



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2020

N°313

**DÉTERMINANTS ET ENJEUX DE LA RELATION
CONFRATERNELLE ENTRE MÉDECIN CORRESPONDANT
SAMU ET MÉDECIN RÉGULATEUR EN DRÔME-ARDÈCHE**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 3 Novembre 2020
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Victor BARBAUD
Né le 8 Septembre 1990 à Caen (14)

Et

Aurèle BONNET
Né le 18 Juillet 1990 à Tulle (19)

Sous la direction du Dr Frédéric ZORZI



Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2020/2021

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COCHAT	Pierre	Pédiatrie (<i>en retraite à compter du 01/03/2021</i>)
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FINET	Gérard	Cardiologie
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
MIOSSEC	Pierre	Rhumatologie
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire (<i>à la retraite au 01.04.2021</i>)
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Cardiologie (<i>en disponibilité jusqu'au 31.08.21</i>)
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophthalmologie
DOUEK	Charles-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie

EDERY	Charles Patrick	Génétique
GAUCHERAND GUEYFFIER	Pascal François	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HONNORAT LERMUSIAUX LINA	Jérôme Patrick Bruno	Neurologie Chirurgie thoracique et cardiovasculaire Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MERTENS MORELON MOULIN NEGRIER RODE SCHOTT-PETHELAZ TRUY TERRA TURJMAN	Patrick Emmanuel Philippe Claude Gilles Anne-Marie Eric Jean-Louis Francis	Neurochirurgie Néphrologie Endocrinologie Hématologie ; transfusion Médecine physique et de réadaptation Epidémiologie, économie de la santé et prévention Oto-rhino-laryngologie Psychiatrie d'adultes ; addictologie Radiologie et imagerie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

ADER ARGAUD AUBRUN BADET BERTHEZENE BESSEREAU BRAYE	Florence Laurent Frédéric Lionel Yves Jean-Louis Fabienne	Maladies infectieuses ; maladies tropicales Réanimation ; médecine d'urgence Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Urologie Radiologie et imagerie médicale Biologie cellulaire Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
BUZLUCA DARGAUD CALENDER CHAPURLAT CHARBOTEL COLOMBEL COTTIN COTTON DAVID DEVOUASSOUX DI FILLIPO DUBERNARD DUBOURG	Yesim Alain Roland Barbara Marc Vincent François Jean-Stéphane Mojgan Sylvie Laurence Gil	Hématologie ; transfusion Génétique Rhumatologie Médecine et santé au travail Urologie Pneumologie ; addictologie Radiologie et imagerie médicale Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Anatomie et cytologie pathologiques Cardiologie Physiologie Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMORTIER FANTON FAUVEL FELLAHI FERRY FOURNERET FROMENT (TILIKETE) GUENOT GUIBAUD JACQUIN-COURTOIS JAVOUHEY JUILLARD JULLIEN KODJIKIAN KROLAK SALMON LEJEUNE	Jérôme Laurent Jean-Pierre Jean-Luc Tristan Pierre Caroline Marc Laurent Sophie Etienne Laurent Denis Laurent Pierre Hervé	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Médecine légale Thérapeutique Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Maladie infectieuses ; maladies tropicales Pédopsychiatrie ; addictologie Neurologie Neurochirurgie Radiologie et imagerie médicale Médecine physique et de réadaptation Pédiatrie Néphrologie Dermato-vénéréologie Ophtalmologie Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie Biologie et médecine du développement et de la

LESURTEL	Mickaël	reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE	Philippe	Chirurgie générale
MICHEL	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MURE	Pierre-Yves	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
NICOLINO	Marc	Chirurgie infantile
PICOT	Stéphane	Pédiatrie
PONCET	Gilles	Parasitologie et mycologie
POULET	Emmanuel	Chirurgie viscérale et digestive
RAVEROT	Gérald	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAY-COQUARD	Isabelle	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
ROBERT	Maud	Cancérologie ; radiothérapie
ROSSETTI	Yves	Chirurgie digestive
ROUVIERE	Olivier	Médecine Physique de la Réadaptation
ROY	Pascal	Radiologie et imagerie médicale
SAOUD	Mohamed	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHAEFFER	Laurent	Psychiatrie d'adultes et addictologie
VANHEMS	Philippe	Biologie cellulaire
VUKUSIC	Sandra	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
WATTEL	Eric	Neurologie
		Hématologie ; transfusion

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
COUR	Martin	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY	François	Neurologie
EKER	Omer	Radiologie ; imagerie médicale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESCA	Gaëtan	Génétique
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MOKHAM	Kayvan	Chirurgie viscérale et digestive

MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Pédiatrie
PIOCHE	Mathieu	Gastroentérologie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROMAN	Sabine	Gastroentérologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAUT	Hélène	Cardiologie
VENET	Fabienne	Immunologie

**Professeur des Universités
Classe exceptionnelle**

PERRU	Olivier	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
-------	---------	--

**Professeur des Universités - Médecine Générale
Première classe**

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent

**Professeur des Universités - Médecine Générale
Deuxième classe**

ZERBIB	Yves
--------	------

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

Professeurs associés autres disciplines

BERARD	Annick	Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique
CHVETZOFF	Gisèle	Médecine palliative
LAMBLIN	Géry	Gynécologie ; obstétrique

Professeurs émérites

BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie

PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SCHEIBER	Christian	Biophysique ; Médecine Nucléaire
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
TOURAINE	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

**Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Hors classe**

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

**Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Première classe**

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARRIERE	Sybil	Endocrinologie
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

**Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe**

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie

DURUISSEAUX	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timothée	Neurochirurgie
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACQIN REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LEMOINE	Sandrine	Néphrologie
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie
ROUCHER BOULEZ	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire

**Maître de Conférences
Classe normale**

DALIBERT	Lucie	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
GOFFETTE	Jérôme	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
LASSERRE	Evelyne	Ethnologie préhistoire anthropologie
LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALLO	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Maitre de Conférence de Médecine Générale

CHANELIERE	Marc
------------	------

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
PIGACHE	Christophe
ZORZI	Frédéric

Le Serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

À Monsieur le Professeur TAZAROURTE Karim

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de présider ce jury, et d'avoir consacré du temps à notre travail et ce, dès l'élaboration de notre protocole d'étude. Trouvez ici l'expression de notre considération la meilleure.

À Madame la Professeure PERDRIX Corinne

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger à notre jury de thèse et d'apporter à notre travail votre expertise en matière de communication. Merci de la confiance dont vous témoignez en acceptant de nous juger.

À Monsieur le Professeur ROLLAND Benjamin

Nous vous remercions d'avoir accepté de prendre in extremis le relais de votre confrère. Votre présence illustre parfaitement la notion de confraternité qui est au centre de notre travail. Soyez assuré de notre considération et de notre gratitude.

À Monsieur le Docteur ZORZI Frédéric,

Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse et de vous être investi dans ce travail avec nous, avec la bienveillance et l'humour qui sont vôtres. Malgré la contrainte d'une communication à distance pour l'essentiel, nous avons toujours pu trouver sous cette direction des échanges pertinents et constructifs.

À l'association MCS, Aurélie Liotard et tous les MCS et régulateurs qui ont participé à ce travail. Merci à eux de nous avoir donné l'envie d'exercer ce métier et de nous avoir accompagné dans nos premiers pas.

Remerciements Victor

À ma famille que j'aime,

Merci à mes parents de m'avoir soutenu et de nous avoir fait confiance,

Maman, pour ta force et ta sagesse immuables. Ton amour de mère italienne nous permet de nous réunir ensemble autour de la bienveillance et de la considération de l'autre. Tu m'as appris la complexité des sentiments et une certaine forme de pragmatisme, celui qui sait apercevoir la beauté de chaque instant.

Papa, ton amour des mots et ta vision éclairée de la vie, parfois à l'écart de ce monde, m'ont appris à entrevoir l'intemporalité et savoir admirer les gens qui m'entourent. Ton dévouement sans faille auprès de tes enfants restera le plus beau modèle d'amour paternel qu'il m'a été donné de voir. Tu m'as permis de comprendre que l'imaginaire est source de vie.

Merci à mes sœurs et mon frère, d'avoir passé autant de moments de rigolades et de bêtises, tous unis dans une ambiance chaleureuse.

Gabrielle, ta tendresse et ta générosité m'ont guidé tout au long de ces années. Tu as très largement contribué à ouvrir ma vision de la vie. Ta créativité m'époustoufle à chaque fois. Merci aussi de m'avoir montré la beauté d'une famille avec Gabin et notre magnifique Alma.

Juliette, ta sensibilité et ta férocité bienveillante m'ont appris qu'on pouvait être sans paraître. Les souvenirs de notre enfance de faux jumeaux sont toujours source de bien-être. Je suis admiratif de ton regard sur l'autre et de la justesse de ton ressenti. Merci à Yohan, pour cette famille que vous allez fonder. J'attends impatiemment la venue de votre fille.

Axel, mon petit frère, celui que j'ai toujours attendu pour faire face à cette domination sororale ! Ta capacité à voir ce qui est essentiel m'inspire. J'ai beaucoup de chance de t'avoir près de moi tout ce temps. Bravo pour tout ce que tu as accompli. Je suis heureux d'être près de toi pour ce qu'il te reste à découvrir.

Evelyne, Louis-Marie, Agnès, Sylvain, Augustin, Emilie, Marthe merci pour votre générosité et votre accueil au sein de cette belle famille vendéenne. Merci à Agnès et Sylvain pour votre rayonnement d'amour et de beauté.

Ma marraine Odile, merci d'avoir pris le temps de me montrer que l'amour d'une famille peut dépasser l'espace et le temps.

Mamie Bernay et Max, pour ces souvenirs d'enfance et ces racines normandes.

Bon Papa et Mamie Bidou, pour l'amour que vous avez pu nous transmettre.

À Fernand, « Papy Briquet » et Suzanne pour nous avoir laissé le souvenir d'un amour véritable.

Jean-Marie et Catherine pour votre accueil réconfortant et le sauvetage orthographique.

À mes amis angevins que j'aime,

Théo, ta présence apaisante et révoltée crée toujours une forme de perfection. Ton esprit critique, ponctué de sensibilité et d'humour, me permet de déceler ce qui importe vraiment.

Quentin, merci pour toutes ses touches de tendresse et de fausse naïveté que tu distilles autour de toi. J'ai hâte de te retrouver et de rire fort dans l'eau.

Mocka, merci pour ta présence et ton soutien infailibles. Notre complémentarité m'a toujours interpellé. Tu es un modèle d'inspiration de dévouement à l'autre.

Laure, ton apparente désinvolture m'a ensuite laissé voir ta force et une volonté sans limite. J'adore pouvoir partager la médiocrité de l'humour à tes côtés.

Solène, ta générosité positive et ton caractère m'ont impressionné dès le premier jour. Tu sais rendre les gens heureux, ce qui n'est pas rien.

Joris, merci pour ton rire si communicatif et tes espiègleries sans fin. Il est évident que la fête n'a pas le même sens quand tu es là. Pressé d'enfin pouvoir profiter de La Rochelle avec Amandine et toi.

Valou, compère maléfique et généreux, merci de savoir partager ta réflexion au moment le plus juste. Je saurai toujours te retrouver au milieu de la nuit.

Claire B, merci de partager ton sourire et ta bonne humeur. Ta capacité à rendre possible tes désirs est admirable.

Rémi, acrobate talentueux, tu joues des sons et des pirouettes avec beauté. J'aime beaucoup rire à tes côtés. Ton élan vital illumine tout ce que tu touches.

Clémentine, tu laisses entrevoir que réunir travail, fête et vie sont trois mots qui peuvent se juxtaposer sans crainte. Merci de ta présence toujours plaisante.

Melissa, Wouahou ! Non vraiment, quand je te regarde, je te vois toujours d'en-dessous tant tu m'impressionnes par ton charisme, ta sincérité et ta manière si singulière d'avoir porté le genre féminin à ce qu'il y a de plus haut.

Marion, merci pour l'investissement que tu consacres aux autres avec sincérité et conviction. Hâte de venir voir ton petit coin de paradis.

Taoufik, tu sais tirer les gens vers ce qu'ils ont de meilleurs. Merci d'avoir pris soin de Louise pendant cette année si importante.

Maugralot, merci pour tous ces moments de partage et de savoir magnifier la van life. Bravo pour ces projets tout à fait appétissants.

JD, ta façon de t'affirmer n'a d'égale que ta gentillesse. Profite pleinement de la vie andalouse.

Legal, Bouddha, tu sais rassembler les moins sages autour de toi pour permettre l'éveil dionysiaque.

Chico, malin et courageux, merci pour tous ces moments de rires et de surpassement de soi.

Sarah, Céline, Laura, merci de rendre nos retrouvailles à chaque fois plus intenses et vivifiantes.

À mes amis Lyonnais que j'aime,

Jules, mon Julio, notre rencontre a métamorphosé les attentes que j'avais de la vie. Tu m'as appris à faire confiance, à dompter le spleen et à chérir l'indicible. J'aime le temps quand il passe à tes côtés.

Marty, l'un des bâtisseurs, celui qui touche la pierre pour la transformer en terre meuble. Formidable interprète des sentiments, j'aime te serrer dans mes bras.

Clarisse, inarrêtable dans ta bonne humeur, ta malice et ton esthétisme. Tu sais transmettre ta joie de l'inattendu. Merci de nous avoir permis la rencontre de Robin, incroyable dancing partner.

Lulu, merci pour la facilité d'expression de ce que l'on ressent à tes côtés. Hâte de voir ta créativité s'épanouir pleinement.

Alice, merci pour ces mois buxois d'hédonisme et ces moments partagés chez René. Pressé de te revoir.

Thomas, Fortunat et PH, mes négros ! Quatuor de calme et tempête ! Quel plaisir d'avoir découvert mes premières expériences d'internat à vos côtés. Merci également aux Romanais en tout genre, assoiffés de nature et champignons : Julia, Céline, Alexis, Clémentine, Sophie et Simon.

Adrien, pour ces sessions à Santocha, l'amour de ton prochain et la simplicité avec laquelle tu sais réunir les gens.

Pierre Coutand, merci pour toutes ces parties de jeux, fêtes et contes de la vie ordinaire.

Mandin, ce petit temps d'avance que tu as sur tes contemporains s'associe finement avec ce brin de folie tout à fait anachronique.

Raph, exploratrice de talent en mer, montagne et bitume ! Merci pour ces très bonnes vibrations que tu transmets.

Merci à la collocation hétéroclite : Sana, Roxane et Yasmina pour votre énergie communicative et tous ces moments de fête au sommet.

Nico et Virgo, monstre de générosité à deux têtes, vous nous indiquez nonchalamment quelle peut être la voie du bonheur.

Queen A, merci d'avoir partagé ta couchette, ta bonne humeur et tes anglicismes fantastiques notamment dans la brume burgienne.

Mehdi, merci pour ce confinement trois étoiles. Merci également à Jonas d'avoir supporté notre absence remplacée par une hyper présence.

Michel, merci pour tes conseils et ton engagement impressionnant en surf. Pressé de remettre ça très vite.

Baptiste et Martin, votre ouverture au monde et votre sens du spectacle rendent ce qui nous entoure beaucoup plus beau et excitant.

Gwen, pour ce jusqu'au-boutisme breton, j'aime me bidonner avec toi. Merci de nous avoir introduit la première dame en la personne de Caro, pêche parmi les poires. J'espère que nos routes se croiseront très vite.

Adèle, merci pour le réconfort que tu apportes implicitement et l'intérêt que tu portes aux autres.

À mes amis cosmopolites que j'aime,

Claire Coutand, un seul coup d'œil et tu as tout compris. Tu explores chaque aspect de la vie avec cette aura solaire.

Chenal, Koün, chevalier romanesque de la nuit, ton écoute attentive des bruits, des sons et des mots me touche. Au plaisir d'échanger autour d'une buxoise.

Sophie Goupille, je me suis toujours demandé en te voyant comment une simple enveloppe corporelle pouvait contenir une telle flamme intérieure ?

Jarny, Wallace, Alex, Zaout, Léo... avec vous la bamboche, c'est pas terminé ! Merci pour ces moments de contemplation du plaisir et de la joie !

À mon partenaire de labeur et de rire,

Aurèle, pluripotent, ton goût de la musicalité et du partage ont permis de créer une amitié qui sait s'adapter à tous les tourments de la vie. Beaucoup de choses ont été possibles grâce à ta générosité et ta tolérance. Tu m'as appris que la passion était une condition nécessaire au bonheur.

À mon amoureuse,

Louise, mon amour. Je réalise chaque instant la chance que j'ai de te connaître. Je ne pensais pas cela possible, aimer quelqu'un pour chaque regard, chaque sourire. J'aime ton souffle mélodieux, ton rire dévastateur, tes grains de folle beauté, l'horizon est vaste devant nous. Faire face à ces tumultes de la vie avec toi me conforte dans l'idée que j'avais de l'amour.

Merci également à tous les médecins que j'ai eu la chance de croiser, Pierre Grosmaître, Vincent Jaumotte, Frédéric Renou, Fanny Casanova, Claire Garnier, les pédiatres de l'HFME, Frédéric Dubas notamment pour m'avoir mis sur le chemin, celui qui nous pose la question du sens dans notre métier.

Remerciements Aurèle

Aux médecins que j'ai rencontrés et qui ont marqués mon externat et mon internat, au premier rang desquels mes maitres de stage en médecine générale puis collègues, buxois et cheylarois : Vincent Jaumotte, Fanny Casanova, Claire Garnier, Frédérique Renou, Coralie Ponce, Alexis Perret, Pierre Sauzet. Vous avez su m'offrir les modèles que j'attendais pour comprendre et apprendre cette profession et me construire en tant qu'humain comme en tant que professionnel. Aux amitiés qui en sont nées.

À Sylvie, Nadège, Gaele, Sandrine, Jess, secrétaires et paramédicaux qui nous accompagnent toute la journée avec tant d'énergie et de fun.

À mes parents que j'aime, tant. À votre force, votre constance, à l'exigence de vos convictions, humaines et politiques, qui vous ont permis de traverser tant de choses. À votre présence, votre confiance en moi et votre soutien, dans tous les chemins que j'ai pu emprunter. À votre amour sans faille.

À mes deux frangins, modèles précieux depuis toujours, amis aimants et indispensables depuis qu'on a quitté le berceau. Merci à vous deux, Laulau et Tristana, de nous offrir à tous votre présence si belle et forte, et qui me donne tant confiance en nos bonheurs futurs.

À Sophie et Thierry, jouquards fabuleux, pour votre accueil, votre présence et votre richesse.

À mes premiers modèles, maîtres danseurs et musiciens, Rémy Bourgeois, Elisabeth Chaffaud, Sylvie Magne, Benoit Cormerais, qui m'apprennent exigence, labeur et bonheur.

À mes premiers amours musicaux,

Bernard Lamailloux, qui m'apprit que la musique était si simple et qu'il suffisait de l'offrir. À mon Paulet pour cette tranche de vie si intense.

Aux Socks, laboratoire de musique et de vie tellement fondateur, Florin, icône de talent, de justesse et de tempérance, Gaspich, grandeur et démesure iconoclaste, mon Pipo, mon nouvel employeur, qui arrive à être source d'autant d'admiration que d'amour et de marade.

Au Collectif Big Easy, pour m'avoir ramené à la musique et amené à la Drôme.

À vous les Berto, Bruno, Pleuh, Gorge, Triquet, Vovo... pour associer toujours sagacité et débilité, poilade bruyante et fine pensée, pour m'avoir démontré que la cuivraille est le plus grand des psychostimulants.

À Bastos et Yan-Lou, aux gars du Pigalle, d'avoir accompagné la rédaction de cette thèse de votre musique si vraie, de vos belles marinières et de vos lanciers de dé.

À mon immense famille de la Fanfare Médecine Tours, la Vaginale, majestueuse et terrifiante, dans laquelle se crée depuis toujours les plus grands et beaux moments de joie, de rire, de jouissance, de tendresse, et de musique ! Léa, Clara, Boudali, Kiki, Konga, Sarradin, Alexia, PA, Starfouf, Justine ma petite sœur, Adama, Guizmo, Merdier, Groger, Cup, Tataxoneme, Cédric, Sousou, Faustine, Boris, Les Dupondts, Rabois, Yacin, Moritz, Biquet, Dylou, Ludo, Anto, Pingu...

Aux vieux de vieux, Sacoche, Anouk, Cilcé, Dédé, Nat, Bidi, Nina, Manix. À toi Léa.

À mon Noctave, mon Dr Carter. Pour avoir découvert ce monde et tracé avec moi, comme deux frangins, les directions de nos vies. Quelle amitié j'ai pour toi, et quel respect pour ce que tu es en train d'accomplir.

À Lixfé, ton intelligence et ta ténacité, mon ami que je continue à poursuivre dans l'aventure de la vie.

