HAL
open science

Analyse des modalités organisationnelles des dispositifs Médecin correspondant du SAMU de France en 2020 : une enquête descriptive déclarative nationale et perspectives d'évolution

Pauline Ollivier

To cite this version:

Pauline Ollivier. Analyse des modalités organisationnelles des dispositifs Médecin correspondant du SAMU de France en 2020 : une enquête descriptive déclarative nationale et perspectives d'évolution. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03463864

HAL Id: dumas-03463864

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03463864v1

Submitted on 2 Dec 2021

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de l'archive ouverte DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2021

ANALYSE DES MODALITÉS ORGANISATIONNELLES DES DISPOSITIFS *MÉDECIN CORRESPONDANT DU SAMU* DE FRANCE EN 2020 :

UNE ENQUÊTE DESCRIPTIVE DÉCLARATIVE NATIONALE
ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Mme Pauline OLLIVIER

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 17/11/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Professeur Guillaume DEBATY

Membres :

M. le Docteur Bernard AUDEMA (directeur de thèse)

M. le Docteur Yoann GABOREAU

M. le Professeur Jean-Nicolas LEDOUX

M. le Professeur Arnaud SEIGNEURIN

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.

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

Année 2021-2022

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BETRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
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
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
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	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
PR Ass. Méd	MICHY Thiery	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
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	PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	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 Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
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	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
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 émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au Professeur DEBATY Guillaume,

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury. Je vous témoigne ma profonde reconnaissance pour l'enseignement de la médecine d'urgence et mes plus grands respects.

Au Professeur SEIGNEURIN Arnaud,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse, ainsi que de me faire l'honneur de juger ce travail.

Au Docteur GABOREAU Yoann,

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse, ainsi que pour l'accompagnement universitaire rigoureux durant mon internat de médecine générale.

Au Docteur AUDEMA Bernard, Directeur de thèse,

Merci de m'avoir accompagnée dans ce travail.

À l'association Médecins de Montagne et MCS AURA, particulièrement à Marie COTTAREL-SCHUSSLER et à Béatrice MITHIEUX pour leurs conseils et leur accompagnement dans mes premiers pas de médecin de Montagne et de médecin correspondant du SAMU.

Cette thèse est une petite contribution au long travail que vous menez depuis la création du réseau MCS dans notre région... Merci, entre autres, à toi **Jean-Nicolas LEDOUX** de juger ce travail.

À mes Parents, mon doublon, ma Famille, mes Amis et ex-colocs pour leurs présences et leurs soutiens de près comme de loin, entre les montagnes, la région parisienne et la Bretagne...

Aux médecins, co-internes et aux équipes soignantes que j'ai pu rencontrer lors de mes différents stages qui m'ont guidée, chacun à leur façon, de l'externat jusqu'à ce jour, de Paris à Chambéry, en passant par Grenoble et Annecy. **À mes maîtres de stage, médecins généralistes des Montagnes** de Megève, des Gets, de Flaine-Les Carroz d'Arâches pour m'avoir fait découvrir cette merveilleuse médecine des hauteurs et la fonction de MCS pendant l'internat puis ceux des Arcs de 1600 à 2000, de Morzine et de la vallée de la Haute-Tarentaise pour m'avoir fait confiance pour les remplacements. **Aux équipes des urgences SAMU-SMUR** de La Pitié-Salpêtrière et d'Annecy mais aussi aux secouristes et médecins des postes de secours seine-et-marnais pour m'avoir accompagnée et fait appréhender les urgences pré-hospitalières : des gestes de premiers secours aux médicalisations sur tous les terrains...

Vous êtes si nombreux que je ne tiendrais pas mes remerciements en une page... milles mercis.

À Guitoune, la relectrice officielle de cette thèse, merci pour le temps accordé.

Aux Montagnes et surtout aux patients pour nos sentiers croisés tout en respect...

SOMMAIRE

Page

RÉSUMÉ ..... **- 10 -**

ABSTRACT ..... **- 11 -**

LISTE DES ABRÉVIATIONS ..... **- 12 -**

INTRODUCTION ..... **- 13 -**

I.I. L'historique et l'évolution chronologique du concept MCS ..... - 14 -

I.II. OBJECTIFS de l'étude ..... - 22 -

MÉTHODOLOGIE ..... **- 23 -**

II.I. Population étudiée ..... - 23 -

II.II. Type d'étude ..... - 25 -

II.III. Modes de recueil des données ..... - 25 -

II.IV. Cadre légal et formalités administratives ..... - 28 -

II.V. Recueil et analyses des données ..... - 28 -

RÉSULTATS ..... **- 30 -**

III.I. Description de la participation à l'étude ..... - 30 -

III.II. CADRE GÉNÉRAL de fonctionnement des différents dispositifs MCS ..... - 32 -

Particularités de mise en place ..... - 32 -

Portée géographique ..... - 33 -

Gestion globale ..... - 34 -

Données concernant le nombre de MCS ..... - 35 -

Points forts, limitants et raisons des choix concernant l'organisation du cadre général et des ressources humaines MCS ..... - 36 -

Perspectives concernant le cadre général de fonctionnement ..... - 38 -

III.III. Organisations des FORMATIONS des MCS des différents dispositifs ..... - 40 -

Organismes de formations ..... - 40 -

Types de formations et d'enseignements ..... - 40 -

Types d'aides cognitives disponibles pour les MCS ..... - 42 -

Moyens d'information sur le concept MCS utilisés ..... - 45 -

Points forts, limitants et raisons des choix concernant l'organisation des formations des MCS ..... - 45 -

Perspectives concernant la formation des MCS ..... - 46 -

III.IV. Organisations de la DOTATION des MCS des différents dispositifs …..... - 48 -

Circuits et gestion de la dotation des MCS …..... - 48 -

Points forts, limitants et raisons des choix concernant l'organisation de la gestion des dotations des MCS …..... - 49 -

Perspectives concernant la dotation des MCS ..... - 51 -

III.V. Organisations des INTERVENTIONS des MCS des différents dispositifs ..... - 53 -

Modalités de pré-alerte des MCS …..... - 53 -

Modalités disponibles de déclenchement des MCS pour la régulation ..... - 54 -

Recueil des données traçantes de l'intervention ..... - 55 -

Points forts, limitants et raisons des choix concernant l'organisation de l'intervention des MCS …..... - 56 -

Perspectives concernant l'organisation de l'intervention des MCS ..... - 59 -

III.VI. Organisations de l'ADMINISTRATIF des différents dispositifs MCS ..... - 60 -

Types de rémunération pour une intervention et une astreinte MCS .....- 60 -

Points forts, limitants et raisons des choix concernant l'organisation de l'administratif et de la rémunération des MCS …..... - 62 -

Perspectives concernant l'administration et la rémunération des MCS …..... - 63 -

III.VII. Organisations de l'ÉVALUATION DE L'ACTIVITÉ des dispositifs MCS ..... - 65 -

Moyens utilisés pour l'évaluation des données d'activité des MCS …..... - 65 -

Possibilités d'évaluation des critères d'activité des MCS ..... - 66 -

Points forts et limitants et raisons des choix concernant l'organisation de l'évaluation de l'activité des MCS ..... - 68 -

Perspectives concernant l'évaluation de l'activité des MCS ..... - 69 -

DISCUSSION ..... - 70 -

IV.I. Synthèses des principaux résultats et comparaison à la littérature ..... - 70 -

IV.II. FORCES et LIMITES …..... - 92 -

CONCLUSIONS ..... - 98 -

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... - 100 -

ANNEXES ..... - 102 -

VII.I. Synthèses schématiques du concept MCS et de son évolution chronologique ..... - 102 -

VII.II. MASQUE DE SAISIE DU QUESTIONNAIRE de recueil des données …..... - 104 -

VII.III. TABLE DES FIGURES et DES TABLEAUX ..... - 105 -

VII.IV. MODÉLISATIONS des résultats et de la discussion …..... - 106 -

VII.V. GRILLE D'ANALYSE THÉMATIQUE …..... - 112 -

SERMENT D'HIPPOCRATE ..... - 130 -

ANALYSE DES MODALITÉS ORGANISATIONNELLES DES DISPOSITIFS *MÉDECIN CORRESPONDANT DU SAMU* DE FRANCE EN 2020 :

UNE ENQUÊTE DESCRIPTIVE DÉCLARATIVE NATIONALE
ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

ANALYSIS OF ORGANIZATIONAL MODALITIES FOR *CORRESPONDING PHYSICIANS OF SAMU* NETWORKS IN FRANCE IN 2020 :

A NATIONAL DECLARATIVE DESCRIPTIVE SURVEY
AND PROSPECTS FOR DEVELOPMENT

Pauline OLLIVIER

MOTS CLÉS MESH :
Réseaux locaux.
Modèles d'organisation.
Médecins de premier recours.
Santé en zone rurale.

MESH TERMS / KEYWORDS :
Local Area Networks.
Models, Organizational.
Primary care physicians.
Rural health.

FILIÈRE : Médecine Générale.

L'auteure déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.
Ce travail de thèse n'a reçu aucun financement ni compensation.

RÉSUMÉ

Contexte : Les Médecins Correspondants du SAMU sont présents dans certains territoires éloignés des structures hospitalières. Ces médecins de premier recours assurent une médicalisation plus précoce en cas d'urgences, vitales ou thérapeutiques. Cependant, les organisations précises de leurs dispositifs, efficientes pour promouvoir une égalité d'accès aux soins urgents, sont inconnues.

Objectifs : Décrire les modalités d'organisations en 2020 des différents dispositifs du concept français MCS et en dégager des perspectives d'optimisation en termes d'organisation des formations, de la dotation des MCS, du déclenchement, de la rémunération et de l'évaluation des interventions.

Méthode : Une enquête de pratique descriptive nationale par questionnaire en ligne a été réalisée auprès des référents des 35 dispositifs MCS recensés.

Résultats : 27 dispositifs ont participé à l'étude (77 %). Le nombre de dispositifs a augmenté depuis la création de ce concept, au sein de territoires spécifiques. Celui-ci était considéré comme pertinent mais fragile donc nécessitant de consolider certaines bases comme les effectifs, les collaborations et le recours à une coordination. La formation des MCS était présentée comme fondamentale, diversifiée et de qualité mais sa fréquence resterait à régulariser. Leur équipement d'urgence, également indispensable, résultait de circuits prédéfinis d'approvisionnement qui seraient, eux-aussi, à consolider et à harmoniser, de listes fonctionnelles à adapter selon l'activité, pour favoriser une dotation actualisée et sécuritaire. Les choix de visibilité des MCS, pour les centres de régulation du SAMU-Centre 15 lors du déclenchement de leur intervention, différaient, avec parfois un manque de reconnaissances, source de défaut de sollicitations. L'utilisation de forfaits apparaissait comme simple, valorisant et une transparence de la chaîne de paiement a été proposée. Enfin, les items d'évaluation de l'activité, majoritairement recueillis, gagneraient à être stratifiés pour plus de pertinence dans les analyses et les retours de ces données.

Conclusions : Les expériences sont diverses et les axes d'optimisation dégagés ont tendance à favoriser l'harmonisation et l'accompagnement, pour chaque item d'organisation, par différents moyens dont la portée sera à définir : informatisation, mutualisation, ressources humaines. Cette enquête souligne la nécessité d'actualiser un référentiel commun impliquant les différents acteurs et pourrait servir d'appui à sa rédaction.

ABSTRACT

Background : The french *corresponding physicians for emergency medical services* networks (so-called « MCS » for « *médecin correspondant du samu* » or PRIME general practitioner) are present in some remote areas of hospitals. These primary care physicians provide earlier medicalization in the event of vital or therapeutic emergencies. However, the precise organizations of their networks, efficient in promoting equality of urgent care, are unknown.

Objectives : Describe the organizational modalities in 2020 of the various networks of MCS in France and identify the prospects for optimizing in terms of organization of trainings, MCS's medical equipments, trigger, remuneration and evaluation of interventions.

Methods : A national descriptive practice online survey was carried out among the referents of the 35 MCS identified networks.

Results : 27 networks participate to the study (77 %). The number of networks has increased since the creation of this concept, within specific territories. This one was considered relevant, but fragile, therefore requiring consolidating some bases such as the workforces, the collaborations and the coordination. The MCS's training was presented as fundamental, diversified and of quality but its frequency would remain to regularize. Their medical equipment, also essential, resulted from predefined supply circuits which also need to be consolidated and to harmonize, and functional lists to be stratified, to promote updated and secure equipment. The visibility choices of MCS, for the emergency medical call regulation centers when the intervention was triggered, differed, sometimes with a lack of recognition, which source of lack of solicitations. The use of packages appeared to be simple and rewarding and transparency of payment chain was proposed. Finally, the activity evaluation items, mostly collected, would benefit from being stratified for more relevance in analysis and feedback of these data.

Conclusions : The experiences are diverse and the axes of optimization identified tend to favor harmonization and support for each item of organization by different ways, whose scope will be defined : computerization, pooling, human resources. This survey underlines the need to update a common reference system involving the various actors and could serve as a support for its drafting.

ABRÉVIATIONS

AC : Arrêt Cardiaque

AMU : Aide Médicale Urgente

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPC : Développement Professionnel Continu

ECG : Électrocardiogramme

FIR : Fonds d'Intervention Régional

IDE : Infirmier Diplômé d'État

ISP : Infirmier Sapeur-Pompier

MCS : Médecin Correspondant du SAMU

MSP : Médecin Sapeur-Pompier

PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PISU : Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

PRIME : Primary Response In Medical Emergencies

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SCA : Syndrome Coronarien Aigu / **STEMI :** ST Elevation Myocardial Infarction

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SP : Sapeur-Pompier / **SPV :** Sapeur-Pompier Volontaire

VSM : Véhicule de Secours Médical / **VRM :** Radio-Médicalisé / **VLI :** Léger Infirmier

INTRODUCTION

En France, les Services d'aide médicale urgente (SAMU) permettent notamment aux personnes présentant un état aigu pathologique grave, potentiellement vital, de bénéficier d'une médicalisation rapide en tous lieux. Cette médicalisation est assurée, essentiellement par les Structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sur décision du médecin régulateur du Centre de réception et de régulation des appels (CRRA) du SAMU. Afin de réduire les délais de réponse à l'urgence dans certains territoires éloignés de ces structures hospitalières, des dispositifs complémentaires, les Médecins correspondants du SAMU (MCS), ont été mis en place depuis une quinzaine d'années. Le concept et leurs modèles organisationnels se sont progressivement développés et ont évolué afin de répondre à l'accessibilité des soins urgents dans ces territoires par une médicalisation de proximité. Cependant, les organisations précises en pratique de ces dispositifs, efficientes pour promouvoir une égalité de ces soins, sont inconnues.

La **définition** actuelle de la **fonction de médecin correspondant du SAMU** est un médecin de **premier recours**, **volontaire**, **formé et équipé** pour répondre à l'urgence. **Collaborateur occasionnel** à la mission de service public d'Aide médicale urgente (AMU), il est considéré comme un **premier intervenant médical compétent** pour les SAMU-Centre 15/112 agissant dans des **zones particulièrement isolées où l'intervention d'un SMUR terrestre dépasse les trente minutes** [1]. Une synthèse explicative du concept est présentée en Annexe 1 a. En pratique, cette fonction est surtout assurée par des médecins généralistes exerçant en cabinets.

Avant d'analyser dans ce travail les organisations des dispositifs actuels, l'historique du concept de MCS et ses contextes politiques seront détaillés avec l'évolution législative, textuelle et organisationnelle encadrant ces dispositifs territoriaux qui actuellement sont soutenus par les Agences régionales de santé (ARS) et les différents partenaires : centres hospitaliers de référence, SAMU (régulations et centres de formation), associations, SDIS (Services Départemental d'Incendie et de Secours). Un résumé schématique est disponible en Annexe 1 b.

1.1. L'historique et l'évolution chronologique du concept MCS

Si le terme de MCS est relativement récent, le concept de médecins généralistes éloignés des structures d'urgences, mais se donnant les moyens d'intervenir auprès de patients présentant une situation urgente dans leur territoire d'exercice, est beaucoup plus ancien alors qu'il n'existait pas forcément de structuration législative, logistique ni de financement spécifique.

Du point de vue législatif, la dénomination de la fonction de *Médecin Correspondant du SAMU* a été introduite en 2003 par la *Circulaire ministérielle DHOS/O 1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences*, qui a été le premier texte fondateur de ce concept : L'idée étant de *développer la mise en réseau des professionnels de l'urgence*, de renforcer et d'aider au *maillage des territoires* en tant que premier *relai*, *formé à l'urgence* et en *complément des SMUR* déclenchés de façon systématique et simultanée avec les autres intervenants de l'urgence (pompiers, secouristes, ambulanciers privés) pour *réduire les délais d'intervention.* Et ce, *afin de permettre une gestion du risque immédiat, qui met en jeu le pronostic vital, dans des délais adaptés* et *en particulier dans les départements où la dispersion de la population et la limitation des moyens de secours soulèvent des difficultés*. Le but est donc de réduire les inégalités entre les territoires en termes d'accès aux soins urgents et de rendre compte régulièrement de la qualité du dispositif : *évaluation régulière de la sécurité de la prise en charge, de la rapidité et de la qualité de la réponse apportée* ainsi que du gain dans l'adaptation des moyens SMUR (annulation). Cette circulaire et son annexe présentaient les ébauches textuelles d'organisation avec une *formation* (reconnue par l'autorité hospitalo-universitaire de référence en collaboration avec les Centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU), les régulations, les services d'urgences et des SMUR, potentiels terrains de stage) et un *équipement minimum en matériel* d'urgence dédié.

Les médecins correspondants du SAMU seront ensuite ancrés comme *membres du réseau de prise en charge des urgences* en 2006 par *le Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique* (Article R.6123-28).

Ces débuts d'organisation ont été précisés en continuité dès 2007 par une nouvelle circulaire datant du 13 février relative aux MCS (*ANNEXE IV* de la *Circulaire DHOS/O1 n°2007-65*). Ainsi, le texte mentionnait que les zones d'action des MCS étaient préalablement identifiées par les Agences régionales d'hospitalisation dont leurs missions ont été reprises actuellement par les ARS depuis 2010. De plus, cette circulaire explicitait les missions et le cadre d'intervention des MCS avec l'introduction d'un *contrat devant être établi entre le MCS et l'établissement siège du SAMU, afin de préciser les modalités de formation et d'équipement*. Étaient aussi citées les possibilités de choix du statut par le candidat médecin qui vise à réglementer son cadre statutaire d'intervention : il apparaissait alors la qualité de *collaborateur occasionnel du service public* pour les médecins libéraux exerçant cette fonction. Cette qualité, consacrée par le Conseil d'État, place *sous un régime spécifique de responsabilité les particuliers qui, sans être agent public, participent au service public à la demande de l'administration*. Il est également possible pour un MCS d'être recruté par l'établissement siège du SAMU de référence en tant que *praticien attaché*. Dans ce cas, l'établissement siège du SAMU veillera à ce que la rémunération soit ajustée au nombre de demi-journées effectivement réalisé pour le compte du SAMU. Enfin, la circulaire de 2007 détaillait que la *fonction de MCS est complémentaire à leur participation à la Permanence des soins ambulatoires* (PDSA) et que ces deux entités ne sont pas exclusives entre elles.

En 2012, la définition du concept a été précisée avec l'introduction de la notion d'objectif de délai d'intervention médicale avec l'idée de garantir à tous les Français un égal *accès aux soins urgents en moins de trente minutes* [1-2]. Objectif temporel soutenu, sous la directive des engagements politiques présidentiels, parmi les mesures de lutte contre les déserts médicaux, les inégalités d'accès aux soins et de leurs impacts sur la population énoncées dans les réformes *Pactes Territoire Santé* de 2012 puis de 2015 [2]. Cela avait permis de relancer la création de dispositifs MCS avec un bilan final des Pactes en 2016 encourageant puisqu'il était mentionné que les MCS, alors au nombre de 580, permettaient de couvrir plus rapidement près d'un million de Français en soins urgents [2].

En vue de la rédaction synthétique d'un guide de déploiement MCS, des précisions ont été apportées par le ministère de la Santé en 2013 concernant le financement avec le Fonds d'intervention régional (FIR) dans une instruction datant du 6 juin 2013 [1]. Il était alors demandé aux ARS de promouvoir le dispositif des MCS dans les territoires isolés, en respectant les organisations en place (et notamment sans déstabilisation de la PDSA), la souplesse du dispositif et le mode d'exercice souhaité par les médecins avec des *crédits délégués dans le FIR*, ce qui permet le *financement de l'ensemble des acteurs contribuant au dispositif* (MCS, réseau de MCS, établissement public de santé siège du SAMU). Cela comprend pour le MCS, le financement de ses interventions (selon le mode d'exercice choisi), la mise à disposition à titre gracieux du matériel et des médicaments nécessaires à ses interventions (par l'établissement de santé siège du SAMU) et enfin la possibilité d'indemniser les journées de formation (mais ceci restant à l'appréciation de l'ARS). Concernant les établissements publics de santé sièges du SAMU, il s'agit notamment de l'aide à l'acquisition et de l'entretien de la dotation fournie aux MCS et de l'aide possible au financement également des autres acteurs comme les organisations ou structures qui regroupent et appuient le déploiement du MCS ou, par exemple, organisent leur formation. Le texte faisait référence à la rémunération de l'astreinte mais il n'existe pas d'obligation réglementaire à organiser un tableau de gardes ou d'astreintes des MCS. En conséquence, au niveau réglementaire, il n'y a ni paiement systématique des gardes ou d'astreintes au titre des fonctions de MCS ni réquisition possible.

Cette même instruction, fixait les différents modes d'exercice d'intervention possibles du MCS en tant que médecin *volontaire* et venait en complément des modes d'intervention déjà envisageables dans la circulaire de 2007 selon le type d'exercice habituel du médecin :

Le médecin libéral peut ainsi garder son mode d'exercice habituel avec des cotations à l'acte spécifiques [1] et une facturation directement au patient mais, s'agissant d'une mission d'AMU, il ne peut pas être question de dépassement d'honoraire. Le médecin peut également signer un contrat d'admission des médecins libéraux en établissement public de santé : dans le cadre de ce contrat, il participe à la mission de service public d'AMU tout en conservant son mode

d'exercice libéral mais, par dérogation au droit commun, les honoraires du médecin sont facturés directement par l'établissement public de santé, siège du SAMU à l'Assurance maladie.

Était de nouveau précisée la possibilité d'un contrat de praticien attaché à l'établissement public de santé (avec une rémunération mensuelle) mais ce type de contrat nécessite une certaine régularité dans la pratique de MCS puisque, le contrat de praticien attaché fixe le nombre de demi-journées que le médecin consacre au service hospitalier (au minimum une demi-journée par semaine consacrée à l'activité de MCS en sachant qu'il est convenu qu'une intervention MCS équivaut à une demi-journée avec une grille selon l'ancienneté dans la fonction de MCS).

Concernant les médecins salariés, il n'existe pas d'obstacles juridiques à ce qu'un médecin salarié (par exemple d'un centre de santé, d'une structure d'exercice regroupé, voire d'un autre établissement de santé, ou même d'un praticien en milieu hospitalier) soit volontaire pour exercer les fonctions de correspondant du SAMU. La rémunération conseillée découle d'une convention tripartite entre le MCS, l'employeur et l'ARS.

Ce même texte introduisait la notion d'assurance et de responsabilité avec une couverture assurantielle garantie par l'établissement siège du SAMU. Ainsi, les dommages causés ou subis par le médecin dans le cadre de ses fonctions de MCS sont couverts (ex. accident de circulation, blessures lors de son intervention...).

Par rapport aux compléments juridiques introduits par l'instruction du 6 juin 2013, il était rappelé que la fonction de MCS peut être couplée avec la PDSA mais également aux missions de Médecin sapeur-pompier (MSP) à condition de veiller à leur articulation et à la cohérence des dispositifs. Le texte précisait que *les conditions d'intervention et de rémunération des différentes missions* (MCS/PDSA/MSP) *sont différentes* et que, par nature, *les interventions demandées par le SAMU au titre de l'AMU priment sur les autres missions*. Tout en mentionnant qu'il *appartient au SAMU-Centre 15 de réguler et de déclencher le MCS seulement lors de situations d'urgence et dans des territoires identifiés comme nécessitant une réponse de ce type pour permettre un accès aux soins urgents de la population en moins de trente minutes*.

Enfin, le texte officiel actuellement le plus abouti est le guide de déploiement MCS paru en 2013 [1]. Le guide synthétise les grandes thématiques d'organisation d'un point de vue statutaire et juridique, de la formation, de la dotation, de la rémunération ainsi que de l'évaluation des dispositifs. Le guide a été rédigé de façon collaborative en concertation entre les représentants des professionnels de santé en lien avec le dispositif (fédération MCS, syndicats, sociétés et associations d'urgentistes, de médecins libéraux, d'internes et jeunes médecins) et les ARS. Son objectif est de rendre plus visible et plus lisible les modalités du dispositif pour les acteurs afin de favoriser le déploiement de la fonction de MCS et de sécuriser les conditions d'intervention notamment en les harmonisant mais tout en leur garantissant une certaine souplesse.

Le guide rappelait la définition du *médecin correspondant du SAMU* en tant que fonction occasionnelle de l'AMU avec un cadre géographique d'intervention déterminé par les ARS dans des zones situées à plus de trente minutes d'accès aux soins urgents. Elle peut ainsi être assurée par tout médecin volontaire de premier recours formé à l'urgence (généraliste ou d'une autre spécialité) s'il remplit les conditions géographiques, réglementaires théoriques et pratiques.

En termes de **condition générale d'intervention, juridique et financière**, le guide recitait que :

- le MCS signe obligatoirement un contrat avec l'établissement hospitalier siège du SAMU ; avec la précision qu'il s'agit d'un *contrat fonctionnel, sans impact sur le mode d'exercice habituel du médecin ni son statut* (qu'il soit médecin libéral, salarié ou praticien hospitalier ; médecin installé, remplaçant ou interne possédant une licence de remplacement) ; contrat qui reprend également les différents modes d'exercice d'interventions possibles qui vont conditionner le cadre juridique et la rémunération du médecin mais rester neutres en termes de responsabilité (assumée par l'établissement public de santé siège du SAMU).

- l'intervention du MCS est déclenchée obligatoirement de façon simultanée avec le déclenchement du SMUR par le SAMU-Centre 15/112. Ainsi, le MCS intervient en avant-coureur du SMUR et prend en charge le patient dans l'attente du SMUR. La possibilité d'ajustement après le bilan du MCS est confirmée afin d'adapter le transport aux besoins du patient.

- l'intervention du MCS doit se limiter aux interventions en réponse à l'urgence vitale régulées et encadrées par le SAMU-Centre 15/112 de son département et prime sur les autres missions. Le guide précisait qu'il est laissé au SAMU l'initiative de formaliser des *protocoles d'interventions MCS/SAMU* en veillant à la *cohérence des exigences de formation du MCS.*

Était explicitée la notion de continuité de cette réponse à l'urgence avec :

- la possibilité de créer des listes de présence des MCS ou des astreintes qui peuvent être compensées par une contrepartie financière (non systématique néanmoins selon l'enveloppe financière disponible).

- une souplesse d'organisation car le dispositif repose sur le volontariat des médecins et compte tenu des effectifs non optimaux pour assurer une permanence 24 heures sur 24 et de la fréquence variable des sollicitations : aucune obligation d'astreintes ni de gardes n'est exigée. L'objectif introduit étant à terme d'avoir cette réponse en continue.

- la fonction MCS non exclusive qui permet la possibilité de participer à l'activité de PDSA ou de MSP en veillant à la cohérence des différents dispositifs en précisant les critères de faisabilité dans des conditions satisfaisantes (géographie compatible, fréquence d'activité PDSA et MCS, démographie médicale) et en rappelant que les conditions d'intervention et de rémunération des différents dispositifs sont différentes.

En termes d'**évaluation du dispositif**, était réintroduit la notion d'évaluation de certains indicateurs qui avaient été mentionnés dès les premiers textes réglementaires pour suivre l'activité des MCS. Il s'agit, à titre indicatif, notamment, du nombre de MCS et de territoires couverts, d'interventions par secteur et par MCS, de la répartition jour/nuit et PDSA/hors PDSA, du nombre d'interventions relevant de la PDSA, du nombre d'intervention avec prise en charge lourde, du nombre d'interventions sans relais SMUR (annulé ou non disponible, répartition des interventions par pathologies dominantes et enfin du nombre de sollicitations avec MCS non disponibles ou non joignables). La fréquence et les méthodes d'évaluation ne sont pas détaillées dans le guide mais une fréquence annuelle était proposée dans l'arrêté de 2007.

Le guide permettait d'expliciter le développement de deux modalités d'organisation importantes des dispositifs : la formation et la dotation du MCS.

En effet, concernant la **formation,** le guide détaillait les recommandations en termes de programme et de modalités d'enseignement dans l'objectif d'acquisition de compétences pour assurer la médicalisation des urgences vitales dans l'attente d'un SMUR, avec une formalisation de ces conditions dans le contrat fonctionnel signé entre le MCS et l'établissement de santé siège du SAMU mais aussi avec une certaine souplesse dans les modules et les choix par les formateurs agréés (CESU/ou autres Organismes gestionnaires du développement professionnel continu (OGDPC)). Les modalités d'enseignement étaient ainsi détaillées avec la proposition de séminaires théoriques et pratiques, initiaux et continus (annuels), sur une durée proposée de deux jours et de stages d'immersion pratique également de deux jours. Et les modules de formation étaient aussi cités : module organisation, cardio-respiratoire, troubles de la conscience, traumatologie et analgésie, obstétrical, pathologies circonstancielles et techniques médicales et de mise en condition ; contenu minimal de formation mais avec la possibilité d'aborder d'autres sujets d'urgence de façon optionnelle comme la pédiatrie ou la psychiatrie par exemple. À noter que l'indemnisation de ces formations était précisée en fonction du cadre d'organisation du DPC (versée par l'OGDPC) ou non (versée par ARS).

En termes de **dotation,** le guide rappelait la nécessité de mise à disposition par l'établissement siège du SAMU du matériel d'intervention et de médicaments adaptés à l'usage du MCS pour répondre à l'urgence. Une proposition indicative non exhaustive d'une liste de médicaments et de matériels était fournie mais le détail des quantités et des dispositifs commerciaux sont à préciser localement dans les contrats entre SAMU et MCS. Les modalités précises de mise à disposition, de renouvellement, d'entretien et de stockage, sont à détailler également dans le contrat fonctionnel avec le MCS. L'annexion de cette liste est rendue obligatoire dans le contrat. Il était précisé que l'assurance est également réalisée par l'établissement siège du SAMU. Une volonté d'harmonisation de cette dotation aux formations mais également à celle des SMUR est vivement souhaitée.

Une certaine adaptabilité reste néanmoins possible en fonction de l'activité du MCS. De même, était notifié que certains équipements de la dotation, particulièrement onéreux, peuvent être mutualisés par secteur entre les MCS.

Ce guide a été corédigé avec la fédération *MCS France* créée en 2011. Fédération issue de la volonté d'une représentation nationale des réseaux de MCS de France. Et ce, dans l'optique d'une optimisation par la mutualisation de ces organisations et d'une aide au développement de nouveaux dispositifs. Depuis 2016, la fédération n'est plus active et a été dissoute au printemps 2019 pour laisser la possibilité de créer d'une représentation plus collégiale avec les autres acteurs du préhospitaliers : la question d'une nouvelle perspective de représentation nationale est ainsi actuellement posée avec également un projet de référentiel national MCS pour 2021.

En conclusion, les différents textes officiels encadrant le concept MCS se sont construits et précisés en quelques années. Ils permettent néanmoins une certaine souplesse, voulue et confirmée dans le guide de déploiement, et ceux malgré une volonté d'harmonisation, qui garantie la liberté aux dispositifs de s'adapter à leurs propres territoires ; quitte à expliciter et détailler ces modalités adaptées dans des documents annexes d'instructions de portée locale comme les cahiers des charges ou conventions avec l'idée que ces modalités soient reconnues par les différents acteurs localement. Il en découle l'**hypothèse que des organisations différentes puissent être mises en place en utilisant les ressources locales et les particularités des territoires pour pouvoir être personnalisées**.

Néanmoins, ces modalités d'organisation potentielles, et notamment celles efficientes pour garantir un déploiement le plus optimal des MCS, ne sont pas encore connues de façon précise.

C'est dans l'objectif de préparation de ces projets à l'échelle nationale qu'apparaît l'idée d'un état des lieux sur les différentes organisations des dispositifs de France. Ainsi, la question est de savoir **comment les dispositifs MCS de France se sont organisés pour répondre aux objectifs de déploiement et à leurs spécificités locales.**

L'amélioration de l'organisation des soins est importante à considérer en plus des progrès dans le domaine biomédical en tant que tel. Concernant les dispositifs de MCS, leurs optimisations font partie intégrante de l'objectif d'efficience d'un MCS auprès du patient. Réflexions d'optimisations actuellement intéressantes allant de pair avec le cadre de la réforme du système de santé français *Ma santé 2022* qui a, entre autres, pour objectif de travailler en amont des services d'urgences [3]. L'évolution du déploiement du concept MCS s'intègre aussi dans cette démarche dans l'idée d'une optimisation des acteurs du préhospitalier médicalisé dans les secteurs éloignés des structures d'urgences hospitalières.

1.2. OBJECTIFS de l'étude

L'**objectif principal** de ce travail est de faire le recensement des différentes organisations mises en place en 2020 par les dispositifs MCS en France. Ces modèles organisationnels seront ensuite comparés, en synthétisant les différences et les similitudes, mais aussi les points forts et limitants, les raisons des choix effectués tout en analysant l'adaptation des modalités organisationnelles (solutions apportées) des dispositifs, par rapport à leur territoire d'application et à leurs problématiques.

Cet objectif sera la base préalable aux réflexions issues de l'objectif secondaire.

L'**objectif secondaire** est d'approcher les axes d'évolution pertinents à proposer et à soutenir auprès des différentes instances dans l'objectif de gains d'efficience dans le déploiement d'un MCS.

MÉTHODOLOGIE

2.1. Population étudiée

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, il est apparu plus pertinent d'interroger les « **référents coordinateurs** » de l'ensemble des dispositifs de MCS. Ils étaient **définis comme toute personne (ou groupe de personnes) s'occupant de la coordination, ou responsable, des différents MCS d'un secteur géographique spécifié** (qu'il soit local, départemental, pluridépartemental ou régional). Ils ont été considérés comme « **experts** » du fonctionnement de leur dispositif. À défaut, les MCS eux-mêmes ont été inclus en privilégiant les MCS « non novices » afin de constituer un groupe de MCS également experts pour répondre à l'enquête. En effet, certains secteurs n'avaient pas, ou plus, de « coordinateur » du fait de potentielles variations internes des fonctions (changement de postes, départ en retraite, démission) et des latences possibles de remplacement et d'appropriation du poste. Néanmoins, cette alternative au(x) référent(s) coordinateur(s) n'a pas été généralisée initialement dans la conception de la population cible car la plupart des réponses à l'enquête seraient des données objectives d'organisation et on pouvait ainsi s'attendre à une certaine redondance des réponses, selon les secteurs, car communes et n'apportant pas de renseignements supplémentaires. De plus, l'hypothèse énoncée était que le « référent coordinateur » aurait une vision globale de son dispositif et pourrait ainsi réaliser une synthèse des efficiences et problématiques de son fonctionnement tout en proposant des perspectives complémentaires afin de donner des éléments de réponse pour notre objectif secondaire. Cependant, la particularité d'inclure les « MCS experts » a été mise à profit pour l'exploration des questions ouvertes de perspectives afin d'augmenter les opinions et notamment pour éviter les biais de classement.

Les termes « dispositif » et « réseau » ont été utilisés indifféremment pour qualifier le regroupement (formalisé, par exemple en association, ou non) de MCS dans un même secteur. Ainsi, l'**ensemble des différents réseaux MCS** (en tant qu'unité statistique collective) représenté par ces référents coordinateurs a constitué notre **population cible d'étude**.

D'après notre expérience et l'analyse de la littérature, ces référents pouvaient avoir différents statuts : médicaux (MCS, médecin urgentiste, chef(fe) de service hospitalier (SAMU-Centre 15, CESU, accueils des urgences)) ou non médicaux (secrétariat/assistant(e) médico-administratif(ve), chargé(e) de mission). Cette entité de référent(s) a été définie spécialement pour cadrer la population cible aux besoins de l'étude. En effet, les textes réglementaires relatifs au concept de MCS ne proposent pas la désignation d'une personne officielle coordinatrice. La seule mention dans ce sens est le contrat fonctionnel signé entre le MCS et l'établissement siège du SAMU qui fixe les modalités de fonctionnement. Cependant, l'établissement siège du SAMU n'est pas une personne précisée. Ainsi, les interlocuteurs du MCS peuvent être a priori multiples (en fonction de la thématique à aborder : dotation, formation, interventions, financement...) et il n'est pas exclu d'avoir recours à un intermédiaire centralisant les demandes (dans le cadre d'une association par exemple ou une autre entité juridique formalisée).

Cette **population cible était nationale, issue de France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer (DROM)**.

Le **recensement de l'ensemble des dispositifs MCS** a été effectué en contactant les différentes ARS puis les SAMU départementaux ou pluri-départementaux (certains départements ayant deux SAMU et d'autres regroupés en un seul SAMU). Concernant les ARS, les standards téléphoniques ont été utilisés mais également les mails et les guichets uniques des Portails d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS). Les appels des secrétariats des SAMU ont été effectués grâce à une liste opérationnelle nationale de leurs numéros téléphoniques directs. Ces deux modes de recensement sont venus mettre à jour une liste effectuée en 2016 par la fédération nationale MCS (non actualisée, la fédération n'étant plus opérationnelle depuis). Les coordonnées des différents référents potentiels ont été ensuite secondairement demandées et synthétisées dans une fichier informatisé sécurisé (base de sondage).

Ces **participants** ont été essentiellement recrutés par voie électronique afin de confirmer leur fonction de « référent » et de leur demander leur accord pour participer à l'étude **(volontariat)**.

Les seuls **critères d'exclusion** pour l'analyse étaient les dispositifs considérés comme « non actifs » : soit parce qu'ils ont complètement cessé leur activité, soit par leur statut « embryonnaire » (en cours de création). Les dispositifs équivalents au niveau conceptuel mais hors cadre législatif « MCS » n'ont pas été inclus.

2.2. Type d'étude

Il s'agit d'une **étude descriptive transversale, nationale** de type **enquête de pratique** des modalités d'organisation des dispositifs MCS de France.

2.3. Modes de recueil des données

Cette enquête a été proposée sous forme d'un **questionnaire standardisé auto-administré (déclaratif) en ligne** de 38 axes de questionnement. Il a été spécifiquement créé et administré sur la plateforme LimeSurvey ®.

Le questionnaire a été rédigé à partir de la **reformulation synthétique des items du guide de déploiement MCS de 2013** [1] puis d'une revue de la littérature dans les différentes bases de données bibliographiques de sciences humaines disponibles. La revue a été effectuée par la seule investigatrice de juin à décembre 2019. Les textes issus de cette recherche ont été publiés essentiellement à partir de thèses d'exercice de médecine générale. Ainsi, les bases de données bibliographiques universitaires ont été interrogées et notamment le catalogue du Système universitaire de documentation (SUDOC), en intégrant et en croisant également les thèses disponibles sur HAL-DUMAS et les sites des plateformes d'universités, le site thèse-IMG.fr ainsi que les thèses disponibles sur le site MCS-AURA.fr. Les bases de données et revues en langue française ont été également analysées : LiSSA, BDSP, CISMeF, Irdes, CAIRN, les revues exercer et revue du praticien. De même que celles internationales dont PubMed (MEDLINE), Google Scholar, ScienceDirect, Springerlink, EM Premium et la littérature grise (dont OPEN grey). Ces requêtes dans les moteurs de recherche internationaux n'ont pas abouti à l'inclusion de références pertinentes différentes de celles trouvées dans les bases de données universitaires.

Les bibliographies des thèses retenues ont été examinées à la recherche de références supplémentaires. N'ont pas été inclus dans la synthèse les articles et thèses non disponibles gratuitement ou par l'intermédiaire de l'abonnement de l'Université Grenoble-Alpes ou via le contact direct avec l'auteur. De plus, afin d'élargir les données pertinentes, des recherches sur les bases en langue française en lien avec d'autres concepts de médecin intervenant ponctuellement sur demande en situation d'urgence (hors de son activité spécifique) ont été réalisées, notamment avec le dispositif de médecin sapeur-pompier.

Le concept est en perpétuelle évolution comme l'attestent les différents travaux de thèses fréquemment publiés dont les ouvertures proposent souvent la modification d'une ou de plusieurs modalités d'organisation. Ainsi, les notions dégagées de cette revue de la littérature ont permis d'interroger les pratiques d'organisations habituelles mais aussi, éventuellement, les pratiques d'organisation en cours d'expérimentation.

Le questionnaire d'enquête pilote a été testé en interne. Les questionnaires tests ont ainsi été successivement améliorés grâce aux conseils de deux référents du réseau MCS Nord-Alpin. De même, plusieurs médecins ont participé à la relecture. Ils étaient soit MCS soit sans rapport avec le concept. Cependant, la validation pré-test du questionnaire par des personnes de la population cible a été limitée car cette population étant, par définition, restreinte.

Enfin, cette étape a permis de calculer une estimation du temps requis pour répondre à la totalité du questionnaire à 20 minutes.

Il se structurait en **6 parties**, correspondantes aux 5 items d'organisations ayant été chronologiquement dégagés : la **formation**, la **dotation**, l'**intervention du MCS** ainsi qu'une **partie administrative** et d'**évaluation du réseau**. La première partie était consacrée à l'étude des **caractéristiques des dispositifs**.

Le questionnaire contenait majoritairement des questions fermées avec une possibilité de réponse libre à la fin de chaque axe de questionnement (« Autres ») pour permettre l'exhaustivité et la qualité des réponses, leurs précisions en termes d'informations recueillies et/ou de nuances.

Chaque partie comprend une question finale (à réponse libre) interrogeant les participants sur leurs opinions concernant les points forts, limitants et les raisons des choix des différents axes d'organisation. Le questionnaire est clôturé par une question d'ouverture (également ouverte) pour explorer les perspectives concernant les axes d'optimisation et les besoins des dispositifs.
Le questionnaire définitif est disponible en Annexe 2.

