

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2015

N°

ELABORATION D'UNE FICHE DE SYNTHÈSE
DE LA PROGRESSION DE L'ACTION
D'UN MEDECIN CORRESPONDANT DU SAMU (MCS),
LORS D'INTERVENTIONS D'AIDE MEDICALE URGENTE (AMU)
DANS LE CADRE DU RESEAU MCS ALPES DU NORD

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Par REGGIORI Laurence
Née le 18 mars 1985 à Mulhouse (68)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT
A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE *

Le 26 octobre 2015

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Présidente du jury : Madame le Professeur Françoise CARPENTIER

Membres

Monsieur le Professeur Vincent DANIEL

Monsieur le Docteur Maxime MAIGNAN

Monsieur le Docteur Guillaume DEBATY (membre invité)

Madame le Docteur Manuella BARTHES (directrice de thèse)

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

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Jean Paul ROMANET****Année 2014-2015****ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE**

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

Mise à jour le 14 novembre 2014

| | | |
|--------|--------------------------------|--|
| PU-PH | CHABRE Olivier | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| PU-PH | CHAFFANON Philippe | Anatomie |
| PU-PH | CHAVANON Olivier | Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire |
| PU-PH | CHIQUET Christophe | Ophthalmologie |
| PU-PH | CINQUIN Philippe | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | COHEN Olivier | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | COUTURIER Pascal | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| PU-PH | CRACOWSKI Jean-Luc | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PU-PH | DE GAUDEMARIS Régis | Médecine et santé au travail |
| PU-PH | DEBILLON Thierry | Pédiatrie |
| MCU-PH | DECAENS Thomas | Gastro-entérologie, Hépatologie |
| PU-PH | DEMATTEIS Maurice | Addictologie |
| PU-PH | DEMONGEOT Jacques | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | DERANSART Colin | Physiologie |
| PU-PH | DESCOTES Jean-Luc | Urologie |
| MCU-PH | DETANTE Olivier | Neurologie |
| MCU-PH | DIETERICH Klaus | Génétique et procréation |
| MCU-PH | DOUTRELEAU Stéphane | Physiologie |
| MCU-PH | DUMESTRE-PERARD Chantal | Immunologie |
| PU-PH | EPAULARD Olivier | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| PU-PH | ESTEVE François | Biophysique et médecine nucléaire |
| MCU-PH | EYSSERIC Hélène | Médecine légale et droit de la santé |
| PU-PH | FAGRET Daniel | Biophysique et médecine nucléaire |
| PU-PH | FAUCHERON Jean-Luc | chirurgie générale |
| MCU-PH | FAURE Julien | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | FERRETTI Gilbert | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | FEUERSTEIN Claude | Physiologie |
| PU-PH | FONTAINE Éric | Nutrition |
| PU-PH | FRANCOIS Patrice | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | GARBAN Frédéric | Hématologie, transfusion |
| PU-PH | GAUDIN Philippe | Rhumatologie |
| PU-PH | GAVAZZI Gaëtan | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| PU-PH | GAY Emmanuel | Neurochirurgie |
| MCU-PH | GILLOIS Pierre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | GODFRAIND Catherine | Anatomie et cytologie pathologiques (type clinique) |
| MCU-PH | GRAND Sylvie | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | GRIFFET Jacques | Chirurgie infantile |
| MCU-PH | GUZUN Rita | Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique |
| PU-PH | HALIMI Serge | Nutrition |
| PU-PH | HENNEBICQ Sylviane | Génétique et procréation |

Mise à jour le 14 novembre 2014

| | | |
|--------|---|--|
| PU-PH | HOFFMANN Pascale | Gynécologie obstétrique |
| PU-PH | HOMMEL Marc | Neurologie |
| PU-PH | JOUK Pierre-Simon | Génétique |
| PU-PH | JUVIN Robert | Rhumatologie |
| PU-PH | KAHANE Philippe | Physiologie |
| PU-PH | KRACK Paul | Neurologie |
| PU-PH | KRAINIK Alexandre | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | LABARERE José | Epidémiologie ; Eco. de la Santé |
| PU-PH | LANTUEJOL Sylvie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MCU-PH | LAPORTE François | Biochimie et biologie moléculaire |
| MCU-PH | LARDY Bernard | Biochimie et biologie moléculaire |
| MCU-PH | LARRAT Sylvie | Bactériologie, virologie |
| MCU-PH | LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine | Physiologie |
| PU-PH | LECCIA Marie-Thérèse | Dermato-vénérologie |
| PU-PH | LEROUX Dominique | Génétique |
| PU-PH | LEROY Vincent | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |
| PU-PH | LETOUBLON Christian | chirurgie générale |
| PU-PH | LEVY Patrick | Physiologie |
| MCU-PH | LONG Jean-Alexandre | Urologie |
| PU-PH | MACHECOURT Jacques | Cardiologie |
| PU-PH | MAGNE Jean-Luc | Chirurgie vasculaire |
| MCU-PH | MAIGNAN Maxime | Thérapeutique, médecine d'urgence |
| PU-PH | MAITRE Anne | Médecine et santé au travail |
| MCU-PH | MALLARET Marie-Reine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| MCU-PH | MARLU Raphaël | Hématologie, transfusion |
| MCU-PH | MAUBON Danièle | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | MAURIN Max | Bactériologie - virologie |
| MCU-PH | MCLEER Anne | Cytologie et histologie |
| PU-PH | MERLOZ Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| PU-PH | MORAND Patrice | Bactériologie - virologie |
| PU-PH | MOREAU-GAUDRY Alexandre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | MORO Elena | Neurologie |
| PU-PH | MORO-SIBILOT Denis | Pneumologie |
| MCU-PH | MOUCHET Patrick | Physiologie |
| PU-PH | MOUSSEAU Mireille | Cancérologie |
| PU-PH | MOUTET François | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie |
| MCU-PH | PACLET Marie-Hélène | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | PALOMBI Olivier | Anatomie |
| PU-PH | PARK Sophie | Hémato - transfusion |
| PU-PH | PASSAGGIA Jean-Guy | Anatomie |
| PU-PH | PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François | Anesthésiologie réanimation |
| MCU-PH | PAYSANT François | Médecine légale et droit de la santé |

Mise à jour le 14 novembre 2014

| | | |
|--------|-------------------------------|--|
| MCU-PH | PELLETIER Laurent | Biologie cellulaire |
| PU-PH | PELLOUX Hervé | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | PEPIN Jean-Louis | Physiologie |
| PU-PH | PERENNOU Dominique | Médecine physique et de réadaptation |
| PU-PH | PERNOD Gilles | Médecine vasculaire |
| PU-PH | PIOLAT Christian | Chirurgie infantile |
| PU-PH | PISON Christophe | Pneumologie |
| PU-PH | PLANTAZ Dominique | Pédiatrie |
| PU-PH | POLACK Benoît | Hématologie |
| PU-PH | POLOSAN Mircea | Psychiatrie d'adultes |
| PU-PH | PONS Jean-Claude | Gynécologie obstétrique |
| PU-PH | RAMBEAUD Jacques | Urologie |
| MCU-PH | RAY Pierre | Génétique |
| PU-PH | REYT Émile | Oto-rhino-laryngologie |
| MCU-PH | RIALLE Vincent | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | RIGHINI Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| PU-PH | ROMANET J. Paul | Ophtalmologie |
| MCU-PH | ROUSTIT Matthieu | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie |
| MCU-PH | ROUX-BUISSON Nathalie | Biochimie, toxicologie et pharmacologie |
| PU-PH | SARAGAGLIA Dominique | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| MCU-PH | SATRE Véronique | Génétique |
| PU-PH | SAUDOU Frédéric | Biologie Cellulaire |
| PU-PH | SCHMERBER Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| PU-PH | SCHWEBEL-CANALI Carole | Réanimation médicale |
| PU-PH | SCOLAN Virginie | Médecine légale et droit de la santé |
| MCU-PH | SEIGNEURIN Arnaud | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | STAHL Jean-Paul | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| PU-PH | STANKE Françoise | Pharmacologie fondamentale |
| MCU-PH | STASIA Marie-José | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | TAMISIER Renaud | Physiologie |
| PU-PH | TONETTI Jérôme | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| PU-PH | TOUSSAINT Bertrand | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | VANZETTO Gérald | Cardiologie |
| PU-PH | VUILLEZ Jean-Philippe | Biophysique et médecine nucléaire |
| PU-PH | WEIL Georges | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | ZAOUI Philippe | Néphrologie |
| PU-PH | ZARSKI Jean-Pierre | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |

Mise à jour le 14 novembre 2014

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Madame le Professeur Françoise CARPENTIER
Monsieur le Professeur Vincent DANEL
Monsieur le Docteur Maxime MAIGNAN
Monsieur le Docteur Guillaume DEBATY
Madame le Docteur Manuella BARTHES

Merci d'avoir accepté de juger mon travail.

Aux membres du groupe d'experts :

Dr François BRAUN : merci pour votre disponibilité et vos conseils avisés
Dr Guillaume DEBATY : merci pour votre disponibilité et vos précieux conseils
Dr Jean-Michel SUBTIL
Dr Bernard AUDEMA
Dr Xavier CRESSENS
Dr Michel CUNY
Dr Patrick JOUBERT
Dr Dominique LAMY
Dr Christophe NARDIN

Merci de m'avoir apporté votre aide et votre expertise dans la réalisation de mon travail.

