

Médecin Correspondant du SAMU (MCS)

Référentiel et évaluation

ANCESU, CNGE, CNUMU, MCS France, SFMU, SUdF



Médecins
Correspondants
Samu

MAI 2020

Association Nationale des Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (ANCESU)

Docteur GHENO Gaël – Annecy (74)

Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)

Docteur JANCZEWSKI Aurélie – Aix-Marseille (13)

Professeur VATARNIAN Cyrille – Nantes (44)

Collège National des Universitaires de Médecine d'Urgence (CNUMU)

Professeur SCHMIDT Jeannot – Clermont Ferrand (63)

Médecins Correspondants de SAMU de France (MCS France)

Docteur AUDEMA Bernard – Morzine (74)

Docteur CHEVALLIER BRILLOIT Christine – Grenoble (38)

Madame COTTAREL-SCHUSSLER Marie – Chambéry (73)

Docteur FAGE Jean François – Allemond (38)

Docteur HIDOUX Marie Annick – Gap (05)

Docteur OLLIVIER Pauline – Les Arcs (73)

Docteur RUIZ Christophe – Neuvy-Saint-Sepulchre (36)

SAMU Urgences De France (SUDF)

Professeur SOULAT Louis – Rennes (35)

Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

Docteur CAPLETTE Catherine – Le Mans (72)

Docteur CHAYBANY Bahram – Lille (59)

Professeur DEBATY Guillaume – Grenoble (38)

Docteur DUCHENNE Jonathan – Aurillac (05)

Docteur SERRE Patrice – Bourg en Bresse (01)

SOMMAIRE

1.	PREAMBULE	4
2.	DEFINITIONS ET CONCEPT.....	5
2.1.	DEFINITION	5
2.1.1.	<i>Le statut, cadre juridique des MCS.....</i>	<i>5</i>
2.1.2.	<i>Les conditions d'intervention des MCS</i>	<i>6</i>
2.2.	PROCEDURE DE DECLenchement DES INTERVENTIONS MCS PAR LE SAMU-CENTRE 15	7
2.3.	SITUATIONS PARTICULIERES :.....	7
2.4.	LA REMUNERATION DES MCS	8
3.	EXEMPLE DE FONCTIONNEMENT ET ROLES DES PARTENAIRES.....	9
3.1.	LES RESEAUX MCS PILOTES DEPARTEMENTAUX OU REGIONAUX.....	9
3.2.	LE SAMU CENTRE 15 TERRITORIALEMENT COMPETENT ET L'ETABLISSEMENT SIEGE DU SAMU DANS L'ANIMATION DU DISPOSITIF.....	9
3.3.	LES RESEAUX DES URGENCES.....	10
3.4.	LES AGENCES REGIONALES DE SANTE (ARS).....	10
4.	DOTATION ET LOGISTIQUE	11
4.1.	LE CONTENU DE LA DOTATION : BIOMEDICAL, MEDICAMENTS, DISPOSITIFS MEDICAUX, GAZ MEDICAUX.....	11
4.2.	LA LOGISTIQUE (CIRCUITS D'APPROVISIONNEMENT DE LA DOTATION).....	14
4.2.1.	<i>Principes généraux :</i>	<i>14</i>
4.2.2.	<i>Acteurs des circuits :</i>	<i>15</i>
4.2.3.	<i>Exemple d'organisation sur la base d'un modèle existant :</i>	<i>15</i>
4.2.4.	<i>Les circuits de l'oxygène :</i>	<i>18</i>
5.	FORMATION DES MEDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU (MCS)	19
5.1.	QUELS OBJECTIFS DE LA FORMATION MCS ET POUR REpondre A QUELLES COMPETENCES ?	19
5.1.1.	<i>L'OBJECTIF PRINCIPAL DE LA FORMATION MCS :</i>	<i>19</i>
5.1.2.	<i>LES COMPETENCES GENERALES MCS :</i>	<i>19</i>
5.1.3.	<i>LES COMPETENCES SPECIFIQUES PAR PATHOLOGIES</i>	<i>20</i>
5.2.	PROPOSITIONS DE FORMATIONS DES MEDECINS CORRESPONDANTS DE SAMU (MCS)	20
5.2.1.	<i>FORMATION INITIALE</i>	<i>21</i>
5.2.2.	<i>FORMATION CONTINUE</i>	<i>22</i>
5.2.3.	<i>EVALUATION DE LA FORMATION DES APPRENANTS ET DES FORMATEURS.....</i>	<i>24</i>
6.	DOSSIER MEDICAL ET REGISTRE DES INTERVENTIONS	25
6.1.	DOSSIER MEDICAL :	25
6.2.	REGISTRE :	26
6.3.	INDICATEURS DE SUIVI	28
7.	LEXIQUE	29
8.	ANNEXES.....	30

1. Préambule

L'objectif de ce référentiel est de définir la fonction de Médecin Correspondant du SAMU (MCS), ses modalités d'accompagnement, d'engagement et de reconnaissance au sein des territoires d'intervention.

Ce référentiel propose une description organisationnelle sur le fonctionnement d'un dispositif basé sur les textes de référence suivants :

- Circulaire ministérielle DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril [1],
- Décret n° 2006-576 du 22 mai du code de la santé publique [2],
- Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) [3],
- Médecins Correspondants du SAMU : guide de déploiement. DGOS. Juillet 2013) [4].

Il s'agit d'un complément sur les aspects pratiques et organisationnels, prenant en compte l'évolution du concept suite aux retours des principaux réseaux existants.

2. Définitions et concept

2.1. Définition

Le Médecin Correspondant du SAMU est un médecin de premier recours volontaire, formé et équipé pour répondre à l'urgence, qui participe à la mission de service public de l'Aide Médicale Urgente (AMU).

Il est un relais médical, effecteur compétent des SAMU. Il intervient en avant-coureur du SMUR sur des situations reconnues comme nécessitant des compétences spécifiques, en lien direct avec le SAMU-Centre 15 dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes d'un SMUR terrestre. Dans ces territoires, l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps pour une prise en charge précoce et optimale du patient.

2.1.1. Le statut, cadre juridique des MCS

Basé sur le volontariat et sur des compétences acquises et entretenues, il ne s'agit pas d'un "statut" ni d'un mode d'exercice en tant que tel mais d'une fonction complémentaire. De ce fait, le médecin conserve ses fonctions, ses missions et son mode d'exercice habituel. De même, les missions du MCS relèvent des soins non programmés dont les différentes composantes ne sont pas exclusives les unes des autres. La fonction de MCS permet la complémentarité des autres engagements habituels des médecins libéraux ou salariés [4]. Lors de ses missions, le MCS intervient comme collaborateur du service public.

Devenir MCS implique un contrat d'engagement [3] conclu entre le médecin aspirant à la fonction, le réseau MCS pilote*, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le centre hospitalier siège du SAMU-Centre 15 territorialement compétent dont dépend son secteur d'intervention (directeur de l'établissement et responsable du SAMU).

**Le réseau MCS est défini comme une structure pilote coordonnatrice des MCS qu'elle soit législativement associative, fédérative ou issue d'un regroupement de type comité MCS territorial.*

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

Ce contrat d'engagement est soumis au respect d'un cahier des charges régional. Ce cahier des charges devrait être rédigé par un comité de pilotage régional des réseaux MCS, comprenant les SAMU, les réseaux MCS et des urgences, sous l'égide de l'ARS.

Modèle du COPIL AURA : Annexe 1

Quel que soit le cadre juridique d'exercice « usuel » du médecin (exercice libéral, praticien attaché, contrat d'admission des médecins libéraux en EPS, salarié), l'engagement au titre de MCS est le même.

Celui-ci :

- Participe à une mission de service public et prend en charge des patients admis dans le cadre du service public d'aide médicale urgente,

- Est lié par contrat avec le SAMU, contrat qui définit le cadre fonctionnel de son intervention,
- Agit sur demande de la régulation d'un SAMU (un MCS pouvant réaliser ses missions sur un territoire large avec plusieurs SAMU-C15 territorialement compétents),
- Intervient avec du matériel et des médicaments de la réserve hospitalière mis à sa disposition en lien avec le SAMU et le SMUR de référence.

L'établissement siège du SAMU prend en charge la couverture assurantielle du médecin sous contrat d'engagement (qui exerce en qualité de collaborateur occasionnel du service public) dans le cadre de ses fonctions de MCS pour les dommages éventuels causés aux patients et aux tiers dans le cadre de sa mission. Le contrat d'assurance de l'établissement peut être fourni à la demande du MCS.

Concernant la protection du médecin dans son exercice, celui-ci doit s'engager à déclarer à son assureur responsabilité civile professionnelle (RCP) l'activité de MCS afin :

- De l'informer que les dommages éventuellement causés à un patient ou à un tiers à l'occasion de cette activité sont couverts par l'établissement siège du SAMU Centre 15 territorialement compétent,
- De garantir les éventuels dommages subis dans le cadre de cette activité et les éventuels dommages causés par sa faute personnelle à un patient ou à un tiers dans le cadre de cette activité (faute détachable du service).

Si le MCS utilise son véhicule personnel pour effectuer ses missions, il s'engage à vérifier que son assurance automobile couvre les déplacements professionnels. Il fournit à la demande de l'établissement de santé siège du SAMU Centre 15 l'attestation d'assurance.

Cependant, l'assurance de l'établissement siège du SAMU ne couvre pas les pertes d'activités libérales ultérieures éventuelles en cas d'accident.

Un médecin remplaçant, collaborateur ou un étudiant titulaire d'une licence de remplacement à jour peut être MCS s'il remplace régulièrement des médecins MCS, s'il a suivi la formation obligatoire et s'il a signé un contrat d'engagement.

