

Cahier des charges régional

du dispositif

Médecins Correspondants SAMU

Bretagne

Entrée en vigueur : 1er novembre 2014

PREAMBULE	3
I. PILOTAGE DU DISPOSITIF	4
II. L'ORGANISATION GENERALE DU DISPOSITIF MCS	4
1. Les zones d'intervention	
2. La régulation médicale et le déclenchement systématique par le SAMU	
3. La continuité de la réponse à l'urgence	
4. Le matériel et les médicaments mis à disposition du MCS	
5. La formation initiale et continue	
III. LE CADRE JURIDIQUE ET LE FINANCEMENT	7
1. Le cadre juridique	
2. Le financement	
IV. LE ROLE DES ACTEURS	8
1. Les établissements siège de SAMU	
2. Les Services Départementaux d'Incendie et de Secours	
3. L'ARS Bretagne	
V. SUIVI ET EVALUATION	9
VI. ANNEXES	11
1. <i>Législation relative aux Médecins Correspondants SAMU</i>	12
2. <i>Cartographie des zones d'intervention</i>	13
3. <i>Liste des MCS par siège de SAMU et par zones</i>	14
4. <i>Liste des équipements et matériel mis à disposition des MCS</i>	15
5. <i>Contenu de la formation des MCS</i>	18
6. <i>Modèle de contrat tripartite entre le MCS, l'établissement siège de SAMU et l'ARS Bretagne</i>	20
7. <i>Procédure de liquidation du dispositif</i>	27
8. <i>Fiche d'intervention SAMU BRETONS</i>	31
9. <i>Fiche de dysfonctionnement</i>	36

Préambule

La fonction de Médecin Correspondant du SAMU (MCS) est définie par le décret du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente. Elle est réservée à un médecin du premier recours, formé à l'urgence, qui intervient en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale, dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient.

La fonction de MCS repose sur le **volontariat** des médecins. Le MCS est un effecteur de médecine d'urgence qui intervient dans le cadre de la mission de service public d'aide médicale urgente. Il signe un contrat fonctionnel avec l'établissement siège de SAMU et l'ARS pour définir les conditions de son intervention, sans impact sur le statut et le mode d'exercice habituel du médecin.

Le dispositif des MCS est proposé aux professionnels comme une fonction, celle de participer à l'aide médicale urgente. Il ne s'agit pas d'un "statut" ni d'un mode d'exercice en tant que tel. En conséquence, le médecin qui remplit les fonctions de MCS conserve son mode d'exercice habituel.

L'intervention du MCS est déclenchée de manière concomitante et simultanée à l'envoi d'un SMUR. Le MCS 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.

Le dispositif des MCS est **accessible à tout professionnel médical**, quel que soit son statut et son mode d'exercice, volontaire pour répondre aux sollicitations du SAMU dans le cadre de l'aide médicale urgente et qui remplit les conditions de formation et d'intervention définies dans le présent cahier des charges. Les médecins remplaçants et les internes titulaires d'une licence de remplacement qui remplissent les conditions de formation et d'intervention des MCS peuvent prendre part au dispositif.

L'objectif de ce cahier des charges est de définir les modalités d'accompagnement et de reconnaissance du dispositif des médecins correspondants du SAMU, dans les zones d'intervention des MCS définies par l'ARS et de prévoir la dotation en matériels et équipements, les formations dont bénéficieront les MCS mais aussi le cadre juridique et financier.

Un Groupe de travail régional des Médecins Correspondant du SAMU, comprenant des représentants des directions et chefferies de service des 4 SAMU concernés par ce dispositif, de représentants de MCS, des représentants des SDIS, de SOS Médecins, du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, du Réseau Bretagne Urgences, de l'URPS, et de l'ARS, a été constitué pour encadrer ce dispositif. Ces missions sont définies dans le présent cahier des charges.

Le présent cahier des charges entrera en vigueur au 1^{er} novembre 2014.

I. Pilotage du dispositif

Le groupe de travail régional MCS issu du GTR médecine d'urgences est chargé d'encadrer le dispositif MCS. Son pilotage est animé par l'ARS Bretagne qui en assure le secrétariat.

Le groupe de travail a pour mission de s'assurer du bon fonctionnement du dispositif en :

- ✚ Définissant et actualisant la maquette des formations initiale et continue
- ✚ Définissant et actualisant la dotation du MCS en matériel, en médicaments et consommables
- ✚ Définissant et actualisant les candidatures MCS
- ✚ Étudiant et réagissant aux difficultés rencontrées par le dispositif
- ✚ Définissant les indicateurs d'évaluation du dispositif
- ✚ Réalisant une évaluation annuelle du dispositif en lien avec ARS.
- ✚ Se réunissant au moins une fois par an

II. L'organisation générale du dispositif MCS

1. Les zones d'intervention

Les zones d'intervention des MCS sont déterminées par l'ARS, en lien avec les SAMU Centre 15 et les professionnels, à partir du diagnostic des territoires et population situés à plus de trente minutes d'accès de soins urgents (structure des urgences ou SMUR).