Aux médecins du Groupe Médical Flaine – Les Carroz :

Manuella BARTHES : merci pour ta patience, ta gentillesse et tes multiples compétences...
Patrick JOUBERT : déclaré directeur de thèse adjoint, avec tout ce que cela implique...
Pierre MINIER : merci pour ta relecture et tes conseils avisés
Jean-Baptiste DELAY : merci pour ton soutien

Merci de m'avoir apporté votre aide et votre soutien dans la réalisation de mon travail.
Merci de m'avoir accueillie au sein de votre cabinet et de m'accompagner au quotidien dans ma vie de médecin.

A mes maîtres de stage :

A Villard-de-Lans : Paul JALBERT, Monika BICHON, Nathalie CASSON, Jean-Paul ROUGNY

Puis à Flaine et aux Carroz : Patrick et Manuella, encore une fois, et Patrick LINGLIN

Merci de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale... en montagne...

MERCI ...

... à mes parents, à Christophe...

... aux amis de Strasbourg :

Noémie, Christelle, Isabelle, Jeanne, Rachel, Olivier...

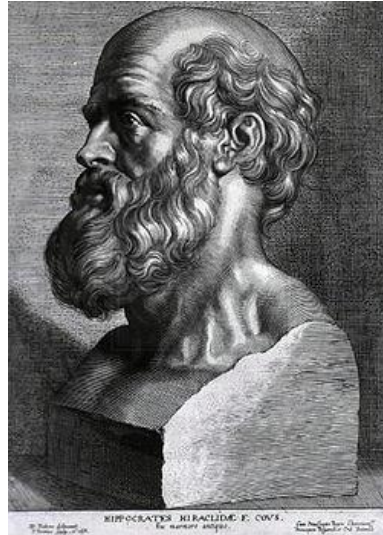
Florence...

... et aux amis d'ici : Camille et Aude, bien sûr...

... aux relecteurs et relectrices

... à ma traductrice : Laure

SERMENT D'HIPPOCRATE



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

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

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

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

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

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS | 6 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE | 8 |
| SOMMAIRE | 9 |
| GLOSSAIRE | 10 |
| RESUME | 11 |
| ABSTRACT | 13 |
| INTRODUCTION | 15 |
| MATERIEL ET METHODE | 18 |
| RESULTATS | 22 |
| • <i>DEFINITION DES DIFFERENTES ETAPES DE L'INTERVENTION DU MCS LORS D'UNE INTERVENTION D'AIDE MEDICALE URGENTE</i> : | 22 |
| • <i>REDACTION D'UNE PROPOSITION DE FICHE DE SYNTHESE DE L'ACTION MCS PAR LE GROUPE DE TRAVAIL (ANNEXE 2)</i> : | 24 |
| • <i>AVIS DES EXPERTS</i> : | 40 |
| DISCUSSION | 44 |
| CONCLUSION | 47 |
| BIBLIOGRAPHIE | 50 |
| ANNEXES | 52 |

GLOSSAIRE

AMU : Aide Médicale Urgente

C 15 : Centre 15

CESU : Centre d'Enseignement et de Soins d'Urgence

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

DSA : Défibrillateur Semi-Automatique

ECG : Electrocardiogramme

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IOT : Intubation Oro-Trachéale

MCS : Médecin Correspondant du Samu

OG-DPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

RENAU : Réseau Nord-Alpin des Urgences

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SUdF : Samu Urgences de France

VVP : Voie Veineuse Périphérique

RÉSUMÉ

Contexte :

Le Médecin Correspondant du Samu (MCS) est un médecin généraliste intégré dans un réseau d'aide médicale urgente. Son intervention réduit le délai de réponse médicale urgente dans les zones à plus de trente minutes d'une structure SMUR. Son action en tant que MCS est ponctuelle et marginale dans son activité.

Ce travail a étudié la qualité de la réponse apportée par le MCS, en détaillant le déroulement d'une intervention d'aide médicale urgente.

Objectif principal :

Etablir une fiche de synthèse de la progression souhaitable de l'action du MCS, à chaque étape de son intervention.

Matériel et méthode :

Ce travail s'est basé sur le fonctionnement du réseau MCS Alpes du Nord et sur la formation annuelle des MCS.

Les différentes étapes de l'intervention MCS ont été établies.

Puis un groupe de MCS a défini la progression de la réponse du MCS en trois niveaux et rédigé une fiche de synthèse.

La fiche a ensuite été soumise à un groupe d'experts afin d'en rédiger sa version finale.

Résultats :

L'action du MCS a été répartie en neuf étapes ne se limitant pas aux gestes techniques mais englobant tous les aspects de la prise en charge :

Déclenchement – évaluation générale – bilan au Centre 15 – gestion de l'équipe de secours – traitement – conditionnement – relais avec l'équipe hospitalière – gestion de l'entourage – débriefing.

Une progression en trois niveaux a été proposée pour chaque étape.

Le niveau C correspond à la réponse médicale d'urgence de base, le niveau A à la réponse optimale, le niveau B est intermédiaire.

Conclusion :

Cette fiche de synthèse permet de formaliser la progression souhaitable du MCS pour chaque étape de l'intervention.

Ce travail peut être utilisé pour déterminer les objectifs pédagogiques des formations annuelles. Il pourra servir de base à la rédaction d'une fiche d'auto-évaluation des MCS.

ELABORATION OF A FACTSHEET OF THE PROGRESSION OF ACTION
OF AN MCS (Médecin Correspondant du SAMU - general practitioner attached to an
emergency unit), DURING EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE
INTERVENTIONS WITHIN THE FRAMEWORK OF
THE NORTHERN ALPS MCS NETWORK

ABSTRACT

Context :

The “MCS” (in French “Médecin Correspondant du SAMU”) is a general practitioner integrated in a medical emergency network. His intervention reduces the medical response time for urgent care in an area situated over 30 minutes away from an Accident and Emergency Unit. His action as “MCS” is occasional and marginal within his activity.

This piece of work studied the quality of the medical response carried out by the MCS, focusing on the development of an emergency medical intervention.

Main objective :

To establish a fact sheet about the desirable progression of an MCS action, at every stage of the intervention.

Material and method :

The work is based on the way the Northern Alps MCS network operates and on their annual in-service training.

The different stages were established. Then a working party defined the progression of the MCS response in three levels, leading to the drafting of the first fact sheet.

The sheet was then submitted to a scientific panel in order to compose its final version.

Results :

The MCS action was divided into nine stages, without limiting them to the technical acts but encompassing all aspects of the management.

Trigger – overall assessment – report to the “15” centre (emergency call centre) – management of the rescue team – treatment – preparation for transportation – handing over to the hospital team – management of the close contacts – debriefing.

A progression in three levels was proposed for each stage.

Level C represents the basic medical emergency response, level A the optimal one, level B being intermediary.

Conclusion :

This synthetic fact sheet permitted the formalisation of the MCS desirable progression for each stage of the intervention. This work can be used to establish the training objectives. It may serve as a basis for the creation of a self assessment sheet for MCS's.

INTRODUCTION

Le Médecin Correspondant du Samu (MCS) est un médecin généraliste intégré dans un réseau d'Aide Médicale Urgente (AMU) qui reçoit une formation et un équipement spécifiques. Son intervention a pour objectif de réduire les délais de prise en charge médicale pour les patients nécessitant des soins urgents et se trouvant à plus de trente minutes d'une structure SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation).

Le dispositif des Médecins Correspondants du Samu est défini dès 2003, dans la circulaire n°195 DHOS du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (1). Elle pose comme objectif « de garantir aux patients une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du SMUR » et admet le fait que « le secours rapide ne peut qu'être amélioré par la présence de médecins formés à l'urgence, qu'ils soient médecins pompiers, médecins SMUR ou médecins libéraux ». Elle précise que « ces dispositifs sont particulièrement adaptés aux zones rurales et doivent permettre une réponse adéquate en tout point du département ».

La formation de ces MCS sera « dispensée sous l'autorité du service hospitalo-universitaire de référence, en liaison avec les SAMU, les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) ainsi que les services des urgences et les SMUR ».

Ce dispositif a été précisé depuis 2003 par différents textes de loi (2)(3)(4)(5)(6).

Un guide de déploiement des MCS a été édité en juillet 2013 par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) (7), dans le but de clarifier la fonction de MCS et d'aider à la mise en place des réseaux MCS sur tout le territoire.

Les MCS sont organisés en une fédération nationale regroupant actuellement dix-neuf réseaux ; huit sont en formation (8). Le fonctionnement du réseau MCS Alpes du Nord (9) et la formation délivrée en son sein ont servi de base de réflexion à cette étude. Ce réseau regroupe les trois départements de l'Isère (38), de la Savoie (73) et de la Haute-Savoie (74). Il est issu de l'Association des Médecins de Montagne et travaille en collaboration étroite avec le Réseau Nord-Alpin des Urgences (RENAU) et les CESU de ces trois départements.

Dans le cadre du réseau MCS Alpes du Nord, la formation conjointe initiale et continue des MCS est obligatoire et se déroule annuellement, sur deux jours. Elle est organisée en concertation entre l'Association des Médecins de Montagne et les trois CESU. Son contenu est conforme aux préconisations du guide de déploiement des MCS de 2003 (7).

Le fait de ne pas séparer la formation initiale et la formation continue a été un choix effectué dès la création du réseau. En effet, les premiers MCS du réseau avaient déjà accumulé une certaine expérience de l'urgence. La formation devait donc tenir compte de leur vécu et être participative.

Actuellement, intégrer les nouveaux MCS dès leur première formation leur permet de rencontrer des confrères ayant de l'expérience, de favoriser l'échange et la cohésion de groupe. Cela permet une progression personnalisée pour chacun.

Le système des Médecins Correspondants du Samu est en plein développement. Peu d'études ont à ce jour été réalisées, la bibliographie spécifique aux MCS est donc limitée.