2.1.2. Les conditions d'intervention des MCS

Le médecin MCS est **effecteur de l'Aide Médicale Urgente (AMU)**. Il devient effecteur médical du service public dès son déclenchement par le SAMU Centre 15 ou lors de prises en charge nécessitant ses compétences spécifiques, en lien direct avec la régulation médicale du SAMU Centre15. En cas de demande d'intervention SMUR par un MCS dans le cadre de son activité « usuelle », le SAMU Centre 15 le déclenchera comme effecteur MCS en même temps qu'il engagera le SMUR.

L'intervention du MCS est systématiquement et conjointement régulée et validée avec le SAMU Centre 15 territorialement compétent. Son engagement est conjoint à celui des secouristes et du SMUR.

Le MCS établit, pour le médecin régulateur du SAMU, un premier bilan médical de la victime. Le médecin régulateur peut l'accompagner dans l'évaluation et la prise en charge de celle-ci.

Les **territoires d'implantation** des MCS sont déterminés par les ARS, en lien avec les SAMU Centre 15 territorialement compétents, en concertation avec les réseaux MCS et

les CODAMUPS-TS, ces décisions reposant sur les recommandations nationales avec comme objectif de permettre à tout patient un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes. Ils figurent sur un cahier des charges si ce dernier est en vigueur.

2.2. Procédure de déclenchement des interventions MCS par le SAMU-Centre 15

La répartition des typologies d'activité des MCS est variable suivant les régions. Sur les secteurs identifiés par les ARS à plus de trente minutes d'un SMUR terrestre, les médecins pourront choisir de s'inscrire sur un tableau d'astreinte si ce dernier est mis en place, impliquant une rémunération dont le montant sera fixé par les porteurs des dispositifs et impliquant aux MCS de répondre systématiquement aux sollicitations du SAMU Centre 15.

Les médecins MCS peuvent être mobilisés par le SAMU Centre 15 en cas de nécessité même hors tableau d'astreinte.

Pour tout déclenchement de MCS, la mission est tracée dans un Dossier de Régulation Médicale (DRM), l'identifiant de ce dossier (numéro de dossier) lui est transmis simultanément au premier contact téléphonique, ou à défaut, au décours immédiat de l'intervention.

Les outils techniques du Système d'Information du SAMU (SI SAMU) devront permettre le déclenchement automatisé, selon le lieu d'intervention, du MCS par le SAMU Centre 15 avec communication des informations du dossier de régulation médicale.

Le **dossier médical de l'intervention** du MCS devrait à terme être dématérialisé. L'outil informatique utilisé doit être interconnecté avec les SI SAMU des SAMU Centre 15 et des SMUR (l'utilisation d'outils connectés sera également à interfacer avec le SAMU territorialement compétent). L'utilisation d'un outil interconnecté devant permettre, sous réserve du respect de la réglementation, la complétude d'une base statistique permettant l'évaluation du dispositif et des pratiques professionnelles ainsi que des projets de recherche.

Enfin la traçabilité des interventions devra permettre d'établir l'indemnisation financière du MCS pour son intervention.

Les différents projets d'informatisation devront pouvoir s'interfacer avec le portail SI SAMU national.

2.3. Situations particulières

Les situations ci-dessous correspondent à des missions de MCS validées :

- Toute situation nécessitant l'envoi d'un SMUR dans la zone d'intervention du MCS même si celui-ci est annulé secondairement par le MCS après le premier bilan d'ambiance.
- Toutes les situations prises en charge initialement par le MCS et qui nécessitent une évacuation par le SMUR.
- Certains cas particuliers pris en charge initialement par le MCS et impliquant ses compétences spécifiques (évaluation mais aussi thérapeutique) et qui font l'objet d'un appel au médecin régulateur pour évacuation même si cette dernière est finalement non médicalisée. Il s'agit notamment des situations médicales ou traumatiques douloureuses ayant obligé le MCS à quitter son cabinet pour se rendre auprès du

patient, ou à se rendre à son cabinet en dehors des horaires d'ouverture, après contact SAMU Centre 15 et validation de l'engagement des moyens nécessaires.

2.4. La rémunération des MCS

Des circuits de liquidations des indemnités financières MCS pour les interventions et pour la valorisation des astreintes, si ces dernières sont mises en place, sont prévus. Leurs montants sont fixés par les ARS et les partenaires des dispositifs. Les types d'indemnités et leurs montants sont indiqués sur le contrat d'engagement du MCS.

S'il existe un recueil informatique, en direct, de données statistiques (plateforme en ligne, fichier informatique...) le MCS devra le plus rapidement possible tracer son intervention sur ce recueil.

3. Exemple de fonctionnement et rôles des partenaires

3.1. Les réseaux MCS pilotes départementaux ou régionaux

Ils assurent la coordination de l'ensemble du dispositif territorialement défini, en lien avec les SAMU Centre 15, les réseaux des urgences et les ARS (comité de pilotage régional), en réalisant les actions suivantes :

- Recensement des MCS présents sur les secteurs et actualisation des listes par secteur
- Accompagnement des MCS
- Traitement des candidatures
- Coordination des liquidations d'indemnités financières MCS (interventions et astreintes)
- Organisation des formations et leurs financements
- Définition des motifs d'engagement des MCS
- Recueil de l'activité des MCS selon une fiche type régionale commune
- Réalisation du bilan annuel de l'activité du dispositif à partir du dossier médical d'intervention
- Promotion du dispositif dans la région
- Participation à la (ré)évaluation fonctionnelle de la dotation, idéalement en lien également avec un réseau pharmacien et ingénieur biomédical

Ces réseaux doivent bénéficier d'un temps dédié de coordination médicale et d'un temps de coordination administrative (chargé de mission, coordination, secrétariat...)

Il est encouragé qu'un représentant de ces réseaux participe comme invité au CODAMUPS des départements qu'ils coordonnent.

Pour réaliser leurs missions, les réseaux reçoivent un budget pour leur fonctionnement, versé par l'ARS.

Ils peuvent être organisés en réseaux régionaux de MCS (ou antennes territoriales) pour faciliter l'animation du dispositif.

Liste et contact des référents réseaux MCS : Annexe 2

3.2. Le SAMU Centre 15 territorialement compétent et l'établissement siège du SAMU dans l'animation du dispositif

Les SAMU Centre 15 participent au **comité de pilotage régional** des MCS en qualité de membres de droit.

Ils interviennent dans l'évaluation annuelle du dispositif dans le cadre du comité de pilotage régional des MCS.

Ils sont partie prenante dans le dispositif de formation des MCS pas l'intermédiaire des universités et des CESU.

Ils élaborent des protocoles d'urgence avec les MCS en lien avec les représentants des réseaux MCS pilotes, les CESU et les réseaux d'urgences.

Les SAMU Centre 15 territorialement compétents participent à la validation des interventions MCS.

Le SAMU Centre 15 territorialement compétent s'assure que le tableau d'astreinte ou/et la liste des MCS par secteur sont actualisés, accessibles et connus en temps réel de l'équipe de régulation.

3.3. Les Réseaux des urgences

Les Réseaux des urgences, quand ils existent, peuvent accompagner les différents acteurs (SAMU, MCS...) pour les aider à structurer les filières et l'organisation des soins au sein des territoires. Ils peuvent entre autres mettre à disposition leurs compétences, outils...

Les MCS participent aux différents registres portés par ces réseaux.

3.4. Les Agences Régionales de Santé (ARS)

Les ARS sont chargées de :

- Coordonner le comité de pilotage régional des MCS.
- Financer le dispositif MCS ou une partie : formation obligatoire des MCS (initiale et continue) – dotation en matériels, consommables et médicaments – dotation au fonctionnement des réseaux MCS pilotes, indemnisations des formations, rémunération des astreintes et des interventions (intermédiaire CPAM).
- Évaluer le dispositif : suivre les activités des MCS, ajuster les financements, évaluer le service rendu aux populations situées à plus de trente minutes d'un SMUR.

4. Dotation et logistique

Afin de garantir la sécurité et la qualité des soins, le respect de la réglementation, l'approvisionnement en temps et en heure et la traçabilité des dotations, il nous paraît indispensable d'avoir comme partenaire aux MCS, un réseau territorial pour être l'unique interlocuteur auprès de l'ARS, des Centres Hospitaliers (CH) siège du SAMU et des CH sièges des Pharmacies à Usage d'Intérieur (PUI).

4.1. Le contenu de la dotation : Biomédical, Médicaments, Dispositifs Médicaux, gaz médicaux

La définition de la composition de la dotation du MCS en matériel biomédical (et consommables associés) médicaments, DMS/DM et gaz médicaux est précisée et annexée au cahier des charges régional, établie annuellement par le comité régional MCS, l'ARS et le CH siège du SAMU et les CH sièges de SMUR référents des MCS.