L'objectif est d'assurer une prise en charge à l'urgence vitale dans des zones particulièrement isolées ou caractérisées par une certaine dispersion de la population et une rareté des ressources médicales.

En Bretagne, la priorisation des zones d'implantation des médecins correspondants SAMU intègre l'accessibilité des populations à plus de 30 minutes d'un SMUR en prenant en compte sa vitesse de déplacement. En dehors des îles, le temps d'accès moyen de la population au sein des zones blanches à un SMUR est de 33.7 mn. Il ressort de l'analyse 3 types de zones dites blanches (cf annexe n°2 : cartographie des zones blanches) :

- Les îles sont à plus de 30 minutes. Certaines comme les îles Ouessant et de Sein peuvent poser des problèmes d'accessibilité pour des raisons de positionnement géographiques et de potentiel climatique.
- La presqu'île de Crozon dont les temps d'accès sont à plus de 45 mn.
- Une zone Sud Est des Côtes d'Armor et Nord Ouest de l'Ille et Vilaine en moyenne à 35 mn d'un SMUR avec des extrêmes entre 30 mn et 37 mn de même que 3 trois zones, Nord Finistère, Fréhel en Côtes d'Armor et Pénestin au sud est du Morbihan, ces 3 zones étant dans une moyenne à 32 mn d'un SMUR.

La priorité est donnée dans un premier temps aux îles et à la presqu'île de Crozon dans la mesure où sur la zone Côtes d'Armor/Ille et Vilaine, aucune réponse positive de la part des médecins n'a été obtenue. Cette dernière zone de 6 902 habitants, aux temps d'accès plus réduits, sera l'objet de la poursuite de la réflexion.

2. La régulation médicale et le déclenchement systématique par le SAMU

L'intervention du MCS est toujours déclenchée de manière **concomitante et simultanée à l'envoi d'un SMUR** et est régulée par le SAMU-Centre 15 départemental.

Il appartient au SAMU d'apprécier le degré de l'urgence et d'ajuster les moyens les plus adaptés à sa disposition pour répondre au besoin du patient.

Le MCS prend en charge le patient dans l'attente de l'arrivée du SMUR et est tenu d'établir, pour le médecin régulateur, un premier bilan médical de la victime. Le médecin régulateur peut l'accompagner dans l'évaluation et la prise en charge de la victime selon les protocoles définis par le SAMU départemental.

3. La continuité de la réponse à l'urgence

La régulation médicale du SAMU centre 15 permet d'encadrer et de limiter l'intervention du MCS à la réponse à l'urgence médicale. Il appartient au SAMU Centre 15 de réguler et de déclencher les MCS seulement sur des situations d'urgence et dans des territoires identifiés comme nécessitant une réponse de ce type pour permettre un accès aux soins urgents de la population en moins de trente minutes.

En terme de continuité du dispositif, l'objectif est qu'une réponse à l'urgence soit apportée 24h/24, 7 jours sur 7.

L'intervention des MCS n'est pas assortie d'inscription obligatoire dans un système de garde ou d'astreinte défini de façon réglementaire. **Il est en revanche mis en place une liste d'indisponibilité ou de disponibilité** (selon accord entre les MCS et l'établissement siège de SAMU) **au titre des fonctions de MCS. Cette liste est tenue par les SAMU Centre 15 au regard des informations transmises chaque mois par les MCS** (périodicité adaptable en fonction de l'activité). Cette liste comprend le nom du médecin, ses coordonnées téléphoniques

4. Le matériel et les médicaments mis à disposition du MCS

La dotation du MCS en matériel, en médicaments et consommables est définie par le groupe de travail régional MCS et pourra être revue en fonction des évolutions et de l'évaluation du dispositif (cf annexe n°4).

La dotation en matériel est liée à des actes de médecine d'urgence. Elle est fournie, renouvelée et maintenue par l'hôpital de rattachement du SAMU départemental (pharmacie hospitalière). Elle est attribuée à un MCS ou à un groupe de MCS exerçant sur un site commun.

Les trousse de médicaments d'urgence et leur renouvellement sont fournis par l'hôpital siège de SAMU selon les modalités convenues et formalisées localement (détail dans le contrat).

Selon des accords locaux, le SDIS peut fournir tout ou une partie du matériel, participer à la maintenance des médicaments et des consommables destinés aux MCS de son département.