Il est apparu intéressant d'étudier spécifiquement l'action du MCS et plus précisément son évolution liée aux formations annuelles.

Quelle est la progression possible dans la qualité de la réponse médicale apportée par le MCS, à chaque étape d'une intervention d'aide médicale urgente ?

L'objectif principal de cette étude est d'établir une fiche de synthèse de la progression de l'action du MCS, à chaque étape de l'intervention.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

La fiche de synthèse reprenant la progression possible de l'action du MCS a été élaborée en plusieurs étapes.

Tout d'abord, il a fallu établir les différentes étapes de l'intervention du MCS. Les référentiels SMUR et SDIS ont servi de base à cette réflexion (10)(11).

Ces étapes étant définies, un groupe de travail composé des cinq MCS du Groupe Médical Flaine - Les Carroz (74) s'est réuni afin de réfléchir à la progression que peut avoir le MCS dans son action, à chaque étape d'une intervention d'aide médicale urgente.

Les MCS de ce groupe de travail ont une expérience variée : travail au sein des urgences de trois centres hospitaliers différents, gardes SMUR, régulation médicale au Centre 15, rapatriements sanitaires, en complément de leur activité principale de médecins généralistes.

Certains d'entre eux ont acquis une expertise de par leurs fonctions dans l'Association Médecins de Montagne, le Réseau MCS Alpes du Nord, la Fédération Nationale des MCS, le Collège de Médecine Générale, le Conseil Scientifique de l'OG-DPC (Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu).

Ils ont intégré progressivement le réseau MCS Alpes du Nord entre sa création en 2003 et 2013.

Le groupe de travail a mené sa réflexion à partir des protocoles MCS validés par le Réseau Nord-Alpin des Urgences (RENAU) (12), du contenu des formations annuelles délivrées par le réseau MCS Alpes du Nord en lien avec les CESU, de l'expérience personnelle des MCS présents et de l'expérience accumulée par le réseau MCS depuis sa création en 2003.

Les formations annuelles sont ciblées autour de quatre ateliers phares qui ont servi de fil rouge : prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire, de la douleur thoracique avec notamment la lecture de l'électrocardiogramme (ECG), du traumatisé grave et du coma.

Une fiche de synthèse initiale a ainsi été rédigée. Pour chaque étape de l'intervention, trois niveaux de progression ont été définis, hiérarchisés de C vers A.

Le niveau C correspond à la réponse médicale d'urgence de base que chacun pourra facilement mettre en œuvre, même dans des conditions d'intervention délicates. Cette réponse, aussi simple soit-elle, suffit à justifier de l'apport du MCS.

La réponse A reflète la capacité à prendre du recul par rapport à l'intervention et à anticiper sur la suite de la prise en charge. Elle constitue la réponse optimale du MCS.

La réponse B est intermédiaire.

Chaque niveau de réponse s'ajoute au niveau de réponse précédent.

Pour un même MCS, le niveau de réponse peut varier d'une intervention à une autre. En effet, outre l'expérience du MCS, le contexte global de l'intervention influe sur les possibilités de réponse (difficultés liées au terrain, au patient, à l'entourage...)

Un groupe d'experts a ensuite été réuni afin d'évaluer la fiche de synthèse.

Ses membres proviennent d'horizons différents. Ils ont été choisis pour leur expérience, leur installation dans des sites variés et représentatifs du réseau, ainsi que pour leur implication dans la formation des internes, des MCS ou encore dans le développement du système des MCS :

- Six MCS installés en Savoie et en Haute-Savoie, dans des cabinets de taille variée et donc avec des problématiques spécifiques : Dr Audema (Avoriaz 74), Dr Cressens (Beaufort 73), Dr Cuny (Val d'Isère 73), Dr Joubert (Flaine – Les Carroz 74), Dr Lamy (Megève 74), Dr Nardin (Tignes 73)
- Un représentant de la Fédération Nationale des MCS : Dr Subtil (Marciac 07)
- Un représentant des trois SAMU partenaires du réseau MCS Alpes du Nord (Isère, Savoie et Haute-Savoie) : Dr Debaty (SAMU CHU Grenoble 38 – RENAU)
- Le Président de Samu Urgences de France : Dr Braun (Urgences Metz 57)

Un questionnaire d'évaluation de la fiche de synthèse leur a été transmis via internet (Cf annexe 1).

Il permet l'évaluation de la fiche sur trois aspects :

- évaluation de la pertinence globale de chaque item, c'est-à-dire de chaque étape de l'intervention, en trois niveaux : de + (pertinence faible) à +++ (pertinence importante)
- évaluation de la validité de la progression proposée, de C vers A, pour chaque item : de + à +++
- évaluation de la faisabilité en pratique : de + à +++

Les experts ont également été invités à développer leurs remarques par texte libre.

Les évaluations obtenues ont été transcrites sous forme de trois graphiques illustrant chaque étape du questionnaire.

Les points problématiques de la fiche ont ainsi été mis en évidence. Ces points ont ensuite été retravaillés et reformulés, en tenant compte des propositions des experts, pour aboutir à une version finale.

RÉSULTATS

- ***Définition des différentes étapes de l'intervention du MCS lors d'une intervention d'aide médicale urgente :***

Les étapes de l'intervention du MCS ont été extrapolées des référentiels existants, SMUR et SDIS.

L'action du MCS a bien entendu ses spécificités, notamment du fait qu'il intervient seul, sans aide infirmière et parfois même avant l'équipe de secouristes.

Le fait de devoir assumer la coordination de l'intervention et de devoir agir sur les différents versants de manière quasi-simultanée constitue une des principales difficultés de l'intervention MCS.

Le référentiel SMUR 2013 (10), élaboré par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et SAMU - Urgences de France (SUdF), définit les durées des différentes étapes de l'intervention SMUR : durée de déclenchement – de départ – d'acheminement – d'intervention – de médicalisation – de conditionnement – d'occupation – d'orientation.

Ces durées permettent des analyses statistiques des interventions SMUR, mais elles en reflètent également les grandes étapes.

Le référentiel de la Sécurité Civile (11), édité par le Ministère de l'Intérieur, se place quant à lui au niveau de l'intervention pompier et de l'action attendue de l'équipier secouriste.

Les étapes préconisées sont les suivantes : intervenir rapidement - protéger et sécuriser l'environnement – accéder à la victime – examen et premiers soins à la victime – alerter les secours appropriés – chercher et utiliser l'aide de témoins si nécessaire – transmettre le bilan à l'équipe qui assure la relève – réaliser le rapport d'intervention et rendre compte à son autorité.

La synthèse de ces deux référentiels, adaptée aux spécificités des MCS, conduit à la définition des étapes d'intervention suivantes :

- déclenchement de l'intervention MCS
- évaluation de la situation générale : évaluation de l'environnement, du patient, réalisation de l'électrocardiogramme si besoin
- transmission du bilan médical au Centre 15
- gestion de l'équipe de secours
- traitement
- relevage et conditionnement du patient
- prolongation de la prise en charge dans l'attente de la transmission à l'équipe SMUR
- gestion de l'entourage du patient
- débriefing avec l'équipe de secours

- ***Rédaction d'une proposition de fiche de synthèse de l'action MCS par le groupe de travail (Annexe 2) :***

La réflexion ayant conduit aux différents niveaux de progression proposés est présentée pour chaque item de la fiche.

1. Déclenchement de l'intervention MCS

Cet item n'est initialement pas décliné en différents niveaux de progression.

Le fait d'être en mesure d'être déclenché en tant que MCS de manière inopinée sous-entend une préparation en amont.

Le MCS est avant tout un médecin généraliste. Sa part d'activité en tant que MCS est très faible par rapport à sa part d'activité de médecine générale.

Il faut être organisé au niveau de la gestion de son cabinet pour pouvoir partir rapidement sur une urgence. Le sac d'urgence doit être prêt, les annexes du sac doivent pouvoir être rassemblées rapidement (drogues conservées au froid, scope, oxygène...)

Un GPS ou une carte de la zone d'intervention peuvent également être préparés en amont, afin de faciliter le déplacement.

Dès le déclenchement, le MCS doit anticiper sur la suite de la prise en charge afin de partir dans de bonnes conditions. Pour cela, il doit obtenir certaines informations du médecin régulateur : motif détaillé de déclenchement, afin d'optimiser le matériel à emporter, mais également modalités d'acheminement sur le lieu de l'intervention et numéro de contre-appel.

2. Évaluation générale :

A l'arrivée sur les lieux de l'intervention, le MCS commence par évaluer la situation de façon globale. Cette évaluation concerne bien entendu le patient, mais également le contexte plus général. L'environnement va avoir un impact sur les décisions qui seront prises dans l'immédiat mais aussi dans un deuxième temps, lors de l'évacuation du patient.

A. Évaluation de l'environnement :

La zone d'intervention peut parfois être délicate et présenter un risque de sur-accident qui mettrait en danger toute l'équipe. De même, des conditions météorologiques extrêmes peuvent rendre l'action plus difficile et le risque de complications pour le patient plus important (risque d'hypothermie par exemple) (11).

Cependant, le MCS n'a pas forcément la capacité d'analyse technique du terrain que peuvent avoir les secouristes.

Il convient donc de s'appuyer sur les compétences des spécialistes du terrain présents, pour protéger la zone d'intervention.

Pour faciliter sa prise en charge, le MCS va chercher à s'installer correctement en fonction du terrain, à optimiser l'espace de travail et à éventuellement faire établir une zone de confidentialité autour du lieu de l'intervention.

Dans un deuxième niveau de réponse, le médecin aura l'expérience nécessaire pour repérer facilement les risques liés à l'environnement et prendre la décision d'extraction rapide de la victime, si besoin.