L'hébergeur du questionnaire en ligne a été paramétré pour créer un accès au questionnaire avec un lien ou code d'accès unique pour chaque dispositif avec une mention, à la personne contactée, que ce lien pouvait être diffusé à ses contacts jugés compétents à l'aider pour compléter le questionnaire. Il était ainsi proposé aux référents de remplir, au besoin, le questionnaire à plusieurs de façon collaborative, mais **un seul questionnaire rendu complet était attendu pour chaque dispositif**. Cependant, sur demande, il a été proposé une version imprimable du questionnaire en alternative (à retourner par voie postale ou numérisée). Cette option a été proposée pour éviter le refus de participation lié aux difficultés d'utilisation possibles du questionnaire en ligne mais également pour permettre de diffuser autrement le questionnaire si l'option collaborative a été choisie.

L'ensemble de la population cible a été sollicité. Les invitations et les relances pour compléter le questionnaire ont été effectuées par mail, voire par téléphone quand cela s'est avéré nécessaire. Le recensement des dispositifs et des référents a débuté en janvier 2020. L'intervalle entre chaque relance, en cas de non-réponses ou de réponses restées incomplètes, a été fixé à 15-21 jours et les relances ont été limitées à cinq. La **période de validité du questionnaire** s'est étendue jusqu'à début septembre 2020. Devant l'hypothèse initiale d'un faible nombre de dispositifs recensés et surtout de son caractère restreint, la qualité des réponses a été privilégiée notamment en proposant l'option de fractionner leur participation au questionnaire et ainsi éviter une contrainte temporelle aux participants et permettre la saturation des données et l'exhaustivité.

2.4. Cadre légal et formalités administratives

Le traitement des données entrait dans le cadre de la méthodologie de référence MR004 (recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé) publiée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Une déclaration de traitements a été effectuée auprès du délégué à la protection des données de l'Université Grenoble-Alpes pour évaluation à la date du 09 décembre 2019 sur la conformité du traitement des données sensibles selon les dispositions du règlement général sur la protection des données et de la Loi informatique et libertés.

L'**anonymisation** des données personnelles des professionnels référents a été précisée mais également celle de la correspondance entre le nom des dispositifs et les réponses. La présentation des résultats a été réalisée et regroupée par thématique et non par dispositif pour éviter l'identification implicite a posteriori.

L'investigatrice de l'étude est une médecin remplaçante également médecin correspondant du SAMU du réseau Nord-Alpin mais elle n'est pas membre du bureau de coordination de ce réseau.

2.5. Recueil et analyses des données

Toutes les données, mêmes issues d'un questionnaire partiellement rempli, ont été incluses et analysées. Les dispositifs n'ayant pas répondu ont été regroupés pour l'analyse dans la catégorie « sans réponses/données manquantes » (avec les « Ne sait Pas ») afin d'avoir plus de lisibilité dans la présentation des résultats.

Les données issues de plusieurs questionnaires pour un même dispositif ont été fusionnées pour les participants « MCS experts ».

Concernant les réponses aux questions ouvertes ou aux commentaires, après lecture multiple des réponses des participants, les idées ou concepts exprimés par chaque réponse ont été analysés en unité sémantique et synthétisés dans un tableau distinct (Annexe 5).

Les résultats des questions fermées ont été analysés statistiquement avec des variables qualitatives nominales présentées sous forme d'effectifs (n) en valeur absolue, fréquence et en pourcentages (%). Les variables quantitatives discrètes recueillies seront présentées sous forme de paramètres de position : médianes et moyennes, valeurs minimales et maximales ; associés aux paramètres de dispersion. La recherche de relation entre les données qualitatives, par l'analyse statistique des tableaux croisés, a été réalisée avec l'aide du logiciel BiostaTGV ®, utilisant le test de Fisher devant les effectifs théoriques des deux groupes pouvant être inférieurs à 5. Le seuil de significativité retenu est $p < 0,05$. Ainsi, une analyse en sous-groupe a été réalisée en fonction de l'ancienneté du dispositif MCS (considéré comme un « jeune dispositif » s'il était créé après 2015 : année du lancement du deuxième pacte gouvernemental [2]) et le nombre de MCS (estimé comme un « faible effectif » s'il était inférieur à six MCS pour un secteur spécifié : chiffre défini arbitrairement car considéré comme optimal pour constituer un groupe d'une session de formation). Analyse secondaire ayant pour but d'explorer si certaines modalités pourraient être influencées par un effet d'envergure ou temporel.

Dans l'idée d'un objectif d'évolution des pratiques, la compréhension par la description des opinions des référents sur les points forts/limitants, les raisons des choix ainsi que les perspectives envisagées concernant des différentes modalités d'organisations ont été recueillies à travers des questions ouvertes. Leur analyse statistique a été également quantitative mais avec une pré-étape de codification par analyse qualitative. Ainsi, ces réponses ont été synthétisées suite à une analyse selon la thématique de contenu (analyse catégorielle) et une présentation quantitative a été réalisée en utilisant le nombre d'occurrences analysé et calculé pour chaque idée ou concept dégagés. Cela permettra d'avoir des tendances, des pistes de réflexion et des idées directrices.

RÉSULTATS

3.1. Description de la participation à l'étude

37 dispositifs MCS ont été recensés en France en 2020. 1 dispositif a notifié qu'il était à l'état de création avec des MCS uniquement formés mais sans autres modalités organisationnelles mises en place. 1 dispositif, créé en 2019, a annoncé sa « fusion » avec deux autres dispositifs plus anciens et possède donc un modèle organisationnel mutualisé et le questionnaire n'a, ainsi, pas été complété devant l'absence prévisible de gain de pertinence pour les réponses. Ces deux autres dispositifs étaient également en cours de mutualisation avec une volonté de régionaliser leurs organisations. Néanmoins, étant tous les deux plus anciens, leurs réponses n'ont pas été regroupées pour conserver la pertinence d'analyser les expériences de leur évolution. Par contre, le jeune dispositif ayant fusionné et celui en cours de création ont été exclus de l'analyse sauf pour la partie " année de création ". Par ailleurs, 1 dispositif a signalé la cessation de l'activité de ses MCS en 2020 sur départs multiples en retraite sans successions, mais la réponse de ce dispositif a été conservée car considéré par le référent efficient jusqu'alors. Ainsi, **un total de 35 dispositifs ont pu être inclus dans l'analyse**. 6 dispositifs n'ont pas répondu à nos sollicitations, 1 questionnaire n'a pas pu être interprété pour les parties d'intérêts (réponses incomplètes à partir de la septième question). 1 questionnaire a été partiellement rempli pour les deux premières parties. **27 questionnaires complets ont pu être analysés, soit un taux de réponse à 77 %**. Parmi les dispositifs partiellement ou non-répondeurs, 4 sont considérés comme actifs et ayant plus de 6 MCS (soit 11 % des inclusions). 2 ont été déclarés quasiment inactifs, en voie de cessation d'activité, reposant que sur un seul MCS. Enfin, l'activité est inconnue pour 2 dispositifs.

Le flux de participation est représenté dans la ***figure 1*** et la répartition des dispositifs MCS en France métropolitaine et dans les DROM dans la ***figure 2***.

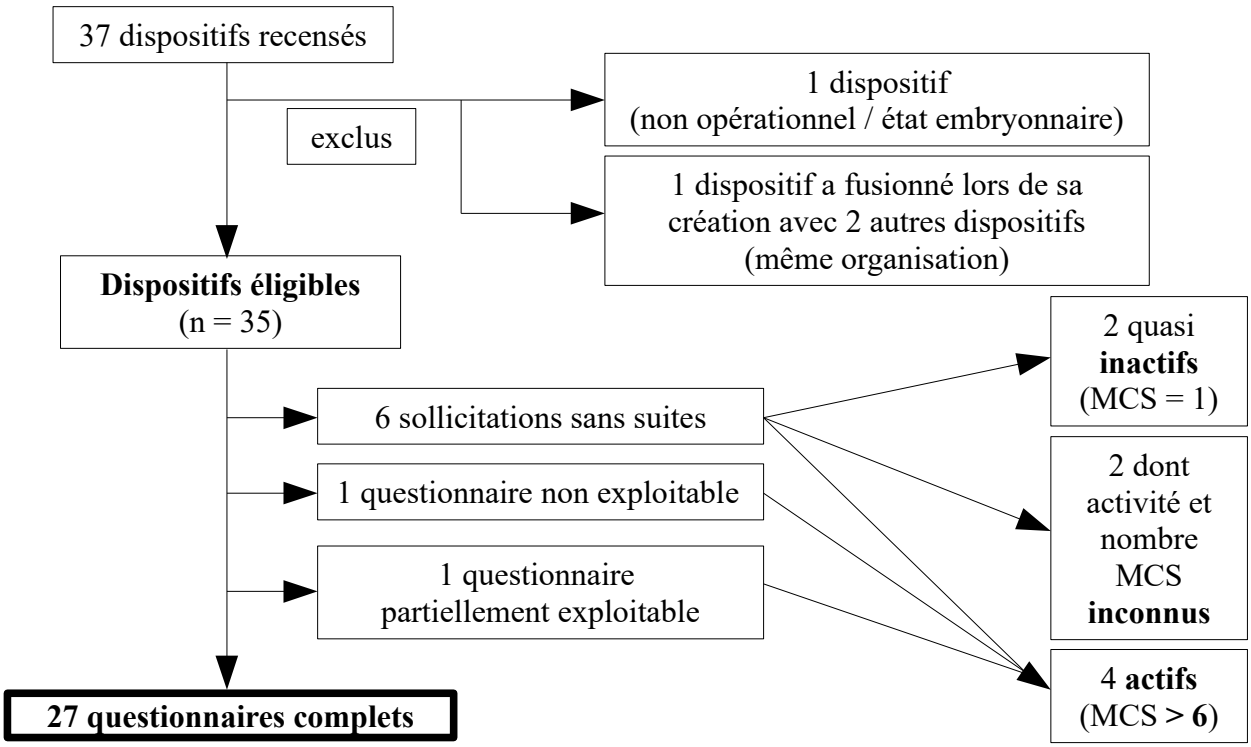


Figure 1 - Diagramme de flux des participations.

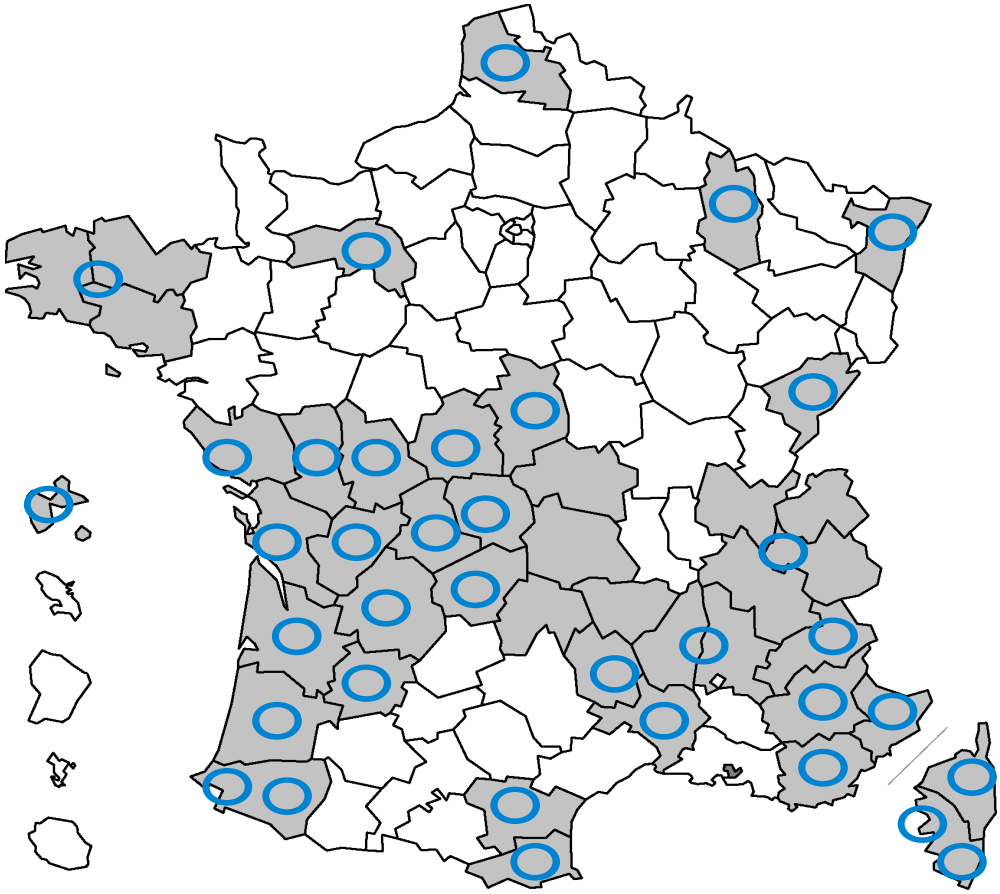


Figure 2 - Répartition des différents dispositifs MCS en 2020
en France métropolitaine et dans les DROM (Départements et régions d'outre-mer).

3.2. Cadre général de fonctionnement des dispositifs MCS de France

3.2.1. Particularités de mises en place des différents dispositifs MCS

Les dispositifs MCS se sont mis en place dans des secteurs où les délais, de prise en charge des soins urgents, sont plus longs du fait de certaines particularités de leurs territoires. Ainsi, l'analyse de la question ouverte « *description de la mise en place de votre dispositif* » a pu faire ressortir les particularités suivantes :

Tout d'abord, les dispositifs MCS diffèrent par leurs **particularités géographiques** : ils sont situés dans des secteurs montagneux (7 occurrences), dans des îles ou des presqu'îles reliées par des ponts (3 occurrences) ou encore dans des secteurs couvrant un vaste territoire posant les problématiques d'accessibilité avec des réseaux routiers de praticabilité variable, des localisations souvent imprécises, voire même complexes dans la délimitation du territoire d'intervention (4 occurrences). S'ajoute la **dépendance aux conditions météorologiques** (2 occurrences) avec la problématique des alternatives aux moyens héliportés qui peuvent être longues par jonction terrestre ou maritime.

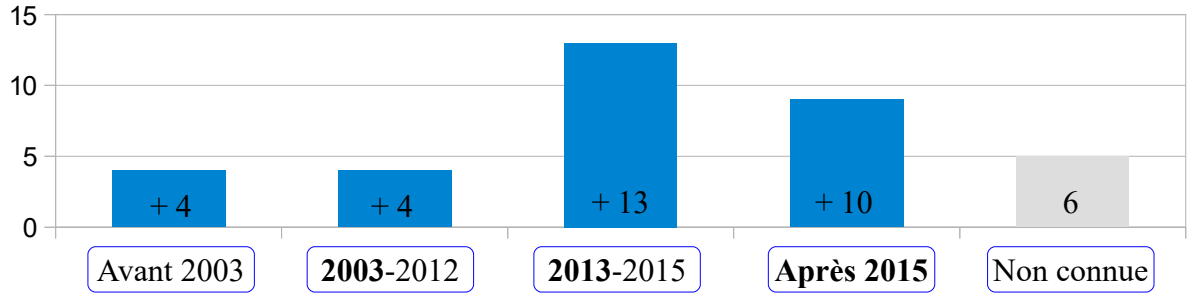
La **répartition de la population** a également été décrite comme particulière, avec une **densité pouvant être variable** (7 occurrences) avec, d'un côté une densité faible du fait d'une **ruralité** importante et des territoires de couverture d'interventions, vastes ; de l'autre, au contraire, variable avec une densité forte du fait d'une **saisonnalité**, liée au tourisme, notamment dans les secteurs montagneux et littoraux.

Surtout, **les offres de soins, inégales entre les territoires**, conditionnent les dispositifs et leur nombre de secteurs éligibles entre la répartition des structures hospitalières d'urgence, de SMUR, créant plus ou moins de nombreuses ou d'étendues " zones blanches de soins d'urgence ", et de la démographie médicale libérale pouvant prétendre, puis être volontaire, à la fonction de MCS (22 occurrences).

Enfin, les dispositifs diffèrent selon leur ancienneté avec certains dispositifs ayant été créés avant l'officialisation législative et émanent de **réseaux préexistants** proches du concept MCS (5 occurrences) comme des associations de médecins libéraux locaux ou ayant déjà une fonction

d'AMU en tant que Médecin sapeur-pompier (MSP).

La répartition du nombre de nouveaux dispositifs par périodes temporelles caractéristiques issues des différents textes sur les MCS est représentée dans la ***figure 3***.



2003 : Premier texte législatif / **2013 :** Guide de déploiement MCS / PTS 1 (2012) **2015** : Pacte Territoire Santé 2

Figure 3 - Répartition du nombre de nouvelle création de dispositif MCS concernant les 37 dispositifs recensés en fonction des périodes temporelles caractéristiques.

3.2.2. Portée géographique des différents dispositifs MCS

Un peu plus de la moitié (n = 17/33, 52 % des répondants) des dispositifs fonctionnent en **portée départementale** et un peu plus du tiers **localement** (n = 13/33, 39 %). Ceux à portée **pluri-départementale ou régionale** sont minoritaires avec 3 dispositifs (9 %) utilisant ces fonctionnements regroupés même si d'autres réseaux travaillent sur des harmonisations à ces échelles en termes de gestion des formations ou des dotations par exemple.

La répartition de ces portées géographiques est représentée sur la ***figure 4***.

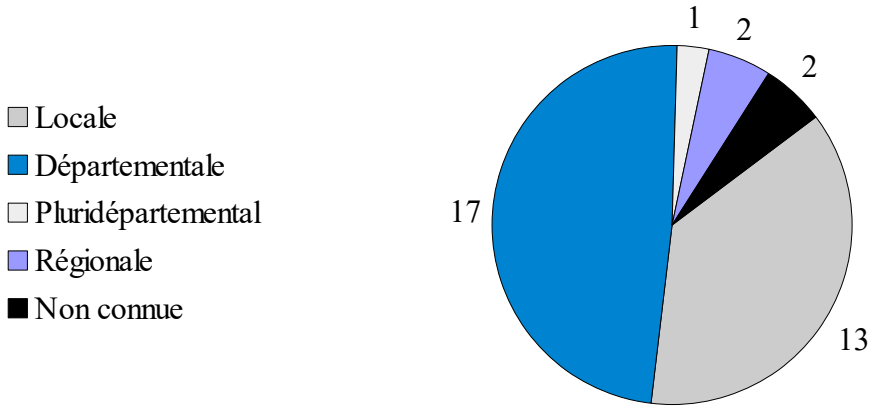


Figure 4 - Répartition de la portée organisationnelle géographique des dispositifs MCS.

3.2.3. Gestion globale des dispositifs MCS

Les dispositifs sont principalement gérés au niveau structurel par les **SAMU/ARS** (n = 18/29, soit 62 % des répondants). 9 dispositifs, soit un peu moins d'un tiers des répondants, ont recours à une **association** en complément (31 %) et 1 dispositif a fait part de l'implication d'une **clinique référente** dans la gestion de son fonctionnement global, de même un autre réseau inclut à sa gestion un **référent régional MCS** conjointement au SAMU/ARS. 22 réseaux ont recours à un coordinateur médical (n = 22/28, soit 78 % des répondants) et 6 (21 %) à une aide administrative dédiée en complément. Par contre, 5 dispositifs (18 %) n'ont pas désignés de coordination spécifique, essentiellement par leur nombre de MCS : 4 d'entre eux ont moins de 6 MCS (médiane à 3). Les données sont manquantes pour respectivement 6 et 7 dispositifs (17 et 20 % des dispositifs inclus). 19 réseaux (76 %) possèdent un **cahier des charges** les régissant.

Les répartitions de ces gestions structurelles et humaines sont représentées sur la ***figure 5 a*** et ***5 b***.

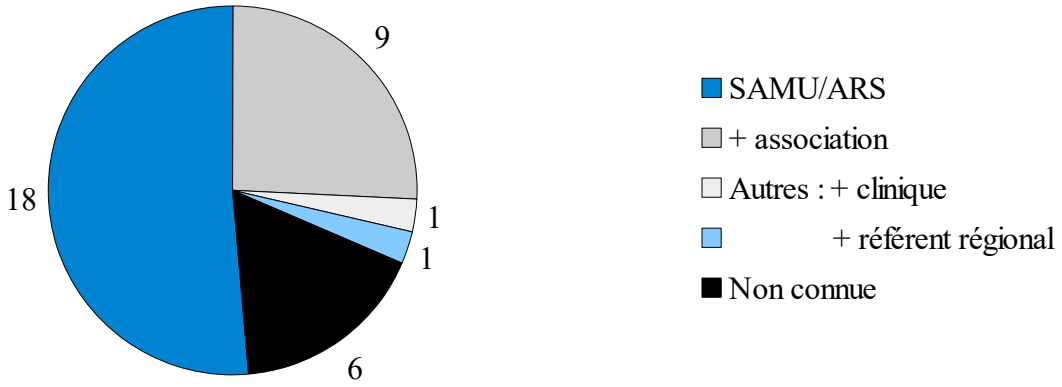


Figure 5 a - Répartition de la gestion globale des dispositifs MCS (structure(s)).

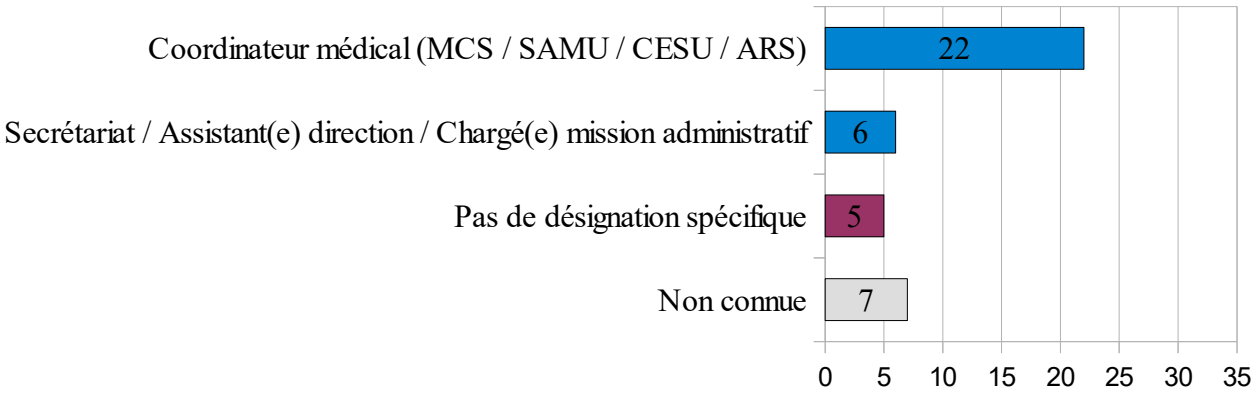


Figure 5 b - Gestion globale des dispositifs MCS (ressource(s) humaine(s)).

3.2.4. Données concernant le nombre de MCS des différents dispositifs

Actuellement, le **nombre de MCS en France est estimé à environ 508** en 2020 (allant de 1 MCS à 165 par dispositif) mais avec des chiffres non disponibles pour 4 dispositifs ; et 1 dispositif a signalé qu'il n'aurait plus de MCS à partir du début 2020. Le **nombre de secteur couvert par les MCS selon les dispositifs varient de 1 à 75 avec une médiane à 4 secteurs par dispositif** mais les données sont manquantes pour 8 dispositifs. 12 dispositifs (soit 36 % des répondants, n = 12/33) possèdent moins de 6 MCS avec une médiane MCS/secteur à 1,3 et une moyenne à 2 (calcul sur la base de 10 dispositifs ayant répondu aux items *secteur* et *nombre de MCS*) et **21 dispositifs (soit 64 % des répondants) possèdent au moins 6 MCS avec une médiane MCS/secteur à 2 et une moyenne à 2,9** (calcul sur la base de 17 dispositifs ayant répondu exactement aux items *secteur* et *nombre de MCS*). 8 dispositifs n'ont pas transmis leur nombre de secteur et 5 le nombre précis de MCS.

Concernant les **MCS les plus jeunes, la médiane d'âge est de 34 ans** (moyenne à 36,6 ans) avec comme âges extrêmes, 28 et 59 ans (données manquantes pour 9 dispositifs). Pour les **MCS les plus âgés, la médiane est à 63 ans** (moyenne à 62 ans) avec comme âges extrêmes 31 et 74 ans. Les données sont manquantes pour 9 dispositifs. **L'âge moyen des MCS est estimé à 48 ans**.

Sur la base de calcul de 24 dispositifs, ayant permis de calculer le nombre moyen de MCS par secteur et ayant fourni l'âge moyen de leur MCS, il a été estimé que la moyenne d'âge des MCS des dispositifs, ayant en moyenne plus de 2 MCS par secteur (14 dispositifs), était similaire à celle ayant moins de 2 MCS par secteur (moyennes calculées à 48 ans, médiane respectivement à 49 et 49,7 ans). Tous les dispositifs répondants décomptent le nombre de MCS à partir du contrat mis en application après la formation obligatoire.

3.2.5. Points forts, limitants et raisons des choix concernant l'organisation du cadre général et des ressources humaines des dispositifs MCS

Les réponses aux deux questions ouvertes de cette partie ont été synthétisées dans le tableau avec les occurrences des thématiques détaillées en Annexe 5 et le schéma 1 (Annexe 4). Les thématiques principales ainsi spontanément dégagées sont la **confirmation de l'intérêt du concept MCS et de ses objectifs pour le service médical rendu** (25 occurrences) en termes de **gain de temps** de réponse pour la prise en charge de l'urgence, en permettant un bilan médical précoce, une adaptation des moyens en personnels et en vecteurs pré-hospitaliers ainsi qu'une thérapeutique précoce et d'autant plus si le SMUR n'est pas disponible immédiatement lors du déclenchement ; de **renfort du maillage de l'offre de soins pour l'AMU** avec l'intérêt de la proximité locale inhérente au lieu d'exercice et de la connaissance « de terrain » du MCS exerçant sur le territoire défini (15 occurrences). Intérêt également en termes de **soutien organisationnel**, unificateur, avec notamment la formation et la dotation spécifiques, permettant de proposer aux MCS un travail sécurisé reconnu et de rompre avec leur isolement géographique, tout en gardant une certaine flexibilité de la fonction pour qu'elle ne soit pas contraignante et qu'elle soit attractive (15 occurrences). Aussi, l'intérêt de la **collaboration Ville-Hôpital** au travers du lien « MCS-SAMU » et **l'appui des ARS** en termes de financements divers sont plébiscités (17 occurrences) mais il est ciblé parfois un manque de reconnaissance ou d'engagement par le SAMU, l'Hôpital ou l'ARS selon les secteurs, marquant une **possible fragilité institutionnelle** pour le concept : défaut de reconnaissance de l'intégration du dispositif au(x) système(s) existant(s), mais aussi des compétences et des limites des MCS, ou défaut de la pérennisation des différents engagements dont les formations et les financements (8 occurrences). D'ailleurs, 7 dispositifs ont mentionné spontanément que leurs médecins étaient motivés avec une attractivité pour les principes et les objectifs du concept MCS.

Certaines modalités d'organisation spécifiques complémentaires, pour la gestion, sont perçues comme un point fort et spécifiquement le **recours à une coordination** (personne ou groupe) (10 occurrences) via l'intégration, par exemple, à une association ou à une structure privée de type

clinique (par son emplacement stratégique) qui coordonne le dispositif. L'idée d'une coordination est mise en avant en qualité d'interface reconnue avec un seul interlocuteur entre, par exemple, MCS, ARS, directions hospitalières, assistants (ARM) et médecins régulateurs, urgentistes, formateurs, préfecture, pour faciliter les discussions dans l'étude des différents projets ; qualité également pour la promotion et afin d'assurer une harmonisation de points clés dans le dispositif via la rédaction commune de cahiers des charges ou de conventions, bases, qui peuvent être ainsi opposables aux différents acteurs du concept. Néanmoins, un dispositif a signalé qu'une généralisation n'était pas possible actuellement à cause d'une disparité, entre secteurs, trop importante, du fait de leur éloignement géographique et des fonctionnements intrinsèques des différents cabinets médicaux. De plus, la problématique du temps imparti à cette gestion est une limite énoncée à la création de tel(s) statut(s), de même que pour les aides administratives (3 occurrences).

Quelques dispositifs ont fait part d'organisations complémentaires aux MCS pour permettre un gain et un appui humain en interventions et notamment par l'expertise technique avec l'**intégration possible au dispositif d'Infirmiers** sapeurs-pompiers (ISP) ou au recours à des infirmiers de proximité libéraux ou de l'hôpital local (non doté d'un SMUR) (5 occurrences). Cette aide est décrite comme un point fort en termes de sécurité et de sérénité en intervention par la constitution d'une équipe locale mais cette aide paramédicale n'est pas systématiquement couplée au déclenchement du MCS du fait d'une problématique de carence possible de disponibilité en ressources humaines, pour de telles fonctions.

Des dispositifs ont aussi souligné l'importance de fusionner les moyens humains médicaux pour l'AMU pour plus de visibilité et pour renforcer, par gain numérique, le nombre de MCS et leurs couvertures spatiale et temporelle, en **intégrant, au dispositif, les Médecins sapeurs-pompiers (MSP)** (3 occurrences) qui sont, dans des secteurs éligibles pour leur partie " urgence ", ce qui éviterait les problématiques de « concurrence » des deux systèmes décrites par 2 dispositifs. La nécessité d'harmonisation des rôles est soulignée pour dispenser également des questionnements

sur le statut interventionnel lors d'une mission AMU pour les « doubles casquettes » (MCS et MSP).

La **problématique des ressources humaines MCS**, malgré certains moyens envisagés car existant antérieurement, reste le point limitant le plus récurrent pour la plupart des dispositifs (22 occurrences) avec des **recrutements difficiles** à la fois par une démographie médicale déficitaire, sa répartition et par un manque de compensation des départs des médecins MCS (retraite, démission, absences non remplacées). S'ajoute la problématique du volontariat à la fonction entre la crainte de l'urgence (urgence vitale, gestes techniques), celle de la charge de travail entre co-gestion du cabinet médical libéral, vie extra-professionnelle et les missions MCS, l'éloignement, mais également celle de la contrainte dans la gestion temporelle entre les formations, les astreintes, la gestion de la dotation et l'administratif en plus des fonctions habituelles du médecin. Au contraire, il est notifié par 4 dispositifs une difficulté en lien avec la définition du zonage d'application du concept MCS avec certaines zones définies étant, au final, très peu sollicitées ou sans plus-values notables avec un délai d'arrivée entre le MCS et le SMUR jugé trop court. Par voie de conséquence, une possible démotivation du MCS, mais aussi, un possible frein à l'adhésion pour les autres médecins candidats ont été soulignés.

Ces difficultés sont signalées comme expliquant une permanence temporelle et/ou une répartition géographique (maillage territorial) et une reconnaissance des MCS non optimales dans certains secteurs.

Enfin, une possible inertie, liée au temps nécessaire pour un avoir un opérationnel optimal chez les " jeunes dispositifs ", a été signalée par un dispositif.

3.2.6. Perspectives concernant le cadre général de fonctionnement des dispositifs MCS

Les perspectives proposées par les dispositifs ou déduites des items " points forts et limitants " pour l'optimisation concernant le fonctionnement général et des ressources humaines MCS sont présentées dans le ***tableau 1***.

Thématiques synthétisées : **Perspectives** pour l'optimisation concernant le **fonctionnement général et des ressources humaines MCS**
Favoriser le gain humain volontaire MCS :
● **Diminuer les freins au recrutement modifiables** : Formations/dotation solides, aides diverses pour gain de temps, rémunération, maintien flexibilité ● **Sensibiliser** notamment les **jeunes médecins** : - Fonctionnements sécurisants et informations sur plus-values - Ouvrir les candidatures aux médecins remplaçants, sensibiliser dès l'internat de médecine. ● **Favoriser la collaboration avec les MSP** dans les zones éligibles (convention « MCS/MSP) : - Fonctionnement unitaire et uniformisation statutaire (pour renforcer le maillage territorial mais surtout la visibilité pour le SAMU)
Optimiser les points forts :
● Travail sur la **collaboration des différents acteurs** (MCS, SAMU/hôpital, ARS, SDIS, CDOM) +/- documents opposables corédigés avec échelle d'application à définir ● Travail sur la **coordination** : - Personne ou groupe formalisé avec temps dédié, reconnu, - médicale mais aussi administrative. - Réflexion sur réactivation à l'échelle nationale d'une fédération ou équivalent ● Travail sur une **plateforme en ligne multiservice commune** (dont programmation de réunions de travail des projets communs, informations diverses) ● Travail sur l'**optimisation du gain de temps** (organisation intra-cabinet/MCS) CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

Tableau 1 - Perspectives concernant le cadre général des dispositifs MCS.

3.3. Organisations des formations des MCS des différents dispositifs

3.3.1. Organismes de formations des différents dispositifs MCS

Concernant l'organisation de la formation des MCS, les différents dispositifs fonctionnent essentiellement avec les **CESU de leur département** (13 dispositifs sur 28, soit 47 % des répondants), 2 ont recours à un **CESU d'un autre département** (7 % des répondants), 9 travaillent en **CESU pluridépartemental** (partage pour la formation initiale, continue plus à proximité, partage des moyens (simulation, haute fidélité)) et 2 dispositifs ont recours à une formation par des **urgentistes et/ou réanimateurs hors cadre CESU ou en complément**, 2 dispositifs via le **CESU et un organisme privé en complément**. La répartition des organismes de formation proposés aux MCS est représentée dans la ***figure 6***.

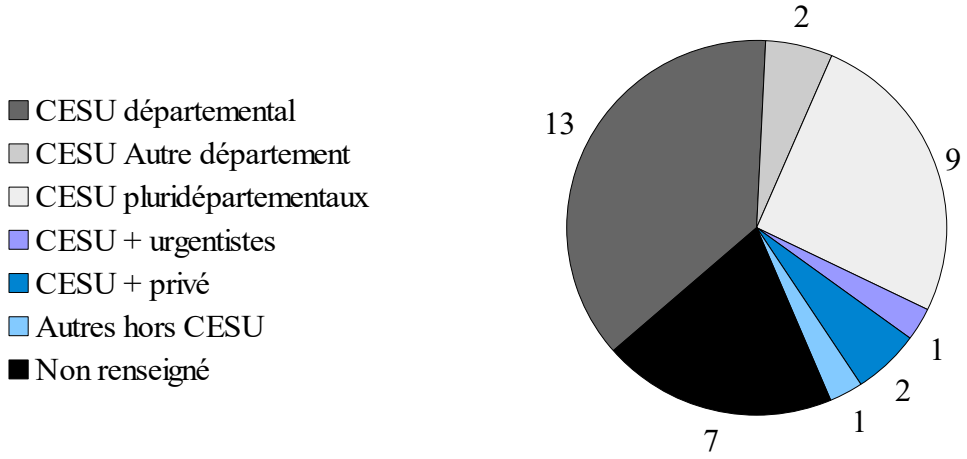


Figure 6 - Répartition des organismes de formations proposés aux MCS.

3.3.2. Types de formations et d'enseignements des différents dispositifs MCS

Parmi les dispositifs répondants, 10 possèdent un groupe de travail " formation " (38 %) constitué, de façon variable, des différents partenaires des MCS : représentant(s) MCS, CESU, autres intervenants des formations...

La totalité des dispositifs répondants proposent une formation spécifique à leur MCS. La formation initiale distincte est présente théoriquement pour 24 dispositifs et 20 proposent une formation continue distincte de la formation initiale. 12 dispositifs couplent ces deux formations.

Les chiffres entre ces trois modes d'organisation ne sont pas superposables car des dispositifs changent leur fonctionnement en fonction des années et le nombre de MCS nouvellement arrivés (2 dispositifs ont précisé cette particularité). **De plus, 9 dispositifs (soit un tiers des dispositifs répondants, 32 %) ont signalé que les formations continues annuelles n'étaient pas systématiquement effectives malgré le caractère " obligatoire " théorique du guide de déploiement, essentiellement par défaut de participants et/ou de formateurs**. Le nombre de MCS supérieur à 5 dans le dispositif serait plus susceptible d'influencer la tenue régulière des formations continues ((57 % versus 7 %), ***p = 0,003***, IC à 95 % [0.004 ; 0.52]). Par contre, l'ancienneté du dispositif (créé avant 2015) n'avait pas d'influence significative ((50 % versus 21 %), *p = 1*, IC à 95 % [0.017 ; 10,3]) (Annexe 6).

Des formations en complément à celles obligatoires sont proposées à moins de la moitié des dispositifs répondants, soit sous forme de formations formalisées spécifiques aux MCS (formation volontaire, complémentaire, avec thèmes ponctuels de formation), ou avec d'autres participants hors MCS, ou en participant à des congrès à thématique " urgences ". La répartition des types de formations est représentée dans la ***figure 7***.

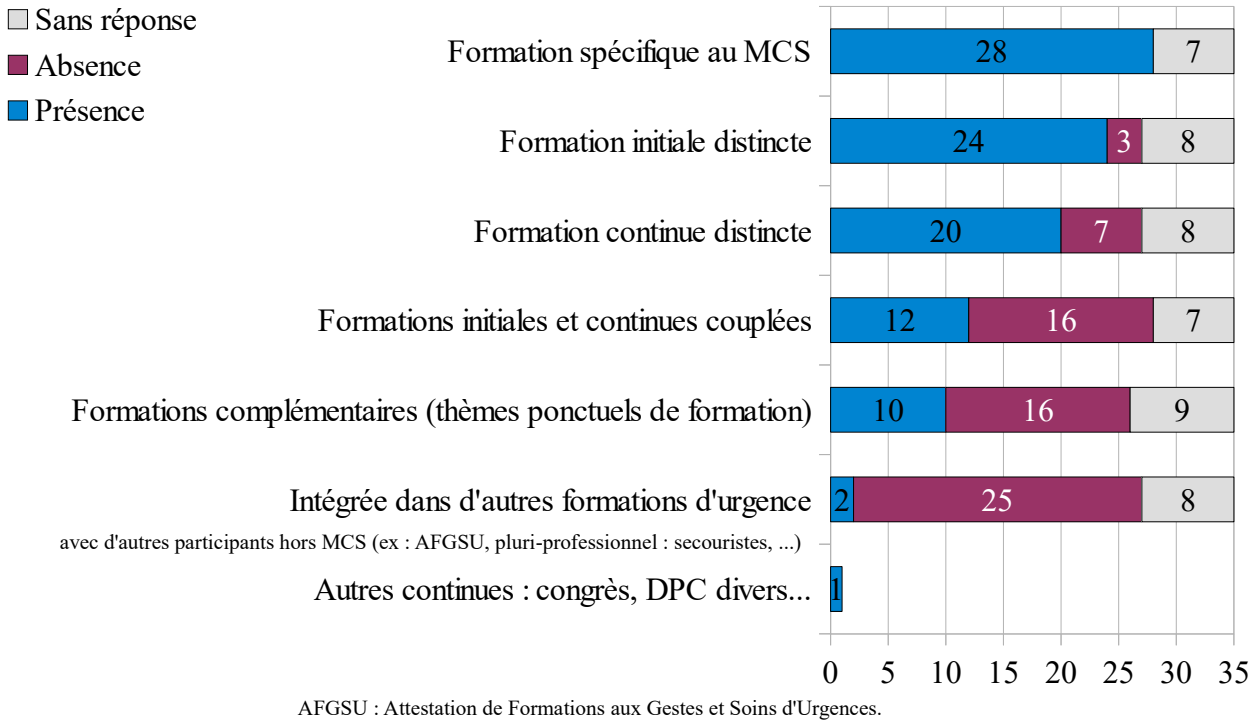


Figure 7 - Répartition des types de formations proposés théoriquement aux MCS.

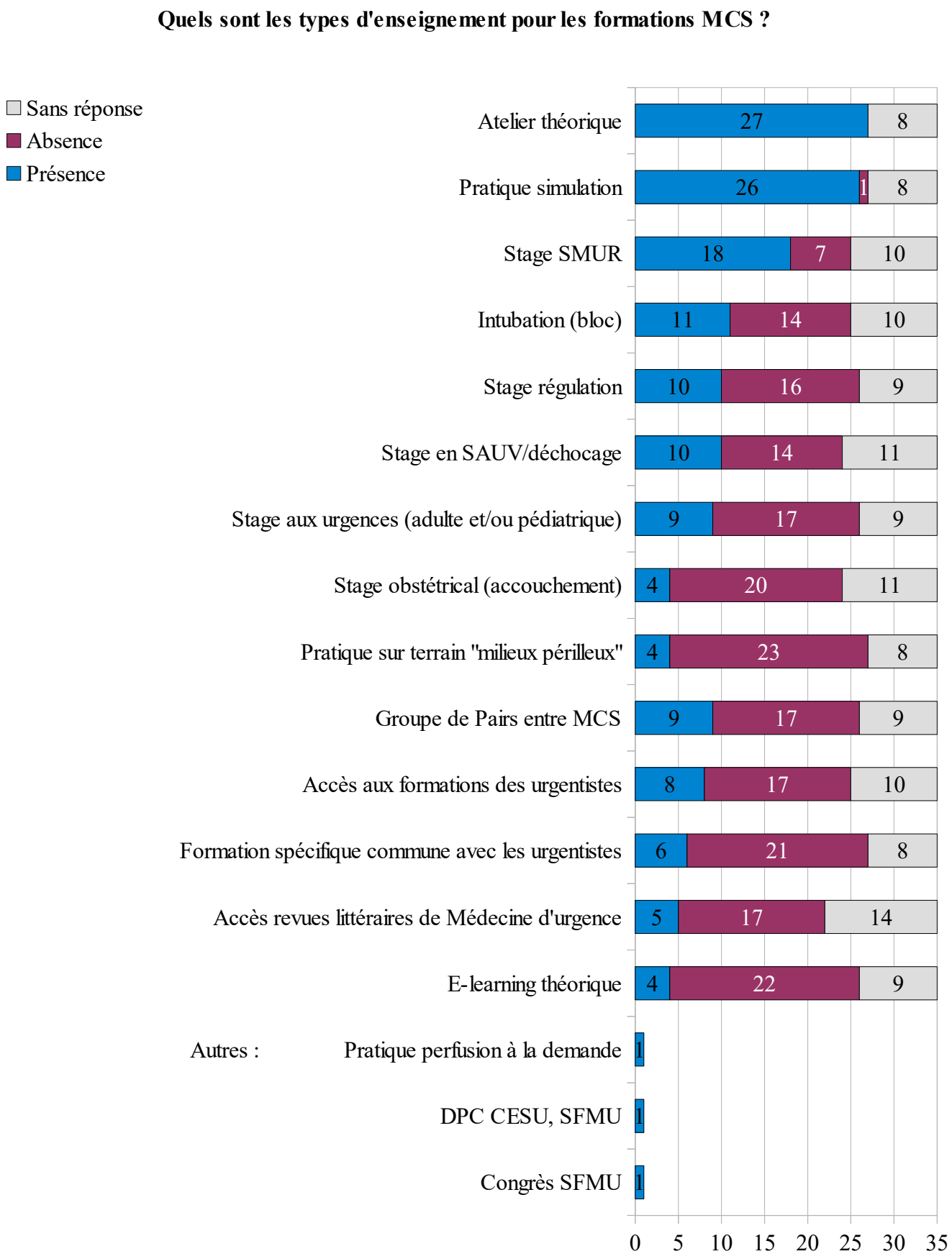
Les formations intègrent quasiment tous une pédagogie par **atelier théorique et par simulation** avec des thématiques variant selon les années pour 20 dispositifs (11 sans réponse). Les **stages pratiques** (qu'ils soient au sein du SMUR, au bloc opératoire (entraînement à l'intubation), en salle d'accouchement, aux urgences (entraînement à divers gestes dont la pose de voie veineuse périphérique (VVP)), en salle de régulation) ne concernent pas tous les dispositifs. Le stage le plus courant est celui effectué auprès des équipes du SMUR (18 dispositifs) et les autres sont possibles pour moins de la moitié des dispositifs répondants. Les **autres types d'enseignement** proposés dans le questionnaire sont plus minoritaires. La répartition des types d'enseignement est représentée dans la ***figure 8***.