À mes colocataires du 339, pour tellement trop de choses. À toi mon Jim, pour ta force à créer de nouveaux chemins dans ce monde, et à en inspirer les autres. Pour ta métaphysique, pour ta bienveillance, pour ton élan, pour ta confiance.

À Floriane, pour avoir créé la team sud et m'avoir montré qu'on peut relever des défis pour lesquels on n'a pas de médaille.

Aux Stomps,

À mon Yoda, pour ta générosité, ta simplicité, ta confiance, ta façon de tout transmettre en joie et en chanson. À toi et Julie, ma sacrée pote, pour la beauté de ce que vous avez créé, qui m'inspire tant.

Mon Loulou, pour ta force à nous emmener tous, à nous permettre de regarder en nous et à nous tourner vers les autres avec envie et confiance, pour être parti mille fois à l'aventure avec moi.

Mon Jean-Loup, ta malice et ton impertinence, pour le modèle de musicien et de médecin que tu as représenté pour moi, avant de devenir cet ami.

À Juliette, pour avoir traversé tellement de choses ensemble et en avoir gardé le meilleur.

Mon Dirna, pour l'écoute, pour la tendresse, pour ta finesse, toujours ta finesse, pour ces moments partagés depuis si longtemps sur nos deux vélos.

Et à toi mon Verney, mon partenaire, punk réfléchi et abruti de génie, tu apportes tant à tous tes univers. On a pu tout créer ensemble, tout découvrir, et c'était si évident et jouissif.

Merci à vous pour l'équilibre superbe, créatif, hilarant, musical qui toujours se crée. À votre amitié.

À Julia, Céline, JB, Nico, mes co-internes et colocs de villa romanaise, de Galoubet, de maison péageoise, pour le meilleur des quotidiens, pour la générosité et l'intelligence de ces moments. Simon et Sophie pour cet équilibre parfait entre la délicatesse de votre tendresse et la force de vos valeurs, Alexis et Clémentine pour cette folie douce si heureuse et contagieuse, ma Débobo, pour cette intensité de vie et de partage.

À mes colocataires du 12,

Mehdi, pour la simplicité de ces moments avec toi.

Jojo, pour avoir supporté notre présence comme notre absence.

Toi mon Julo, mon sombre poète, mon philosophe cruel, sourcilleux et aimant, qui contemple et raconte ensemble la médiocrité et la beauté de l'humain. Ton regard et ta pertinence me seront toujours nécessaires. À Lulu, de le rendre heureux, de nous rendre heureux.

Ma Louison, cadeau inattendu, trésor de rire, d'envie, de chanson, d'écoute, d'intelligence, de candeur. À chaque instant, l'un ou l'autre surgit. C'est toujours superbe. À Claire, pour cette lucidité fantasque qui illumine chaque instant à tes côtés.

À mon Vico. Parce qu'il était si bon et simple de vivre ensemble ces 5 dernières années, d'en relever les défis, de partager sans pudeur ce qui est dur et ce qui est bon, d'y trouver toujours le plaisir, l'utilité et la vertu, de se nourrir de ta lumière et de ta tendresse.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	9
REMERCIEMENTS VICTOR	10
REMERCIEMENTS AURELE.....	16
TABLE DES MATIERES	19
GLOSSAIRE	21
INTRODUCTION.....	23
I. ORGANISATION DES URGENCES PREHOSPITALIERES	23
II. MEDECIN CORRESPONDANT SAMU (MCS)	24
1) HISTORIQUE.....	24
2) FONCTION	24
3) FORMATION.....	25
4) MODE DE DECLENCHEMENT.....	25
III. MEDECIN REGULATEUR.....	26
1) HISTORIQUE.....	26
2) FONCTION	27
3) FORMATION.....	27
IV. PARTICULARITES DU TERRITOIRE DROME-ARDECHE	28
1) ORGANISATION DE L'AMU EN DROME-ARDECHE (DONNEES SEPTEMBRE 2020)	28
2) DISPOSITIF MCS.....	28
V. RELATION CONFRATERNELLE ENTRE LE MCS ET LE REGULATEUR.....	31
MATERIEL ET METHODE.....	33
I. CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE	33
II. PROTOCOLE DE L'ETUDE.....	34
1) ÉQUIPE DE RECHERCHE	34
2) ÉLABORATION DES CANEVAS D'ENTRETIEN.....	34
3) CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON.....	34
4) RECUEIL DES DONNEES, CONSENTEMENT ET CONFIDENTIALITE	35
5) ANALYSE DES ENTRETIENS	36
III. REVUE DE LA LITTERATURE.....	37
RESULTATS.....	38
I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	38

II. AIDE APPORTEE PAR LE REGULATEUR.....	39
1) LOGISTIQUE	39
2) THERAPEUTIQUE.....	39
3) DIAGNOSTIQUE	40
4) TECHNIQUE.....	41
III. CONTRAINTES ENTRAVANT LA RELATION	42
1) CONTRAINTES ENVIRONNEMENTALES EN INTERVENTION	42
2) DIFFICULTE DE LA GESTION DU STRESS ET DES EMOTIONS	42
3) CONTRAINTES LIEES A L'ORGANISATION DE L'AMU	42
IV. RESSENTI D'UNE RELATION CONFRATERNELLE SPECIFIQUE	44
1) PERCEPTION DE L'APPORT DU MCS	44
2) PERCEPTION DE L'APPORT DU REGULATEUR	45
3) PERCEPTION D'UNE COMPLEMENTARITE	46
4) PERCEPTION DU RAPPORT HIERARCHIQUE	47
V. DIFFICULTES DE TRAVAILLER EN EQUIPE SANS SE CONNAITRE	48
1) INTERET D'UNE CONNAISSANCE MUTUELLE.....	48
2) ETAT DES LIEUX D'UNE MECONNAISSANCE MUTUELLE	48
3) MECONNAISSANCE A L'ORIGINE D'UN MANQUE DE CONFIANCE ENVERS LE MCS	49
4) QUESTION D'UN SOUS-ENGAGEMENT DES MCS.....	49
5) PISTES D'AMELIORATION DU TRAVAIL EN EQUIPE	50
VI. SYNTHESE DES RESULTATS	52

DISCUSSION **54**

I. DISCUSSION DE LA METHODE	54
II. COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE	56
1) UN MODELE RELATIONNEL POUR COMPRENDRE LA RELATION MCS-REGULATEUR.....	56
1.1) Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle décrit par D'Amour et al. (2004) (24)	56
1.2) La relation MCS-Régulateur sous le prisme de l'amitié aristotélicienne	59
2) REPARTITION DES ROLES ET DES RESPONSABILITES	63
2.1) Perception de la répartition des rôles.....	63
2.2) Manque de cadre institutionnel dans la répartition des rôles.....	64
2.3) Une responsabilité médico-légale partagée	65
3) FAVORISER LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ENTRE MCS ET MEDECIN REGULATEUR.....	66
3.1) Temps d'échange informels	66
3.2) Développement de formation et simulations interprofessionnelles.....	67
3.3 Intégration des CESU locaux.....	68
3.4 Développement de réunions d'échanges au sein du dispositif MCS	69
3.4.1 Création de groupes de pairs®	69
3.4.2 Démarches d'analyse des événements indésirables associés aux soins de santé (E AIS).....	69

CONCLUSION..... **71**

BIBLIOGRAPHIE **73**

ANNEXES..... **77**

GLOSSAIRE

ACR	Arrêt cardio respiratoire
AMU	Aide Médicale Urgente
ARS	Agence Régionale de Santé
AURA	Auvergne Rhône-Alpes
CAMU	Capacité d'Aide Médicale Urgente
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CHUGA	Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble-Alpes
CIPS	Consortium Pancanadien pour l'Inter Professionnalisme en Santé
CMU	Capacité de Médecine d'Urgence
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CoviD 19	Coronavirus Disease 2019
CPAM	Caisses Primaires d'Assurance Maladie
CREX	Comités des Retour d'Expérience
CUMG	Collègue Universitaire de Médecine Générale
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC	Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
EIAS	Événements Indésirables Associés aux Soins de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
ISP	infirmier Sapeurs-Pompiers
MCS	Médecin Correspondant SAMU
MdeM	Médecin de Montagne
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
PARM	Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale
PDS	Permanence d'Accès aux Soins
PUI	Pharmacies à Usage Intérieure
RMM	Revue de Morbidité et Mortalité
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences

SDIS	Service d'Incendie et de Secours
SIP	Simulation Inter-Professionnelle
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
VSM	Véhicule de Secours Médical
VVP	Voie Veineuse Périphérique

INTRODUCTION

I. Organisation des urgences préhospitalières

L'Aide Médicale Urgente (AMU) a été créée afin « *d'assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état* »(1). Celle-ci permet la création d'une chaîne de secours.

L'élément central de l'AMU est le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU). Il s'agit d'un centre de réception et de régulation des appels : SAMU-Centre 15.

Un médecin régulateur, urgentiste ayant une formation spécifique, y est présent en continu, afin de répondre à la demande du patient ou celle émanant d'un tiers. Il est épaulé par des Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM). Si le médecin régulateur juge que la situation nécessite une prise en charge médicalisée urgente, il peut décider de déclencher un effecteur qui va intervenir sur place.

Les principaux effecteurs médicaux sont les Services Mobiles d'Urgence et Réanimation (SMUR). Ce sont des structures mobiles destinées à apporter les soins d'urgence et réanimation. L'équipe est composée d'un médecin urgentiste, d'un Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) et/ou d'un ambulancier.(2)

Les autres effecteurs médicaux sont les médecins généralistes, par leur participation à la permanence d'accès aux soins (PDS), à des associations type SOS Médecins, et par l'exercice de médecins Sapeurs-Pompiers, dépendants du Service d'Incendie et de Secours (SDIS).

Dans certaines circonstances, lorsque le délai d'intervention du SMUR est long, le régulateur peut déclencher un autre effecteur : le Médecin Correspondant Samu (MCS), médecin généraliste libéral spécifiquement formé. Celui-ci est déclenché en parallèle d'une équipe SMUR et pourra adapter les moyens en fonction de la situation : confirmation ou annulation de la nécessité de SMUR(3).

Le Centre 15 peut aussi déclencher des effecteurs paramédicaux : secouristes professionnels (Sapeurs-Pompiers, ambulanciers privés, secouristes du SDIS) et des infirmiers sapeurs-pompiers (ISP).

II. Médecin Correspondant SAMU (MCS)

1) Historique

Les premiers réseaux type MCS ont vu le jour dans des zones d'isolement géographique notamment en montagne ou dans les départements ruraux isolés dans les années 1980.(4) L'idée originelle des médecins libéraux et hospitaliers était de se donner les moyens d'assurer une prise en charge de qualité des urgences lorsqu'ils sont éloignés des structures hospitalières.

C'est dans l'arc Nord Alpin, par l'intermédiaire de l'association médecin de montagne (MdeM) que le dispositif a été créé en 2003 avec un encadrement et une réglementation spécifique : MCS Alpes du Nord.(5) Dans certaines régions, d'autres réseaux se forment de manière indépendante. Il a fallu quelques années avant que ceux-ci soient reconnus localement au sein des structures d'urgence, puis sur le plan législatif au niveau national en 2007.(3)

Le dispositif est aussi le fruit d'une volonté politique sous la présidence de Monsieur François Hollande où il a été l'un des engagements du Pacte de santé territoriale en 2012. Reconduit en 2015 avec le Pacte Territoire Santé 2, il montre un effet significatif sur l'accessibilité aux soins urgents.(6)

Depuis, le dispositif ne fait que croître. Présent sur de nombreux territoires français métropolitains et outre-mer, c'est en région Auvergne Rhône-Alpes (AURA) qu'il est le plus développé. Le nouveau schéma régional de santé AURA 2018-2023 promeut de « *développer le dispositif des médecins correspondants du SAMU pour assurer à l'ensemble de la population un accès en moins de 30 minutes à l'aide médicale urgente* ».

2) Fonction

Tout médecin généraliste volontaire, qu'il soit libéral ou salarié, installé ou non, s'il exerce dans un secteur éligible à cette activité et qu'il a suivi une formation de deux jours, peut devenir MCS(7). Le secteur d'éligibilité est défini par les Agences Régionales de Santé (ARS) : « *zone isolée par la distance ou la géographie à plus de 30 minutes d'un SMUR, par voie terrestre.* »(8)

Le MCS intervient en amont de l'intervention du SAMU afin de « *garantir aux patients une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du SMUR* ». Le but du dispositif MCS est de répondre à une accessibilité aux soins d'urgence tant sur le plan politique, sanitaire que social.

Le médecin MCS doit savoir combiner son activité de médecin généraliste au sein de son cabinet et être potentiellement déclenché lorsqu'il est d'astreinte. Lorsqu'il est déclenché, il doit pouvoir interrompre son activité et intervenir immédiatement pour une situation médicale urgente.

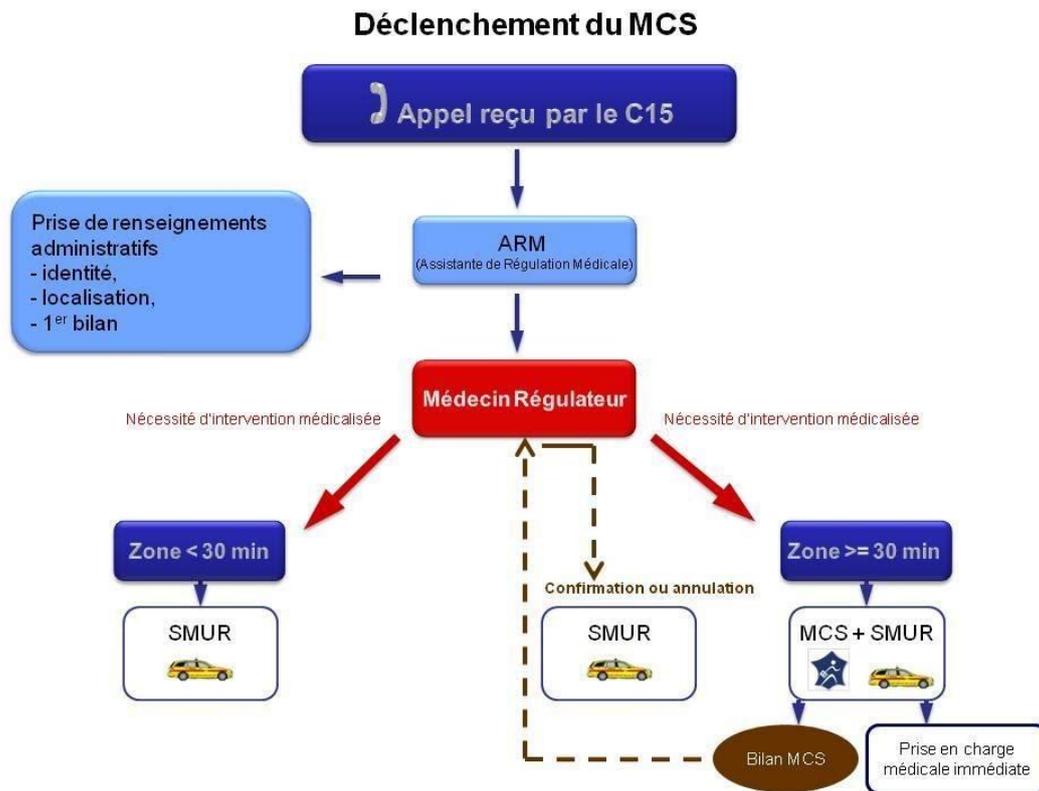
3) Formation

Le médecin est intégré au dispositif MCS au cours de cette formation et participe alors à la mission de service public de l'AMU de son centre SAMU référent. Une formation continue annuelle est obligatoire. Elle est dispensée par les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgences (CESU) de la région sous la coordination directe des centres SAMU référents. Pour exercer les fonctions de MCS, le médecin volontaire signe obligatoirement un contrat avec l'établissement siège du SAMU, l'ARS et l'association territoriale MCS dont il dépend.(3)

Cette formation s'articule autour de 4 ateliers : 3 ateliers fixes (prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire, douleur thoracique, traumatisé sévère) ainsi qu'un atelier consacré à une thématique variant avec les besoins et l'actualité (Détresse respiratoire, Pédiatrie, Accouchement inopiné par exemple). Par ailleurs, il existe des formations complémentaires répondant à des besoins plus spécifiques, non obligatoires : atelier gestes, accouchement, communications complexes, atelier de simulation haute-fidélité, etc. (9)

4) Mode de déclenchement

Le mode de déclenchement du MCS peut se faire de deux manières : soit il est déclenché par le médecin régulateur, soit il peut s'auto-déclencher en fonction de la situation clinique. Il est équipé d'un matériel spécifique et d'une dotation médicamenteuse adaptée aux soins d'urgence.(10) Le coût de cette dotation est important. Il existe un soutien financier par l'ARS AURA et un partenariat étroit avec le service biomédical et la pharmacie hospitalière du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble-Alpes (CHUGA) et de pharmacies à usage intérieure (PUI) référentes à l'échelle locorégionale.



III. Médecin régulateur

1) Historique

Les premières équipes mobiles de réanimation françaises sont créées en 1955 par le Pr Cara. À l'époque, il s'agit d'assurer les soins urgents aux accidentés de la route et les transferts interhospitaliers pour les malades atteints de paralysie respiratoire (épidémie de poliomyélite).(11)

L'extension au territoire français par la création des SMUR en 1965 est suivie de la création des SAMU en 1968 qui intègrent un centre de régulation médicale des appels et qui ont pour mission la coordination des SMUR.

Les médecins généralistes libéraux participent dès 1974 à la régulation médicale en complément des praticiens hospitaliers.

Le numéro 15, numéro gratuit d'appel national pour les urgences médicale est créé en 1978.

La loi du 06/01/1986 votée au Parlement donne enfin une assise réglementaire aux SAMU déjà existants.(12)

2) Fonction

La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur d'un centre d'appels, en réponse à une demande concernant un patient se trouvant à distance en situation d'urgence.(13) La fonction de médecin régulateur, est, pendant la période où elle est assurée, exclusive de toute autre fonction (Rapport Descours du 22/01/2003). Il se présente à l'appelant et complète si nécessaire l'interrogatoire médical.

Celui-ci comporte le motif de recours, le contexte de l'appel, les signes et symptômes perçus par le patient ou l'appelant, les antécédents ainsi que les demandes et attentes du patient.

Au terme de cet interrogatoire, le médecin régulateur établit une ou des hypothèses diagnostiques et pronostiques et évalue les risques de la situation en regard des bénéfices attendus des différentes prises en charge possibles.

Il apporte un conseil ou élabore un plan de soin qu'il va mettre en œuvre via une réponse adaptée. Il va permettre la coordination de cette réponse en portant, si besoin, assistance au patient, en anticipant chaque étape et le suivi de la prise en charge du patient. Il doit aussi prendre en compte le temps nécessaire à la prise du relais par une autre structure de santé.

Dans une intervention mobilisant un MCS, le médecin régulateur va élaborer avec lui un plan de soin adapté et organiser au besoin l'orientation et le transport du patient.

3) Formation

Le diplôme validant l'acquisition des compétences spécifiques à l'acte de régulation a été créé en 1997 à Créteil par le Dr Catherine Bertrand. Auparavant, il n'existait pas de formation spécifique. Celle-ci était intégrée dans le cursus de médecine de spécialité d'urgence.

Le diplôme universitaire d'oxyologie apparaît dans les années 1980 pour la formation des médecins généralistes à la médecine d'urgence. Il est remplacé successivement par la Capacité d'Aide Médicale Urgente (CAMU) en 1986, puis il est renommé Capacité de Médecine d'Urgence (CMU) en 1998. En Septembre 2004, le Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC), complémentaire du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale, succède à la CMU. La création spécifique du DES de Médecine d'Urgence date du 13 novembre 2015 avec son application en 2017. La réforme offre une formation complète et dédiée à la médecine d'urgence en huit semestres, avec un champ élargi de compétences.(14)

IV. Particularités du territoire Drôme-Ardèche

1) Organisation de l'AMU en Drôme-Ardèche (Données Septembre 2020)

En Drôme, le Centre de Régulation du SAMU 26 est situé à Valence. Il compte 18 médecins régulateurs et 17 PARM qui s'articulent ainsi :

- 1 médecin régulateur AMU présent 24h/24
- 1 médecin régulateur PDS présent de 19h à 8h et 24h/24 les week-ends et jours fériés
- 3 PARM 24h/24, assistés d'un quatrième de 16h à 00h et 24h/24 les week-ends et jours fériés

On compte en Drôme 4 équipes SMUR terrestres dont à :

- Valence : 2 équipes SMUR dont une détachée du service d'accueil des urgences (SAU) avec un hélicoptère qui peut en cas de carence, emmener une équipe SMUR des CH d'Aubenas ou de Privas
- Montélimar : 1 équipe SMUR détachée du SAU
- Romans-sur-Isère : 1 équipe SMUR détachée du SAU

En Ardèche, le Centre de Régulation du SAMU 07 est situé à Privas. Il compte 9 médecins régulateurs hospitaliers, 16 médecins régulateurs libéraux et 15 PARM qui s'articulent ainsi :

- 1 médecin régulateur AMU présent 24h/24
- 1 médecin régulateur PDS présent de 19h à 8h et 24h/24 les week-ends et jours fériés
- 3 PARM 24h/24, assistés d'un quatrième de 16h à 00h et 24h/24 les week-ends et jours fériés. Depuis la crise sanitaire, un médecin régulateur PDS assure une garde au SAMU tous les jours de la semaine de 08:00 à 19:00.

