

PS15 : pas toujours

PS14 : oh on dit rien et on reste… RIRES

MM8 : nan mais des fois vous repassez le soir pour savoir

PS12 : oui aussi ! Si vraiment ça nous trotte dans la tête, comme le parking est juste derrière, on passe et puis tiens…

MM9 : comme y'a toujours la lumière allumée

RIRES

PS12 : du coup on demande ce que le blessé a eu quoi, exactement

MM8 : en fait quand un patient arrive par les pistes, euuuh, souvent, ou il va à gauche directement en radio, ou sur un brancard d'attente avant la radio, ou du coté médical dans une petite place pour les urgences, si c'est un problème médical. Et nous on essaie d'examiner nos patients directement en salle de radio, donc ils sont déshabillés et examinés en salle de radio, ensuite on fait la radio si nécessaire, pas toujours, et après ils vont faire les papiers dans les bureaux médicaux. Mais ils passent pas par les bureaux médicaux, ils passent par la radio d'abord et après… comme beaucoup de médecins de montagne.

A : D'accord, alors tout à l'heure on a déjà un peu parlé de la prise en charge de la douleur, quand vous êtes appelé pour aller sur piste, est ce que vous avez d'autres moyens quand vous êtes tout seul là-haut ?

PS14 : le bâton !

RIRES

PS15 : ou un bâillon !

RIRES

PS13 : l'immobilisation, le froid éventuellement, mais sinon on n'a pas d'autres moyens…

A : vous n'avez pas d'antalgie sur vous ou dans vos sacs ?

PS13 : non

A : c'est quelque chose qui n'a jamais été abordé ?

PS14 : si

PS13 : non, pas dans ce département

PS14 : avec le chef des pistes un petit peu mais… Nan parce qu'il y a un nouveau protocole qui s'est établi dans un autre département ?

PS13 : ouais

PS14 : mais il faut être infirmier quand même

PS15 : sapeur-pompier aussi

A : et vous en pensez quoi vous de ça alors ?

PS14 : Ça c'est génial !

MM8 : Nous on serait pour, les médecins

A : pour ? Qu'il y ait une antalgie dans tous les sacs, 'fin qu'ils aient de quoi donner un truc per os ou qu'il y ait quelqu'un qui…

MM8 : un protocole douleur, avec une délégation de soins par un médecin moi je serais vraiment pour

A : d'accord

MM9 : avec une échelle numérique d'évaluation de la douleur et un protocole en fonction du chiffre donné par le patient

MM8 : le but c'est que le patient soit soulagé rapidement, c'est l'essentiel

A : (aux pisteurs) et vous vous seriez prêt à prendre cette responsabilité la de …

PS15 : du coup ça serait pas pour tout le monde ce serait pour ceux qui ont le diplôme d'infirmier quoi.

A : Ouais, ici il y en a ?

MM9 : ou du paracétamol orodispersible…

PS13 : ouais on est deux, il y a celle qui était là au début et moi

A : d'accord

PS12 : c'est vrai que ça serait top quoi, niveau confort pour la personne c'est génial quoi, plutôt que de poireauter des fois dans la douleur, si il y a des conditions difficiles de météo, bah du coup on pourrait appeler PS13 et puis…

A : et PS13 tu peux perfuser sur les pistes ? Tu as un protocole ?

PS 13 : pas du tout je n'ai pas de protocole, alors c'est vrai qu'il m'arrive de le faire quand les médecins interviennent ou quand il y a l'hélico, des fois de perfuser, poser une voie faire la titration ou quoi de morphine machin mais sinon non pas dans le cadre… pas tout seul, je n'ai pas de matériel de plus par rapport aux autres. Par contre je fais la démarche de faire la formation de sapeur-pompier comme tel pisteur dans telle station.

A : où là il existe un protocole ?

PS13 : lui il est infirmier sapeur-pompier sur certaines interventions

PS12 : dans tous les cas ce gars-là il peut intervenir que sur avis médical du coup ?

PS13 : il est protocolé, par contre il est déclenché par le SDIS par moment

PS12 : donc faut quand même qu'il y ai une décision au-dessus, bah tiens il est sur place il peut piquer, il peut pas prendre la décision de lui-même

PS13 : Non, il doit revêtir une chasuble sapeur-pompier…

MM8 : il y a forcément une décision en amont et une délégation du centre, ça parait essentielle ça.

PS12 : oui c'est sur

MM8 : parce que la responsabilité en fait elle est médicale, énormément.

A : Donc là si ce genre de protocole était mis en place ici, ça serait vous les responsable de faire un protocole ou de faire quelque chose ?

MM8 : moi j'ai complétement confiance en PS13 et sa collègue et je délèguerais sans problème ce genre de geste

A : d'accord, et alors qu'est ce qui empêche de faire ça pour l'instant?

PS13 : Bah y'a des protocoles… Nous on est dans tel département, pour l'instant ce qui a été fait c'est des protocoles, les PISU qui ont été fait pour tel pisteur dans un autre département, pour l'instant il y a pas de convention qui a été faite entre le SDIS de notre département et la régie d'ici, enfin la station, ça existe pas encore donc voilà ! Après qu'est ce qui fait que ce ne soit pas fait ? Je pense que les médecins… Je sais pas en tant que médecin et moi infirmier je sais pas comment ça peut se… s'envisager, quels droits ils ont sur le domaine skiable, j'en sais rien.

MM8 : moi je pense que si on veut organiser ça il faut qu'on passe par nos centres 15 respectifs et qu'on voit pour faire un protocole douleur, en accord avec les régulateurs, en accord avec le SDIS, et voilà. A mon avis c'est un triangle, on est obligé de passer par le centre 15.

PS13 : parce que ne serait-ce que pour les dotations ou les choses comme ça

MM8 : nous on a une dotation de matériel hospitalier en tant que MCS, je pense que ça pourrait être envisageable dans un avenir d'organiser une chaine de secours pour la prise en charge de la douleur, avec un infirmier sapeur-pompier qui est déclenché sur un secours pour un antidouleur qui est administré par l'infirmier SP, avec l'aval du régulateur du centre 15 ou le médecin du cabinet médical, ou les deux, c'est à mettre en place.

MM9 : Ouais pour une antalgie un peu costaud mais si c'est pour un doliprane orodispersible à mon avis on pourrait protocoliser ça assez facilement en disant « vous avez mal ? –oui –vous être allergique au paracétamol ? –non » et bah on donne un paracétamol, ça marche dans tous les services d'urgence, c'est l'infirmière d'accueil qui donne ça, moi ça me choquerait pas.

A : et vous ? Donner du doliprane orodispersible sur les pistes ça vous dérangerait ?

PS15 : moi ça ne me dérangerait pas, c'est toujours plus facile d'échanger avec les gens quand ils ont moins mal. On peut traiter le problème plus facilement quand ils sont pas dans la douleur quoi.

PS14 : ouais traiter la douleur, traiter l'immobilisation, puis aussi le fait qu'il soit au froid,… l'hypothermie.

A : Vous avez… Ça vous arrive parfois de rester très longtemps avec votre blessé qui souffre et qui est dans le froid

PS14 : Ça n'arrive pas souvent mais ça arrive quelque fois

PS13 : puis il y a des délais d'hélico, on a l'hélico qui est programmé avec tel délai puis qui est redirigé sur une autre personne a un autre endroit, donc effectivement on a plus de temps d'attente.

MM8 : et heureusement ça arrive pas souvent mais un blessé grave qui est à l'autre bout de la station et aucun hélico qui vole… ça arrive... la fracture du fémur qu'il faut ramener de l'autre bout de la station, c'est un exemple de l'année dernière, une demi-heure de motoneige avec une fracture du fémur déplacée… C'est sûr que si on arrive nous sur place, on a une demi-heure de trajet, si on a déjà un infirmier pompier qui a déjà mis une voie, sans forcément la titration, on a déjà gagné un quart d'heure. Le temps de déshabiller la personne, de virer la veste pour trouver une veine, perfuser, par mauvais temps, à savoir que plus il reste longtemps dans le froid et plus il est difficile à perfuser, si on pouvait déjà avoir une voie quand on arrivait on serait tout content !!

PS13 : c'est sûr !

MM9 : rire !

A : Tout à l'heure vous parliez de petites réunions, votre chef qui insiste pour que vous fassiez des petits topos en début de saison, vous faites ça uniquement en début de saison ou vous vous réunissez plusieurs fois dans la saison ? Vous avez l'air de bien vous connaitre…

MM9 : une seule fois en début de saison

A : et vous faites sur quoi ces petits… ?

PS 13 : cette année c'était l'AVC …

MM9 : Non ça c'était l'année dernière…

RIRES BROUAHAH

MM9 : c'est une décision un peu arbitraire, soit euuuuh à la demande du chef de la sécurité des pistes. L'AVC c'était le chef de la sécurité des pistes qui avait demandé, l'hypothermie c'était moi, enfin bref c'est un peu ce qu'on veut, on en discute au cabinet entre nous.

MM8 : c'est l'occasion aussi de leur montrer le nouveau matériel qu'on a au cabinet, par exemple l'intra osseuse

MM9 : Ouais

MM8 : On leur présente qu'ils ne soient pas surpris, sur piste, de voir un patient se retrouver avec un trocart dans le tibia ! On leur a présenté les nouvelles tubulures aussi…

MM9 : Les garrots…

MM8 : et puis la ceinture pelvienne aussi cette année, qu'on a mis en place

PS13 : Et puis l'utilisation de votre scope là.

MM8 : Le fonctionnement du scope ouais. Et puis on en profite toujours aussi pour faire un retour sur des cas particuliers, que les pisteurs choisissent,

comment on aurait pu faire mieux, ou pourquoi on a fait comme ça ! On reprend toujours un ou deux cas.

A : Ouais, et sur quel genre de cas du coup vous demandez des retours ? (aux pisteurs) parce que c'est vous qui choisissez les cas qui doivent être repris ? Vous avez un exemple là en tête ?

(BLANC)

PS12 : Si y'a peut-être eu un cas qu'on avait fait avec MM8, c'était un problème de communication par rapport à la radio, l'année dernière en tout début de saison, sur le Chamois là…

MM8 : C'était une fracture de rein ?

PS12 : Ouais, on était un peu revenus dessus mais au finalement c'était plus le matériel qui nous avait fait défaut, du coup on avait rapatrié jusqu'ici puis il était quand même parti en hélico, du coup on aurait pu faire venir l'hélico directement sur piste.