Les **durées des différentes formations** sont de 2 à 8 jours pour la formation initiale, si elle est distincte, et de 1 à 4 jours par an pour la formation continue. Des sessions d'une journée ou de demi-journée, ainsi que des formats courts (3 heures) (par exemple en soirée) de formation existent pour les MCS selon leurs disponibilités.

Une **indemnisation pour perte de ressources** est proposée au trois quart des dispositifs lorsque leur MCS assistent aux formations obligatoires (n = 21/28, 75 % des répondants).

3.3.3. Types d'aides cognitives disponibles pour les MCS des différents dispositifs

Les **aides cognitives protocolaires adaptées et fournies pour les MCS à utiliser lors des interventions** sont disponibles pour 61 % des répondants (n = 16/26) et à 23 % pour les **aides aux préparations thérapeutiques**. Néanmoins, l'utilisation de **ressources du réseau d'urgence régional ou local (hôpital)** est utilisée par 13 dispositifs, soit la moitié des répondants. Avec 6 dispositifs utilisant les deux moyens. Le recours à l'accessibilité informatique de ces documents est minoritaire à 23 % des répondants. Les autres aides cognitives disponibles, décrites par les référents, ont été un partage des livrets thérapeutiques SMUR/SAMU et des applications smartphones d'urgence (***Figure 9***).



SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales / SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

Figure 8 - Répartition des types d'enseignement dans les formations MCS.

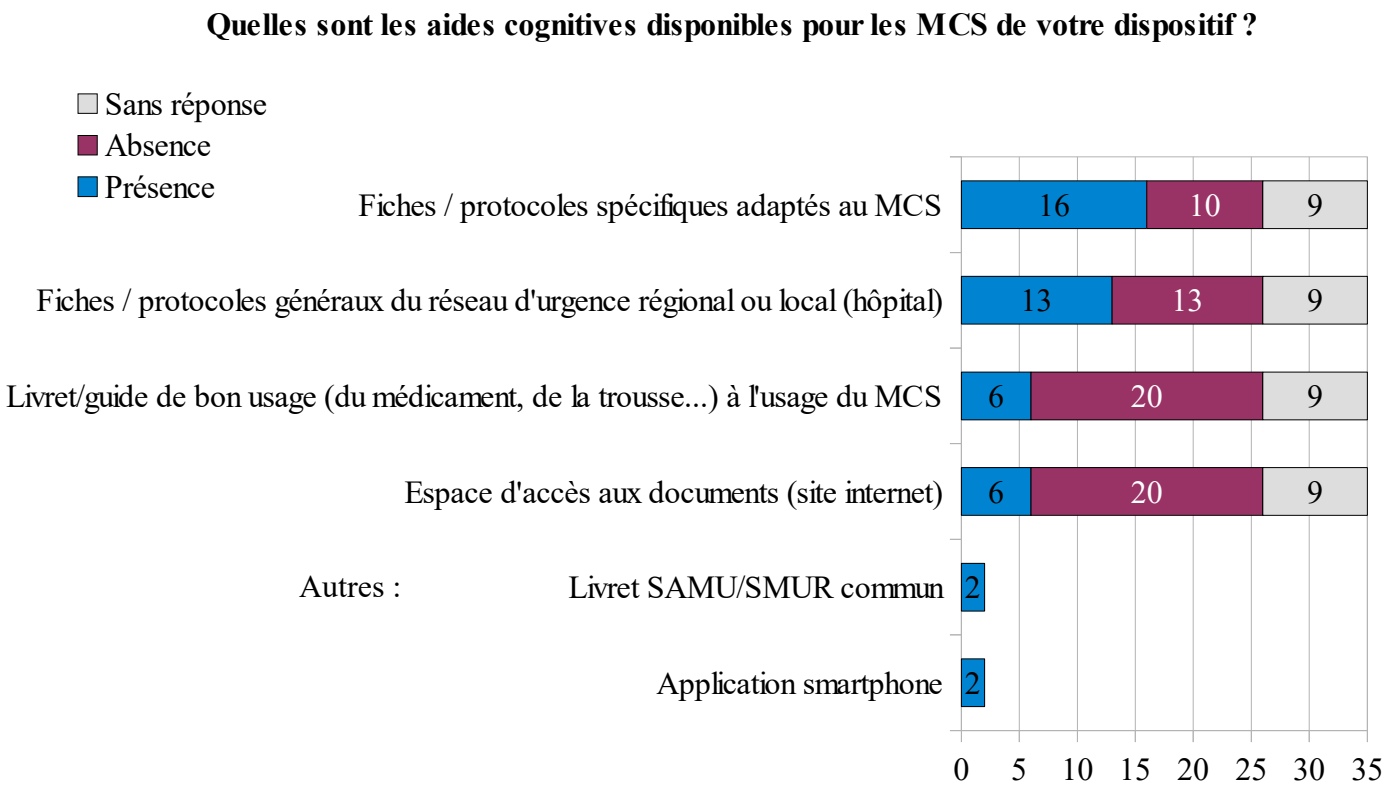
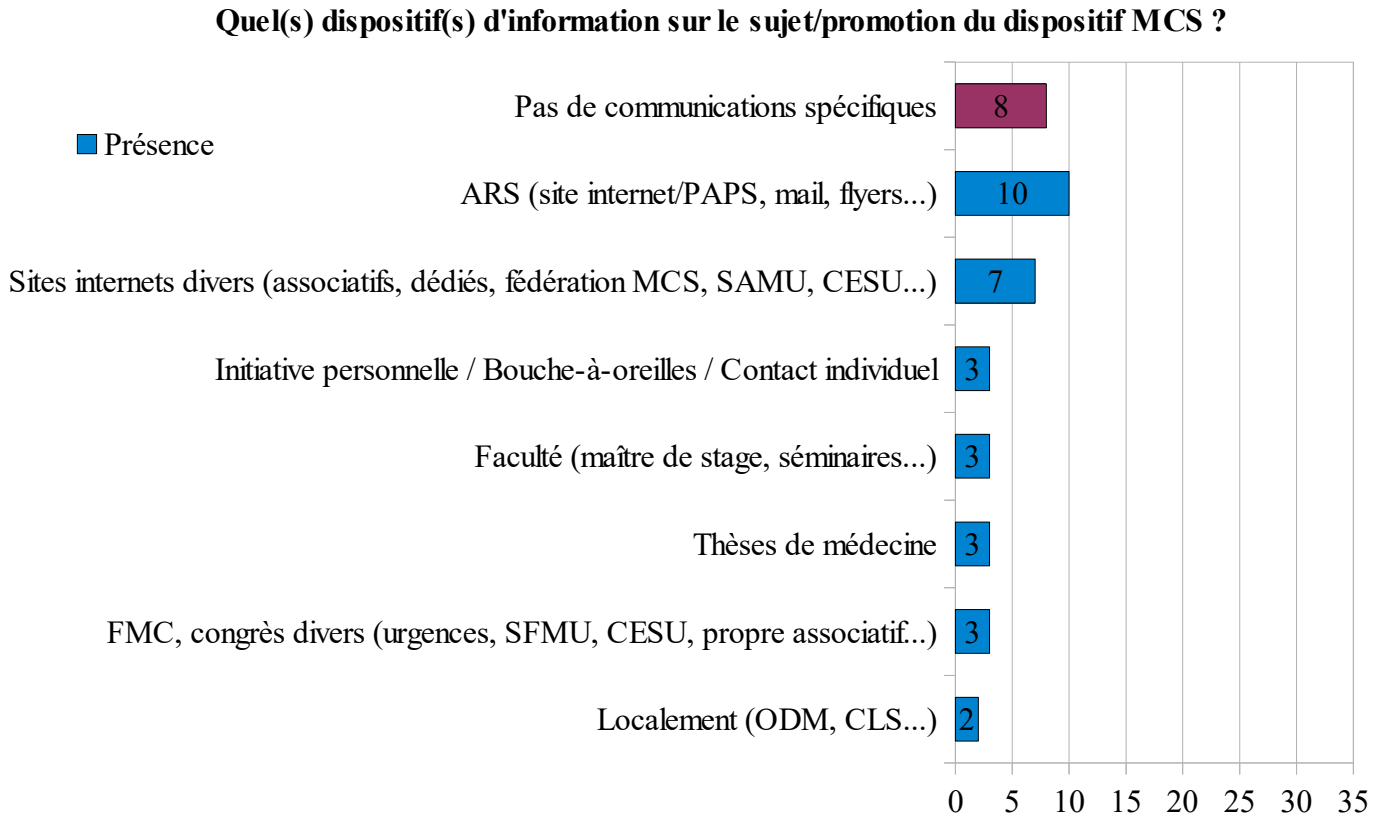


Figure 9 - Répartition des aides cognitives disponibles pour les MCS.



FMC : Formation médicale continue / ODM : Ordres des médecins / CLS : Contrat local de santé

Figure 10 - Répartition des moyens d'information utilisés par les dispositifs.

3.3.4. Moyens d'information sur le concept MCS utilisés par les différents dispositifs

Les dispositifs d'information sur le concept MCS ayant été les plus utilisés par les dispositifs ont été les moyens mis à disposition par l'ARS (flyers, mail, site PAPS...) puis ceux de diverses sources internet (associatifs, CESU, SAMU…). Les autres moyens sont représentés dans la ***figure 10***. Néanmoins, 8 dispositifs signalent qu'**aucun moyen de promotion** spécifique n'est proposé (31 % des répondants, 9 sans réponse). L'accessibilité des formations aux internes est possible pour environ la moitié des dispositifs (***Figure 11***).

Quelles sont les possibilités d'accès aux formations MCS ?

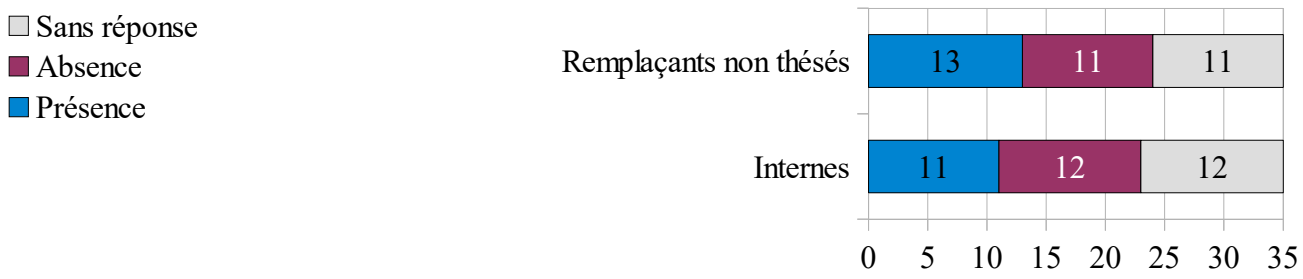


Figure 11 - Répartition de l'accessibilité des formations (hors médecins installés et remplaçants thésés).

3.3.5. Points forts, limitants et raisons des choix concernant l'organisation des formations des MCS des différents dispositifs

Les occurrences détaillées des thématiques concernant les points forts et limitants de l'organisation des formations par les différents dispositifs sont présentées dans le tableau en Annexe 5. Il est ainsi souligné spontanément que l'organisation des formations est considérée comme un pilier du dispositif MCS, indispensable au bon fonctionnement du réseau par la **richesse des enseignements** proposés aux MCS, détaillée par 21 dispositifs (Annexe 5) : enseignements de qualité et complets, ce qui permet une sécurité pour la pratique de terrain. **Certaines modalités d'organisation sont plébiscitées** comme celle d'avoir recours régulièrement à

un **groupe de travail** « formation MCS » (3 occurrences), avec soutien des CESU, pour planifier et structurer les thématiques de formations en concertation avec les formateurs et les MCS et à des **textes formalisés** pour définir les différents partenariats et organisations des formations (4 occurrences). Le recours à des formateurs, ayant également une fonction en régulation, au SMUR ou aux urgences de proximité du MCS ou issus d'autres spécialités permet de **créer des liens plus directs** et permet possiblement de mieux comprendre le rôle de chacun (10 occurrences). De plus, certains dispositifs ont fait part de l'intérêt de mutualiser les moyens des CESU que ce soit en termes humains (MCS et formateurs) ou, surtout, en termes de dotation pédagogique notamment pour la simulation haute fidélité (SHF) (6 occurrences).

La principale limite dans l'organisation formative est la régularité et la planification des formations (initiales mais surtout continues avec une réactualisation insuffisante voire absente) **qui apparaissent comme non optimales** pour 20 dispositifs. Les facteurs explicatifs dégagés sont essentiellement le **défaut en nombre des MCS** par problématique de temps (date unique versus activité libérale habituelle et la continuité des soins) et/ou de distance et le manque d'effectif de nouveaux MCS pour créer des sessions initiales. De plus, **les moyens formateurs peuvent également faire défaut** par problématique de disponibilité ou de surcharge annexe, d'effectifs variables selon les territoires mais également de disponibilités variables des dotations pédagogiques. La question de la pérennisation à long terme a été soulignée par un dispositif notamment pour le rapport entre les moyens optimaux (humains et matériel) et le coût financier pouvant être important pour cette partie formative.

3.3.6. Perspectives concernant la formation des MCS

Les perspectives proposées par les dispositifs ou déduites des items points forts et limitants pour l'optimisation concernant la formation des MCS sont présentées dans le ***tableau 2***.

Thématiques synthétisées : **Perspectives** pour l'optimisation concernant l'**organisation des formations**
<u>Régularité</u> des formations par optimisation des moyens (matériel) et effectifs humains
● Travail sur mutualisation/partage des formations avec les départements limitrophes (notamment pour les formations continues) ● Mutualisation/partage des formations à plus grande échelle (régionale / nationale ?) (notamment pour les formations initiales) ● Réflexion sur la proximité des formations pour les MCS ● Travail sur la diversification de la communication et de la diffusion sur le concept de MCS ● mais limite possible d'inclure les internes en médecine aux formations (formés mais fréquemment non volontaires pour intégrer le dispositif MCS par la suite)
Peaufiner et promouvoir la <u>qualité</u> des formations
● Favoriser les **groupes de travail « formations »** (gestion / organisation / programme structuré) ● Favoriser et travailler sur des **protocoles communs fréquemment actualisés** (**adaptés aux MCS**, facilement utilisables en intervention) (échelles ?) ● Travail sur un **référentiel de compétences intégrées MCS, formation harmonisée** ● Favoriser les **conventions pour définir les partenariats et l'organisation des formations** ● Favoriser l'**évaluation des formations** (temps / pédagogie / coût optimaux) ● **Favoriser les retours** sur les difficultés en interventions ● Favoriser une **formation axée sur la pratique** (dont stages au besoin) ● Favoriser la **mutualisation des formations avec d'autres participants / contextualisation** (par exemple : SDIS/SSSM*, secouristes, urgentistes...) * SSSM : Service de Santé et de Secours Médical
Lutte contre certains freins :
● **Optimisation des charges de travail** : Du temps imparti médical et du personnel ressource (pour fédérer, harmoniser et optimiser les formations) ● **Financement pour la formation** des MCS (favoriser l'indemnisation, l'intégration au DPC) ● **Diminuer la crainte de n'être pas assez formé** chez des médecins potentiellement éligibles (par optimisation générale de la formation et de l'information sur les plus-values des formations)

Tableau 2 - Perspectives concernant la formation des MCS.

3.4. Organisations de la dotation/logistique des MCS des différents dispositifs

3.4.1. Circuits et gestion de la dotation des MCS des différents dispositifs

Concernant l'organisation de la dotation, 9 dispositifs (36 % des répondants) possèdent un **groupe de travail** pour la réflexion, l'évaluation et l'évolution de la dotation de leur dispositif. La quasi-totalité des dispositifs possèdent des **circuits pré-définis** pour le (ré)approvisionnement et l'entretien de la dotation (***Figure 12***).

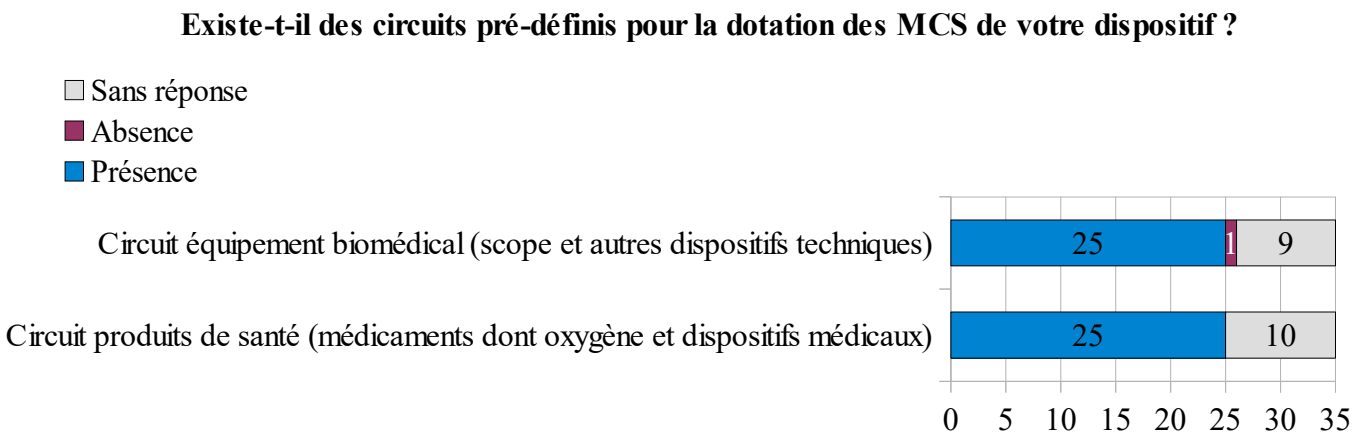


Figure 12 - Répartition des dispositifs présentant des circuits pré-définis pour la dotation.

La **gestion de la dotation** est assurée par les MCS directement auprès des **hôpitaux** (pharmacie et biomédical, SMUR/urgences), **via** l'**association de MCS** (si présente) ou le **coordinateur** ou encore par **réapprovisionnement direct par le SMUR** au décours immédiat d'une intervention. Certains dispositifs ont fait part d'une gestion de la dotation par le **SDIS** (quand la dotation unique est dans le VRM/VSM/VLI (Véhicule Médicalisé/Léger Infirmier).

Concernant la **traçabilité dotative** (***Figure 13***), le recours à une aide informatisée est minoritaire avec seulement 4 dispositifs équipés (16 % des répondants). Un dispositif a signalé, par ailleurs, le recours à un bon de commande informatisé pour les réapprovisionnements des MCS. Par contre, les possibilités d'aide au MCS pour la gestion personnelle sont plus fréquentes avec 16 dispositifs répondants (67 %) qui proposent des listes de vérifications (ampoularium, liste opérationnelle de la dotation). Un référent mobile d'aide technique à la dotation MCS est proposé pour la moitié des répondants (13 dispositifs).

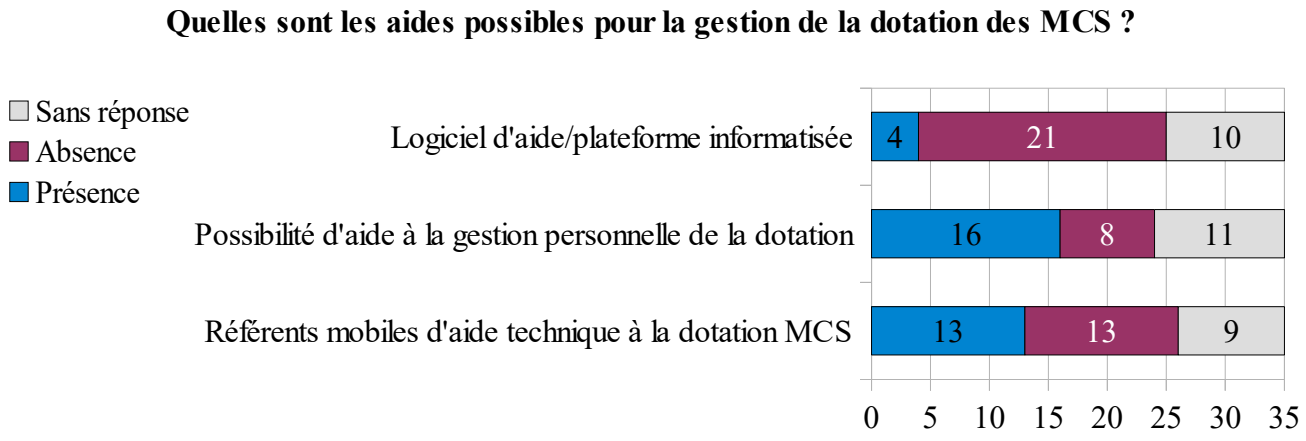


Figure 13 - Répartition des aides possibles pour la gestion de la dotation des MCS des différents dispositifs.

3.4.2. Points forts, limitants et raisons des choix concernant l'organisation de la gestion des dotations des MCS des différents dispositifs

Les occurrences détaillées des thématiques, concernant les points forts et limitants de l'organisation de la gestion des dotations des MCS par les différents dispositifs, sont présentées dans le tableau de l'Annexe 5. Il est ainsi souligné que l'organisation de la dotation est considérée, également, comme un **pilier du dispositif MCS**, tout comme la formation, indispensable au bon fonctionnement pour une prise en charge **précoce et sécurisée,** en **s'affranchissant du coût onéreux** d'une dotation adaptée complète à jour en matériel de réanimation pour un médecin libéral dont l'activité MCS peut être variable (8 occurrences). Néanmoins, la **dotation effective peut être différente** entre les dispositifs et au sein même d'un dispositif avec des inégalités entres MCS (3 occurrences). Ainsi, la dotation peut s'étendre du scope multiparamétrique au système complet ECG/Scope/défibrillateur avec télé-transmission et capnographie quantitative, de l'ampoularium plus ou moins complet (notamment concernant les médicaments hypnoanalgésiques), à la possession de moyens d'intubation optimaux (supra et infra-glottiques), de la thrombolyse intra-veineuse, de PSE (Pousse Seringue Électrique), voire de respirateur artificiel ou de VNI (Ventilation Non Invasive). Ainsi, tout comme la formation, la question du rapport coût d'achat et d'entretien et des fréquences d'utilisations est posée tout comme l'égalité en termes de dépendance

aux financements alloués aux établissements de santé, pouvant être un point de blocage dans la mise en place ou la pérennisation.

Les circuits d'approvisionnement ou de réapprovisionnement mis en place, même s'ils diffèrent, apparaissent fonctionnels pour les dispositifs (19 occurrences) et certains soulignent, d'ailleurs, l'**intérêt d'un système réactif et rapide pour éviter les carences dans la dotation**. **Divers moyens plébiscités sont ainsi mis en œuvre,** variables selon les effectifs MCS : celui le plus plébiscité spontanément (13 occurrences) est le **travail collaboratif avec une personne référente** (des urgences/SMUR/SAMU/SDIS) ou pharmacien) de l'hôpital local/clinique/SDIS afin de centraliser les demandes de réapprovisionnement voire même d'être une aide à la vérification de la dotation et du sac d'intervention ; certains dispositifs ont recours à l'intermédiaire associatif pour tout ou une partie des demandes. Les autres moyens notifiés comme des points forts sont le **réapprovisionnement direct par le SMUR** lors d'interventions (notamment pour certaines dotations spécifiques prédéfinies), l'**envoi du matériel à une antenne SMUR de proximité, ou par voie postale ou par coursier ou ambulancier**. **Le recours à des doublons de sac d'intervention** est utilisé positivement par un dispositif pour pallier à des interventions simultanées en période de forte demande saisonnière. Le recours à la mutualisation d'Unité Fonctionnelle MCS et SMUR permet une traçabilité simplifiée, de même que la mise en place d'un circuit prédéfini pour le système de prêt biomédical réactif lors de pannes. Enfin, la particularité des **dotations uniques dans un VRM/VSM/VLI** (clinique, SDIS) a été soulignée positivement par 3 dispositifs dans la décharge de gestion de la dotation par le(s) MCS mais pointent néanmoins le manque de manœuvre dans la gestion de cette dotation en fonction des besoins (2 occurrences).

Les autres points limitants décrits par les dispositifs sont des **difficultés en lien avec une gestion « sans protocole pré-défini ou non honoré, aléatoire ou inégale »** avec des réapprovisionnements variables par les SMUR ou certaines dotations spécifiques, la dépendance du SMUR en intervention pour le réapprovisionnement, les inégalités entre les hôpitaux de proximité selon les secteurs, notamment en cas de travail avec plusieurs hôpitaux pour un même dispositif (5 occurrences).

Par défaut de « rapidité » ou d'organisations, certains dispositifs ont recours à un réapprovisionnement par des moyens alternatifs « personnels » ou ailleurs « autre part ». Le manque de traçabilité (écrite), d'informatisation des commandes, d'outils de gestion de pilotage de stock, de réévaluation des listes fonctionnelles de dotation est notifié par 6 dispositifs. La principale conséquence est le défaut de moyens en cas d'interventions dans la période de carence parfois longue. Enfin, le dernier point limitant souligné par quelques dispositifs sont l'**autogestion chronophage par le MCS** de sa dotation à jour (3 occurrences), par manque de motivation ou de temps dédié, variable, avec comme conséquence possible, également, une dotation fonctionnelle non optimale, en balance avec les atouts précédemment décrits.

3.4.3. Perspectives concernant la dotation des MCS

Les perspectives proposées par les dispositifs ou déduites des items points forts et limitants pour l'optimisation concernant la dotation des MCS sont présentées dans le ***tableau 3***.

Thématiques synthétisées : **Perspectives** pour l'optimisation concernant l'**organisation de la dotation**
Harmonisation dotation fonctionnelle (échelle ?)
● **Réévaluation dotation** : Adaptée et adaptable aux fréquences d'utilisation, des motifs d'intervention et retours des MCS, aux financements alloués, ainsi qu'au délai prévisible de réapprovisionnement ou péremption de la dotation. ● **Harmonisation des circuits de réapprovisionnement (pré-défini) (écrit : « convention » ?)** pour éviter les méthodes alternatives et les disparités entre hôpitaux ● **Intérêt de groupes de travail « dotation »** en lien avec les retours MCS (statistiques / expériences)
Favoriser les aides à la gestion technique : **Optimisation du temps non médical et de gestion de l'outil professionnel pour le MCS :**
● **Amélioration de la traçabilité de la dotation** (utilisation, péremption, commandes) : - Inventaire systématique et programmé pré-défini - Élaboration d'un outil d'aide informatisé, commun ? - Élaboration d'une liste de vérification de la dotation (sac d'intervention et stock réserve) (pour un objectif que la dotation soit zéro contrainte) ● Travail sur une **plateforme en ligne multiservices** (avec items spécifiques « dotation » de recueil / traçabilité, de commandes et d'informations) ● Avoir une **personne et temps dédiés** (pour la coordination administrative et logistique) / Travail en **équipe pré-définie** pour cette gestion ? ● **Optimisation à l'utilisation et la pratique des MCS** (élaboration d'un livret d'utilisation de la dotation ?)

Tableau 3 - Perspectives concernant la dotation des MCS.

3.5. Organisations des interventions des MCS des différents dispositifs

3.5.1. Modalités de pré-alerte des MCS

Concernant les modalités de visibilité du MCS en pré-alerte (***Figure 14***), la quasi-totalité des dispositifs répondants ont la possibilité d'avoir recours au MCS via le **principe du déclenchement " à tout moment "**, 12 d'entre eux ne procèdent que par ce mode de déclenchement. Un peu moins de la moitié des répondants possèdent également un **système d'astreinte** ou une **liste de présence** de MCS pour un secteur (48 %). 11 dispositifs ont à la fois le système d'astreinte et la liste de présence. 3 dispositifs possèdent soit le système d'astreinte, soit la liste de présence. **7 dispositifs utilisent le logiciel de garde de PDSA** pour leur visibilité auprès de la régulation. Aussi, plus d'un tiers des répondants peuvent fournir une garde complète quand leur effectif est suffisant.

Lors du recours à des astreintes MCS (12 dispositifs), les plannings sont adressés au SAMU-Centre 15 soit directement par les MCS, soit via leur association ou le coordinateur du dispositif. Des interfaces de type « dossier partagé » ou « plateforme en ligne » ont été décrites de même que l'utilisation d'un planning commun incrémenté dans le logiciel de la PDSA. À l'inverse, le système de déclenchement de principe ne nécessite pas de moyens pré-définis mais une coordination dans l'instant *t* notamment si plusieurs MCS sont présents pour un même secteur.

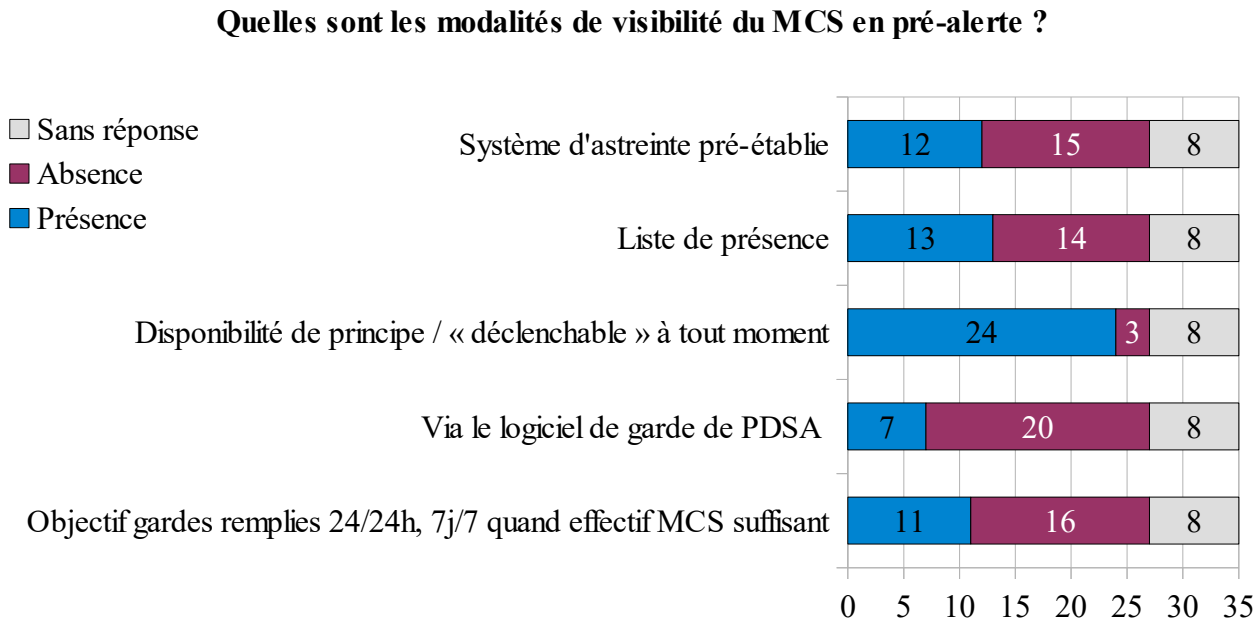


Figure 14 - Répartition des différentes modalités possibles de visibilité des MCS en pré-alerte.

3.5.2. Modalités disponibles de déclenchement des MCS pour la régulation

Concernant les options du logiciel de régulation mis en place concernant les MCS (***Figure 15***), la **moitié** des dispositifs répondants **ne font pas l'objet d'une partie spécifique dans le logiciel de régulation**. Cependant les régulations possèdent des rappels cartographiques sur le territoire couvert par les MCS pour 17 dispositifs (77 % des répondants) et 15 ont les communes éligibles rentrées dans le logiciel de régulation. Des possibilités en dehors du déclenchement " habituel " peuvent être proposées par les régulations : **auto-déclenchement** et **MCS** " **éclaireur** " sans SMUR concomitant initialement pour plus 80 % des répondants. Le contact du MCS précoce en " **départ réflexe** " à l'instar des SMUR pour certains motifs d'appel n'est possible que pour 14 dispositifs (61 % des répondants).

Un peu plus de la moitié des dispositifs répondants ont une **formation spécifique** pour les Assistants de régulation médicale (ARM) et les médecins régulateurs des centres SAMU-Centre 15 régulant leurs interventions.

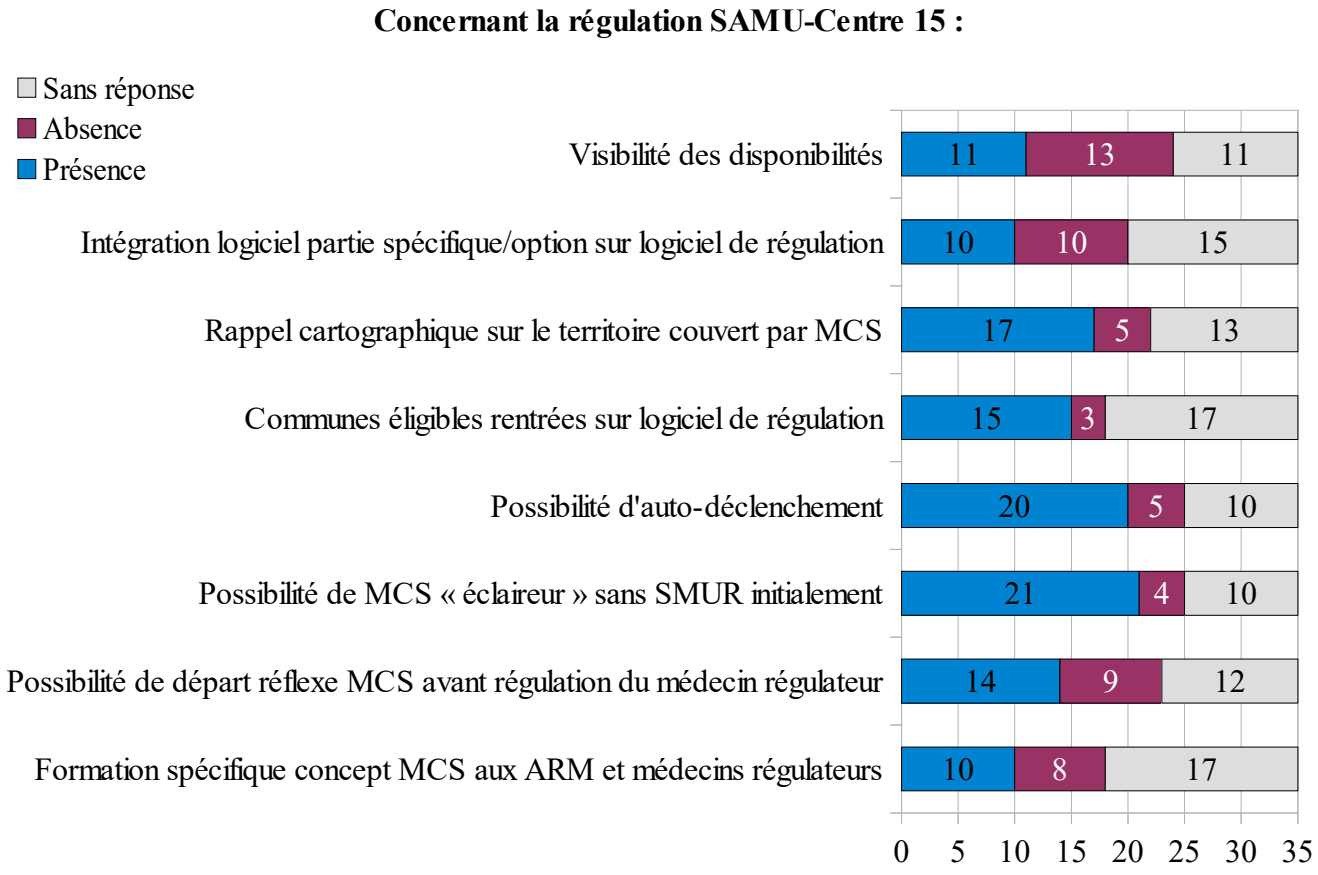


Figure 15 - Répartition des différentes possibilités concernant le déclenchement du MCS par la régulation-Centre 15.

3.5.3. Recueil des données traçantes de l'intervention

Concernant les **données traçantes de l'intervention** (***Figure 16***), au moins trois quarts des dispositifs répondants peuvent notifier les principaux horaires de l'intervention de leur MCS, l'utilisation des différents matériels et médicaments de la dotation ainsi que les actes techniques réalisés. Les situations d'échec ou de difficultés ne peuvent être mentionnées que par un peu moins de la moitié des répondants (11 dispositifs). Ces données sont majoritairement mentionnées sur des fiches papiers (21 dispositifs, soit 78 % des répondants). Celles-ci peuvent être incrémentées dans une base de données pour la moitié des répondants (12 dispositifs).

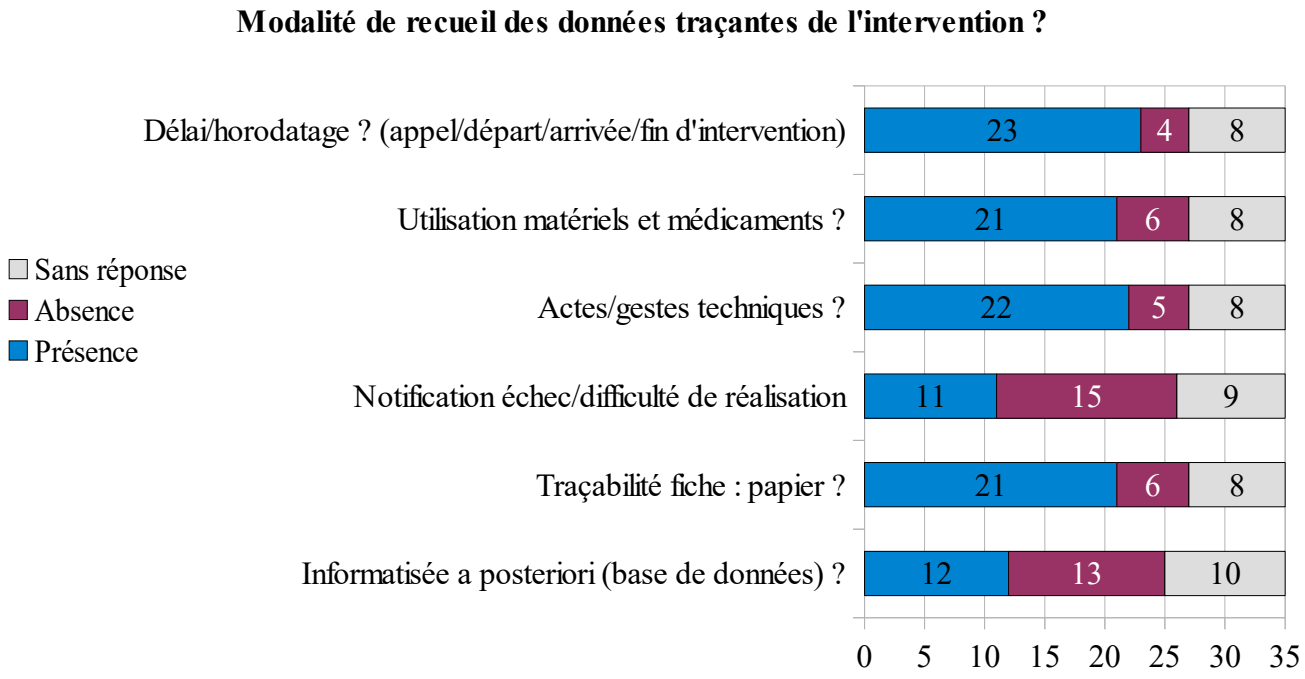


Figure 16 - Répartition des modalités de recueil des données traçantes de l'intervention des MCS des différents dispositifs.

3.5.4. Points forts, limitants et raisons des choix concernant l'organisation de l'intervention des MCS des différents dispositifs

Les occurrences détaillées des thématiques concernant les points forts et limitants de l'organisation des interventions MCS des différents dispositifs sont synthétisées dans le tableau en Annexe 5. Il est ainsi souligné l'**intérêt de certaines organisations pour assurer un service MCS le plus optimal et éviter des carences**. Le premier point fort est le nombre de MCS optimisé dans l'objectif d'une **astreinte régulière voire continue** (4 occurrences). Le deuxième est le choix d'absence d'astreintes mais des **MCS disponibles de principe** (3 occurrences) avec possibilité d'addendum en cas d'indisponibilités prévisibles (congés par exemple) (1 occurrence). Un dispositif a signalé le recours (par défaut) à des médecins urgentistes habitant dans des secteurs éligibles. La **flexibilité dans le choix** de l'une de ces modalités et le caractère volontaire sont plébiscités par un dispositif, de même que la gestion autonome des plannings selon les différentes contraintes des MCS.

Ensuite, **des aides possibles sont perçues comme bénéfiques pour certains dispositifs pour pallier à la potentielle difficulté du MCS d'être " seul "** (conduite, gestion soins techniques et bilan/team leader). Ainsi, la **présence d'Infirmier** sapeur-pompier (ISP) ou le recours à des aides infirmières de l'hôpital local (hors SMUR) ou le départ à deux médecins MCS sont choisis **pour optimiser le travail en équipe** (5 occurrences). Néanmoins, il est pointé la problématique de dépendance au VRM/VSM/VLI équipée avec carence possible notamment en cas de déclenchement variable concomitant au MCS. De plus, le **recours à un véhicule dédié** à disposition plus ou moins avec conducteur (SDIS, clinique) est utile pour 3 dispositifs. De même que le recours à une **signalétique spécifique (lumineuse et sonore) du véhicule du MCS** afin de gagner du temps sur le trajet d'intervention pour certains secteurs notamment ceux dont le territoire d'intervention est vaste ou complexe (circulation). Enfin, un dispositif a mis à disposition de ces MCS des **tablettes** pour effectuer des bilans interactifs (télétransmission ECG, observation, horaires).