On compte en Ardèche 3 équipes SMUR terrestres à Privas, Annonay et Aubenas.

2) Dispositif MCS

Dans la région AURA, le nombre de MCS a considérablement augmenté passant de 88 en 2012 à 305 en 2020, répartis sur 10 départements. Le dispositif est porté par deux associations territoriales avec des missions bien définies :

- Médecins de Montagne Rhône-Alpes pour les MCS des Alpes du Nord (Ain, Isère, Savoie et Haute-Savoie) s'occupant de la formation et de la sphère biomédicale.
- Association Drôme-Ardèche pour les MCS 26-07 et de l'Auvergne pour les liquidations de forfaits astreintes et missions.(15)

Ces deux associations ont en charge la coordination générale du dispositif et en assurent le bon fonctionnement.

L'association MCS 26/07 a été créée en juillet 2013. Elle a pour objectif d'améliorer l'efficacité de l'action des MCS, de développer et de pérenniser leur activité sur les départements de la Drôme et de l'Ardèche.

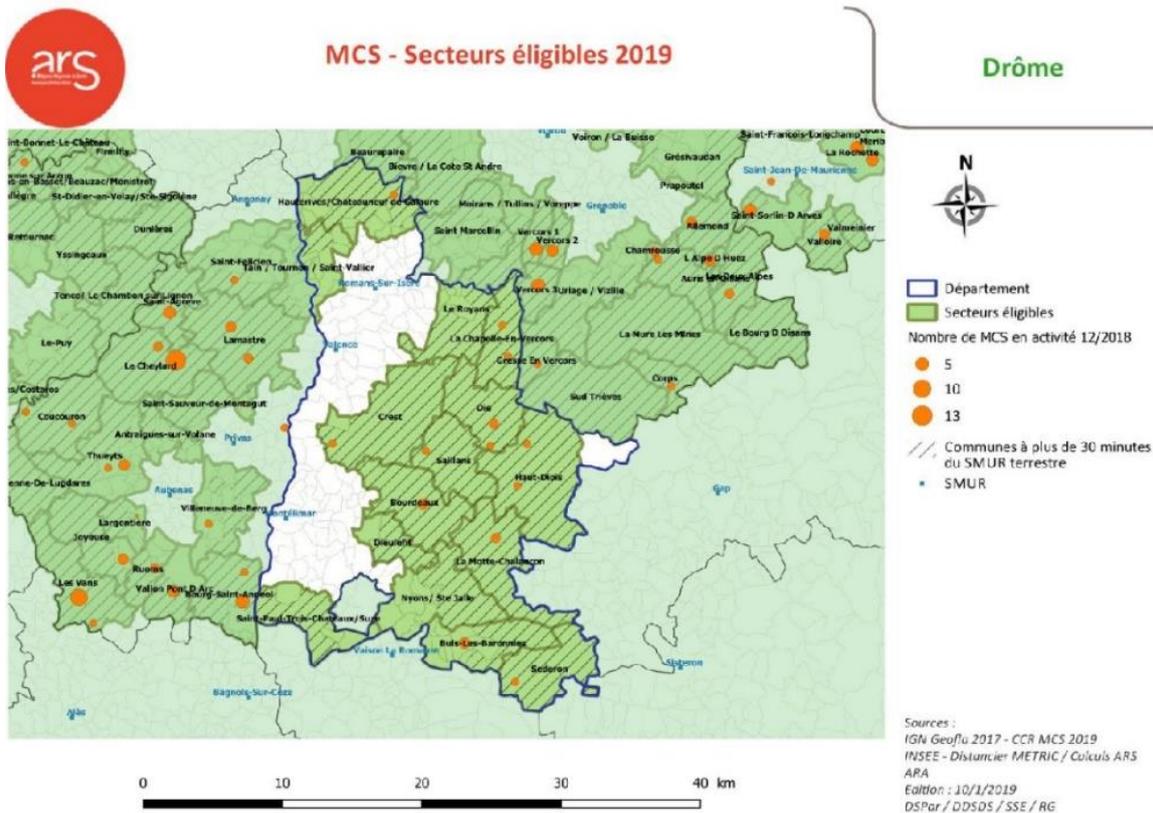
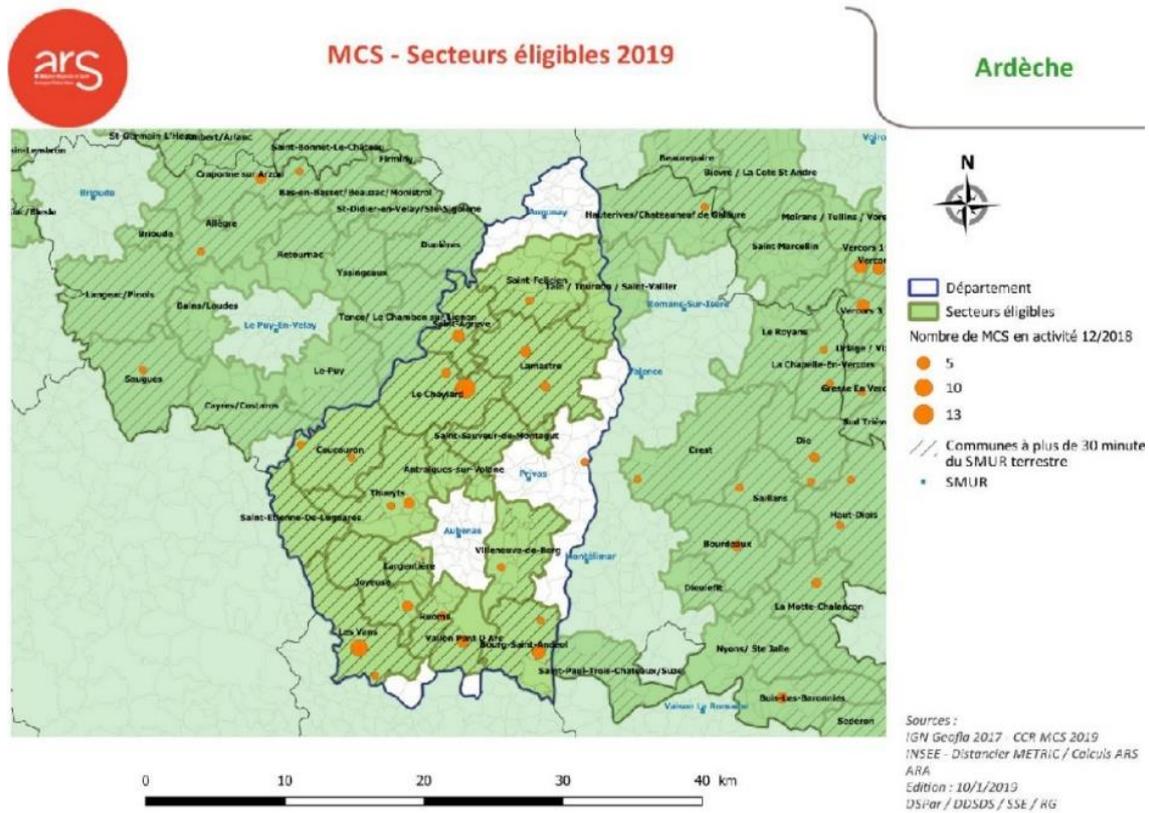
En 2019, 95 médecins ont signé un contrat MCS : 69 en Ardèche et 26 en Drôme, sur 10 secteurs en Drôme et 14 secteurs en Ardèche. Ils ont réalisé respectivement un total de 643 et de 205 interventions pour les départements de l'Ardèche et de la Drôme.(16) Comme le montrait le travail universitaire de Villatte, les MCS permettent notamment de répondre aux afflux saisonniers dans ces régions avec, en 2017, l'intervention de MCS sur plus de 50% des interventions d'AMU en journée lors des afflux saisonniers.(17)

À l'échelle de la région AURA, on note toutefois que ce dispositif MCS ne concerne que 4,8% des médecins généralistes libéraux (exercice mixte ou non).(18)

L'association est en lien avec le SAMU 07 (Privas) et le SAMU 26 (Valence). L'association entretient des contacts réguliers avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) 07 et 26 et les ARS des deux départements.

Une particularité de l'association MCS 26/07 est la signature d'une convention avec l'ARS et le SDIS 07. Cette convention a été signée dans le but d'apporter un soutien logistique par la mise à disposition d'un véhicule de secours médical (VSM) avec chauffeur et ISP.

Voici deux cartes publiées par l'ARS montrant l'organisation des départements concernés.



V. Relation confraternelle entre le MCS et le régulateur

Au cours de ce travail, la relation spécifique qu'entretiennent les médecins correspondants SAMU et les médecins régulateurs sera étudiée. Il convient de bien définir ce qu'est une relation confraternelle.

Selon l'article 56 du code de déontologie : « *Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité.* » (19)

Aussi, selon l'article 68 concernant la confraternité : « *Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient.* » (19)

Le travail universitaire de Lucile Rigaud montre que « *La principale ressource utilisée, par les médecins correspondants SAMU, en situation difficile, est le médecin régulateur.* » (20)

Il apparaît que cette relation est une pierre angulaire dans l'efficacité professionnelle des médecins face à une situation d'urgence. L'importance d'une communication de qualité entre le MCS et le régulateur est fondamentale pour renforcer le sentiment d'efficacité du MCS en situation difficile.(21)

De la même manière, le travail de thèse de Chalimon et Ledermann retient que certaines inadéquations de prise en charge avec les recommandations officielles seraient liées à un défaut de communication entre MCS et le médecin régulateur et leur travail pose la question d'un manque de confiance des régulateurs envers l'évaluation des MCS.(22)

La liaison SAMU-MCS s'effectue par le centre 15. Ce centre pivot permet une communication permanente. D'un côté, le régulateur pour le déclenchement des missions et par le MCS pour ses bilans médicaux réguliers.

La communication n'est pas toujours optimale. Il existe encore des interventions du SMUR qui ont lieu sans l'intervention du MCS par défaut de sollicitation. Par ailleurs, les MCS sont parfois confrontés à des délais pour passer leurs messages médicaux, ceci peut entraîner un retard de déclenchement du SMUR.(17) L'enjeu est fort : la rapidité du déclenchement du SMUR est un gain de chance pour le patient.

La question de recherche posée est la suivante : de quelle manière le médecin régulateur aide-t-il le MCS en difficulté face à une situation de soin ?

L'objectif principal de ce travail est d'explorer l'aide apportée par le médecin régulateur. L'objectif secondaire est d'explorer le ressenti de cette relation entre le médecin correspondant SAMU et le médecin régulateur en situation difficile par chacun d'entre eux.

Matériel et Méthode

I. Choix de la méthode qualitative

Initialement, il a été envisagé une étude avec un protocole quantitatif pour étudier l'aide apportée au MCS par le régulateur, et un protocole qualitatif pour étudier leur ressenti de la relation. Les bandes d'enregistrement des centres 15 devaient constituer notre base de données, pour permettre d'analyser les échanges entre MCS et régulateurs au cours d'interventions difficiles. Le comité d'éthique du 9 juillet 2019 de la Faculté de Médecine Lyon-Est avait retenu qu'il fallait solliciter une autorisation de recherche auprès de la CNIL, après avis du CEREES, avec inscription au registre des activités de traitement de l'établissement et avec l'accord de l'ensemble des médecins régulateurs du SAMU. Les démarches et délais envisagés ne correspondant pas à une thèse d'exercice, le protocole a été adapté. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été conduite.

Ces entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes correspondants SAMU, de médecins régulateurs du SAMU et de médecins dits "doubles casquettes" du fait de leur activité mixte de MCS et de régulation AMU.

Cette méthode était alors la plus adaptée pour comprendre l'aide apportée par le régulateur et le ressenti de la relation entre les professionnels de santé. L'apprentissage de cette méthodologie par les deux investigateurs a été réalisée en auto-formation à partir du document "Auto-apprentissage de la conduite d'entretien semi-directif en recherche qualitative" du Collège Universitaire de Médecine Générale (CUMG) de Lyon, réalisé par la Dr Marion LAMORT-BOUCHE et le Dr Frédéric ZORZI, ainsi qu'à partir du livre "Initiation à la recherche - 2ème édition" de Paul Frappé.

II. Protocole de l'étude

1) Équipe de recherche

L'équipe de recherche était constituée d'un directeur de thèse et de deux investigateurs : le Dr Frédéric Zorzi (Maître de stage Universitaire et Maître de Conférence à la Faculté Lyon Est), Victor Barbaud (médecin généraliste ayant validé le DES en mai 2019 et avec une activité MCS depuis mai 2019) et Aurèle Bonnet (médecin généraliste ayant validé le DES en novembre 2018 et avec une activité MCS depuis novembre 2017). Il existait pour les deux investigateurs des relations antérieures d'origine professionnelle avec neuf enquêtés.

La présence de deux investigateurs était justifiée par le caractère multicentrique de l'étude, l'observation de deux populations de médecins, et la nécessité d'une triangulation des données.

2) Élaboration des canevas d'entretien

Les deux chercheurs ont élaboré trois canevas d'entretien à l'attention des trois populations interrogées entre novembre 2019 et janvier 2020, avec une relecture par le directeur de thèse. Ces canevas d'entretien avaient une base commune et les questions étaient adaptées en fonction de l'exercice de l'interlocuteur (Cf. annexes n°1 et n°2). Ils ont été testés par chacun des investigateurs sur cette période et ont été modifiés une fois durant l'étude, l'exploration du ressenti des moyens de communication semblant peu pertinente.

3) Constitution de l'échantillon

Un échantillonnage en recherche de variation maximale auprès de médecins généralistes et régulateurs du réseau Drôme-Ardèche a été réalisé.

Les critères pour les MCS étaient : sexe, âge, lieu d'exercice, années d'expérience en médecine libérale et en activité MCS, les deux investigateurs ayant été exclus d'emblée. Ces médecins ont été contactés par mail ou téléphone afin d'organiser les entretiens au sein de leur lieu d'exercice ou de leur domicile. Deux médecins MCS contactés par mail n'ont pas pu effectuer d'entretien pour des questions d'agenda.

Les critères pour les régulateurs étaient : sexe, âge et nombre d'années en régulation AMU. Ces médecins ont été contactés directement au sein des centres SAMU de la Drôme et de l'Ardèche. Il était initialement prévu d'interviewer d'autres médecins régulateurs au sein des centres de régulation 07 et 26, ce qui n'a pu aboutir en raison de la crise sanitaire liée à la Covid-19 et au confinement à partir du 17 mars 2020.

Les critères pour les doubles casquettes regroupaient les critères des deux catégories précédentes. N'ont pas été inclus dans cette catégorie, les médecins ayant une double activité de MCS et de régulation libérale PDS car ces derniers ne peuvent engager de moyens MCS dans leur activité de régulation.

Plusieurs entretiens ont connu des interruptions téléphoniques notamment dans le cadre de la gestion d'urgences médicales et ont toujours pu reprendre jusqu'à leur terme.

4) Recueil des données, consentement et confidentialité

Les entretiens ont été enregistrés simultanément au moyen de dictaphones intégrés aux ordinateurs portables (Lenovo®) et aux téléphones mobiles de chacun des chercheurs (Samsung®, Xiaomi®). Les enregistrements ont ensuite été sauvegardés sur les ordinateurs respectifs des chercheurs (Lenovo®) puis retranscrits et anonymisés à l'aide des logiciels Microsoft Word® et OpenOffice Writer®. L'ensemble des participants de l'étude a été anonymisé par l'attribution aléatoire d'un chiffre précédé de la lettre M pour les MCS et de la lettre R pour les médecins régulateurs.

Dans le cadre de l'anonymisation des données, les noms des villes et des régions évoquées par les médecins dans leurs entretiens ont été remplacés de manière aléatoire par des noms de capitale et de région du monde entier. De la même manière, les noms et prénoms de confrères évoqués ont été remplacés par des noms et prénoms fictifs.

Les entretiens ont été réalisés dans des lieux calmes : aux domiciles des enquêtés (4), à leurs cabinets (9), dans des lieux publics (1) ou dans les centres de régulation SAMU (6). Des notes de terrain ont été prises dans les suites des entretiens. Elles ont été uniquement partagées entre les deux chercheurs. Les retranscriptions des entretiens n'ont pas été communiquées aux médecins. Les consentements, écrit et oral, ont été recueillis auprès de chaque médecin via le formulaire de consentement pour participation à une recherche (Cf. annexe n°3).

L'étude a été conduite conformément à la loi informatique et libertés (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Elle a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) par laquelle les chercheurs s'engageaient à respecter la méthodologie de référence MR-001.

5) Analyse des entretiens

L'analyse des données a été faite par les deux investigateurs, dont l'intervieweur principal, selon le concept de théorisation ancrée avec une démarche inductive interprétative allant de l'observation à l'hypothèse. Chaque entretien a été retranscrit dans les 72 heures. L'analyse a débuté en même temps que la collecte des données. Elle a été effectuée les jours qui ont suivi, par chacun des enquêteurs séparément. Chaque enquêteur a analysé chaque verbatim, par génération de codes descriptifs. Les codes descriptifs ont ensuite été mis en commun permettant de trianguler les résultats de l'analyse sur onze entretiens. La concordance des codages ayant été établie, les neuf entretiens restants ont été codés individuellement.

Une analyse thématique a ensuite été conduite grâce au logiciel Excel® en regroupant les codes descriptifs dans deux tableaux heuristiques, l'un pour les médecins MCS et l'autre pour les médecins régulateurs et les doubles casquettes. Il a été décidé d'inclure ces derniers dans le tableau des régulateurs car au cours de leur entretien, l'expérience partagée par les deux interviewés était prédominante du côté de la régulation.

Ces deux tableaux heuristiques ont permis de dégager de part et d'autre des sous-thèmes puis des thèmes principaux permettant de répondre aux deux questions posées (Cf. annexe n°4 et 5).

L'organisation des sous-thèmes au sein d'un thème a été réalisée de manière conjointe par les deux investigateurs puis soumis au directeur de thèse.

III. Revue de la littérature

Une première revue de littérature a été réalisée par l'un des deux investigateurs dès le mois de janvier 2019. Celle-ci a permis de soulever la question de recherche et de débiter la constitution du premier protocole. Une seconde revue de la littérature a été réalisée en octobre 2019. Une dernière revue a été effectuée en août et septembre 2020 lors de la phase de discussion des résultats. Ces recherches bibliographiques ont été réalisées via le portail de recherche de l'université Lyon 1 par les moteurs de recherche mis à disposition. Les bases de données CAIRN, SUDOC, EM Premium, Banque de données de santé publique, Pubmed, Google et Google Scholar ont été utilisées. Les mots-clés utilisés étaient : « Médecin Correspondant SAMU », « Confraternité », « Relation inter-professionnelle », « Relation confraternelle », « Médecin régulateur », « Responsabilité médicale ». Les articles, thèses et ouvrages ont pu être consultés sur Internet via le portail documentaire de la Bibliothèque Lyon 1.

Le dispositif MCS étant relativement récent, la bibliographie relative aux MCS est limitée et bien regroupée sur le site internet "MdeM - Médecins de Montagne" et depuis peu sur le site internet dédié MCS-AURA. Les bibliographies des différents articles et thèses ainsi trouvés ont permis d'enrichir cette bibliographie.

Le logiciel de gestion de références Zotero® a permis de classer les références et de réaliser une bibliographie au format Vancouver.

Résultats

I. Caractéristiques de la population

Vingt médecins ont accepté de participer à l'étude. Il s'agissait de 13 MCS, 5 médecins régulateurs et 2 médecins ayant les deux pratiques (double casquette). Les entretiens se sont déroulés du mois de novembre 2019 au mois de mars 2020. Ils ont duré de 17 minutes à 61 minutes, soit une durée moyenne d'entretien de 33 minutes 24 secondes avec une médiane de 34 minutes et 30 secondes.