Chaque fois que cela est pertinent, il sera précisé si l'indicateur est :

- * Essentiel (**E**)
- * Souhaitable (**S**)
- * Optionnel (**O**)

Dotation de référence

EXEMPLES de PRODUITS DE SANTE délivrés aux MCS par les CENTRES HOSPITALIERS référents ou l'Association MCS (circuit local ou régional)

MÉDICAMENTS (DCI)	E - S - O	Dotation	Quantité demandée	Motif		Quantité délivrée
				Utilisé	Périmé	
Acide acétylsalicylique 500mg/5ml pdr inj	E					
Acide tranéxamique 500mg/5ml sol inj	E					
Adénosine 6mg/2ml sol inj	E					
Adrénaline 1mg/1ml sol inj	E					
Adrénaline 5mg/5ml sol inj	E					
Amiodarone 150mg/3ml sol inj	E					
Amoxicilline - acide clavulanique injectable	E					
Antalgiques (paracétamol per os et IV + AINS per os et IV)	E					
Atropine sulfate 0,5mg/1ml sol inj	E					
Benzodiazépine per os au choix (Ex : Prazepam 10 mg)	E					
Calcium gluconate 10% 10ml sol inj ou Calcium Chlorure 10%	E					
Ceftriaxone 1g/10ml pdr inj	E					
Clonazepam 1mg/1ml sol inj à diluer	E					
Clopidogrel 75mg Cpr et 300mg Cpr	E					
Diltiazem 25mg pdr inj	E					
Enoxaparine 10000UI/1ml sol inj ou Héparine Non fractionné (HNF)	E					
Ephédrine Chlorhydrate 30mg/10ml sol inj	E					
Flumazénil 1mg/10ml sol inj	O					
Furosémide 20mg/2ml sol inj ou Bumétanide 2mg/4 ml	E					
Glucose 30 % 10ml sol inj	E					
Hydrocortisone 100 mg	O					
Hydroxyzine ou Anti-histaminiques au choix	E					
Inhibiteurs de la pompe à protons	O					

Ipratropium Enfant 0,25mg/1ml sol pr inhal	E					
Ipratropium Adulte 0,50mg/2ml sol pr inhal	E					
Kétoprofène IV 100mg	E					
Lidocaine 1% 200mg/20ml ss conserv sol inj	E					
Loxapine 50mg/2ml sol inj ou cyamézanine 50 mg/5 ml	E					
Méthylprednisolone 120mg/2ml pdr inj	E					
Métoclopramide ou Ondansétron	O					
Midazolam 5mg/5ml sol inj	E					
Naloxone 0,4mg/1ml sol inj	E					
Polyvidone iodée alcoolique unidoses 10ml	E					
Salbutamol 100µg/dose susp pr inhal fl	E					
Salbutamol Adulte 5mg/2,5ml sol pr inhal	E					
Salbutamol Enfant 2,5mg/2,5ml sol pr inhal	E					
Ténecteplase 10000U/10ml pdr et solv inj	E					
Trinitrine 0,30mg/dose sol pr pulv buccale	E					

REFRIGERATEUR (entre +2°C et +8°C)

Glucagon 1mg/1ml pdr et solv inj	E					
Oxytocine 5UI/1ml sol inj	E					
Suxaméthonium 100mg/2ml sol inj	E					

STUPEFIANTS

Kétamine 250mg/5ml sol inj	E					
Morphine Chlorhydrate 10mg/1ml sol inj	E					

SOLUTES

Glucose 5% 100ml sol inj	E					
Glucose 10% 100ml sol inj	E					
Mannitol 20% 250ml sol inj	E					
Sodium chlorure 0,9% 10ml sol inj	E					
Sodium chlorure 0,9% 100ml sol inj	E					
Sodium chlorure 0,9% 500ml sol inj	E					

DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES (DMS)	E - S - O	Dotation	Quantité demandée	Motif		Quantité délivrée
				Utilisé	Périmé	
Aiguille 18G 40mm (rose)	E					
Aiguille 21G 40mm IM (vert)	E					
Cathéter sécurisé sans site à ailettes sécurisé 16G, 18G, 20G, 22G	E					
Aiguille intra-osseuse pour dispositif IO	E					
Perfuseur pré-monté avec 2 robinets 3V	E					
Prolongateur 2V avec valve anti-retour	E					
Aiguille pour bloc périnerveux 25mm et 50 mm	E					
Seringue 1ml, 5ml, 10ml, 20ml	E					
Bistouri n°11	E					
Fil 3/0, polyamide monofilament 75 cm, aiguille courbe	E					
Kit de Suture	E					
Agrafeuse	O					
Set de suture fine	E					
Pansement adhésif type "Opsite" ou "Tegaderm" 10cm x 12cm	E					
Pansement compressif	E					
Sonde aspiration buccale CH26	E					
Sonde intubation Taille 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 7,5 - 8 non armée avec ballonnet	E					

Masque laryngé LMA Fastrach® usage unique Taille 3 - 4 - 5 et sondes armées	E					
EPI sous forme de Kit (Masques chirurgicaux et FFP2, SHA, Gants, Surblouses, Charlottes, Lunettes de protection)	E					

AUTRES DISPOSITIFS MEDICAUX (DM)	E - S - O	Dotation	Quantité demandée	Motif		Quantité délivrée
				Utilisé	Périmé	
Ceinture pelvienne (à mutualiser avec les secouristes)	E					
Ciseaux type Jesco (pour découpe vêtements)	E					
Garrot tourniquet Adulte	E					
Lunettes à oxygène Adulte et Enfant	E					
Masque à oxygène Haute Concentration Adulte et Enfant	E					
Masque anatomique facial Usage Unique T2 Nourrisson	E					
Masque aérosol avec nébuliseur Adulte et Enfant	E					
Canule oropharyngée de Guedel Adulte Taille 2 et 3	E					
Insufflateur manuel avec prise oxygène Adulte et Enfant	E					
Lame Macintosh laryngoscope Usage Unique Taille 2 - 3 - 4	E					
Manche lame laryngoscope Usage Multiple Adulte	E					
Mandrin d'intubation rigide CH8 et CH12	E					
Kit accouchement (à mutualiser avec secouristes si possible)	S					

BIOMEDICAL et CONSOMMABLES ASSOCIES, DIVERS	E - S - O	Dotation	Quantité demandée	Motif		Quantité délivrée
				Utilisé	Périmé	
Boîte jette aiguilles	E					
Electrodes défibrillation adultes/pédiatriques pour DSA	E					
Electrodes défibrillation adultes/pédiatriques pour Cardioscope	E					
Electrodes ECG pour Cardioscope	E					
Gilet d'identification médecin correspondant de SAMU	E					
Papier ECG	E					
Piles DSA	E					
Embout ETCO ²	E					

Oxygène	E					
MEOPA	O					

MATERIEL BIOMEDICAL et DISPOSITIFS MEDICAUX ASSOCIES	E - S - O	Dotation	Quantité demandée	Motif		Quantité délivrée
				Utilisé	Périmé	
Dispositif de monitoring multiparamétrique et défibrillateur portable permettant	E					
- Monitoring du CO2 expiré en continu avec représentation graphique	E					
- PNI adulte, enfant et nourrisson	E					
- SpO2	E					
- ECG	E					
- Température	O					
- Dispositif de télétransmission	O					
Aspirateur de mucosités portatif	E					
Sac d'intervention	E					
Lecteur de glycémie capillaire	E					

Dispositif d'administration intra-osseuse motorisé	E					
Détecteur de monoxyde de carbone atmosphérique	S					
Appareil d'échographie portable	O					
Contenant isotherme pour respect chaîne de froid des médicaments	E					

4.2. La logistique (circuits d'approvisionnement de la dotation)

4.2.1. Principes généraux :

Il est fondamental de définir les circuits d'approvisionnement en matériel biomédical, médicaments, Dispositifs Médicaux Stériles et non stériles (DMS/DM) et gaz médicaux des dotations des Médecins Correspondants de SAMU (MCS) du réseau.

Les éléments suivants sont pris en compte :

- les MCS doivent disposer « sans rupture » des produits de santé définis pour leur dotation (les bons produits, non périmés, fonctionnels et en quantités suffisantes),
 - une dotation conforme et de qualité impose sa gestion et son suivi par le MCS,
 - les contraintes des MCS et des cabinets (disponibilité, géographie...) comme celles de tous les intervenants dans le fonctionnement des circuits (CH, PUI, associations MCS...),
 - la réglementation,
 - le financement.
- Le dispositif prévoit une dotation de produits de santé par cabinet médical, quel que soit le nombre de MCS y exerçant. Les dérogations à ce principe sont validées par les réseaux MCS en lien avec l'ARS.
 - La dotation, conservée au cabinet médical, constitue une réserve pour approvisionner le(s) sac(s) d'intervention.
 - La dotation est constituée de produits de santé qui peuvent être classés en catégories qui permettent de définir leurs circuits d'approvisionnement et leur financement. Par exemple :
 - Le matériel biomédical avec ses DM associés dits « consommables ».
 - Les DMS/DM « techniques » et/ou onéreux.
 - Les autres DMS/DM.
 - Les médicaments.
 - Les gaz médicaux.
 - La composition qualitative et quantitative de la dotation (liste de référence) est validée annuellement par le COPIL MCS. Le pharmacien et l'ingénieur biomédical chargés de coordination régionale au sein de l'ES siège du SAMU participent au choix des produits. La liste est présentée en Comité régional MCS et est annexée au cahier des charges régional MCS en vigueur.
 - Un pharmacien hospitalier est chargé de coordination régionale et/ou départementale. Il communique avec le réseau des pharmaciens des PUI référentes (Pharmacies à Usage Intérieur de CH sièges de SMUR, de proximité avec les MCS).

- Dans le cadre d'une gestion départementale, il faut prévoir un cahier des charges régional de la dotation pour harmoniser les dotations MCS (contenu et circuits).
- Pour la pérennité et la sécurisation du dispositif mis en place, les missions confiées aux hôpitaux et aux associations MCS supports d'organisation doivent être financées (prise en compte des temps d'expertise, de coordination, de suivi, de gestion et de secrétariat).