Les points limitants peuvent être classés en lien avec la pré-alerte, le déclenchement ou avec le post-interventionnel. Ainsi, pour la pré-alerte, les difficultés rencontrées sont liées aux **manques de mise en place d'astreintes** (par choix, défaut de volontariat ou lié à un effectif MCS insuffisant) (6 occurrences), au **défaut de visibilité des disponibilités du médecin mais aussi des secteurs éligibles pourvus**, au possible **retard au déclenchement** par le délai pour joindre le médecin disponible (en cas de liste de présence hors astreinte pré-définie ou à une couverture non optimale notamment hors période d'ouverture du cabinet ou de PDSA) (3 occurrences). Pour certains dispositifs ayant recours au système d'astreintes, la principale problématique dégagée est celle d'assurer une astreinte continue quand le nombre de MCS effectif ou motivé est limité avec comme principale conséquence une fréquence d'astreinte élevée par MCS (4 occurrences).

Concernant les points limitants en lien avec l'alerte et le déclenchement, les problématiques soulignées ont été les **sollicitations variables par la régulation** par **défaut de connaissance, de réflexe ou de reconnaissance du concept** que ce soit en termes de compétences d'engagement " MCS ", de zonages, ou de différenciation avec la PDSA (10 occurrences). Ainsi, la question de

formation et d'information pour les ARM et les médecins régulateurs se pose notamment en cas de renouvellement des postes fréquents. De plus, le facteur " oubli " de déclenchement a été mentionné de même que **le déclenchement du SMUR qui est parfois " non systématique "**. La principale conséquence mentionnée est l'enjeu sur la motivation des MCS. La **possibilité d'auto-déclenchement** a été notifiée comme bénéfique notamment lorsque la fréquence des appels ou des présentations directes des patients, en première intention en cas d'urgence, au cabinet médical est élevée (1 occurrence) mais la reconnaissance par le SAMU de ce type de déclenchement reste à parfaire. Ensuite, certains **refus de missions de MCS ne sont pas toujours justifiés** auprès de la régulation (2 occurrences) et pose la problématique de compréhension mutuelle. Enfin, certaines **difficultés ont été décrites pour honorer un temps optimal le plus court possible** (enjeu temporel du concept) et notamment celles de **se libérer de l'activité libérale**, celles d'accès avec les **particularités géographiques retardant l'arrivée effective** (distance d'intervention importante, secteur large/étendu, localisation de l'intervention plus ou moins précise selon les secteurs (particularité liée à la ruralité ou aux lieux dits, montagne...) (6 occurrences) avec parfois une plus-value temporelle du MCS défavorable notamment quand un moyen héli-SMUR est disponible. Des **difficultés administratives d'autorisation préfectorale pour les équipements de signalétiques spéciaux** des véhicules (deux tons / gyrophare) rendent leur possession variable dans l'objectif de visibilité et de réduire le temps d'accès au patient. De même un dispositif a signalé le défaut de caractère distinctif permettant la reconnaissance du MCS sur le terrain d'intervention.

Concernant les points limitants en lien avec le post-interventionnel, ont été décrits des manques de rigueur dans la traçabilité et le recueil des données (7 occurrences), de même que le manque d'outils informatiques facilitateurs (3 occurrences). Certains dispositifs n'ont pas de fiche papier de transmission adaptée. 5 dispositifs signalent un manque de retour après interventions notamment en cas de mises en échec. Enfin, la problématique des statuts effectifs concernant les médecins à « doubles casquettes » a été soulignée entre « interventions MCS » ou « interventions MSP » (2 occurrences).

3.5.5. Perspectives concernant l'organisation de l'intervention des MCS

Les perspectives proposées par les dispositifs ou déduites des items points forts et limitants pour l'optimisation concernant l'intervention des MCS sont synthétisées dans le ***tableau 4***.

Thématiques synthétisées : **Perspectives** pour l'optimisation concernant l'**organisation de l'intervention des MCS**
Optimisation concernant la régulation :
● **Optimisation** de la **visibilité du concept** et de sa **connaissance par la régulation** : - Élaboration d'un référentiel national MCS (en cours), formation / rappel du concept ● **Optimisation des logiciels en régulation** : (secteurs dotés, visibilité disponibilité du MCS, déclenchement simultanée automatique MCS/SMUR adaptable au décours) (pour éviter oublis de déclenchements MCS ou SMUR) - Rappel par « spot » selon secteur que MCS possible. - Mais implique de définir exactement le secteur du MCS +/- zone limite ou avec autres MCS ● **Optimiser la mise en place des solutions connectées** (bilan médical, ECG)
Optimisation concernant les MCS :
● Travail sur optimisation des disponibilités des MCS (meilleure transmission au SAMU) : - **Visibilité des absences prévisibles** (addendum des périodes d'indisponibilité...) **- Visibilité des disponibilités en temps réel**, géolocalisation... - Mise au point d'un système de visibilité instantanée (voir application sapeur-pompiers (SPV) ?) (élaboration d'une application en ligne ?) - **Informatisation des plannings/astreintes des MCS** ● Travail sur optimisation des disponibilités des MCS (meilleure couverture temporelle) : - Augmentation effectif MCS / motivation financière (astreintes) ● **Faciliter les moyens de gain de temps pour le patient** **/ Optimisation des aides disponibles dans certains secteurs** : - Réflexion sur la place et l'intégration des infirmiers et VRM/VSM/VLI au concept (objectif de créer équipe locale efficace, mixte entre SDIS, libéraux) (+/- déclenché en même temps (selon situation ?)) - Administratif pour deux tons/gyrophare (préfecture), faciliter démarche si radar

● **Amélioration des items fiches interventions/traçabilité** (horaires/gestes/délai SMUR) : - En distinguant items de transmission versus items de recueil statistique - Intégration au système informatique " SI SAMU " - Système de recueil simultané par personne dédiée des deux fichiers (MCS/SAMU)
Optimisation post-interventionnel :
● Travail sur les différents debriefing entre MCS/régulation : Difficulté(s), refus, validation d'intervention (auto-déclenchement notamment)

Tableau 4 - Perspectives concernant les modalités d'interventions des MCS.

3.6. Organisations de l'administratif des différents dispositifs

3.6.1. Type de rémunération pour une intervention MCS

Concernant le type de **rémunération pour une intervention MCS**, 78 % des répondants (21 dispositifs) ont un forfait à l'intervention (quelle que soit la durée de celle-ci). 4 dispositifs ont recours à des forfaits temporels proportionnels au temps passé en intervention. Des indemnités de nuit et/ou kilométrique sont en complément pour respectivement 8 et 2 dispositifs (2 dispositifs possèdent les deux indemnités). Le maintien de paiement à l'acte de l'exercice est une alternative au forfait mais n'est pas un mode de rémunération exclusif pour les dispositifs le proposant. Le salariat est un mode de rémunération minoritaire avec seulement 2 dispositifs y ayant recours.

La répartition de ces différents types de rémunération pour une intervention MCS est représentée dans la ***figure 17***.

Quels sont les types de rémunération des interventions MCS choisis par votre dispositif ?

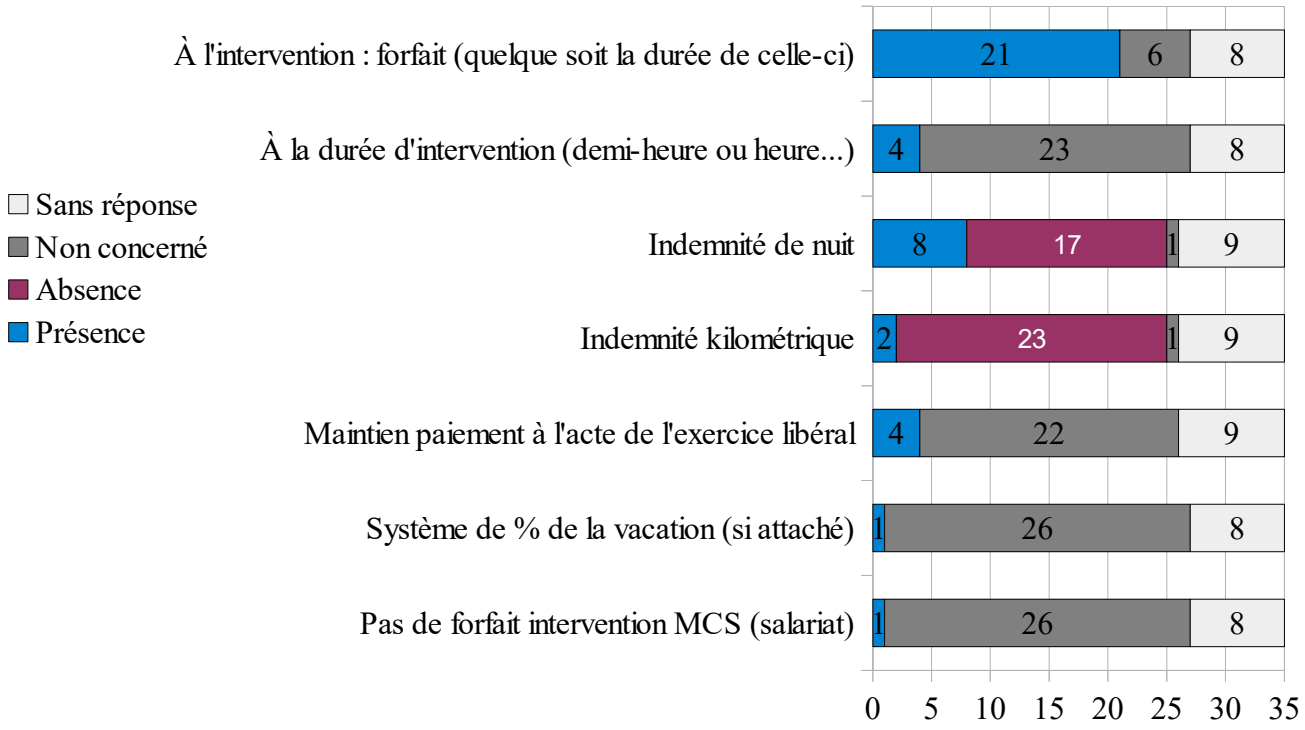


Figure 17 - Répartition des types de rémunération pour une intervention MCS.

3.6.2. Type de rémunération pour une astreinte MCS

Concernant le type de **rémunération pour les astreintes MCS**, sur les 13 dispositifs faisant appel à un système d'astreintes pré-définies, la quasi-totalité ont une indemnisation de jour et de nuit : seulement 2 dispositifs ne possèdent pas d'indemnisation pour leurs astreintes de jour et 1 seul dispositif n'a pas d'indemnisation pour les astreintes de nuit. L'un des dispositifs, ayant recours au salariat, a signalé que l'astreinte de jour était inclue dans le salaire mais qu'une indemnisation, en complément pour les astreintes de début de journée (8-9 heures) et de fin de journée (18-20 heures) est proposée.

La répartition de ces différents types de rémunération pour les astreintes MCS est représentée dans la ***figure 18***.

Quels sont les types de rémunération des astreintes MCS choisis par votre dispositif ?

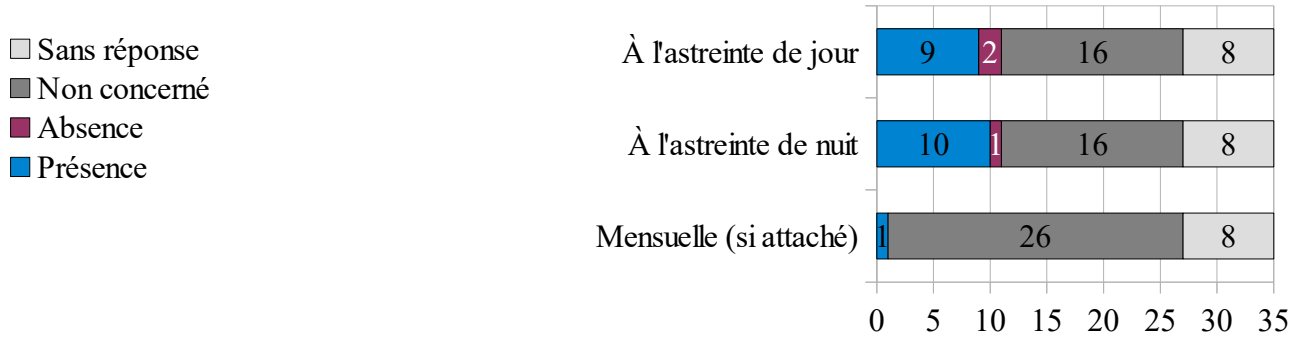


Figure 18 - Répartition des types de rémunérations pour les astreintes MCS.

3.6.3. Points forts, limitants et raisons des choix concernant l'organisation de l'administratif et de la rémunération des MCS des différents dispositifs

Les occurrences détaillées des thématiques concernant les points forts et limitants de l'organisation de l'administratif et de la rémunération des MCS des différents dispositifs sont synthétisées dans le tableau en Annexe 5. **L'indemnisation des interventions pour la quasi-totalité des dispositifs, via un forfait, n'est pas remise en question** et ce système a pour intérêt d'être, pour certains dispositifs, une méthode simple, perçu comme une reconnaissance du travail de MCS et de sa « pénibilité » (notamment via l'indemnisation des astreintes) (12 occurrences) ; d'autant que l'indemnisation paraît plutôt attractive en comparaison aux cotations à l'acte éditées par l'Assurance maladie ; et surtout le système de forfait évite d'avoir recours aux feuilles de soins papiers, ou électroniques en permettant la suppression du paiement à l'acte saluée en situation d'urgence. Néanmoins, le forfait unique peut paraître faible notamment lors d'interventions longues ou de nuit (2 occurrences). L'intégration contractuelle au salaire pour le dispositif y recourant est une solution également fonctionnelle (2 occurrences).

Se dégage également l'**intérêt de certaines modalités d'organisation pour la gestion rémunérative** : les dispositifs ayant recours à la **centralisation des demandes** via leur structure associative apparaît comme optimale (5 occurrences), de même que le **recours informatisé** à l'instar des systèmes de permanence des soins (PDSA) (1 occurrence). Enfin, la **validation par**

la régulation des interventions en tant que garant pour la rémunération forfaitaire est perçue comme un point fort pour un dispositif (les interventions justifiées sont indemnisées). 3 dispositifs plébiscitent une **communication optimisée entre les différents maillons de la chaîne de validation**, de même que la **transparence** (synthèse au MCS post-paiement) (2 occurrences).

Le principal point limitant notifié par 11 dispositifs est la **variabilité en lien avec le délai de rémunération jugé trop long** ; avec des problématiques possibles issues de ce délai liées à un **manque de transparence** sur les étapes de validation entre la demande et le paiement effectif par la CPAM des interventions et/ou astreintes notamment en cas de blocage sur l'un des maillons (3 occurrences) ; à la **nécessité de multiples rappels et un fléchage financier à surveiller** (3 occurrences) avec une **rémunération parfois non effective in fine** (3 occurrences). Le facteur explicatif de « lourdeur administrative » a été mentionné par 3 dispositifs comme pouvant expliquer ce délai avec un questionnement sur la pertinence de la gestion par les secrétariats des pôles hospitaliers en plus de leurs rôles principaux mais aussi sur la multiplicité des tableaux à remplir (SAMU, ARS, CPAM...) entre astreintes prévues versus effectives et les interventions.

Le deuxième point limitant est celui de la reconnaissance de **certaines interventions validées à tort ou non validées (auto-déclenchées notamment)** (2 occurrences).

La principale conséquence notifiée étant le possible retentissement sur la motivation des MCS et le questionnement sur la pérennisation du volontariat (2 occurrences).

3.6.4. Perspectives concernant l'administration et la rémunération des MCS

Les perspectives proposées par les dispositifs ou déduites des items points forts et limitants pour l'optimisation concernant l'administration et la rémunération des MCS sont synthétisées dans le ***tableau 5***.

Thématiques synthétisées : **Perspectives** pour l'optimisation concernant l'**organisation administrative / rémunération**
Optimisation / fluidification de la chaîne de rémunération :
● **Informatisation via plateforme en ligne** des plannings d'astreinte et des interventions avec unique version en ligne pour les différents organismes validants (SAMU, CPAM) (avec items spécifiques « administratif » de planning, suivi interventions et d'informations avec automatisation de certaine fonctionnalité) ● Travail sur **plus de transparence** (contrôle effectivité en cours) ● **Personne dédiée centralisant les demandes (et temps dédié)**
Lutte contre certains freins au recrutement / maintien en fonction / motivation : pour contribuer à l'attractivité en termes de recrutement et de pérennisation dans la fonction
● Travail sur l'**harmonisation des rémunérations** ● **Réflexion sur les indemnités spéciales** (nuit/jours fériés, longueur d'intervention) ou **défiscalisations** ● Effectivité de la rémunération (paiement des missions) avec délai régulier adéquate pour faciliter le suivi (tranche temporelle à définir) ● **Reconnaissance harmonisée des missions auto-déclenchées** pour la rémunération et la traçabilité

Tableau 5 - Perspectives concernant les modalités administratives.

3.7. Organisations concernant l'évaluation de l'activité des dispositifs

3.7.1. Moyens utilisés pour l'évaluation des données d'activité des MCS des dispositifs

Concernant le type de support utilisé afin d'évaluer l'activité des MCS, 10 dispositifs (soit 42 % des répondants) possèdent une **traçabilité sur un support informatique** rempli par le MCS au décours de son intervention (14 n'en possèdent pas et 11 sans réponse). 18 (soit 72 % des répondants) ont une **traçabilité par fiche papier** disponible (7 n'en possèdent pas et 10 sans réponse).

2 dispositifs ont signalé qu'ils utilisaient un format papier dont les données étaient secondairement implémentées sur un tableur informatique mais pas directement par le MCS.

L'analyse des résultats n'est pas complémentaire avec 5 dispositifs ne possédant aucun registre (soit 20 % des répondants) et 7 ayant les deux types de formats.

15 dispositifs (soit 60 % des répondants) utilisent les travaux de thèses ou autres publications pour analyser les données d'activités à partir, ou en complément, de registre, ou bien, en alternative.

La répartition de l'utilisation de ces moyens est représentée dans la ***figure 19***.

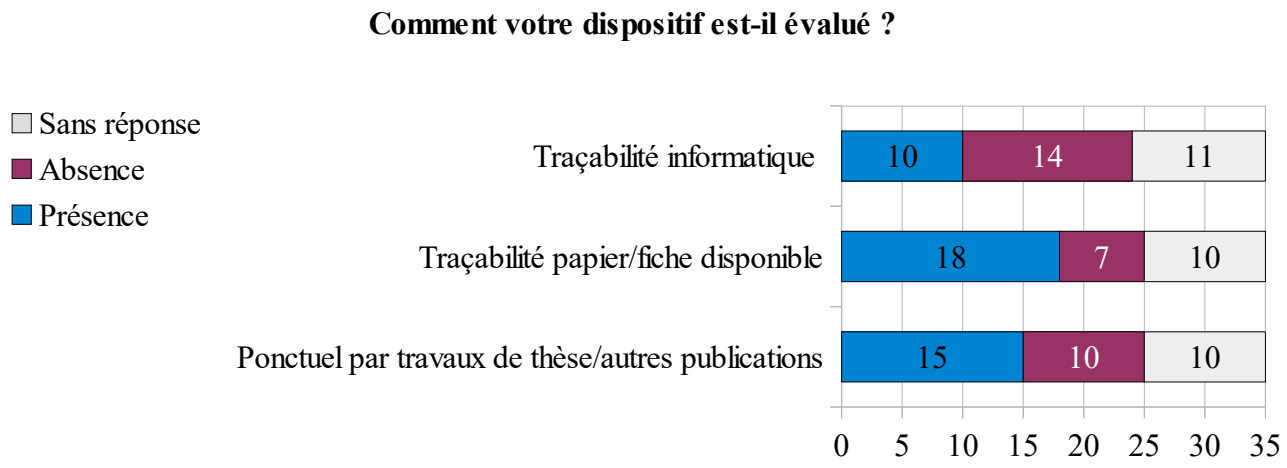


Figure 19 - Répartition des types de moyens utilisés pour l'évaluation des données d'activités des MCS des dispositifs.

3.7.2. Possibilités d'évaluation des critères d'activité des MCS

La répartition des possibilités d'évaluation des **critères d'activité des MCS pour les dispositifs** est présentée dans la ***figure 20***. Le nombre d'interventions pour un temps donné, un secteur donné ou par MCS sont évalués par la quasi-totalité des dispositifs répondants. Au moins 80 % des répondants ont la possibilité d'évaluer le nombre d'interventions SMUR annulées par le MCS et le motif de recours aux MCS. Les autres critères présentés peuvent être évalués par au moins la moitié des dispositifs répondants.

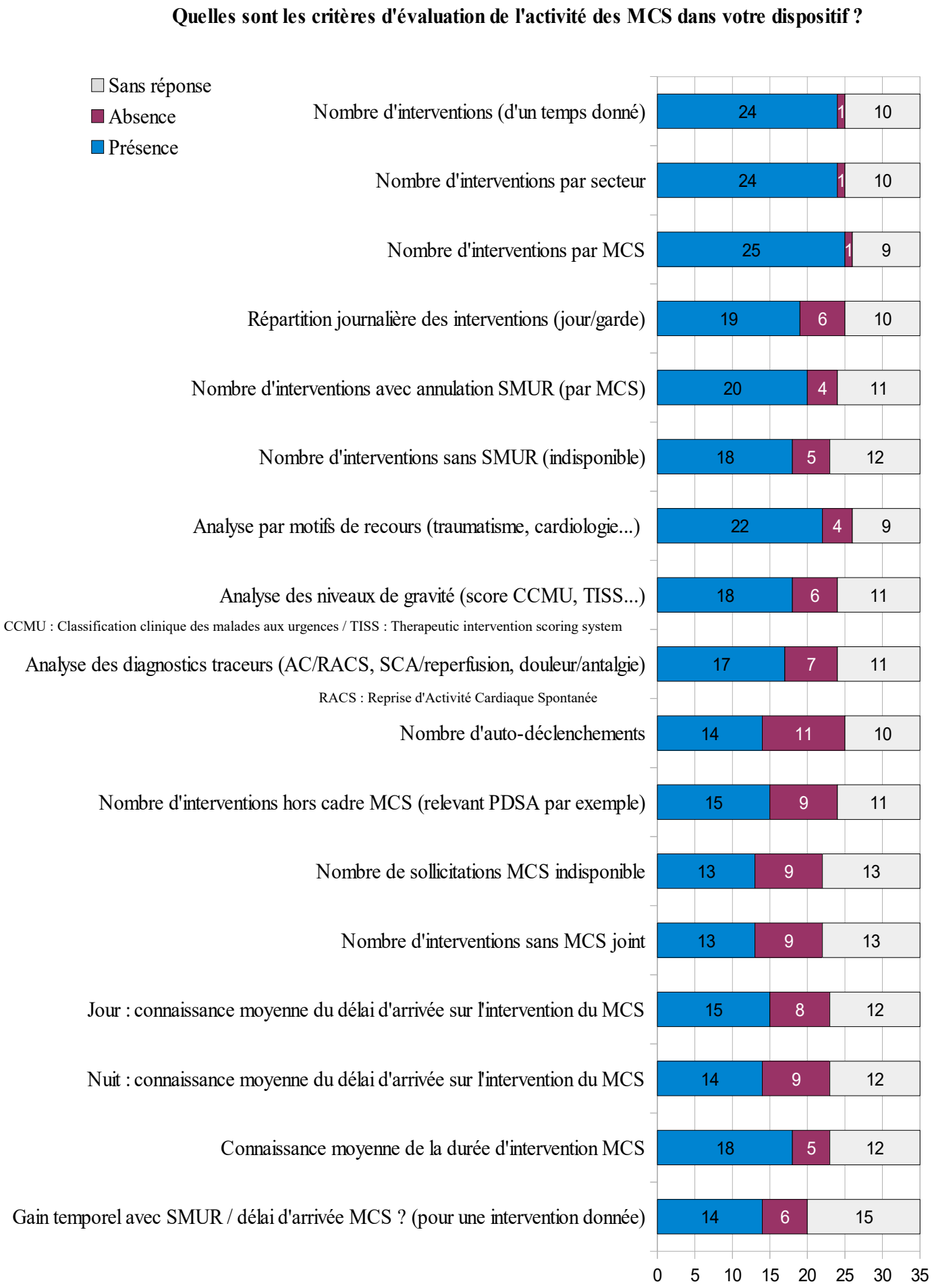


Figure 20 - Répartition des possibilités d'évaluation des critères d'activité des MCS.

3.7.3. Points forts et limitants et raisons des choix concernant l'organisation de l'évaluation de l'activité des MCS des différents dispositifs

Concernant les points forts et limitants de l'organisation de l'évaluation de l'activité MCS des dispositifs, la synthèse thématique fait apparaître que l'évaluation des dispositifs n'est pas optimale pour tous les dispositifs avec plusieurs points limitants décrits (Tableau en Annexe 5). Néanmoins, les points forts détaillés par certains dispositifs ont été l'**exhaustivité de leur base de données**, l'utilisation d'une **interface simple** et **harmonisée**, **informatisée**, directement incrémentée par le MCS et l'intérêt d'avoir une **analyse centralisée** (suivi concomitant administratif des interventions) (4 occurrences).

Les points limitants ainsi dégagés ont été classés en lien avec la qualité du recueil en termes de **défaut d'items proposés dans les fiches d'interventions et/ou registre** pouvant être pertinents dans l'évaluation (exemple : horaires (notamment délai MCS, SMUR), pratiques des gestes techniques, intégration/aide par VRM/ISP) (3 occurrences) voire même de **défaut de base de recueil** créée (travail de sélection des interventions via logiciel de régulation du SAMU ou travaux de recherches spécifiques...) (4 occurrences) ; en termes de **renseignement des items des fiches disponibles aléatoires** (par problématique de temps ou d'oublis d'écriture lors des interventions des MCS, ou motivationnelle) (6 occurrences) ; en termes de **difficulté de croisement des données des fichiers distincts entre MCS et SAMU** (2 occurrences).

Ensuite, les points limitants, en lien secondairement avec l'analyse du recueil (statistiques), sont un **manque de régularité** (4 occurrences) notamment **par la problématique de temps** de synthèse et d'analyse de ces données ainsi que **de personnel(s) pour faire cette évaluation** (4 occurrences). D'autant plus que la retranscription des fiches papiers au format informatisé est signalée comme chronophage et souligne ainsi la perspective d'informatisation plus directe des données d'évaluation (2 occurrences). Enfin, le retour sur ces analyses apparaît comme non optimal pour 2 dispositifs dans le but de rétroaction et d'amélioration (notamment en formation MCS mais aussi auprès des différents partenaires : SAMU, ARS).

3.7.4. Perspectives concernant l'évaluation de l'activité des MCS

Les perspectives proposées par les dispositifs ou déduites des items points forts et limitants pour l'optimisation concernant l'évaluation de l'activité des MCS sont synthétisées dans le ***tableau 6***.

Thématiques synthétisées : **Perspectives** pour l'optimisation concernant l'**évaluation de l'activité des MCS**
Optimisation de l'évaluation du dispositif à partir d'une base harmonisée
● **Travail sur les items pertinents de recueil** pour l'évaluation de l'activité ● **Travail sur la régularité pertinente d'analyse du recueil** pour l'évaluation de l'activité
● Travail sur l'**information de l'intérêt de la rigueur des données remplies pour le recueil** (pour confirmer l'efficacité du concept, sa pérennisation et amélioration des pratiques)
● Travail sur une **plateforme en ligne multiservices** (avec items spécifiques « évaluation » pour le recueil et la traçabilité des interventions) (directement remplie/incrémentée par MCS pour éviter retranscription ou recherche spécifique dans logiciel régulation avec problème de remplissage des données = base spécifique) - Réflexion sur les moyens informatisés type tablettes pour recueillir en direct certains items (horaires notamment) ou de système d'interopérabilité entre régulation/MCS.
● Personne(s) dédiée(s) pour faire ces statistiques sur temps défini
● **Travail sur le retour de ces analyses aux MCS**

Tableau 6 - Perspectives concernant les modalités d'évaluation des MCS.

DISCUSSION

4.1. Synthèses des principaux résultats et comparaison à la littérature

ÉPIDÉMIOLOGIE DES DISPOSITIFS ET DE LEUR MCS (répartition, nombre) : DES DISPOSITIFS PERTINENTS EN AUGMENTATION MAIS FRAGILES DONT CERTAINES BASES SERAIENT À CONSOLIDER (EFFECTIFS, COORDINATION, COLLABORATIONS)

Au nombre de 35 en 2020, les **dispositifs *Médecin Correspondant du SAMU* voient leur effectif augmenter** (***Figure 3***) avec une répartition spatiale au niveau national ayant tendance à s'homogénéiser surtout dans la moitié sud de la France (***Figure 2***), notamment si nous comparons la répartition actuelle décrite dans notre étude à celle effectuée, par exemple, en 2012 [5]. En effet, un peu plus d'un tiers des dispositifs répondants ont été créés entre 2013 et 2015 après les annonces gouvernementales de 2012.

Notre enquête décrit que ces dispositifs se sont **mis en place dans des territoires possédant certaines caractéristiques géographiques, météorologiques, démographiques, structurelles ou historiques**. Ces données sont à mettre en balance avec celles d'autres territoires ayant des caractéristiques différentes qui pourraient, a contrario, freiner ou être défavorables à l'implantation d'un dispositif MCS. Ainsi, ces caractéristiques sont la présence de territoires avec une répartition géographique ou une accessibilité des structures d'urgences harmonieuses avec peu de zones éloignées [4], et/ou de territoires avec une démographie médicale désavantageuse, c'est-à-dire, des secteurs éligibles qui sont par définition isolés mais qui souffrent de la désertification médicale [4]. De même, la présence d'une répartition particulière de la population peut rendre le dispositif MCS possiblement peu en faveur d'un bénéfice en comparaison à l'importance de l'investissement pour créer puis pérenniser, à différents niveaux, le concept : il peut s'agir notamment de la part importante de la population vivant dans des unités urbaines rendant la fréquence d'interventions d'urgence hors de ces unités peu élevée.

De plus, **certains secteurs éligibles ont choisis de conserver des systèmes pré-existants** et ont

ainsi recours aux médecins sapeurs-pompiers ou à d'autres organisations associatives ayant une fonction dans l'AMU non fusionnée au concept MCS mais coordonnant localement des médecins libéraux dans la gestion des urgences de leur territoire. Cependant, pour cause de non-réponses de ces réseaux " hors concept MCS ", nous n'avons pas pu confronter nos résultats dans l'idée d'étayer notamment les perspectives d'amélioration organisationnelle du principe commun de réponse médicale dans le cadre de l'AMU : *assurer des soins urgents optimaux dans des zones éloignées en garantissant une qualité et une sécurité des soins, égale, pour tout citoyen en tout point du territoire*. D'autant plus que notre étude n'a pas été conçue dans cette optique. Néanmoins, dans l'objectif d'augmenter le nombre de secteurs pourvus et tendre vers un maillage territorial d'effecteurs de l'AMU optimal, plusieurs dispositifs dans notre enquête nous ont signalé la part importante de médecin SP, situés en zones à plus de trente minutes d'un SMUR, ayant fait basculer leur activité d'AMU en « fonction MCS » tout en gardant les autres fonctions du médecin SP : formation aux secours aux personnes, médecine d'aptitude, du travail des sapeurs-pompiers, soutien sanitaire des opérations à risques particuliers. Cela a également pour but de créer une visibilité plus homogène des effecteurs médicaux de l'AMU pour la régulation SAMU-Centre 15 dans ces zones isolées où les deux concepts peuvent être mis en application. Par contre, des dispositifs dans notre étude ont souligné leur souhait d'avoir recours à ce type de partenariat mais ciblent des difficultés à faire tomber cette dichotomie notamment par refus des « doubles casquettes » ou suite à des problèmes de « statut post-interventionnel ». Cette difficulté a déjà été décrite dans le travail du Dr MINET où il est mentionné qu'en 2013 un peu moins de 40 % des répondants MCS de France sont également MSP, avec 22 % d'entre eux signalant une complexité à concilier les deux activités sans en détailler, néanmoins, les raisons [5]. Même si la collaboration par des conventions « MCS/MSP » est plébiscitée, on peut actuellement se poser la question, dans l'optique de dégager des perspectives pertinentes, du gain possible de secteurs ou d'effectif " MCS " par ces conventions dans la mesure où le nombre de MSP a tendance à diminuer depuis plusieurs années et d'autant plus si une complexité de conciliation est signalée [6,7]. Ainsi, la tendance initiale d'avoir une proportion

de MSP (également MCS) importante du fait que le réseau " MSP " soit plus ancien que le concept " MCS " s'inversera dans les prochaines années avec possiblement moins de possibilités de partenariats dans le cadre du renfort du maillage de l'AMU pour la réponse médicale. Par ailleurs, on peut penser que les objectifs de la création future du Service d'accès aux soins (SAS) auront possiblement tendance à favoriser ce partenariat ou, tout du moins, à rendre plus visible l'existant pour une meilleure coopération.

En termes de volontariat, le nombre de MCS au sein des différents dispositifs répondants de notre étude est hétérogène allant de 1 MCS à 165 MCS mais leur fonctionnement général, avec une portée géographique plus ou moins étendue (***Figure 4***), peut expliquer cette variation notamment par le choix de regroupement pluri-départemental et un objectif de « régionalisation » pour certains dispositifs. D'ailleurs, l'intérêt d'un regroupement de type « associatif MCS », même s'il n'est pas majoritaire (***Figure 5 a***), est mis en avant par les dispositifs utilisant ce type de fonctionnement pour éviter « l'isolement organisationnel » du MCS et se positionner comme une « interface ». De même, l'intérêt d'avoir une personne coordinatrice, globalement utilisée par les dispositifs dans notre étude (***Figure 5 b***), dédiée, a également été plébiscité, intégrée ou non à un regroupement formalisé. Cette **tendance au regroupement**, qu'il soit associatif ou émanant d'un autre statut légal, **serait un objectif pour faciliter le fonctionnement global territorialement compétent**. Néanmoins, certaines limites ont été précisées comme le facteur temporel et humain dédié à ce fonctionnement qui ne peut rester au volontariat ou au bénévolat de quelques acteurs, sous peine d'un essoufflement progressif notamment par le temps administratif (actuellement 21 % des dispositifs répondants de notre étude possèdent une aide administrative). L'autre limite, signalée par l'un des dispositifs, est la difficulté de mettre en place un regroupement formalisé devant des organisations différentes et l'éloignement entre les cabinets rendant l'idée d'une harmonisation complexe. L'intérêt de créer des statuts dédiés, reconnus et prédéfinis est ainsi questionné mais la réflexion d'un financement pérenne se pose également : le territoire d'application de ces statuts pouvant être ainsi plus ou moins étendu selon les budgets alloués et les effectifs des MCS.

Par ailleurs, la perspective de reconsidérer une représentation nationale des dispositifs n'a été mentionnée spontanément que dans une seule réponse mais notre étude n'a pas posé explicitement de question à propos de cet item.

Malgré la **reconnaissance de l'intérêt du concept MCS** dans les soins d'urgence à la population (25 occurrences) par le soutien organisationnel et en favorisant la relation « Ville-Hôpital », 8 dispositifs ont néanmoins mentionné des **relations précaires et perfectibles avec leur SAMU ou/et ARS** par défaut de reconnaissance de leur intégration au cadre de l'AMU ou en termes de difficulté à faire pérenniser les différentes collaborations ; Il transparaît surtout la volonté d'avoir une voix unique pour la reconnaissance des dispositifs. Néanmoins cette voix peut être issue de niveaux différents et l'harmonisation de l'idée d'une coordination territoriale voire régionale, analysant et synthétisant les efficiences, serait à promouvoir pour faire connaître et pérenniser le concept. D'autant plus que les différents dispositifs MCS dépendent d'ARS différentes qui n'ont pas forcément les mêmes perceptions et possiblement des priorités d'investissement différentes dans le concept (***Figure 2***).

Le **recrutement et le maintien dans la fonction est le principal point limitant** à la pérennisation d'un dispositif souligné par notre étude. D'ailleurs, un dispositif a dû cesser son activité par manque et non renouvellement des MCS partis à la retraite. Deux autres dispositifs d'échelle départementale, non inclus dans l'enquête, ont été mentionnés lors du recensement mais ne sont plus actifs depuis plusieurs années également suite au départ à la retraite de tous les MCS du secteur ; fonction MCS n'ayant pas été reprise par la suite par défaut de volontariat ou par relai par une antenne SMUR devant une activité d'AMU importante. Divers travaux de thèses ont, déjà, régulièrement souligné cette problématique de recrutement dans différents secteurs de France [8-11] et plusieurs thèses qualitatives ont essayé d'expliquer les raisons et les freins à ce recrutement dont certains se retrouvent dans notre étude : défaut de volontariat, craintes de l'urgence ou de la gestion temporelle [6-9,12,13]. Certains de ces freins sont *non-modifiables* car inhérents au médecin : il s'agit notamment du défaut d'intérêt pour l'exercice en milieu rural ou/et pour l'urgence,

de la représentation du métier de généraliste (rôle, filiarisation des urgences, indépendance, projets ou compétences annexes chronophages), de la perception d'inutilité de son action ou du concept, ou de la perception du concept comme un palliatif d'un système hospitalier défaillant, des craintes des responsabilités, des engagements, d'incapacités en raison de l'âge ou la condition physique ou encore la crainte de la répercussion psychologique post-interventionnelle. Cependant, les réflexions sur la perspective de certains ajustements au niveau organisationnel se profilent pour réduire les freins potentiellement *modifiables.* Notamment, apparaît la réflexion sur l'intégration de la gestion du temps MCS hors interventions dans la pratique quotidienne pour réduire la problématique du « manque de temps ou de la crainte du surplus de travail » particulièrement au niveau administratif : gestion de la dotation, suivi des rémunérations ou au niveau de l'organisation temporelle des formations. D'autant plus que des craintes, pour le temps d'interventions, ont déjà été signalées dans la littérature suite, par exemple, à des difficultés pour se libérer de consultation et dans la gestion du rattrapage temporel post-intervention des consultations [6,7,11,12,14,15] ; de même, ne doit-on pas se poser la réflexion suivante : la généralisation de l'exercice en groupe (avec d'autres médecins et l'aide d'un secrétariat en présentiel ou d'assistants médicaux) peut-il réduire la crainte de laisser son cabinet sans continuité des soins ou réduire celle du bouleversement de l'activité du cabinet pendant la période d'intervention ? D'autant plus que cet exercice en groupe est actuellement plébiscité par les médecins et favorisé par les politiques actuelles. Néanmoins, aucune étude n'a été réalisée quant au retentissement sur les patients de la fonction de MCS de leur médecin généraliste, ni même chez les confrères " médecin hors MCS " du potentiel cabinet de groupe même si des travaux explicitent les craintes des médecins (mécontentement, perte de patientèle, altération de la relation médecin-malade, sentiment d'abandon, acte de malveillance ou urgences dans la période d'absence) [6,16], même si la compréhension reste majoritaire dans l'éventualité d'une activité MCS. Une troisième réflexion se pose : comment réduire la crainte du médecin d'être confronté à l'accumulation de sollicitations d'interventions en regard de l'activité propre ? Cette réflexion questionne sur l'efficience potentielle d'une analyse des sollicitations, pour

un secteur donné, avec l'idée d'un retour auprès des médecins éligibles, afin de réduire leurs appréhensions en proposant un bilan situationnel prévisionnel à l'instar de ce qui a été réalisé pour la Martinique dans le travail de thèse du Dr COLLIN en 2016 mais aussi en comparant les bilans présentés par d'autres secteurs en termes de fréquence de sollicitations (environ 0 à 3 interventions par MCS et par mois selon les secteurs) [10,11,14-17] et de durée moyenne d'intervention (environ 67 minutes, variable selon les secteurs) [14,15,18]. Et ce, d'autant plus que 96 % et 78 % des dispositifs répondants de notre étude peuvent respectivement fournir ces données pour leur dispositif (***Figure 20***). Enfin, le dernier axe de réflexion serait de réduire l'anxiété du médecin de devoir gérer une urgence, de faire mal ou d'être délétère [6-8,12,13] ou d'être confronté à l'échec par manque de pratique [6-8,13,16,19] ou à la crainte d'être seul trop longtemps par exemple par défaut de déclenchement du SMUR simultanément ou d'aide infirmier, et en regard du temps ou du nombre d'intervention " MCS seul " [6,7,10,12,14-16,18,19]. Il serait ainsi pertinent de proposer des formations plus solides et régulières. De même, aucun travail n'a étudié précisément les motifs de démission des MCS (hors départs en retraite), mais certains dispositifs ont souligné dans notre étude des démissions en nombre pour souligner certains dysfonctionnements (problématique de rémunération, de formation…) et des thèses ont évoqué d'autres motifs potentiels comme des défauts de sollicitation, pour des raisons de santé, de doute professionnel ou de changement de lieu d'activité [8,9,11,19]. L'évaluation quantitative et qualitative de ces motifs pourrait être intéressante pour la compréhension des raisons et des motivations au maintien dans le dispositif ou, au contraire, à la démission.

Pour conclure sur la problématique de recrutement, les politiques actuelles sur les réformes des études de santé et les mesures pour favoriser l'exercice en milieu rural auraient aussi intérêt à souligner l'existant en termes d'organisation de la gestion des urgences par le médecin généraliste pour réduire possiblement un des freins à l'installation dans les zones isolées [20]. De plus, la finalité de ce travail en termes de mise en lumière des modalités d'organisations fonctionnelles et des points forts du concept MCS pourrait être une base de communication ultérieure pour

encourager l'adhésion de futurs médecins aux dispositifs. Ainsi, dans notre étude, 13 dispositifs ont appuyé l'intérêt et comme point fort l'idée du concept MCS pour l'organisation des soins urgents en zones isolées et notamment par le soutien organisationnel avec l'objectif de rendre le travail sécurisé. De même, des travaux d'études qualitatives interrogeant des médecins soulignent cette plus-value et la précise pour encourager l'attractivité : plus-value en termes de qualité des soins en favorisant les compétences dans le domaine de l'urgence vitale, d'autant plus que le praticien en zone rurale y sera confronté inévitablement et qu'il est perçu comme pertinent pour un médecin exerçant dans ces zones d'être compétent et équipé pour la gestion des urgences ; plus-value en termes d'intérêt médical avec une pratique qui sort de l'ordinaire, permettant de diversifier l'activité tout en étant considérée comme utile pour le patient mais aussi plaisante et bénéfique dans le sentiment de satisfaction globale dans le travail de médecin généraliste, dans l'engagement civique et dans le lien/relation médecin-patient ; plus-value en termes de gain dans la collaboration à différents niveaux : avec l'Hôpital (SAMU) mais également avec les secouristes (pompiers, pisteurs-secouristes, gendarmes...) ou avec les autres confrères généralistes MCS ou non-MCS notamment par la reconnaissance du travail effectué [5-9,11-17,21].