Les caractéristiques de la population des MCS figurent dans le tableau ci-dessous :

Médecins	Age	Sexe	Département d'exercice	Années d'exercice en			Nombre d'inter MCS en 2019	Exercice en			Temps moyen d'inter SMUR	Durée de l'entretien (min)
				Libéral	MCS	Med Pompiers		Régul PDS	MSP	Hôpital local		
M1	31	Femme	Ardèche	2	2	0	2	non	oui	non	30	17
M2	58	Femme	Ardèche	27	5	27	12	non	oui	non	30	22
M3	55	Homme	Ardèche	21	7	10	24	non	oui	oui	45	24
M4	38	Femme	Ardèche	10	5	0	23	non	oui	oui	30	29
M5	59	Homme	Ardèche	30	7	30	14	non	oui	oui	60	49
M6	65	Homme	Ardèche	36	7	36	8	non	oui	oui	60	35
M7	41	Homme	Ardèche	13	7	13	26	non	oui	oui	60	36
M8	45	Femme	Ardèche	17	7	16	36	oui	oui	oui	60	24
M9	31	Homme	Ardèche	4	4	4	5	non	oui	oui	60	38
M10	35	Femme	Drôme	8	6	0	12	non	non	non	60	36
M11	39	Homme	Drôme	11	4	0	12	non	oui	oui	35	36
M12	35	Femme	Drôme	7	5	0	8	non	oui	oui	20	48
M13	53	Homme	Ardèche	22	7	22	25	oui	oui	oui	35	30
Médiane	41	7/6	10/3	13	6	10	12	Oui pour 2 médecins	Oui pour 12 médecins	Oui pour 10 médecins	45	35
Moyenne	45.0	H/F	Drôme/Ardè	16.0	5.6	12.2	15.9				45.0	32.6

Les caractéristiques de la population des régulateurs et des doubles casquettes figurent dans le tableau ci-dessous :

Médecins	Age	Sexe	Département d'exercice	Années d'exercice en				Nombre d'inters MCS en 2019	Temps moyen intervention SMUR	Durée de l'entretien (min)
				Régulation	Libéral	MCS	Med Pompiers			
R1	59	Homme	Drôme	32	-	-	-	-	-	36
R2	30	Femme	Drôme	2	-	-	-	-	-	19
R3	35	Femme	Drôme	7	-	-	-	-	-	25
R4	58	Homme	Ardèche	27	-	-	-	-	-	30
R5	52	Homme	Ardèche	24	-	-	-	-	-	34
R6	60	Homme	Ardèche	4	35	7	33	30	35	61
R7	60	Homme	Ardèche	6	30	4	30	4	35	38
Médiane	52	5/2	3/4	7	32.5	5.5	31.5	17	35	34
Moyenne	46.8	H/F	Drôme/Ardè	14.6	32.5	5.5	31.5	17	35	34.7

II. Aide apportée par le régulateur

1) Logistique

La mission logistique du médecin régulateur qui opère comme le chef d'orchestre de l'AMU, était reconnue par les MCS. Il aide ceux-ci par un **travail collaboratif**, à **décider des moyens engagés**, du **choix du transport adapté** et de **l'orientation du patient**.

M11 *"On peut décider quand même vraiment ensemble sur l'aspect logistique des choses."*

→ Au cours de l'intervention, il assistait le MCS dans sa mission en **l'informant en temps réel** de l'engagement des différents effecteurs d'urgence.

M10 *"Mettre en adéquation avec ce qu'ils vont mettre en place eux de leur côté. [...] Ça va vraiment conditionner ce que moi je vais faire sur le terrain."*

2) Thérapeutique

Le **choix des thérapeutiques** était cité comme une aide apportée par le régulateur.

M4 *"Tout ce qui est le côté purement médicamenteux quoi. Pharmaco. Quel type de drogue utiliser, quel dosage, quelle dilution ?"*

→ L'adaptation des thérapeutiques à la situation clinique était perçue par l'ensemble des médecins.

M2 *"Comme on n'a pas d'éphédrine nous, j'ai appelé le 15 et j'ai dit « bah voilà, j'ai que de l'adrénaline. A quelle dose ? » Donc le médecin régulateur m'a dit « Bon bah tu prends, tu dilues ton ampoule... dans 10, tu commences par pousser 1 ml par 1 ml »"*

→ Plus que le choix des thérapeutiques, l'aide du régulateur consiste pour les MCS en une **aide posologique**, notamment concernant les **posologies pédiatriques**.

R7 *"Le gros gros souci, c'est la pédiatrie parce que... ces histoires de posologie, de truc et tout. Moi, même moi, je, faut que je fasse gaffe. Donc il faut que je reprenne mes [...] les abaques et les trucs."*

→ L'aide du régulateur est d'autant plus précieuse qu'au-delà de ses connaissances de médecin urgentiste, elle peut s'appuyer sur l'**utilisation de référentiels, de données internet**.

M7 *"Je demande, parce que j'en fais pas tous les jours. Et d'ailleurs, le régulateur ne le fait pas tous les jours non plus. Donc il doit regarder sur ses bouquins hein. Et moi, j'ai pas de bouquins."*

→ La discussion avec le régulateur permet d'accorder la thérapeutique choisie avec le projet de soin du patient.

M13 *"Est-ce que on l'envoie directement en thrombolyse ou on l'envoie [...] Lui il sait combien de temps de cet endroit pour aller envoyer un hélico et l'emmener dans un salle de coro."*

L'avis des médecins spécialistes était perçu comme **un outil** très performant pour la prise en charge spécifique de certaines situations

R6 *"Tu peux avoir tous les avis, tu peux avoir les avis de pédiatre, de cardio, de neuro, de chir. Tu peux téléphoner, il y toujours un chir de garde, un SAMU."*

3) Diagnostique

L'apport diagnostique du régulateur était faiblement retrouvé par les MCS.

M2 *"T'as peu d'analyse, t'as peu d'aide diagnostique quand t'appelles un médecin régulateur."*

→ Les MCS notaient qu'il est **difficile pour le régulateur d'apporter une aide diagnostique** puisque sa **réflexion est biaisée** par le point de vue du MCS qui lui transmet son bilan médical.

M8 *"Tu l'orientes toi, puisque tu penses à quelque chose.[...] Donc forcément je pense que tu mets un diagnostic sous tes mots."*

→ Le régulateur est sollicité par les MCS pour la **relecture des ECG** réalisés.

M4 *"Il y a tout ce qui est lecture d'ECG. [...] en disant je pense que c'est ça mais je veux bien que tu y jettes un coup d'œil."*

4) Technique

Les MCS notaient que le régulateur peut difficilement les aider sur des questions techniques.

M2 *“Technique, technique, tu peux pas technique, tu te démerdes avec tes petites mains...”*

→ Le régulateur peut aider à poser l'indication d'un geste technique.

M4 *“Sur un geste technique aussi des fois ça peut être. « Est-ce que vraiment je le réduis ? Est-ce que je peux le laisser monter comme ça ? »”*

Les régulateurs interrogés rapportaient des expériences d'**accompagnement du MCS dans un geste technique complexe.**

R7 *“Il a fallu à distance que je l'aide à... à faire une intubation séquence rapide, le ventiler, à le sédaté, à le transporter jusqu'à Paris.”*

III. Contraintes entravant la relation

1) Contraintes environnementales en intervention

Les contraintes environnementales propres à l'exercice MCS étaient retenues comme des facteurs perturbant la relation MCS-Régulateur. **Conserver un raisonnement adéquat** malgré ces difficultés était un défi du MCS.

M8 *"Je pense que c'était justement la situation compliquée, environnementale qui avait... qui m'avait perturbée mon raisonnement médical habituel."*

→ L'**environnement émotionnel** pouvait s'y ajouter.

M13 *"Ca bouge dans tous les sens, les gosses qui crient, [...] la femme qui comme ça est en perte de connaissance, le mari qui se culpabilise, à moitié shooté. Donc gérer, toi tu dois gérer."*

2) Difficulté de la gestion du stress et des émotions

La situation de stress a été identifiée par les MCS et les médecins régulateurs comme étant **délétère sur la communication** entre professionnels.

M2 *"Quand c'est vraiment grave, que t'as la pression de partout [...] même toi-même, dans ta voix, tu vas un peu vite etc."*

L'exercice MCS était retenu comme **générateur de stress** et sa gestion est un des enjeux de l'exercice.

M13 *"C'est sûr qu'une sortie MCS, t'es un peu dans le stress. Tu pars sur n'importe quoi. Tu sais pas ce que tu peux avoir ? Tu sais pas le monde qu'il y a autour. Une noyade, un gosse perdu. Un gosse qui était tombé dans l'eau, on le retrouvait plus. Il faut gérer tout ce stress."*

→ Le **fort impact émotionnel du patient pédiatrique** était relevé par les médecins interrogés

M2 *"Ou alors un enfant. Ça c'est moi, c'est quelque chose que j'ai vraiment du mal à gérer."*

3) Contraintes liées à l'organisation de l'AMU

MCS et médecins régulateurs interviennent dans un contexte global de difficultés d'exercice des soins primaires d'urgence. **Le manque de moyens logistiques** était retenu comme une **perte de chance pour le patient**.

R5 *“En difficulté, parce que... on avait quand même un SCA ST+, pas de moyens, tous les facteurs de vulnérabilité [...] Toutes les conditions de perte de chance.”*

→ Les difficultés rencontrées résident aussi dans **la charge de travail et le manque de temps.**

R1 *“Quand ça s’enchaîne, le régulateur, il n'a pas le temps. Donc, il va à l'essentiel.”*

→ Ce manque de moyens est à l'origine de conflits **entre professionnels de santé**, notamment lorsqu'il implique une **coordination entre les SMUR limitrophes.**

M5 *“Je tombe sur le régulateur du 42 qui me dit « écoute non non, tu viens directement, (...) de toute façon, le 33 c'est une bande de cons ».”*

→ Un **déficit de couverture en ambulance** était relevé, mettant en tension les possibilités d'intervention des équipes pompiers.

M11 *“Les pompiers arrivent en tirant une tronche pas possible parce (...) qu'on leur demande de faire un transport simple, sans avoir de plus-value liée à leur formation.”*

→ Des **difficultés de coordination entre les équipes SMUR et pompiers**, à l'origine d'une perte de temps et de chance en intervention, étaient rapportées.

M3 *“Ils travaillent ensemble, c'est compliqué, mais ils essaient de bosser ensemble. Ça a toujours été compliqué les blancs et les bleus, les blancs et les rouges.”*

Ces contraintes sont source de conflits sur les **questions logistiques :**

→ **Refus d'envoi de moyens supplémentaires par le régulateur**

R1 *“Parfois il te demande un SMUR, tu lui dis « non, là, t'as pas besoin d'un SMUR » ou « je veux juste les pompiers ». Tu dis « bah non, là je t'envoie plutôt les blancs » [...] Quand tu contredis leur, leur désir parfois ils sont fâchés.”*

→ **Engagement successif de moyens**

M7 *“Ce qui est compliqué, [...] c'est l'intervention des secours progressifs [...] Quand on arrive, les gens ont l'impression qu'on arrive en retard et qu'on était en train de faire un golf...”*

→ **Conflits sur le choix d'orientation du patient.**

M6 *“T'as un problème de... de dégagement après pour un blessé qui veut aller sur Montevideo et qu'on t'impose Amsterdam alors que ça risque de se terminer sur Montevideo... Enfin, qui rajoute des problèmes aux problèmes. Tu vois, c'est désagréable.”*

IV. Ressenti d'une relation confraternelle spécifique

1) Perception de l'apport du MCS

La **diversité des compétences requises** et le **caractère occasionnel** de l'activité MCS positionnent le médecin généraliste en situation de moindre expertise.

M4 *"C'est pas notre travail de tous les jours de faire de l'urgence comme ça"*

→ La difficulté à maintenir un niveau théorique et technique était relevée.

R2 *"La distance par rapport à la formation initiale [...] comme tout médecin y compris moi, il y a des choses qu'on finit par oublier quand on le fait pas, donc typiquement, l'intubation difficile."*

→ Les MCS étaient prompts à poser les limites de leur champ d'action et à remettre en question leur compétence.

M11 *"On sait aussi qu'il y a des situations où on est totalement inutile. [...] On garde à l'esprit l'idée du "Primum non nocere"."*

→ Certains ressentait une **dévalorisation** de la part de leurs confrères urgentistes.

M3 *"Le médecin correspondant SAMU c'est vraiment la cinquième roue du carrosse. [...] Dans la tête du médecin régulateur, c'est je t'envoie en attendant le SAMU puis surtout tu ne fais rien de plus"*

Du point de vue des régulateurs, l'existence des MCS était retenue comme nécessaire à l'efficacité de l'AMU.

R4 *"Moi s'il y avait plus de médecin MCS, j'arrêtera la régulation"*

→ Le savoir-faire médical des MCS était valorisé.

R2 *"On leur apporte pas grand-chose, parce qu'ils sont déjà de haut niveau quoi."*

Les MCS notaient que la **création du dispositif MCS avait permis une meilleure reconnaissance** de leur compétence et de leur apport dans l'AMU.

M6 *"Quand les MCS sont arrivés, ça a été quand même une certaine forme de reconnaissance pour nous. [...] Maintenant, les régulateurs nous regardent moins de haut quand on est MCS."*

2) Perception de l'apport du régulateur

La **validation de la prise en charge** était identifiée comme une aide précieuse.

M10 *"C'est vrai que cet appel téléphonique, ces confirmations des décisions, le fait que ça... ça rentre pas en contradiction avec la vision qu'il en a, lui de l'extérieur [...] ça nous conforte."*

→ Leur permettant d'effectuer une **check-list** pour **éviter un oubli**.

M1 *"Surtout me conforter dans ma prise de décision et une vérification, un deuxième niveau de vérification euh comme une sécurité."*

La **protocolisation** des prises en charge est apportée par le régulateur.

R2 *"Ça avait été le déroulement de sa check-list et nous au fur et à mesure, on vérifiait que tout était fait. [...] Des choses qui chez nous sont déjà un peu des check-lists en régulation qu'on déroule."*

Ce bilan médical permettait au MCS de prendre du recul sur sa prise en charge et d'**induire en lui-même cette check-list**.

M11 *"Ça m'aide à structurer ma pensée de savoir que je vais l'appeler."*

→ Le **bilan médical** passé au régulateur était vécu comme **une demande implicite de validation** de la prise en charge.

M11 *"On lui donne des informations mais on lui en demande aussi, on lui demande de valider notre prise en charge."*

→ Ce bilan constitue une assurance vis-à-vis du risque médico-légal.

M13 *"Il me donne son aval. [...] On est dans un monde aussi où le pénal arrive très facilement [...] C'est une protection pour moi. [...] C'est leur job, c'est enregistré."*

L'**analyse distanciée** du médecin régulateur permettait au MCS de prendre du recul sur la situation.

M11 *"C'est important d'arriver [...] à se reculer et [...] le régulateur, il nous aide vraiment à faire ça."*

Les MCS mettaient en avant l'aide apportée pour l'**arrêt des gestes de réanimation**.

M10 *"Pour l'arrêt des soins chez une jeune de 32 ans, j'étais contente d'avoir un régulateur au SAMU qui me dise « [...] On arrête là ! C'est fini.»"*

La **réassurance** apparaissait comme une **pièce angulaire** de la relation d'aide inter-professionnelle. Cette aide est apportée **spontanément** par les médecins régulateurs. Elle est soit implicitement apportée par l'existence elle-même de la relation soit explicitement par des paroles bienveillantes et un renforcement positif.

R6 *“Avoir quelqu'un derrière toi, qui te rassure [...] ça fait du bien.”*

→ Les différents paramètres influençant le mécanisme de réassurance sont la connaissance personnelle de l'interlocuteur, sa demande explicite ou la gravité de la situation.

R1 *“Tu vas plus prendre ce rôle... vis-à-vis d'un médecin que tu connais. Et qui va te le demander. Ou tu sens qu'il est fragile”*

La **prosodie du médecin régulateur** a un rôle dans cette capacité de réassurance.

M11 *“Dans sa façon de me parler, sur le ton de la voix, sur le calme, ça peut me faire redescendre si je suis dans une situation hyper adrénérgisante.”*

3) Perception d'une complémentarité

Le champ lexical évoquant la relation révélait la notion de **complémentarité**, qui passait par une **dépendance à l'autre**.

R4 *“On a besoin d'eux et ils ont besoin de nous.”*

→ On retrouvait chez les médecins l'idée d'**être utile à l'autre**.

M11 *“Moi j'ai besoin qu'il m'aide. Donc pour qu'il m'aide, faut que je l'aide quoi. Et donc cet aspect collaboratif, cette alliance qui est thérapeutique pour le patient du coup, elle est essentielle.”*

→ Cette relation était perçue comme **un travail d'équipe**.

M10 *“Ça me permet de reprendre une place de... membre d'une équipe au lieu d'être toute seule au milieu, sur le terrain.”*

Il apparaissait que cette relation inter-professionnelle pouvait constituer une réponse au manque de reconnaissance de leur travail par les patients.

R3 *“Que vous soyez MCS ou médecin SAMU, ils nous disent pas merci. Donc de se dire [...] “t'as fait un bon boulot” [...] moi je trouve ça satisfaisant.”*

4) Perception du rapport hiérarchique

Le rapport hiérarchique qui régit cette relation MCS-Régulateur, était perçu de différents points de vue :

► Le MCS comme effecteur de l'AMU sous la direction du médecin régulateur.

M8 *“Je pars du principe que je suis le bras effecteur du SAMU. [...] s'il me dit exactement ce qu'il faut faire... Bah, je suis. [...] Il faut quand même que ça me choque pas, et que ça aille dans l'idée.”*

→ Cette posture hiérarchique était **induite par le médecin régulateur**.

M6 *“Ils aiment bien avoir la main. C'est eux les chefs, pas toi. [...] ils sont urgentistes, tu l'es pas. T'es MCS toi. C'est pas la même chose.”*

→ Un comportement trop directif du médecin régulateur, un manque de prise en compte de l'avis du MCS ou un questionnement perçu comme insidieux était mal vécu par les MCS.

M6 *“J'aime bien [...] qu'on me demande mon avis. Pas qu'on me dise, pas être trop directif non plus. Éventuellement, proposer, mais avec tact”*

► Le MCS comme médecin indépendant dans ses décisions pour qui **l'avis du régulateur n'est que consultatif**.

M6 *“Si j'ai un cow-boy qui dit, fait ça, ça, ça et ça.... ça m'est arrivé de lui dire « écoute, c'est moi qui suis sur le terrain, c'est moi qui aie les mains dans le cambouis. Donc, si tu veux bien, on va faire comme ça, et pas comme tu dis »”*

► Le régulateur perçu comme un outil logistique à la disposition du MCS.

M5 *“J'ai recours au régulateur pour muter, pour le transfert, pour appeler l'hélico [...] j'ai jamais travaillé sous la directive du médecin régulateur.”*

► Perception d'une relation **d'égal à égal**

R2 *“Nous, c'est pas parce qu'on est régulateurs et SMURistes qu'on est forcément supérieurs à eux, bien au contraire [...] c'est se parler d'égal à égal. On est tous les deux médecins, on a tous les deux notre thèse et puis point barre.”*

V. Difficultés de travailler en équipe sans se connaître

1) Intérêt d'une connaissance mutuelle

Les MCS et médecins régulateurs s'accordaient sur la nécessité d'une connaissance réciproque pour permettre un lien de confiance.

M6 *"Je te dis, quand on se connaît, c'est nettement mieux ! Ça change tout."*

Cette connaissance de l'autre devait passer par la possibilité de **se projeter dans les difficultés rencontrées par l'autre**, ce qui était relevé par les régulateurs comme les MCS.

R7 *"Il est en train de gérer un cabinet qu'est archi-bourré, il a une journée où il est au taquet [...] Et au milieu de ça, tu lui dis « bon maintenant, tu lâches tout, tu laisses tout tomber, tu montes dans ta voiture ou tu montes dans la voiture des pompiers et tu pars. Sur un truc qui a priori est grave »."*

2) Etat des lieux d'une méconnaissance mutuelle

Les MCS rapportaient ne connaître que très peu les régulateurs.

M10 *"Au fil du, des six ans là, voilà y'a deux trois médecins régulateurs que je connais. Quand je les ai au téléphone, « ah oui !! », on se reconnaît mutuellement. Mais en fait, ça fait très peu."*

→ L'exercice particulier de ce réseau de soins fait qu'il n'y a **aucun temps de rencontre entre MCS et régulateurs**.

M12 *"Moi la seule fois où j'ai eu un contact avec le SAMU, c'est le jour où je suis allée chercher mon matériel à Bilbao, c'était il y a 6-7 ans et c'était 30 généralistes dans une salle [...] et ça a duré une soirée et on nous a tous remis notre matos et on s'est jamais revu quoi."*

Ce manque de connaissance mutuelle et de temps de rencontre était **constaté par les médecins régulateurs**.

R1 *"Je n'ai jamais vu un MCS venir au SAMU voir comment la régulation se passe. Aucun. C'est pas normal. [...] Donc, comment tu veux rétablir [...] une relation de confiance quand tu connais pas les gens."*

De part et d'autre, il était rapporté un manque de connaissance de la formation des MCS par les régulateurs.