MM8 : En fait on reprend des cas qui ont posé souci, où on n'était pas content de nous et on voit pourquoi on a pris ces décisions là et si on pourrait les améliorer ;

PS13 : Cette année y'avait aussi le pompier qui était sur le bordure palette là… qui avait le pneumothorax et 9 côtes pétées, trauma crânien… BROUAHAH… ça ça serait intéressant aussi.

MM8 : Bah ça sera l'occasion d'en reparler l'année prochaine

PS14 : Ça serait bien

PS12 : Puis il y a eu l'arrêt card' aussi…C'est vrai que même ceux qui était pas dessus on était tous collés à la radio pour écouter ce qu'il se passait, parce que ça nous intéressait tous, c'est que c'est des trucs un peu chaud quand même. On n'a pas eu trop de retour, tu sais l'arrêt card' ?

PS13 : Ah ouais !

PS12 : Je disais ça aurait été bien de… de … pas une réunion mais voilà quoi !

MM8 : débrief'

PS12 : un débrief' tous ensemble

MM8 : Bah on peut le faire quand vous voulez

PS12 : parce que c'est vrai que c'est des trucs…

MM8 : oui c'était compliqué, c'était un secours qui était éloigné, c'était quelqu'un de jeune, y'a des enjeux quoi…

PS12 : Ouais

MM8 : On peut toujours s'améliorer sur ce genre de secours, ça vaut le coup de les débriefer.

PS12 : D'ailleurs vous avez fait dessus un…

MM8 : Un EZ-IO, une intra osseuse oui !

A : c'est un secours sur lequel vous vous êtes déplacés ?

MM8 : Ouais on y a été à deux MCS et c'était un arrêt cardiaque chez quelqu'un de jeune sur piste, et loin, à 20 minutes de motoneige. On est arrivés avant l'hélico !!

(RIRES TIMIDES)

A : (aux pisteurs) Vous de votre côté il y a des débriefings qui sont organisés sur les gros secours, ou sur les secours qui ont posés soucis ?

PS13 : Pas formels ! Entre nous au café le matin, mais c'est pas formalisé, des fois on aimerait bien mais…

A : Oui c'est quelque chose que….

PS14 : On en discute souvent avec les gens qui sont intervenus dessus mais ça va jamais plus loin.

A : D'accord, je sais qu'elle vous a posé problème ma question tout à l'heure mais est-ce que dans vos rêves les plus fous il y a quelque chose vous auriez imaginés pour que ce soit mieux ? Pour améliorer cette chaine de secours ?

MM9 : Nous on veut bien un hélicoptère (RIRES)

MM9 : et on veut bien ramener ici

MM8 : Un hélicoptère pour la station, voilà comme ils ont dans telle station voilà ! On ramène ce qu'on ramène et sinon on descend à telle ville.

BROUAHAH

PS15 : On veut bien aussi un hélicoptère

PS14 : Dans le nouveau bâtiment une DZ sur le toit

MM8 : Dans nos rêves les plus fous…

PS12 : un chacun….

MM8 : rouge et jaune si possible

RIRES

A : et tout en restant raisonnable du coup ? Sans réclamer un hélico par personne…

PS13 : Il y a ces protocoles douleurs déjà, c'est un bel enjeu, ça commence à se faire ailleurs, pourquoi pas le faire chez nous quoi

PS14 : l'antalgie !

MM8 : Il faut savoir que nous on est disponible pour aller sur piste, parce qu'on s'est donné les moyens d'offrir cette disponibilité, on est passé de deux médecins à quatre médecins en deux ans. Les consultations elles sont exponentielles ici au cabinet, maintenant les grosses journées on fait plus de 120 passages au cabinet, donc on a été obligés de recruter des médecins pour pouvoir continuer à aller sur piste. Peut-être qu'un jour il y aura trop de consult' et on pourra plus aller sur piste, donc faut qu'on soit près et que la douleur… qu'on puisse mettre en place un protocole douleur je pense. Mine de rien aller mettre une voie sur piste attendre l'hélico on perd minimum une heure, on est pas présent au cabinet… si c'est pas une heure et demi…

PS13 : avec le reconditionnement du sac et tout derrière…

MM8 : et pendant ce temps les collègues ici c'est compliqué…

MM9 : Ils tirent la langue

MM8 : Nous on souhaite continuer mais…

A : Est-ce qu'il y a des choses qu'on a pas du tout abordées, vers lesquelles j'ai pas du tout été et qui vous semblait importantes dans le fonctionnement de… ?? Vous êtes pas très bavard alors….

PS14 : c'est que ça marche bien alors…

PS13 : Si y'a le traitement des déchets les choses comme ça…

PS14 : c'est pas une réunion environnemental hein !

RIRES

PS13 : Non mais la désinfection matériel quelques choses comme ça…

MM8 : Moi j'avais une question pour les pisteurs, vous vous sentez pas en difficulté pour les patients qui ne parlent pas français ? Pour les patients anglophones ?

(BROUHAHA)

MM8 : Nan mais y'a pas de formations pour l'anglais médical pour les pisteurs, quelque chose comme ça ?

PS14 : Pas à la station D.

PS13 : en tout cas si tu t'entraines tu as une prime la dessus

PS12 : oui c'est vrai on passe un test de langue

PS13 : y'a une prime, 50 balles !

MM8 : donc c'est encouragé quand même.

MM8 : Un jour on va avoir un gros secours compliqué avec un anglophone et je pense que le pisteur qui va arriver en premier il peut vraiment être mis en difficulté, sur une douleur thoracique par exemple, sur quelque chose ou va y avoir un interrogatoire à faire, même sommaire, si tu ne maitrises pas un minimum l'anglais médical tu peux …

MM9 : rien que le TC sous anticoagulant

MM8 : Ou le TC ouais…… Donc dans le meilleur monde possible, tous les pisteurs sont bilingues ! Ils ont tous fait un an en Nouvelle-Zélande…

MM9 : Il faut parler le néerlandais…

PS12 : Le hollandais aussi

A : Ça vous sur les pistes, ça me fait penser quelque chose là, quand vous parlez d'interrogatoire anglais. Vous avez un support sur les pistes justement pour les problèmes médicaux ou pas médicaux ? Vous avez une fiche à remplir ou pas du tout ?

PS13 : En anglais ?

A : Non non je sortais du problème de l'anglais…

PS12 : Bah on a des fiches bilan qui sont bien complètes, on a une version plastifiée qu'on peut avoir sous les yeux et puis on a une version papier si on veut prendre un brouillon. On a tous ça dans le sac, puis c'est vrai que y'en a pas mal qui se sentent à l'aise de sortir ça sur des secours graves.

A : Et vous avez dessus des niveaux de gravité, ça se présente comment ?

PS 14 : comme une cote de glasgow tu veux dire ?

A : Oui par exemple, des choses à éliminer, à rechercher ?

MM8 : Une check liste quoi

PS14 : Ça marche pas comme ça non, c'est de l'observation.

PS13 : bah si c'est marqué oui / non,

PS 14 : y'a pas de cotation rien du tout sur la fiche, même l'échelle de douleur elle y est pas dessus.

MM8 : Après quand vous passez vos bilans à la régulatrice, vous avez quand même un déroulement, enfin quand vous passez vos bilans, c'est assez protocolisé, toujours bien dans l'ordre, les antécédents, la conscience, y'a quand même une check liste à respecter.

PS14 : mais ça reste simple, c'est oui/non, oui/non.

A : Vous en avez une là avec vous dans vos sacs ??

PS15 : Non.

PS14 : non on n'a pas nos sacs

PS13 : en fait sur les secours basiques on a un minimum de choses à dire…

PS12 sort une fiche bilan de son sac…

PS12 : ça c'est la fiche brouillon ça peut être utile !

PS14 : ça sur un gros carton ça nous aide bien

(MM8 regarde la fiche)

A : et du coup vous la connaissez pas vous cette fiche ?

MM9 : Si si

MM8 : Non moi je la connais pas

MM9 : Moi je l'avais faite avec euhhh, en…, mais c'était avant… en collaboration avec le chef des pistes.

A : Ah d'accord donc c'est vous qui avez fait…

MM9 : Je l'ai pas fait moi directement mais on en a discuté

A : D'accord

PS12 : Et quand on déroule notre bilan au final on suit machinalement l'ordre de la fiche, mais au final c'est presque du plus grave au moins grave, on commence par la conscience, on finit par les on finit par l'MHTA.

PS14 : On peut vous en faire cadeau hein !

A : C'est vrai ?

PS14 : ouais oui on en a des autres et même des plastifiées en couleur.

MM9 : Peut-être que dans les couleurs il y a les critères de gravité ?

PS13 : parce que en couleur on a des trucs minimums, qui sont, pas surlignés, mais en rouge qu'on doit absolument dire même pour un genou.

A : Je crois que je les vois, choc violent, agité, ventilation régulière, c'est ça les trucs en gras non ?

PS13 : non.

A : bon on dirait qu'ils sont un peu plus gras…

PS13 : oui mais c'est pas ça ! (RIRE)

PS12 : Sur la fiche plastifiée ils sont en couleur, du coup on a un code couleur

PS13 : c'est juste dire la conscience, si y'a une PCi, sensibilité motricité, douleur et c'est tout. C'est le minimum qu'on doit dire.

PS12 : au final le code couleur c'est ce que le chef des pistes veut entendre

PS13 : c'est ce qu'il y a en rouge...

PS12 : Ouais c'est ça mais ça c'est une décision que du chef des pistes quoi !

PS 13 : Ah ouais mais c'est notre fonctionnement.

PS12 : il dit à chaque bilan je veux entendre ça ça ça !!

PS13 : oui et puis l'âge, et la cinétique, et si c'est un homme ou une femme

A : Est-ce qu'il y a d'autres choses qu'on n'a pas évoquées et qui vous paraissent importantes ?

(Blanc)

PS14 : Moi je dirais qu'il n'y a pas assez de femmes dans le service mais bon ça après…

MM9 : Ah bah la parité oui…

RIRES

MM9 : Y'a une bonne communication entre les pistes et le cabinet médical et du coup ça améliore un peu le travail pour tout le monde, on a un bon bilan, quand on arrive sur un secours on sait où on met les pieds, on a plus qu'à faire ce qu'on à faire quoi ! Si c'est appeler un hélico, ou même faire des gestes on se prépare et on prend le bon matos avant de partir, on prend pas la thrombolyse à chaque fois, le kit d'intubation à chaque fois.