Enfin, notre étude décrit que l'âge moyen estimé des MCS des différents dispositifs répondants de France est de 48 ans, soit un peu plus jeune que l'âge moyen des médecins généralistes français en exercice actif régulier chiffré à 50,1 ans en 2020 selon l'Ordre national des médecins. Notre chiffre est une approximation car l'exactitude des âges notifiés ne peut être vérifiée et 9 dispositifs n'ont pas fourni les données adéquates. Cette estimation est néanmoins satisfaisante dans l'idée de pérenniser la fonction dans le temps. Cependant, notre étude analyse qu'un tiers des dispositifs possèdent moins de 6 MCS avec une médiane du ratio " MCS/secteur " à 1. Ainsi, ces dispositifs peuvent être fragiles en termes de pérennisation dans l'espace (secteur pourvus) même si notre étude ne montre pas de différence dans les âges entre les secteurs ayant un ratio " MCS/secteur " de plus ou moins supérieur à 2. D'où l'importance de sensibiliser les jeunes médecins à la connaissance de ce concept, d'autant plus que c'est potentiellement cette population qui serait plus encline à devenir MCS [16].

<u>FORMATION :</u> UN PILIER, DIVERSIFIÉ ET DE QUALITÉ, ADAPTABLE, INDISPENSABLE DU CONCEPT MCS MAIS À RÉGULARISER

Nos résultats montrent que les **formations actuelles sont très hétérogènes en termes de planification (durée, régularité) et de type d'enseignement** et notamment pour les formations continues.

L'analyse qualitative décrit aussi que 20 dispositifs répondant rencontrent une **difficulté dans la régularité et la planification des formations** avec comme principale limite, à cette réalisation, le nombre de MCS ne permettant pas de multiplier les sessions de formations voire même de les créer pour certains dispositifs. De même, certains facteurs explicatifs peuvent, en plus du nombre variable d'effectif MCS selon les secteurs, être perçus comme des points limitants à la disponibilité des MCS pour assister aux formations ; c'est ainsi qu'ont été notifiées dans notre étude les dates uniques, imposant une disponibilité conjointe avec la problématique additionnelle du défaut possible de remplaçants pour la continuité des soins ou celui de l'indemnisation (25 % des dispositifs répondants), mais aussi la prise en compte des possibles chevauchements avec les autres formations continues. L'analyse quantitative a confirmé, sous réserve du nombre de réponses, qu'une différence statistiquement significative était présente entre la tenue d'une formation continue et le nombre de MCS supérieur à 5 pour un dispositif.

Or, **les compétences acquises, pour devenir et pratiquer la fonction de MCS, sont, par définition, un pilier du concept** et les formations sont perçues par les dispositifs de notre étude comme une sécurité et un bagage pour le MCS grâce aux richesses d'enseignement notamment axées sur la pratique et l'adaptabilité aux particularités de la fonction ; adaptabilité d'autant plus pertinente que les thèses du Dr REGGIORI en 2015 puis du Dr BARTHET en 2019 et des Drs GALLETTI et PICARD [22] en 2020 synthétisent les différentes compétences du MCS et démontrent ainsi que la fonction est unique mais interrogent sur l'intégration de ces particularités aux formations proposées aux MCS. Ces formations ont également été décrites dans la littérature comme un atout au volontariat autant qu'au maintien dans la fonction et plus généralement au

concept MCS [7,12,14,17,21]. Le non-engagement de la tenue de ces formations pourrait être, ainsi, un facteur de démotivation majeur et pourrait renforcer l'incertitude du médecin sur la perception de ses compétences à gérer les situations d'urgences d'autant plus si la fréquence de ses missions est faible avec moins de pratique effective [6,8,9,14,16,18].

L'optimisation des formations a toujours été régulièrement discutée dans les différentes thèses au sujet des MCS reflétant ainsi l'enjeu de cette partie d'organisation du concept [5-9,11,14,16].

Actuellement, ces formations sont essentiellement organisées par les CESU départementaux mais certains dispositifs ont souligné les difficultés à organiser des formations pérennes à ce niveau (surcharge annexe, disponibilité, effectif, dotation pédagogique variables). L'**intérêt d'une mutualisation** des formateurs et des moyens de formation peut avoir, ainsi, son utilité et d'autant plus que le nombre de MCS potentiellement disponibles serait susceptible d'augmenter. D'ailleurs, quelques dispositifs ont recours à ce mode de fonctionnement et le plébiscite dans notre étude : augmentation du nombre de formateurs, plus de disponibilités, moyens pédagogiques adaptés mutualisés. De même, l'intérêt de formaliser par des documents écrits communs de type convention, ou cahier des charges, a également été proposé pour définir les différents partenariats et organisations des formations. À l'opposé de la mutualisation à « plus grande échelle », le facteur « proximité » a été aussi perçu comme un point fort essentiellement pour la création de liens, potentiellement facilitateur de la collaboration sur le terrain, entre les MCS et le SAMU via les équipes formatrices (10 occurrences) [6,8,12]. Ainsi, il pourrait être proposé de maintenir cette proximité ponctuellement pour certains enseignements et d'autant plus que, compte tenu des types d'enseignement décrits dans notre étude, des enseignements procéduraux et gestuels peuvent être individualisés voire optionnels en fonction de l'expérience du MCS ; et d'autres peuvent être plus ponctuels mais obligatoires dans un but pédagogique de part leur technicité (simulation, contextualisation…) ; de même, on pourrait évoquer l'adaptation des formations aux territoires selon les spécificités locales : lieux et circonstances d'intervention, fréquences des particularités circonstancielles ou traumatologiques, transports sanitaires et des premiers intervenants.

L'adaptation à l'expérience des médecins a été également mise en avant dans notre étude. D'ailleurs, certains travaux ont décrit sa variabilité potentielle, selon les formations antérieures, selon la fréquence des interventions et le nombre d'années d'expérience de terrain en tant que MCS [5,9,11,14,15]. Cependant, la variabilité des expériences en lien avec certains diplômes aura tendance à se réduire dans le futur avec les réformes des études en santé et la disparition des diplômes spécialisés complémentaires et des capacités de médecine d'urgence mais requestionne sur les compétences nécessaires et suffisantes pour assurer de façon sécuritaire la fonction de MCS. Et la perspective de transposition pédagogique, dans un référentiel commun (de compétences intégrées), est pertinente dans l'idée d'une harmonisation des compétences [22].

Ainsi, les perspectives concernant la programmation des formations s'axent sur la réflexion, sur le juste temps entre formation suffisante et celui consacré à la formation d'urgence en complément des autres formations dans le cadre des compétences du médecin ; celui du temps professionnel et extra-professionnel [6-8,12,18] ; mais aussi celui du coût et de son financement : gratuité, indemnisation ou à la charge du médecin [16].

En termes de **qualité de la formation**, la ***figure 8*** de notre étude montre que les outils pédagogiques utilisés pour la formation des MCS sont divers, permettant une richesse d'enseignement : les outils de simulation étant quasiment d'usages standards d'autant plus qu'ils ont prouvé leur efficacité chez la population MCS [21]. Par contre, les stages sont proposés moins fréquemment : sans doute à cause des difficultés de planification ou d'administration. Cependant, leur intérêt, en termes de pédagogie, est à discuter en regard du temps consacré (2 jours proposés dans le guide de déploiement) par rapport au nombre d'interventions sur la période proposée et du temps d'intégration à l'équipe et leur efficacité n'a pas été étudiée chez la population MCS. Notre étude décrit que les stages aux urgences pédiatriques et obstétricales en salle d'accouchement sont peu proposés, néanmoins, les simulations sur ces thèmes sont, a contrario, plus fréquentes [6,8,11-13,21], d'autant plus important que la fréquence de sollicitation pour ces situations sont faibles [10,12,14] et particulièrement anxiogène pour le médecin [22].

Les retours post-interventionnels entre le MCS et le SMUR ou la régulation n'ont pas été étudiés dans les listes des types d'enseignement mais ont été mentionnés en perspective par 5 dispositifs dans l'intérêt notamment d'intégrer les différentes équipes SAMU de proximité aux formations. Certains travaux font également mention de cette volonté de perspective par les MCS comme par exemple la création de " groupes de pairs " en visioconférence entre MCS et médecins régulateurs ou du SMUR afin de s'affranchir des distances géographiques ou d'intégration des MCS à des réunions d'analyses des Événements indésirables associés aux soins de santé (EIAS) ou psychologiques [6,7].

Pour conclure sur la qualité des formations, même si quelques travaux les évaluent pour deux dispositifs [11,21], il n'y a néanmoins pas de comparaison entre les différents choix entrepris, ni en fonction du niveau du MCS, de l'efficacité de progression suite aux différentes formations.

L'idée de groupe de travail « formation » a été évoquée ou plébiscitée dans l'objectif de réfléchir conjointement à des programmes structurés adaptés régulièrement et à la création de supports d'aides cognitives appropriés à la pratique des MCS sur la base des protocoles communs d'urgence disponibles à différentes échelles géographiques. Ces groupes de travail concernent actuellement 38 % des dispositifs répondants. Cependant, la question posée dans la première partie de cette discussion s'applique également sur le temps et le financement alloués à ces charges de travail en termes de temps imparti et de personnel ressource pour fédérer, harmoniser et optimiser ces formations.

Notre étude souligne également que l'intégration des remplaçants ou internes au dispositif n'est pas généralisée (possible pour environ la moitié des dispositifs répondants) (***Figure 11***) et se pose donc la réflexion de la perspective de leur participation plus fréquente aux formations ; notamment pour les médecins remplaçant régulièrement des médecins MCS ou pour des internes, dans le cadre de leur stage SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée), dans des zones éligibles afin de leur donner des acquis pour aider leur maître de stage pendant une intervention ou de leur donner des compétences anticipées notamment s'ils projettent

un remplacement ou une installation dans les zones éligibles (gain de temps de formation initiale). Cette option pourrait être intéressante pour augmenter le nombre de participation afin de créer une formation initiale et/ou continue et de favoriser le remplacement " pour formation " des médecins installés. Néanmoins, ce choix a le désavantage d'une perte de vue possible du médecin formé comme le regrette un dispositif dans notre étude.

Enfin, notre travail souligne que les outils de promotion et de communication sont peu utilisés pour favoriser la formation à la connaissance du concept et promouvoir le recrutement (***Figure 10***). De plus, peu de travaux décrivent le type de promotion ayant abouti au recrutement de MCS [6,8,11,12] et d'autres, par contre, montrent le manque de connaissances des médecins sur le concept (définition, compétences, rôles et organisations spécifiques) [6-8,12,16] ; notamment, la promotion via le biais universitaire aux internes, est peu mentionnée par les dispositifs, qu'elle soit via le maître de stage, via les séminaires ou à l'occasion d'une diffusion d'une thèse d'exercice ou dans le cadre des CESP (Contrats d'Engagement de Service Public). Cette notion est également analysée quantitativement notamment dans les travaux du Dr GRISONI [13] et du Dr MOESCH [7] qui interrogent les internes : la fonction n'est connue que chez respectivement 47,6 et 61 % des populations étudiées (internes de l'ancienne région Poitou-Charente et du Limousin). Or, favoriser ce type de promotion gagnerait-il à être en faveur d'un recrutement futur en diminuant l'un des freins principaux : le défaut de connaissance et de visibilité du concept MCS ? De même, le concept est promu dans certains congrès médicaux annuels (URGENCE, Paris), mais il n'y a eu que très peu de communications dans les congrès de grande envergure à destination spécifiquement du médecin généraliste. Cela d'autant plus que la proximité dans la communication, à travers de moments rencontres promotionnelles, pourrait être une piste d'amélioration comme le souligne le travail des Drs POLI et ROBAGLIA [16]. Enfin, le référentiel national MCS de 2021 aura aussi pour but de repréciser le concept suite aux évolutions organisationnelles depuis l'édition du guide de déploiement de 2013 [1].

<u>DOTATION :</u> LE 2eme PILIER, HÉTÉROGÈNE, AVEC DES CIRCUITS PRÉDÉFINIS DE RÉAPPROVISIONNEMENT À HARMONISER ET DONT LES LISTES FONCTIONNELLES SONT À STRATIFIER ET À ADAPTER AUX PARTICULARITÉS DE CHAQUE DISPOSITIF

Tout comme la formation, la **dotation est considérée par les dispositifs comme fondatrice dans la fonction du MCS**, « médecin formé et équipé pour l'urgence » [1]. La plus-value médicale est, certes, reflétée par une évaluation et un triage par la clinique plus rapides mais les décisions thérapeutiques, découlant de la réflexion diagnostique, sont possiblement également importantes même s'il n'a pas encore été dégagé unanimement de plus-value en termes de morbidité ou de mortalité, pour certaines pathologies phares comme les arrêts cardiaques (AC) et les syndromes coronariens aigus (SCA), dans les études disponibles sur le sujet des MCS sous réserve de leur limites propres [24,25].

Pourtant, notre étude fait apparaître que **les dotations des MCS sont hétérogènes**, de même que leur gestion, bien que, néanmoins, les circuits " prédéfinis " sont présentés globalement comme fonctionnels. Les quelques dispositifs n'ayant pas formalisé de circuits témoignent de la difficulté inhérente aux réapprovisionnements notamment suite aux utilisations en interventions mais aussi dans la gestion des péremptions. Les aides numériques apparaissent peu nombreuses mais pourraient être une perspective pour une meilleure traçabilité et un gain de temps à différents niveaux (commandes, suivis). De même, le recours à une personne dédiée à la logistique, et l'appropriation des différents moyens d'acheminement pour les réapprovisionnements, seront à étudier localement mais toujours avec la notion de l'**intérêt de circuits définis** et écrits pour éviter les alternatives, les défauts de traçabilité et permettre un gain de temps, principales limites soulignées par notre étude mais également dans quelques travaux [12,14].

Par ailleurs, notre étude n'analyse pas le budget de chaque région et sa répartition, pour le fonctionnement du dispositif, pourrait varier. La dotation MCS, tout comme la formation, les différentes indemnités et tout comme les possibles aides administratives, ont un coût initial auquel s'ajoute celui du fonctionnement et du renouvellement ; cela peut être un frein à

la constitution d'une dotation optimale et son adaptation aux fréquences d'utilisation, même si une perspective de mutualisation selon les secteurs pourrait être discutée. D'ailleurs, certains dispositifs ont fait part du recours à un VRM/VSM/VLI (Véhicule Radio-/de Secours Médicalisé/Léger Infirmier) possédant le matériel MCS mais la plupart des organisations décrivent l'utilisation d'une dotation par MCS ou par cabinet ou par secteur d'intervention avec quelques adaptations quand plusieurs MCS assurent la fonction dans un même secteur et que la fréquence élevée d'interventions concomitantes les a obligés à constituer une deuxième ligne de dotation. La dotation fonctionnelle des MCS n'a pas été finalement exposée dans notre étude car aucune liste n'a été envoyée par les dispositifs répondants ; ainsi cette partie ne sera pas analysée d'autant que certains dispositifs ont mentionné des variations internes dans la dotation de leur MCS mais néanmoins des listes apparaissent dans quelques travaux de thèses [7,14,18,23]. Cet item mériterait une étude exhaustive adressée à l'ensemble des MCS français, analysant les raisons de cette variation et des choix qu'en à la problématique du coût, de la fréquence d'utilisation, du choix du MCS et de ses compétences mais aussi des prompt-secours pouvant assurer certains matériels d'oxygénothérapie, d'aspiration par exemple. De plus, la généralisation du recours à des possibles méthodes alternatives pour les accès vasculaires (système intra-osseux ou intra-nasal) ou pour les voies aériennes (système supra-glottique et intubation indirecte) pourrait réduire aussi la crainte du médecin d'un échec technique avec les méthodes plus classiques (voie veineuse périphérique, intubation oro-trachéale par laryngoscopie directe) ; de même que proposer des supports cognitifs adaptés aux MCS, utilisables si besoin en intervention, pourrait limiter la crainte des erreurs par défaut de pratique ; freins soulignés par notre étude au recrutement et également retrouvés dans certains travaux de thèses [6-8,14].

L'**absence actuelle de recommandations, pour stratifier la liste de dotation** (en essentiel, souhaitable, optionnel), n'a pas été décrite spontanément comme limitante par les différents dispositifs. En effet, le guide de déploiement de 2013 propose une liste de dotation mais ne statue pas sur les éléments indispensables au déroulement de qualité d'une intervention MCS.

Ces notifications seront source d'une réflexion dans le référentiel national (prévu en 2021) afin de hiérarchiser, en fonction des éléments limitants précités dans les résultats de notre étude, l'adaptation de la dotation. L'**harmonisation** stricte **des dotations fonctionnelles**, entre les différents dispositifs en France apparaît, aux vues de leurs caractéristiques propres, peu envisageable mais, néanmoins, **discutable à une échelle à définir**.

<u>INTERVENTIONS :</u> UNE VISIBILITÉ EN PRÉ-ALERTE NON OPTIMALE, UNE RECONNAISSANCE PAR LA RÉGULATION VARIABLE ET UN RECUEIL À HARMONISER

Concernant l'**intervention du MCS**, en termes de visibilité en pré-alerte, les choix divergent entre une astreinte prédéfinie (garde) et une liste de disponibilités des médecins présents sur un secteur qui est un équivalent à une astreinte morale. Néanmoins, on peut se questionner sur le coût humain et financier de la généralisation des astreintes prédéfinies comparativement à la fréquence des interventions et du nombre de MCS pour un secteur : l'acceptabilité des fonctionnements sur la durée étant l'objectif pour les différents protagonistes [6,8,15-17]. D'ailleurs des travaux ont décrit la question de leur répartition temporelle et nycthémérale sous réserve d'acceptation par le MCS de sa mission avec des sollicitations " nuit " après 20 heures représentant jusqu'à 25 % des interventions selon les secteurs [9,14-16,18,19]. De plus, les secteurs à variation saisonnière ont une fréquence d'interventions moindre à certaine période (intersaison par exemple) [10,14,15]. Par contre, les plannings d'astreintes nécessitent d'être mis à jour régulièrement et le désavantage d'une liste de présence est le temps de recherche pour la régulation d'un médecin disponible notamment si plusieurs MCS exercent dans un même secteur. Également, des travaux de thèses qualitatives ont évoqué la charge mentale supplémentaire en lien avec l'astreinte " morale " de la disponibilité de principe malgré la plus grande liberté de décliner une demande de mission [6,9,12]. Un dispositif, dans notre étude, a mentionné la possibilité d'un addendum à la « disponibilité de principe » pour certains de leur MCS qui signalent ainsi leurs indisponibilités prévisibles dans le but de ne pas faire perdre du temps à la régulation. Même si

aucun dispositif n'a mentionné une telle utilisation, nous pouvons nous interroger sur l'utilité de mettre en place des plateformes en ligne ou d'applications téléphoniques permettant de renseigner en temps réel les disponibilités à l'instar de celles utilisées par les sapeurs-pompiers volontaires.

Les dispositifs mentionnent l'intérêt du concept MCS dans l'idée d'une " transparence " sur l'effecteur en termes de champ de compétences et de dotation d'urgence. On retrouve également cette idée développée par les MCS interrogés dans le travail du Dr BORDIER [9] et des Drs ROBAGLIA et POLI [8], des Drs RAJOELISON et TELLIER [6]. Dans notre étude, la principale limite serait la **(re)connaissance par la régulation, celle-ci pouvant être variable et précaire**, essentiellement par la problématique que pose la visibilité des disponibilités malgré les potentielles possibilités (astreintes, listes, addendum) ; mais aussi, à un niveau moindre, celle des connaissances des secteurs bénéficiaires malgré, là-aussi, les possibilités disponibles (cartographies, paramétrages logiciels, formation) (***Figure 15***) et notamment lorsque ceux-ci peuvent être très étendus comme nous l'ont décrit quelques dispositifs. L'écueil de ce manque de reconnaissance est la sous-sollicitation des MCS et leur possible démotivation mais aussi la non-systématisation des déclenchements MCS par la régulation [9,14,15]. Notre étude fait apparaître également que **certaines particularités ne sont pas totalement effectives** notamment les possibilités d' " auto-déclenchement " du MCS (lorsqu'il le juge nécessaire à son cabinet ou en visite) ou celles que la régulation puisse déclencher le MCS seul dans des situations précises ou en " levée de doute " pour épargner une annulation du SMUR. Or, certains dispositifs ont signalé un défaut de reconnaissance de ces situations et donc de l'intervention MCS avec l'absence de rémunération du travail effectué in fine. Cela questionne sur l'enjeu motivationnel notamment si la proportion de ces autodéclenchements est potentiellement importante selon les secteurs, néanmoins l'estimation de la proportion est délicate car cette donnée transparaît peu dans la littérature possiblement par sous-déclaration de ces interventions [6,14,17,23]. En effet, cette étude dénombre que 58 % des dispositifs répondants peuvent proposer une traçabilité de ces types de déclenchements. L'idée de faire évoluer, dans le futur référentiel national, la définition et le cadre

d'intervention MCS est un enjeu pour ces situations afin ne pas mettre en difficulté la régulation et éviter la démotivation des MCS. La **généralisation de l'analyse régulière** des oublis de déclenchement MCS (hors zones inaccessibles par le MCS) mais aussi celle de la non-disponibilité du MCS pour quelque motif permettrait un retour auprès du MCS et de leurs régulations SAMU-Centre 15 [6,8,11,14-17] ; et ce serait possiblement d'autant plus constructif pour les " jeunes " dispositifs où l'intégration du concept doit se forger. L'idée de ces retours réguliers auprès des ARM (Assistants de Régulation Médicale) et des médecins régulateurs permettrait également de mettre en mémoire les secteurs éligibles notamment lorsqu'il y a peu d'interventions effectives d'autant plus que notre étude décrit que seulement 10 dispositifs ont recours à une formation spécifique dans les SAMU les régulant sous réserve du taux de réponse. De même, la réflexion sur des outils informatiques optimisés en régulation permettrait de lier les secteurs au MCS ou à une liste de MCS et ainsi d'éviter les oublis ou le retard de déclenchement, même si ces MCS sont peu nombreux. Sur cet aspect, quelques travaux de thèses ont décrit spécifiquement les particularités du déclenchement en régulation (problématique de visibilité des secteurs, des disponibilités ; des disponibilités variables, refus ; différence de niveau des MCS) [14,19] et les points de vue des MCS (intervention SMUR dans secteur MCS sans en informer les MCS, secteur trop proche SMUR, délai pour joindre régulation notamment si autodéclenché) [8,9,11,12,14] ; cela a ainsi permis de proposer des ajustements pour les régulations SAMU-Centre 15 concernés. Certains freins en régulation seraient ainsi utiles d'être explorés de façon plus systématique (connaissance, reconnaissance des champs de compétences ou compétences propres au MCS, des motifs et protocole de déclenchement) pour cibler les adaptations potentielles. De même, les futurs Services d'accès aux soins (SAS) devront systématiquement être paramétrés dans ce sens et une réflexion, sur l'intégration des MCS aux filières de soins, qui sont également en augmentation en France : cardiologique, traumatologique notamment, comme " maillon " de ces réseaux, serait à généraliser afin d'optimiser les prises en charge des pathologies ciblées par celles-ci. De même, il a été proposé dans le travail du Dr SEEWALD d'optimiser la connaissance du concept par les équipes secouristes

des secteurs concernés peuvant aussi être possiblement une aide pour favoriser les rappels de déclenchements [14]. De plus, le référentiel national MCS de 2021 a aussi pour projet de préciser les différents champs de compétences et situations de déclenchements du MCS.

Nous avons décrit des organisations complémentaires au MCS « seul » avec l'intérêt au **recours à des infirmiers** : Sapeurs-pompiers (ISP) (protocolés PISU) ou libéraux, de cabinets, d'hôpitaux de proximité non dotés d'un SMUR afin d'avoir une aide technique humaine (notamment pour la pose de voie vasculaire, pour la préparation des médicaments et pour la surveillance du patient) voire même dans l'objectif de graduation de la réponse locale à l'urgence. Cependant, certains systèmes décrits sont matériellement (notamment les VRM/VSM/VLI possédant la dotation du MCS) mais aussi psychologiquement dépendants de cette aide. Se pose, ainsi, encore la question de la formation et de l'intégration de la gestion concomitante par un médecin seul, entre l'évaluation de la clinique, les conditions d'intervention, le diagnostic, le triage, de la priorité mais aussi celui de la technicité thérapeutique et du rôle de direction d'équipe (team leader) sans oublier la gestion de l'entourage [6,8,22] ; d'autant plus qu'il peut être sans secouristes dans un premier temps ou être sans renfort SMUR pendant une durée plus ou moins longue. Les dispositifs soulignent aussi la possible carence de cette aide en lien avec un chevauchement avec une intervention en rôle propre (PISU) ou en lien avec une carence d'astreinte pourvue, notamment concernant les ISP. Néanmoins, nous pouvons nous interroger sur l'optimisation de ces partenariats afin de contribuer à améliorer les conditions d'interventions et possiblement diminuer l'un des freins à l'attractivité de la fonction de MCS [7,8]. Des travaux de thèses réalisés dans diverses régions de France ont posé le problème de ces différentes coopérations ; ainsi, en Lozère, le travail du Dr QUINSAC [18] a décrit les rôles respectifs et les partenariats possibles, ou suppléances, au travers d'une comparaison avec les PISU (Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence), de même qu'en Corse [8]. Néanmoins, le travail de visibilité de ces différents intervenants est à poursuivre car il est indispensable pour l'efficience de coordination sur le terrain entre MCS et infirmiers. De même, un cadre défini des missions communes ou indépendantes doit être établi afin d'assurer toute la pertinence de

ces deux systèmes et d'éviter une concurrence possible dans certaines situations. De plus, les ISP ne sont pas forcément basés par définition à plus de " 30 minutes " d'un SMUR : leur intégration est, ainsi, à discuter, notamment par rapport au possible gain de temps par rapport au SMUR.

La question de l'optimisation du gain de temps a également été posée par certains dispositifs ayant signalé des difficultés, pour le médecin à se libérer lorsqu'il est en consultation retardant l'arrivée auprès du patient ; cette notion renvoie à la discussion de la première partie avec l'idée d'une information auprès de la population concernée et du recueil de leur ressenti concernant le départ intempestif de leur médecin et du retard potentiel dans les consultations au décours de son intervention. De même, certaines particularités ont été mentionnées notamment la problématique de circulation par le défaut de signalétiques du véhicule personnel du médecin (gyrophares bleu, 2 tons, plaque " médecin "), qui n'est pas considéré comme prioritaire, ou par les longues démarches en cas de contrôle radar pour faire valoir l'ordre de mission, auxquelles s'ajoutent possiblement la complexité (territoire vaste) ou l'imprécision de certaines localisations d'interventions. Ces notions ont aussi été décrites dans des travaux qualitatifs comme freins potentiels à l'adhésion au concept MCS ou comme sources d'anxiété ou d'inconfort [6-8,12,16,22].

Globalement, **les données principales d'intervention peuvent être recueillies** mais leur exploitation nécessite le plus souvent une incrémentation informatique, chronophage. L'idée d'une généralisation de l'utilisation informatique, rempli a posteriori par le MCS lui-même, permettrait de s'affranchir de cette étape d'incrémentation pouvant également être source d'erreur. De même, certaines informations, recueillies durant l'intervention, seraient possiblement utiles à l'évaluation de l'efficience du concept (horaires notamment et suivis des diagnostics traceurs). Mais la notification des horaires est complexe à recueillir rigoureusement avec des lacunes dans les différentes fiches post-interventionnelles. D'ailleurs, un dispositif, dans notre étude, a signalé utiliser des tablettes numériques connectées permettant de transmettre le bilan à la régulation de façon interactive avec concordance temporelle. Néanmoins, le facteur personnel apparaît aussi pour ce système avec défaut de traçabilité fréquent.

<u>RÉMUNÉRATIONS :</u> FORFAITS PLÉBISCITÉS MAIS UNE CHAÎNE DE PAIEMENT À OPTIMISER

Les choix laissés dans le Guide de déploiement de 2013 [1], en termes de **rémunérations**, sont tous utilisés mais celui au **forfait unique est majoritaire** dans notre étude, de par sa simplicité. Quelques dispositifs ont opté pour des forfaits proportionnels à la durée d'intervention ou pour des majorations (nuit, longueur d'intervention) pour assurer une compensation et une revalorisation dans certaines situations ; d'ailleurs ces adaptations ont été proposées dans certains travaux [9] et d'autres questionnent sur la juste rémunération pour être attractif et compensatif [8,9,11-13], notamment pour les territoires vastes où les distances peuvent être importante (voiture, sécurité). De même que la défiscalisation de cette rémunération [7-9,16].

Les dispositifs sont **globalement satisfaits de ces modes de rémunération des interventions** mais le manque de traçabilité amène parfois à des incohérences de paiement et de transparence (perte de fiches d'interventions, problème d'incrémentation informatique, autodéclenchements ou déclenchements " en éclaireur " plus ou moins reconnus) [9-11]. Les retards de paiement sont signalés comme fréquents et certains blocages dans le **système de la chaîne de paiement** peuvent être chronophages à être débloqués, ce qui est une source possible de démotivation [9]. Les perspectives dégagées sur ces points sont essentiellement l'intérêt possible d'avoir recours à des moyens informatiques généralisés permettant la centralisation et l'automatisation de ces procédures de validation des fiches MCS puis le suivi et donc une meilleure transparence au cours de la chaîne de paiement.

Nos résultats suggèrent aussi que la revalorisation des astreintes n'est pas homogène. Or cela peut être également source de démotivation des MCS notamment pour la compensation de la " contrainte " engendrée [9,16]. Néanmoins, comme mentionné dans la partie précédente (interventions), les coûts générés peuvent-ils être un point de blocage à long terme notamment en comparaison du nombre de sorties pour intervention MCS ?

<u>ÉVALUATION DE L'ACTIVITÉ :</u> DES ITEMS À HARMONISER ET PERSPECTIVE D'UNE BASE DE DONNÉES COMMUNE

Concernant la dernière partie, d'après nos résultats (***<u>Figure 16</u>*** et ***<u>20</u>***), l'**évaluation du dispositif reste à parfaire** mais la majorité des répondants peuvent fournir les principaux items d'évaluation. Les registres de données informatisées augmentent progressivement toutefois les registres " papiers " restent majoritaires. Cependant, d'après les résultats aux questions ouvertes, la visibilité sur les résultats de ces items est aléatoire et un manque d'analyse en croisement avec ceux de la régulation SAMU-Centre 15 et des SMUR apparaît ; de même un manque de retour sur ces données auprès des MCS a été mentionné comme points limitants. Une plateforme informatisée, mutualisée, est plébiscitée dans notre étude tout en sachant que les MCS utilisant déjà ce système, à l'échelle d'un dispositif, sont satisfaits [17]. L'incrémentation directe du recueil par le MCS, au plus tôt après son intervention, minimiserait les biais de mémorisation et de retranscription (en évitant l'implémentation informatique à partir d'une fiche papier) mais aussi permettrait un gain de temps administratif. Un **recueil de données prospectives serait ainsi favorisé** pour permettre des études plus systématiques.

De nombreuses thèses de médecine et d'articles participent à l'évaluation des dispositifs MCS, 60 % des répondants de notre étude utilisent ces publications pour participer à l'évaluation et à l'amélioration de leur dispositifs et contribuent à conforter certaines plus-values comme le " gain de temps " moyen (sous réserve de l'estimation numérique temporelle) par rapport au SMUR [10,14,16,18] mais le bénéfice sur le " gain de chance " n'est, néanmoins, actuellement pas clairement quantifiable [24,25] ; les bilans d'activités généraux ou ciblés [10-12,14-19,23] précisent les pathologies phares et leurs prises en charge dans le but d'optimiser les formations et les dotations au plus près du terrain. De même, le ressenti des MCS sur leur réseau permet de comprendre leurs expériences et les potentiels atouts et freins afin de les optimiser [6-9,11,12,14].

Néanmoins, actuellement, le bénéfice pour certains secteurs demeure un questionnement en regard de l'investissement humain et temporel pour un dispositif opérationnel et optimal. Les résultats

satisfaisants de certains dispositifs dans le domaine cardio-vasculaire [21,23-25], de la traumatologie sévère [21,23] ou de l'analgésie [23,26], et dans le bénéfice en termes de répartition des moyens, d'orientation et des annulations du SMUR ou de réduction du temps de mobilisation du SMUR sur place (disponibilité pour d'autres urgences, gain financier) [9,14-16,19,24] sont encourageants mais leurs résultats sont actuellement peu généralisables pour les autres dispositifs eu égard aux caractéristiques précises de ces MCS exerçant dans les dispositifs décrits ; et surtout à l'utilisation de dotation peu répandue comme la thrombolyse (cadre du STEMI éligible), morphine/kétamine (cadre de l'analgésie), anti-fibrinolytique/osmothérapie (cadre du traumatisé grave éligible), drogues d'induction et d'entretien de la sédation (kétamine, célocurine, morphine). Toutefois, l'**idée d'une base de données commune**, également suggérée par 3 dispositifs dans notre étude, permettrait d'en évaluer le bénéfice notamment pour les pathologies cardio-vasculaires (AC et douleur thoracique/SCA essentiellement) de façon méthodique et objective en uniformisant les items et en évitant le recours à la subjectivité pouvant être source de biais de mémorisation plus important. Une base de données spécifique MCS et de leur prise en charge pourrait être aussi le point de départ d'une comparaison à d'autres registres nationaux permettant ainsi d'analyser le bénéfice ou, tout du moins la non-infériorité, de ce travail en réseau, comparé à une équipe SMUR sans MCS dans les zones éligibles.

De plus, **la fréquence et l'analyse des répartitions des pathologies pourraient permettre de réfléchir sur une hiérarchisation des programmes de formation** avec l'idée d'un tronc commun sur les thèmes les plus fréquemment rencontrées (cardiologie et traumatologie notamment) [10,12,14-19] et de formations complémentaires abordant des thèmes plus rares ou spécifiques au territoire d'exercice de la fonction (traumatismes, circonstanciels, psychiatriques, pédiatrie/ grand-âge, accouchements, surveillances prolongées...). Ainsi, le questionnement de fractionnement et de réduction du temps de formation pourrait-il permettre de favoriser leur organisation et la disponibilité des MCS, qui comme nous l'avons déjà décrit et discuté, dans notre étude, est l'un des points limitants soulignés par la plupart des dispositifs ?

Cette adaptation des formations mais également de la dotation est inhérente à cette évaluation qui est le reflet de l'activité effective ; adaptation notifiée, par les dispositifs dans nos résultats, comme critère de positivité. Néanmoins, nous avons vu la variabilité des critères d'évaluation et la complexité à recueillir de façon fiable certains d'entre eux notamment l'horodatage. Pourtant ces données sont importantes pour conforter la plus-value du concept MCS en termes de " gain de temps " et donc potentiellement en " non perte de chance " du fait de l'éloignement. Cette variabilité et cette difficulté se retrouvent dans quelques travaux de thèses notamment dans le remplissage des fiches malgré la sensibilisation des médecins, et la problématique des " données manquantes " pouvant altérer le taux d'exhaustivité pour un recueil de qualité [14,19,23-25], ainsi pouvons-nous dégager l'intérêt de hiérarchiser les données pertinentes des fiches de transmission d'un côté et celles pertinentes pour un registre avec des termes uniformisés, en privilégiant les choix multiples pour éviter tout biais déclaratif. Cette notion sera discutée pour la rédaction du référentiel MCS national.

4.2. Forces et limites

Cette étude présente des forces et des limites qu'il convient de souligner. En termes de validité externe, l'application en pratique quotidienne des propositions organisationnelles du guide de déploiement de 2013 était mal connue, ainsi, notre étude illustre et fait l'état des lieux, de façon transversale, des différentes organisations des dispositifs du concept de MCS en France. Ce concept étant une activité préhospitalière **originale** intégrant de multiples compétences médicales mais aussi paramédicales, il est question d'une fonction unique, avec très peu d'équivalents avec l'international [27]. Il en est de même concernant les études des bilans d'activité, ce qui rend impossible la comparaison avec le concept " MCS " français. Cette **première étude** s'intéresse précisément aux modalités d'organisations des dispositifs MCS de France. Son originalité réside ainsi dans sa dimension nationale, et la comparaison descriptive renforce et synthétise celles effectuées dans les différents travaux antérieurs de thèses d'exercice de médecine (en très grande majorité à l'échelle

d'un seul dispositif).

Il s'agit d'un **sujet d'actualité** s'intégrant dans les réflexions sur l'optimisation des soins de proximité, l'intégration aux réformes des urgences et de structuration de filières de soins. **Notre étude pourrait donc faciliter les réflexions sur le référentiel national MCS actuellement en discussion**.

Ce projet, malgré son **originalité,** est peut-être trop ambitieux pour un travail de thèse dans le sens de la **légitimité** à réaliser ce travail en tant que jeune médecin, et ce bien que l'investigatrice ne soit pas étrangère au concept puisque MCS elle-même. En effet, le questionnement sur des pratiques d'organisation peut être mal perçu par les personnes interrogées ce qui a pu créer des biais dans les réponses malgré l'anonymat et l'absence de présentation des résultats par dispositif.

<u>En termes de validité interne</u>, cette étude est déclarative et donc son niveau de preuve scientifique, faible. La première étape a été d'effectuer le recensement des référents des différents dispositifs MCS. La **définition proposée de " référent " étant large**, cela a permis de ne pas être limité en cas de refus ou d'impossibilité à participer d'un d'entre eux. En effet, une réponse était attendue par dispositif et l'invitation ne ciblait pas une personne en particulier mais devait être le reflet d'une organisation d'un dispositif (impersonnel en soi). **Différentes méthodes** ont dû être utilisées pour être exhaustif selon les retours et la disponibilité de l'information : Ainsi, les ARS ont été contactées puis les SAMU départementaux puis certains MCS eux-mêmes. **Cette étape s'est révélée complexe** devant la possibilité d'intermédiaire, du délai de transmission, d'intégration du temps de réponse à l'activité habituelle et enfin devant la possibilité même de non-réception des différents mails (erreur, courriers indésirables, cybersécurité de certaines boîtes mails ou postes informatiques professionnels...). Les sollicitations indirectes (via les secrétariats) ont eu peu de succès par rapport aux sollicitations directes avec un meilleur taux de réponse. Cela nous a interpellé sur l'accessibilité à des réponses suite aux questionnements sur le concept pouvant être posés notamment par un médecin éligible en recherche d'information sur cette fonction. Un fichier a été constitué dans le cadre de l'étude avec un engagement de confidentialité concernant les données

recueillies et notamment les coordonnées des référents. Ainsi, il pourrait être secondairement intéressant de regrouper (avec mise à jour), après accord explicite de diffusion au grand public, ces données pour faciliter la communication ultérieure. Un site internet commun aux MCS Français pourrait être une perspective d'hébergement de ces données permettant son accès et facilitant sa réactualisation.

Cette étude interroge tous les dispositifs MCS français de manière exhaustive avec un **taux de sollicitation optimal** à 100 %. Cependant, bien que les dispositifs soient peu nombreux (37 dispositifs actifs recensés), la participation des référents n'a, elle, pas été exhaustive comme envisagée dans la méthodologie initiale. Néanmoins, avec 27 réponses complètes (**taux de réponses** à 77 %), nos résultats permettent d'obtenir une première enquête à profil national mais, l'échantillon étudié étant non optimal, cela diminue la **puissance de l'étude ; et l'état des organisations des différents dispositifs MCS en France ne pourra pas être complètement illustré uniquement sur la base des résultats de cette enquête** d'autant plus que les réponses de 4 dispositifs (représentant 11 % des sollicitations), particulièrement actifs, n'ont pas pu être recueillies. Nous pouvons nous poser aussi la question de savoir si la **période de recueil** a eu une influence négative à la réalisation idéale de l'étude. La période de recueil qui s'est étalée sur plus neuf mois, a été réalisée dans une période aux multiples contextes défavorables à sa réalisation comme les crises des urgences, la pandémie mondiale de SARS-Cov 2... Initialement, la période de recueil avait été définie pour le premier trimestre 2020 et a dû être prolongée afin d'obtenir un taux de réponse plus satisfaisant. Cette étude étant la première au niveau national concernant les dispositifs de MCS, une comparaison du taux de réponse ne peut être réalisée contrairement à d'autres études de type quantitatif avec une population source plus importante et ne présentant pas un anonymat secondaire.

Notre étude présente des biais : le taux de réponse non optimal induit un <u>biais de sélection</u> et de non-réponses.

Tout d'abord, le type de questionnaire utilisé (en ligne), qui suggère l'utilisation courante de

l'informatique et la présence d'une boîte mail, a ses défauts qui peut conduire à un manque de réponses ; il faut aussi tenir compte que certaines personnes préfèrent répondre à un questionnaire papier. Ces possibilités, quoique peu probables, ont été contournées par la proposition de répondre par écrit en imprimant le questionnaire sur une version spécifique ou en passant par les mails de secrétariat. Un seul dispositif a vu ses réponses transmises par téléphone devant une problématique de connexion internet. Aucun dispositif n'a exprimé le souhait de répondre via un questionnaire papier. Aussi la problématique d'une difficulté technique pour les dispositifs non-répondants n'a pas pu être exclue (incompatibilité avec interface smartphone ou ordinateur, échec de sauvegarde, défaut de connexion internet ou ponctuel de la plateforme en ligne).

Ensuite, les dispositifs ayant peu d'activité, peuvent penser que leurs réponses ne sont pas contributives aux objectifs de l'étude et cela malgré l'anonymat des réponses et les caractères " quantitatif et exhaustif " soulignés lors de sa présentation. L'anonymisation secondaire a pu être néanmoins un frein, car les réponses étaient connues de la seule investigatrice dans le but de sélectionner une réponse par dispositif et d'aider à la gestion des invitations et des relances ciblées. Ainsi, la crainte d'un jugement par des réponses qui ne leur paraissent pas optimales auquel peut s'ajouter aussi un manque de connaissance peut conduire, de ce fait, à des non-réponses.

Enfin, comme les référents peuvent avoir plusieurs fonctions, la problématique du temps de réponse (longueur du questionnaire, temps de réflexion) s'est posée pour expliquer le taux de réponse mais aussi celle de l'intérêt pour le sujet ou de faire face à multiples sollicitations pour répondre à des études (**problématique du volontariat**) ; et cela, bien que l'étude cible une population très spécifique de participants. Malgré tout, la proposition d'une définition de " référent expert " non restreinte a permis d'élargir la possibilité de volontaires pour un même dispositif notamment si la personne référente sollicitée prioritairement n'était pas en mesure de participer.