R1 *“Je sais pas ce qu'ils ont comme formation. Moi je sais pas. Je suis le référent SAMU SMUR de la région, je sais pas ce que les MCS, ils ont comme formation.”*

Ce manque de connaissance des MCS et de leurs compétences constituait un réel frein à l'efficacité du dispositif.

R1 *“Moi je sais pas quel MCS est capable d'intuber si j'ai pas de SMUR. [...] je suis incapable de dire. Leurs compétences ? Je connais leur champ de compétence mais leurs compétences, non.”*

3) Méconnaissance à l'origine d'un manque de confiance envers le MCS

Les MCS relevaient que cette confiance faisait parfois défaut.

M6 *“J'avais pas d'électro. Le mec je lui dis « [...] c'est un SCA. Quoiqu'il en soit, il faut le prendre en charge comme tel ». Le mec il me dit « tant que j'ai pas d'électro, je bouge pas. J'ai pas le diagnostic ».”*

Ce manque de confiance était exprimé également par les régulateurs.

R1 *“Un électro, je suis incapable de te dire qui est-ce qui va me lire un électro correctement. Et donc du coup, je fais confiance en aucun.”*

4) Question d'un sous-engagement des MCS

Le **manque de connaissance du dispositif MCS, de ces acteurs et de leurs compétences** était évoqué comme pouvant être responsable d'un sous-engagement des MCS.

M10 *“Je pense qu'on est sous-utilisé, ils nous font pas confiance [...] Les régulateurs ont peu à faire à nous, donc nous connaissent pas, savent pas jusqu'où ils peuvent nous déléguer les... les tâches.”*

→ Le sous-engagement des MCS dans certains secteurs les amenait à **s'interroger sur la pertinence du dispositif**.

M12 *“Si il y a si peu d'intervention, est-ce que c'est légitime d'être encore MCS pour la contrainte que ça représente quand même en fait?”*

5) Pistes d'amélioration du travail en équipe

Améliorer la connaissance de l'autre apparaissait comme primordial pour permettre un travail en équipe plus efficient.

→ Créer des temps de rencontre...

M8 *"Peut-être des temps d'échange mais... plus confraternels donc peut-être quelque part un peu plus amicaux. Donc que les MCS aient par exemple un temps dédié pour aller un peu à la régul [...] ou que des régulateurs aient le temps de venir rencontrer quelques MCS."*

→ à travers des temps de formation ou de mises en situation...

M10 *"L'idéal ce serait de... des mises en condition avec eux, [...] vraiment des simulations haute fidélité où on travaille ensemble. Parce que du coup, ça irait dans le sens de l'équipe.[...] On saurait... Chacun, quelles sont nos compétences, de quoi on est capable."*

→ réintégrer les formateurs des CESU locaux dans les formations MCS apparaissait comme nécessaire aux MCS.

M8 *"Il vaut peut-être mieux avoir [...] de la formation [...] avec des gens que tu côtoies, qu'est déjà venu chez toi à 3h du matin pour un truc foireux [...] Qu'il y ait des formations, et des temps de rencontre concrète des gens du même territoire."*

→ Encourager les discussions post-interventionnelles.

Un temps de discussion formelle pour permettre la **relecture des dossiers difficiles et d'éviter les conflits ultérieurs** était retenu comme piste d'amélioration du dispositif.

R5 *"J'ai dit « bah, on va mettre un comité, comme ça on va discuter autour d'une table, ça va être transparent, comme ça, y a rien à cacher ». Et puis, ça a... calmé les choses."*

Une **discussion informelle** était l'occasion de sympathiser et explorer le ressenti.

R6 *"Le lendemain, à 7h, je l'ai appelée pour savoir [...] Comment s'est passé le retour. On sympathise cinq minutes. Mais bon, c'est toujours bien, de voir le ressenti, de prendre des nouvelles. J'aime bien"*

→ Encourager l'intégration des MCS au sein de la régulation

L'existence de médecins "**doubles casquettes**", qui permettent de **favoriser la compréhension réciproque** et d'améliorer l'efficacité du dispositif MCS, était identifiée comme bénéfique.

R5 *"Les MCS ils régulent, ils interviennent, c'est les meilleurs porte-paroles, relation privilégiée, très renforcée avec la gouvernance, l'association."*

→ Ce qui était très bien perçu par les médecins MCS.

M8 *"Ceux-là quand tu les avais, c'était génial quoi. C'était des gens qui... ça [...] C'est un plaisir, tu joues sur du velours. Voilà. Avec des gens comme ça."*

VI. Synthèse des résultats

Après analyse des résultats, il apparaît que :

Le médecin régulateur apporte essentiellement une aide en terme logistique (moyens engagés, choix du transport adapté et orientation du patient) et thérapeutique (aide posologique, choix de la thérapeutique et harmonisation des protocoles). L'aide diagnostique et technique n'est que peu mise en évidence au travers des entretiens, ce rôle incombant au médecin effecteur.

La relation MCS-Régulateur peut souffrir de contraintes environnementales propres à la situation difficile. Le stress et les émotions générées, dans cette situation de communication, étaient retenus comme des éléments rendant cette interaction complexe.

À cela s'ajoutent les contraintes d'un dispositif de soins d'urgence où le manque de moyens humains et matériels rend difficile l'établissement d'un projet de soins adapté et partagé, à l'origine de conflits entre MCS, régulateurs, centres SAMU limitrophes et SDIS.

Les médecins interrogés percevaient la difficulté du médecin généraliste à exercer une médecine hors de son domaine d'expertise. L'apport de cet exercice était valorisé par les médecins régulateurs et il ressortait que le dispositif MCS avait permis une reconnaissance de leur compétence.

Au-delà d'une aide factuelle, logistique et thérapeutique, il apparaissait que le régulateur amenait son aide au MCS en lui apportant une validation de sa prise en charge par une analyse distanciée et une protocolisation. Ceci était perçu comme une protection sur le plan médico-légal et permettait une réassurance nécessaire au MCS en intervention difficile.

Il était retenu l'importance d'une communication adaptée du régulateur dans ces rôles.

Dans cette dynamique, médecins régulateurs et MCS se voyaient comme complémentaires dans leur mission.

Ce travail en équipe était soumis à différents ressentis du rapport hiérarchique qui régit cette relation. Si le MCS se percevait parfois comme un effecteur sous la direction du médecin régulateur, il définissait également ce médecin régulateur comme son égal ou comme un simple coordinateur logistique.

Dans cette interaction, était retenue l'importance d'une connaissance mutuelle nécessaire à un lien de confiance et à une efficacité de la relation. Cette connaissance faisait défaut pour l'ensemble des médecins interrogés : ils identifiaient une absence de temps de rencontre et un manque de connaissance de la formation de leurs confrères.

De ce constat naissait la nécessité de définir des temps de rencontre, passant notamment par des temps de formation en commun et par l'intégration des CESU locaux dans la formation des MCS. Était également décrite l'importance des discussions post-interventionnelles et de l'intégration des MCS au sein de la régulation.

Discussion

I. Discussion de la méthode

Initialement, le protocole d'étude s'appuyant sur les bandes d'enregistrement du SAMU avait été préféré car il nous permettait d'étudier l'aide apportée par le médecin régulateur au cours de l'échange téléphonique, nous épargnant des biais de sélection et de mémorisation.

Ce protocole n'ayant pas été réalisable dans le cadre d'une thèse d'exercice, nous avons préféré une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés. Elle permettait de favoriser la libre expression des participants au sujet de leur ressenti de la relation.

Le recueil de données auprès des deux populations de médecins nous permettait finalement d'étudier le ressenti de la relation de chacun des médecins ainsi que les problématiques sous-jacentes à celle-ci.

L'échantillonnage de nos populations est une des forces de l'étude. Du côté des MCS, le recrutement nous a permis d'obtenir une population variée en âge, en sexe, en expérience de médecine libérale, activité MCS et en éloignement des centres hospitaliers. Du côté des médecins régulateurs, le caractère multicentrique du recrutement et sa réalisation de manière aléatoire sur des journées données à la régulation du SAMU, a permis d'obtenir une population variée.

Les inclusions se sont faites jusqu'à redondance des occurrences pour les MCS. Pour les médecins régulateurs, la survenue de la crise sanitaire de la Covid-19 a compliqué le recrutement et a amenés à l'interrompre plus précocement.

Du fait d'entretiens réalisés sur le lieu d'exercice des médecins (cabinets médicaux et centres de régulation) ou au cours d'une astreinte médicale, on note un biais externe par l'interruption de certains entretiens par des appels téléphoniques.

La qualité de médecin remplaçant MCS des deux investigateurs permettaient un lien de confiance dans les entretiens avec les MCS, ainsi qu'une meilleure compréhension de leurs problématiques.

A l'inverse, on retient un potentiel biais interne lors des entretiens avec les médecins régulateurs, du fait de la qualité de MCS des deux investigateurs, avec l'antériorité de relations professionnelles en exercice.

L'équipe de recherche, composée d'un directeur de thèse et de deux investigateurs, a favorisé l'enrichissement des échanges sur le sujet traité. La validité de l'étude a été renforcée par la triangulation de l'analyse des données des entretiens, le double codage de onze entretiens permettant de limiter fortement le biais d'interprétation.

Les investigateurs étaient novices dans le domaine de la recherche qualitative. Ceci a en partie été compensé par une auto-formation à partir du document "Auto-apprentissage de la conduite d'entretien semi-directif en recherche qualitative" du CUMG de Lyon réalisé par la Dr Marion LAMORT-BOUCHE et le Dr Frédéric ZORZI, ainsi qu'à partir du livre "Initiation à la recherche - 2ème édition" de Paul Frappé.

Au final, le travail respectait vingt-neuf critères sur trente-deux de la grille de validité COREQ.(23)

II. Comparaison avec les données de la littérature

Trois axes d'analyse seront explorés :

- L'étude de la relation entre un MCS en intervention difficile et un médecin régulateur nous a questionnés sur l'existence de modèles relationnels régissant l'interaction entre deux médecins.
- La réussite d'une coordination des soins nécessite une répartition des rôles et des responsabilités efficace.
- L'établissement d'une collaboration interprofessionnelle efficiente nécessite la définition de temps de rencontre et de formation en commun.

1) Un modèle relationnel pour comprendre la relation MCS-Régulateur

1.1) Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle décrit par D'Amour et al. (2004) (24)

L'étude de la relation MCS-Régulateur nous a amenés à chercher l'existence de modèles relationnels permettant de comprendre cette relation.

Pour cela, il nous a fallu considérer la notion de collaboration interprofessionnelle. Cette collaboration peut se définir comme un « *processus de décision commun entre des acteurs professionnels interdépendants, impliquant des consensus dans la prise de décisions et la responsabilité des résultats* » (Wood et Gray 1991).

Dans la mesure où elle s'établit entre deux professionnels, il convient de préciser la notion de **collaboration interprofessionnelle** que D'Amour définit en 1997 comme « *faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients* ». (25)

Cette collaboration entre deux professionnels, a été étudiée dans la littérature par différentes approches mais une est consensuellement retenue. C'est le **modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle** décrit par D'Amour et al. (2004). (24)

Dans ce modèle, D'Amour divise le processus de collaboration en quatre dimensions dont deux se réfèrent aux relations entre les individus et deux au contexte organisationnel qui influence l'action collective. Ces quatre dimensions correspondent à la finalisation, l'intériorisation, la formalisation et la gouvernance. Ces dimensions s'influencent mutuellement et sont interdépendantes. Les dimensions relationnelles sont :

- « la finalisation » qui correspond à l'existence d'objectifs communs et à leur appropriation par les membres de l'équipe ; cela nécessite la reconnaissance de l'existence de motifs divergents, d'allégeances multiples et de la diversité des définitions et des attentes liées à la collaboration.
- « l'intériorisation » qui est la prise de conscience des professionnels de leur interdépendance et de l'importance de gérer cette dernière. Cela se traduit par une connaissance mutuelle des valeurs et des cadres disciplinaires, par des rapports de confiance et par un consensus autour du partage de responsabilités.

Les dimensions organisationnelles sont :

- « la formalisation » qui présente l'ensemble des règles nécessaires pour réguler l'action par un renforcement des structures,
- « la gouvernance » qui renvoie aux notions de leadership, de support organisationnel et de connectivité.

Si nous appliquons ce modèle de structuration de la collaboration à la relation MCS-Régulateur, on retrouve sous chaque dimension les problématiques suivantes :

- Finalisation : dans un premier temps, la réussite de la relation nécessite que MCS et régulateur partagent un **objectif commun** dans leur prise en charge. S'ils forment bien une équipe au service du malade au centre de leur interaction, avec pour objectif sa prise en charge optimale, le régulateur répond simultanément à d'autres impératifs puisqu'il est garant de l'AMU à l'échelle d'un territoire avec la gestion des moyens qui y sont alloués. On comprend ainsi que le régulateur a pour préoccupation de mesurer précautionneusement les moyens dédiés à une intervention, afin de conserver au besoin des équipes disponibles sur le secteur, et d'orienter judicieusement les patients, afin de ne pas surcharger outre mesure un service d'urgence donné. De son côté, le MCS considère avant tout son patient et la prise en charge optimale qui peut lui être offerte. Cette divergence dans les objectifs du MCS et du régulateur peut être source d'incompréhension dans la relation.

D'autre part, il est noté qu'il serait souhaitable que MCS et régulateur aient les **mêmes attentes vis-à-vis de cette collaboration**. Or, de la collaboration purement médicale tournée vers le patient à la relation confraternelle, voire amicale, source de réassurance et de reconnaissance professionnelle, on peut constater que tous n'ont pas les mêmes attentes.

- Intériorisation: dans cette dimension, les médecins interrogés décrivaient volontiers l'idée d'une **interdépendance** dans leur exercice, chacun étant nécessaire à l'autre dans sa mission. Cependant, de nombreux points de vue étaient exprimés quant à la répartition des rôles et des responsabilités et cette absence de consensus sur les tenants de cette interdépendance peut être délétère à la relation. Nous aborderons plus longuement cette définition des rôles dans une partie ultérieure.

Par ailleurs, D'Amour notait dans cette dimension que l'interdépendance était soumise à une **confiance mutuelle**. Le défaut de confiance entre MCS et régulateur peut pénaliser la synergie de leurs actions et nous verrons quelles pistes pourraient encourager une meilleure confiance entre ces collaborateurs.

- Formalisation : au-delà des dimensions humaines, D'Amour relève l'impact des dimensions organisationnelles sur la collaboration interprofessionnelle et précise l'intérêt d'une formalisation de la relation.

Cette formalisation renvoie tout d'abord aux **mécanismes d'échange de l'information**. Dans la relation étudiée, le vecteur principal est le téléphone qui présente une somme non négligeable de contraintes techniques (manque de réseau, de batterie, difficultés de compréhension) et relationnelles (absence de communication non-verbale).

Par ce vecteur, le mécanisme principal d'échange de l'information est le bilan médical par lequel le MCS présente au régulateur son évaluation de la situation. Certains médecins interrogés précisaient que ce bilan médical était également l'occasion d'une demande explicite, ou implicite, de validation de l'évaluation et de la prise en charge du MCS. La formalisation des objectifs de ce bilan médical pourrait permettre une meilleure collaboration.

Enfin, cette notion renvoie également à l'existence **d'outils pour formaliser certaines tâches** de la collaboration. C'est ce qu'on retrouve dans le partage de protocoles à l'échelle régionale, notamment par les réseaux RESCUE-RESUVal et RENAU, qui permettent

l'uniformisation et la protocolisation de certaines prises en charge. Ceci facilite la collaboration des différents professionnels. Leur perfectionnement et leur diffusion peut concourir à la réussite de la relation.

- Gouvernance : pour D'Amour, cette notion renvoie tout d'abord à l'idée d'un **leadership central ou local** qui encadre et facilite cette collaboration. Ce concept semble délicat à appliquer dans notre relation entre deux uniques intervenants et dans laquelle, et nous y reviendrons, le cadre hiérarchique est mal défini.

Par ailleurs, cette dimension inclut l'idée d'un **support organisationnel** et d'une **connectivité** entre les professionnels en situation de collaboration. Il entend des moments d'échange et de rencontre entre collaborateurs qui permettent de "*récompenser l'amélioration du travail en équipe*" et d'encourager les "*innovations et les changements de pratiques en évitant le découragement*" (Lesage). C'est ce que nous développerons dans notre dernière partie.

1.2) La relation MCS-Régulateur sous le prisme de l'amitié aristotélicienne

La relation a cela de spécifique qu'elle concerne deux médecins placés dans un rapport plus ou moins asymétrique : un médecin généraliste MCS, qui, malgré sa formation à l'urgence, travaille en-dehors de son domaine d'expertise(4), et un médecin urgentiste, médecin spécialiste, expert de la situation d'urgence. L'étymologie du mot « expert » nous rappelle que la compétence de ce dernier se fonde avant tout sur un savoir-faire, acquis à force d'expérience : *l'expertus* latin, tiré du verbe *experiri*, est celui « *qui a fait ses preuves, qui a de l'expérience, qui est habile* ». (26)

Le médecin régulateur, sans position hiérarchique définie, peut alors prendre une place particulière.

Cette place implique différents apports dans la prise en charge. Nous avons pu souligner son rôle dans la validation de la prise en charge par une analyse distanciée et une protocolisation, l'ensemble permettant une réassurance du MCS en intervention difficile. Toutefois, ces apports étaient très dépendants des individus impliqués dans la relation et nécessitaient une communication adaptée.

De ce fait, nous avons voulu étudier ce qui motive cette relation interprofessionnelle car, comme le relevait le travail de thèse de Laëtitia Sage "*la pratique de collaboration interprofessionnelle ne s'acquiert pas spontanément, elle nécessite une **volonté de travailler ensemble**. De cette notion fondamentale découlent tous les autres éléments.*"(27)

Ainsi, nous avons retenu l'approche de l'amitié aristotélicienne afin de comprendre les éléments déterminants de cette volonté.

Pougnat et Pougnat relèvent que l'exercice de la médecine suppose d'entrer en relation intersubjective avec de nombreuses personnes, en premier lieu, patients et famille, mais également avec leurs confrères. Pour comprendre cette relation confraternelle, ils étudient la relation entre médecins séniors et internes en médecine, relation qui peut être source de développement personnel et professionnel comme source de troubles réactionnels anxieux et dépressifs.(28)

Pour comprendre cette interaction, ils vont étudier la définition de l'amitié par Aristote qui définit deux premiers types d'amitié selon son objet. Nous allons nous exercer à transposer ce modèle à la relation MCS-Régulateur :

- Amitié selon l'intérêt d'utilité : « *Les gens qui s'aiment pour l'intérêt, pour l'utilité dont ils sont l'un à l'autre, s'aiment non pas précisément pour eux-mêmes, mais seulement en tant qu'ils tirent quelques biens et quelques profits de leurs rapports mutuels* »(29)

Dans ce modèle, la relation permet à l'interne d'apprendre à soigner, d'approfondir son savoir et son savoir-faire médical. Réciproquement, la présence de l'interne apporte au sénior dans son impératif de faire marcher son service, c'est-à-dire, de soigner les patients, d'assurer les consultations, le dynamisme de l'équipe, d'améliorer la qualité des soins.

Le parallèle peut être fait avec notre relation MCS-Régulateur dans la mesure où le MCS va recevoir du médecin régulateur un apport logistique et des connaissances théoriques lui permettant de répondre au mieux à sa mission. Du point de vue du régulateur, le MCS est un des effecteurs à la disposition du régulateur lui permettant de moduler une offre de soins sur son territoire.

M11 *"Moi j'ai besoin qu'il m'aide. Donc pour qu'il m'aide, faut que je l'aide quoi. Et donc cet aspect collaboratif, cette alliance qui est thérapeutique pour le patient du coup, elle est essentielle."*

- Amitié selon le plaisir : Aristote exprime : « *quand on aime par intérêt, et pour l'utilité, on ne recherche au fond que son bien personnel. Quand on aime par le motif du plaisir, on ne recherche réellement que ce plaisir même. Des deux sens, on n'aime pas celui que l'on aime pour ce qu'il est réellement ; on l'aime simplement en tant qu'il est utile et agréable. Ces amitiés-là ne sont donc que des amitiés indirectes et accidentelles. [...] On ne l'aime que pour le profit qu'il procure, ici, de quelque bien que l'on convoite, et là, du plaisir que l'on veut goûter* ». (29) Ainsi, on comprend que l'interaction peut être source de plaisir, aussi bien dans la relation sénior-interne que dans la relation MCS-Régulateur.