4.2.2. Acteurs des circuits :

- Les MCS, réseaux MCS et associations MCS
- Les SAMU/SMUR
- Les CH : PUI et autres services supports (service biomédical...)
- L'ARS

4.2.3. Exemple d'organisation sur la base d'un modèle existant :

Tableau 1 : Les circuits d'approvisionnement des dotations MCS (acteurs, gestion, financement) :

Catégories de produits	1 Circuit régional établi entre CH - MCS	2 Circuits locaux établis entre PUI référentes - MCS	3 Autres Circuits établis entre Fournisseurs O₂ - MCS
Biomédical et DM associés (« consommables »)	X		
DMS/DM « techniques » et/ou onéreux	X		
Autres DMS/DM Médicaments		X	
Oxygène			X

1. Circuit du matériel biomédical-DM associés (« consommables ») et des DMS/DM « techniques » et/ou onéreux

Le circuit régional est organisé par le réseau MCS, l'ingénieur chargé de coordination régionale pour le matériel biomédical et DM associés, le pharmacien chargé de coordination régionale/départementale pour les DMS/DM « Techniques » et/ou onéreux, en relation avec les MCS.

2. Circuits des médicaments et des DMS/DM (hormis les DMS/DM « techniques » ou onéreux)

Les circuits locaux sont organisés par les PUI référentes, avec le support technique du pharmacien chargé de coordination régionale, en relation avec les MCS.

3. Circuits de l'oxygène

Les circuits sont organisés par les MCS : contractualisations spécifiques à chaque cabinet avec le support technique des associations territoriales MCS.

Les modalités de financement des produits et des circuits décrits ci-dessus font l'objet d'une convention régionale avec l'ARS.

Le circuit régional du matériel biomédical :

Des circuits d'approvisionnement et de renouvellement ainsi que l'organisation de la maintenance doivent être mis en place et clairement définis.

Au sein d'une même région, il est préférable d'avoir un seul établissement référent avec un ingénieur biomédical coordonnateur pour la gestion de l'ensemble du parc, en lien étroit avec le réseau MCS (et les associations MCS). Cela contribue à une harmonisation du matériel et des pratiques en cohérence avec les formations, et à la diminution des coûts. Le réseau MCS est l'interlocuteur unique pour éviter la dissémination du parc sur le territoire.

Le service Biomédical de l'établissement coordonnateur du dispositif a pour missions :

- Reprendre et mettre à l'inventaire du CH le parc d'équipements existants.
- Prévoir un plan de remplacement des matériels déjà acquis.
- Coordonner la maintenance préventive et curative du parc avec les prestataires en place.
- Fournir les accessoires et consommables (DM) associés aux équipements.
- Equiper les nouveaux MCS.
- Suivre et rendre compte des dépenses financées par l'ARS.
- Conventionner le financement.
- Réaliser un cahier des charges pour les moniteurs avec appel d'offre via le marché public du CH référent pour le choix et la durée déterminée du matériel.

Le circuit régional des DMS/DM « techniques » et/ou onéreux :

- Définition des DMS/DM de ce circuit :

Le COPIL MCS désigne les produits du circuit régional parmi les produits de la dotation, sur la base de critères techniques (sécurité des soins, harmonisation des pratiques, enseignement de leur usage en formation) et/ou économiques (procédures d'achats centralisés permettant de diminuer les coûts).

- Acteurs :

- Le pharmacien chargé de coordination régionale/départementale (PUI de l'établissement de santé siège du SAMU)
- Le réseau MCS.
- Coordination départementale sur un cahier des charges régional (« pilotage régional »).

- Préconisations générales :

Une dotation initiale conforme à la liste de référence est livrée aux cabinets MCS intégrant le dispositif. Ultérieurement les DMS/DM du circuit utilisés, périmés, à péremption courte ou dont la qualité n'est plus garantie (conditions de conservation non conformes) sont renouvelés.

Les nouveaux DMS/DM choisis sont ajoutés à la dotation et distribués aux acteurs et les produits retirés de la liste de référence sont repris sur la dotation.

Les quantités délivrées peuvent différer de celles proposées par la liste de référence lorsque c'est justifié (notamment par le nombre d'interventions réalisées par le cabinet MCS).

Les produits non périmés rendus au réseau par les MCS ne peuvent plus être utilisés à visée thérapeutique. Ils sont mis en quarantaine, leur devenir est statué avec le pharmacien chargé de coordination régionale.

- Suivi de gestion :

Obligatoire. Le coordinateur désigné est choisi en fonction de l'organisation locale.

- Alertes de sécurité sanitaire relatives aux DMS/DM délivrés :

Le pharmacien chargé de coordination régionale/départementale et le réseau MCS partagent les informations. En fonction de l'évaluation de la situation, décident des actions à mener auprès des MCS et de leur rapidité de mise en œuvre.

Les circuits locaux des médicaments et des DMS/DM (hormis les DMS/DM du circuit régional) :

- Définition des médicaments et des DMS/DM de ce circuit :

Sont traitées ici les médicaments de la liste de référence (dont des médicaments de la réserve hospitalière, stupéfiants, solutés, antiseptiques) et les DMS/DM de la liste de référence qui ne sont pas gérés par le circuit régional/départemental.

- Définition des PUI référentes et des « relais »

- Les PUI référentes :

Ce sont des PUI des ES sièges de SAMU et/ou d'un SMUR, choisies d'après des critères logistiques (géographie et distance avec les cabinets MCS...) et organisationnels. Leur mission est de préparer puis de délivrer aux cabinets MCS qui leur sont désignés les produits de santé des circuits locaux.

- Les « relais » :

Ce sont des PUI ou des pharmacies de ville (officines), « relais » de proximité justifiées par l'éloignement géographique entre PUI référentes et cabinets MCS. Ces relais sont recherchés par les PUI référentes, avec le support du pharmacien chargé de coordination régionale. Leur mission est de délivrer aux MCS qui leur sont désignés les produits qui ont été préparés par les PUI référentes.

- Missions des acteurs des circuits locaux :

- **Le pharmacien chargé de coordination régionale/départementale :**

Il communique, selon un rythme prédéfini, aux PUI référentes la liste de référence des produits de santé du circuit local en spécifiant les modifications apportées ainsi que la liste des cabinets MCS dont elles sont référentes.

Il apporte un support technique aux PUI référentes (organisation, informations, échanges sur les besoins, les dysfonctionnements/litiges, les vigilances sanitaires, la composition des dotations, les consommations... et élaboration de travaux en réseau).

Il est le lien entre les PUI référentes, les réseaux MCS et l'ARS.

Il se charge de transmettre annuellement à l'ARS un état récapitulatif des dispensations de produits onéreux comme la thrombolyse par PUI référente, pour financement a posteriori des CH.

- **Les PUI référentes en lien avec le SMUR local :**

Elles choisissent les produits à délivrer (références), sur la base de la liste de référence et des produits habituellement utilisés par leur SMUR local et définissent les modalités de délivrance de ces produits aux MCS et sur cette base, rédigent les instructions locales, en intégrant les préconisations générales de la procédure cadre :

- Modalités pratiques de délivrance (qui, où, quand, comment),
- Responsabilités de la PUI et des éventuels « relais », des MCS, le cas échéant du SMUR local,
- Modalités pratiques de communication aux MCS des alertes de sécurité sanitaire.

Elles doivent transmettre annuellement au pharmacien chargé de coordination régionale un récapitulatif des dispensations des produits onéreux, pour financement a posteriori par l'ARS.

- **Les MCS :**

Ils ont pour charge d'assurer le suivi qualitatif et quantitatif de leurs produits (intégrité, utilisés, périmés, péremptions courtes).

Pour le renouvellement de leurs produits ils s'engagent à respecter les consignes communiquées par leur PUI référente et l'association MCS.

- **Suivi de gestion**

La PUI référente doit conserver la traçabilité des délivrances à fin comptable et de communication et les relevés d'administration des stupéfiants.

Elle réalise un bilan annuel des délivrances de la spécialités onéreuse qu'elle transmet au pharmacien chargé de coordination régionale afin de financement par l'ARS.

Alertes de sécurité sanitaire relatives aux médicaments et DMS/DM délivrés

En fonction de l'évaluation de la situation, la PUI référente décide des actions à mener auprès des MCS et de la rapidité de mise en œuvre.

4.2.4. Les circuits de l'oxygène :

Chaque cabinet de MCS cabinet contractualise avec le fournisseur d'oxygène médical de son choix pour la location des bouteilles et le renouvellement du gaz. Le cas échéant, chaque MCS s'assure d'un transport sécurisé des bouteilles dans son véhicule.

Un appui est possible par les secouristes intervenant conjointement.

Les réseaux MCS peuvent apporter un support technique aux démarches.

5. FORMATION des MEDECINS CORRESPONDANTS du SAMU (MCS)

5.1. QUELS OBJECTIFS DE LA FORMATION MCS ET POUR REPONDRE A QUELLES COMPETENCES ?

5.1.1. L'OBJECTIF PRINCIPAL DE LA FORMATION MCS :

Être capable de prendre en charge les 30 premières minutes d'une urgence vitale ou potentiellement vitale, en attendant le SMUR (le plus souvent).

La formation MCS, initiale et continue, doit permettre aux MCS de répondre aux compétences générales et spécifiques élaborées suite à l'analyse de leurs retours du terrain.

Le MCS a un exercice unique, multiple et spécifique. Il peut être au cours d'une même intervention à la fois : médecin généraliste, urgentiste, et chef d'équipe.