A : (à l'observateur) est-ce que tu as des choses à rajouter pour m'aider ?

O : Je sèche là, on a tout abordé !

A : c'est parfait quoi

PS14 : Bah ça marche pas mal

PS13 : ça marche bien oui, on a de la chance

PS14 : par rapport à un autre service des pistes.

PS13 : y a pas de médecin sur place quoi.

PS13 : Ah bah non…. Et puis tu attends…

A : c'est où ça ?

PS14 : les autres stations avec lesquelles on est dans tel rassemblement de station là c'est beaucoup plus compliqué la prise en charge médicalisée, et puis bon ils font beaucoup moins de secours aussi ! Mais un secours ne serait-ce qu'a cet tel endroit qui est vraiment avec nous juste au sommet, et bah c'est ambulance pour 35 minutes si y'a besoin de faire monter un médecin il vient de telle station donc tu en as pour au moins 20 min, le temps d'arriver sur place tu en as bientôt pour une heure pour avoir un médecin quoi, donc si… On se rend compte de la chance qu'on a.

PS12 : Parce que le seul cabinet il est dans cette station ? Il n'y a pas plus près?

PS13 : non

MM9 : Oui c'est pas beaucoup les stations où il y a des médicalisations comme ça, si il y a telle station, et c'est que quand il y a l'hélico, moi quand j'étais à telle station on n'allait pas sur piste hein, après c'était la base du PGHM alors on se faisait tout piquer… on y allait soit en tout début de saison soit en fin de saison mais on communiquait jamais, c'était même les ambulanciers qui amenaient au cabinet, on peut pas poser des questions sur ce qui s'est passé, par exemple sur un TC c'est hyper important, est ce qu'il y a un témoin, est ce qu'on a un casque, est ce qu'on a tout ça, c'est des choses qu'on peut pas poser de questions, c'est une perte d'information énorme, alors que là on a facilement accès, et même si on n'a pas sur place tout de suite avec la radio on téléphone pour avoir ce dont on a besoin assez rapidement.

PS13 : en fait on a l'impression d'avoir vraiment un gain de temps dans la chaîne de secours parce que ça roule très vite hein au final. Nous les blessés je serais curieux de savoir en moyenne combien de temps ils mettent à être amenés jusqu'ici ou à être transportés vers un centre plus grand mais je pense qu'on n'est pas des brêles.

PS14 : non non c'est assez rapide mais après ça dépend de la gravité aussi, tu ne traites pas un genou comme un TC

PS13 : oui mais en moyenne tu vois… quand on oriente un blessé vers un médecin, et que lui il oriente la prise en charge derrière, ça va vite quoi, parce qu'en fait ils savent déjà… Vous la régulatrice elle vous avertit pour un genou

MM9 : Ah non non non

MM8 : tout ce qui est bénin n'est pas au courant

PS13 : ah oui elle vous appelle pas

MM8 : non on ne sait même pas ce qui est retransmis

A : vous êtes pas sur la radio

MM8 : si on peut laisser la radio allumée mais mais c'est vite zinzin.

(RIRES)

PS14 : tu imagines entre les bilans et les conneries

MM8 : Faut vraiment qu'on se fasse chier pour la laisser allumer… (RIRES) non mais ce qu'on fait c'est que quand on a un pisteur qui nous ramène un blessé on lui demande « tu as combien de secours en route ? » ça nous permet de nous organiser. Par exemple si on se lance sur un truc lourd un poignet ou un tibia, on fait ça dans la salle de radio, si

derrière il te dit y'en a quatre qui arrivent et bah on libère la salle.

A : Oui, vous faites combien de secours par an là ?

PS13 : 730 l'année dernière, là on est en baisse on est à 570

A : d'accord

PS13 : petite baisse, et 22 hélicos, on reste à peu près stable sur les hélicos pour moins de secours

PS12 : La plus grosse journée c'est une vingtaine de secours dans la journée…

PS13 : le nombre d'hélico a pas bougé par contre on fait moins de secours

PS15 : on en a fait moins cette année des hélicos

PS13 : non pas tant

PS15 : ah si

MM9 : la météo était quand même pas favorable…

PS15 : 38 quand même.

PS13 : Ah non non non, pas autant.

PS12 : on a eu moins de gros trauma je trouve

MM9 : les rates elles sont venues sur leurs pattes au cabinet

PS13 : et à la fois on a fait deux arrêts cardiaques, on en avait pas fait depuis 4 ans hein

MM8 : c'est vrai

PS15 : Et on a fait le vomito l'autre jour.

PS13 : Des gros TC, beaucoup de traumatismes crâniens.

A : alors comme vous n'avez pas grand-chose à rajouter, mais c'est très bien, c'est une bonne nouvelle, bah l'observateur va récapituler un peu tout ce que vous avez dit, si vous avez des objections il faut pas hésiter.

O : Du coup vous avez commencé par nous décrire un peu le fonctionnement de la station qui est globalement superposable aux autres stations et aussi avec 30 pisteurs répartis sur 6 postes, le pisteur qui part tout seul et qui amène directement le blessé au cabinet etc… ou avec l'hélico sinon. Sur la prise de décision de vous sur la piste, moi c'était au niveau de la gravité je voulais vous faire préciser, vous m'avez dit que votre prise de décision était basée sur la gravité donc sur les symptômes évidemment sur les constantes etc… et est-ce qu'avoir un protocole qui permettrait, donc vous avez déjà une fiche bilan bien systématisée, est ce qu'avoir un protocole qui hiérarchiserait un petit peu, qui classifierait les blessés est ce que ça pourrait être une aide à la prise de décision éventuellement ou… ??

PS14 : Classifier comment ?

O : bah en niveau de gravité par exemple, en trois niveaux de gravité, 1 pas grave, 3 très grave par exemple

PS13 : Non je ne pense pas, on fait un peu au cas par cas

PS15 : Ouais chaque secours est différent au final

PS13 : parce que qu'est-ce que… prends des exemples

O : Bah par exemple un fémur c'est niveau 3,

PS13 : Ça serait quoi le niveau 4 alors ?

O : non en 3 niveaux, un genou c'est niveau 1… un poignet déplacé c'est niveau 2

PS13 : Et puis ça apporterait quoi d'avoir ces niveaux ?

O : Bah est ce que, ma question c'est est ce que toi ça t'aiderait dans ta prise de décision

PS14 : Je pense pas

PS12 PS15 : Non

PS 13 : Non parce que PSE1, PSE2 il est vachement clair là-dessus quoi, c'est tel traumatisme on a besoin de tant de personnes et on a besoin de tel matériel, alors nous a chaque fois, y'a rarement des secours où on se dit « merde comment on s'y prend » tu vois ?

O : Ouais

PS13 : Ça arrive pas trop c'est vraiment automatisé en fait

PS14 : on est toujours là à s'aider, à se poser des questions entre nous

PS12 : Pour la manutention on se demande

PS13 : après nous dans un bilan, effectivement, transmettre si c'est en mode un peu globalisé cette idée d'échelle, transmettre c'est un blessé niveau 2 admettons, est-ce que ça aiderait pour la chaine de secours derrière les médecins qui disent « ah oui bah ça veut dire que c'est potentiellement si ça » ok mais sinon pour nous de le savoir en fait non !

MM8 : Moi si tu me dis je t'amène un blessé niveau 2 je m'en fou, j'ai envie de savoir si c'est un poignet déplacé ou un tibia ou… parce que notre organisation de la zone d'urgence elle va se faire en fonction de la pathologie et pas d'un niveau de gravité. Nan et puis si tu veux prendre quelqu'un de niveau allé je vais dire palpitation, il va aller côté médecine, bah on va s'organiser pour qu'il y ait de la place côté SAUV quoi déchoquage, et si c'est un niveau deux tibias on va s'organiser pour laisser la place en radio, donc je veux savoir la pathologie.

PS13 : Ouais ouais

MM8 : un bon bilan ça nous suffit

MM9 : Ouais parce que un niveau 2 ça veut dire cabinet mais niveau 3 c'est pas nous

MM8 : bah on médicalise sur piste

O : Ensuite du coup au niveau de la communication vous utilisez différents canaux, une communication qui peut être direct par la radio ou indirect en passant par la secrétaire du poste central. Vous faites également des topos en début de saison qui reprennent des cas cliniques que vous débriefez, de l'année précédente, qui ont posé problème, des pathologies médicales avec un thème qui change tous les ans, et attrait à l'urgence, et puis une présentation de votre matériel. Les débriefings des gros secours ça se fait finalement plutôt de manière informelle mais les médecins sont aussi ouverts à une discussion si besoin. Et vous avez fait une fiche bilan en collaboration médecins et pisteurs.

Au niveau des points forts, donc vraiment la disponibilité médicale et la collaboration quand ils vous amènent le blessé, donc transmission d'information direct, aide au déshabillage, et surtout un retour direct avec la radio qui est fait dans la foulée, et qui vous apporte j'imagine beaucoup.

Au niveau des points faibles c'est au niveau de l'appel au centre 15 qui peut basculer parfois dans telle département, parfois la perte d'information vis-à-vis de la régulatrice qui peut oublier des informations importantes ou ne pas les transmettre. Le fait que le central des pistes et le cabinet médical ne soient pas au même endroit et la gestion des déchets… RIRES c'est bien il y a une sensibilité écologique…

PS13 : Mais non mais ce n'est pas l'écologie c'est les déchets en lien avec les soins… les vieilles cannettes qui trainent je m'en fou moi

O : Au niveau de l'antalgie donc vous déplorez un petit peu le manque de moyens de vous autres pisteurs, sur piste, et comme possibilité d'amélioration un protocole douleur, avec pourquoi pas des médicaments à administrer per os, comme du paracetamol, ou même une convention avec le SDIS et le centre 15 pour permettre à vos deux infirmiers d'intervenir sur piste et de protocoliser.

Au niveau des améliorations aussi, un hélicoptère pour tout le monde…. RIRES

PS14 : c'est la folie des grandeurs…

MM9 : on te le prêtera

Observateur : Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?

PS14 : On boit un coup ?