R6 *“Le lendemain, à 7h, je l'ai appelée pour savoir [...] Comment s'est passé le retour. On sympathise cinq minutes. Mais bon, c'est toujours bien, de voir le ressenti, de prendre des nouvelles. J'aime bien”*

Néanmoins, Pougnet et Pougnet définissent ces deux amitiés comme limitées dans la relation sénior-interne du fait que ces deux amitiés soient accidentelles. Elles le sont tout autant dans la relation MCS-Régulateur : le manque de compétence de l'un ou de l'autre par exemple, peut être une limite à son utilité, comme au plaisir qui ressort de la relation. Ainsi, une relation où l'un est utile à l'autre et lui apporte du plaisir, est une chance mais n'est pas systématique. Ce constat amène les deux chercheurs à se tourner vers le troisième type d'amitié exposé par Aristote.

- Amitié par excellence : cette amitié est décrite comme l'amitié en vue de la vertu.

«L'amitié parfaite est celle des gens qui sont vertueux, et qui se ressemblent par leur vertu ; car ceux-là se veulent mutuellement du bien en tant qu'ils sont bons»(29)

Contrairement aux deux autres, cette amitié est une fin en soi et n'est pas soumise à la contingence, ne réduisant pas autrui à un moyen de satisfaction.

Cette approche paraît à Pougnet et Pougnet intéressante pour l'éthique de la relation confraternelle médicale. *« Il faut qu'il y ait bienveillance mutuelle, chacun souhaitant le bien de l'autre »*, à savoir sa réalisation en tant que médecin dans le soin du patient.(29)

Dans ce modèle, ils nous disent que médecin sénior et interne ont pris un chemin commun : développer les capacités médicales de chacun. Un médecin sénior approfondit ses connaissances en expliquant à l'interne, il bénéficie également des connaissances théoriques de l'interne ; l'interne bénéficie de l'expérience des séniors.(28) Cette idée est parfaitement

transposable à l'interaction entre MCS et régulateur où la relation et l'expérience partagée permettent à chacun d'approfondir leurs compétences.

En ce sens, on perçoit dans la relation MCS-Régulateur la reconnaissance professionnelle offerte mutuellement dans l'accomplissement de sa mission.

Ce qu'interrogent finalement Pougnet et Pougnet c'est l'établissement de la *philia*, c'est-à-dire l'état, le sentiment ou l'émotion de l'amitié. Cette *philia* ne va pas de soi : *"Il convient dès lors de se poser la question des conditions de mise en œuvre de l'amitié. Il ne suffit pas de penser à son confrère pour être attentif à lui, de même qu'il ne suffit pas de penser à son patient pour lui prêter une écoute de qualité. Ce que l'idée d'amitié aristotélicienne soulève, c'est la question du temps, du lieu et des modalités de cette amitié."*(28)

On comprend ainsi que cette amitié nécessite qu'on définisse des temps et des lieux nécessaires à son établissement. Ce qui est corroboré par Lussier et Richard qui rapportent : *"au contraire : le manque de temps, les horaires de travail différents, l'absence de lieux en commun pour des rencontres fortuites et les difficultés à se contacter sont autant d'obstacles à la réalisation d'un suivi conjoint."*(30) C'est l'établissement de cette amitié qui sera le moteur d'une collaboration interprofessionnelle efficace.

2) Répartition des rôles et des responsabilités

2.1) Perception de la répartition des rôles

Le Référentiel national de compétences en matière d'inter-professionnalisme, composé par le Consortium Pancanadien pour l'Inter Professionnalisme en Santé (CIPS), proposait une approche intégrée décrivant 6 domaines de compétences nécessaires pour une collaboration interprofessionnelle efficace. Un de ces domaines concerne la **clarification des rôles** : *“chaque professionnel doit être capable de définir son rôle et celui des autres, cela permet de reconnaître et respecter la diversité des compétences de chacun, tout en assumant son propre rôle. L'utilisation de cette compétence de manière appropriée, en recourant aux compétences de chacun, permet d'établir et d'atteindre les objectifs de la personne.”*(31)

De la même manière, pour Lussier et Richard, “lorsque la situation clinique est plus complexe et nécessite le partage des soins entre le médecin traitant et le médecin consultant, ceux-ci doivent relever le défi de bien coordonner leurs interventions. Une **compréhension partagée du plan de soins**, une **répartition des rôles et des responsabilités** et l'établissement de la manière appropriée de se joindre constituent des stratégies qui pourront les aider à réussir le partage des soins.”(30)

L'analyse de l'aide apportée par les régulateurs aux MCS nous permet de constater que dans la mission conjointe de ces deux médecins, certains rôles sont définis : le MCS est majoritairement responsable de la part technique et diagnostique puisqu'il est le médecin effecteur physiquement présent auprès du malade. L'apport du régulateur dans ces missions est nécessairement limité, ce qui est constaté et admis par l'ensemble des médecins interrogés.

Sur des questions de logistique et de thérapeutique, l'aide du régulateur a été relevée comme importante, ce qui se justifie par le fait qu'il est le coordinateur des moyens logistiques à disposition et qu'il est en position d'expert en soins d'urgence.

Pour les médecins interrogés, la limite des rôles propres à l'un et l'autre est mal définie et nous avons observé des points de vue très divergents au sein de notre population.

Certains MCS rapportaient l'idée d'être un médecin effecteur qui informe le médecin régulateur sur la situation clinique et qui attend de lui une conduite à tenir, même s'il se réserve d'être critique sur cette dernière :

M8 *"Je pars du principe que je suis le bras effecteur du SAMU. [...] s'il me dit exactement ce qu'il faut faire... Bah, je suis. [...] Il faut quand même que ça me choque pas, et que ça aille dans l'idée."*

D'un autre côté, d'autres médecins insistaient sur leur rôle décisionnaire sur l'ensemble de la prise en charge et se considéraient comme seuls responsables :

M5 *"J'ai recours au régulateur pour muter, pour le transfert, pour appeler l'hélico [...] j'ai jamais travaillé sous la directive du médecin régulateur."*

On comprend que cette hétérogénéité de positionnement puisse être source d'incompréhension ou de tensions.

2.2) Manque de cadre institutionnel dans la répartition des rôles

À l'étude du cadre légal qui définit l'activité du MCS, nous retrouvons que le MCS est *"tenu d'établir, pour le médecin régulateur, un premier bilan médical de la victime"*(7) et que *"le médecin régulateur peut l'accompagner dans l'évaluation et la prise en charge de la victime. Cet accompagnement se conforme aux protocoles définis par le SAMU départemental."* Le MCS est alors reconnu comme *"effecteur pré-hospitalier du SAMU"* bénéficiant du *"statut de collaborateur occasionnel du SAMU"* (Cf. annexe N°6).

Dans ce cadre, *"il prend en charge le patient dans l'attente de l'arrivée du SMUR en lien continu et permanent avec le SAMU, qui va adapter les moyens de transports aux besoins du patient identifiés par le MCS."* Il est clairement mentionné que *"la coordination des interventions et des moyens appartient au SAMU qui régule la situation d'urgence."*(32)

Ainsi, le médecin régulateur est décisionnaire sur le plan logistique et peut accompagner le MCS dans sa prise en charge. Toutefois, les conditions de cet accompagnement ne sont pas définies.

2.3) Une responsabilité médico-légale partagée

Un des intérêts perçus à la relation MCS-Régulateur était la protection vis-à-vis du risque médico-légal inhérent à l'exercice MCS. Pour beaucoup, le bilan transmis au centre SAMU, enregistré sur bande, avec un accord du médecin régulateur était perçu comme une protection valable en cas de poursuite :

M13 *"Il me donne son aval. [...] C'est une protection pour moi. [...] C'est leur job, c'est enregistré."*

Or, pour ce qui concerne les cas d'atteintes involontaires à la vie, le Jurisclasseur Pénal (Jurisclasseur Pénal Lexis Nexis relatif aux atteintes involontaires à la vie (cf. Fasc. 20, point 19) mentionne *"qu'il n'est pas nécessaire qu'une faute soit la cause unique du décès pour engager la responsabilité pénale de son auteur."* Ainsi, une décision médicale partagée aboutissant à une atteinte involontaire à la vie peut engager la responsabilité des deux médecins impliqués.

Dans le Rapport Ingall Montagnier N°S1884566 du 5 Novembre 2018 (Cf. annexe n°7) qui fait le point exhaustif sur les jurisprudences relatives à la mise en cause de la responsabilité des médecins et l'appréciation de l'existence d'un lien de causalité entre la faute commise et le décès, on ne retrouve pas de condamnation pour homicide involontaire impliquant deux médecins, MCS et régulateurs. En revanche, il existe des exemples jurisprudentiels de condamnation de plusieurs médecins ayant concouru à des stades différents au dommage subi par le patient.

S'il n'y a pas à notre connaissance d'exemple de mise en cause d'un médecin effecteur MCS et d'un médecin placé en position d'expert (base documentaire Jurinet), il est tout à fait envisageable de voir la responsabilité des deux médecins engagée conjointement. Il restera à la juridiction, qui a dans une telle hypothèse recours à l'expertise judiciaire, de déterminer ce en quoi la faute de chaque médecin a conduit au dommage subi par le patient.

L'absence de définition précise des rôles de chacun peut, en cas de recherche médico-légale, s'avérer délicate. Reste qu'une définition très, voire trop précise, risquerait également de "paralyser" l'action conjointe des deux médecins, qui par définition se doit d'être urgente, et pourrait nuire à l'efficacité de la relation.

L'intervention conjointe du MCS et du médecin régulateur souffre de lacunes réglementaires susceptibles d'être comblées. Seule la relation interpersonnelle conditionnera la répartition des rôles et responsabilités.

C'est de cette relation interpersonnelle que dépendra l'établissement d'un projet de soin adapté et consensuel.

3) Favoriser la collaboration interprofessionnelle entre MCS et Médecin régulateur

3.1) Temps d'échange informels

Face au constat d'une méconnaissance mutuelle et de l'absence de temps de rencontre propres à cet exercice essentiellement multicentrique, MCS comme régulateurs relevaient l'intérêt de définir des temps d'échange informels afin d'améliorer la connaissance de l'autre et donc la communication. Par communication informelle, *“on entend tous les échanges oraux ou écrits entre les médecins qui ne sont pas documentés de façon officielle”*.(30) Cette forme de communication fait partie intégrante de la culture médicale (Cotton, 2010).

Ces temps informels, se construisent naturellement au sein des établissements hospitaliers, au cours d'une discussion de corridor par exemple. Le dispositif MCS étant mis en place pour les régions reculées en milieu rural, notamment montagneux, la distance physique rend difficile ces temps d'échange informels. Il paraît donc nécessaire d'établir des temps dédiés pour se rendre sur les lieux d'exercice des confrères (centres de régulation et cabinets de médecine générale).

M8 *“Peut-être des temps d'échange mais... plus confraternels donc peut-être quelque part un peu plus amicaux. Donc que les MCS aient par exemple un temps dédié pour aller un peu à la régul [...] ou que des régulateurs aient le temps de venir rencontrer quelques MCS.”*

Ces temps informels pouvaient également exister par des discussions post-interventionnelles entre un MCS et un régulateur à la suite d'une intervention particulièrement éprouvante.

R6 *“Le lendemain, à 7h, je l'ai appelée pour savoir [...] Comment s'est passé le retour. On sympathise cinq minutes. Mais bon, c'est toujours bien, de voir le ressenti, de prendre des nouvelles. J'aime bien”*

3.2) Développement de formation et simulations interprofessionnelles

Les médecins interrogés relevaient aussi la nécessité de temps de rencontre formalisés autour de formations et de mises en situation en commun.

M10 *“L'idéal ce serait de... des mises en condition avec eux, enfin des... vraiment des simulations haute-fidélité où on travaille ensemble. Parce que du coup, ça irait dans le sens de l'équipe.[...] On saurait... Chacun, quelles sont nos compétences, de quoi on est capable.”*

Dans les outils de formation interprofessionnelle disponibles, **la simulation interprofessionnelle** (SIP) est un outil de plus en plus utilisé. Déjà très répandues en Amérique du Nord, les SIP se développent désormais en Europe et étaient inscrites dans les outils d'amélioration des pratiques professionnelles de l'HAS en 2019.(33) L'intérêt de ces SIP est clairement corroboré dans la littérature internationale, tant sur le bien-être des équipes que sur l'efficacité pour le patient. Ainsi, le travail de Josey et al. démontrait qu'un programme de formation basé sur la SIP avait permis une diminution significative de la mortalité par arrêts cardiaques intra-hospitaliers.(34)

Pour mieux comprendre leur intérêt, on peut reprendre le rapport de la FCRSS de juin 2012 qui soutenait que dans un modèle de soins partagés, la prise en charge conjointe de patients exigeait *“une définition claire des rôles et des responsabilités, des niveaux élevés de communication et de collaboration ainsi qu'un degré élevé de respect et de confiance mutuels dans la contribution de chacun aux soins des patients.”*(35) Si nous avons déjà abordé la question de la définition des rôles et des responsabilités, nous comprenons que l'amélioration des prises en charge conjointes nécessite de **favoriser communication et confiance** dans l'interaction entre ces deux médecins.

En ce sens, le travail de Policard a étudié l'intérêt de SIP au sein d'équipes d'infirmiers et de médecins en situation d'urgence. Il montrait que ces temps de formation permettent une réflexion commune sur *“leurs manières de communiquer et de travailler ensemble”* et l'évolution vers une plus grande confiance mutuelle. Il relevait, tout comme les médecins de notre étude, que *“la confiance est un déterminant fort de la collaboration, en particulier dans le contexte de l'urgence.”*(36)

Effectivement, ces SIP semblent d'autant plus nécessaires en situation de soins critiques où le stress, le degré d'incertitude et la pression temporelle peuvent majorer les problèmes de communication entre les intervenants, nuire au travail d'équipe efficace et compromettre l'état de santé du patient.(37)

Ces SIP sont également l'occasion d'améliorer la **connaissance des compétences des différents partenaires** impliqués. Il était relevé dans nos entretiens que les médecins régulateurs notamment ne connaissaient pas les compétences des MCS ce qui constituait un frein à leur engagement :

R1 *“Moi je sais pas quel MCS est capable d'intuber si j'ai pas de SMUR. [...] je suis incapable de dire. Leurs compétences ? Je connais leur champ de compétence mais leur compétence, non.”*

Ammirati et al. notaient que le travail d'équipe collaboratif en situation d'urgence implique que *“chaque acteur connaisse les compétences de l'autre pour qu'une réelle synergie s'instaure. Face à l'arrêt cardiaque, il est ainsi recommandé que l'équipe d'intervention soit constituée préalablement. Cependant cette situation idéale n'est pas systématique et des acteurs en santé auront parfois à faire face ensemble à une situation aiguë sans connaissance réciproque.”*(38)

Ces temps de formation et de simulations interprofessionnels permettraient ainsi d'améliorer cette connaissance des compétences de l'autre et de rendre leur intervention conjointe plus efficiente.

3.3 Intégration des CESU locaux

Les MCS interrogés relevaient la réintégration des CESU locaux dans leur formation comme propice à une meilleure connaissance des partenaires locaux.

M8 *“Il vaut peut-être mieux avoir [...] de la formation [...] avec des gens que tu côtoies, qu'est déjà venu chez toi à 3h du matin pour un truc foireux [...] Qu'il y ait des formations, et des temps de rencontre concrète des gens du même territoire.”*

Effectivement, depuis quelques années, les formations MCS proposées en Drôme et en Ardèche (Réseau MCS Sud) sont faites par les CESU de la Drôme, de l'Ardèche, de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie. Pour ce qui est des formations complémentaires (simulations, geste, accouchement, communication), elles sont exclusivement dispensées par les CESU de Savoie et Haute-Savoie. Si la qualité de ces formations est parfaitement reconnue par les médecins interrogés, l'intérêt de se former auprès des médecins de l'AMU locale était retenu pour améliorer la connaissance mutuelle et uniformiser les pratiques à l'échelle locale. Ceci permettrait également de répondre à la nécessité de connaissance des compétences de l'un et de l'autre.

3.4 Développement de réunions d'échanges au sein du dispositif MCS

3.4.1 Création de groupes de pairs®

En France, sous l'impulsion de la Société Française de Médecine Générale (SFMG), les groupes de pairs® sont apparus en 1987.(39) Le principe, bien développé en médecine générale, est de réunir régulièrement des médecins de la même spécialité, sans hiérarchie entre eux, dans un climat de confiance favorisant la liberté de parole. Il s'agit de faire une analyse argumentée de la pratique quotidienne, centrée sur la présentation de cas cliniques, tirés au sort. L'ensemble des médecins apportent une expertise collective, l'objectif commun étant une amélioration de la pratique.

L'HAS rapporte *“qu'il résulte le plus souvent de cette analyse de pratiques et des discussions qui en découlent, une amélioration des prises en charge et une valorisation individuelle et professionnelle des médecins.”*(40)

Il paraît pertinent de pouvoir développer ce genre de groupe d'analyse des pratiques au sein du dispositif MCS tout en gardant à l'esprit qu'il existe des contraintes qui ne répondent pas aux critères développés par l'HAS et la SFMG :

Les médecins concernés ne sont pas de la même spécialité : urgentistes et généralistes.

La distance géographique nécessite la réalisation de ces groupes de pairs via des outils de visioconférences.

Nous pourrions proposer ces groupes de pairs au sein de l'association MCS Drôme - Ardèche afin de déterminer des temps de rencontre. Ainsi, chaque membre du groupe s'enrichit de l'expérience des autres.

3.4.2 Démarches d'analyse des événements indésirables associés aux soins de santé (EIAS)

La sécurité des patients est un domaine d'intérêt qui met l'accent sur l'identification des risques en santé notamment la détection, l'analyse, la déclaration et la prévention des EIAS. Ils sont définis comme *« un événement ou une circonstance associés aux soins qui auraient pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau »* (OMS, 2007)

Actuellement, au sein du dispositif MCS Drôme-Ardèche, les événements indésirables sont discutés de manière informelle par mails et échanges téléphoniques. Il n'existe pas de réunion permettant l'échange formel entre les acteurs de santé.

Différents outils d'analyse des EAIS existent :

- Les Comités des Retour d'Expérience (CREX) : méthode standardisée de gestion des risques à partir d'une analyse collective d'EIAS signalés par les professionnels au sein de la structure. Cette méthode cible l'organisation des soins.
- La revue de morbidité et mortalité (RMM) est une démarche d'analyse collective d'EIAS. Cette méthode cible les pratiques professionnelles. Son objectif est la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.(41)

Très largement développée au sein des services d'urgences particulièrement en régulation, services exposés aux risques sanitaires, juridiques et médiatiques, elle n'est pour l'heure pas mise en place au sein du dispositif MCS.

L'étude PRisM(42) soulève notamment que le défaut de communication dans la coordination des soins est le facteur favorisant qui a été le plus souvent identifié, à la fois pour les CREX et les RMM.

Conclusion

Dans les zones rurales éloignées, à plus de 30 minutes d'accès d'un SMUR, le médecin correspondant SAMU (MCS), médecin généraliste ayant reçu une formation courte aux situations d'urgence médicale, est déclenché par le médecin régulateur du centre SAMU pour intervenir dans l'attente de l'arrivée d'un SMUR. Le médecin régulateur est la première ressource utilisée par le MCS en situation difficile.

L'objectif de cette étude était d'explorer comment le médecin régulateur aide le MCS en intervention, par des entretiens semi-dirigés auprès de vingt médecins MCS et régulateurs de Drôme-Ardèche.

Le médecin régulateur apportait une aide utile et pertinente au MCS sur les aspects logistiques et thérapeutiques. Le MCS restait autonome sur la part diagnostique et technique. À travers le bilan médical, le régulateur permet une analyse distanciée de la situation, une validation de la prise en charge et une sécurité vis-à-vis du risque médico-légal.

L'aide humaine apportée était primordiale : elle replace le MCS au sein d'une équipe et permet une réassurance du MCS en intervention difficile. Cette interaction était soumise à différentes contraintes (environnement, gestion du stress et manque de moyens dans l'AMU) et dépendait de la qualité de la relation confraternelle.

Cette relation interprofessionnelle souffrait d'un manque de connaissance mutuelle entre MCS et régulateur et d'un manque de définition de la répartition des rôles et responsabilités de chacun, ce qui semblait être un frein à l'efficacité de cette collaboration.

Le cadre réglementaire de l'intervention MCS étant mal défini, et la notion juridique de responsabilité médicale partagée étant délicate, seul le mode relationnel vient structurer cette collaboration.

Il n'existe pas de modèle relationnel directement applicable à la relation interprofessionnelle en santé, notamment entre un médecin en situation difficile et un médecin en situation d'expertise. Les différents modèles transposables à cette relation confirment l'intérêt de temps de rencontre afin d'établir une connaissance et une confiance réciproques. L'institutionnalisation de temps de rencontre à travers des formations, des simulations, des comités de retour d'expérience et des revues de morbi-mortalité en commun, et à travers l'intégration des centres d'enseignement des soins d'urgence locaux dans la formation des MCS, semble nécessaire à l'amélioration de l'efficacité du dispositif.