5.1.2. LES COMPETENCES GENERALES MCS :

1. Maîtriser et entretenir ses connaissances médicales pour la prise en charge des 30 premières minutes d'une urgence vitale ou potentiellement vitale.
2. Analyser une situation et répondre de façon adaptée.
3. Organiser son temps et son activité pour prendre en charge rapidement un patient en urgence vitale ou potentiellement vitale
4. S'adapter à une situation donnée dans un milieu particulier.
5. Savoir se remettre en question.
6. Appliquer une démarche protocolisée.
7. Savoir communiquer et rendre compte de la situation d'urgence, avec le SAMU Centre 15, les partenaires sur place, l'entourage sur les lieux.
8. Travailler en équipe et la gérer.
9. Participer au système d'urgence de sa zone d'intervention
10. Développer la connaissance de soi, identifier et gérer ses émotions et celles de ses partenaires.
11. Connaître et savoir utiliser son matériel et sa dotation médicamenteuse

5.1.3. **LES COMPETENCES SPECIFIQUES PAR PATHOLOGIES**

(Par ordre de fréquence de prises en charge)

12. Savoir diagnostiquer et prendre en charge les principales étiologies d'une douleur thoracique aiguë et urgences cardiologiques
13. Savoir diagnostiquer et prendre en charge un arrêt cardiaque de l'adulte et connaître les spécificités de cette même prise en charge chez l'enfant.
14. Savoir diagnostiquer et prendre en charge les principales étiologies des détresses respiratoires aiguës
15. Savoir diagnostiquer et prendre en charge un traumatisme isolé ou sévère
16. Savoir diagnostiquer et prendre en charge un trouble neurologique ou psychiatrique
17. Savoir diagnostiquer et prendre en charge une détresse neurologique, cardiologique, respiratoire, infectieuse et traumatique en pédiatrie
18. Prendre en charge un accouchement imminent inopiné hors maternité eutocique ou dystocique
19. Savoir diagnostiquer et prendre en charge les principales pathologies circonstanciées : anaphylaxie, noyades, brûlés, électrisation, intoxication au monoxyde de carbone
20. Savoir s'intégrer au sein des équipes pour des prises en charge en Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE) et Nombreuses Victimes (NOVI)

5.2. PROPOSITIONS DE FORMATIONS DES MEDECINS CORRESPONDANTS DE SAMU (MCS)

La formation initiale et continue des MCS est obligatoire.

Elle fait partie de la convention signée par le MCS avec l'établissement siège de SAMU et/ou le réseau MCS régional, et l'ARS.

Elle permet de répondre aux compétences nécessaires pour prendre en charge un patient en urgence vitale ou potentiellement vitale pendant les 30 premières minutes en attendant le SMUR.

Elle est indemnisable par convention soit via le DPC (Développement Professionnel Continu), soit par l'établissement siège de SAMU (en convention avec l'ARS) soit via le réseau MCS régional.

5.2.1. **FORMATION INITIALE**

Chaque réseau MCS régional restera souverain du choix, de l'organisation et de la validation de la formation initiale.

a) Formation initiale MCS régionale portée par les CESU :

Elle sera validée par les commissions scientifiques et pédagogiques des réseaux MCS régionaux.

Organisation générale :

Une formation initiale de 4 jours +/- 3 jours optionnels.

Elle s'appuiera sur une traduction didactique des pratiques des médecins en milieu ambulatoire, au plus proche des territoires.

Elle tiendra compte de l'éloignement des MCS de l'université et des particularités régionales et départementales.

Elle permettra des prises en charge harmonisées et homogènes avec les SAMU/SMUR régionaux et départementaux et elle tient compte des maillages avec les autres acteurs du pré hospitaliers : SDIS, ambulances privées et autres secouristes.

Elle sera dispensée par les Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences départementaux (CESU) avec, par conventions des possibilités de mutualisations inter CESU.

Des collaborations avec l'université seront aussi possibles sous les formes jugées nécessaires au regard des territoires.

Elle sera modulaire. Elle fera appel à des techniques de pédagogie active. Des séances de simulation en santé procédurales et pleine échelle contextualisées en pluri professionnel y seront dispensées.

Son programme :

La répartition des thématiques et l'organisation des journées seront laissées aux choix départementaux des CESU et des MCS, après validation en COPIL régionaux.

Des séances de simulation en santé procédurales et pleine échelle devront être dispensées pendant cette formation.

Les thématiques modulaires devront traiter prioritairement de :

- **Prise en charge d'un arrêt cardiaque adulte et pédiatrique**
- **Les Syndromes Coronariens Aigus (SCA), les troubles du rythme, troubles de la conduction**
- **Ateliers procéduraux** : Intubation Oro-Trachéale (IOT) simple, pose de Voie Veineuse Périphérique (VVP) et d'Intra Osseuse (IO).
- **Familiarisation et utilisation de la dotation MCS** : du moniteur/DSA aux médicaments
- **Rôle du MCS, organisation des circuits de réapprovisionnement, modalités de déclenchements MCS, rendu des interventions, visites des SAMU Centre 15**
- **Prise en charge du traumatisé sévère**

- **Analgésie-sédation en traumatologie adulte et pédiatrique**
- **Prise en charge des comas**

- **Enseignements optionnels :**

- **Accouchement inopiné eutocique et dystocique hors maternité : 1 jour**
- **Formation complémentaire aux Gestes et Soins d'Urgences**, dont le programme est à déterminer en fonction des objectifs locaux : 2 jours

b) Formation Initiale ou Complémentaire : Diplôme Inter Universitaire :

Elle sera sous la forme d'un **Diplôme Inter Universitaire de Médecins Correspondants de SAMU**

Elle ciblera plutôt de jeunes médecins pour découvrir l'exercice de MCS ou elle pourra être un complément à la formation initiale pour ceux qui le souhaiteraient.

Ce DIU pourra être acquis à l'issu des études médicales ou en formation continue pour ceux déjà installés, dans le but d'intégrer un réseau de MCS, mais toujours sur validation du réseau MCS régional.

Cet enseignement sera co-piloté par des universitaires de médecine d'urgence et de médecine générale, en partenariat avec les CESU locaux et la commission pédagogique des MCS régionaux.

Le curriculum de formation sera construit par démarche de didactique professionnelle et transposition pédagogique. Elle fera appel à des techniques de simulation en santé procédurales et pleine échelle.

Cette formation ne dispensera pas de la formation initiale régionale portée par les CESU sur le territoire d'un réseau MCS mais sera prise en compte afin d'adapter cette formation initiale au candidat MCS.

5.2.2. FORMATION CONTINUE

Elle sera **portée par les CESU** à l'échelle départementale et/ou régionale.

En lien avec la commission pédagogique régionale des MCS et selon l'organisation qu'elle aura pré définie et validée.

Des collaborations avec l'université seront aussi possibles sous les formes jugées nécessaires au regard des territoires.

La formation continue sera de 2 jours +/- 2 jours de formations optionnels, par an.

Les parties obligatoires et optionnelles seront fixées au plan régional, par convention avec les MCS.

Elle sera modulaire. Les modules proposés devront être révisés chaque année et devront tenir compte des pathologies prises en charge par les MCS sur les années N-1 et N-2.

Elle sera progressive. Le MCS pourra acquérir les compétences de son métier spécifique, au fur et à mesure des années d'ancienneté.

Elle permettra aussi une actualisation des connaissances et une pratique régulière de gestes et de prises en charge des patients au travers de la simulation en santé procédurale et pleine échelle contextualisée en pluri professionnel.

Les thèmes qui devront être retrouvés dans la formation continue sont :

- **Prise en charge de l'arrêt cardiaque de l'adulte et de l'enfant**
- **Analgésie sédation et ateliers de simulation procédurale** : protocoles d'analgésie sédation, Bloc Iléo Fascial (BIF), pose de VVP, d'IO, Intubation simple
- **Traumatisé Sévère, Intubation à Séquence Rapide (ISR) et alternatives en cas d'intubation difficile.**
- **Détresse Respiratoire Aigüe (DRA),**
- **Urgences pédiatriques** : les principales urgences infectieuses, respiratoires, cardiologiques et neurologiques. Ateliers procéduraux pédiatriques : Intubation simple, pose VVP, et d'IO.
- **Les états de chocs, les syncopes et les urgences circonstancielles** : Chocs hypovolémiques, cardiogéniques et septiques, noyade, électrisation, électrocution
- **Les urgences psychiatriques et circonstancielles suite** : choc anaphylactique, piqûres de serpent et d'hyménoptères, brûlures, intoxications au CO et aux fumées d'incendie.
- **Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) et Nombreuses Victimes (NOVI)**
- **Les urgences obstétricales** : accouchement hors maternité dystocique, hémorragie de la délivrance, les gestes qui sauvent un siège, troubles de l'adaptation à la vie extra utérine du nouveau-né
- **Actualisation des connaissances selon les nouvelles recommandations des sociétés savantes**
- **Communication thérapeutique et hypnose à l'usage du MCS**
- **Communication en situation complexe et ou difficile**

D'autres thèmes pourront être proposés selon les besoins exprimés par les MCS ou dans le cadre de la démarche de didactique professionnelle départementale.

Enfin **l'organisation de stage de 1 jour** pourra être sur la base du volontariat des MCS ou dans le cadre du programme de formations MCS régionaux ou départementaux.

Le coordonnateur départemental ou le chargé de mission de l'Association de MCS assurera les liens et la gestion de ces stages en collaboration avec les différents responsables de structure, cadres de santé, et les MCS.

Les terrains de stages proposés seront : les urgences, le SAMU/ SMUR, le bloc opératoire, la maternité, la réanimation, et la pédiatrie. Un débriefing sera proposé au MCS avec le superviseur et /ou le coordonnateur du réseau MCS.