Verbatim Focus group station E

Contexte : l'entretien s'est déroulé juste après la saison dans une salle de consultation du cabinet médical de MM10, sur un jour de repos. Tous se connaissaient car se voyaient presque quotidiennement dans leur exercice. L'ambiance était détendue.

A – Est-ce que vous pouvez nous décrire, de manière générale, comment fonctionne la chaîne des secours à la station E ?

PS16 – De manière générale ? C'est-à-dire ?

A – On va dire pour un secours classique.

PS16 – Pour un secours classique, peut-être la particularité de la station E par rapport à d'autres stations c'est déjà qu'on a pas de central, on a pas de central des pistes qui nous transmettrait une alerte. On a les caisses, avec un numéro de téléphone qui tombe aux caisses, sur les balises. Donc on peut avoir une alerte qui vient des caisses, mais c'est pas forcément du personnel formé à une prise d'alerte. Ca se fait parce que ça s'est toujours fait comme ça et qu'il y a pas eu de… y'a une adaptation de la part des caisses mais c'est pas aussi carré et surtout nous, derrière si y'a une régulation à faire, c'est nous qui régulons directement avec le CTRA à *ville préfecture du département* au téléphone avec nos portables persos. Donc c'est en général celui qui arrive en premier sur le secours qui va prendre un peu le dessus et qui va gérer l'équipe sur le secours, c'est lui qui va faire la transmission de bilan au centre 15 au besoin. Et après l'intérêt c'est qu'on travaille avec le cabinet médical qui est pas loin et ça nous permet aussi des fois d'avoir un avis : savoir si on transporte au cabinet médical ou savoir si on évacue auprès d'une ambulance, en fonction de ce qu'on nous dit etc. Donc soit on régule avec le 15 directement, soit c'est avec le cabinet médical, soit ça peut être les 2. A savoir que le 15 se met des fois en relation directement avec le cabinet médical. Voilà.

A – D'accord. OK.

PS16 – Ca c'est pour plus la partie « alerte ».

MM10 – Et pour le déclenchement ça peut être aussi fait par le personnel des remontées, (aux pisteurs) ça vous arrive souvent ça.

PS16 – Ouais, c'est souvent ça aussi, « mon collègue s'est fait mal ». Ils descendent jusqu'au bas de la remontée, ils passent un message au perchman en bas de la remontée, qui change de fréquence radio pour nous prévenir. Et nous on intervient. La plupart du temps ça reste comme ça d'ailleurs, c'est plus souvent les remontées qui nous appellent, que directement les caisses. Et après y'a le cas encore plus, entre guillemets, particulier à la station : c'est un de nous, alors c'est ceux qui sont là depuis plus longtemps je pense, qui reçoit un appel d'un moniteur sur le portable en disant, « je suis avec mon groupe, je suis là, j'ai un gamin qui s'est blessé. » Il passe pas par les caisses, il passe pas par le SDIS, il passe pas par les remontées mécaniques, c'est directement au portable donc c'est encore une autre gestion. Et après celui qui reçoit l'appel sur le portable il le passe en message à la radio histoire que tout le monde soit au courant au sein du service des pistes.

MM10 – Pour nous en tant que médecins…(son téléphone sonne) (rire)… Nous d'habitude au cabinet médical c'est surprise. Ca arrive comme ça arrive et puis c'est toc toc à la fenêtre. Depuis qu'on a PS16, il nous prévient de temps en temps, il nous appelle en nous dressant des bilans.

PS17 – Y'a pas que PS16.

MM10 – Ah... (rire) Je dois dire qu'avant on avait quand même pas trop trop de bilans. Et maintenant c'est vrai qu'on sait un peu ce qui va arriver des fois. Ca passe pas toujours par les voies officielles, c'est parfois sur le portable des fois plutôt que sur le téléphone fixe. Donc des fois (à PS16) tu me joins je suis chez moi ou dans ma voiture et je suis en train de venir sur le cabinet, bon mais c'est pas mal quand ça se passe comme ça.

A – Donc t'as pas la radio des pistes ?

MM10 – Non.

A – Mais ils ont ton portable.

PS17 – Mais ça pourrait se faire d'avoir une radio des pistes. Le tout c'est de la mettre en place quoi. Ca se tient.

A – Ok. D'accord et comment vous amenez les blessés au cabinet du coup ?

PS17 – Soit en scooter, soit en barquette, soit à pied. Maintenant on a mis au point un système au

point avec une luge qu'on a mis derrière un scooter qui permet de rapatrier l'autre secteur, sur le cabinet. Je pense qu'on a fait pas mal de blessés cet hiver, je sais pas combien exactement.

PS16 – La moitié. Je pense la moitié est partie.

PS17 – Moitié. L'avantage pour nous c'est que la prise en charge est plus rapide avec un médecin que d'attendre l'ambulance 1h et demi au bord de la route.

PS16 – Voire plus.

A – D'accord.

PS17 – Voilà.

A – Donc en fait quand ils sont sur l'autre versant vous les faites rebasculer pour qu'ils arrivent au cabinet, c'est ça ?

PS17 – Voilà.

PS16 – Voilà.

MM10 – Avec le scooter, en fait ils remontent pour redescendre.

PS16 – On remonte rarement d'ailleurs.

MM10 – D'accord.

PS16 – Non mais c'est… en général on a un plan de circulation avec les motoneiges et remonter une piste à contresens avec un blessé c'était pas le plus judicieux et en fait il y a une route l'été qui fait le tour par en bas, juste au-dessus de la route départementale en fait, qui nous permet quand elle est damée de faire le tour en motoneige, elle fait tout le tour de la station, un peu plus de 3kms. Mais l'intérêt c'est que jusqu'à y'a 2 ans en arrière, on attachait la barquette derrière la motoneige et le patient derrière il prenait vraiment toute la neige dans la figure sur le trajet, les barquettes étaient trempées, c'était pas confort, lui il était directement contre le sol donc tous les rebonds, il les prenait, et là avec la luge, on a un amortisseur, elle est bâchée, on a quelqu'un qui tient derrière et qui peut faire une surveillance et puis voir et puis arrêter le collègue qui est devant parce que avec la distance, le bruit, le casque sur les oreilles… et on regarde devant et pas derrière, c'est pas ce qu'il y avait de plus pratique donc y'en avait un qui suivait qui tenait la barquette de toute manière, mais là on est quand même plus sur une prise en charge, plus confort pour nous et pour la victime je pense.

PS17 – Ouais puis abritée.

PS16 – Abritée ouais.

A (à PS16) – OK, est-ce qu'il y a d'autres particularités à la station E, qui te viennent comme ça, comme le fait qu'il y ait pas de PC ?

PS16 – Qu'est ce qui me vient comme ça… euh le fait que on est tous, plus ou moins, on est tous 2e degré, y'a *telle personne* qu'est pas 2e degré, y'a *telle autre personne*. (PS17 acquiesce) Ce qui fait qu'en règle générale, la personne qu'est 2e degré elle gère le secours du début à la fin. Pour avoir bossé ailleurs, y'a des stations où quand le premier pisteur arrive dessus, ça peut être un premier degré, ça peut être des fois même selon les stations des patrouilleurs, juste secouristes mais qui ont pas passé le diplôme de pisteur et très vite ils vont être remplacés hiérarchiquement pour avoir une prise en charge plus poussée et plus dirigée par quelqu'un qui va gérer l'équipe sur place. Nous l'intérêt c'est que le premier qui arrive dessus, il gère son secours du début à la fin, c'est lui qui dirige le plus, le secours, ça nous empêchera pas de donner notre avis sur… si on voit qu'on pourrait faire autrement, mais après on discute rarement de ce qui… de la prise en charge, si elle est décidée par la première personne qui est sur place.

A – D'accord, OK.

PS17 – On remet rarement en question le truc.

A (à PS16) – OK, et toute à l'heure tu parlais par exemple d'appeler soit le 15, soit le cabinet, et en fait sur quoi tu vas baser tes décisions une fois que tu… et ça s'adresse aussi à toi PS17 : une fois que vous arrivez sur la victime, que vous prenez en charge etc, vous faites votre bilan, et sur quoi vous basez ensuite vos décisions ?

PS17 – Après ce sera surtout sur la gravité du patient, le secteur où ça se situe, à l'heure où ça se situe, conditions météo et disponibilité du médecin.

A – D'accord.

MM10 – En plus moi j'allais dire, ils appellent pas le médecin pour réguler. Quand ils appellent le cabinet, quand ils m'appellent c'est pour me dresser le bilan, c'est pour me l'amener. Ils me disent « on

a vu avec le 15 on te l'amène », ou « on va t'amener ça » et puis ils me dressent le bilan. C'est pas… je crois que quand ils appellent le 15 c'est qu'ils ont une hésitation par rapport à l'hélico ou un autre moyen d'évacuation je pense.

PS16 – C'est assez comme ça après y'a des moments où on sait que l'hélico il volera pas et à ce moment-là on passe quand même par MM10, ou par le cabinet médical, ou on va passer… c'est souvent un moment où ils vont se mettre en relation les 2 : le 15 et le cabinet médical, pour arriver à orienter la prise en charge. Souvent le fait d'accéder rapidement au cabinet, ça nous permet de poser la victime au chaud pendant un moment, éventuellement d'avoir des clichés sur de la traumato et puis d'avoir une première prise en charge médicale avant de faire une jonction avec un SMUR routier si ça vole pas etc.

PS17 – Dis-le aussi : des clichés bien meilleurs qu'avant.

PS16 – Ouais.

MM10 (chuchote) – Grâce à moi.

A – D'accord. OK, est-ce que vous avez un protocole particulier par exemple, pour vous aider justement à prendre la décision d'orientation, ou pas?

PS17 – Ben disons qu'on part sur un blessé, on fait un bulletin de situation, on va faire un… regarder un peu comment ça se situe pour regarder la problématique. Ensuite on va transmettre tout de suite un avis par rapport à ce qu'on voit, à un autre collègue, et en fonction de… du problème rencontré on va se mettre en disposition de faire une chose, plus ou moins adaptée, en fonction de l'accident, on va dire.

A – D'accord. (À MM10 qui levait le doigt) Vas-y.

MM10 – Alors je suis désolée de revenir sur les questions d'avant mais la grosse particularité de la station E, c'est quand même que c'est au bout du monde, donc les ambulances on les attend super longtemps et ça fait vraiment partie des décisions ça, par rapport à l'orientation du blessé. Ils savent que l'ambulance, si ils vont avoir besoin d'une ambulance, ça va être très long. Ils préfèrent le 15, qui va être beaucoup plus rapide, ou le médecin local. L'éloignement de la station E, c'est vraiment un gros souci et ça fait vraiment partie de la décision.