Enfin, le troisième niveau de réponse consiste à anticiper dès le début de la prise en charge sur le mode d'évacuation de la victime, afin de réduire la durée totale de l'intervention.

Conjointement au déclenchement du MCS, le médecin régulateur doit faire partir une équipe SMUR. En fonction des premières observations du MCS, le médecin régulateur pourra adapter secondairement le mode d'évacuation (ambulance versus hélicoptère notamment).

Les trois niveaux de réponse proposés sont donc :

C : Protéger et optimiser l'espace de travail,
savoir utiliser les compétences des secouristes pour analyser l'environnement.

B : Repérer un risque lié à l'environnement
et décider une extraction rapide de la victime si besoin.

A : Anticiper sur les modes d'évacuation de la victime.

B. Evaluation du patient :

L'évaluation globale du patient est primordiale. Elle doit être ciblée et permettre une orientation diagnostique et thérapeutique rapide (13).

Dans certains cas, le MCS est également le médecin traitant du patient. Cela constitue une plus-value non négligeable pour la suite de la prise en charge.

Le MCS s'attache d'abord à recueillir rapidement les éléments importants de l'anamnèse et à repérer les signes de gravité.

La situation pouvant évoluer au cours de l'intervention, le MCS doit surveiller son patient et le réévaluer régulièrement.

Dans un deuxième niveau de réponse, le MCS fait la synthèse des différents éléments qu'il a pu recueillir afin d'aboutir à une orientation diagnostique et thérapeutique rapide.

Enfin, pouvoir anticiper sur l'évolution prévisible de la situation médicale est idéal car permettant une préparation en amont des moyens à mettre en œuvre dans la suite de la prise en charge.

Les trois niveaux de réponse proposés sont donc :

C : Anamnèse, reconnaître et évaluer les signes de gravité, surveillance.

B : Synthèse des éléments pour une orientation diagnostique et thérapeutique rapide.

A : Evaluation immédiate de la situation médicale globale et de l'évolution prévisible.

C. Evaluation de l'électrocardiogramme (ECG) :

L'électrocardiogramme est un examen bien souvent indispensable au cours de l'intervention MCS. Il est le prolongement de l'examen clinique et de son interprétation va dépendre la suite de la prise en charge. Cependant, l'analyse de l'ECG n'est pas toujours aisée.

L'interprétation de l'ECG est étudiée de manière annuelle lors des formations des MCS du réseau Alpes du Nord (14)(15).

Tout d'abord, le MCS doit être en mesure de réaliser un tracé ECG interprétable, avec toutes les dérivations nécessaires. Il doit savoir le décrire au médecin régulateur et éventuellement pouvoir le télétransmettre à celui-ci.

Même s'il n'est pas en mesure de poser un diagnostic sur le tracé, son action aura permis à d'autres de le faire et donc de mieux orienter la suite de la prise en charge.

L'étape suivante consiste à reconnaître avec certitude un tracé normal. Et donc de ne pas classer comme normal un ECG pathologique.

Enfin, si le MCS est capable de poser un diagnostic sur le tracé électrocardiographique, cela permet un gain de temps et une meilleure orientation thérapeutique initiale.

Les trois niveaux de réponse proposés sont donc :

C : Réaliser un tracé ECG interprétable, savoir le décrire et le télétransmettre.

B : Savoir reconnaître avec certitude un tracé normal.

A : Réaliser une analyse complète et fiable de l'ECG.

3. Bilan au Centre 15 (C15)

Le MCS est l'œil du médecin régulateur sur le terrain. Lui passer un bilan clair, complet et ordonné est nécessaire pour pouvoir lui permettre d'appréhender la suite de la prise en charge et de prendre les décisions adaptées (11).

Du fait de sa position privilégiée sur le terrain, le MCS peut être en mesure d'anticiper sur les besoins du SMUR (par exemple, en prévoyant l'utilisation de poches de sang).

Enfin, grâce à sa connaissance des lieux et des effecteurs locaux, il peut anticiper sur l'orientation du patient. Sa perception du degré d'urgence, sa connaissance des procédures régionales, de la géographie hospitalière et des possibilités d'acheminement, lui permettent de conforter le médecin régulateur dans le choix de la filière hospitalière la plus adaptée à la suite de la prise en charge.

Les trois niveaux de réponse proposés sont donc :

C : Passer un bilan clair, complet et ordonné au médecin régulateur.

B : Anticiper sur les besoins de l'équipe du SMUR.

A : Anticiper sur l'orientation du patient.

4. Gestion de l'équipe de secours

Le MCS intervient régulièrement en collaboration avec les équipes de secours locales.

Il s'intègre à une équipe qui va le seconder pour la suite de la prise en charge.

Le MCS doit avoir une bonne connaissance des gestes de secourisme afin de pouvoir guider, si besoin, l'équipe qui assure leur réalisation.

La présence du MCS au sein de l'équipe de secours permet au minimum d'optimiser les gestes de secourisme.

Dans un deuxième temps, le MCS prend du recul par rapport à l'équipe et organise au mieux la répartition des moyens humains à disposition. Il utilise les compétences de chacun dans la collecte d'informations, l'organisation du conditionnement, de l'évacuation, la protection du site d'intervention et la sécurisation de l'espace autour de la victime, la gestion du DSA (défibrillateur semi-automatique), le relevé des différents horaires clés de l'intervention...

Il supervise l'équipe pour optimiser son action. Il donne également le tempo de l'intervention, en sachant activer les choses quand cela s'avère nécessaire.

Enfin, le niveau de réponse A consiste à avoir rencontré les secouristes en amont. Les équipes étant locales, les acteurs sont souvent les mêmes. Se connaître permet une interaction plus fluide.

Des réunions de concertation, des discussions autour des situations habituellement rencontrées, la présentation du sac d'urgence du MCS sont autant de moyens pour optimiser le déroulement de l'intervention.

Les trois niveaux de réponse proposés sont donc :

C : S'intégrer à l'équipe et optimiser la réalisation des gestes de secourisme.

B : Superviser l'équipe et gérer la répartition des moyens humains à disposition.

A : Interaction fluide des différents acteurs grâce à des réunions de concertation réalisées en amont des interventions.

5. Traitement :

Le traitement des détresses vitales se déroule sur plusieurs versants : le contrôle des voies respiratoires, des voies d'abord médicamenteuses, ainsi que la mise en œuvre des schémas thérapeutiques. Les différents niveaux de réponse proposés sont définis à partir des protocoles MCS validés par le comité scientifique du RENAU.

A. Voies respiratoires

La mise en œuvre d'une protection des voies respiratoires est parfois nécessaire (16). Savoir poser l'indication d'intubation, en accord avec le Centre 15, et tenter le geste sans tarder correspondent au niveau de réponse C.

L'intubation oro-trachéale (IOT) est une technique révisée chaque année sur mannequin, lors des formations MCS du réseau Alpes du Nord. En pratique, ce geste reste relativement rare et est souvent une source d'inquiétude pour le médecin.

En cas d'indication de contrôle des voies respiratoires, il est recommandé de toujours tenter de réaliser l'intubation oro-trachéale.

La réussite de cette séquence correspond au niveau de réponse A.

Cependant, en cas d'échec, le MCS dispose dans son sac d'urgence d'un matériel alternatif : le fast trach, reconnu pour réaliser une protection efficace et satisfaisante des voies aériennes.

La réalisation de ce geste correspond au niveau de réponse B et fait toujours suite à une tentative d'intubation oro-trachéale.

Les trois niveaux de réponse proposés sont donc :

C : Savoir poser l'indication de protection des voies aériennes
et connaître les différentes techniques.

B : Maîtriser les techniques alternatives à l'intubation oro-trachéale : fast-trach.

A : Réussir l'intubation oro-trachéale.

B. Voies de délivrance médicamenteuses

La pose d'une voie d'abord médicamenteuse est nécessaire de manière quasi-systématique lors d'une prise en charge MCS.

L'accès privilégié est la voie veineuse périphérique (VVP), mais sa mise en œuvre n'est pas toujours aisée. Elle est souvent une source de difficulté pour le médecin.

Maîtriser le matériel nécessaire à la pose de la VVP et connaître les techniques de facilitation sont nécessaires à la réussite du geste.

En cas d'échec, le MCS doit connaître les alternatives pour l'administration des drogues. Les voies d'abord alternatives privilégiées sont la voie intra-osseuse et l'intramusculaire, en fonction des drogues qui sont à administrer.

Enfin, il existe des techniques complémentaires à la VVP qui permettent d'optimiser l'antalgie et la prise en charge de la douleur sur le long terme. Ce sont des techniques d'anesthésie loco-régionale. Il s'agit principalement du bloc ilio-fascial, régulièrement utilisé dans l'antalgie des fractures du fémur.

Le MCS va en premier lieu tenter de poser une voie veineuse périphérique (niveau B).

En cas d'échec, il cherchera une alternative à la voie intra-veineuse (niveau C).

En cas de réussite, il poursuivra sa démarche en mettant en œuvre des techniques complémentaires d'analgésie (niveau A).

Les trois niveaux de réponse proposés sont donc :

C : Connaître les alternatives pour l'administration des drogues
en cas d'échec de la pose de la voie veineuse périphérique (VVP).

B : Maîtriser le matériel nécessaire à la pose de la voie veineuse périphérique
et les techniques de facilitation.

A : Maîtriser la pose de la voie veineuse périphérique
ainsi que les techniques d'anesthésie loco-régionale.

C. Schémas thérapeutiques

Le MCS dispose de fiches mémo qui sont régulièrement mises à jour. Elles reprennent les protocoles validés par le Comité Scientifique du RENAU et adaptés aux spécificités du MCS. Ces protocoles sont développés lors des ateliers annuels de formation (12).