5. La formation initiale et continue des MCS

Le MCS s'engage à suivre une formation initiale puis une formation continue annuelle. Cette formation, qualifiante du MCS, fait l'objet d'attestations délivrées par le CESU et le SAMU dont dépend le MCS. Ces attestations sont annexées au contrat tripartite entre le MCS, l'établissement siège de SAMU et l'ARS. La validation du suivi de la formation par le groupe de travail de façon annuelle est nécessaire à la reconduction tacite du contrat tripartite.

Les principes attendus en matière de formation sont les suivants :

- Respect du contenu minimal de la formation de MCS décrit au niveau national par le SFMU
- Formations accessibles à tous, diplômantes ou qualifiantes (attestation de formation)
- Formations qui permettent un partage de connaissances et compétences entre les différents acteurs de l'aide médicale urgente
- Formations réalisées par des formateurs agréés : CESU
- Formation sous la responsabilité de l'université, validée par le Collège Français de Médecine d'Urgence dans le cadre des objectifs définis par la SFMU.

Le contenu de la formation et les organismes de formation sont définis par le groupe technique régional MCS dans le cadre d'un cahier des charges rédigé par le réseau régional des CESU.

La formation initiale est composée de 2 jours de module théorique organisée au niveau régional par les CESU dans le cadre du réseau régional des CESU (RESU) et de 48 heures de pratique réalisée dans chaque SAMU de rattachement du MCS.

La formation continue est assurée sous la forme d'un séminaire d'une journée ou de deux séminaires d'une demi-journée par an. Elle a pour objectif une actualisation des connaissances et le maintien des compétences.

III. Le cadre juridique et le financement du dispositif

1. Le cadre juridique d'intervention du MCS

L'activité de médecine d'urgence est exercée par un établissement de santé autorisé à la médecine d'urgence et est organisée dans le cadre du réseau des urgences.

Le dispositif des MCS est accessible à tout médecin, quel que soit sa spécialité et son mode d'exercice, à condition qu'il soit volontaire, formé à l'urgence et respecte les conditions d'intervention des MCS qui sont définies dans le contrat tripartite avec le SAMU Centre 15, le MCS et l'ARS Bretagne.

En pratique, selon son mode d'exercice, le médecin volontaire pour remplir les fonctions de MCS aura le choix entre différents modes d'intervention (médecine libérale, contrat d'admission des médecins libéraux en établissement public de santé, praticien hospitalier, médecin militaire..).

Le choix du mode d'intervention des fonctions de MCS a un impact sur le mode de rémunération du médecin dans le cadre de ses missions MCS. En revanche, il est neutre en termes de responsabilité.

La couverture assurantielle du médecin par l'établissement de santé siège du SAMU

Quel que soit le cadre juridique choisi par le médecin, la responsabilité de l'établissement public de santé siège du SAMU avec lequel le MCS a passé contrat s'étend à lui dans le cadre de ses fonctions de MCS.

Cela signifie que les dommages causés ou subis par le médecin dans le cadre de ses fonctions de MCS sont couverts par l'établissement siège du SAMU (ex : accident de circulation, blessures lors de son intervention ...). Le contenu des clauses du contrat d'assurance de l'hôpital est annexé au contrat fonctionnel tripartite. **Ces clauses doivent entre autre apporter une réponse claire sur : la responsabilité civile, la défense pénale et les recours, l'assistance du véhicule* en cas d'accident, de vol, d'incendie, de bris de glace.**

2. Le financement du dispositif

Le financement du dispositif repose sur le Fonds d'Intervention Régional géré par l'ARS et le champ conventionnel assurance maladie.

✚ Pour le médecin :

Le médecin qui exerce les fonctions de MCS perçoit en contrepartie de son engagement les éléments suivants (financement Assurance Maladie et ARS) :

Rémunération de son intervention en fonction de son mode d'exercice et du cadre juridique choisi pour son intervention :

- **Maintien de son mode d'exercice habituel (médecin libéral) :** honoraires versés par l'assurance maladie pour le médecin libéral (facturation directement à l'assurance maladie des actes et consultation réalisés, majoration d'actes possibles au titre de son intervention en urgence, intervention en secteur 1. *La fiche administrative retour du patient sera transmise par le secrétariat du SAMU dans les meilleurs délais au MCS suite à son intervention (celle-ci comprend les coordonnées de la personne : identification, numéro de sécurité sociale, caisse principale de rattachement et coordonnées téléphoniques du patient ou éventuellement de la famille).*
- Indemnisation de l'intervention MCS en compensation de l'absence du médecin généraliste libéral au sein de son cabinet et quelque soit sa durée : 150 € par intervention.
- Mise à disposition à titre gracieux par l'établissement siège de SAMU des matériels et médicaments nécessaires à son intervention ;
- Indemnisation des journées de formation initiales et continue sur la base d'indemnisation pour perte d'activité communément admise dans le cadre du DPC
 - si ces formations sont organisées dans le cadre du DPC et que le praticien n'a pas épuisé son crédit de formation annuel, l'indemnisation sera versée par l'OGDPC ;
 - si ces formations ne sont pas organisées dans le cadre du DPC, ou que le praticien a épuisé son crédit de formation annuel, l'indemnisation sera versée par l'ARS sur la base de 15C par jour.