PS16 – Si je peux me permettre, il y a l'éloignement d'un côté mais y'a…

MM10 (en riant) – Le service d'ambulance !

PS16 – … le service d'ambulance qui fait pour beaucoup là-dedans, avec des prises en charge vraiment exagérées. Et je pense que l'éloignement, je veux bien que ça joue pour un truc, mais 4h de route ça fait beaucoup quand même… Donc c'est… ouais y'a l'éloignement aussi. Donc ouais c'est vraiment confort pour nous d'avoir le cabinet médical.

MM10 – En fait le service ambulance est basé à *telle ville*, puis ils ont souvent la mauvaise habitude de nous mettre en fin de course ou… on est loin pour eux donc euh la station E passe vraiment en dernier, donc les blessés qui attendent 2h au cabinet, c'est vraiment très fréquent. Au cabinet ou même en bordure de route comme ils disaient. Faut qu'il y ait des bonnes conditions quoi, sous la neige le blessé peut attendre longtemps l'ambulance.

PS16 – Y'a ça aussi, par rapport à ce que tu disais PS17 : la météo oui, et ça va jouer aussi sur : est-ce qu'on fait de l'extraction ou est-ce qu'on fait de la prise en charge. Et on est vraiment sur une intermédiaire entre le « pick and go » et le « stay and play » ou t'as cette… (Répète pour ses collègues qui n'ont pas compris) « Pick and go »… (Rire). C'est soit on le récupère, on l'arrache et on se casse d'ici, soit on passe une heure dessus, à regarder si on a bien mis le collier proprement, à lui enlever les chaussures, à décrocher les crochets etc. On doit avoir un intermédiaire entre les 2 et en fonction de la météo, on va vraiment s'orienter : « là on se casse parce que de toutes façons il va se refroidir, on va rien lui apporter à essayer de l'immobiliser plus proprement ici. » ou « bah là il fait beau, on a le temps, on a pas 15 secours en même temps, on fait une prise en charge plus propre » et on va se permettre de prendre plus de précautions que à des moments où on ne pourrait pas le faire.

A – Donc pas de protocole…

PS16 – Simplement de l'adaptation…

A – Donc un premier bilan et puis une adaptation aux conditions…

PS16 – Par rapport au premier bilan et par rapport aux conditions ouais.

A – D'accord OK. Et au niveau de votre formation, au niveau de la formation de pisteur vous avez donc des recyclages PSE1-PSE2, mais est-ce que vous avez en plus des recyclages orientés ?

PS16 – Sur le secours ?

A – Ouais sur le secours sur piste.

PS16 – Nous, en interne, mais en fait y'a aucune obligation à ça.

PS17 – En interne.

PS16 – Ah non mais ça on est un peu tous d'accord pour dire qu'on nous recycle en secourisme mais on nous recycle pas en pisteur. Donc on a des… pendant la formation 1er degré, la première semaine, c'est : CGMM – connaissance générale du milieu montagnard donc c'est très accès neige, avalanche, législation, risques etc. Et après c'est les 4 à 5 semaines qui suivent derrière, c'est ce qu'ils appellent du « spécifique pisteur » donc là c'est : on rajoute entre guillemets des compétences en terme de secourisme et de prise en charge, qui sont adaptées à la neige, adaptées à l'environnement montagne, qu'on a pas avant. On a des prises en charge qui sont pas forcément les mêmes, un exemple tout con c'est la prise en charge d'une douleur au genou : un pisteur 1er degré il peut prendre en charge un blessé au genou seul, là où une équipe du SDIS-pompier, ils devront être 3 pour immobiliser le genou. Donc ça c'est… alors je veux pas dire qu'on a besoin d'un recyclage pour mettre un partiel de genou, c'est la moitié de nos secours de l'hiver ça a été des « douleurs genou » donc… Mais par contre y'a des relevages particuliers dans la pente, y'a certaines prises en charge qu'il pourrait être intéressant de revoir en début de saison parce que pour la plupart y'a pas d'activité « secours » sur l'été. Donc quand on rattaque ça peut être intéressant ouais.

A – Rien à ajouter PS17 ?

PS17 – Moi non pour l'instant ça va.

A – Alors, ben justement quand vous arrivez sur un blessé très algique, de quelles ressources vous disposez ?

PS16 – Alors… (PS17 mime un coup à la tête) une grande claque derrière la tête c'est ça ?

MM10 (souriant) – Nan de l'empathie…

PS16 – Nan alors moi c'est un cas un peu particulier parce que moi c'est quelque chose qui me pose… pas problème mais que je me pose depuis un moment et qui m'embête un peu. En réalité, la prise en charge de la douleur chez nous elle est très compliquée, dans le sens où on peut rien faire, clairement. Donc y'a rassurer, y'a immobiliser, mais par contre…

PS17 – Evacuer.

PS16 – Evacuer voilà, par contre nous on peut rien faire, entre guillemets, sur cette prise en charge douleur. Par contre c'est, moi c'est un côté personnel, ça m'a poussé à m'orienter sur des débuts d'information ou d'apprentissage sur de l'hypnose ericksonnienne, ou du moins des techniques de communication dans le soin, pour arriver à faire… (PS17 mime un frimeur) à créer une relation de confiance, déjà avec le patient au début et puis arriver à faire diminuer cette douleur, le mieux possible. Après elle fonctionne ou elle fonctionne pas, c'est compliqué de mettre ça en place sur le terrain, notamment avec des délais longs. Si c'est pour une douleur qu'on veut faire médicaliser sur place, il faut arriver à entretenir l'hypnose conversationnelle et arriver à placer encore des mots, c'est très prenant même… pour moi physiquement, ça prend beaucoup de… c'est assez épuisant et du coup c'est ce qui m'oriente vers un complément de formation, entre guillemets, et repartir sur une IFSI pour pouvoir être protocolé « douleur ». Le projet c'est ça, voilà.

MM10 – Ouais je pense que t'oublies que déjà rien que le fait que vous arriviez sur un secours, je dis pas que ça leur calme la douleur mais ils ont déjà un grand grand soulagement. Ça fait vraiment… vous êtes les sauveurs, déjà d'aller venir les prendre en charge, les immobiliser c'est une grande chose. Et des fois calmer la douleur sur le terrain, ça nous arrange pas derrière. Des fois ça fait des soins plus longs, moins bons, on l'a vu avec les protocoles qu'ont été mis en place sur la *station voisine* là, et faudrait que les protocoles d'IFSI, comme tu dis,

ça soit mis en place avec notre collaboration parce que on a eu des gens qu'étaient sous Morphine, on arrive pas à leur faire les radios, ils tiennent pas debout parce que… ils sont sous morphine et ils sont pas bien, ils sont tout nauséeux, des fois c'est pas mieux. T'as envie de faire bien, toi t'as peut-être l'impression d'avoir réussi ton secours, mais les gens vont passer 4 fois plus de temps au cabinet et ils sont pas forcément mieux gérés. Ils ont peut-être mal au début mais je pense que les rassurer, les immobiliser c'est déjà énorme, et faire mieux faut vraiment le faire en collaboration tous ensemble.

PS16 – Après, moi je suis assez d'accord sur le fait que ça doit être fait en collaboration, là pour l'instant c'est fait en collaboration avec le SDIS, donc avec un médecin-pompier, au CTRA à *ville préfecture du département*.

A – Juste : qu'est-ce que c'est le CTRA ?

PS16 – Centre de Traitement et de Régulation des Appels.

A – D'accord.

PS16 – Tu as le CTA, Centre de Traitement des Appels où c'est des pompiers uniquement qui répondent et le CTRA, tu as une équipe SAMU au sein du centre de traitement d'appel donc t'as de la régulation qui se fait là-bas. Donc c'est à *telle ville* chez nous pour la partie *tel département*. (MM10 acquiesce)

A – D'accord, OK.

PS16 – Oui du coup la régulation elle est faite là-bas par des personnes qui voient pas forcément le terrain et y'a *telle station* je crois qui avait fait un début de prise en charge « protocole douleur », avec de l'Actiskenan ® entre autre sur les douleurs, ils avaient un Epipen ® aussi. C'était un peu plus poussé. L'intérêt, enfin l'intérêt entre guillemets c'est que ça se gérait au sein du cabinet médical, après c'est assez particulier *tel domaine* dans le sens où ils passent très peu par le CTRA justement : ils ont des hélicos privés, des mono-turbines, des bi-turbines, qui récupèrent les blessés et ils font un peu à leur sauce dans leur coin. Et après le problème de ce protocole douleur avec un cabinet médical c'est que de la même manière, si y'a un pépin, une surdose ou n'importe quoi, ça restera toujours de la faute du secouriste qui a complètement dépassé ses prérogatives en donnant un médicament pour lequel… enfin on lui a pas reconnu les compétences pour le délivrer.

A – Mais si du coup, vous faites un protocole en collaboration avec MM10, que vous faites valider par le 15 du département, est-ce que justement… si tu respectes bien…

PS16 – Une fois validé par le CTRA, ouais par le 15, si on se tient au protocole et qu'on reste dedans, pour moi ça colle quoi. Après le problème c'est que c'est toujours pareil : y'a l'IFREMMONT qui avait mis pendant un moment, qui avait fait une session-test justement avec des secouristes et l'intérêt c'était justement de pouvoir délivrer le même type de médicament avec des palliers.

A – D'accord.

PS16 – En fonction de la douleur, et toujours sur avis médical, au téléphone. Il me semble que l'IFREMMONT ils avaient un agrément pour la télé-médecine, c'est ce qui leur permettait de mettre en place ça. Après il fallait être sûr d'être couvert quand même donc c'était assez compliqué.

A – Donc ça veut dire finalement, sans être infirmier, administrer les médicaments que tu as dans ton sac à dos avec un protocole ?

PS16 – C'était ça l'idée ouais, alors après ils ont pas fait d'autre session et pour moi ça a pas… De ce que j'en ai entendu à la fin c'était pas validé et ça passerait, ça passait pas à plusieurs niveaux, ça fonctionnait pas quoi.