Clarifier les rôles et responsabilités de chacun d'une part, améliorer la communication interprofessionnelle d'autre part, sont des défis à relever aujourd'hui pour sécuriser une pratique en essor constant depuis plusieurs années.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.
2. livre-blanc-sudf-151015.pdf [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
3. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU).
4. Jomin E. Place des médecins correspondants du SAMU dans l'organisation des urgences pré-hospitalières du Sud meusien. 2001;114.
5. Bulletin Officiel n°2003-20 [Internet]. [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm>
6. pacte_territoire_sante_-_lutter_contre_les_deserts_medicaux.pdf [Internet]. [cité 13 juill 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_territoire_sante_-_lutter_contre_les_deserts_medicaux.pdf
7. Cahier des Charges Réseau MCS ARA Janvier 2019 - VF_0.pdf [Internet]. [cité 13 juill 2020]. Disponible sur: https://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/system/files/2019-12/CCR%20MCS%20ARA%20%20Janvier%202019%20-%20VF_0.pdf
8. Instruction N°DGOS/R2/2012/267 du 3 juillet 2012 relative aux temps d'accès en moins de trente minutes à des soins urgents - APHP DAJ [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/instruction-ndgosr22012267-du-3-juillet-2012-relative-aux-temps-dacces-en-moins-de-trente-minutes-a-des-soins-urgents/>
9. Formation initiale et continue obligatoire | MCS Aura [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.mcs-aura.fr/formation-initiale-et-continue-obligatoire>
10. Bailly-Beauregard L, Guevara F. Gestion de la dotation des médecins correspondants du SAMU du réseau Nord-Alpin: difficultés et solutions [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.
11. Objectifs & Historique / Samu - Urgences de France [Internet]. [cité 16 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/sudf/objectifs>

12. Lecoq H. Régulation de la continuité des soins par les médecins généralistes. À propos de l'expérimentation de la régulation diurne au SAMU centre 15 du Havre depuis novembre 2014. 7 févr 2017;88.
13. Giroud M. La régulation médicale en médecine d'urgence. Réanimation. déc 2009;18(8):737-41.
14. Médecine d'Urgence [Internet]. ISNI. [cité 16 juill 2020]. Disponible sur: <https://isni.fr/les-specialites/medecine-durgence/>
15. MCS Drôme-Ardèche | MCS Aura [Internet]. [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.mcs-aura.fr/mcs-drome-ardeche>
16. Activité réseau MCS Drôme – Ardèche 2019.odp.
17. Villatte E. Efficience du dispositif médecin correspondant du SAMU dans la réponse à l'aide médicale urgente [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2019.
18. Démographie médicale et diagnostic territorial - Union Régionale des Professionnels de Santé [Internet]. URPS Médecins AuRA. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.urps-med-aura.fr/votre-installation-liberale/demographie-medicale-et-diagnostic-territorial/>
19. Code de déontologie - CNOM [Internet]. [cité 13 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
20. Rigaud L. Ressources mobilisées en intervention par les médecins correspondants du SAMU dans la région Auvergne-Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.
21. Attia F, Belkacem O-L. Évaluation du recours à la thrombolyse dans la prise en charge extra hospitalière des syndromes coronariens aigus avec sus décalage du segment ST par les médecins correspondants du SAMU. 2019;53.
22. Chalimon O, Ledermann U. Évaluation de la prise en charge des patients graves par les Médecins Correspondants du SAMU : adéquation avec les recommandations de bonne pratique et pistes d'amélioration. 7 févr 2020;65.
23. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.

24. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. mai 2005;19 Suppl 1:116-31.
25. Amour D d', Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*. 1999;17(3):67-94.
26. Calafat G. Expertise et compétences. *Hypothèses*. 30 juin 2011;14(1):95-107.
27. Sage L. Le développement de la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé primaires français [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://femasco-bfc.fr/documentation/download/61/667/15.html>
28. Pougnet R, Pougnet L. Apports de l'amitié aristotélicienne pour l'éthique de la relation entre internes et médecins séniors. *Éthique & Santé*. 1 déc 2017;14(4):225-30.
29. Aristote. *Ethique à Nicomaque*. Flammarion. Malesherbes; 2004.
30. Richard C, Lussier M-T. *La communication professionnelle en santé*. ERPI. 2016.
31. CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf [Internet]. [cité 16 oct 2020]. Disponible sur: https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
32. INSTRUCTION N°DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS) - Légifrance [Internet]. [cité 16 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37123>
33. Simulation en santé et gestion des risques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2905932/fr/simulation-en-sante-et-gestion-des-risques
34. Josey K, Smith ML, Kayani AS, Young G, Kasperski MD, Farrer P, et al. Hospitals with more-active participation in conducting standardized in-situ mock codes have improved survival after in-hospital cardiopulmonary arrest. *Resuscitation*. 2018;133:47-52.
35. interprofteams-virani-fr-web.pdf [Internet]. [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/interprofteams-virani-fr-web.pdf?la=fr&hash=AF51315B57CAE722990143792E31F8C50AFDF538>
36. POLICARD F. L'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. In: *Biennale internationale de l'éducation, de la*

formation et des pratiques professionnelles [Internet]. Paris, France: CNAM; 2015 [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01180312>

37. Houzé-Cerfon C-H, Boet S, Marhar F, Saint-Jean M, Geeraerts T. L'éducation interprofessionnelle des équipes de soins critiques par la simulation : concept, mise en œuvre et évaluation. *La Presse Médicale*. 1 juill 2019;48(7, Part 1):780-7.

38. Ammirati C, Quemener C, Amsallem C, Jamault B. Les futurs médecins urgentistes connaissent-ils les compétences des personnels avec lesquels ils prendront en charge une situation d'urgence ? Intérêt d'une évaluation initiale pour les scénarios de simulation. *Pédagogie Médicale*. 2 janv 2013;14(1, Supp):S72-S72.

39. Société Française de Médecine Générale : Groupe de pairs® [Internet]. [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: http://www.sfm.org/groupe_de_pairs/

40. HAS-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf [Internet]. [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/download/documents/HAS-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf>

41. rmm_et_mg_4_pages_11_02_2010.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/rmm_et_mg_4_pages_11_02_2010.pdf

42. Pasini B, Chaneliere M. Evènements indésirables en soins primaires : analyse des données de l'étude PRisM. 2018.

ANNEXES

Annexe n°1 : Canevas d'entretien médecin régulateur

Bonjour,

Merci de partager votre temps et d'accepter de participer à cet entretien réalisé dans le cadre de ma thèse. Je m'appelle Aurèle/Victor j'ai fini mon internat en avril/octobre 2018 et je réalise ma thèse d'exercice dont le thème principal est la relation entre les médecins correspondants Samu et les médecins régulateurs. Dans ce cadre, je souhaite m'entretenir avec vous en tant que médecin régulateur. Nous aimerions par le biais de cet entretien recueillir votre expérience et votre ressenti au décours d'une situation difficile en tant que médecin régulateur. Toutes les réponses seront bien sûr anonymisées et la confidentialité respectée. Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone pour pouvoir les retranscrire avec le plus de fiabilité possible. Etes-vous d'accord ?

Quel parcours vous a conduit à devenir médecin régulateur ?

1- Expérience

Pourriez-vous me raconter une expérience d'intervention difficile en régulation où vous avez été mis en contact avec un médecin effecteur MCS ?

Comment vous êtes-vous senti lors de cette situation ?

Quel rôle avez-vous pris dans la gestion de l'intervention ?

2- Relation avec le médecin correspondant Samu :

Comment pourriez-vous qualifier la relation que vous entretenez avec le médecin MCS ?

Qu'est ce qui détermine pour vous une relation confraternelle aboutie ?

Selon vous, quels éléments rendent cette interaction difficile ?

3- Moyen de communication : téléphone et ses limites

Comment percevez-vous ce moyen de communication ? Quelles en sont les limites ?

Selon vous, quelles pourraient être les solutions pour améliorer ce moyen de communication ?

(R) Comment serait-il possible d'optimiser la mise en relation avec le médecin régulateur ?

4- Aide apportée PRAGMATIQUE VERSUS PSYCHOLOGIQUE ?

Quelle aide apportez-vous au médecin correspondant Samu ?

(R) En-dehors des aspects logistiques et techniques, quelle aide pensez-vous apporter au médecin MCS en intervention difficile ?

(R) Dans quelle mesure pensez-vous avoir un rôle de réassurance pour le médecin MCS sur le terrain ?

Comment percevez-vous les difficultés rencontrées par le médecin MCS en intervention difficile ?

Qu'est-ce que pourrait d'après vous améliorer la relation avec le médecin MCS ?

Y a-t-il quelque chose que vous voudriez ajouter ?

Annexe n°2 : Canevas d'entretien médecin correspondant SAMU

Bonjour,

Merci de partager votre temps et d'accepter de participer à cet entretien réalisé dans le cadre de ma thèse. Je m'appelle Aurèle/Victor j'ai fini mon internat en avril/octobre 2018 et je réalise ma thèse d'exercice dont le thème principal est la relation entre les médecins correspondants Samu et les médecins régulateurs. Dans ce cadre, je souhaite m'entretenir avec vous en tant que médecin correspondant Samu. Nous aimerions par le biais de cet entretien recueillir votre expérience et votre ressenti au décours d'une situation difficile en tant que MCS. Toutes les réponses seront bien sûr anonymisées et la confidentialité respectée. Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone pour pouvoir les retranscrire avec le plus de fiabilité possible. Êtes-vous d'accord ?

Quel parcours vous a conduit à devenir médecin correspondant Samu ?

(R) Avant de devenir MCS, quelle formation propre à l'urgence tu avais reçue ?

1- Expérience

Pourriez-vous me raconter une expérience d'intervention MCS difficile dans laquelle vous avez sollicité le médecin régulateur ?

(R) Quel rôle a eu le médecin régulateur dans la gestion de l'intervention ?

Comment vous-êtes vous senti dans cette interaction avec le médecin régulateur ?

2- Relation avec le médecin régulateur / médecin correspondant Samu

Comment pourriez-vous qualifier la relation dans les échanges que vous avez avec les médecins régulateurs ?

(R) Qu'est-ce que vous attendez qu'il vous apporte ?

Qu'est ce qui détermine pour vous une relation confraternelle aboutie ?

Selon vous, quels éléments rendent cette interaction difficile ?

Qu'est-ce que pourrait d'après vous améliorer la relation avec le médecin régulateur ?

3- Moyen de communication : téléphone et ses limites

Comment percevez-vous ce moyen de communication ?

Quelles en sont les limites ?

Selon vous, quelles pourraient être les solutions pour améliorer ce moyen de communication ?

(R) Comment serait-il possible d'optimiser la mise en relation avec le médecin régulateur ?

4- Aide apportée PRAGMATIQUE VERSUS PSYCHOLOGIQUE ?

En quoi l'intervention du médecin régulateur a pu vous aider dans la prise en charge du patient au cours de l'intervention ?

Qu'est-ce que tu attends qu'il t'apporte ?

(R) En-dehors des aspects logistiques et techniques, quelle aide vous est apportée par l'échange avec le médecin régulateur au cours d'une intervention difficile ?

(R) Dans quelle mesure pensez-vous que le médecin régulateur a un rôle de réassurance ?

Y a-t-il quelque chose que vous voudriez ajouter ?

Annexe n°3 : Formulaire de consentement à la recherche



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE

TITRE DE LA RECHERCHE : DÉTERMINANTS ET ENJEUX DE LA RELATION CONFRATERNELLE ENTRE MÉDECIN CORRESPONDANT SAMU ET MÉDECIN RÉGULATEUR EN DRÔME-ARDÈCHE

Je soussigné(e),

accepte de participer à l'étude DÉTERMINANTS ET ENJEUX DE LA RELATION CONFRATERNELLE ENTRE MÉDECIN CORRESPONDANT SAMU ET MÉDECIN RÉGULATEUR EN DRÔME-ARDÈCHE

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Aurèle BONNET ou Victor BARBAUD.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

À l'exception des responsables de l'étude, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès d'Aurèle BONNET ou Victor BARBAUD.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

le

Annexe n°4 : Extraits encodage Excel® « Améliorer la relation »

Améliorer la relation										
Temps de rencontre				Personnaliser la relation		Communication			Double-casquette	
Améliorer relation : Temps pour les R pour venir rencontrer MCS sur le terrain 2-4	Améliorer relation : temps de rencontre en formation entre MCS et régulateurs 2-2	Améliorer relation : Temps pour les MCS pour aller à la régulation 2-3	Temps de rencontre entre les équipes insuffisant 2-2	Améliorer relation : mieux se connaître	RCF aboutie : Se présenter/connaître le nom de son interlocuteur	Importance de la prosodie du régulateur dans son rôle d'apaisement 2-2	Relation confraternelle aboutie : ton respectueux 2-3	Importance de la communication pour améliorer la prise en charge 2-2	Activité mixte : MCS et régulateur bénéfique	Intérêt des double-casquettes qui font le lien et apportent meilleure compréhension réciproque 1-2
Rencontre entre les permanenciers et le MCS a permis d'améliorer la relation	Bonne relation avec les régulateurs apporterait motivation au MCS pour poursuivre son activité MCS	Nécessité de connaissance individuelle entre MCS et régulateurs	Proposition de mises en situation en partenariat avec les régulateurs	Personnaliser l'interaction permet la création d'un lien de confiance	RCF aboutie : tutoyer son interlocuteur 1-2	Importance de la prosodie du MCS pour faire accepter son désaccord	Qualité de la relation dépendante de la façon de parler du régulateur d'après le MCS	Frein à une relation confraternelle aboutie : manque de politesse	Modification de la perception du médecin régulateur par l'exercice MCS	Connaissance des compétences individuelles de chaque MCS par double casquette
Proposition d'une intervention de MCS en staff de régulateur pour témoigner de son exercice	Connaissance individuelle entre MCS et régulateurs permet d'éviter les conflits 1-4	Temps de rencontre : nécessité de financement 1-2	Améliorer la relation : temps commun en formation 1-2	Personnaliser la relation permet une interaction véritable	Améliorer relation : rapport amical 1-2	Relation confraternelle aboutie : demander gentiment les choses	Empathie du régulateur envers le MCS facilitant dans la relation confraternelle	Importance du "non-verbal" dans l'apaisement apporté par le régulateur	Relation confraternelle avec régulateur favorisée par l'exercice en régulation	
Proposition d'une intervention de régulateur en formation MCS pour témoigner de son exercice	Améliorer relation : organiser temps de rencontre entre MCS et régulateurs	Améliorer relation : augmenter temps d'échange	Amélioration des relations grâce à l'implication du CESU local	RCF aboutie : personnaliser la relation 1-2	Personnaliser la relation permet de la rendre plus facile	Empathie du régulateur envers le MCS facilitant dans la relation MCS/R	Relation confraternelle aboutie : nécessité d'une amabilité	Nécessité d'un ton confraternel du régulateur pour critiquer la prise en charge du MCS		
Proposition d'une présentation des régulateurs en formation MCS	Formation MCS avec les spécialistes locaux permet un temps de rencontre avec les acteurs locaux	Améliorer relation : temps pour les MCS pour venir rencontrer le régulateur et permanenciers au centre SAMU	Nécessité de dialogue entre MCS et régulateurs	RCF au cours d'une intervention : nécessité de se présenter brièvement						

Annexe n°5 : Extraits encodage Excel® « Apports et Rôles du régulateur du point de vue du MCS »

<p>Bilan systématique au 15</p> <p>Bilan au régulateur non systématique, parfois passé par pompier</p> <p>Bilan systématique au 15 offre une supervision de son exercice au MCS</p>		<p>Bilan systématique</p> <p>Intérêt du bilan au régulateur : induire structuration de la réflexion médicale avant appel 1-2</p>		<p>Rôle du régulateur : aide décisionnelle pour arrêter la réanimation 1-2</p> <p>Apport du SMURiste : aide à la prise de décisions dans situation de LATA</p> <p>Rôle du régulateur : réflexion en équipe pour mettre fin à une réanimation 1-3</p> <p>Rôle du régulateur : aider le MCS pour décision d'arrêt des gestes de réanimation 2-3</p>		<p>Annnonce de l'arrêt d'une réanimation : intérêt d'être deux médecins dans la prise de décision</p> <p>LATA</p>		<p>Aide apportée par le régulateur pour utilisation de thérapeutiques nouvelles pour le MCS (notamment Kétamine)</p> <p>Rôle du régulateur : aide au choix de la thérapeutique 2-2</p> <p>Rôle du régulateur : aide au choix de la thérapeutique 2-3</p> <p>Aide apportée par le régulateur : posologie</p> <p>Aide apportée par le régulateur : choix du protocole thérapeutique</p> <p>Aide apportée par le régulateur : choix du protocole thérapeutique</p> <p>SCA : appel systématique du régulateur avant d'initier thérapeutique</p>	
<p>Bilan médical comme demande implicite du MCS au régulateur de validation médicale</p> <p>Bilan au SAMU systématique au moins au PARM, Parfois au reg</p>		<p>Bilan permet une confrontation des points de vue pour obtenir un consensus 1-2</p> <p>Intérêt du bilan au régulateur : induire introspection et réflexion sur la situation clinique 3-4</p> <p>Intérêt médico-légal d'un bilan systématique perçu par le MCS 3-7</p>		<p>Rôle du régulateur : aide au choix de la thérapeutique 2-2</p> <p>Rôle du régulateur : aide au choix de la thérapeutique 2-3</p> <p>Aide apportée par le régulateur : posologie pédiatrique</p> <p>Rôle du régulateur : aide au choix de la thérapeutique 5-8</p> <p>Aide du régulateur : posologie 8-16</p> <p>SCA : appel systématique du régulateur avant d'initier thérapeutique</p>		<p>LATA</p>		<p>Thérapeutique</p>	
<p>Rôle du régulateur : informer le MCS des moyens engagés</p> <p>Aide du régulateur : choisir un type de transport adapté</p> <p>Importance du rôle logistique du régulateur pour gain de temps dans la prise en charge</p> <p>Aide apportée par le régulateur : logistique 5-9</p> <p>Atteinte du MCS : connaissance des moyens et de leur mise en oeuvre</p> <p>Aide apportée par le régulateur : logistique uniquement</p>		<p>Discussion collégiale entre MCS et régulateur pour choix d'orientation du patient 1-2</p> <p>Rôle du régulateur : informer le MCS pour mettre en adéquation les thérapeutiques entreprises et les moyens engagés</p> <p>Aide du régulateur : orientation adaptée du patient 4-6</p> <p>Aide apportée par le régulateur : aide logistique uniquement, pas d'intérêt dans la prise en charge médicale</p> <p>Travail collaboratif avec le régulateur : logistique 2-2</p> <p>Rôle du régulateur : logistique 2-3</p>		<p>Rôle du régulateur : point de vue du MCS ; partager ces difficultés</p> <p>Rôle du régulateur : se projeter dans les difficultés rencontrées par MCS</p> <p>Rôle perçu du régulateur comme thérapeutique, logistique</p> <p>Aide apportée par le régulateur d'après le MCS : pas d'aide dans la prise en charge médicale</p> <p>Rôle du régulateur perçu par le MCS : réception du bilan médical</p>		<p>Biels d'information par le MCS orientant le diagnostic 1-2</p> <p>Aide du régulateur : lecture systématique des traces BCG</p> <p>Aide du régulateur : interprétation d'ECG</p> <p>Diagnostic</p> <p>Critique du régulateur par le MCS ; absence d'aide diagnostique</p>		<p>Rôle du régulateur : proposer avec tact</p> <p>Aide apportée par le régulateur : aide à la priorisation des victimes</p> <p>Ris d'apport du régulateur dans la prise en charge médicale 1-2</p> <p>Régulateur : aide dans le suivi de l'intervention</p> <p>Rôle du régulateur : apport diagnostique dans l'ACR</p> <p>Faible apport du régulateur dans le diagnostic 4-4</p> <p>Apport du régulateur : aide diagnostique</p>	
<p>Rôle du régulateur : apporter de la sécurité</p> <p>Rôle du régulateur : remettre le MCS dans des situations émotionnellement fortes</p> <p>Rôle du régulateur : soutenir dans situation inconnue</p>		<p>Aide du régulateur : information sur les moyens possibles engagés</p> <p>Intérêt du régulateur : apporter apaisement dans la situation 4-6</p> <p>Rôle du régulateur : soutien moral du MCS 3-3</p> <p>Rôle du régulateur : réassurance et bienveillance 7-9</p>		<p>Sollicitation répétée du régulateur en situation d'échec</p> <p>Régulateur d'après le MCS : connaissance des spécificités de chaque territoire et de son fonctionnement 2-</p> <p>Régulateur est la première ressource du MCS en intervention</p> <p>Médecin régulateur comme ressource indispensable 2-3</p>		<p>PREMIER RECOURS DU MCS</p>		<p>Vécu positif de l'aide technique du régulateur 1-2</p> <p>Aide apportée par régulateur : pas d'aide technique : MCS doit se débrouiller</p>	
<p>Rôle du régulateur : permettre de faire face à la difficulté de l'exercice MCS solitaire</p> <p>Demande d'aide au régulateur en situation de stress psychologique</p>		<p>Aide du régulateur : information sur les moyens possibles engagés</p> <p>Intérêt du régulateur : apporter apaisement dans la situation 4-6</p> <p>Rôle du régulateur : soutien moral du MCS 3-3</p> <p>Rôle du régulateur : réassurance et bienveillance 7-9</p>		<p>Ressource disponible en territoire isolé : médecin régulateur</p> <p>Ressource principale en cas de difficulté : médecin régulateur</p> <p>Médecin régulateur comme ressource indispensable 2-3</p>		<p>Sollicitation systématique du régulateur en intervention MCS</p> <p>Appel systématique du régulateur</p> <p>Intérêt du régulateur VS apps smartphones ; s'accorder avec la prise en charge proposée en aval</p> <p>Appel prioritaire du régulateur VS applications smartphone</p>		<p>Aide du régulateur : conseil technique 1-2</p> <p>Technique</p> <p>Aide apportée par régulateur : pas d'aide technique possible 2-3</p> <p>Rôle du régulateur perçu par le MCS : aide technique</p>	

Annexe n°6 : Extrait du contrat portant sur les modalités d'intervention du Médecin Correspondant du SAMU

dépend. Le MCS informe le SAMU de son délai approximatif d'arrivée sur les lieux. Il prend en charge le patient dans l'attente de l'arrivée du SMUR et adresse systématiquement un premier bilan médical au médecin régulateur.