Des **formations optionnelles** seront laissées à l'initiative des CESU en fonction des budgets alloués (Exemple : sécurité des équipes pré hospitalières en milieu périlleux hiver, été...)

5.2.3. **EVALUATION DE LA FORMATION DES APPRENANTS ET DES FORMATEURS.**

L'évaluation des apprenants sera formative.

Elle se déclinera selon les 4 niveaux de Kirkpatrick :

- **Niveau 1 : Evaluation du niveau de satisfaction des apprenants :**

Un questionnaire satisfaction sera remis à chaque participant, à rendre à l'issu de la formation.

- **Niveau 2 a : Evaluation des connaissances :**

Elle se fera par pré et post tests type Quizz master

- **Niveau 2b et 3 : Evaluation du transfert de compétences :**

En séances de simulation en santé ; l'évaluation sera formative avec remise de fiche d'aide à la progression et axes d'amélioration à mettre en œuvre par les participants.

L'analyse des fiches d'interventions MCS pourra aussi être proposée dans le cadre de ces évaluations.

- **Niveau 4 : Evaluation de l'impact sur la morbi mortalité des patients**

Ces évaluations pourront faire l'objet de travaux scientifiques en lien avec l'Université, les CESU et les réseaux MCS

6. Dossier Médical et Registre des Interventions

En préambule il est important de souligner la nécessité de distinguer :

- **Le dossier médical** qui va suivre le patient depuis sa prise en charge par le MCS, puis le SMUR, jusqu'à son arrivée au sein de la filière hospitalière (SAU, déchocage,USIC, angioplastie ...)
- **Le registre des interventions MCS**, qui doit être géré par le réseau MCS au minimum au niveau régional (suivi par la structure de pilotage), mais possiblement sous la forme d'un registre national commun. Ce registre est implémenté au décours de chaque intervention, et doit permettre plusieurs actions :
 - Validation de chaque intervention par le SAMU référent afin de permettre la **rémunération du MCS**
 - **Tracer de façon prospective des données indispensables à l'évaluation** du réseau MCS
 - **Traçabilité des médicaments stupéfiants** (morphine, kétamine ...) réglementaire pour obtenir leur réapprovisionnement.

Le dossier médical et le registre d'intervention devraient être gérés par un support informatique uniformisé.

6.1. Dossier médical :

Lors de son intervention le MCS doit bénéficier d'un support adapté pour la saisie des informations médicales de prise en charge. Idéalement ce support est informatique, utilisable sur des outils connectés (smartphone/tablette) et interfacé au SAMU et au SMUR.

Avec l'informatisation des SMUR, il est impératif d'inclure les MCS sur le document de suivi médical pré-hospitalier pour que les données de ces derniers soient partagées au sein d'un seul dossier d'intervention. L'utilisation du département et du Dossier de Régulation Médicale (DRM) généré par le SAMU demandeur permettant de facilement lier les dossiers en s'affranchissant des noms/prénoms/date de naissance qui peuvent comporter des erreurs dans le contexte pré hospitalier.

Ce support a pour premier but la création d'un dossier médical qui suivra le patient, contenant entre autres les données cliniques et thérapeutiques du MCS.

Ces données doivent être stockées et traitées en conformité avec la Règlementation Générale sur la Protection des Données (RGPD)

En cas d'utilisation de fiche « papier », les MCS doivent se doter de fiches dupliquées/tripliquées.

6.2. Registre :

Le registre d'intervention MCS centralise, idéalement sur un site internet unique (qui procure à chaque MCS un tableau de bord), les données issues des interventions des MCS du territoire. Cette saisie, idéalement par le MCS (via un accès internet et un système de saisie simplifié), est effectuée au plus tôt après son retour d'intervention. En cas de déploiement d'une solution informatique pré-hospitalière pour le dossier médical, l'interfaçage avec ce registre doit faire partie des prérequis.

Ce registre doit être déclaré et répondre aux normes de sécurité des données de santé. Le réseau MCS doit s'attacher les compétences d'un DPO (Délégué à la Protection des Données) pour son suivi.

Le registre doit pouvoir être interrogé à tout instant afin de fournir des analyses statistiques qui peuvent être croisées aux registres des Réseaux d'Urgence, des SAMU, voire des SMUR.

Il appartient au réseau MCS qui le porte, et son analyse apporte des éléments factuels pour les décisions des comités de pilotage (évaluation, formation, ...). Il permet également d'alimenter les travaux de recherche et publications scientifiques.

Ce registre permettra également de produire une partie des indicateurs de suivi en lien avec les indicateurs issus des SAMU centre 15

La gestion de ce registre devrait bénéficier d'un financement afin de pouvoir l'utiliser pour réaliser un rendu d'activité à destination des tutelles mais également de pouvoir être exploité par les MCS pour des travaux scientifiques et ainsi permettre d'apporter des réponses aux besoins de formation, de matériel etc...

Un lien fort avec les ORU serait une plus-value certaine sur le plan logistique, humain et en termes d'exploitation des données.

Modèles fiches interventions MCS PACA et AURA : Annexes 3 et 4

Sera présentées dans ce chapitre la liste des données à saisir en intervention et sur le registre, avec des données essentielles (E), souhaitables (S) et optionnelles (O)

Donnée	Dossier médical	Registre
SAMU déclencheur	E	E
Numéro de DRM	E	E
Origine déclenchement (Centre 15, auto déclenchement, autre : précisez)	E	E
Date	E	E
Motif de déclenchement (Cardiologie, Respiratoire, AC, Trauma sévère, Douleur, Allergie, Hypoglycémie, Accouchement, Coma, Psychiatrie, Intoxication, Autre)	E	E
Détail motif	O	O
Adresse intervention/Type de lieu d'intervention	S	S
Initiales Nom+Prénom, Age, Sexe victime	E	E
Autres intervenants (SP, Ambulances, Association sécurité civile, ISP, SMUR)	S	O
Heure appel	E	E
Heure départ	O	O
Heure arrivée victime	E	O
Heure bilan centre 15	S	O
Heure arrivée SMUR	S	S
Heure de départ des lieux	S	O
Heure de fin d'intervention	O	E
Devenir patient (Laissé Sur Place, Décédé, Transport (destination), Médicalisation (SMUR/MCS))	S	E
Paramètres : PA FC SpO2 (en air/O2) / FR EN/EVA Glycémie capillaire, Température, GCS EtCO2	E pour 1° et 2° mesure O pour les suivants	O pour 1° O pour les autres
Conditionnement : Abord vasculaire : VVP (Nb), KTIO VAS : lunettes, MHC, BAVU, IOT, Fastrack (ou autre) Contention : collier cervical, attelles, ceinture pelvienne	E	E
ECG	E	E
Thérapeutique : Remplissage (Volume) Analgésie (palier 1/3) Adrénaline (voie abord (IM/IV/Aérosol) et dose Aérosols Ténectéplase Exacyl Hypnovel/Kétamine (ou hypnotique à préciser) Célocurine Bloc Illo Fascial Choc Electrique Externe (nb) Hémostase (suture/agrafe/pansement compressif/garrot) Autres : préciser	E	E
Diagnostic pré-hospitalier	S	E
CCMU	S	E
Annulation SMUR (raison : décédé, absence gravité, transport urgent sur CH proximité)	E	E

6.3. Indicateurs de suivi

Ces indicateurs seront tracés idéalement mensuellement

1. Disponibilité - Engagement

a. MCS

Proportion de Refus (causes)

Délai moyen entre appel et prise en charge MCS

Délai moyen prise en charge MCS et prise en charge SMUR

b. SAMU

Proportion de déclenchement avec MCS disponible

Proportion de déclenchement avec MCS d'astreinte renseigné

Nombre de secteur avec MCS d'astreinte

Proportion de plages d'astreinte vacantes par secteur

Proportion de déclenchement MCS sur secteur (cible 100%)

Proportion d'engagement SMUR

- Proportion d'indisponibilité SMUR

- Proportion de non engagement SMUR

Taux d'astreinte par semaine (=nb de jours+nuits avec un médecin déclaré disponible/14)

2. Thérapeutiques urgence (par MCS et par SAMU)

Proportion de pose de voie d'abord : VVP/Dispositif intra osseux

Nombre et taux de fibrinolyse (nombre fibrinolyse/nb engagement pour syndrome coronaire avec sus décalage du segment ST)

Nombre et type d'analgésie (morphinique et kétamine IV, Bloc Ilio Fascial...)

Nombre et type d'hémostase (acide tranexamique (Exacyl) + suture/agrafe + garrot)

Nombre d'adrénaline (détail IV/IM et aérosols)

Nombre d'hypnotique (Hypnovel, Kétamine)

Nombre de Suxaméthonium (Célocurine)

Nombre de contrôle des voies aériennes (intubation orotrachéale directe ou dispositif supraglottique)

3. Suivi consommation (par MCS et par SAMU)

Nombre de consommables utilisés (tous)

Nombre de médicaments utilisés (tous)

4. Activité/qualité (par SAMU)

Nombre d'interventions par catégorie de pathologie

Nombre d'interventions seul (détail SMUR non déclenché ou annulé)

Nombre de médicalisations de transport par le MCS

Nombre d'interventions par mois et par secteur

Nombre d'interventions moyenne par médecin (par territoire, par SAMU centre 15 et par région)

5. Tableau de bord MCS (accessible à chaque MCS, incrémenté au fil des interventions et récapitulatif par année)

Nombre d'interventions par catégorie de pathologie

Nombre d'interventions seul (détail SMUR non déclenché ou annulés)

Nombre de médicalisations de transport par le MCS

Nombre d'interventions

Nombre d'actes (Intubation/Fibrinolyse/VVP/KTIO/Hémostase)

Dictionnaire des variables suivies MCS AURA : Annexe 5

7. LEXIQUE

AMU	Aide Médicale Urgente
ANCESU	Association Nationale des CESU
ARS	Agence Régionale de Santé
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier et Universitaire
CMG	Collège de la Médecine Générale
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CNUMU	Collège National des Universitaires de Médecine d'Urgence
COFIL	Comité de PLOtage
CODAMUPS-TS	COMité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaire
DMS	Dispositifs Médicaux Stériles
DM	Dispositifs Médicaux non stériles
DPC	Développement Personnel Continu
EPS	Etablissement Public de Santé
ES	Établissement de santé
GCS	Glasgow Coma Scale
MCS	Médecin Correspondant du SAMU
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SUdF	Samu Urgence de France
RCP	Responsabilité Civile Professionnelle

8. ANNEXES

Annexe 1

Composition du COPIL régional de la région AURA

Il est présidé par un président d'une des 2 associations territoriales MCS et co-présidé par un représentant des SAMU départementaux (Mandat de 3 ans).