La longueur du questionnaire a pu également influencer certains biais notamment de classement. Nous pouvons aussi discuter le choix d'un recueil par questionnaire auto-administré ce qui suppose un **biais déclaratif** par l'impossibilité de vérifier l'exactitude des réponses. En effet, en tant que

limitation inhérente à la méthode de recherche par sondage, les réponses à une enquête peuvent ne pas refléter la vérité complète en raison de préjugés personnels et de l'évaluation subjective des personnes qui ont répondu voire d'erreur dans les choix multiples. Ainsi, selon l'implication du ou des répondant(s) dans son dispositif, un **biais de mémorisation** ne peut être exclu. Il n'a pas été possible de connaître le nombre effectif de participants pour une même réponse, le questionnaire pouvant être collaboratif sans précision demandée sur le nombre de participants pour un même dispositif. De plus, malgré l'information d'une anonymisation secondaire, les réponses n'étaient pas anonymes pour l'investigatrice principale et des **réponses par biais de " désirabilité sociale "** ou **d'omission (prévarication des certaines réponses)** ne sont pas exclues même si cela paraît peu probable car les réponses sont le reflet d'une organisation d'un dispositif et non d'une pratique d'un individu seul.

Enfin, les modalités recueillies étaient d'ordre organisationnel et donc peu enclines à changer sur une courte période, sauf précision donnée (textes libres permettant cette précision), cela a permis une représentativité temporelle fiable des résultats. Cela diffère des pratiques de soins pouvant être variables selon les patients et selon divers contextes.

Pour conclure, une analyse de contenu thématique a été choisie devant le format utilisé (questionnaire) pour recueillir les réponses des questions ouvertes. Il n'était pas possible de travailler en « analyse syntaxique » pure car la nature du matériel n'était pas adaptée et conçue pour cela avec des réponses en générales courtes, succinctes, sans phrases construites. Cette étape de codage thématique a été effectuée par une seule personne et il n'y a pas eu de triangularisation ni double lecture ; cela peut créer un biais de classement (interprétation) d'autant plus que les réponses qualitatives ont été très diversifiées. Ainsi, cette analyse ne répond donc pas à une méthode validée. Certaines sous-parties comprenaient des questions ouvertes, par impossibilité d'avoir eu recours à une liste de propositions devant la multitude de réponses possibles, ce qui rend le questionnaire moins reproductible pour ces questions et constitue une autre limite à la conception de celui-ci. Les opinions (points forts/limitants et perspectives) abordées ont été classées par thématiques et

présentées par occurrence, néanmoins les réponses à ces questions sont soumises à variabilité car subjectives selon la ou les personnes ayant participé à l'étude. Leurs statuts, en regard du concept, ont possiblement influencé leurs réponses (référent médical SAMU ou MCS, ou administratif). Afin de compléter ce travail, une étude entièrement qualitative pourrait être intéressante pour détailler notamment certaines notions restées incomplètes. Mais celle-ci devrait intégrer également les MCS, eux-mêmes, afin de connaître leurs opinions sur la réalité pratique de ces modalités organisationnelles, éventuellement grâce à des échelles de Likert. De même, l'exploration des priorités d'améliorations des organisations pourrait ensuite être dégagée par méthode Delphi par exemple pour confirmer les axes qui se dégagent de notre étude.

CONCLUSION

Cette étude décrit des organisations des dispositifs MCS qui ne sont effectivement pas standard en France, avec des variations et des adaptations dans leurs organisations en termes de formation, dotation, de modalités de déclenchements, de rémunération et d'évaluation du dispositif. Et ce, malgré des textes réglementaires encadrant l'activité des MCS de plus en plus détaillés. Néanmoins, l'évolution de ces organisations apparaît encourageante. Les principales perspectives d'amélioration couvrent les différents items d'organisation mais concernent surtout le **travail sur la régularité des formations** notamment continues ainsi que le travail de **reconnaissance mutuelle entre les MCS et les SAMU-Centre 15**. Différentes propositions ont été dégagées et notamment l'**optimisation des moyens à différents niveaux (informatisation, mutualisation, ressources humaines)**. Ce travail révèle également la fragilité de certains dispositifs, encourageant à l'**harmonisation et à l'accompagnement pour la pérennisation de cette fonction sur l'ensemble du territoire français** tout en intégrant les enjeux d'attractivité et de sécurité/qualité.

Des recherches supplémentaires sur l'impact de certaines de ces variations organisationnelles sur l'efficience du service rendu quantitatif auprès des patients et des recrutements et de l'implication des MCS sont nécessaires, de même que l'acceptabilité dans le temps par les différents intervenants notamment en termes économiques. Sans oublier que les missions MCS ne sont qu'une activité ponctuelle dans l'exercice de ces médecins mais que l'organisation permettant le bon déroulement de ces missions est primordiale.

THÈSE SOUTENUE PAR : Pauline OLLIVIER

TITRE :

Analyse des modalités organisationnelles des dispositifs Médecin Correspondant du SAMU de France en 2020 : Une enquête descriptive déclarative nationale et perspectives d'évolution

CONCLUSION :

Cette étude décrit des organisations des dispositifs MCS qui ne sont effectivement pas standard en France, avec des variations et des adaptations dans leurs organisations en termes de formation, dotation, de modalités de déclenchements, de rémunération et d'évaluation du dispositif. Et ce, malgré des textes réglementaires encadrant l'activité des MCS de plus en plus détaillés. Néanmoins, l'évolution de ces organisations apparaît encourageante. Les principales perspectives d'amélioration couvrent les différents items d'organisation mais concernent surtout le travail sur la régularité des formations notamment continues ainsi que le travail de reconnaissance mutuelle entre les MCS et les SAMU-Centre 15. Différentes propositions ont été dégagées et notamment l'optimisation des moyens à différents niveaux (informatisation, mutualisation, ressources humaines). Ce travail révèle également la fragilité de certains dispositifs, encourageant à l'harmonisation et à l'accompagnement pour la pérennisation de cette fonction sur l'ensemble du territoire français tout en intégrant les enjeux d'attractivité et de sécurité/qualité. Des recherches supplémentaires sur l'impact de certaines de ces variations organisationnelles sur l'efficience du service rendu quantitatif auprès des patients et des recrutements et de l'implication des MCS sont nécessaires, de même que l'acceptabilité dans le temps par les différents intervenants notamment en termes économiques. Sans oublier que les missions MCS ne sont qu'une activité ponctuelle dans l'exercice de ces médecins mais que l'organisation permettant le bon déroulement de ces missions est primordiale.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 3/11/21

LE DOYEN DE L'UFR DE MÉDECINE

Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation
—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DU JURY

Pr. Guillaume DEBATY

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1]. **Médecins correspondants du SAMU : guide de déploiement.** Ministère chargé de la Santé. **Juillet 2013**, [En ligne]. [Page consultée le 16/07/2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf

[2]. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Direction Générale de l'Offre de Soins. Sous-direction de la régulation de l'offre de soins. Bureau premier recours. **Instruction N°DGOS/R2/2012/267 du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de trente minutes à des soins urgents.**

[3]. Thomas Mesnier, Pierre Carli. **Pacte de refondation des urgences du 9 septembre 2019**. c2019. [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf

[4]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). **Données statistiques publiques en santé et social** [En ligne]. c2021 [Page consultée le 01/10/2021]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/

[5]. Minet M. **Médecins correspondants du SAMU en France : profil, pertinence dans la prise en charge des urgences pré-hospitalières, réponse au défi des "30 minutes"** [Thèse de médecine]. Clermont-Ferrand, France : Université de Clermont I; 2013.

[6]. Rajoelison P, Tellier L. **Quels sont les facteurs de motivation et les freins à devenir Médecin Correspondant du SAMU dans les Hautes Alpes ?** [Thèse de médecine]. Marseille, France : Université d'Aix-Marseille; 2021.

[7]. Moesch C. **Médecin Sapeur-Pompier Volontaire / Médecin Correspondant du SAMU : antagonisme ou synergie ? Évaluation menée sur le Limousin** [Thèse de médecine]. Limoges, France : Université de Limoges; 2017.

[8]. Poli C, Robaglia A. **Amélioration de l'accès aux soins urgents dans les déserts médicaux en Corse : perception et ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du dispositif « Médecins Correspondants du SAMU »** [Thèse de médecine]. Marseille, France : Université d'Aix-Marseille; 2019.

[9]. Bordier T. **Le ressenti des médecins correspondants du SAMU dans l'Aude** [Thèse de médecine]. Montpellier, France : Université de Montpellier; 2019.

[10]. Archambaud B. **Revue d'activité des médecins correspondants SAMU sur le territoire vendéen de 2014 à 2017 et intérêts du dispositif dans la prise en charge pré-hospitalière des urgences médicales** [Thèse de médecine]. Nantes, France : Université de Nantes; 2019.

[11]. Mauvais F. **Enquête du ressenti auprès des Médecins Correspondants du SAMU, 18 mois après la mise en action de l'actuelle convention** [Thèse de médecine]. Besançon, France : Université de Franche-Comté; 2012.

[12]. Leroux C. **Ressenti des médecins généralistes de l'Indre vis-à-vis du dispositif de médecin correspondant du SAMU dans leur département** [Thèse de médecine]. Tours, France : Université de Tours; 2020.

[13]. Grisoni A. **Les motivations et les freins à l'exercice de Médecin Correspondant du SAMU : étude descriptive qualitative auprès des internes de médecine générale du Poitou-Charentes** [Thèse de médecine]. Poitiers, France : Université de Poitiers; 2019.

[14]. Seewald E. **Évaluation du réseau médecins correspondant SAMU des Alpes Maritimes après un an et demi de fonctionnement, d'août 2018 à janvier 2020** [Thèse de médecine]. Nice, France : Université de Nice; 2020.

[15]. Villatte E. **Efficience du dispositif médecin correspondant du SAMU dans la réponse à l'aide médicale urgente** [Thèse de médecine]. Grenoble, France : Université de Grenoble; 2019.

[16]. Mentz C. **Médecin correspondant du SAMU dans la vallée de la Bruche : évaluation du dispositif et étude des freins à la participation des médecins généralistes libéraux** [Thèse de médecine]. Strasbourg, France : Université de Strasbourg; 2020.

[17]. Fantin H. **Cahier des charges régional des Médecins Correspondants du SAMU (MCS) : intérêts et limites pour le praticien** [Thèse de médecine]. Grenoble, France : Université de Grenoble; 2016.

[18]. Quinsac N. **Adéquation des Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence du Service de Santé et de Secours Médical aux interventions des Médecins Correspondants du SAMU de Lozère à travers un bilan d'activité du dispositif MCS en 2018. Vers une complémentarité des acteurs de proximité de l'urgence pré-hospitalière ?** [Thèse de médecine]. Paris, France : Université de Paris; 2020.

[19]. Cuvelier P. **Médecins correspondants SAMU dans le Pas-de-Calais : analyse du mode de déclenchement par la régulation médicale et de la prise en charge des patients** [Thèse de médecine]. Lille, France : Université de Lille; 2018.

[20]. Emeraud T. **Les urgences médicales en médecine générale : perception par les médecins généralistes remplaçants de la région Centre-Val de Loire** [Thèse de médecine]. Tours, France : Université de Tours; 2016.

[21]. Lambert E. **De la simulation en santé à la pratique professionnelle : le transfert des compétences existe-t-il chez les MCS du 05 ?** [Thèse de médecine]. Marseille, France : Université d'Aix-Marseille; 2019.

[22]. Picard M, Galletti L. **Quelles compétences utilisées par les Médecins Correspondants du SAMU en intervention (hors pathologies cardio-respiratoires), en vue de l'élaboration d'un Référentiel de compétences Intégrées MCS ?** [Thèse de médecine]. Marseille, France : Université d'Aix-Marseille; 2020.

[23]. Chalimon O, Ledermann U. **Évaluation de la prise en charge des patients graves par les Médecins Correspondants du SAMU : adéquation avec les recommandations de bonne pratique et pistes d'amélioration** [Thèse de médecine]. Grenoble, France : Université de Grenoble; 2020.

[24]. Porchez C. **Analyse comparative de la prise en charge des arrêts cardiaques par les Médecins Correspondants de SAMU (MCS) et les médecins urgentistes du SMUR, dans la région des Hautes Alpes** [Thèse de médecine]. Marseille, France : Université d'Aix-Marseille; 2020.

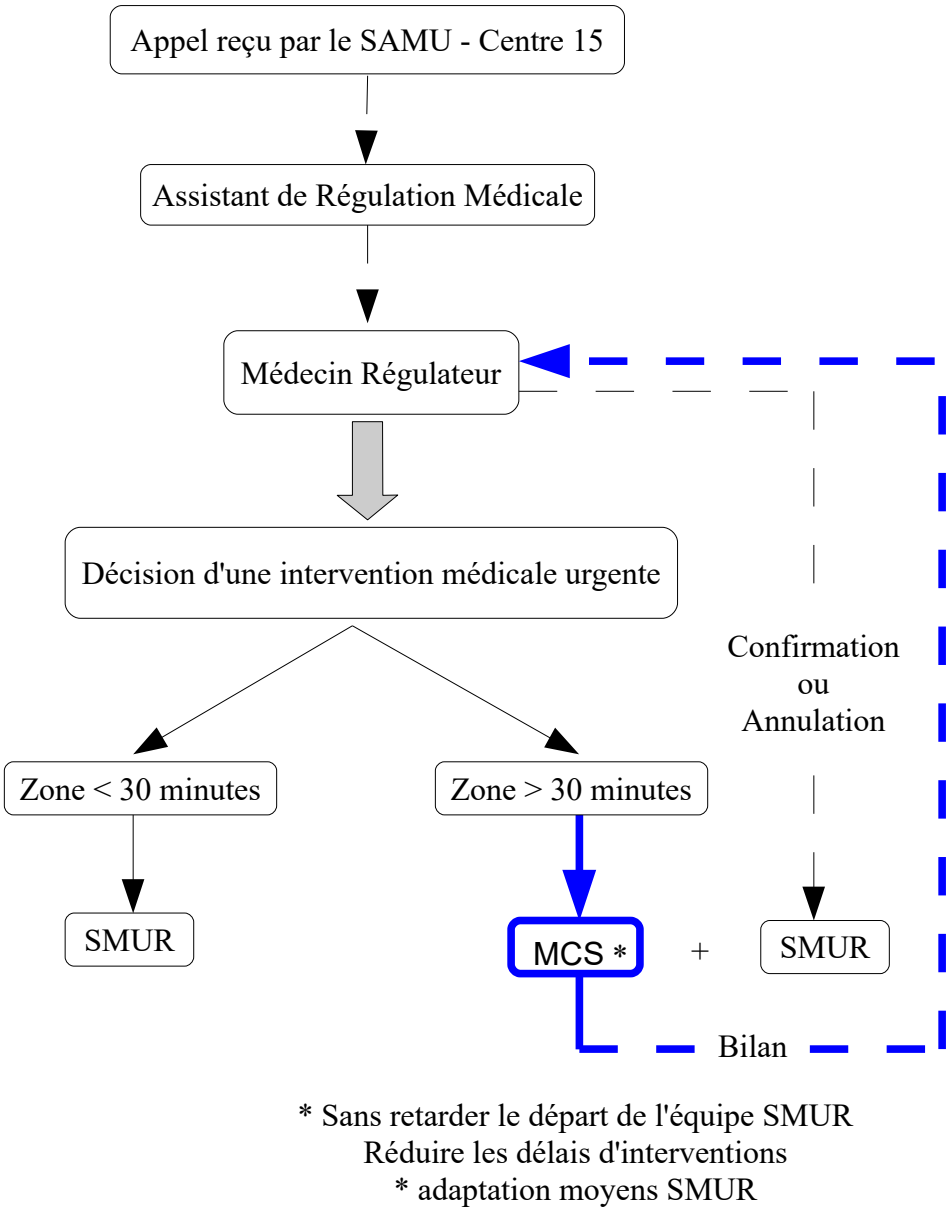
[25]. Bernard V. **Analyse des arrêts cardiaques extra-hospitaliers pris en charge par les médecins correspondants SAMU sur le territoire nord alpin au cours de la période 2007-2019** [Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en médecine]. Grenoble, France : Université de Grenoble; 2020.

[26]. Gerard J. **Étude qualitative sur l'apport du système médecin correspondant du SAMU dans la prise en charge de la douleur aigüe intense en médecine générale rurale isolée en Languedoc-Roussillon** [Thèse de médecine]. Montpellier, France : Université de Montpellier; 2016.

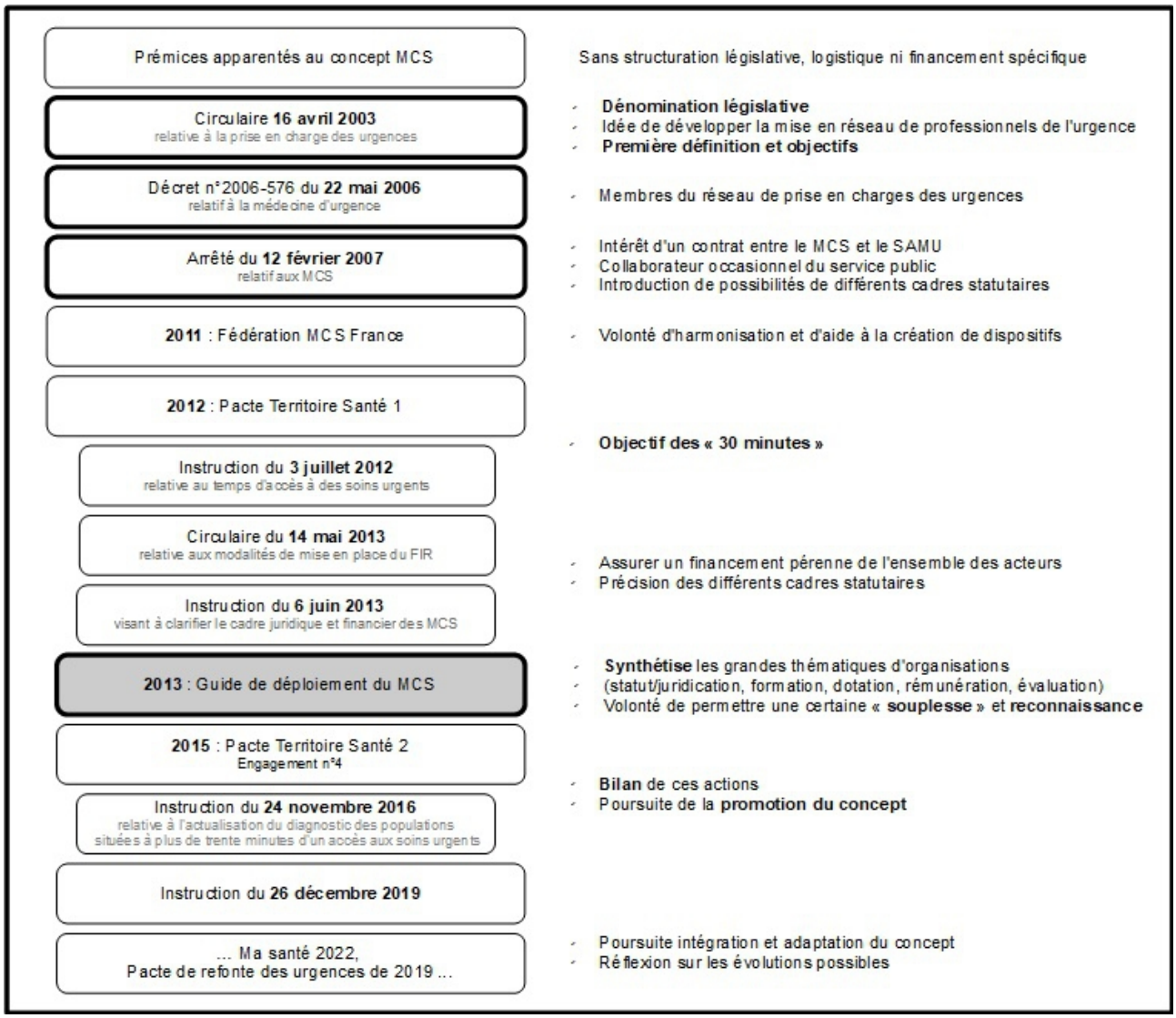
[27]. St John NZ. **The PRIME Programme** [En ligne]. [Page consultée le 14/09/2021]. Disponible sur : https://prime.Stjohn.org.nz/about/default.aspx

ANNEXES

7.1. Synthèses schématiques du concept MCS et de son évolution chronologique (Annexe 1)



Annexe 1 a . Schéma du concept MCS



Annexe 1 b. Schéma résumé de l'historique et de l'évolution du concept MCS

7.2. <u>Masque de saisie du questionnaire de recueil des données</u> (Annexe 2)

Bonjour,

Dans le cadre de mon travail de thèse d'exercice, je m'intéresse **aux organisations des différents dispositifs de médecins correspondants du SAMU de France.**
Actuellement, plusieurs secteurs français bénéficient de ces réseaux de médecins de proximité formés à l'urgence.
Les organisations pourraient diffèrer d'un dispositif à l'autre avec, comme base, les axes proposés par le guide de déploiement de 2013.
Il demeure un manque de données actualisées comparant les modèles organisationnels précis de ces dispositifs MCS sur le plan national.
L'objectif principal de ce travail est de faire le recensement 2020 des différentes organisations et d'analyser comment les différents dispositifs se sont adaptés à leur territoire. Des modèles organisationnels qui seront ensuite comparés pour synthétiser les différences et les similitudes afin d'analyser si des axes d'évolution peuvent être pertinents à proposer dans l'objectif d'efficience du déploiement d'un MCS.
Afin de collecter ces données, <u>ce questionnaire sécurisé en ligne a été créé</u>.
Il est composé de 6 parties (cadre général, formation, dotation, intervention, administratif, évaluation). Il y a 3 à 10 questions par partie.

La durée prévisionnelle est de 20 minutes environ.
1) Vous pouvez le **remplir à plusieurs** en fonction des chapitres abordés **mais une seule réponse par réseau est demandée.**
2) Les différentes parties sont indépendantes. Vous pouvez y accéder en cliquant sur **« index des questions »** (en haut à droite).
3) Vos réponses peuvent être fractionnées : en cliquant sur **« finir plus tard »** ce qui permet d'enregistrer votre réponse partielle.
N'**envoyez** votre questionnaire que si vous avez totalement terminé de le remplir.
Les choix multiples sont une trame de réponse mais vous pouvez utiliser les commentaires pour décrire au mieux votre organisation. Reflétant ainsi l'adaptation de votre réseau aux différentes caractéristiques des territoires. Dans les tableaux cette option de commentaire est accessible en cochant « Autres ».
Les données seront regroupées sans nommer les différents dispositifs.
Il vous sera également demander <u>d'adjoindre des listes</u> (contenus des programmes de formations, dotations...). Ces documents peuvent être envoyés à l'adresse mail suivante : [mail]

<u>Concernant votre participation :</u>
La participation se fait sur la base du volontariat. Avec l'idée que l'ensemble des réseaux médecin correspondant du SAMU réponde au questionnaire pour une représentativité sur le plan national des différentes organisations.
Les détails des modalités de traitement des données vous sont fournis dans la lettre d'information de la politique de confidentialité ci-dessous.
Pour continuer, veuillez d'abord accepter la politique de notre questionnaire ci-dessous (anonymat).
Je vous remercie pour votre participation et de vos différentes réponses.
Des relances vous seront adressées tous les 15 jours.

Je reste disponible pour toutes informations complémentaires ou remarques.
Bien cordialement,
OLLIVIER Pauline.

Le questionnaire complet est disponible à l'adresse internet suivante :

<u>https://enquetes-sante-etu.univ-grenoble-alpes.fr/index.php/848797?lang=fr</u>

Invitation : Questionnaire

7.3. Table des figures et des tableaux (Annexe 3)

Figure 1 - Diagramme de flux des participations ….....- 31 -
Figure 2 - Répartition des différents dispositifs MCS en 2020 en France métropolitaine et dans les DROM ….....- 31 -
Figure 3 - Répartition du nombre de nouvelle création de dispositif MCS concernant les 37 dispositifs recensés en fonction des périodes temporelles caractéristiques ...- 33 -
Figure 4 - Répartition de la portée organisationnelle géographique des dispositifs MCS .....- 33 -
Figure 5 a - Répartition de la gestion globale des dispositifs MCS (structure(s)) ….....- 34 -
Figure 5 b - Gestion globale des dispositifs MCS (ressource(s) humaine(s)) ….....- 34 -
Figure 6 - Répartition des organismes de formations proposés aux MCS ….....- 40 -
Figure 7 - Répartition des types de formations proposés théoriquement aux MCS ….....- 41 -
Figure 8 - Répartition des types d'enseignement dans les formations MCS .....- 43 -
Figure 9 - Répartition des aides cognitives disponibles pour les MCS ….....- 44 -
Figure 10 - Répartition des moyens d'information utilisés par les dispositifs ….....- 44 -
Figure 11 - Répartition de l'accessibilité des formations (hors médecins installés et remplaçants thésés) ….....- 45 -
Figure 12 - Répartition des dispositifs présentant des circuits pré-définis pour la dotation .....- 48 -
Figure 13 - Répartition des aides possibles pour la gestion de la dotation des MCS des différents dispositifs ….....- 49 -
Figure 14 - Répartition des différentes modalités possibles de visibilité des MCS en pré-alerte .....- 52 -
Figure 15 - Répartition des différentes possibilités concernant le déclenchement du MCS par la régulation-Centre 15 ….....- 55 -
Figure 16 - Répartition des modalités de recueil des données traçantes de l'intervention des MCS des différents dispositifs ….....- 56 -
Figure 17 - Répartition des types de rémunération pour une intervention MCS ….....- 61 -
Figure 18 - Répartition des types de rémunérations pour les astreintes MCS ….....- 62 -
Figure 19 - Répartition des types de moyens utilisés pour l'évaluation des données d'activités des MCS des dispositifs ….....- 65 -
Figure 20 - Répartition des possibilités d'évaluation des critères d'activité des MCS ….....- 66 -

Tableau 1 - Perspectives concernant le cadre général des dispositifs MCS ….....- 39 -
Tableau 2 - Perspectives concernant la formation des MCS .....- 47 -
Tableau 3 - Perspectives concernant la dotation des MCS ….....- 52 -
Tableau 4 - Perspectives concernant les modalités d'interventions des MCS .....- 59 -
Tableau 5 - Perspectives concernant les modalités administratives ….....- 64 -
Tableau 6 - Perspectives concernant les modalités d'évaluation des MCS ….....- 69 -

7.4. Modélisation des résultats et de la discussion (Annexe 4)

Schéma 1 : Cadre général de fonctionnement des dispositifs MCS .....- 106 -

Schéma 2 : Formation des MCS .....- 107 -

Schéma 3 : Dotation des MCS .....- 108 -

Schéma 4 : Interventions des MCS .....- 109 -

Schéma 5 : Administratif / Rémunération des MCS .....- 110 -

Schéma 6 : Évaluation de l'activité des dispositifs MCS ….....- 111 -

CADRE GÉNÉRAL DE FONCTIONNEMENT DES DISPOSITIFS MCS

DÉVELOPPEMENT CONCEPT

- **OBJECTIFS CONFIRMÉS**
  - **GAIN** DE **TEMPS** / **MAILLAGE**
  - **SOUTIEN** ORGANISATIONNEL
  - **VILLE-HÔPITAL**
- **ORGANISATIONS SPÉCIFIQUES complémentaires**
  - **COORDINATION** (interfaces différentes)
  - Cumul moyen : **INFIRMIER**
  - FUSION Médecin Sapeur-Pompier

PARTICULARITÉS DES TERRITOIRES

FRAGILITÉ

- **BALANCE Caractéristiques / répartition spatiale** des dispositifs
- **RECONNAISSANCE des dispositifs VARIABLES**
  - À différents niveaux
- **EFFECTIFS**

FREINS NON-MODIFIABLES

- Défaut d'intérêts (rural / urgence)
- Représentations MG / concept
- Craintes / Risques divers :
  Responsabilités / Engagements
  Incapacités (âge / physique)
  Répercussion psychologique

FREINS MODIFIABLES

- Crainte activité MCS chronophage
- Crainte co-gestion activité habituelle
- Crainte gestion urgence +/- vitale
- Collaboration avec MSP

NOMBRE MCS NON OPTIMAL
ENJEUX : COUVERTURE spatiale & temporelle / PÉRENNISATION ?

PERSPECTIVES
► FACTEURS D'ATTRACTIVITÉ
(entrée & remotiver / redynamiser MCS)

- OPTIMISATION **FORMATIONS**
- PROMOUVOIR **FONCTIONNEMENTS SÉCURISANTS & UNITAIRE**
- OPTIMISATION **GESTION TEMPORELLE ?**
- INFORMATIONS **DONNÉES TEMPORELLES SOLLICITATIONS**

FORMATION

PILIER / ATOUT → **CRITÈRES POSITIFS (QUALITÉ / SÉCURITÉ)**

- **RICHESSES ENSEIGNEMENTS**
  - simulation / pratique
  - actualisé / adapté
- **RÉGULARITÉ**
- **STRUCTURATION** (Groupe de travail)
- **COLLABORATION**
  - Textes formalisés
  - Liens formateurs / proximité

HÉTÉROGÈNE

- **TYPES / OUTILS** → **COÛTS** de ces différents moyens
- **PLANIFICATION** → **ÉCHEC CONCORDANCE des disponibilités** MCS / formateurs (effectifs / temps)

RÉGULARITÉS NON OPTIMALES
ENJEU = CRAINTES INCOMPÉTENCES ?
/ PÉRENNISATION & SÉCURITÉ

- DÉMOTIVATION ?
- FREIN RECRUTEMENT ?

PERSPECTIVES
▶ FACTEURS D'ATTRACTIVITÉ & SÉCURITÉ/QUALITÉ

OPTIMISATION RÉGULARITÉ

- Mutualisation : échelles ? (↔ proximité)
- Juste temps ? (pédagogie ↔ disponibilités, coût ?)
- Candidature : à élargir ? (↔ perte de vue)

PROMOUVOIR QUALITÉ = autres plus-values dégagées

- Groupe travail (↔ temps imparti)
- Aides/supports cognitifs Protocoles communs ? (→ outils peu proposés)
- Évaluations des formations (↔ retours)

LUTTE AUTRES FREINS

- Indemnisation
- Promotion concept
  - Manque connaissances
  - Fréquence sollicitation

DOTATION

PILIER / ATOUT

- **PRÉCOCITÉ / SÉCURITÉ** prise en charge → Actualisée & adaptée/adaptable
- **CIRCUITS pré-définis** (réactif / rapide) →
  - Collaboration / référent(s)
  - Divers moyens phlébiscités :
    - colis
    - via SMUR
    - doublon sac
    - particularités VRM/VSM
- **AFFRANCHISSEMENT COÛT ONÉREUX**

Quelques VARIABILITÉS

- **DOTATION EFFECTIVE** → ADAPTATION ?
  - Fréquence / besoins
  - Coût(s)
- **GESTION**

PROBLÉMATIQUE CIRCUITS NON DÉFINIS / NON HONORÉS / **ALÉATOIRES**

AUTOGESTION CHRONOPHAGE

MANQUES

- Pas de temps dédiés
- Motivations variables

- Traçabilité
- Informatisation (commandes)
- Outils de gestion (pilotage stock)
- Réévaluation listes fonctionnelles

ENJEU = DÉFAUT DE MOYENS EN MISSION

PERSPECTIVES
► FACTEURS DE SÉCURITÉ/QUALITÉ & ATTRACTIVITÉ

FAVORISER AIDES TECHNIQUES

- Outils informatisés
- Inventaire & Listes

PERSONNES & TEMPS DÉDIÉS à la logistique

HARMONISATIONS

- Stratification listes
- Conventions (collaborations)
- Groupe travail (réévaluations)

INTERVENTION

ORGANISATIONS SPÉCIFIQUES

- **NOMBRE MCS OPTIMAL / ASTREINTES**
- DISPONIBILITÉ DE PRINCIPE
- RECOURS AUTRES SPÉCIALITÉS

→ MULTIMODALITÉS de visibilité MCS par la régulation / CHOIX

- **GESTION AUTONOME PLANNING**
- **FLEXIBILITÉ**

AIDES POSSIBLES

- **INFIRMIER**
- **VÉHICULE DÉDIÉ équipé**
- **TÉLÉTRANSMISSION**

→ PALLIER à la « SOLITUDE du MCS » (≠ équipe SMUR)

POINTS LIMITANTS → **EN LIEN**

PRÉ-ALERTE

- Manque d'astreintes
- Manque astreintes continues (problématique nombre MCS)
- Défaut **visibilité** disponibilités (médecin, secteurs)
- Délai pour joindre (liste)

DÉCLENCHEMENT

- Sollicitation variable
- (Re)connaissance variable
- Turn-over régulation
- SMUR non systématique
- Refus MCS incompréhension
- Difficulté de se libérer
- Gestion particurité géo.
- Difficultés administratives (radar / 2 tons / gyrophare bleu)

POST-INTERVENTIONNEL

- Auto-déclenchement
- Manque traçabilité
- recueil données
- recueil adapté
- outil informatique peu généralisé
- Manque de retours
- Doubles casquettes

ÉVITER CARENCES DE MCS

RETARD (ou défaut) au déclenchement

ENJEU TEMPOREL

ENJEU MOTIVATIONNEL

PERSPECTIVES ► FACTEURS DE SÉCURITÉ / ATTRACTIVITÉ

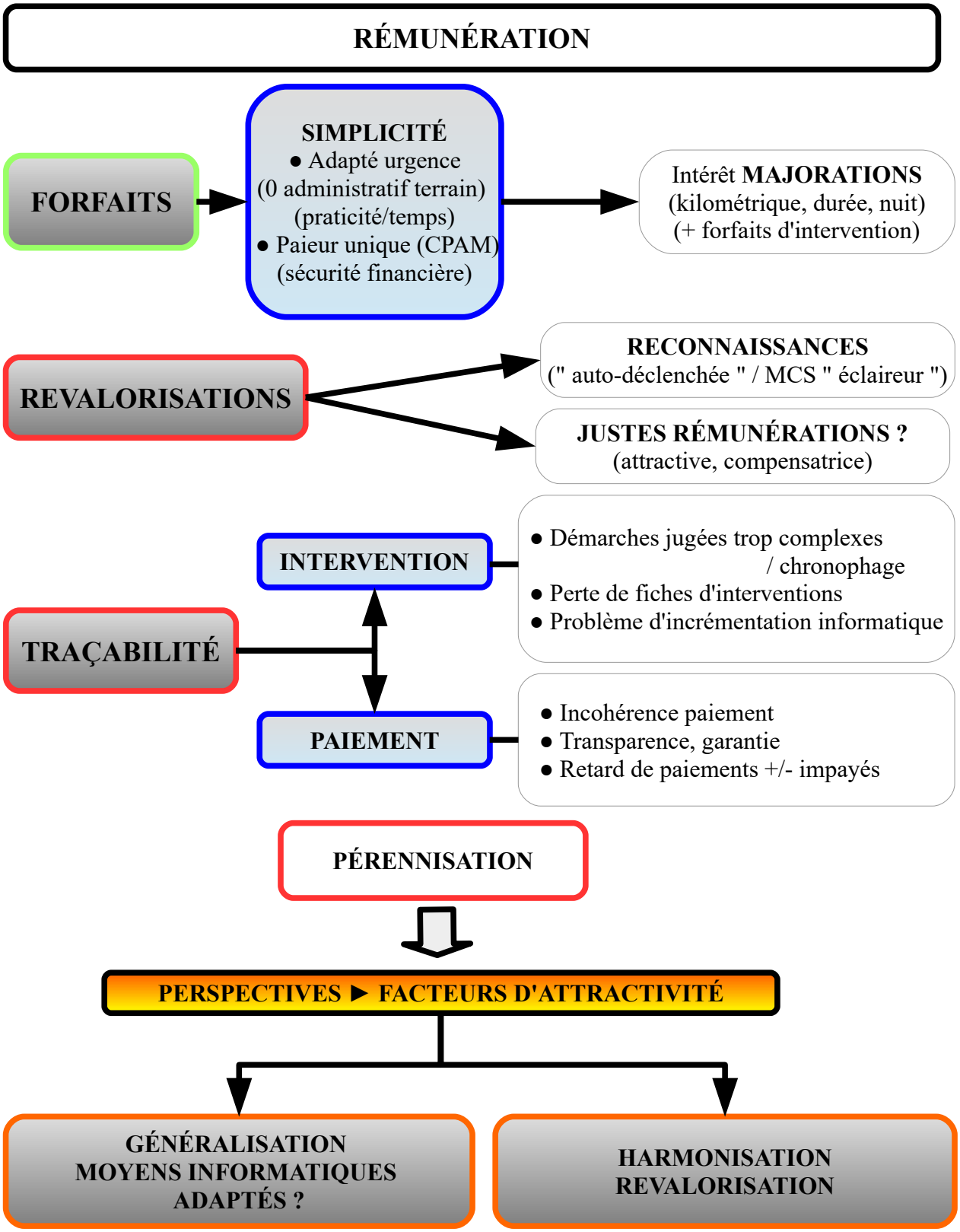
OPTIMISATION DISPONIBILITÉS MCS VISIBILITÉ & CONNAISSANCES

- Formations spécifiques
- Logiciels régulation
- Référentiel commun

FACILITER GAIN DE TEMPS POUR PATIENT

- VM / Signalétiques / IDE (cumul moyen(s) > adaptation locale ?)
- Solutions connectées ?

AMÉLIORATION TRAÇABILITÉ



● Centralisation
● Automatisation
→ Transparence ?

● Attractivité ?

ÉVALUATION

EXHAUSTIVITÉ

INTERFACE → **PLATEFORME INFORMATISÉE (incrémentation / saisie directe en ligne par MCS)**

- Simple / fluide
- Harmonisée

- Minimise Biais (mémorisation / retranscription)
- Gain de temps administratif
- Recueil prospectif ?
- Conforter plus-value → mission de recherche
- Adaptation : formation / dotation → rétroaction

VARIABILITÉ Collecte données

RECUEIL

- Qualité quantitative & qualitative
- Difficulté croisement données MCS / SAMU
- Retranscription chronophage Papier → Informatique

VISIBILITÉ

- Fréquence : Problématique temps & personnel Analyse & synthèse données
- Manque régularité retours → MCS (rétro-information)

ENJEUX = DÉFAUT REFLET ACTIVITÉ EFFECTIVE

PERSPECTIVES ► FACTEURS DE SÉCURITÉ & QUALITÉ (rétroaction)

HARMONISATIONS Standardisations

- Stratification : termes / variables (Fiche & Registre)
- Interfaces = interopérabilité /co-déclaration → formalisation horodatage

FAVORISER AIDES TECHNIQUES

- GÉNÉRALISATION BASE DE DONNÉE unique ? (échelle/ampleur à définir) → outil pratique
- Groupe de travail / Personne(s) / Temps (Dédiés ?)

FAVORISER INFORMATION (formation ?)