A – Et toi qu'est-ce que t'en penses PS17, éventuellement d'avoir toi dans ton sac à dos des médicaments contre la douleur ?

PS17 – Moi le problème c'est qu'à mon niveau on a pas été formés pour donner des médicaments contre la douleur justement.

A – D'accord.

PS17 – Donc je pense qu'il y a encore du chemin à faire, à mon niveau, moi, pour que je puisse donner quelque chose pour la douleur.

A – D'accord OK, c'est à dire que tu te sens pas formé à ça, et du coup tu te sens pas de le faire.

PS17 – Non. Non. (PS17 croise les bras)

A – Et du coup d'avoir un collègue formé à ça…

PS17 – Ah, ça peut être un bien justement pour supprimer la douleur ouais. Le problème de la douleur, c'est toujours la problématique pour conditionner les personnes, leur faire le moins mal possible, les mettre dans la meilleure position, les amener au mieux quoi, on va dire.

A – D'accord.

PS17 – C'est vrai que la plupart des blessés qu'on ramasse, en général c'est des traumatismes assez importants. Ils ont une position d'attente qui correspond à la position où ils se sentent le mieux. Donc la plupart du temps on les ramasse dans la position où ils sont.

PS16 – Mais y'a des fois où c'est pas possible.

PS17 – Ouais.

A – OK. (à PS16) Et toi est-ce que tu sais les raisons pour lesquels ça avait pas marché…

PS16 – Une question de droit déjà. Le souci en fait c'est que temps que tout se passe bien c'est super, ça permet aux secouristes de dépasser un peu ce qu'ils savent faire de base et d'avoir une prise en charge un peu améliorée, et ça permet aux médecins de faire faire des actes à distance… Et du coup ça te permet de gérer plus de cas, avec une équipe qui a la même taille, qui a le même nombre de personnes. Après, le jour où y'en a un qui fait une allergie sur place et qu'il y a pas de quoi traiter l'allergie, que y'a une surdose de morphinique et que y'a pas de Naloxone ® ou qu'il peut pas être injecté parce que ça restait du per os tout ce qu'il donnait, à part l'Adrenaline pour les chocs anaphylactiques, ça restait des comprimés et… même si t'as un comprimé de Naloxone ® t'en feras rien si ton mec il est pas capable de l'avaler, donc voilà.

A – D'accord, donc c'est surtout une histoire de responsabilité.

PS16 – C'est une histoire de responsabilité, c'est à dire : ça retombera forcément le jour où ça se passera pas bien, on va dire « oui mais le secouriste était couvert » oui mais « le secouriste dans son référentiel, il a pas le droit de donner un Doliprane ®, donc pourquoi il a donné de la Morphine ? »

MM10 – Bah c'est dans le protocole, s'il a un protocole qui couvre ?

PS16 – Mais le protocole…

MM10 – Je pense que les allergies tout ça, ça doit être pensé dans ce protocole, et que du coup tu dois avoir l'Anapen ® si il faut, 'fin du Solupred ® à réfléchir selon ce qu'on a décidé mais… Je pense que tout doit être réfléchi et que tout doit être protocolisé comme ce que vous faites parce que vous bougez, 'fin vous bougez, vous transportez des gens qui ont des fractures, donc c'est pareil c'est une sacrée responsabilité et que ça pose pas plus de soucis. Là tu t'en poses des questions mais des responsabilités tu en as déjà, enfin tu en as déjà vachement.

PS16 – On en a déjà, mais je pense que si c'était si simple que ça…

MM10 – C'est ton rôle, à ce moment tu penses que c'est ton rôle, si on t'ajoutait un truc qui rentre dans un protocole avec… tu demandes à chaque patient si il a des allergies, si il le savait pas et puis qu'il en a une tu as de quoi réagir parce que ça fait partie du protocole… Je pense que c'est faisable.

PS16 – Ouais après je pense que si c'était si simple que ça de mettre en place un protocole douleur, on le ferait depuis longtemps en fait.

MM10 – Ouais, ouais.

PS16 – Et si ça bloque, c'est que d'un point de vue responsabilités, y'a soit un syndicat infirmier, soit un syndicat de médecins, ou autre d'ailleurs, ça peut très bien être un ministère. Mais quand je vois qu'on arrive seulement maintenant à avoir dans les référentiels, donc on l'a pas eu en recyclage pisteur cette année mais je l'ai eu en recyclage avec une autre assoc', pour la première fois on commence à nous dire que sur avis médical on va pouvoir faire un dextro. Faire une prise de dextro. Et que là on est en train de dire… ouais pendant des années on a dit « c'est un geste intrusif, les secouristes ont pas à le faire, c'est dangereux, y'a des risques d'exposition au sang etc. ». On arrive sur une fracture ouverte, ou le mec qui s'est entaillé le… Bah oui y'a un risque d'exposition au sang aussi quoi. On va faire un pansement compressif, on va aller inspecter la plaie, voir si y'a pas de corps étranger, c'est intrusif aussi et pourtant jusqu'à maintenant on nous posait pas de problème pour le faire.

(Le téléphone de MM10 sonne)

MM10 – C'est maman. (rire)

A – D'accord, OK. Tous les 3 vous ne voyez pas d'autre moyen d'améliorer la prise en charge antalgique, à part ce dont on a parlé ? Je pense qu'on a fait le tour…

PS16 – Je pense aussi, ouais.

(L'animateur tousse)

A - Excusez-moi j'ai une rhinopharyngite.

PS16 – Faut aller voir le médecin.

A – (à l'observateur) Justement faut que tu m'auscultes après. (rires) Je voulais vous demander quels sont les contacts, à la station E, que vous avez durant la saison ?

PS17 – Contacts, dans quel domaine ?

A – Ben au niveau surtout professionnel.

PS17 – Professionnel ? Par rapport au blessé ? Par rapport à ?

A – Par rapport à la prise en charge du blessé, ouais.

PS16 – Dans la relation soignant…

MM10 – Chez les pisteurs ou avec le médecin ?

A – Oui pardon : pisteurs-médecins.

PS17 – Bah la relation, c'est de travailler en collaboration, le mieux possible. Des fois y'a possibilité, des fois y'a pas possibilité, ça dépend des circonstances. La plupart du temps ça se passe pas trop mal.

A – Qu'est-ce que tu veux dire par « travailler en collaboration » du coup, vous vous voyez ?

PS17 – On prend des nouvelles des personnes qu'on a emmené, on reprend des nouvelles pour savoir ce qu'ils ont eu, on essaye de participer un peu aux radios pour voir si ce qu'on a fait, si ce qu'on a évalué correspond à ce qu'on avait pensé. Donc y'a quand même une relation d'intéressement et de…

MM10 – En dehors de ça, c'est des pisteurs qui connaissent bien la station, bien le cabinet, qui du coup viennent souvent, ils connaissent notre matériel, comment on est agencés aussi. La difficulté qu'on aura par rapport à certains blessés…

PS17 – La porte !

PS16 – Les escaliers…

MM10 – Voilà, voilà. Donc c'est vrai qu'ils connaissent bien les lieux. Et puis si y'a un nouveau il est intégré tout de suite dans une équipe où ils savent où ils vont. Et puis ils nous connaissent ils connaissent nos compétences… Et du coup ils nous aident assez facilement sur des blessés un peu compliqués.

A – D'accord.

PS16 – Et puis de la même manière, ils nous aident aussi sur certains blessés, et c'est arrangeant en fait d'avoir un cabinet médical. On parlait toute à l'heure des spécificités de la station, un truc qu'il me paraît important de dire c'est qu'on exploite aussi en nocturne donc on a des ouvertures continues de 9h du matin à 21h. Donc ça veut dire qu'on peut avoir des blessés jusqu'à 21h…

PS17 – Ou plus.

PS16 – Ou plus, en fonction de ce qu'on a. Alors on a moins de blessés la nuit que le jour, par contre ça pose tout de suite un problème d'organisation. Les médecins restent plus tard les soirs de nocturnes, mais ils peuvent pas évidemment rester jusqu'au bout. Par contre nous on peut avoir des blessés jusqu'à la fin et après c'est l'intérêt d'avoir cette relation qu'on a avec le cabinet, c'est voir si en passant un coup de fil on arrive à avoir un médecin qui se déplace ou pas. (MM10 rigole) Et là… y'a des fois ça marche pas et on peut pas en vouloir au médecin, mais par contre en terme de prise en charge y'a un exemple de prise en charge qui me… cet hiver… qu'est vraiment top…

MM10 – La luxation d'épaule.

PS16 – La luxation d'épaule. On est appelés, c'est toi qui avait eu l'appel PS17, on est appelés vers 20h quelque chose, on a un appel pour une nana qui s'est luxée l'épaule. Donc j'arrive sur place, je fais un premier bilan, une palpation, et j'ai clairement le creux au niveau de l'épaule, avec la bosse devant… Voilà j'ai pas de doute, pas trop de doute entre guillemet sur le diagnostic que je pose à ce moment-là. Et j'essaye d'appeler les ambulances, qui me raccrochent au nez, et du coup après ça veut

dire que c'est les pompiers qui auraient dû monter et la première prise en charge pour remettre cette épaule en place : du coup faut attendre que les pompiers montent éventuellement de *telle ville*, pour la récupérer, pour l'amener à *ville préfecture du département* pour qu'elle attende aux urgences avant d'avoir une radio avant de remettre cette épaule en place. Et là où on a réussi à accélérer le truc c'est que MM10 j'ai réussi à l'appeler sur le portable et elle a bien voulu rouvrir son cabinet à *autre station proche*.

MM10 – J'étais avec des amis, j'avais 3 bières.

PS16 – Et au final, à 21h30 je suis rentré chez moi, je rappelle MM10 pour avoir des nouvelles et la jeune fille était sortie du cabinet médical, avec son épaule en place, ses radios, son ordonnance, son attelle…

MM10 – Ses médicaments pour la nuit…

PS16 – Et voilà, nan mais du coup en terme de qualité de prise en charge et de ce qu'on propose, au lieu d'attendre que cette épaule elle se refroidisse, parce qu'elle avait pas une douleur excessive sur le moment mais, petit à petit, parce qu'on était dans le froid ça se… c'était un peu plus raide au fur et à mesure. Plutôt que d'attendre encore et de l'envoyer en bas, on a réussi à gérer un truc localement et c'est des efforts qui sont à souligner et c'est cool.