Membres de droits représentés à parité :

- Un représentant des associations territoriales MCS (Alpes Nord, Drome Ardèche)
- Un représentant des MCS de l'ex Auvergne
- Un représentant de chaque SAMU départemental
- Un représentant de chaque CESU départemental
- Un représentant du SDIS régional
- Un pharmacien et un ingénieur biomédical promoteurs de la mise à disposition de dotation en matériel, en médicaments et consommables des MCS

Membres associés :

- Un représentant de chaque réseau d'urgences (RAMU, REULIAN, RESUVAL, RENAU)
- Un représentant départemental des SDIS
- Un représentant de l'URPS
- Un représentant du CROM
- Un représentant de l'Assurance Maladie
- Les directeurs de Centre Hospitalier siège du SAMU
- Le directeur général de l'ARS ou ses représentants.

Les membres associés ont une voix consultative.

Missions du COPIL :

- Rendre compte et faire le bilan des actions menées
- Mettre au vote les nouveaux objectifs
- Définir les nouvelles stratégies de fonctionnement et d'évaluation
- Réviser les documents cadres en vigueur (cahier des charges, contrat...)
- Actualiser la dotation en médicaments et en matériel.
- Définir les indicateurs d'évaluation du dispositif
- Evaluer chaque année le dispositif en lien avec l'ARS
- Veiller au bon déroulement du dispositif (Étudier et réagir aux difficultés rencontrées par le dispositif).

Au sein du comité de pilotage sont présents des membres désignés de la commission de formation régional - les CESU départementaux - et des représentants désignés des associations territoriales MCS (Alpes Nord, Drome Ardèche)

Annexe 2

Liste des associations MCS contacts :

MCS AURA

Association Médecins de Montagne Rhône-Alpes
Association Drôme/Ardèche

MCS PACA

Réseaux MCS 04
Réseaux MCS 05

MCS Lozère

Association Lozérienne des Urgences Médicales et de la Permanence des Soins
(ALUMPS)

MCS Occitanie

Réseau Cerdagne-Capcir

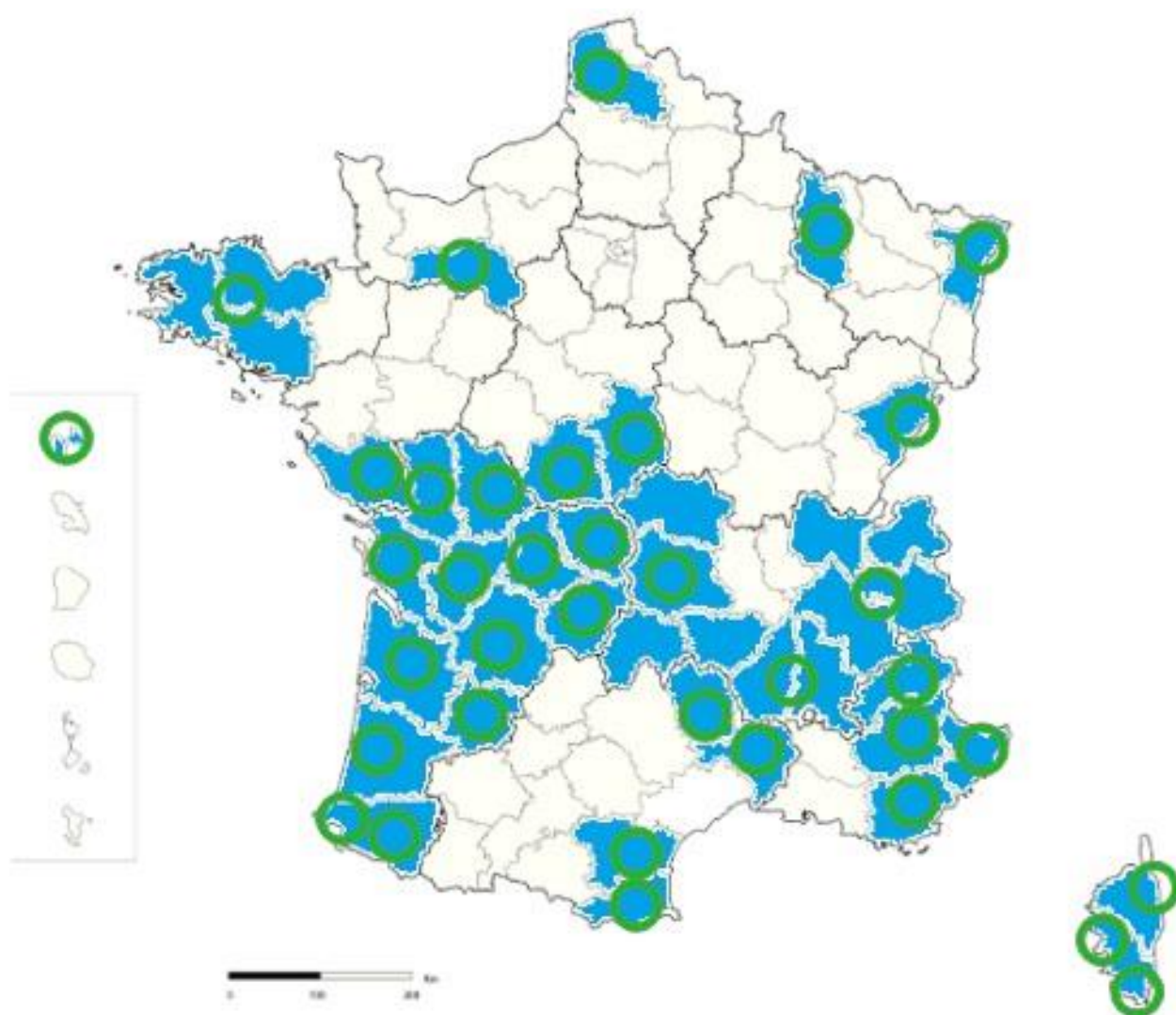
MCS Franche-Comté

Réseau Doubs

MCS Centre – Val de Loire

Réseau Indre

CARTOGRAPHIE NATIONALE DES RESEAUX MCS (Données 2020)



ANNEXE 1

FICHE D'INTERVENTION MCS

Nom-Prénom ARM.....
Date :
N° de dossier Centaure 15 :

IDENTIFICATION du MCS

IDENTIFICATION du BLESSE

Nom :

Nom : Sexe : ☐ F ☐ M

Localisation :

Date Naissance : ____/____/____ ou Age : ____ ans

PRISE EN CHARGE

TYPE D'URGENCE

Nature de l'appel : ☐ MCS appelé par SAMU ☐ SAMU appelé par MCS

☐ Autre, précisez :

- Heure d'appel du MCS : ____/____/____ (HH/MM)
- Heure d'arrivée sur les lieux : ____/____/____ (HH/MM)
- Heure d'arrivée du SMUR : ____/____/____ (HH/MM) si SAMU engagé
- Heure de fin de prise en charge : ____/____/____ (HH/MM)
- Heure de fin d'intervention : ____/____/____ (HH/MM)
- Temps d'intervention du MCS : ____ (en minutes)
- Autre(s) intervenant(s) : ☐ pompiers ☐ pisteurs ☐ autre :
- Lieu de prise en charge : ☐ cabinet ☐ secteur montagne ☐ domicile ☐ voie/lieu public ☐ autre :

UTILISATION DU MATERIEL ET DES DROGUES

GESTES PRATIQUES

- ☐ DSA ☐ Moniteur ☐ BAVU
- ☐ ECG ☐ Matériel intubation

- ☐ Analgésique ☐ Sédation ☐ Neuroleptique
- ☐ Anti-arythmique ☐ Adrénaline ☐ nébulisation – Broncho-dilatateur
- ☐ Intubation séquence rapide
- ☐ Autres **Détail drogues**

- ☐ Choc électrique externe
- ☐ Ventilation : au masque haute concentration, intubation OT (*entourez*)
- ☐ Massage Cardiaque Externe
- ☐ Voie Veineux Pérphérique
- ☐ Immobilisation / relevage
- ☐ Bloc Illo facial
- ☐ Voie I O : EZ IO
- ☐ Autre, précisez :

DEVENIR DU PATIENT

DIAGNOSTIC ET COMMENTAIRES (à remplir impérativement)

- ☐ Décès immédiat
- ☐ Soins sur place
- ☐ hospitalisation à :
- ☐ Transport non médicalisé : pompiers – ambulance – entourage (*entourez*)
- ☐ Transport médicalisé : par smur – ou par mcs (*entourez*)
- ☐ Annulation du SMUR par vous (*cocher la case si oui*)
- ☐ CCMU 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (*entourez la bonne case*)

- C** 1. Situation ne justifiant pas d'accès au plateau technique en urgence suivant les conduites diagnostiques admises
- C** 2. Situation comportant un diagnostic fonctionnel stable n'engageant pas le pronostic vital justifiant une intervention diagnostique, technique, ou thérapeutique aux urgences
- C** 3. Situation comportant un pronostic fonctionnel susceptible de s'aggraver dans l'immédiat n'engageant pas le pronostic vital, justifiant une intervention diagnostique, technique ou thérapeutique en urgence
- M** 4. Situation pathologique engageant le pronostic vital et nécessitant une intervention d'urgence, avec prise en charge diagnostique, technique ou thérapeutique raisonnée (sans la pratique de gestes de Niveau 5)
- U** 5. Situation de haute urgence avec mise en route immédiate de gestes symptomatiques de réanimation destinés à préserver le pronostic vital.