- Intérêt / objectifs du RECUEIL (valorisation du travail accompli) → Mission de recherche → Rémunération → Pérennisation

7.5. <u>Grille d'analyse thématique</u> (Annexe 5)

NO = Nombre d'Occurrences (1 occurrence par dispositif)

Thème	Catégories	NO	Sous-catégorie	NO		Réponses aux questions ouvertes
Cadre Général	Point fort : **INTÉRÊT du dispositif et ses OBJECTIFS CONFIRMÉS (Service Médical Rendu)**	25	Meilleure **offre de soins** **(gain de temps de réponse à l'urgence par renfort du maillage AMU** à la fois spatiale mais aussi temporelle) ► enjeu qualité (plus-values) [discussion]	11		« **Meilleure offre de soins** dans l'ensemble du département. »
						« **Plus-value pour le territoire** d'avoir des médecins formés à l'urgence.» « Prise en charge des soins non programmés et urgents. »
						« Ce dispositif est une **plus value pour la population**. »
						« **Un accès aux soins urgents** dans une zone isolée. »
						« Volonté d'**améliorer la couverture sanitaire d'urgence** de ces zones. »
						« **Gain** de temps et de chance pour le patient. »
						« **Réponse à l'urgence** de la population. »
						« Réponse à une situation de désert médical. » « Aide précieuse dans le cadre de l'AMU dans le département. » « Gain de temps pour patient en situation d'urgence vitale . » « **Renforcement du maillage territorial** dans le département. » « Couverture de certains secteurs du département à distance (< 30min, jusqu'a 1h05) d'un SMUR. »
						« Point fort : niveau de collaboration optimal sur territoire isolé et éloigné pour le SMUR. »
						« Médecin de garde 24 heure sur 24. »
						« Davantage de MCS car encore des secteurs non pourvus et pourvus partiellement (1 nuit sur 2). »
						« Sentiment global de satisfaction. »
			Bilan / évaluation médical(e) précoce (situationnel, diagnostics)	2	15	« La régulation a **besoin d'avoir des bilans médicalisés** [...]. Devant ces éléments il nous semble nécessaire dans certaines situations d'urgence **d'avoir un médecin le plus rapidement possible sur les lieux de la victime permettant de faire un bilan de la situation** et […]. »
						« **Reconnaissance plus rapide de certaines situations** d'urgence (ex : STEMI...) » « **Évaluation précoce** notamment en cas d'indisponibilité d'un SMUR. »
			Adaptation moyens / vecteurs / orientations	1		« [...] afin d'**adapter au plus juste les moyens à envoyer**. »
			Thérapeutique précoce	4		« […] et **d'apporter les premiers soins d'urgence** dans les zones du département où le délai SMUR est supérieur à 30 minutes. »
						« La prise en charge et la **mise en sécurité pré-hospitalière** des patients en situation d'urgence en […]. »
						« **Dotation permettant la prise en charge précoce** de patients en situation d'urgence vitale immédiate [...]. »
						« **Amélioration de la prise en charge**. »
			Proximité locale (car médecin exerçant sur le territoire défini)	2		« **Proximité** locale. »
						« Réseau s'appuyant sur Médecin libéraux ou salariés **implanté sur leur territoire**. »
			Connaissances « de terrain » (notamment de ces problématiques)	2		« Les médecins de terrain sont peu nombreux mais la connaissance de tous les acteurs joue un rôle majeur dans le déclenchement, la pertinence, la réalisation des interventions. »
						« Réseau s'appuyant sur Médecin [...] implanté sur leur territoire (bonne connaissance du milieu et de ses problématiques).» « La connaissance du territoire (et souvent des patients) par les médecins MCS. »
			Soutien organisationnel (dotation, formation spécifiques...) ► enjeu qualité/sécurité & attractivité (fonctionnements sécurisants) [discussion]		15	« **Soutien** de l'ARS […]. » « Le soutien des CESU. »
						« [L'association] est née de la volonté des médecins (libéraux et SAMU) de **se fédérer pour s'équiper et être formé pour les urgences.** »
						« Attractivité des médecins à l'installation dans des zones à plus de 30 minutes des SMUR avec **sentiment de sécurité à intégrer un réseau MCS** pour faire face à des urgences vitales ou potentiellement vitales. »
						« **Formation urgentiste, dotation de matériel trop coûteux** (60.000 euros en tout) pour un médecin d'acquérir pour des gestes qui ne sont pas côtés, maintenance assurée tous les mois par […] le] SAMU. »
						« Dotation permettant la prise en charge précoce de patients en situation d'urgence vitale immédiate **en coordination** avec une équipe SMUR déclenchée. »
						« Sac complet 1er soins d'urgence + scope défibrillateur […]. »
						« […] Dotation fournie par le SAMU. »
						« Formation […] ; Mise à disposition d'un sac d'intervention identique à celui d'un médecin SAMU, avec ECG. »
						« Le financement partagé entre l'ARS (1 ETP (Équivalent Temps Plein) médecin, la pharmacie, le médico-technique), le SAMU (consommable), le Groupe Hospitalier (le reste du temps médical, la maintenance du véhicule) et la Communauté de Commune (achat du véhicule). »
						« L'organisation de ces formations étaient indispensables pour le **bon fonctionnement du réseau**. »

						« Premier maillage mis en place en 2014 avec historiquement 3 médecins démunis de matériels, de formation, d'indemnisation... »
			Unificateur	1		« Volonté des médecins (libéraux et SAMU) de **se fédérer** pour s'équiper et être formé pour les urgences, en raison de l'éloignement de la population (montagne) du seul Centre Hospitalier/SAMU du [département] (central). »
			Rompre avec l'isolement géographique	2		« Point fort : niveau de **collaboration optimal** sur territoire isolé et éloigné pour le SMUR.»
						« Amélioration de l'accès aux soins urgents dans une zone de montagne et une zone isolée.»
			Travail sécurisé et **reconnu**	4		« **Sentiment de sécurité** à intégrer un réseau MCS. »
						« **Travail sécurisé**. »
						« […] pour que l'activité qu'il avait déjà mis en place depuis des années soit **enfin reconnue.** »
						« **Rémunération ENFIN** ! car auparavant j'étais sollicité quasiment tous les jours avec non paiement de mon travail par les pompiers ou les patients qui partaient en hélicoptère. » « Formation urgentiste, dotation de matériel trop coûteux […] pour un médecin d'acquérir **pour des gestes qui ne sont pas côtés.** »
			Flexibilité de la fonction (pour qu'elle soit non contraignante, attractive)	2		« **Choix de la flexibilité** pour rendre l'activité peu contraignante et attractive. »
						« **Flexibilité du système**. Pas de réelle contrainte pour le MCS. »
			Collaboration / lien privilégié Ville-Hôpital (MCS-SAMU) et **soutien / appui** des ARS ► enjeu attractivité (fonctionnements sécurisants) [discussion]	17		« **Soutien** de l'ARS. Subvention FIR ARS pérenne. »
						« Fort **sentiment d'intégration dans un réseau ville-hôpital**. » « Un lien direct avec l'ARS et les [délégations territoriales] ARS. »
						« Points forts : **rapprochement ville-hôpital.** » « Contact avec les équipes SMUR et la régulation permettant des liens. »
						« Appui de l'ARS » « bonne entente avec le CESU pour les formations. »
						« Bonne communication entre l'association, les SAMU et les ARS pour la validation des astreintes et interventions. »
						« Fonctionnement du réseau MCS **attenant au SAMU du département en lien avec l'ARS** départementale. »
						« **Relation privilégiée** entre médecins MCS et médecins SAMU. »
						« **Niveau de collaboration optimal** sur territoire isolé et éloigné pour le SMUR. » « Intérêt de garder un **contact privilégié** avec le SAMU. »
						« Bonne collaboration avec le SAMU [...], échelle départemental sur un petit département. » « La confiance entre MCS et régulateur 15. »
						« Organisation avec ARS, SAMU, SDIS et associations de MCS locaux. »
						« **Collaboration** avec le SAMU et l'antenne SMUR locale. » « Nouvelle collaboration avec le SAMU. »
						« Le SAMU utilise aussi le MCS comme "antenne SMUR équivalence". »
						« Points forts : rapports très cordiaux entretenus par le recyclage annuel. »
						« [...] est née de la **volonté des médecins (libéraux et SAMU) de se fédérer** pour s'équiper et être formé pour les urgences. »
						« Mise en place avec l'ARS au regard de l'éloignement géographique du premier centre hospitalier [...]. »
						« Le financement partagé entre l'ARS (1 ETP médecin, la pharmacie, le médico-technique), le SAMU (consommable), le Groupe Hospitalier (le reste du temps médical, la maintenance du véhicule) et la Communauté de Commune (achat du véhicule). »
						« Mise en relation prioritaire avec Médecin Régulateur SAMU en intervention. »
			MCS décrits comme motivés par ce concept ► Intérêt de mettre ainsi en valeur ces points positifs (attractivité ?) [discussion]	7		« **Volonté des MCS à se former.** » « Volonté de devenir MCS ou de se former à l'urgence pour les remplaçants et installations. »
						« Motivation des MG et **attractivité d'installation par ce système.** »
						« **Attractivité des médecins à l'installation** dans des zones à plus de 30 minutes des SMUR avec sentiment de sécurité à intégrer un réseau MCS pour faire face à des urgences vitales ou potentiellement vitales. »
						« Point fort : MCS très engagés. »
						« Motivation des médecins. »
						« Médecins volontaires. »
						« MCS très motivé. »
	Point fort : **Mise en place d'organisations SPÉCIFIQUES complémentaires**		Recours à une **coordination** (personne ou groupe) ► enjeu temporel organisationnel (gain ?) [discussion]	5	10	« Point fort : organisation avec ARS, SAMU, SDIS et associations de MCS locaux. »
						« Suivi [par l'association] avec le dossier complet. »
						« Point fort : organisation par médecin SAMU. »
						« Repartant sur de nouvelles bases : nouveau médecin coordonnateur. »
						« Un seul interlocuteur ([la clinique]) pour organiser le réseau. » Perspective : « Réactiver fédération nationale pour coordination nationale. »

			= **Interface** (un seul interlocuteur) (Qualité = **reconnue** des différents acteurs et **connaissances multidisciplinaires**, **réactivité**, **écoute**, **impliqué/actif**, **directement en lien avec les MCS**)	5		« Un coordonnateur médical urgentiste **reconnu** par ses pairs hospitaliers et libéraux. [...] » « Coordonnateur régional MCS **à l'interface** des ARS, directions des hôpitaux, des ARM et régulateurs, urgentistes, MCS, préfecture, CODAMUPS... »
						« **Un seul interlocuteur** […] pour organiser le réseau. »
						« Réactivité importante de la coordination. »
						« Bonne entente entre les membres du bureau, actifs et impliqués au sein de l'association. Très à l'écoute vers l'évolution des réseaux MCS. »
						« Grande convivialité et écoute. »
			Négociations / discussions (projets)	1		« Grande aide du coordonnateur régional à l'ARS pour négocier les dossiers auprès de l'administration hospitalière. »
			Cahier des charges commun / Conventions (Notion d'opposabilité et de bases communes) ► enjeu sécurité & engagements [discussion]	4		« Cahier des charges rédigé par l'ARS [...] et les associations MCS territoriales. »
						« Un **cahier des charges commun** des réseaux MCS en [...] **opposable à tous.** »
						« Reprise en 2016 avec formation et nouvelle convention, […]. »
						« Repartant sur de nouvelles **bases** : nouvelle convention. »
						« Absence de cahier des charges/convention pour définir les partenariats et l'organisation des formations. »
			Promotion du dispositif	1		« La promotion du dispositif par l'association (par exemple aux internes et candidats à l'installation). »
			Mais **généralisation parfois non possible**	1		« Quasi impossibilité de fonctionner en association car : éloignement géographique des différents sites, [...] avec des modes d'exercice différents. »
			Problèmes de temps et de personnel dédiés à cette gestion (statut(s))	3		« Pas de temps de secrétariat ou paramédical fourni donc coordonnateur médical seul pour gérer le fonctionnement administratif et logistique du réseau. »
						« Animé sur du temps perso la plupart du temps. » « [Manque de] temps imparti médical et du personnel ressource, pour fédérer, harmoniser et optimiser les formations. »
						Perspective : « Avoir une aide administrative : secrétariat, adjoint. »
			Intégration possible des **Infirmiers Sapeur-Pompiers (ISP)** ou de proximité (hôpital local, cabinet) ► enjeu qualité/sécurité & attractivité [discussion]		5	« **Binôme avec IDE pompier** qui vient chercher le MCS dans une VRM équipée. »
						« Appui ISP efficient car **expertise** (travail pôle urgence). » « Sortie MCS toujours avec ISP mais ISP peut être déclenché sans MCS. » « Possible graduation de la réponse à l'urgence : ISP en levée de doute puis MCS. »
						Perspective : « Projet d'Infirmier de Réponse à l'Urgence. »
						Perspective : « Évaluer la nécessité d'un IDE et d'un conducteur avec le MCS. »
			Appui/gain humain / **expertise technique**			« Intérêt d'avoir sur place plus d'ISP pour aider les MCS sur interventions, voire de créer si pas d'ISP, des Infirmiers Correspondants SAMU, **pour constituer des équipes locales efficace**. »
						« **Appui ISP** efficient car **expertise** (travail pôle urgence). »
			Carence possible	1		« Pas d'infirmier dédié : le système compte sur la présence d'un ISP (30 % de carence). »
			Dépendance (logistique ou psychique)	3		« **Sortie MCS toujours avec ISP.** » « **Manque de manœuvre** sur organisation de la dotation (VLI unique). » (VLI : Véhicule Léger Infirmier)
						« Pas de déclenchement automatique de l'ISP de secteur en même temps que le MCS. »
						« **Besoin de travailler avec les IDE SP ou autres** pour plus de sécurité ou sérénité. »
			Intégration des **Médecins Sapeur-Pompiers (MSP)** ► enjeu couvertures spatiale & temporelle [discussion]	3	3	
			Gain humain numérique médical (renfort)			« Convention SDIS en cours de mise en place pour renforcer la couverture MCS par renfort de l'effectif par les MSP du département. » « Finalisation de la convention MCS-MSP afin d'assurer une meilleure couverture départementale dans les zones à plus de 30 minutes d'un SMUR. »
						1 MCS = aussi MSP mais rôle pour secours à personne qu'en tant que MCS
						« […] tous sauf un sont aussi membres du SSSM. »
			MAIS frein au recrutement par « **concurrence** » **et refus « double casquette »**	2		« Absence de médecins sur certains territoires, **concurrence avec médecin pompier**. »
						« Volonté du SDIS de **ne pas avoir des médecins avec la double casquette**. »
			Intégration d'autres spécialités (urgentistes habitant lieu éligible) (par défaut)	1		« Les MCS actuels sont des urgentistes domiciliés ou travaillant également sur [...]. » « Recrutement au sein des médecins urgentistes par défaut d'autres candidatures. »
	Point limitant : **FRAGILITÉ possible**		**Reconnaissances / collaboration / lien institutionnels (SAMU / Hôpital / ARS) parfois variables (précaire / fragile),** à divers niveaux ► enjeu attractivité / pérennisation [discussion]	8		« […] mais fragilité institutionnelle. »
						« Point faible : motivation de certains acteurs. »
						« Un référent administratif au niveau des directions d'établissement inégal en termes d'investissement. »

						« Motiver les MCS en re-dynamisant le système : Reconnaissance par les SAMU de la fonction et du service rendu. »
						« Absence de cahier des charges/convention pour définir les partenariats et l'organisation des formations. »
			Connaissances sur les **compétences et les limites** des MCS			« Méconnaissance de certains régulateurs du dispositif, des limites d'un MCS, de ses conditions d'engagement. »
						« Difficulté à faire reconnaître l'intégralité des missions MCS par le SAMU […]. »
			Pérennisation des différents engagements dont essentiellement les formations et les financements			« Manque d'engagement des partenaires (Hôpital, ARS) (de nombreux points du réseau sont à travailler et à améliorer, ce travail n'est pas engagé ou avec lenteur). »
						« [Souhait d']engagement institutionnel et du CDOM (Conseil départemental de l'ordre des médecins). »
						« Depuis la formation initiale, en 2015, il n'y a pas eu de formation continue annuelle, obligatoire (contrat initial) [...], pas de réapprovisionnement par la pharmacie de l'hôpital, siège du SAMU, comme prévu initialement. »
						Perspective : « Applications des rémunérations. »
			Problème du temps (jeune dispositif pour se mettre à niveau)	1		« Point faible : création de notre réseau en 2013, démarrage en 2014 avec les premiers MCS, encore un peu en retard sur certains sujets et il est difficile de suivre et de pouvoir s'harmoniser sur le plan régional, en aussi peu de temps. »
			EFFECTIF (nombre de MCS) non optimal **Recrutement difficile dans certains secteurs** ► enjeu couvertures spatiale & temporelle / pérennisation [discussion]		22	« Petit réseau par le nombre de médecins MCS. » « Les médecins de terrain sont peu nombreux. » « Peu ou pas de recrutement. »
						« Point faible : peu d'acteurs. » « Peu de MCS et recrutement malgré une organisation pluri-départementale au sein du [...]. »
						« Pas assez de médecins impliqués dans le dispositif. » « Recrutement. »
						« Ne plus être seul. »
						« Difficulté de recrutement. Pas de participation des médecins de ville. »
						« Le nombre de MCS s'étoffant va faciliter la couverture MCS/astreinte. »
						« Peu de participants. » « difficultés à recruter des nouveaux MCS. »
						« Motiver les différents acteurs des territoires éloignés. »
			Par **défaut de démographie** médicale MG / de volontariat à la fonction MCS **Répartition MCS non harmonieuse** (spatialement mais aussi temporellement)	15		« Frein à recruter d'autres MCS : **Territoires avec effectif médical insuffisant**. » « Point faible : pas assez de MCS pour couvrir toutes les astreintes. »
						« Absence de médecins généralistes volontaires/**en lien avec la démographie médicale**. »
						« Peu de jeunes MCS avec **peu d'installation dans le département actuellement**. »
						« Par manque de MCS principalement dû à la démographie médicale, arrêt du réseau au 01 janvier 2020. » « L'année 2019 a été marquée par l'arrêt de quatre MCS, pour plusieurs raisons : la démographie médicale, le changement de lieu d'exercice, le nouveau zonage pour certains secteurs. »
						« […] difficultés de recrutement dans certains territoires du département. » « **Défaut de répartition des secteurs sur le département**, zones géographiques encore dépourvues. »
						« **Pauvreté de répartition des MCS** sur le département (40 secteurs éligibles pour seulement 6 médecins actuellement). » « Faiblesse du maillage départemental par difficulté de recrutement sur […]. »
						« **Persistance d'inégalités territoriales avec zones non pourvues** de MCS, à plus de 30 minutes d'un accès à un SMUR. » « Actuellement, **persistance de zone blanche sans couverture MCS** et > 30 min d'un SMUR. » « **Couverture inégale des territoires.** »
						« **Absence de médecins sur certains territoires.** »
						« Nombre insuffisant de MCS sur 3 des 4 territoires. »
						« Recruter afin d'avoir un **dispositif qui couvre l'ensemble du territoire et tout le temps**. »
						« Davantage de MCS **car encore des secteurs non pourvus et pourvus partiellement** (1 nuit sur 2). »
						« Avoir plus de MCS sur l'ensemble du territoire. » « **Avoir une répartition harmonieuse sur l'ensemble du territoire.** » « Point faible : pas de MCS H24, mais uniquement aux heures d'ouverture du cabinet médical. »
						« **Nombre insuffisant de MCS pour créer un système de garde**, possibilité de carence. »
						« **Absence de volontaire** pour être MCS et "concurrence avec les médecins SDIS. » « Point faible : utilisation de médecins urgentistes par défaut d'autres candidatures. »
						« Point **faible : volontariat**. »
						« Difficulté à étoffer l'équipe par **manque d'un nombre suffisant de volontaires** pour créer une nouvelle formation. »
						« Nombre limité de médecins - **volontariat restreint** surtout dans les zones éloignées. »

						« Recrutement : Beaucoup d'internes font le formation et finalement ne font aucune garde ou quittent le département pour s'installer ailleurs. » Perspective : « Recrutement plus important. »
				Par **crainte de l'urgence** (urgence vitale, gestes techniques)	2	« Frein à recruter d'autres MCS : Crainte de la gestion d'urgence vitale et de gestes techniques. »
						« MCS qui ont peur de l'urgence (alors qu'ils seront appelés dans tous les cas). »
				Par **crainte de la charge de travail** et risque d'épuisement entre : la co-gestion cabinet, vie extra-professionnelle et les missions MCS	2	« […] difficulté de recrutement sur crainte d'une activité trop riche pour des cabinets ruraux débordés. »
						« Difficultés de gestion entre activité libérale et activité MCS. »
				Par **crainte de la contrainte dans la gestion temporelle** entre : les formations / astreintes / gestion dotation/administrative MCS	2	« Médecins fonctionnant en cabinet isolé avec impossibilité de se libérer pour se former. » « Éloignement des médecins susceptibles de rejoindre le réseau. » « Frein à recruter d'autres MCS : Astreintes. » « Problème d'astreinte entre temps de travail, garde PDSA et temps de famille ! »
						« Point faible : Nombre importantes d'astreintes pour compléter les planning si effectif limité. »
				Par une **compensation difficile des départs** (démission, retraite) **ou des absences** non remplacées	4	« Les médecins sont âgés (si retraite, moins de MCS). »
						« L'année 2019 a été marquée par l'arrêt de quatre MCS, pour plusieurs raisons : la démographie médicale, le changement de lieu d'exercice, le nouveau zonage pour certains secteurs. »
						« Perte des médecins d'[...] faute de candidats et d'un départ à la retraite à bientôt 70 ans. »
						« Départ de MCS en retraite. »
						« Absences du MCS non remplacées parfois. »
				→ Permanence MCS temporelle / géographique et reconnaissance non optimale (par exemple par le SAMU) ► Gain de couvertures avec aussi intérêt par une meilleure visibilité pour le SAMU [discussion]	6	« **Faiblesse du maillage** départemental par difficulté de recrutement. »
						« Étant seul je **ne peux pas assurer seul une permanence des soins 7/7 et 24/24**. »
						« Pas assez de MCS pour couvrir toutes les astreintes. » « Point faible : Nombre importantes d'astreintes pour compléter les planning si effectif limité. »
						« Le nombre de MCS s'étoffant va faciliter la couverture MCS/astreinte. »
						« Point faible : pas de MCS H24, mais uniquement aux heures d'ouverture du cabinet médical. » « Sauf nuit, week-end et jours fériés (fonctionnement qu'aux heures d'ouverture du cabinet). » Perspective : « Étoffer l'équipe pour la rendre plus visible. »
						Perspective : « Recruter afin d'avoir un dispositif qui couvre l'ensemble du territoire et tout le temps. »
				Certaine particularité de la définition (sectorisation/zonage/zone) trop stricte → Défaut d'activité in fine avec possible démotivation ou frein à l'adhésion	4	« Zones blanches fixées par l'ARS trop stricte donc 1 **MCS sans activité au final peu motivant pour les autres éventuels.** »
						« L'année 2019 a été marquée par l'arrêt de quatre MCS, pour plusieurs raisons : [...], le **nouveau zonage pour certains secteurs.** »
						« Point faible : arrivée du SMUR parfois un peu tôt en fonction de la localisation. »
						« Proximité du SMUR de […] (30 minutes). »
Formations	**Pilier**		Formation comme un des piliers du concept MCS		1	« L'organisation de ces formations étaient indispensables pour le bon fonctionnement du réseau. »
	Richesses des enseignements, de qualité, complète	21	**Apports cognitifs** « urgences potentiellement vitales »		5	« **Plus-value** pour le territoire d'avoir des **médecins formés à l'urgence**. »
						« Une solide formation initiale et continue alliant des apports cognitifs. »
						« **Formation urgentiste.** »
						« Formations **complètes** […]. »
						« **Formation dispensée par le CESU**, gratuite, de qualité. »
			Analyses des pratiques		1	« Une solide formation initiale et continue alliant […], des **analyses de pratiques.** »
			Mises à jour/niveau des pratiques → intérêt formation continue		3	« Ces formations permettaient [...] aussi des **remises à niveau de certains points.** »
						« Points forts : Mise à jour des pratiques. »
						« **Intérêt des formations continues** entre MCS. »
			Partages d'expériences de terrain (favorisés petit groupe)		8	« Ces formations permettaient [...] le **partage des expériences de chacun**. »
						« Formation en **petit groupe permettant un échange** +++. »
						« **Discussions entre médecins de terrain**. »
						« Intérêt des formations [...] encadré par urgentiste avec [...] **expertise**. » « Avec des retours d'expériences. »
						« Rencontres des spécialistes en formations… »
						« Participation des Pédiatres à l'enseignement. »
						« Point fort : effectif réduit des participants [au formation] »
						« Points fort : petit nombre de MCS, **facilité d'adaptation,** souplesse. »

			Mise en situation (simulation, stages & atelier pratiques)	9	« Point fort : [...] **ateliers pratiques**... »
					« **Qualité** du **matériel et des mannequin du CESU** départemental. »
					« Formations **pratiques et ateliers de simulation très appréciés**. » Perspective : « Augmenter le temps de formation pratique. »
					« Nombreux ateliers **avec mises en situation**. »
					« Avec des ateliers techniques, des mises en pratique avec simulateur. »
					« […], de la simulation en santé Haute Technologie avec participation en simulation HT de pluri-disciplines (dont les pompiers) pour véritable contextualisation. »
					Point faible : « Pas de stages SMUR ou bloc hormis en formation initiale. »
					Perspective : « Optimisation à l'utilisation et la pratique des MCS. »
					Perspective : « Développer stage pratique au sein du SAU. »
			et d'autant plus avec des contenus :		
			Variés (ateliers simulation, procéduraux, complémentaires...)	7	« **Multiples thématiques abordées** sur sujet fréquent de prise en charge. »
					« Point fort: [...] **sujets variés**, [...]... »
					« Intérêt des formations [...] avec **thèmes variés** et […]. »
					« Formation [...] de qualité (SMUR, régulation, déchocage des urgences, bloc opératoire pour formation IOT (intubation oro-trachéale)/pose de VVP (voie veineuse périphérique)). »
					« CESU propose les **formations multiples** (intubation difficile, accouchement extra hospitalier...). »
					« Nombreux ateliers. »
					« [...] ouverture des sessions de **formations complémentaires**. »
			Harmonisés, structurés, avec **protocoles de soins partagés**	3	« Une formation **harmonisée** ». »
					« **Harmonisation** de la formation obligatoire **sur la région.** »
					« Formation **standardisée.** »
				3	« **Protocole**. »
					« Point fort : **protocole de soins coordonnées** avec le SAMU local. »
					« **Partage de protocoles** avec les urgentistes. » Perspective : « Protocoles communs régionaux MCS. »
			Adaptés aux envies/aspirations des MCS	3	« Formation **en fonction des thèmes demandés** par les MCS. »
					« **Choix selon aspirations/envies**. »
					« Programme mal structuré sur année (selon demande des MCS et selon retour d'interventions, hormis formation initiale). »
			Aux réalités de terrain (particularités du travail MCS (sans IDE/ambulancier/connaissances), nosologie, difficultés)	4	« Multiples thématiques abordées **sur sujet fréquent de prise en charge.** »
					« Ces formations permettaient de **traiter des situations auxquelles étaient confrontées les MCS dans leur mission.** »
					« Parfois méconnaissance […] des **difficultés pouvant être rencontré (différent de SMUR, pas d'IDE et ambulancier sur place, connaissances différentes)**. » Perspective : « **Réflexion à mener sur besoin de formation de MCS** en les intégrant au choix des thèmes (difficulté autres que thème abordés). » Perspective : « Intérêt de concertation pour améliorer **difficulté de terrain** rencontré par MCS (matériels, formations, organisation...). » « Nécessité d'une formation initiale **avec stage au besoin** pour pratique de gestes (VVP, IOT...). »
					Perspective : « Travail vers l'élaboration d'un référentiel de compétences intégré MCS. » « Un référentiel de compétences intégré MCS pour aller vers une transposition pédagogique plus optimale en cours aussi de travail y compris à l'échelle national via les sociétés savantes. »
			Aux niveaux des MCS (connaissances, expériences variables)	2	« Parfois **méconnaissance du niveau initiale ou disparité entre MCS** (médecin généraliste vs ancien réanimateur devenu médecin généraliste). » « Nécessité d'une formation initiale avec stage **au besoin** pour pratique de gestes (VVP, IOT...). » « Équipe avec des cursus professionnels différents ce qui amène parfois des difficultés quant à l'organisation pratique de l'activité MCS (mais avec le temps, les expériences, les conseils du CESU tout s'améliore doucement... on tend à homogénéiser les pratiques). »
					« [certain] MCS avec formation complémentaire CAMU, cata, travaillant aux urgences... »
			Intégrant la pluridisciplinarité (secouriste...)	4	« Possibilité de formation couplée urgentiste/MCS. »
					« Point fort : […] avec participation en simulation Haute Fidélité de pluri-disciplines (dont les pompiers) pour véritable contextualisation. »
					« Formation commune avec le SSSM (SDIS [...]). » (SSSM : Service de santé et de secours médical)
					« 1 MCS = MSP donc partenariat SDIS sur connaissance, proposition participation exercices exemple = désincarcération, … »
					Perspective : « Venue sur site d'une équipe du CESU avec mise en situation réaliste. »
			Solides	5	« **Qualité de la formation initiale** dispensée par le CESU. »

			notamment pour la formation initiale		« Point fort : qualité pédagogique de l'enseignant du CESU **pour la formation théorique initiale**. » « Possibilité de formation sur le CHU (Centre hospitalier universitaire) de [...] avec DU dédié mais à la charge des MCS. »
					« Point fort : **Formation initiale.** »
					« Car ils ont une **solide formation initiale** et continue alliant [...]»
					« Programme mal structuré sur l'année (selon demande des MCS et selon retour d'interventions, hormis formation initiale). »
			Reconnus par les différents partenariats	1	« Soutien des CESU. »
			Évalués par des travaux de recherche	1	« Évaluation de la formation ayant fait l'objet de thèses et de présentations en congrès. »
			MCS motivés pour ces enseignement ► enjeu qualité/sécurité & attractivité [discussion]	8	« Besoin et envie de formation de la part des MCS. »
					« Point fort : motivation des médecins. »
					« Volonté des MCS à se former. » « Volonté de devenir MCS ou de se former à l'urgence pour les remplaçants et installations. » « Demande des médecins à être formés (car il n'y a pas ou peu de formation continue). »
					« Motiver les MCS en re-dynamisant le système : formation continue et réunion de concertation pour uniformiser les pratiques et prises en charge. »
					« Essayer de motiver de jeunes médecins par une attractivité accrue (rémunérations et formation). »
					« MCS restant en 2016 ont démissionné ensemble [...] pour en dénoncer les dysfonctionnements (insuffisance de formation, […] etc...). »
					« Recrutement de [...] nouveaux médecins, pérennisation des formations. »
					« Reprise en [...] avec formation et nouvelle convention. »
	Intérêt de certaines modalités d'organisation formative :		Permet des **liens avec les équipes formateurs / formation de proximité** (membres SAMU/régulation, SMUR, urgences, autres spécialistes (ex : pédiatrie))	6	« Relation privilégiée entre médecins MCS et médecins SAMU. »
					« Contact avec les équipes SMUR et la régulation permettant des liens. »
					« Bonne entente avec le CESU pour les formations. »
					« Rapports très cordiaux entretenus par le recyclage annuel. »
					« Intérêt de garder un contact privilégié avec le SAMU. »
					« Une formation portée par les CESU départementaux. »
				4	« Rencontres des spécialistes en formations… »
					« Partage d'expériences avec les équipes SAMU : ambulancier ou aide soignants, IDE, médecins. »
					« Participation des pédiatres à l'enseignement. »
					« Point fort: discussions entre médecins de terrain. »
			Intérêt d'un groupe de travail « formations », régulièrement réuni (pluridisciplinaire : CESU...) → structuration, préparation ► enjeu qualité [discussion]	3	« La commission de formation. Le soutien des CESU. »
					« Point fort : comité de pilotage de formation réunissant tous les CESU pour la préparation des ateliers. »
					« Repartant sur de nouvelles bases : nouveau programme de formation etc... »
				3	Perspective : « Du temps imparti médical et du personnel ressource, pour fédérer, harmoniser et optimiser les formations. »
					Perspective : « Intérêt de concertation pour améliorer difficulté de terrain rencontré par MCS (matériels, formations, organisation...). »
					Perspective : « Engager un travail entre les partenaires sur tous les sujets. »
			Intérêt de textes formalisés (« convention/ des charges...») → pour définir les partenariats/collaborations et organisation des formations	4	« [Cahier des charges] rédigé par l'ARS et les associations MCS territoriales. »
					« Reprise en [...] avec formation et nouvelle convention. »
					« Repartant sur de nouvelles bases : nouvelle convention. »
					« Formation obligatoire (par convention). »
			Mutualisation des moyens des CESU (formateurs, dotation/simulation) ► enjeu qualité [discussion]	4	« Mutualisation de la simulation en santé pour les MCS du [...] qui viennent avec les MCS du [...]. »
					« Formation initiale pluridépartementale car peu de MCS en [...]. » « Formation continue à relancer ; peu de MCS et recrutement malgré une organisation pluri-départementale au sein du [...]. »
					« En raison du nombre restreint des futurs MCS les formations à venir seront organisées à tour de rôle par les différents CESU de la région (dans le cadre du […]). »
					« Continuer à mutualiser les formations avec les départements limitrophes pour optimisation des moyens. »
				3	« Point faible : difficultés des partages d'ateliers entre les CESU (manque de matériel pour certains CESU). »
					Perspective : « Intérêt de formation initiale, pourquoi pas à mutualiser à plus grande échelle voire en nationale. »
					Perspective : « La formation, le partage/ regroupement serait une option (départemental/ voir avec [la région] ou national) (ponctuellement ?) »

	Point limitant : Régularité et la planification des formations non optimales ► enjeu qualité/sécurité & attractivité [discussion]	20	**Par défaut du nombre de MCS** (date unique (continuité soins), **disponibilité** (temps, distance), **manque d'effectif de nouveau MCS** (initiale), dispersion géographique)	13	« Problème de **disponibilités des MCS** pour ces formations. »
					« Difficulté à étoffer l'équipe par **manque d'un nombre suffisant de volontaires** pour créer une nouvelle formation. » « réactualisation insuffisante par **manque de temps et de disponibilité des MCS**. »
					« Point faible : **disponibilités** des formateurs et **des MCS.** »
					« **Peu de MCS** donc pas de formation organisée. »
					« Formation difficile à organiser car **peu de disponibilité pour le médecin MCS**. »
					« Malheureusement pas de formation initiale, **nombre trop faible de nouveau MCS**. »
					« Impossible d'organiser une formation initiale pour un jeune médecin, récemment installé, désirant intégrer le dispositif MCS local. »
					« **Distance éloignée** pour la formation initiale. » Perspective : « Bénéficier de sessions de formation et à proximité. »
					« **Éloignement** géographique des différents sites. »
					« Organisation difficile car planning et impossibilité de faire une formation unique car sinon plus de médecins dans la clinique. Difficulté d'organisation de la formation des nouveaux MCS si une seule personne à former à la fois. »
					« En raison du nombre restreint des futurs MCS les formations à venir seront organisées à tour de rôle par les différents CESU de la région (dans le cadre du [...]). »
					« Formation continue à relancer ; peu de MCS et recrutement malgré une organisation pluri-départementale au sein du [...]. »
					« Point faible : impossibilité pour les formateurs d'organiser des journées de formation. »
					« Peu de réponse car non organisé sur notre département. »
					« Recrutement : Beaucoup d'internes font le formation (dispensé par le CESU, gratuite, de qualité) et finalement ne font aucune garde ou quittent le département pour s'installer ailleurs. »
			Par défaut de formateurs (surcharge annexe/disponibilité, effectif variable, dotation pédagogique	5	« Pas ou peu de formation continue (pas ou peu de sessions proposées par le CESU). »
					« Point faible : disponibilités des formateurs et des MCS. »
					« Absence de formation car CESU débordé. » « Difficulté à organiser les formations même au niveau régional, lenteur administrative. »
					« Sous effectif médical du SAMU ne permettant pas actuellement de multiplier ou de proposer des formations complémentaires aux MCS. »
					« CESU inertie, problématique de date, annulation/changement dernières minutes. »
			→ Réactualisation insuffisante	7	« Réactualisation insuffisante par manque de temps et de disponibilité des MCS. » « Développer les formations. » « Augmenter le temps de formation pratique. »
					« Formations insuffisantes sur le plan théorique et pratique surtout pour la formation continue. » « Plus de formation continue surtout sur le plan pratique. »
					« Pas ou peu de formation continue (pas ou peu de sessions proposées par le CESU […]. » « Bénéficier de sessions de formation et à proximité. »
					« Sous effectif médical du SAMU ne permettant pas actuellement de multiplier ou de proposer des formations complémentaires aux MCS. »
					« Point faible : 1 journée par an de recyclage rémunérée. »
					« Organisation difficile car planning et impossibilité de faire une formation unique car sinon plus de médecins dans la clinique. » « Organiser les formations et la formation continue de manière plus systématique. »
					« Formations défaillantes en cours d'amélioration (2019 = première véritable année de formation effectuée). »
			→ Formation continue n'est pas systématique	7	« Impossible d'organiser une formation continue. » « Point faible : organisation des formations. » « Pas de formation complémentaire au jour d'aujourd'hui. »
					« Pas de formation continue. » « Formation continue annuelle serait souhaitable. »
					« Peu de réponse car non organisé sur notre département. »
					« Depuis la formation initiale, en 2015, il n'y a pas eu de formation continue annuelle, obligatoire (contrat initial) malgré mes nombreux courriers de relance. »
					« Formation continue mais aujourd'hui aucune suite. » « Il faudrait replanifier un programme annuel. » « Proposer de nouvelles formations. »
					« Peu de MCS donc pas de formation organisée. » « Formation continue à relancer. » « Renforcement de la formation continue du MCS. »
					Perspective : « Ne plus être seul et [avoir une] formation continue. »
			→ de même formation complémentaires ne peuvent être multipliées	1	« Sous effectif médical du SAMU ne permettant pas actuellement de multiplier ou de proposer des formations complémentaires aux MCS. »

	Questionnement sur la pérennisation à long terme		Moyens : **matériel et humains** / coût financier	4	« Le coût de la formation qui ne cesse d'augmenter peut créer à long terme un point de blocage de financement. »
					« Difficultés des partages d'ateliers entre les CESU (manque de matériel pour certains CESU). »
					« Financement pour la formation : DU (Diplôme universitaire) médecine d'urgence - MCS délivré par la faculté de Médecine de […]. »
					« Projet de formation d'un groupe de travail mais difficile de dégager du monde sur la mission. »
			Difficulté possible de dégager du **temps** à cette organisation	3	« Du temps imparti médical et du personnel ressource, pour fédérer, harmoniser et optimiser les formations. »
					« Pas de temps de secrétariat ou paramédical fourni donc coordonnateur médical seul pour gérer le fonctionnement administratif et logistique du réseau. »
					« Problématique de dégager un temps spécifique. »
					« Pas de temps suffisant pour diffuser l'information. »
Dotation	**Dotation MCS perçue comme un avantage :**	8	**actualisée, adaptée à la pratique du MCS, complet/solide/bien fournie** ► enjeu qualité/sécurité & attractivité [discussion]	6	« Car ils ont [...] du matériel à disposition renouvelé par un circuit de réapprovisionnement. »
					« Dotations solides. » « dotation bien fourni. »
					« Mise à disposition d'un sac d'intervention identique à celui d'un médecin SAMU, avec ECG. »
					« Sac complet 1er soins d'urgence + scope défibrillateur. »
					« Prise en compte des demandes et réflexion des MCS concernant les dotations. »
					« Équipement VLI avec respirateur, PSE (Pousse seringue électrique), scope multiparamétrique. Utilisation possible car ISP en appui. »
			→ pour une prise en charge **précoce et sécurisée**	2	« Avec sentiment de sécurité à intégrer un réseau MCS pour faire face à des urgences vitales ou potentiellement vitales car ils ont [...] du matériel à disposition renouvelé par un circuit de réapprovisionnement. »
					« Dotation permettant la prise en charge précoce de patients. »
			→ en **s'affranchissant du coût onéreux** d'une dotation complète à jour en matériel de réanimation (pour médecin libéral)	2	« Point fort : formation urgentiste, dotation de matériel trop coûteux (60.000 euros en tout) pour un médecin d'acquérir pour des gestes qui ne sont pas côtés. »
					« Vu que les financements sont alloués par l'ARS à l'établissement de santé, c'est lui qui gère la dotation, le réapprovisionnement dans un réseau intra établissement. »
	Les **circuits <u>pré-définis</u> apparaissent comme fonctionnels** ► enjeu attractivité (gain temps) [discussion]	19	**Fonctionnels**		« Du matériel à disposition **renouvelé par un circuit de réapprovisionnement.** »
					« Point fort : **rapidité de réapprovisionnement** de la dotation par le réseau [...]. »
					« Le pharmacien hospitalier est le **référent pour le réapprovisionnement** : discussions avec lui et les MCS pour les conditions pratiques (réapprovisionnement en SMUR ou par envoi postal, voire par voie d'ambulancier). »
					« Suivi [association] : que ce soit pour savoir quel matériel est où et pour organiser une révision de l'équipement général annuellement ; relation bonne avec les infirmières des urgences pour organiser la révision annuelle. »
					« **Prise en compte soutenue et régulière du renouvellement de l'équipement**, ampoularium compris, par équipe dédiée SAMU. »
					« **Gestion complète** par la pharmacie du SDIS. »
					« Centralisation des décisions de dotation, de réapprovisionnement au SAMU. »
					« L'aide à la gestion personnelle fonctionnait très bien. »
					« Dotations fournies, peu de difficulté sur ce point. »
					« Point fort : plus de visibilité et de clarté dans les commandes. »
			→ Intérêt d'un système <u>réactif et rapide</u> pour éviter carence dans la dotation avec divers moyens mis en œuvre variables selon les effectifs MCS :	4	« Point fort : **rapidité** de réapprovisionnement. »
					« **Circuit simple, rapide,** direct entre SAMU-MCS. Traçabilité simplifiée. »
					« Il peut manquer du matériel au MCS le temps du réassort. »
					« Une commande MCS n'est pas honorée rapidement par la PUI, ne l'est pas toujours et il y a des produits à se procurer autre part sans organisation. »
			Travail avec personne référente (IDE (urgences/SMUR/SAMU/SDIS), pharmacien) de l'hôpital local/ clinique/SDIS (VRM)/association	14	« Le réapprovisionnement dans un réseau intra établissement. »
					« Un seul référent pour la traçabilité du matériel. Contrôle des dates de péremption. »
					« Le pharmacien hospitalier est le référent pour le réapprovisionnement. »
					« Une logistique de la pharmacie en interne à la clinique […]. » « Pharmacie de [...]. Logisticien du SAMU [...] pour le matériel et la maintenance du scope multiparamétrique. »
					« Le MCS devait informer le service des urgences des besoins pour sa dotation et des périmés, il venait ensuite récupérer sa dotation et déposer les périmés soit au service des urgences du Centre Hospitalier de [...], soit dans une antenne SMUR proche de son territoire. »
					« [L'association] suit le sac, l'ampoularium et oxymètre de pouls avec un numéro unique. L'association demande à la PUI (renouvellement post-intervention) et aux infirmières qui font le sac de dotation (nouveaux MCS et rotation une fois par an ou tous les deux ans avec révision du sac entier) à ce que les dates de péremption les plus proches soient supérieures à trois mois. » « Suivi [association] : que ce soit pour savoir quel matériel est où et pour organiser une révision de l'équipement général annuellement ; relation bonne avec les

						infirmières des urgences pour organiser la révision annuelle. »
						« Point fort : gestion complète par la pharmacie du SDIS. »
						« Centralisation des décisions de dotation, de réapprovisionnement au SAMU. »
						« Gestion par médecin et IDE du SAMU SMUR de […]. »
						« Prise en compte soutenue et régulière du renouvellement de l'équipement , ampoularium compris, par équipe **dédiée** SAMU de […]. »
						« Maintenance assurée tous les mois par 2 infirmières du SAMU. »
						« Localement nous travaillons ponctuellement avec des IDE de notre hôpital pour maintenir à jour la dotation MCS (stock/commande) et réviser les péremptions des sacs MCS. »
						« Gestion dotation par ISP, dotation dans VLI. Pas de dotation MCS cabinet/domicile. » « MCS non concernés directement car gestion par ISP/SDIS (Circuit à part). »
						« Cadre SAMU devant s'occupant de cela mais absence de temps dédié pour le faire. »
				Réapprovisionnement SMUR (possible mixte des méthodes de réapprovisionnement) (pour certaines dotations spécifiques définies). (ex : thrombolyse)	4	« CHU [...] avec réapprovisionnement tous les 21 jours environ + récupération de matériels lors des inters avec renfort SMUR. »
						« Réapprovisionnement des médicaments utilisés directement par le SMUR sur intervention. »
						« Don facile de matériel par les équipes SMUR sur place pour réapprovisionner le sac MCS. »
						« Le kit de MÉTALYSE peut être échanger en intervention par le SAMU (seule exception). »
				Envoi par système colis du matériel à antenne SMUR (de proximité) ou par voie postale ou coursier/ambulancier (selon condition de sécurité de transport de la dotation)	3	« Discussions entre [le pharmacien référent] et les MCS pour les conditions pratiques (réapprovisionnement en SMUR ou par envoi postal, voire par voie d'ambulancier). »
						« Le MCS devait informer le service des urgences des besoins pour sa dotation et des périmés, il venait ensuite récupérer sa dotation et déposer les périmés soit au service des urgences du CH de [….], soit dans une antenne SMUR proche de son territoire. »
						« Les dotation sont envoyées par courtier à la caserne de [...]. »
				Système de stock adapté aux besoins ou double lignes de matériels	1	« C'est assez fréquent en période estivale qu'il y ait plusieurs interventions qui se chevauchent, or une intervention dure entre deux et trois heures : Avec l'aide du SAMU [...], nous avons pu créer deux lignes de matériel, ce qui permet de mieux couvrir les besoins de soins. »
				UF SMUR (pas d'UF MCS/faible effectif) → traçabilité simplifiée	2	« Pas d'UF spécifique MCS au sein du CHU en raison du faible effectif des MCS et de la dotation fournie par le SAMU. Dotation MCS sur l'UF SMUR. »
						« Circuit simple, rapide, direct entre SAMU-MCS. Traçabilité simplifiée. »
				Système de prêt biomed (réactivité lors pannes...)	1	« Problématique entretien scope, avec panne lors d'intervention à plusieurs reprises. Entretien effectué sur l'hôpital de [...] (siège SAMU [...]), avec prêt de matériel en attendant. »
				Particularité des dotations uniques dans une VRM/VSM (clinique, SDIS) → pas de gestion direct par le MCS	3	« VRM équipée avec un lot de dotation uniquement pour le MCS mais pas de lot individuel. » « Point fort : gestion complète par la pharmacie du SDIS. »
						« Un véhicule dédié [avec le matériel] »
						« Gestion dotation par ISP, dotation dans VLI. Pas de dotation MCS cabinet/domicile. » « Point fort : **Pas de gestion directe par MCS dotation.** »
				MAIS **manque de manœuvre de la gestion** de cette dotation	2	« Point faible : Manque de manœuvre sur organisation de la dotation (VLI unique). » « Liste dotation VLI établie initialement par SDIS/SMUR. A de la peine à évaluer. » « Manque réactivité dotation réévaluation/SDIS. »
						« Pas de réévaluation de fond de la dotation médicamenteuse depuis la création. »
	Variabilité dans la dotation effective			**Variabilité** effective (dotation de base ou selon rapidité réapprovisionnement et type de matériels) ► enjeu qualité/sécurité [discussion]		« Circuit du médicament à harmoniser pour les MCS [...] en 2020. » « L'harmonisation de la dotation pour les MCS [...], gros travail 2020 ! »
						Perspective : « Obtenir du matériel complet de réanimation. »
						« Tous les médecins n'ont pas reçu tout le sac d'intervention. » « Pas de concertation sur l'évolution du contenu médicamenteux ni sur l'équipement en matériel : certains médecins sont équipés pour l'intubation, d'autres pas etc... »
						« Difficulté pour l'approvisionnement du matériel non consommable manquant (mandrin de laryngoscopie, kit intra-osseux...). » « Nous sommes en cours de réflexion pour augmenter notre dotation de matériel : Bouteille d'O2, Hemocue*, VNI (Ventilation non invasive). »
						« Équipement VLI avec respirateur, PSE, scope MP. Utilisation possible car ISP en appui. »
						« Médicaments, oxygène, aspirateur de mucosité, pousse seringue, intra-osseuse, [...]. Scope défibrillateur multiparamétrique [...] »
				Interrogation sur le fréquence d'utilisation / coût → Dépendant des financement alloués aux établissements de santé	1	« Vu que les financements sont alloués par l'ARS à l'établissement de santé, c'est lui qui gère la dotation, le réapprovisionnement dans un réseau intra établissement. »