Le MCS est contacté par le SAMU selon les moyens et outils mis en place pour contacter le MCS.

Un lien continu MCS/SAMU est assuré par les différents moyens de communication mobilisés.

Le médecin correspondant de SAMU s'engage à respecter les procédures qui lui ont été présentées lors des formations.

Article 4 | Rémunération du médecin correspondant du SAMU

Les activités des MCS sont variables suivant les départements et les périodes en fonction des activités saisonnières. Le MCS peut choisir de s'inscrire sur un tableau d'astreinte impliquant de répondre systématiquement aux sollicitations du SAMU. Néanmoins, cette complétude n'est pas obligatoire H24, le MCS peut être appelé par le 15 en cas de nécessité.

La rémunération des forfaits d'astreinte est découpée en 2 tranches horaires de 12h :

- de 8h à 20h du lundi au dimanche, un forfait d'astreinte de 50 €.
- de 20h à 8h du lundi au dimanche, un forfait d'astreinte de 100 €.

Le forfait d'intervention se rémunère à hauteur de 250 € la sortie de MCS régulée par le SAMU départemental.

Article 5 | Les engagements contractuels des parties

❖ Engagements du MCS

Le MCS est volontaire et s'engage si il s'est positionné sur un tableau d'astreinte, à répondre à la demande du SAMU pour prendre en charge le patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale selon les protocoles définis lors des formations des MCS sur le territoire défini à l'article 1 du dit contrat.

L'intervention est déclenchée par le SAMU centre 15 qui reconnaît alors le MCS, en début de mission, effecteur pré-hospitalier du SAMU. Le MCS bénéficie du statut de collaborateur occasionnel du SAMU et de la rémunération précisée dans le présent article.

Le MCS s'engage à fournir au SAMU de son département, toutes les coordonnées utiles à la bonne marche du dispositif et à rendre compte immédiatement de sa mission.

Le MCS s'engage à faire connaître ses disponibilités au SAMU et les modalités retenues en lien avec le SAMU (tableau d'astreinte ou liste des MCS).

Le MCS s'engage à suivre une formation initiale et une formation continue chaque année organisée dans la région Auvergne Rhône-Alpes par l'association territoriale MCS dont il dépend ou à faire valider ses formations par le Comité Régional MCS s'il exerce cette activité aussi dans une autre région.

Le MCS s'engage à obtenir l'agrément délivré par le comité régional des MCS.

Le MCS est incité à adhérer à l'association territoriale MCS qui facilite et promeut le dispositif des MCS et représente les médecins MCS auprès de l'ARS, des SAMU, des SDIS et des institutions.

Le MCS rend compte de son activité de MCS à l'association territoriale MCS et au SAMU selon les modalités prédéfinies validées par le comité régional des MCS (fiche de suivi des patients).

Le MCS sera garant du bon entretien du matériel biomédical prêté et s'assurera de son bon fonctionnement.

Le MCS s'assure du suivi des produits de santé de sa trousse d'intervention (médicaments, Dispositifs Médicaux Stériles et non stériles) par :

- le respect des conditions de conservation recommandées (en particulier la chaîne du froid et la conservation à l'abri de la lumière de certains médicaments), des règles de sécurité relatives au stockage et au transport (en particulier de l'oxygène), des règles de traçabilité de l'administration des stupéfiants,
- l'inventaire régulier de la trousse (quantités, péremptions) et le renouvellement des produits selon les modalités pratiques établies avec la pharmacie (PUI) de son établissement de référence et l'association territoriale Alpes du Nord,
- la gestion des informations de sécurité sanitaire (bon usage, rappels de lots, pharmacovigilance, matériovigilance...) et le signalement à son établissement de référence ou à l'association territoriale MCS Alpes du Nord de tout dysfonctionnement relatif à l'usage des produits,
- l'utilisation limitée des produits aux seules interventions MCS, en particulier les médicaments de la réserve hospitalière,
- la restitution de la totalité des produits en cas de désengagement.

Le MCS s'engage à transmettre via l'outil www.mcs-aura.fr ses fiches d'intervention MCS à l'association territoriale MCS des Alpes du Nord anonymisées au plus tôt et au maximum dans un délai de 6 mois.

Le MCS s'engage à présenter une demande signée permettant le paiement des prestations effectuées (forfaits d'intervention et astreintes) à la chargée de mission de l'association territoriale MCS dont il dépend conformément au circuit de liquidation en vigueur.

Le MCS s'engage à ne pas établir de feuille de soins et à ne pas réclamer un règlement direct au patient dans le cadre des prestations dérogatoires mises en place pour le règlement forfaitaire de l'intervention du MCS.

Le MCS s'engage à déclarer l'activité de MCS à son assureur : la responsabilité de l'établissement public de santé siège du SAMU avec lequel le médecin a passé convention s'étend à lui dans l'exercice de ses fonctions de correspondant du SAMU, et c'est donc, dans l'immense majorité des cas, la responsabilité de l'hôpital qui sera recherchée, mais, en cas de faute personnelle (au sens de la jurisprudence sur la responsabilité administrative), la responsabilité du MCS pourrait être engagée.

Le MCS s'engage s'il se fait remplacer pour cette mission, à vérifier auprès de l'association territoriale MCS que le médecin remplaçant ou l'étudiant titulaire d'une licence de remplacement a bien suivi la formation annuelle MCS et a signé un contrat MCS avec un SAMU de la région et l'ARS.

Le MCS s'engage à transmettre le présent contrat au conseil départemental de l'ordre des médecins.

- dans une deuxième branche, qu'en jugeant, pour écarter l'existence d'une faute caractérisée, "qu'il ne ressortait pas suffisamment des différents rapports d'experts, des investigations judiciaires et des déclarations de la prévenue elle-même, que cette négligence était particulièrement grossière et que lorsqu'elle avait été commise, Mme Calmels devait avoir une conscience particulière du risque auquel elle exposait son patient", la cour d'appel a méconnu ses propres constatations, dont il résultait que l'interne, en oubliant le traitement qu'elle avait elle-même prescrit, en ne consultant pas le dossier médical de son patient et du fait de cette information partielle, en ne réagissant pas conformément aux données acquises de la science au regard du résultat du premier examen, avait commis une faute caractérisée qui avait exposé Jacques Dorise à un risque d'une particulière gravité qu'elle ne pouvait ignorer,
- dans une troisième branche, que le défaut de surveillance du chef de service est en lien de causalité direct avec le dommage causé directement par une erreur médicale de son interne, de sorte qu'en jugeant le contraire, la cour d'appel a méconnu l'article 121-3 du code pénal,
- dans une quatrième branche, qu'en jugeant, après avoir constaté que le chef de service avait manqué à son obligation de surveiller l'interne placée sous sa responsabilité, que cela ne constituait pas une faute de nature à engager sa responsabilité, sans expliquer en quoi ces manquements ne constituaient pas une violation délibérée de l'obligation de sécurité et de prudence prévue par l'article R.6153-3 du code de la santé publique, la cour d'appel n'a pas justifié sa décision et a violé l'article 121-3 du code pénal.

IDENTIFICATION DES POINTS DE DROIT À JUGER

La cour d'appel a-t-elle qualifié de manière satisfaisante les fautes relevées à l'encontre des deux médecins et la nature du lien de causalité entretenu par celles-ci avec le décès ?

DISCUSSION

* L'homicide involontaire est défini par l'article 221-6 du code pénal comme "*le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui*".

Il résulte de l'article 121-3 cité par ce texte que pour apprécier la responsabilité pénale des personnes physiques, il convient de distinguer selon que le lien de causalité entre la faute et le dommage est direct ou indirect.

Dans la première hypothèse (troisième alinéa), une faute simple suffit à engager la responsabilité pénale de son auteur ; dans la seconde (quatrième alinéa), il est nécessaire de caractériser l'existence d'une faute dite "qualifiée" résultant soit de la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit d'une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer.

La chambre criminelle exige en tout état de cause, en matière d'atteintes involontaires à la vie ou à l'intégrité physique, que les juges du fond constatent l'existence certaine du lien entre la faute et le décès ou les blessures de la victime et casse les décisions ne l'ayant pas suffisamment caractérisée (Crim. 5 octobre 2004, n° 03-86.169, bull n° 230 ; Crim. 4 mars 2008, n° 07-81.108 ; Crim. 22 novembre 2011, n° 11-81.706 ; Crim. 18 mai 2000, n° 09-86.311).

Pour ce qui concerne les cas de causes multiples du dommage, il est possible de se reporter à la lecture du Jurisclasseur Pénal relatif aux atteintes involontaires à la vie, (cf. Fasc. 20, point 19) : "une jurisprudence constante décide qu'il n'est pas nécessaire qu'une faute soit la cause unique du décès pour engager la responsabilité pénale de son auteur : bien qu'affranchie de la distinction entre causalité adéquate et équivalence des conditions (V. supra n° 4 et 16), c'est quand même vers cette dernière que penche la chambre criminelle, notamment dans le cas de concours des causes possibles de la mort. Encore faut-il, néanmoins, que la faute identifiée par les juges ait concouru à la mort elle-même, et non à des lésions non mortelles, et qu'elle n'entretienne pas avec le dommage un rapport hypothétique".

La théorie dite de "l'équivalence des conditions", consiste à retenir comme causes du dommage tous les faits sans lesquels il ne se serait pas produit. La seconde, dite de "la causalité adéquate", conduit à effectuer un tri et à ne retenir que les "causes efficientes", celles dont on peut raisonnablement penser qu'elles ont contribué, selon le cours normal des choses, à la production du dommage.

Il apparaît qu'en tout état de cause, les juges doivent établir que de manière certaine, en l'absence du fait considéré, le dommage ne se serait pas réalisé.

Les juges doivent ensuite rechercher, lorsque le mis en cause est une personne physique, si ce lien de causalité est indirect ou direct, afin de déterminer la nature - qualifiée ou non - de la faute qui pourra le cas échéant engager sa responsabilité pénale.

La chambre criminelle exerce un contrôle sur la qualification de ce lien (ex : Crim. 10 février 2009, n° 08-80.679, Bull., n° 33). Ainsi, si le lien a été qualifié à tort de direct mais qu'elle trouve dans les constatations des juges les éléments démontrant l'existence d'une faute qualifiée, elle procède par substitution de motifs et rejette le pourvoi (ex : Crim., 24 juin 2014, pourvoi n° 13-84.542) ; à défaut la censure est encourue.

La mise en cause de la responsabilité des médecins donne lieu à une abondante jurisprudence relative à l'appréciation de l'existence d'un lien de causalité entre la faute commise et le décès.

A titre d'exemples, on peut citer :

* pour des cas de causalité directe avec faute simple retenue :

- Crim., 19 septembre 2000, pourvoi n° 99-81.067 : approbation d'un arrêt qui retient que le prévenu, qui a administré à la malade des neuroleptiques à des doses massives de nature à provoquer une constipation avec risque d'occlusion, n'a donné aucune instruction ni prescrit aucun acte de surveillance approprié aux membres de l'équipe médicale placée sous sa direction et qu'il avait, pour avoir pratiqué un examen clinique de la patiente, connaissance de cette constipation significative, de sorte que la carence du médecin dans l'accomplissement des diligences qu'il devait faire effectuer par l'interne de garde et le personnel infirmier, a directement abouti à laisser se développer une constipation chronique ayant évolué en occlusion intestinale fatale,

- Crim., 29 juin 1999, pourvoi n° 98-84.977 : approbation d'un arrêt qui retient que le prévenu, qui savait que la patiente était atteinte de la maladie de Marfan, qui se manifeste notamment par des troubles vasculaires au niveau de l'aorte, aurait dû faire procéder à des examens cardiologiques et notamment à une échocardiographie qui aurait permis d'éviter un important retard dans le diagnostic et de faire procéder à une intervention chirurgicale, seul traitement efficace en la matière et que le prévenu, en n'ayant pas fait procéder à ces investigations complémentaires, a contribué au retard du traitement chirurgical et a commis une faute en relation directe avec le décès,

- Crim., 21 octobre 2014, pourvoi n° 13-86.057 : approbation d'une cour d'appel qui retient que le prévenu, médecin-anesthésiste, non seulement, a fait usage de produits non autorisés à l'époque mais encore les a administrés en surdose, ce qui a généré une surcharge circulatoire non contrôlée et a imposé, malgré l'avis contraire de son confrère, le maintien de la patiente dans son service en refusant de la transférer dans le service de réanimation où une prise en charge spécifique aurait pu être faite,

- Crim., 7 octobre 1992, pourvoi n° 91-86.012, Bull. crim., n° 316 : approbation des motifs selon lesquels tous les experts indiquent que l'arrêt cardiaque puis le décès sont dus à la xylocaïne et sans qu'il y ait eu phénomène allergique imprévisible, que le dictionnaire des médicaments Vidal insiste sur les précautions que nécessite l'emploi de ce produit, que le docteur X ne conteste pas qu'un flacon entier de 200 mg de xylocaïne à 1 % a été versé dans la cupule, que compte tenu de la xylocaïne, volontairement utilisée en infiltration soit 3 à 6 mg alors que la dose toxique pour un enfant de cinq ans est au plus de 100 mg, celle-ci a pu être largement dépassée, que la faute ainsi commise est la cause du décès.

* pour des cas de causalité indirecte avec faute caractérisée retenue :

- Crim., 1^{er} octobre 2013, pourvoi n° 12-84.762 : les juges, après avoir relevé que le décès du patient était la conséquence d'une hémorragie interne massive, constituée à partir d'un anévrisme de l'aorte, ont retenu qu'en l'absence de calcul authentifié, le prévenu s'était abstenu de tout examen permettant d'établir en urgence un diagnostic fiable, notamment en n'élargissant pas les investigations aux organes de voisinage, malgré le signalement par son confrère d'une aorte battante dilatée chez un patient présentant des antécédents polyvasculaires, que la rupture finale de l'anévrisme était survenue après plusieurs étapes de fissuration et qu'un délai d'environ quinze heures s'était écoulé entre l'arrivée à la clinique et l'heure supposée du décès, ce qui aurait pu permettre, si le diagnostic avait été fait, d'assurer une prise en charge chirurgicale salvatrice dans un centre spécialisé, cette affection étant curable ; la chambre a jugé



Nom, prénom du candidat : BONNET Aurèle

CONCLUSIONS

Dans les zones rurales éloignées, à plus de 30 minutes d'accès d'un SMUR, le médecin correspondant SAMU (MCS), médecin généraliste ayant reçu une formation courte aux situations d'urgence médicale, est déclenché par le médecin régulateur du centre SAMU pour intervenir dans l'attente de l'arrivée d'un SMUR. Le médecin régulateur est la première ressource utilisée par le MCS en situation difficile.

L'objectif de cette étude était d'explorer comment le médecin régulateur aide le MCS en intervention, par des entretiens semi-dirigés auprès de vingt médecins MCS et régulateurs de Drôme-Ardèche.

Le médecin régulateur apportait une aide utile et pertinente au MCS sur les aspects logistiques et thérapeutiques. Le MCS restait autonome sur la part diagnostique et technique. À travers le bilan médical, le régulateur permet une analyse distanciée de la situation, une validation de la prise en charge et une sécurité vis-à-vis du risque médico-légal.

L'aide humaine apportée était primordiale : elle replace le MCS au sein d'une équipe et permet une réassurance du MCS en intervention difficile. Cette interaction était soumise à différentes contraintes (environnement, gestion du stress et manque de moyens dans l'AMU) et dépendait de la qualité de la relation confraternelle.

Cette relation interprofessionnelle souffrait d'un manque de connaissance mutuelle entre MCS et régulateur et d'un manque de définition de la répartition des rôles et responsabilités de chacun, ce qui semblait être un frein à l'efficacité de cette collaboration.

Le cadre réglementaire de l'intervention MCS étant mal défini, et la notion juridique de responsabilité médicale partagée étant délicate, seul le mode relationnel vient structurer cette collaboration.

Il n'existe pas de modèle relationnel directement applicable à la relation interprofessionnelle en santé, notamment entre un médecin en situation difficile et



un médecin en situation d'expertise. Les différents modèles transposables à cette relation confirment l'intérêt de temps de rencontre afin d'établir une connaissance et une confiance réciproques. L'institutionnalisation de temps de rencontre à travers des formations, des simulations, des comités de retour d'expérience et des revues de morbi-mortalité en commun, et à travers l'intégration des centres d'enseignement des soins d'urgence locaux dans la formation des MCS, semble nécessaire à l'amélioration de l'efficacité du dispositif.

Clarifier les rôles et responsabilités de chacun d'une part, améliorer la communication interprofessionnelle d'autre part, sont des défis à relever aujourd'hui pour sécuriser une pratique en essor constant depuis plusieurs années.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature

Y. ARABIA
X

Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est
Pr Gilles RODE



Professeur Gilles RODE *

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 24 septembre 2020

BARBAUD Victor et BONNET Aurèle

**DÉTERMINANTS ET ENJEUX DE LA RELATION CONFRATERNELLE ENTRE MÉDECIN
CORRESPONDANT SAMU ET MÉDECIN RÉGULATEUR EN DRÔME-ARDÈCHE**

RÉSUMÉ :

INTRODUCTION : Dans les zones rurales éloignées, à plus de 30 minutes d'accès d'un SMUR, le médecin correspondant SAMU (MCS), médecin généraliste ayant reçu une formation courte aux situations d'urgence médicale, est déclenché par le médecin régulateur du centre SAMU pour intervenir dans l'attente de l'arrivée d'un SMUR. Le médecin régulateur est la première ressource utilisée par le MCS en situation difficile. L'objectif de cette étude était d'explorer comment le médecin régulateur aide le MCS en intervention.

MÉTHODE : Étude multicentrique qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 20 médecins MCS et régulateurs. Une analyse inductive a été conduite par les deux chercheurs, avec triangulation de l'analyse.

RÉSULTATS : Le médecin régulateur apportait au MCS une aide logistique et thérapeutique ainsi qu'une analyse distanciée de la situation, une validation de la prise en charge, une sécurité médico-légale permettant une réassurance. Cette relation interprofessionnelle souffrait d'un manque de connaissance mutuelle entre MCS et régulateur et d'un manque de définition de la répartition des rôles et responsabilités de chacun, ce qui semblait être un frein à l'efficacité de cette collaboration.

CONCLUSION : Clarifier les rôles et responsabilités de chacun d'une part, améliorer la communication interprofessionnelle d'autre part, sont des défis à relever aujourd'hui pour sécuriser une pratique en essor constant depuis plusieurs années.

MOTS CLÉS : Médecin correspondant du SAMU (MCS), Médecin régulateur, Aide médicale urgente, Difficultés en intervention, Relation confraternelle

JURY

Président : Monsieur le Professeur TAZAROURTE Karim

Membres : Monsieur le Professeur ROLLAND Benjamin

Madame la Professeure PERDRIX Corinne

Monsieur le Docteur ZORZI Frédéric

DATE DE SOUTENANCE : 3 novembre 2020

ADRESSE POSTALE : 12 rue de Brest, 69002 Lyon

EMAILS : victor.barbaud@gmail.com/aurele.bonnet@gmail.com