Fiche de transmission MCS

Réseau MCS Alpes du Nord



Date :	☐ Déclenchement C15	☐ Autre déclenchement	N° de régulation :
---------------	---	---	---------------------------

Nom du MCS : Cabinet Médical : Tél :	Nom : Adresse : Code postal : Pays : Date de naissance :	Prénom : Tél : Sexe : ☐ M ☐ F
---	--	---

Motif d'appel :

Lieu d'intervention : ☐ Cabinet ☐ Domicile ☐ Voie publique ☐ Piste ☐ Autre :

Antécédents / Traitements en cours :

Allergies :

	Cardio	Neuro			Cinétique élevée	Poly T	
	Médicale				Trauma		
	Metabolique	Autre			Autre	Mono T	

	Oui	Non
Conscient		
LVAS		
AVK/ NACO		

Heure d'appel :	Heure PEC :	T +:	T +:	T +:	Heure de fin PEC :
Pouls / PA					
SpO2 / FR					
EN ^{douleur} / Dextro					
Clinique :					
VVP / O2					
Glasgow / Moteur					
ETCO2					
Morphine / Kéto					

Destination : ☐ Domicile ☐ Hôpital

CCMU : 1 2 3 4 5

☐ Autre :

Score CCMU

CCMU P : Patient présentant/souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrie dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.

- **CCMU 1** : État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple.
- **CCMU 2** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (Prise de sang, Radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- **CCMU 3** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- **CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.
- **CCMU 5** : Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences. Pas de réanimation entreprise.

Evaluation neurologique Le score de Glasgow (GCS)

Y = Ouverture des yeux

- 4 - Spontanée
- 3 - A la commande
- 2 - A la douleur
- 1 - Jamais

V = Réponse verbale

- 5 - Normale
- 4 - Confuse
- 3 - Incohérente
- 2 - Incompréhensible
- 1 - Pas de réponse

M = Réponse motrice +++

- 6 - A la commande
- 5 - Localisée
- 4 - Réflexe de retrait
- 3 - Flexion stéréotypée
- 2 - Extension stéréotypée
- 1 - Pas de réponse

Évaluation motrice		Score ASIA		Identité du patient			
D G C2 Flexion du coude C3 Extension du poignet C4 Extension du coude C5 Flexion du médus (P3) C6 Abduction du 5^e doigt T1 T2 T3 T4 T5 T6 T7 T8 T9 T10 T11 T12 L1 L2 L3 L4 L5 S1 S2 S3 S4-5		0 = paralysie totale 1 = contraction visible ou palpable 2 = mouvement actif sans pesanteur 3 = mouvement actif contre pesanteur 4 = mouvement actif contre résistance 5 = mouvement normal NT, non testable		Score «motricité» : /100 Contraction anale : oui/non		Score ASIA Date de l'examen Niveau neurologique* Sensitif droite gauche Moteur droite gauche *Segment le plus caudal ayant une fonction normale Lésion médullaire** Complète ou incomplète ** Caractère incomplet défini par une motricité ou une sensibilité du territoire S4-S5 Échelle d'anomalie ASIA A B C D E A = complète : aucune motricité ou sensibilité dans le territoire S4-S5 B = incomplète : la sensibilité mais pas la motricité est préservée au-dessous du niveau lésionnel, en particulier dans le territoire S4-S5 C = incomplète : la motricité est préservée au-dessous du niveau lésionnel et plus de la moitié des muscles testés au-dessous de ce niveau a un score > 3 D = incomplète : la motricité est préservée au-dessous du niveau lésionnel et au moins la moitié des muscles testés au-dessous du niveau a un score > 3 E = normale : la sensibilité et la motricité sont normales Préservation partielle*** Sensitif droite gauche Moteur droite gauche *** Extension caudale des segments partiellement normaux Syndrome clinique : Centromédullaire Brown-Sequard Moelle antérieure Cône terminal	
Évaluation sensitive Toucher Piqûre D G D G C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 T1 T2 T3 T4 T5 T6 T7 T8 T9 T10 T11 T12 L1 L2 L3 L4 L5 S1 S2 S3 S4-5		Score «toucher» : /112 Score «piqûre» : /112 Sensibilité anale : oui/non		0 = absente 1 = diminuée 2 = normale NT, non testable			

Mise à jour Automne 2019 / Médecins de Montagne RA

ITEMS DU FORMULAIRE DE SAISIE DE LA FICHE D'INTERVENTION MCS

** Champ obligatoire*

Etape 1

Médecin

Commune du médecin

Numéro d'intervention*

Lieu d'intervention*

Commune d'intervention*

Etape 2

Date d'intervention*

Nom du patient*

Prénom du patient*

Sexe du patient*

Date de naissance du patient

Age du patient

Etape 3

Mode de déclenchement*

Période de déclenchement*

Jour (8 :00 – 20 :00)

Nuit (20 :00 – 8 :00)

Durée de l'intervention (en minutes)*

Bilan passé au C15

Oui – Non

Demande d'indemnisation

Oui – Non

Sortie avec VRM (item réservé aux MCS07-26)

Oui – Non

Etape 4

Motif de déclenchement*

Traumatisme grave grade A, B ou C

ACR : Arrêt Cardio Respiratoire

Hyperalgie : analgésie IV morphinique +/- kétamine,...

Neurologie aiguë : déficit neurologique, convulsion...

Urgence pédiatrique

Hémorragie grave

Sepsis grave

Urgence psychiatrique

Circonstance d'AMU nécessitant l'envoi d'un SMUR

Cardiologie aiguë (douleur thoracique, trouble du rythme...)

Coma : trouble de la conscience

Malaise, syncope

Allergie grave : choc anaphylactique, œdème de Quincke,...

Pneumologie aiguë : Asthme sévère, dyspnée,...

Accouchement

Intoxication

NOVI et/ou CIRCONSTANCES PARTICULIERES

Etape 5

Drogue utilisée

Oui – Non

Morphine

Kétamine Antalgie Sédation

Adrénaline

Ténecteplase (Métalyse)

Kétamine ISR

Célocurine

Nébulisation aérosol

Oxygène

Remplissage > 1000 ml

Exacyl

Autre

Aspirine per os

Aspirine IV

Enoxaparine (Lovenox® 10000UI/1ml)

Enoxaparine (Lovenox® 6000UI/0,6ml)

Clopidogrel (Plavix®)

Trinitrine (Natispray)

Chlorure Calcium

Amiodarone (Cordarone IV)

Adénosine (Krenosin®)

Diltiazem (Tildiem)

Furosémide (Lasilix) IV

Atropine

Ephédrine

Mannitol

Naloxone (Narcan)

Flumazénil (Anexate)

Nalbuphine

Midazolam

Kétoprofène (Profénid IV)

Méthylprednisolone (Solumédrol®)

Salbutamol (Ventoline spray ou aérosol)

Glucose 30% 10ml

Glucagon (Glucagen)

Loxapine (Loxapac)

Diazepam (Valium)

Ceftriaxone (Rocéphine)

Ocytocine (Syntocinon)

Ipratropium (Atrovent® Adulte 0,50mg/2ml sol pour inhal

Ipratropium (Atrovent® Enfant 0,25mg/1ml sol pour inhal

Autre

Etape 6

Utilisation du matériel

Oui - Non

Geste pratiqué

Oui – Non

Voie veineuse périphérique

Trocard intra-osseux

Dextro

ECG

DSA

Bloc Ilio Fascial (BIF)

Intubation Oro Trachéale (même si échec)

Fastrach (masque laryngé)

ETCO²

Autre

Etape 7

Devenir du patient

Hospitalisation

Retour à domicile

Décédé sur place

Transport médicalisé

Oui – Non

Etape 8

Diagnostic (thésaurus)

Score de gravité*

Score 1 Malades stables ne nécessitant pas de soins sur place (*Gastro-entérite simple, malaise vagal non symptomatique, contusion*).

Score 2 Malades stables nécessitant au moins un acte diagnostic ou thérapeutique sur place (*Bronchopneumopathie simple, colique néphrétique, Plaie à suturer*).

Score 3 Malades instables sans mise en jeu immédiate du pronostic vital (*Crise d'asthme simple, sub-OAP, Fracture du fémur*).

Score 4 Malades ayant leur pronostic vital ou fonctionnel engagé sans nécessité de gestes de réanimation (*IDM, OAP, Trauma grave sans geste de réanimation (poly fracturé), asthme aigu grave*).

Score 5 Malades ayant leur pronostic vital engagé nécessitant des gestes de réanimation (*Coma, ACR, état de choc, Intubation, Défibrillation, Remplissage vasculaire*).

Score 6 Malades décédés avant l'arrivée du MCS

Commentaires