			Certains dispositifs **pointent des difficultés en lien avec une gestion « sans protocole pré-défini ou non honoré, aléatoire ou inégale »** : ► enjeu motivationnel [discussion]	2	5	« Gestion « artisanale ». »
						« Il n'y a pas d'organisation médico-légale de l'acheminement (notamment des produits à procurer après une intervention). » « de nombreux points juridiques et d'organisation à travailler pour faire vivre le réseau convenablement ([…] acheminement, [...].). »
			+/- réapprovisionnement variable par SMUR	1		« Travail avec 3 SMUR de CH différents. Difficultés à récupérer le matériel avec 1 site. »
			Dépendance du SMUR/intervention pour réapprovisionnement	1		« Si pas d'intervention, pas de rotation. [réapprovisionnement SMUR]. »
			Hôpital de proximité selon secteur non égalitaire (notamment si travail avec plusieurs hôpitaux pour même dispositif)	2		« Une commande MCS n'est pas honorée rapidement par la PUI (Pharmacie à usage intérieur), ne l'est pas toujours et il y a des produits à se procurer autre part sans organisation. »
						« Travail avec 3 SMUR de CH différents. Difficultés à récupérer le matériel avec 1 site. »
			Non honoré	1		« Pas de réapprovisionnement par la pharmacie de l'hôpital, siège du SAMU, comme prévu initialement : chacun se débrouille avec ses stocks personnels ou dans la pharmacie de l'hôpital de proximité comme à […]. » « Depuis la défection du SDIS pour la gestion du matériel et du réassort post-intervention, le réapprovisionnement n'est pas fait ; chaque médecin se débrouille comme il peut. »
			→ Par défaut « rapidité » ou « d'organisation » : utilisation réapprovisionnement moyens personnels ou « autre part ».	2		« Une commande MCS n'est pas honorée rapidement par la PUI, ne l'est pas toujours et **il y a des produits à se procurer autre part sans organisation.** »
						« Pas de réapprovisionnement par la pharmacie de l'hôpital, siège du SAMU, comme prévu initialement : **chacun se débrouille avec ses stocks personnels ou dans la pharmacie de l'hôpital [de proximité]** comme à [...]. »
			et des difficultés (délai variables) aux réapprovisionnements de certains matériels spécifiques (notamment kit intra-osseux, matériels d'intubation, morphine)	3		« Point Faible : difficultés du renouvellement du matériel de réanimation. »
						« Difficulté pour approvisionnement des matériel non consommable manquant (mandrin de laryngoscopie, kit intra-osseux...). »
						« Problématique entretien scope, avec panne lors d'intervention à plusieurs reprises. Entretien effectué sur Hôpital [...], avec prêt de matériel en attendant. »
	Autres points limitants :		avec un manque :			
			de traçabilité (écrite),	2		« Point faible : Réapprovisionnement par fiche papier à faxer, sans traçabilité pour consommable. »
						« Manque de traçabilité. »
			d'informatisation des commandes,	1		« Point faible : Réapprovisionnement par fiche papier à faxer. »
			d'outils de gestion de pilotage de stock,d'outils de gestion de pilotage de stock,	1		« Il faudrait un inventaire systématique et programmé / la dotation doit être zéro contrainte. »
			de réévaluation des listes fonctionnelles de dotation,	4		« Point faible : Réapprovisionnement par fiche [...], datant, avec mise à jour à faire. »
						« Pas de réévaluation de fond de la dotation médicamenteuse depuis la création. »
						« Pas de concertation sur l'évolution du contenu médicamenteux ni sur l'équipement en matériel […]. »
						« Manque de réactivité concernant la réévaluation de la dotation / SDIS. »
			→ possible conséquences = en cas d'intervention dans la période de carence parfois longue.	1		« Il peut manquer du matériel au MCS le temps du réassort. »
						« C'est assez fréquent en période estivale qu'il y ait plusieurs interventions qui se chevauchent, or une intervention dure entre deux et trois heures : Avec l'aide du SAMU [...], nous avons pu créer deux lignes de matériel, ce qui permet de mieux couvrir les besoins de soins. »
			Autogestion (stock, péremption) chronophage par le MCS de sa dotation à jour	1		« Doivent autogérer leur dotation avec gestion des péremptions. »
			ou motivation variable	1		« Les MCS ne suivent pas tous les dates de péremption. »
			/ pas de temps dédié (hors MCS)	1		« Cadre SAMU devant s'occupant de cela mais absence de temps dédié pour le faire. »
			→ conséquence possible = une dotation fonctionnelle non optimale et enjeu motivationnel ? ► enjeu qualité/sécurité & attractivité [discussion]			« Un premier réseau créé en 2011, dont les 4 MCS restant en 2016 ont démissionné ensemble en août 2016 **pour en dénoncer les dysfonctionnements** ([...] difficultés logistiques etc..). »
						« Il faudrait un inventaire systématique et programmé / la dotation doit être zéro contrainte. »
						« D'où une **démotivation des MCS**. » Perspective : « Motiver les MCS en re-dynamisant le système : Sac d'intervention individuel. Réassort matériel après chaque intervention par le SAMU. »
						« MCS qui ne cherchent pas à améliorer le dispositif (ne critique pas le dispositif) et à le faire vivre autre que par l'intervention (manque de déclaration, manque de rigueur à remplir la fiche d'intervention et le bon de commande). »
Interventions	**Intérêt de certaines organisations pour éviter carence :**		Nombre MCS optimal avec **objectif d'une astreinte régulière/continue**	4		« Point fort : médecin de garde 24 heures sur 24. »
						« Garde MCS H24, 365 jours par an : aucune carence. »
						« La régularité des "gardes" : au moins une par semaine [par MCS]. » « Planning local de gardes avec les 7 médecins qui de facto assurent la fonction MCS. En cas de besoins complémentaires le régulateur appelle les autres médecins. »

	► enjeu couvertures temporelle et spatiale [discussion]				« Des médecins salariés avec une couverture et engagement de faire 12 heures sur 24 et 7 jours sur 7 contractuel, très peu de jour de carence annuel. »
			ou **MCS disponible de principe** (choix d'absence d'astreinte) → avantage = pas de gestion de planning	3	« Ils ne sont pas d'astreinte par choix de leur part. » « Point fort : les MCS sont disponibles tout le temps. » « Le SAMU sait de principe que nous sommes déclenchable. » « Numéro unique pour joindre le MCS. MCS actif de principe. »
			Utilisation de médecins urgentistes (habitat dans secteur éligible) (par défaut)	1	« Recrutement au sein des urgentistes qui résident sur les îles du département notamment [sur...]. »
			Gestion autonome des plannings selon différentes contraintes / caractère non obligatoire / volontaire (→ flexibilité, non imposés)	1	« Point fort : Gestion autonome des plannings MCS, selon nos contraintes. »
	Des aides possibles sont bénéfiques pour certains dispositifs :		**Véhicule équipé dédié à disposition** (+/- conducteur) (SDIS, clinique)	3	« **Véhicule dédié.** » « Binôme avec IDE pompier qui vient chercher le MCS dans une **VRM équipée.** » « Gestion dotation par ISP, **dotation dans VLI**. Pas de dotation MCS cabinet/domicile. N'est jamais déclenché seul. »
			Signalétiques (lumineuse et sonore) **du véhicule du MCS**	1	« Gyrophare 2 tons, gilet indicatif fonction SAMU, autorisation préfectorale renouvellement annuellement. » « Facilite l'accès à l'intervention (facilité démarche administratif de la signalétique voiture MCS, hors VLI). »
			Présence ISP ou demande aide infirmier/IDE (hôpital) +/- départ à 2 médecins (dépendance VRM équipée, carence possible +/- déclenché avec MCS) → pour travail en équipe (sécurité/sérénité) → Alternative médicalisation en « levée de doute » (optimisation des moyens)	5	« **Binôme avec IDE** pompier qui vient chercher le MCS dans une VRM équipée. » « Point fort : ISP / **travail en équipe.** » « Appui ISP > efficience car expertise (travail pôle urgence). « Sortie MCS toujours avec ISP mais ISP peut être déclenché sans MCS. » « **Possible graduation de la réponse à l'urgence :** ISP en levée de doute puis MCS. » « Gestion dotation par ISP, dotation dans VLI. Pas de dotation MCS cabinet/domicile. N'est jamais déclenché seul. » « Problématique différente car intervention MCS/ISP binôme systématique. Ce binôme étant considéré comme un SMUR Like. » « Point Fort : Pas de gestion directe par MCS dotation. » « Point faible : Manque de manœuvre sur organisation de la dotation (VLI unique). » « Dans les cas les plus graves et en cas de disponibilité, on part avec un IDE de l'hôpital ou on fait appel à l'IDE du SDIS). Enfin on part parfois à deux médecins ! » « **Intérêt d'avoir sur place plus d'ISP pour aider les MCS sur interventions**, voire créer si pas d'ISP, des IDE Correspondant SAMU, pour constituer des équipes locales efficace. » « Point fort : l'entraide entre MCS lors d'urgences simultanés ou lors d'urgences vitales. » « **Besoin de travailler avec les IDE SP ou autres pour plus de sécurité ou sérénité.** » « Pas d'infirmier dédié: le système compte sur la présence d'un ISP (30 % de carence). » « Pas de déclenchement automatique de l'ISP de secteur en même temps que le MCS. »
			Tablette de télémédecine pour bilan (télétransmission ECG, observation, horaires)	1	« Mise à disposition depuis 2019 de tablettes numériques Nomadeec leur permettant la télétransmission des ECG, de l'observation et théoriquement des horaires. »
			→ palier à certaines difficultés d'être « seul » (conduite, réflexion, technique, team leader) ► enjeu qualité/sécurité & attractivité [discussion]		« Pas de conducteur (le médecin conduit). » « **La difficulté de prise en charge des urgences vitales par une seule personne** : (recevoir l'appel, conduire et réfléchir aux gestes à venir, localiser le lieu d'intervention, apporter les premiers secours puis coordonner l'action des pompiers, techniquer seul le patient : scope vvp..., analyser la situation médicale et décider d'une action, préparer les drogues injectables...) Bref il faut être organisé, rapide et faire preuve de sang froid. Dans les cas les plus graves et en cas de disponibilité, on part avec un IDE de l'hôpital ou on fait appel à l'IDE du SDIS). Enfin on part parfois à deux médecins ! » « **Intérêt d'avoir sur place plus d'ISP pour aider les MCS sur interventions**, voire créer si pas d'ISP, des IDE Correspondant SAMU, pour constituer des équipes locales efficace. »
	Point limitant : **En lien avec le système de pré-alerte :**		**Sollicitation variable par la régulation** **(ARM, médecin régulateur) :** → Manque (re)connaissance / défaut réflexe : concept, engagement MCS / PDSA, compétences/limites, zones (notamment trans-frontalières départementales), - Problématique de formation ? - Problématique de visibilité sur logiciel ? - Nombre de MCS et manque de visibilité ? - Trop d'indisponibilité donc manque de réflexe ? - Problématique de turn-over en régulation du personnel) ?	10	« Point faible : régulation. » « **[Manque de] reconnaissance par les SAMU de la fonction et du service rendu**. » « Le seul point négatif reste **le manque de sollicitation** de la part des médecins régulateurs hospitaliers à déclencher les MCS sur les interventions. » « Défaut de déclenchement par le CRRA **par manque de culture des ARM et SAMU.** » « **Méconnaissance de certains régulateurs du dispositif, des limites d'un MCS, de ses conditions d'engagement.** » « **La régulation n'est pas très au courant des fonctions du MCS** du fait d'un **mouvement permanent des acteurs.** » « **Oublis de déclenchement du MCS.** » Perspective : « Système d'aide type "Spot " en régulation lorsque l'intervention SMUR se situe sur un secteur couvert par un MCS pour limiter les oublis de déclenchement du MCS. »

					« Pas d'intégration au logiciel des territoires MCS (certains territoires non défini précisément). »
					Perspective : « Meilleure reconnaissance des MCS en régulation C15 (logiciel). » « Intégration des MCS dans les logiciels SAMU serait un axe d'amélioration pour les déclenchements. »
					« Etoffer l'équipe pour la rendre plus visible. » « Solliciter plus régulièrement les MCS (rappel aux ARM et régulateurs). » « Travailler sur la diminution des indisponibilités. »
					« Mode de déclenchement non compris et non harmonisé par l'ensemble des acteurs (PDSA, MCS, CCMU). »
			SMUR non déclenché systématiquement → Oublis ? → MCS considéré comme une antenne SMUR ? → Utilisation en « levée de doute » ?	3	« De nombreux points juridiques et d'organisation à travailler pour faire vivre le réseau convenablement ([...], **SMUR non déclenché simultanément.**..). »
					« Pas de SMUR systématique (voire très peu), transport/transfert par MCS. »
					« Déclenchement simultané systématique MCS et SMUR sur l'intégralité des interventions **(quelques oublis d'engagement).** »
			Reconnaissance auto-déclenchement variable (exemple : intérêt notamment pour patient se présentant fréquemment directement cabinet ou tel cabinet)	1	« Difficulté à faire reconnaître l'intégralité des missions MCS par le SAMU […]. » « Sur les îles, les patients appellent le médecin sur place avant de faire le 15 donc la plupart des interventions sont auto-déclenchées. Il faudrait que soient reconnus la mission MCS déclenchée par le médecin et pas seulement. »
			→ Enjeu motivationnel ? ► enjeu qualité/sécurité (temporel) & attractivité [discussion]	2	« D'où une **démotivation des MCS.** »
					« À ce jour pas d'axes d'optimisation car le réseau MCS ne fonctionne plus depuis le 01 janvier 2020, **pour plusieurs raisons :** **[…] mais aussi un manque de sollicitation** de la part des médecins régulateurs hospitaliers à déclencher les MCS sur les interventions. »
					Perspective : « Motiver les MCS en re-dynamisant le système : - reconnaissance par les SAMU de la fonction et du service rendu. »
			Refus d'intervention par MCS non compris (cas par cas, refus hors patientèle, peur certaines urgences)	2	« **MCS qui ne souhaitent pas se déplacer** voire certains qui ne souhaitent pas se déplacer si pas leur patient. »
					« **Refus d'intervention au cas par cas par les MCS.** »
			Manque d'une mise en place d'astreintes (→ choix/volontariat, effectif MCS insuffisant)	6	« Absence d'organisation liée au déclenchement (il n'y a pas d'astreintes : le MCS peut être appelé n'importe quand ; il n'y a que la PDSA qui est organisée). »
					« Absence d'astreintes (**sur bon volontariat des MCS**). »
					« Ils ne sont pas d'astreinte **par choix de leur part** […]. »
					« **Nombre insuffisant de MCS pour créer un système de garde**, possibilité de carence. » « Point fort : astreinte H24 sur le secteur [...]. Mais pas pour [l'autre] secteur. »
					« Le nombre de MCS s'étoffant va faciliter la couverture MCS/astreintes. »
					« Travail sur l'optimisation des astreintes sur les secteurs MCS. »
			Possible **Temps/délai pour joindre médecin disponible si liste (hors astreintes)** ou possible refus/indisponibilité ou non-réponse	6	« Si MCS non disponible, **un autre est appelé jusqu'à que l'un réponde** (trace écrite) et si aucun MCS, alors le SMUR est envoyé. »
					« Liste des médecins dispos avec appel si dispos interviennent sinon pas de MCS. »
					« Ils ne sont pas d'astreinte par choix de leur part. Du coup les ARM ou les régulateurs a**ppellent avec soit pas de réponse, soit des refus mais finalement c'est peu fréquent.** »
					« Problème de la disponibilité du fait de leur activité libérale. »
					« Refus d'intervention par certains confrères dans certaines situations. » « Point faible : refus d'intervention au cas par cas par les MCS. »
					« Travailler sur la diminution des indisponibilités. »
					«Point fort : Numéro unique pour joindre le MCS. »
			Défaut de visibilité des disponibilités des MCS ou/et **du secteur éligible pourvu**	4	« Disponibilités non connues. » Perspective : « visibilité des disponibilités MCS en temps réel. »
					« Plus de visibilité sur les indisponibilités des MCS (périodes de congés) qui ne sont pas systématiquement transmises au SAMU. »
					« L'intégration des MCS dans les logiciels des SAMU serait un axe d'amélioration pour les déclenchements. » « Travail sur l'optimisation des astreintes sur les secteurs MCS. »
					Perspective : « Géolocalisation des MCS pour centre 15. »
			Disponibilité que pendant heure d'ouverture du cabinet ou PDSA	3	« Point faible : Pas actif en dehors des heures ouvrables sur certains territoires. »
					« Disponibilité seulement aux heures ouvrables (sauf si garde PDSA jusqu'à minuit). »
					« Sauf nuit, week-end et Jours fériés (fonctionnement qu'aux heures d'ouverture du cabinet). »
			Problématique d'assurer astreinte continue quand nombre limité MCS → fréquence d'astreinte élevée par MCS ► enjeu qualité & attractivité [discussion]	4	« Point faible: étant seul je ne peux pas assurer seul une permanence des soins 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. »
					« Nombre importantes d'astreintes pour compléter les planning si effectif limité. »
					« Nombre insuffisant de MCS pour créer un système de garde, possibilité de carence. »

						« Davantage de MCS car encore des secteurs non pourvus et pourvus partiellement (1 nuit sur 2). »
	Point limitant : **En lien avec le déclenchement :**		**Problématique pour honorer un temps optimal le plus court possible :** → possible remise en cause de la plus-value temporelle selon secteur ?			
				Difficulté à se libérer de l'activité libérale	1	« Problème de la disponibilité du fait de leur activité libérale. »
				Particularité géographique/conduite retardant l'arrivée effective (distance intervention importante, secteur large/étendu précision localisation de l'intervention +/- selon secteur (particularité ruralité/lieux dits), montagne...)	3	« Problème des **distances d'intervention importantes**. »
						« Point faible : **Problème de localisation des interventions** du fait particularité montagne, lieux dits... et renseignements pouvant être partiel à la prise d'appel. »
						« Pas de conducteur (le médecin conduit). » « Évaluer la nécessité d'un IDE et d'un conducteur avec le MCS. »
				SMUR trop proche	2	« Proximité du SMUR de […] (30 minutes). »
						« Point faible : arrivée du SMUR parfois un peu tôt en fonction de la localisation. »
				Problématique de reconnaissance statut sur terrain Difficulté administrative d'autorisation préfecture pour équipement spéciaux (2 tons / gyrophare / radar)	2	« Pas de casaque pour être identifiable sur le lieu d'intervention. »
						Point fort : « Gyrophare 2 tons, gilet indicatif fonction SAMU, autorisation préfectorale renouvellement annuellement. » « Facilité l'accès à l'intervention (facilité démarche administrative de la signalétique voiture MCS, hors VLI). »
						« Procédure difficile et longue si contrôle radar en intervention, malgré gyrophare, ordre de mission... »
	Point limitant : **En lien avec le post-interventionnel :**		**Manque de traçabilité / recueil des données parfois difficile.** → perte d'exhaustivité pour l'évaluation ? [discussion]		7	« Point faible : **Recueil des données parfois difficiles.** »
						« **Fiche MCS papier non remplie systématiquement, mal renseignée.** » « Fiche SAMU pas toujours éditée ou recherche complexe. » « MCS qui ne cherchent pas à améliorer le dispositif (ne critique pas le dispositif) et à le faire vivre autre que par l'intervention (**manque de déclaration, manque de rigueur à remplir la fiche d'intervention et le bon de commande**). »
						« **Manque de traçabilité des gestes actes / fiche d intervention**. » « Traçabilité de ces données +++. »
						« Améliorer la traçabilité des produits utilisés (utilisation, péremption). » « **Améliorer la traçabilité des interventions.** »
						« **Qualité des informations suivant fiche** MCS. »
						« Les délais d'arrivée et de durée d'intervention des MCS ne sont actuellement pas transmises malgré la fournitures de tablettes numériques le permettant. »
						« Pas de fiche papier de traçabilité encore mise en place (en projet). » « Pas de traçabilité. » « Renforcement formation des régulateurs / ARM à l'utilisation des solutions connectées (transmission du bilan informatique, ECG). »
			Pas encore de fiche papier de transmission adaptée		1	« Pas de fiche papier de traçabilité encore mise en place (en projet). » « Pas de traçabilité. »
			Manque d'outils informatiques (dossier traçabilité) / déclaration en ligne → enjeu temporel administratif ? [discussion]		3	« Pas de possibilité de déclaration en ligne de l'intervention. »
						« Pas d'outil informatique. »
						« Pas d'informatisation du dossier MCS ni SMUR. »
			Manque de debriefing après interventions, retour situation de mise en échec (retex...) → permet d'optimiser le feedback organisationnel mais aussi remotiver / réactiver réflexes / corriger collaboration des différents acteurs [discussion] ► enjeu sécurité [rétro-actif] [discussion]		6	« Debriefing des interventions non institutionnalisés. »
						« Intérêt de concertation pour améliorer difficulté de terrain rencontré par MCS (matériels, formations, organisation...). »
						« Permettre de faire remonter les notifications de mise en échec pour retour en formation. »
						Perspective : « Organisation de Retex d'interventions difficiles ou compliquées. »
						Perspective : « Il faudrait un débriefing trimestriel. »
						Perspective : « Rencontrer régulièrement les équipes du SAMU. »
			Problématique des « doubles casquettes » (MCS/MSP et statut lors de l'intervention) → problématique de comptabilisation des interventions respectives. → sous-estimation des besoins/plus-value/pérennisation ? [discussion]		2	« Le médecin MCS joint fait finalement une intervention sapeur pompier (tous sauf un sont aussi membres du SSSM) donc non comptabilisée ensuite comme MCS... »
						« De nombreux points juridiques et d'organisation à travailler pour faire vivre le réseau convenablement (pompiers, […]...). « L'ensemble des interventions MCS n'est pas connue et plusieurs interventions sont notées MCS à tort. »

Administratif	**Points forts**		**Rémunération au forfait plébiscité**	11	« La rémunération était sur la base d'un forfait. Organisation administrative très fonctionnelle. L'association [...] transmettait chaque mois au CH une fiche des interventions réalisées pour chaque MCS avec le montant du forfait à payer ; le CH était chargé du paiement. »
					« Paiement forfaitaire = attractif (260 € par intervention) + simplicité. »
					« CPAM qui verse les indemnités. »
					« Rémunération lucrative, transaction externe au centre hospitalier . »
					« Rémunération par le SDIS au forfait. »
					« Rémunération ENFIN ! »
					« Point fort : rémunération correcte. »
					« Organisation efficace [administrative]. »
					« Point fort : gestion efficace. [administratif].) »
					« Paiement d'une astreinte + paiement à l'intervention. »
					« C'est un bon choix mais qui semble trop lourd à porter par les SAMU : peu de règlement effectif. »
			MAIS problématique des interventions longues ou de nuit et forfait unique	2	« Rémunération faible pour intervention longue. »
					« Obtenir une rémunération de nuit. »
					« oui [valorisation] pour intervention longue. »
			De même que l'intégration au **travail salarié**	2	« Des médecins salariés avec une couverture 12h/24 7j/7 avec très peu de jours de carence sur l'année. » «Le salariat est un point fort. » « intégré au salaire. »
					« Point fort : le statut d'attaché. »
			Avec Intérêt en termes de :		
			Simplicité	6	« Paiement forfaitaire = attractif (260 € par intervention) + simplicité. »
					« La rémunération était sur la base d'un forfait. Organisation administrative très fonctionnelle. »
			→ cotations complexes des actes CPAM → évite la gestion des FSP/E en urgence : suppression paiement à l'acte indispensable en situation d'urgence. ► S'affranchir de la barrière financière et administrative en interventions : praticité / temps/ sécurité financière → Payeur unique (CPAM) (externe au centre hospitalier)		« La suppression du paiement à l'acte est indispensable (difficile de demander une carte vitale au conjoint d'un patient en [arrêt cardiaque], ou lors d'une réa...). »
					« CPAM qui verse les indemnités. »
					« Transaction externe au centre hospitalier. »
					« Rapidité de retour des indemnisations. »
			Reconnaissance du travail et pénibilité (notamment astreinte indemnisation) ► enjeu attractivité [discussion]	11	« Prise en compte de la pénibilité de l'astreinte via rémunération. »
					« Paiement d'une astreinte + paiement à l'intervention. » « Motivation des médecins généralistes et attractivité d'installation par ce système. »
					« Rémunération ENFIN ! car auparavant j'étais sollicité quasiment tous les jours avec non paiement de mon travail par les pompiers ou les patients qui partaient en hélico. »
					« Le travail de soir et de week-end financé en astreinte : le médecin est à domicile (si habite le secteur). »
					« Indemnisations à jour... » « Rapidité de retour des indemnisations. »
					« Paiement forfaitaire = attractif (260 € par intervention) + simplicité. »
					« Point fort : rémunération correcte. »
					« oui [valorisation] pour intervention longue. »
					Perspective : « Obtenir une rémunération de nuit. »
					Perspective : « Essayer de motiver de jeunes médecins par une attractivité accrue (rémunérations et formation). »
					Perspective : « Amélioration de la rémunération. »
			Validation par la régulation des interventions en tant que garant pour la rémunération forfaitaire (les interventions justifiées sont indemnisées)	1	« Pas de dérive "marchande" : les interventions justifiées sont indemnisées ; le SAMU reste seul juge de la pertinence de l'intervention. »
	Point fort : **Intérêt de certaines modalités d'organisation pour la gestion rémunérative :**		**Centralisation (+/- par coordination)** pour synthétiser les demandes de règlement	5	« Bonne communication entre l'association les SAMU et les ARS pour la validation des astreintes et des interventions. »
					« Suivi [associative] avec le dossier complet. »
					« Point positif : **Tout est centralisé.** »
					« Astreintes et interventions **centralisées** par secrétariat SAMU, référer ensuite à l'ARS pour validation, et paiement pas CPAM. = [Organisation jugée efficace] »

					« Organisation administrative très fonctionnelle. L'association [...] transmettait chaque mois au CH une fiche des interventions réalisées pour chaque MCS avec le montant du forfait à payer ; le CH était chargé du paiement. »
					Perspective : « Avoir une aide administrative : secrétariat, adjoint. »
					Perspective : « Avoir un agent administratif et logistique dédié dans l'établissement. »
					Perspective : « Pas de temps de secrétariat ou paramédical fourni donc coordonnateur médical seul pour gérer le fonctionnement administratif et logistique du réseau. »
			→ utilité pour le suivi/surveillance/visibilité dans l'avancement des rémunérations	2	« Une lisibilité sur les fléchages financiers pour les coordonnateurs. »
					« Suivi [associative] avec le dossier complet. »
			Utilisation d'un **système informatisé**	3	« **Rapidité** des paiements d'astreintes via le logiciel ordigard. »
					Perspective : « Automatisation / informatisation . »
			→ Communication optimisée (rapidité) entre les différents acteurs « chaînons » pour chaîne de validation des interventions (et astreintes)		« Coopération avec le DIM [(Département d'information médicale)]. »
					« Attestation d'intervention transmise par le MCS au SAMU qui valide puis la transmet à l'ARS qui envoie ensuite l'ordre de paiement à la CPAM. « Transmission par mail. »
					Perspective : « un paiement informatique comme les PDS serait préférable. »
			→Transparence (synthèse / facture au MCS post-paiement)	2	« Possibilité d'envoyer une facture ou résumé d'intervention au MCS post-paiement. »
					« Une lisibilité sur les fléchages financiers pour les coordonnateurs. »
			► gain de temps par délégation de cette tâche [discussion/perspective]		
	Points limitants : **En lien avec la rémunération des interventions :**		**Variabilité quant au délai** de rémunération	10	« Un référent administratif au niveau des directions d'établissement inégal en terme d'investissement : **Ce qui peut générer inerties et retards dans les paiements** des MCS. » « **Lenteur du processus de rémunération** mais c'est toujours réalisé in fine. »
					« **Délais de paiement des interventions.** »
					« Paiement **un peu long.** »
					« Point faible : Problème chaîne de validation : accord SAMU, puis ARS, puis CPAM. **Possible longueur de traitement**. Relance et difficulté en cas de blocage sur l'un des maillons. »
					« Plaintes de MCS de **retard de paiement.** »
					« **Difficultés de rémunération des actes MCS**. » « Perspective : Applications des rémunérations. »
					« **Retard** dans l'attribution financement ARS. »
					« **Retard règlement** par CPAM fréquent. »
					« Paiement des missions **très aléatoire.** »
					« **Trop long** à se faire payer. Obligé de faire des rappels. »
			● avec des problématiques issues de ce délai :	3	
			Manque de transparence (étapes/ demande/ retour par CPAM) / effectivité → Problématique chaîne de validation et blocage à un maillon.		« Pas de retour du paiement effectué par l'Hôpital. »
					« Manque de transparence. Obligé de faire des rappels. »
					« […] Relance et difficulté en cas de blocage sur l'un des maillons. »
			Nécessité de multiples rappels/relances, fléchage financier à surveiller → Problématique étant de s'assurer que le règlement sera effectif	3	« Fléchages financiers **à surveiller...** »
					« Problème chaîne de validation : accord SAMU, puis ARS, puis CPAM. possible longueur de traitement. **Relance et difficulté en cas de blocage sur l'un des maillons**. »
					« **Obligé de faire des rappels**. »
			Rémunération parfois non effective in fine	3	« Refus d'intervention par certains confrères dans certaines situations : plaintes concernant la rémunération des intervention […]. »
					« Difficultés de rémunération des actes MCS. » « Perspectives : Applications des rémunérations. »
					« Paiement des missions très aléatoire. »
			→ Possible retentissement sur motivation des MCS → Questionnement sur pérennité ► enjeu attractivité [discussion]	4	« Point fort : indemnisations à jour... » « Rapidité de retour des indemnisations. »
					Point fort : « Subvention FIR ARS [...] pérenne. »
					« Un premier réseau créé en 2011, dont les 4 MCS restant en 2016 ont démissionné ensemble en août 2016 pour en dénoncer les dysfonctionnements (non versement des salaires par le CHU, […]). »
					« D'où une démotivation des MCS. » « Motiver les MCS en re-dynamisant le système : paiement des missions. »
			Gagnerait à être défiscalisé ► enjeu attractivité ? [discussion]	1	« Défiscalisée au nombre de garde. »

			Problématique des interventions non validés ou validés à tort (auto-déclenchement notamment, limite PDSA/MCS, MSP)	2	« L'ensemble des interventions MCS n'est pas connue et plusieurs interventions sont notées MCS à tort. » « La plupart des interventions sont auto-déclenchées. Il faudrait que soient reconnus la mission MCS déclenchée par le médecin et pas seulement par le SAMU. »
			Gestion possible trop lourde pour secrétariat SAMU → explication à retard ou rémunération non effective ? [discussion] → Intérêt personne dédiée à cette gestion ? [perspective]	1	« C'est un bon choix mais qui semble trop lourd à porter par les SAMU : peu de règlement effectif. »
			Multiples tableaux à compléter et à envoyer (SAMU, ARS, CPAM...) (astreintes prévues vs effectives) → lourdeur de l'administratif ?	2	« C'est une usine à gaz concernant le paiement des gardes avec 4 tableaux à remplir et à envoyer (ARS, SAMU, CPAM). » « Perspective : moins de redondance des différents tableaux: tableaux de gardes tableau à refaire en fin de mois, ensuite tableau de service médical accompli. » « Trop compliqué […] [de se] faire payer. »
Évaluations	**Points Forts**		**Intérêt de données harmonisées et exhaustives** → échelle d'application ? [discussion] ► enjeu qualité/sécurité (rétro-actif) [discussion]	4	« **Recueil des données harmonisé** au niveau régional par l'ARS. » « **Centralisé** par ARS qui évalue le dispositif. » « Point fort : une nouvelle fiche plus détaillée **conjointe** à tous les MCS. » « Bonne **exhaustivité**. »
	Points limitants		**Certains items des fiches d'intervention et/ou registre ne sont pas proposés au recueil** (Exemple : horaires (exemple : délai MCS, SMUR), pratiques des gestes, intégration/aide par VRM / ISP)	4	« Sur la fiche d'intervention **rajouter des items d'horaires de déclenchement**. » « **Amélioration de la fiche d'intervention MCS sur certains items** (gestes, horaires, délai SMUR). » « Comptabiliser le nombre de VSM (véhicule de secours médicalisé) mis à disposition par le SDIS [...], avec ISP et/ou chauffeur à disposition. » « Point fort : **une nouvelle fiche plus détaillée conjointe** à tous les MCS. » « **Pas de données permettant une analyse complète**. » « Manque de traçabilité des gestes actes fiche d'intervention. » « Point faible : Traçabilité de ces données ++ +. »
			Qualité du renseignement des items des fiches disponibles aléatoires → Motivation MCS variable → Problématique de temps ou d'oublis lors des interventions ? ► Difficulté horodatage ↔ intérêt dans l'évaluation du dispositif (gain temps ?) [discussion]	6	« Manque de mobilisation des MCS à évaluer le dispositif. » « MCS qui ne cherchent pas à améliorer le dispositif (ne critique pas le dispositif) et à le faire vivre autre que par l'intervention (manque de déclaration, manque de rigueur à remplir la fiche d'intervention et le bon de commande). » « Fiche MCS papier non remplie systématiquement, mal renseignée. » « Qualité des informations suivant fiche MCS. » « Recueil des données parfois difficiles. » « Manque de traçabilité des gestes actes fiche d intervention. » « Point faible : Traçabilité de ces données ++. » « **Les délais d'arrivée et de durée d'intervention des MCS ne sont actuellement pas transmises** malgré la fournitures de tablettes numériques le permettant. » « Perspective : Améliorer la traçabilité des produits utilisés (utilisation, péremption). » « Améliorer la traçabilité des interventions. »
			Problématique des fichiers distincts entre MCS et SAMU → Croisement des données délicats ► Intérêt d'un recoupement défini entre les 2 fichiers ? : → Exhaustivité mission MCS nombre ? Horodatage ? (interopérabilité ?) [perspectives]	2	« Fiche MCS papier non remplie systématiquement, mal renseignée. » « Fiche SAMU pas toujours éditée ou recherche complexe. » « 2 fichiers de recueil de donnés distincts SAMU et MCS : croisement des donnés délicat. »
			Manque de régularité dans l'analyse de ces critères d'évaluation (statistiques / bilan) → Manque de visibilité sur la synthèse des données	4	« **Manque de statistiques**. » « Non actuellement mais a été fait initialement jusqu'en 2018. » « Point faible : Non évalué jusqu'à travaux de thèse récemment mené (directeur de thèse un MCS, non enclenché par SAMU). » « Intérêt sur une évaluation plus régulière et rigoureuse. » « Point faible : manque d'analyse de l'évaluation du réseau MCS. » « Améliorer l'évaluation du réseau. » « Perspective : Bilan d'activités. »
			Retranscription chronophage d'une fiche papier au format informatisé (nécessite du temps et personnel)	2	« La saisie secondaire par la secrétaire est **chronophage**. » « […] [retranscription chronophage]: Du coup nécessiterait une incrémentation informatisée sur une plateforme internet. Projet dans le cadre régional. » « **Travail de sélection** des interventions, synthèse, **problème de temps/chronophage**. »
			Problématique du temps (temps de synthèse et d'analyse de ces données) **et de personnel(s) pour faire cette évaluation**	4	« Encore et toujours, manque de temps... et de personnels. » « Avoir une aide administrative : secrétariat, adjoint. » « Travail de sélection des interventions, synthèse, problème de temps/chronophage. » Perspective : « Dédié un médecin à l'analyse de l'activité sur temps texturant. »

			Retour sur ces analyses non optimal → but = rétroaction amélioration [discussion] (notamment en formation MCS mais aussi des différents partenaires : SAMU, ARS)	2	« De nombreux points juridiques et d'organisation à travailler pour faire vivre le réseau convenablement ([…], évaluation, [...]). » « Aucun retour des données transmises à l'ARS. » « Absence de travail sur les éléments d'évaluation avec les partenaires. »
					« Faire un débriefing trimestriel. »
			Pas d'informatisation (du dossier MCS ni SMUR)	2	« Pas d'informatisation du dossier MCS ni SMUR. »
					Perspective : « **Créer une plateforme nationale :** [...] activité, […]. »
			Pas de traçabilité/d'information directe : Travail de sélection des interventions, via logiciel de régulation du SAMU, travaux de thèses spécifiques... et/ou **d'analyse des données** → Manque de visibilité sur la synthèse des données	3	« NC car pas d'information directe, travail de sélection des interventions. »
					« Non évalué jusqu'à travaux de thèse récemment mené (directeur de thèse un MCS, non enclenché par SAMU). » « Intérêt sur une évaluation plus régulière et rigoureuse. »
					« Possibilité de trouver les informations mentionnées ci-dessus mais en recherchant par numéro de dossier régulation dans les archives du logiciel [de régulation]. »
					« Point faible : **pas de fiche papier de traçabilité encore mise en place** (en projet). » « Pas de traçabilité. »
			Jeune dispositif n'ayant pas encore de données pour cette évaluation	1	« Pas de données permettant une analyse complète (NdA : "jeune dispositif"). »

7.6 . <u>Calculs</u> (Annexe 6)

	MCS > 6	**MCS < 6**	
Formations :			
Formations non régulières	2 (7 %)	7 (25 %)	9
« Régulières »	16 (57 %)	3 (11 %)	19
	18	10	Total = 28

p = 0,003, IC à 95 % [0.004 ; 0.52])

Annexe 6 a - Répartition de la tenue régulière des formations en fonction du nombre de MCS par dispositif

	< 2015	**Après 2015**	
Formations :			
Formations non régulières	6 (21 %)	3 (11 %)	9
« Régulières »	14 (50 %)	5 (18 %)	19
	20	8	Total = 28

p = 1, IC à 95 % [0.017 ; 10,3])

Annexe 6 b - Répartition de la tenue régulière des formations en fonction de l'année de création du dispositif

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ 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. ”

SECTEUR SANTÉ
Université Grenoble Alpes

RÉSUMÉ

Contexte : Les Médecins Correspondants du SAMU sont présents dans certains territoires éloignés des structures hospitalières. Ces médecins de premier recours assurent une médicalisation plus précoce en cas d'urgences, vitales ou thérapeutiques. Cependant, les organisations précises de leurs dispositifs, efficientes pour promouvoir une égalité d'accès aux soins urgents, sont inconnues.

Objectifs : Décrire les modalités d'organisations en 2020 des différents dispositifs du concept français MCS et en dégager des perspectives d'optimisation en termes d'organisation des formations, de la dotation des MCS, du déclenchement, de la rémunération et de l'évaluation des interventions.

Méthode : Une enquête de pratique descriptive nationale par questionnaire en ligne a été réalisée auprès des référents des 35 dispositifs MCS recensés.

Résultats : 27 dispositifs ont participé à l'étude (77 %). Le nombre de dispositifs a augmenté depuis la création de ce concept, au sein de territoires spécifiques. Celui-ci était considéré comme pertinent mais fragile donc nécessitant de consolider certaines bases comme les effectifs, les collaborations et le recours à une coordination. La formation des MCS était présentée comme fondamentale, diversifiée et de qualité mais sa fréquence resterait à régulariser. Leur équipement d'urgence, également indispensable, résultait de circuits prédéfinis d'approvisionnement qui seraient, eux-aussi, à consolider et à harmoniser, de listes fonctionnelles à adapter selon l'activité, pour favoriser une dotation actualisée et sécuritaire. Les choix de visibilité des MCS, pour les centres de régulation du SAMU-Centre 15 lors du déclenchement de leur intervention, différaient, avec parfois un manque de reconnaissances, source de défaut de sollicitations. L'utilisation de forfaits apparaissait comme simple, valorisant et une transparence de la chaîne de paiement a été proposée. Enfin, les items d'évaluation de l'activité, majoritairement recueillis, gagneraient à être stratifiés pour plus de pertinence dans les analyses et les retours de ces données.

Conclusions : Les expériences sont diverses et les axes d'optimisation dégagés ont tendance à favoriser l'harmonisation et l'accompagnement, pour chaque item d'organisation, par différents moyens dont la portée sera à définir : informatisation, mutualisation, ressources humaines. Cette enquête souligne la nécessité d'actualiser un référentiel commun impliquant les différents acteurs et pourrait servir d'appui à sa rédaction.