Le MCS, lors de l'intervention, est en lien avec le médecin régulateur du Centre 15. Celui-ci peut l'aider dans la mise en œuvre des schémas thérapeutiques : choix et posologie du traitement à administrer, par exemple.

Le MCS peut aussi se référer directement aux protocoles détaillés dans les fiches mémo sans nécessiter l'aval du médecin régulateur.

Enfin, il peut maîtriser parfaitement ces protocoles et être capable de les mettre en œuvre rapidement et sans hésitation. Il maîtrise également la conduite à tenir en cas d'aléa thérapeutique. Il sait réagir aux effets indésirables des traitements mis en œuvre et sait gérer des situations qui s'éloignent des protocoles habituels.

Les trois niveaux de réponse proposés sont donc :

C : Prendre avis du médecin régulateur avant l'application des protocoles MCS.

B : Se référer aux fiches mémo avant application des protocoles.

A : Connaître les protocoles et les mettre en œuvre sans hésitation,
savoir gérer les aléas thérapeutiques.

6. Conditionnement

Les équipes de secouristes sont habituellement bien formées à la problématique du conditionnement de la victime (11).

Le rôle de base du MCS est de savoir contre-indiquer la mobilisation d'un patient instable et de connaître les positions de transport adaptées en fonction du type de pathologie.

Il poursuit également la surveillance du patient pendant sa mobilisation et s'assure de la protection des dispositifs mis en place pendant l'intervention (voie veineuse, sonde d'intubation...).

Dans un deuxième niveau de réponse, le MCS optimise l'utilisation du matériel en fonction de la pathologie du patient.

Par exemple, les attelles à dépression permettent d'immobiliser le patient de manière personnalisée. Il est ainsi possible d'adapter les positions antalgiques en fonction de chaque pathologie.

Enfin, dans un niveau de réponse optimal, le MCS anticipe dès son arrivée sur le mode de conditionnement du patient, ce qui permet un gain de temps sur la globalité de la prise en charge. Il peut, par exemple, détacher un secouriste à la préparation du matériel et demander éventuellement des renforts pour pouvoir effectuer la mobilisation du patient dans de bonnes conditions.

Les trois niveaux de réponse proposés sont donc :

C : Reconnaître les contre-indications à la mobilisation d'un patient, surveillance.

B : Optimiser l'utilisation du matériel de conditionnement par rapport
à la pathologie du patient.

A : Avoir anticipé sur le mode de conditionnement pour pouvoir
être rapide sur cette opération.

7. Transmission

A l'arrivée de l'équipe du SMUR, le MCS doit transmettre son bilan au médecin. Ce bilan doit être concis mais complet, avec les traitements mis en œuvre, la posologie et l'heure d'administration. Le MCS lui remet une fiche de synthèse écrite en complément de sa transmission orale (10).

Parfois, l'arrivée de l'équipe du SMUR se fait avec un certain délai. Dans ce cas, le MCS peut, en lien avec le Centre 15, devoir prolonger sa prise en charge. Cela correspond au niveau de réponse B.

Enfin, dans certains cas, le MCS peut être amené à médicaliser le transport du patient jusqu'au centre hospitalier. Cela se fait toujours en coordination avec le Centre 15 et nécessite une certaine expérience du MCS. Être capable d'assumer cette médicalisation correspond au niveau de réponse A.

Les trois niveaux de réponse proposés sont donc :

C : Transmettre le bilan avec fiche de synthèse au médecin du SMUR.

B : En lien avec le Centre 15, pouvoir prolonger la prise en charge
en cas de délai d'arrivée de l'équipe SMUR.

A : En lien avec le Centre 15, être capable d'acheminer le patient jusqu'au centre
hospitalier.

8. Gestion de l'entourage

Le MCS est confronté à la gestion de l'entourage du patient tout au long de l'intervention.

Initialement, lors de l'évaluation de la situation, il communique avec celui-ci pour recueillir l'anamnèse et les antécédents du patient.

Il sera ensuite attentif à celui-ci afin de le protéger dans ce qu'il peut percevoir de la prise en charge.

L'entourage peut parfois également être contributif et aider l'équipe. Le MCS, en sachant reconnaître les capacités de l'entourage, va l'aider à trouver sa place et surtout faire en sorte qu'il n'interfère pas négativement avec la prise en charge.

Enfin, le MCS peut organiser son temps d'intervention pour communiquer avec l'entourage. Lui expliquer la situation, la prise en charge effectuée, l'évolution prévisible et les démarches à effectuer lui permettra de se préparer au mieux. Cela peut également permettre de désamorcer une tension liée à l'incompréhension et au stress.

Les trois niveaux de réponse proposés sont donc :

C : Etre attentif à l'entourage.

B : Savoir utiliser l'entourage comme aide à la prise en charge.

A : Expliquer la situation à l'entourage en le préparant à la suite de la prise en charge.

9. Débriefing

En fin de prise en charge, le MCS peut effectuer un débriefing avec les personnes ayant participé à l'intervention.

Le temps de remerciement de l'équipe permet de construire de bonnes relations et de créer de bonnes bases pour une intervention ultérieure.

Le MCS peut recueillir les impressions des secouristes.

Pour aller plus loin, le MCS peut relever les aspects positifs de la prise en charge, les développer et répondre aux questions.

Enfin, une analyse globale de l'intervention permet d'améliorer les actions ultérieures. Cette analyse sera plus facile à mettre en œuvre si les personnes impliquées se connaissent et ont l'habitude de travailler ensemble. Il peut s'agir notamment de questions d'organisation, de réflexes à instaurer (protéger une perfusion, par exemple)...

Avoir pris connaissance de l'évolution ultérieure du patient permet d'étayer cette analyse.

Elle peut se poursuivre à distance de l'intervention, lors de réunions organisées dans un but de formation et d'échange.

Les trois niveaux de réponse proposés sont donc :

C : Remercier l'équipe, recueillir ses impressions.

B : Relever les points positifs de la prise en charge et répondre aux questions.

A : Analyse globale de la prise en charge pour améliorer les interventions ultérieures.

- *Avis des experts :*

1. Evaluation de la pertinence des items :

Les items « déclenchement de l'intervention MCS » et « évaluation de l'environnement » sont considérés par les experts comme d'importance modérée. A noter que cinq des neuf experts ne se sont pas prononcés sur l'item « déclenchement ».

Les autres items sont tous qualifiés de fortement pertinents.

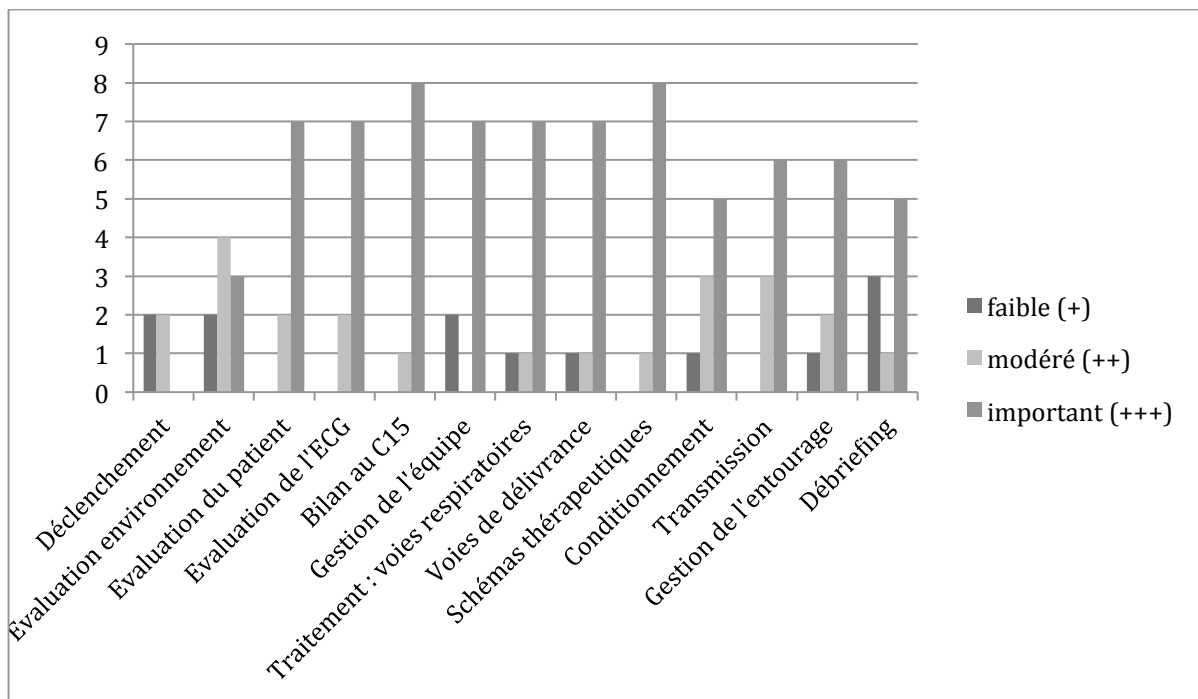


Figure 1 : Evaluation de la pertinence globale de chaque item. Nombre de réponses pour une pertinence faible, modérée ou importante.

2. Evaluation de la validité de la progression des niveaux C-B-A :

La progression des niveaux C vers A est globalement validée par le groupe d'experts, sauf pour les items « voies de délivrance », « conditionnement » et « débriefing ».

Aucune proposition n'a été faite par texte libre pour permettre d'améliorer ces trois items.