MM10 – Je crois qu'on se connaît bien tous, on s'apprécie pas mal avec le nombre d'années qu'on travaille ensemble. On connaît aussi le stress de certains, l'acuité diagnostique de pas mal. On leur fait vraiment confiance, ils nous disent « c'est une épaule luxée », on va pas les mettre en doute par rapport à d'autres pisteurs qu'on connaîtrait peut-être moins. A *telle autre station proche* on a des contacts qu'avec les ambulances, là on a un vrai contact : on les voit pendant les secours et puis en plus en dehors, parce qu'ils viennent rechercher un peu leur matériel et puis on discute un petit peu de comment s'est passé le secours, de comment va la patiente, voilà quoi. Donc on s'apprécie pas mal dans les équipes.

A – D'accord, et toi du coup vu que tu as ce double point de vue, *telle autre station proche* et la station E, comment tu perçois la différence avec justement l'intermédiaire ambulance et pas l'intermédiaire ambulance ?

MM10 – Ah mais ça change tout. On a les choses en direct, alors que avec l'ambulance c'est « l'homme qu'a vu l'homme qu'a vu l'homme qu'a vu l'ours » donc j'ai vu arriver des blessés où on me dit « c'est une fracture ouverte j'crois même qu'y'a l'os qui dépasse » et c'était une interprétation de je sais pas quoi, qui avait été dire, donc l'ambulancier en avait rajouté encore une couche, et c'était une fracture ouverte alors que c'était pas une fracture ouverte, je sais même pas si elle était fracturée d'ailleurs. Donc nan on a des informations complètement erronées, on y fait pas du tout attention, quand on reçoit les bons d'ambulance, quand ils nous donnent le diagnostic enfin… Les infos on y fait presque pas attention aux ambulances parce que du coup on sait qu'il y a eu l'intermédiaire et que du coup ça se transforme et que… On leur fait pas confiance.

A – D'accord. Du fait de cette transmission d'informations galère, y'a un manque de confiance et du coup tu prêtes plus finalement beaucoup d'attention…

MM10 – Ouais ouais, les ambulanciers effectuent qu'un transport alors qu'ils ont pris le blessé déjà techniqué, puis ils l'ont mis dans l'ambulance, donc ils nous donnent des infos qu'ils ont entendu puis qu'en plus des fois ils réinterprètent, alors que le pisteur il est venu sur place, il a vu, il a compris la douleur quand il a techniqué, il sait plus si c'est un tibia... avec un clin d'oeil ou un tibia qu'est un vrai tibia quoi.

A – Ouais.

MM10 – On lui fait confiance quoi, il sait le diagnostic presque. Et nous on peut pas les voir les pisteurs de là-bas, de *telle station proche*, donc on connaît pas le diagnostic.

A – D'accord. Et du coup, en contrepartie j'ai envie de dire, ils ont un retour sur le diagnostic.

MM10 – Les pisteurs de *telle station proche* ?

A – Non, les…

MM10 – Tous, en fait. Eux ben ils viennent chercher le résultat, ils nous appellent ou ils viennent au cabinet. Et les autres pisteurs on leur fait transmettre le bon de secours, on leur retransmet avec le diagnostic derrière.

A – Ah c'est bien ça.

MM10 – Puis après ils peuvent très bien venir ou appeler, on les incite beaucoup beaucoup à appeler ou à venir mais après c'est vrai que c'est compliqué parce que c'est en dehors de leur boulot, de leurs heures de travail, ils aiment bien rentrer chez eux derrière.

A – D'accord OK, ça marche.

PS16 – Et nous c'est hyper intéressant d'avoir le retour, comme disait PS17, de voir que ce qu'on a vu sur le terrain, on suspectait quelque chose et que derrière on a ou pas validation de ce qu'on a suspecté. C'est hyper important pour nous et ça nous permet de nous, de nous caler, de nous améliorer plus, à mon avis, qu'avoir un retour plus tard, mettons 3 jours après, après les…

A – Ouais parce que tu sais plus comment tu l'as pris.

PS16 – Oui parce que tu te souviens plus, si t'en a fait 8 dans la journée tu te souviens plus duquel c'est, etc. (à l'observateur) Pas les jours où t'es là. (rires).

MM10 – T'en as pas eu 8… (rire)

PS17 – Le record c'est 12.

PS16 – C'est 12 ouais.

A – Et juste une petite question, vous êtes combien de pisteurs ?

PS16 – Au total, on était 8 en février, c'est à dire que les… y'en a certains qui ont fait des extras, y'en a un qui a fait que les vacances de février, et donc avec les congés, on était 5 par jour en février, sachant qu'il y a des nocturnes tous les soirs quasiment. Et le reste du temps, on tourne à 4, et 4 voire 3 si y'a des congés qui doivent se chevaucher à un moment, sur la fin de saison, sur les périodes où y'a beaucoup moins d'affluence.

A – Et on parle de combien de secours par an ?

PS16 – Cette année on est à 227, l'année dernière on était à 180-184, je sais plus exactement. Donc on a une bonne augmentation cette année. Elle s'explique chez nous, par le fait que l'année dernière on a pas eu de vacances de Noël, ou on a eu une ouverture très partielle sur les vacances de Noël, tandis que là on a ouvert une semaine avant les vacances de Noël et on a eu plus d'enneigement et plus de fréquentation globalement sur le domaine skiable.

A – D'accord, OK. Est-ce que vous avez pensé tous, médecins et pisteurs, à des améliorations possibles de l'organisation de la chaîne des secours à la station E, même si c'est un peu irréalisable, ou un fantasme on va dire.

MM10 – On discute beaucoup sur les ambulances hein. Bon on n'a pas bien trouvé la solution mais, le service d'ambulance est vraiment à revoir, ça nous pose des gros soucis. Parce qu'entre nous ça va, mais dès qu'il faut les emmener à *ville préfecture du département*, que ce soit du cabinet ou des pistes, c'est compliqué.

A – D'accord.

PS16 – C'est des délais qui sont très importants, on… J'ai attendu 2h40 pour récupérer un genou en bas de piste l'année dernière. Y'a une fracture d'humérus déplacée qui a attendu 4h au cabinet médical, y'a un bassin qu'a attendu 4h aussi… Y'a 2 bassins qu'ont attendus 4h ! Une fracture cotyle sur une prothèse de hanche, et puis un autre bassin…

MM10 – Avec 3 fractures dedans.

PS16 – Avec 3 fractures sur le bassin. Nous c'est des délais qui nous paraissent tellement ahurissants, c'est à dire que nous on est sur place, on fait au mieux, on conditionne, on essaye de se dépêcher, d'éviter que la victime ait froid etc. Et on se retrouve à attendre sur un parking, à pas savoir quoi dire avec la personne, et puis… Ou au cabinet médical c'est pareil, il faut que tu te débrouilles pour mettre ton patient dans une pièce à côté, faut le brancarder une première fois, et puis t'es conditionné pendant 4h dans un matelas-coquille, à pas pouvoir bouger, pas pouvoir aller pisser ou quoi, t'es…

MM10 – Alors soulagé de la douleur OK, c'est vrai que t'es, hein, hyper inconfortable quoi. C'est pas des gens douloureux donc on va pas appeler le 15 non plus en plus mais quand même hyper…

PS16 – En termes de prise en charge, après… Enfin nous ça nous encourage pas à les appeler quoi, puis nous quand on les appelle, on a des réponses des fois qui sortent un peu de l'ordinaire. En fait il y a une astreinte qui est censée être… enfin qui est payée par la station pour qu'il y ait une ambulance

disponible à *telle ville* pour la nocturne, parce qu'en journée…

PS17 – Jusqu'à une certaine heure.

PS16 – … c'est déjà une convention en place, et jusqu'à une certaine heure, on a une ambulance qu'est disponible, normalement c'est 21h. Et là y'a eut la luxation d'épaule qu'on a dû gérer avec MM10, parce que l'ambulance raccroche au nez au moment où il entend que c'est les pisteurs de la station, et quand j'appelle derrière y'a plus de réponse. Mais on a eu un gamin avec un trauma crânien avec une mydriase énorme, un défaut d'audition du côté de la mydriase… Où quand j'appelle l'ambulance, il me dit « ouais mais là ça m'arrange pas. » Et puis au final c'est ses parents qui l'ont amené en bagnole à *ville préfecture du département* pour aller réclamer un scan aux urgences, et entre-temps la mydriase a diminué et ils ont pas jugé bon de faire un scan là-bas. Bon enfin… j'allais dire ce partenaire… cet acteur de la chaîne des secours chez nous il est, je pense, problématique.

MM10 – Il compte beaucoup dans la prise de décision quand vous êtes sur les secours et quand nous on prend les gens en charge, ouais c'est vrai.

PS16 – Et c'est à dire que cette luge pour faire les allers-retours, parce que juste avant ce qu'on disait avec la barquette derrière le scoot, ça paraissait inconfortable sur le moment mais c'était moins inconfortable de se faire balancer de la neige sur la figure et traverser 3 kms de route, que d'attendre en bas une ambulance qui vient pas. Et de la même manière, nous si on attend ça mobilise du monde aussi, je parlais du cabinet médical, on est obligés de déplacer la patiente, ou le patient pour pouvoir au final prendre… continuer à vider la salle d'attente au fur et à mesure mais nous c'est pareil, si on est immobilisés en bas de piste et qu'on a d'autres secours en même temps, on peut pas retourner les prendre en charge quoi.

A – Ouais bien sûr. *(aux autres)* D'autres améliorations pour vous ?

PS17 – Dans ce domaine-là non, après niveau médical, on aimerait un petit peu plus de souplesse pour rentrer dans le…

PS16 – Un accès.

MM10 – Faudrait qu'on agrandisse la porte. *(RIRE)*

PS16 – Si y'a une personne debout ça passe bien, c'est quand il faut passer à 3 en même temps dans la porte parce qu'elle est allongée et qu'il faut brancarder.

PS17 – Si la personne fait plus de 80kgs c'est compliqué.

MM10 – Puis il faut pas qu'on oublie le repas de fin de saison parce que ça nous scelle, ça nous tient uni quoi. Ça fait partie de la cohésion entre nous.