Les remarques libres des experts concernent principalement deux items :

- l'item « déclenchement » : une progression en trois niveaux est proposée par l'un des experts
- l'item « voies respiratoires » : une progression différente et plus pertinente est proposée par deux des experts

L'item « transmission » est critiqué plus pour son intitulé que pour son contenu.

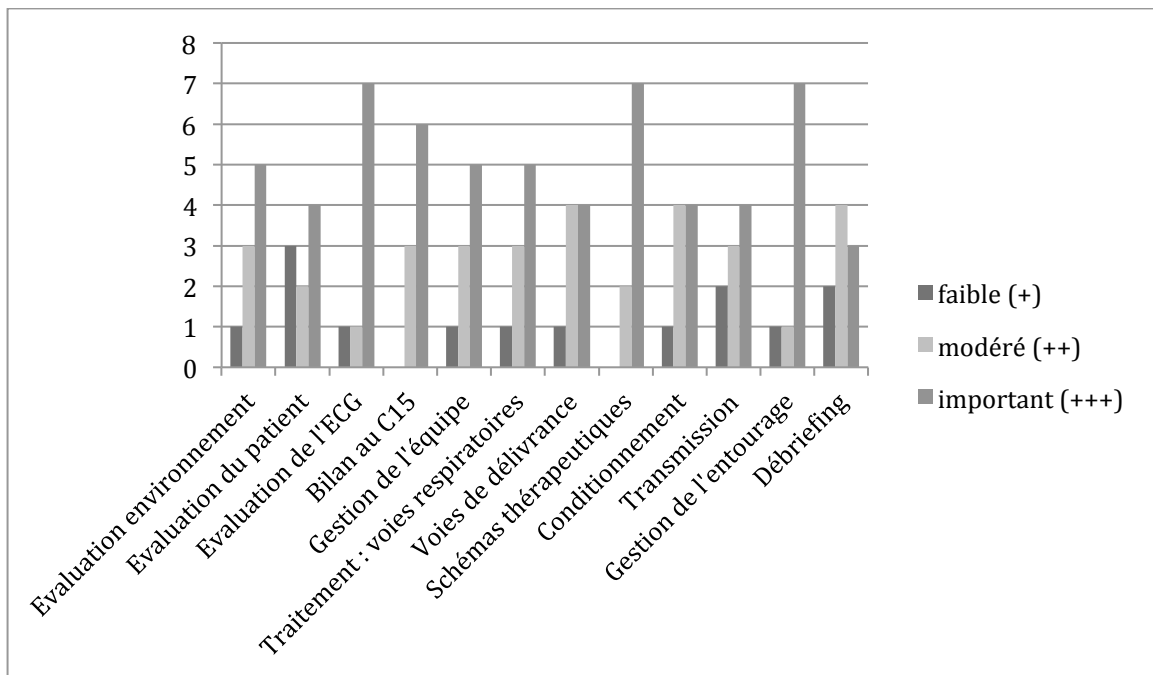


Figure 2 : Evaluation de la validité de la progression des niveaux C, B et A. Nombre de réponses en fonction d'une pertinence de progression faible, modérée, importante.

3. Evaluation de la faisabilité en pratique :

Trois items semblent peu réalisables en pratique : la gestion de l'équipe et le débriefing avec celle-ci, ainsi que la transmission à l'équipe hospitalière.

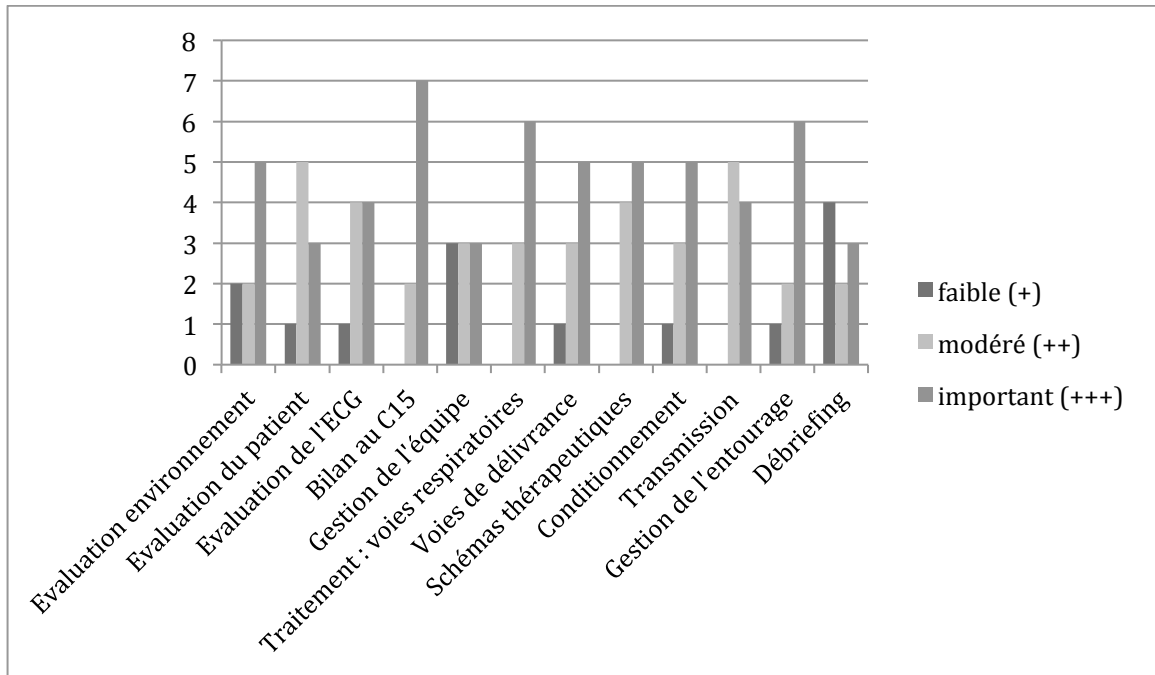


Figure 3 : Evaluation de la faisabilité en pratique de la progression de C vers A, pour chaque item. Nombre de réponses par niveau de faisabilité faible, modéré et important.

4. Adaptation de la fiche :

Les remarques des experts ont permis de mettre en avant des items à améliorer.

En tenant compte de leurs propositions, une nouvelle fiche a été établie (annexe 3)

Les principales modifications apportées sont les suivantes :

- L'item « déclenchement » a été développé en trois niveaux de progression :

C : être prêt à partir de manière inopinée

B : comprendre et synthétiser la demande du médecin régulateur

A : anticiper les différentes modalités de prise en charge

- La progression de l'item « traitement des voies respiratoires » a été adaptée :

C : savoir juger la qualité d'une ventilation au BAVU

B : savoir poser l'indication de protection des voies aériennes et connaître les différentes techniques

A : maîtriser l'intubation oro-trachéale en induction à séquence rapide et les techniques alternatives

- L'intitulé de l'item 7 « transmission » a été reformulé : relais avec l'équipe hospitalière.

- La formulation a été révisée pour tous les items.

DISCUSSION

La fiche de synthèse réalisée reflète la progression possible du MCS, à chaque étape de son intervention. Cette progression est induite par les formations annuelles. L'expérience acquise par le médecin va également lui permettre de progresser.

Cependant, des facteurs extérieurs aux compétences et à l'expérience du médecin vont interférer. Il s'agit notamment des conditions d'intervention et des difficultés liées au patient.

Un même médecin, sur deux interventions consécutives, n'aura pas forcément les mêmes niveaux de réponse.

Par souci de compréhension, il a été nécessaire de figer les différentes étapes de l'intervention. Cependant, ces étapes sont en réalité intriquées et ne se déroulent pas selon une chronologie stricte. Le médecin agit sur plusieurs plans en parallèle.

De même, la progression présentée peut être plus souple et moins catégorique que celle décrite dans la fiche.

Certains items ont été qualifiés par les experts de pertinents, mais difficilement réalisables en pratique. Il s'agit principalement de la partie concernant la gestion de l'équipe au cours de l'intervention, puis du débriefing avec celle-ci.

En conséquence, il sera peut-être intéressant d'envisager, lors des prochaines formations MCS, de formaliser davantage l'interaction avec l'équipe de secours, qui était jusqu'à présent abordée de manière relativement implicite.

Les MCS travaillant en zone isolée sont souvent en relation avec les mêmes équipes de secouristes. Par conséquent, un travail en amont axé sur la rencontre, l'échange et la confrontation des pratiques et du matériel pourrait améliorer l'interaction entre le MCS et les équipes de secours.

La réflexion ayant conduit à la réalisation de cette fiche est basée sur l'expérience spécifique du réseau MCS Alpes du Nord. Ce réseau est constitué principalement de médecins de montagne, exerçant en stations de ski. Leur activité est variée et se partage entre la médecine et la traumatologie. La part des urgences traumatologiques liées à la pratique du ski est prépondérante par rapport aux urgences médicales.

En 2014, 49 % des interventions MCS du réseau étaient liées à la traumatologie versus 19 % pour une cause cardiologique (17).

Ces médecins travaillent par conséquent davantage avec des pisteurs-secouristes qu'avec des pompiers.

Cette fiche est adaptée à ces spécificités mais n'est pas transposable en l'état à un réseau ayant principalement une activité d'ordre médical et non traumatologique.

Actuellement, les MCS sont des médecins généralistes formés secondairement à l'urgence dans le cadre du réseau MCS. Si une formation universitaire des MCS se développe, cette fiche pourra être adaptée.

De même, le contenu de la fiche peut être amené à évoluer.

Par exemple, l'échographie étant en pleine expansion, il est possible qu'à l'avenir, elle soit intégrée aux formations MCS (18).

Ce travail présente plusieurs biais.