PS16 – Après quand on parlait tout à l'heure de protocole douleur, je pense que pour moi à mes yeux c'est pas justifié sur une station comme la nôtre, justement dû à cette proximité avec le cabinet médical. Ça s'est pas fait ces années-là, les dernières années, où j'étais là mais je sais qu'on peut potentiellement venir vous récupérer au cabinet médical *(grimace de MM10)* en scooter s'il y avait un souci, *médecin associé de MM10* ou… avec le sac… en fonction, si on venait à avoir quelque chose qui volait pas. Un moment où ça vole pas, où on a une prise en charge qu'on peut pas déplacer, soit sur un arrêt, soit sur quelque chose d'hyperalgique et qu'on peut pas avoir d'hélico sur place, y'a encore cette option-là qui pourrait fonctionner et donner une amélioration de la prise en charge.

MM10 – Un protocole douleur moi je pense que si c'est vraiment quelque chose qu'on devrait faire, en per os, à mon avis, c'est quand même pas compliqué de donner des comprimés tu vois… de monter le protocole…

PS16 – Je suis assez d'accord, après ce qu'il faut c'est...

MM10 – On pourrait se baser sur ce qui a été fait par l'IFREMMONT si tu y penses, si c'est quelque chose qui vous pose souci…

PS16 – Moi pas sur la station E.

MM10 – Ca par contre le per os je pense que ça peut être « bénéfice » sur « après », parce que évidemment ça va pas marcher au moment où tu vas mettre l'attelle, ça mettra un peu de temps à agir mais par contre pour nous derrière, pour nous pis pour le patient, pour nous au moment des radios, de la suite des soins, ça peut être un vrai bénéfice. Tu le verras pas tout de suite mais…

PS16 – Après moi je… vraiment c'est ce que je redis, c'est cette proximité avec le cabinet médical et le fait qu'on n'ait pas des dénivelés énormes, on est vite en bas de la station.

PS17 *(à l'animateur)* – On n'est pas sur *nom de piste mythique*.

PS16 – Voilà, y'a 200m, 250m au plus haut à descendre. La plupart du domaine, c'est accessible en motoneige. Je pense pas que ça soit le plus judicieux, après… ça serait à étudier hein, *(montre l'observateur du doigt)* on avait le… la quintuple fracture tibia-péroné déplacée ouverte l'autre fois *(RIRE de MM10)*. Où au départ je voulais voir pour… parce que pour nous ça volait pas. Je voulais voir pour récupérer le médecin au cabinet médical et puis au final l'hélico a pu passer.

MM10 – Et c'était heureux pour elle ! *(RIRE)* Quintuple fracture !

PS16 – Et voilà c'est… en terme de prise en charge voilà, je parlais toute à l'heure du… de la communication dans le soin, ben c'était très long, je lui ai fait faire un peu de respiration, on peut essayer de se calmer, un peu essayer de calmer sa douleur mais 5 fractures tibia-péroné y'a un moment où sur une heure d'attente je peux pas faire grand-chose.

A – Bien sûr. Et…

PS16 – Entre le moment où il s'est fait mal et la prise en charge médicale là-bas.

A – Et S, tu interviens régulièrement sur piste à la station E ?

MM10 *(souriante)* – Ja-mais. Jamais. *(rire)*

A – Jamais ?

MM10 – Non, ils ont très rarement besoin, non non honnêtement voilà je crois qu'une fois…

PS17 – *médecin associé de MM10* il est venu 2 fois.

MM10 – Moi une fois ils ont dû venir me chercher il y a bien longtemps, et pis on peut pas toujours car comme on a dit on est tout seul, j'avais la salle d'attente pleine j'ai dit… je pouvais pas faire autrement je pouvais pas laisser une salle d'attente pleine… c'était pas vital.

A – D'accord.

MM10 – C'était peut-être une fracture très algique ou je sais pas trop mais… j'avais pas pu me déplacer et ils ont fait autrement. Sinon nan, ils viennent jamais me chercher, ils me les amènent, ou avec le 15.

A – D'accord, OK.

MM10 – Donc *médecin associé de MM10* a dû se déplacer 2 fois…

PS17 – Une ou 2 fois ouais.

PS16 – C'est *autre associé de MM10* qui se déplaçait aussi.

PS17 – C'est eu arrivé ouais.

PS16 – C'est eu arrivé?

MM10 – Pas facile parce que quand vous avez besoin ça doit être en pleine saison… *(soupire)* c'est des journées où on a déjà plein par-dessus la tête.

A *(à MM10)* – C'est l'organisation au cabinet qui fait que c'est difficile.

MM10 – Bah oui, si c'est pas un risque vital, si c'est pas l'arrêt cardiaque… Faut le négocier quoi, je sais pas…

A – Vous n'avez pas d'autres améliorations, d'autres choses que vous souhaiteriez changer, à part ces ambulances…

MM10 – Et puis la conformation du cabinet.

A – Et la conformation du cabinet.

MM10 – Ceci dit on pourrait tous changer la conformation du cabinet…

PS17 – Bah ça serait déjà un point positif ouais, déjà.

A – Ca marche.

PS16 – On est arrivés à faire pas mal d'avancées, on est bien équipés maintenant en terme de matériel, de… Rien que les dernières années ce que j'ai pu voir de nouveau matériel c'est intéressant, on a vraiment les moyens de bosser, quand on arrive à récupérer le matos qui disparaît pas à l'hôpital…

PS17 – Ah ouais ça c'est un problème aussi ouais, l'hôpital y'a du matériel qui disparaît tout le temps.

Pourtant c'est marqué, avec des numéros de téléphone, chaque fois, on perd du matériel. Premier arrivé, premier servi.

PS16 – Cet hiver, c'est un matelas-coquille, un partiel, un collier cervical.

MM10 *(très surprise)* – En un hiver vous avez perdu tout ça ?

PS17 – Ouais.

PS16 – Ouais.

MM10 – Un coquille et un partiel !

PS16 – L'hiver dernier… Un coquille tu le prends pas sans faire exprès.

PS17 – Pour une petite station…

MM10 – Un coquille, un partiel, un cervical.

PS16 – L'année dernière un KED, deux partiels… enfin voilà chaque année y'a du matériel qui disparaît comme ça. Mais après on arrive à être bien équipés quand même. Là cette année on a reçu le dextro, on le met en place pour l'hiver prochain, pour avoir un dextro sur avis médical, avoir des glycémies, soit sur une hypo, une hyper ou sur un TC sur la demande du médecin quoi.

A – D'accord OK. Avant de conclure, est-ce que vous avez d'autres choses à dire, ou d'autres sujets qu'on a pas abordé que vous souhaitez aborder ? *(MM10 s'impatiente)* MM10 je sens que tu veux prendre la parole, non ?

MM10 – Non pas du tout…

A – Pas d'autres sujets à aborder, même succinctement ?

PS16 – Non pas spécialement.

A *(à l'observateur)* – Bon hé bien tu vas nous faire un petit récapitulatif rapide.

O *(ironiquement)* – En à peu près une demi-heure, ça devrait pas prendre beaucoup plus qu'une demi-heure…

A – 3/4 d'heure maximum.

O – Voilà. Désolé MM10, je me dépêche. Alors moi je dois faire un peu le... tout le petit récapitulatif de vos réponses et puis vous me dites si jamais je me trompe ou si vous avez des trucs à rajouter. C'est un petit peu le bazar sur mon cahier, on va pas revenir sur comment ça se passe les secours, parce que globalement, c'est assez similaire dans pas mal d'endroits. Donc pour la prise de décision, ce que vous répondiez c'était principalement… Où est-ce que j'ai noté ça moi… C'était principalement sur la gravité du secours, le lieu, la météo donc si ça vole ou si ça vole pas, et puis… la disponibilité du médecin… *(rire)* j'ai vraiment fait n'importe quoi sur mes trucs. Deuxième question – hop !-

MM10 – Bon j'me casse. *(rire)*

O *(à MM10)* – Je fais vraiment pas exprès.

MM10 – Je vais vous laisser les clés et je vais y aller moi. *(à l'observateur)* Tu me les ramène.

O – Ca c'est pour l'orientation, vous avez pas de protocole précis que vous suivez à la lettre. On a ensuite parlé des points forts, en tout cas des spécificités de la station. La première qui ressortait c'est que vous avez pas de central et que vous communiquez directement avec le 15, les médecins etc. Ensuite vous êtes les pisteurs tous de niveau 2 donc globalement vous avez tous la main sur un secours…

PS17 – Secours en équipe ouais.

O – Voilà, secours en équipe. Et aussi que la station fait des nocturnes, donc ça, ça pose surtout des problèmes parce que les médecins, eux, ne font pas de nocturnes.

MM10 *(sur le ton de l'humour)* – Pas encore ! C'est à discuter. Pourquoi pas ?

PS17 – Ca enregistre toujours ?

O – Bien sûr, moi aussi on a le droit de m'entendre ! On a ensuite parlé de la douleur, donc sur la prise en charge de la douleur… Comme beaucoup vous faites la… *(à PS17)* tu nous as mimé une petite claque, c'est à dire que vous avez pas grand-chose c'est ça. Toi PS16, tu parlais de l'hypnose conversationnelle mais c'est vraiment à titre personnel… Et vous êtes pas très chauds pour avoir des médicaments dans votre sac à la station E par rapport aux caractéristiques de la station. Voilà voilà, les améliorations possibles c'est surtout les ambulances qui sont pas hyper opérationnelles, parce que un peu éloigné de tout, et -Ah !- et les contacts médecins-pisteurs qui sont au top, du coup

vous aimez beaucoup le truc de fin de saison au chalet de *médecin associé de MM10* vous kiffez, voilà voilà. Ca y est on a fini MM10 ! Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

PS16 – Oui.

(RIRE)

PS16 – Un truc très rapide, qui est bien et c'est… très rapide.

MM10 – On va dire que je suis râleuse.

PS16 – Votre fiche surveillance TC donc on se sert sur quelqu'un qui a fait un TC avec pas de signe neuro sur le moment ou une PCI et qui veut pas être vu par le médecin, on fait une… on fournit la feuille surveillance TC à la famille en expliquant toute la procédure à suivre. Et souvent quand ils veulent pas se faire voir, à ce moment-là on fait signer une décharge sur le moment et ils partent quand même avec une fiche « surveillance TC ». Et ça c'est bien foutu.

PS17 – Décharge ouais.

PS16 – Ca n'a pas grande valeur mais au moins, on a donné un avis là-dessus et ils repartent avec des consignes. *(À MM10)* Bien.

A – Ok. Bon on arrête là.