La méthodologie appliquée est atypique. Une étude qualitative aurait permis un meilleur niveau de preuve. Cependant, compte-tenu du manque de bibliographie et de la particularité du sujet, la méthodologie finalement pratiquée a semblé être la plus adaptée à la situation.

Le groupe d'experts aurait pu être mieux réparti au niveau géographique. Malheureusement, les médecins contactés n'ayant pas tous répondu au questionnaire, il n'y a pas de MCS exerçant en Isère dans le groupe d'experts.

CONCLUSION

Ce travail a permis de formaliser en une fiche synthétique la progression possible du MCS, à chaque étape de l'intervention. Elle ne focalise pas uniquement sur les gestes techniques car l'action du MCS englobe tous les aspects de la prise en charge.

Cette fiche peut être utilisée lors de la détermination des objectifs pédagogiques de la formation annuelle.

Ce travail peut également servir de base à la rédaction d'une fiche d'évaluation des MCS.

Cette évaluation pourra se faire sur le mode du volontariat et sera alors une auto-évaluation permettant au MCS de situer sa progression et de pouvoir cibler sa formation sur les points délicats.

Elle pourra également être intégrée à la saisie des fiches d'intervention MCS et permettre une adaptation des objectifs de formation.

Un prochain travail de thèse pourrait aborder la rédaction et le test de cette fiche d'évaluation des MCS.

TITRE :

ÉLABORATION D'UNE FICHE DE SYNTHÈSE DE LA PROGRESSION
DE L'ACTION D'UN MÉDECIN CORRESPONDANT DU SAMU (MCS),
LORS D'INTERVENTIONS D'AIDE MÉDICALE URGENTE (AMU)
DANS LE CADRE DU RÉSEAU MCS ALPES DU NORD

RÉSUMÉ :

Contexte :

Le Médecin Correspondant du Samu (MCS) est un médecin généraliste intégré dans un réseau d'aide médicale urgente. Son intervention réduit le délai de réponse médicale urgente dans les zones à plus de trente minutes d'une structure SMUR. Son action en tant que MCS est ponctuelle et marginale dans son activité.

Ce travail a étudié la qualité de la réponse apportée par le MCS, en détaillant le déroulement d'une intervention d'aide médicale urgente.

Objectif principal :

Etablir une fiche de synthèse de la progression souhaitable de l'action du MCS, à chaque étape de son intervention.

Matériel et méthode :

Ce travail s'est basé sur le fonctionnement du réseau MCS Alpes du Nord et sur la formation annuelle des MCS.

Les différentes étapes de l'intervention MCS ont été établies.

Puis un groupe de MCS a défini la progression de la réponse du MCS en trois niveaux et rédigé une fiche de synthèse.

La fiche a ensuite été soumise à un groupe d'experts afin d'en rédiger sa version finale.

Résultats :

L'action du MCS a été répartie en neuf étapes ne se limitant pas aux gestes techniques mais englobant tous les aspects de la prise en charge :

Déclenchement – évaluation générale – bilan au Centre 15 – gestion de l'équipe de secours – traitement – conditionnement – relais avec l'équipe hospitalière – gestion de l'entourage – débriefing.

Une progression en trois niveaux a été proposée pour chaque étape.

Le niveau C correspond à la réponse médicale d'urgence de base, le niveau A à la réponse optimale, le niveau B est intermédiaire.

Conclusion :

Cette fiche de synthèse permet de formaliser la progression souhaitable du MCS pour chaque étape de l'intervention.

Ce travail peut être utilisé pour déterminer les objectifs pédagogiques des formations annuelles. Il pourra servir de base à la rédaction d'une fiche d'auto-évaluation des MCS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le

LE DOYEN

PROFESSEUR J.P. ROMANET

LA PRESIDENTE DE LA THESE

PROFESSEUR F. CARPENTIER

BIBLIOGRAPHIE

1. DHOS. Circulaire n° 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences [Internet]. 2003. Available from: http://www.vie-publique.fr/documents-vp/circ_urgences.pdf
2. Ministère de la santé et des solidarités, Bertrand X. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique [Internet]. Journal Officiel de la République; 2006. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20060523&numTexte=11&pageDebut=07531&pageFin=07535
3. Ministère de la santé et des solidarités, Bertrand X. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du SAMU [Internet]. 2007. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20070228&numTexte=59&pageDebut=03718&pageFin=03718
4. DHOS. Circulaire DHOS/O1 no 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences [Internet]. 2007. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-03/a0030070.htm>
5. DHOS, DDSC, représentants des structures de médecine d'urgence, SDIS. Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente [Internet]. 2008. Available from: [http://www.sfmu.org/documents/File/referentielsSFMU/organisation_secours_personne_quadri\(1\).pdf](http://www.sfmu.org/documents/File/referentielsSFMU/organisation_secours_personne_quadri(1).pdf)
6. DGOS. Instruction DGOS/R2 n°2013-228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des MCS [Internet]. 2013. Available from: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0073.pdf
7. DGOS. Médecins Correspondants du Samu : guide de déploiement. 2013.
8. MCS. Fédération MCS France [Internet]. Available from: <http://mcsfrance.org/1.html>
9. Médecins de Montagne Rhône Alpes. Réseau MCS Alpes du Nord [Internet]. Available from: <http://www.mdem.org/france/DT1343209689/page/Reseau-MCS-Alpes-du-Nord.html>
10. SFMU, SUdF. SMUR référentiel et guide d'évaluation [Internet]. 2013. Available from: http://www.sfmu.org/documents/File/referentielsSFMU/Referentiel_Smur_2013.pdf
11. Ministère de l'Intérieur - direction de la défense et de la sécurité civiles. Référentiel national - compétences de Sécurité Civile. 2007.
12. RENAU. Carnet des protocoles.

13. B.Nemitz, P.Carli, F.Carpentier, J-L.Ducassé, M.Giroud, D.Pateron, et al. Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence. Annales françaises de médecine d'urgence; 2011.
14. G.Debaty, FX. Koch, M.Maignan, SAMU 38, SAMU 73. Mémo SCA - MCS 2014. 2010.
15. G.Debaty, FX. Koch, CESU 38. Mémo douleur thoracique - ECG - MCS 2013. 2013.
16. FX. Ageron, B. Audéma. Mémo contrôle des voies aériennes en urgence par le MCS. 1014.
17. Médecins de Montagne. Motifs de déclenchements MCS en 2011 [Internet]. 2011. Available from: <http://www.mdem.org/france/DT1345626735/page/Bilans-et-syntheses.html>
18. Benis, Ducros, Querellou, SFMU. Echographie en médecine d'urgence : quel bénéfice pour le patient ?

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire d'évaluation de la fiche de synthèse transmis aux membres du groupe d'experts

En se référant aux quatre thèmes principaux abordés lors des formations MCS (arrêt cardio-respiratoire, douleur thoracique, traumatisme grave et coma), je vous propose de coter chaque case de la fiche de + (faible) à +++ (important).

Vous pourrez ensuite développer vos remarques et compléter d'éventuels oublis.

NOM :

| CRITERES SEQUENCES | PERTINENCE GLOBALE DE L'ITEM | VALIDITE DE LA PROGRESSION DES NIVEAUX C-B-A | FAISABILITE EN PRATIQUE |
|--|------------------------------------|---|----------------------------|
| | + / ++ / +++ | + / ++ / +++ | + / ++ / +++ |
| 1. Déclenchement | | | |
| 2. Evaluation : | | | |
| A. de l'environnement | | | |
| B. du patient | | | |
| C. ECG | | | |
| 3. Bilan au C15 | | | |
| 4. Gestion de l'équipe | | | |
| 5. Traitement : | | | |
| A. voies respiratoires | | | |
| B. voies de délivrance médicamenteuses | | | |
| C. schémas thérapeutiques | | | |
| 6. Conditionnement | | | |
| 7. Transmission | | | |
| 8. Gestion de l'entourage | | | |
| 9. Débriefing | | | |

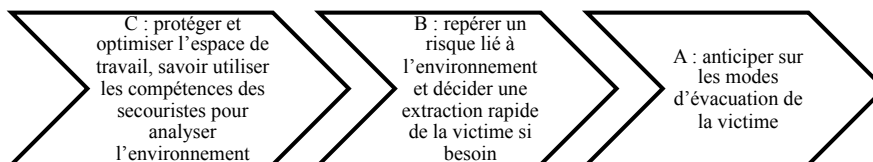
REMARQUES GLOBALES / CRITERES OU SEQUENCES A AJOUTER :

ANNEXE 2 : FICHE DE SYNTHÈSE DE L'ACTION MCS

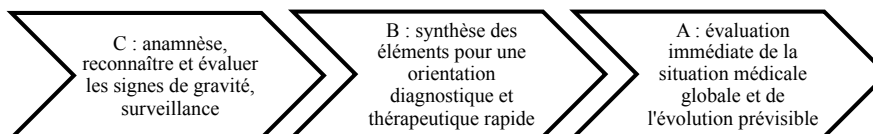
1. DECLENCHEMENT DE L'INTERVENTION MCS

2. EVALUATION GENERALE :

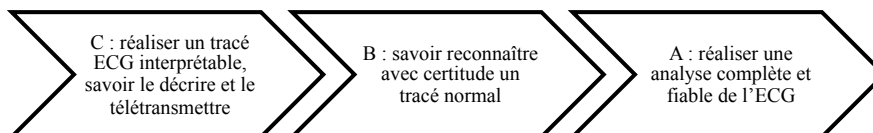
A. DE L'ENVIRONNEMENT



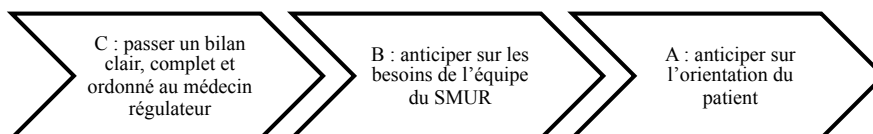
B. DU PATIENT



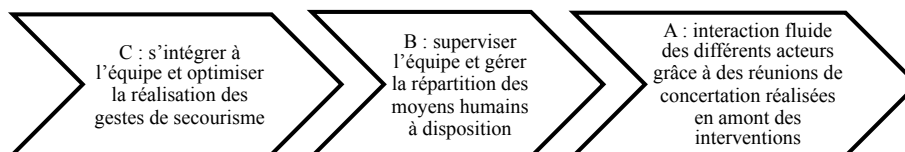
C. ECG



3. BILAN AU CENTRE 15

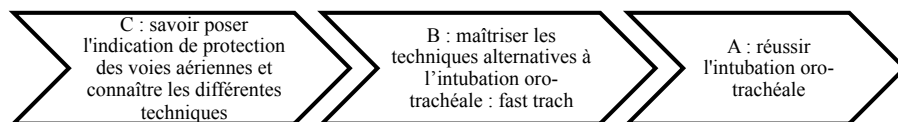


4. GESTION DE L'EQUIPE DE SECOURS

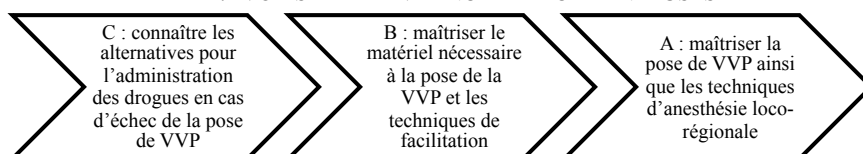


5. TRAITEMENT

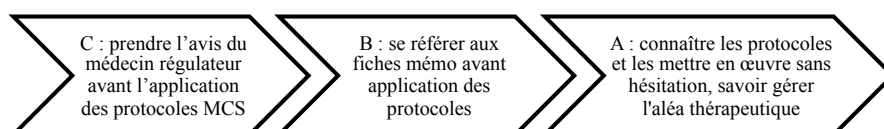
A. VOIES RESPIRATOIRES



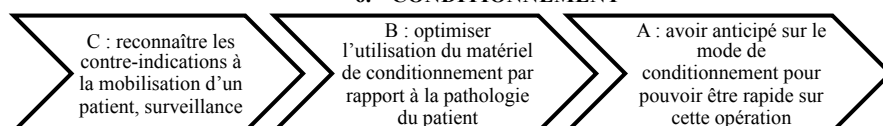
B. VOIES DE DELIVRANCE MEDICAMENTEUSES



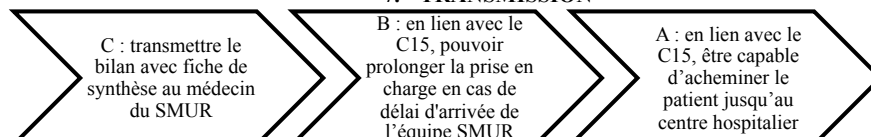
C. SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES



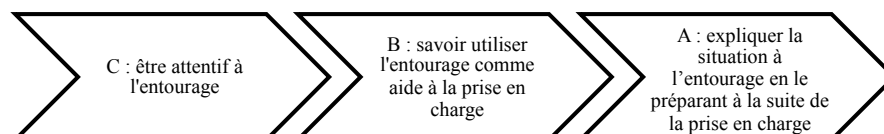
6. CONDITIONNEMENT



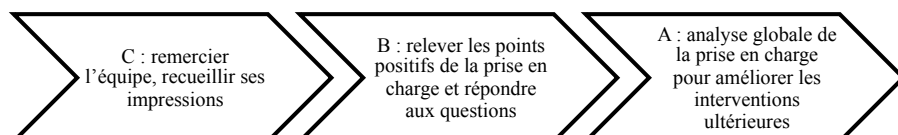
7. TRANSMISSION



8. GESTION DE L'ENTOURAGE

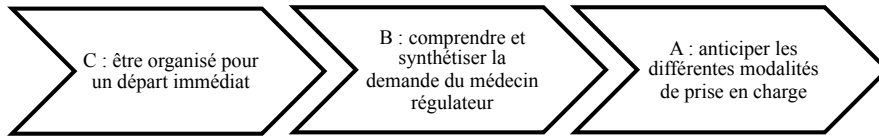


9. DEBRIEFING



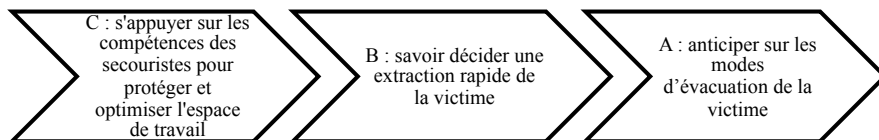
ANNEXE 3 : FICHE DE SYNTHÈSE DE L'ACTION MCS (version finale)

1. DECLENCHEMENT DE L'INTERVENTION MCS

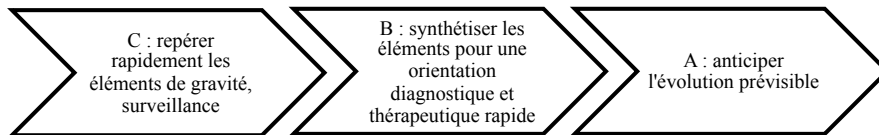


2. EVALUATION GENERALE :

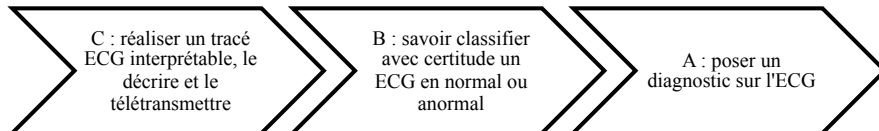
A. DE L'ENVIRONNEMENT



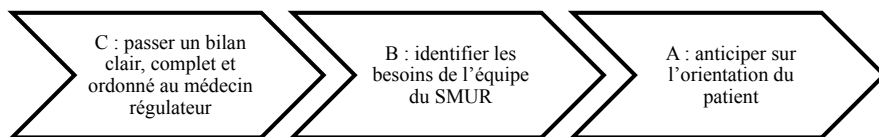
B. DU PATIENT



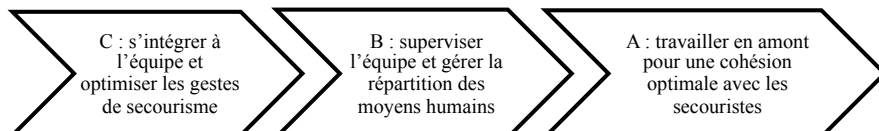
C. ECG



3. BILAN AU C15

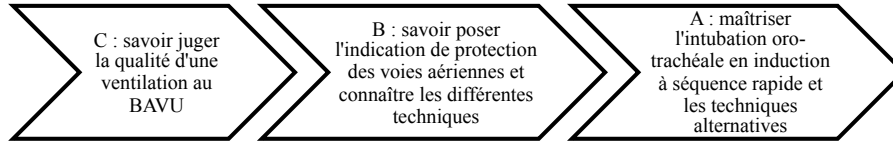


4. GESTION DE L'EQUIPE DE SECOURS

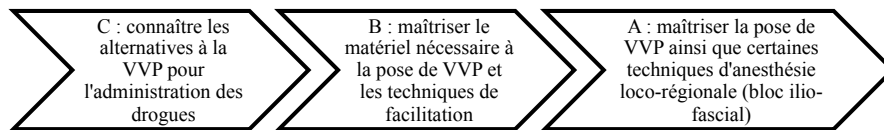


5. TRAITEMENT

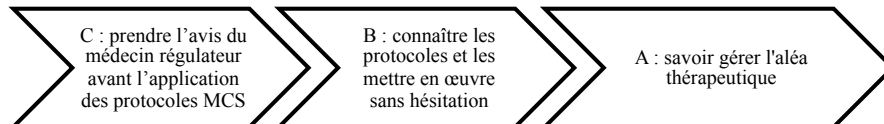
A. VOIES RESPIRATOIRES



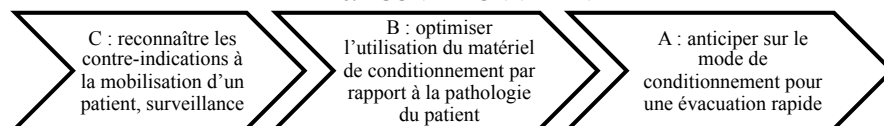
B. VOIES DE DELIVRANCE MEDICAMENTEUSES



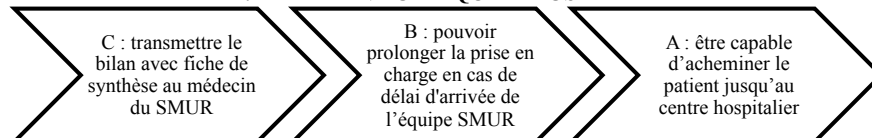
C. SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES



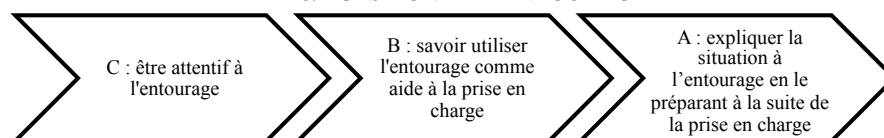
6. CONDITIONNEMENT



7. RELAI AVEC L'EQUIPE HOSPITALIERE



8. GESTION DE L'ENTOURAGE



9. DEBRIEFING