Pour l'établissement de santé siège du SAMU :

Le contrat tripartite MCS/Etablissement/ARS définit les crédits FIR qui sont alloués à l'établissement :

- L'acquisition et l'entretien des matériels et médicaments mis à disposition à titre gracieux des MCS
- Le coût de la formation dispensée par le CESU
- Indemnisation du coût de l'assurance contractée par l'établissement pour le MCS à hauteur de 186 euros annuels.

Si le MCS a le statut de praticien attaché, l'établissement bénéficie d'une indemnisation correspondante. Néanmoins, à ce jour, cette modalité n'a pas été retenue dans le dispositif.

L'annexe n° 7 précise le circuit de liquidation sur le Fonds d'Intervention Régional de l'ARS.

D'autres institutions pourront participer également au financement du dispositif.

IV. Le rôle des acteurs

1. Les établissements siège de SAMU

L'établissement siège de SAMU qui ont notamment pour mission d'assurer la régulation médicale des situations d'urgence, peuvent solliciter un médecin correspondant SAMU qui constitue un relais pour le service d'aide médicale urgente dans la prise en charge de l'urgence vitale.

L'établissement siège de SAMU s'engage à réaliser la formation pratique des MCS de leur département et de proposer des protocoles de prise en charge.

L'établissement siège de SAMU propose des indicateurs de suivi au GTR et participent à l'évaluation annuelle dans ce cadre (heure d'appel au SAMU, type d'appelant, lieu d'intervention, horaire du MCS et du SMUR, devenir du patient, incidents répertorié...)

L'établissement siège de SAMU participe à la validation de la liste des MCS intervenant sur les zones blanches définis par l'ARS, tient les tableaux de disponibilité des MCS établis à partir des données d'indisponibilité fournies mensuellement par les MCS.

L'établissement siège de SAMU valide les interventions des MCS qu'il envoie à l'ARS, charge à celle-ci de les adresser après validation à la CPAM de rattachement du MCS.

2. Les Services Départementaux d'Incendie et de Secours

Les MCS étant pour un certain nombre d'entre eux également médecins sapeurs-pompiers, et les SDIS mettant à disposition des matériels et équipements au bénéfice de ces médecins, des axes de collaboration sont proposés entre les SDIS et des médecins correspondant du SAMU.

Il est proposé de fixer dans le cadre d'une convention cadre régionale ARS-SDIS, les modalités de participation des SDIS à l'organisation du dispositif des MCS au travers notamment de la mise à disposition de matériels et équipements.

Les grandes orientations de cet accord cadre pourront être déclinées, par département, par un avenant à la convention bipartite SAMU-SDIS prévue par le référentiel commun sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

Le MCS sur la base du volontariat pourra prétendre à être également médecins sapeurs-pompier et réciproquement.

3. L'ARS

L'ARS anime le GTR MCS et en assure le secrétariat.

L'ARS finance le dispositif MCS.

L'ARS s'assure de l'évaluation du dispositif et de son bon fonctionnement en lien avec les acteurs.

V. Suivi et évaluation

1. Suivi et évaluation

Le présent dispositif sera suivi et évalué annuellement dans le cadre du Groupe de Travail Régional Urgences. Une présentation des résultats de cette évaluation sera faite au sein des CODAMUPS TS réunissant l'ensemble des acteurs concernés par le dispositif au niveau départemental.

En matière de suivi du dispositif :

Les fiches de suivi patient seront collectées par les SAMU (cf annexe n°8) qui en réaliseront une synthèse en vue de l'évaluation annuelle du dispositif.

Une rencontre annuelle des MCS de chaque zone pourra également être organisée par les établissements siège de SAMU afin de favoriser les possibilités de partage d'expérience entre pairs.

En matière d'évaluation :

- Suivi de l'enveloppe régionale globale (ARS / Assurance Maladie)
- Nombre de médecins MCS par zone et sur la région
- Evolution du taux de volontaires par rapport aux médecins généralistes exerçant dans chaque zone, (ARS/SAMU)
- Nombre de zones blanches couvertes
- Nombre d'interventions réalisées par MCS et par zone (SAMU)
- Répartition des interventions par jour et par heure
- Nombre d'interventions de MCS sans relais SMUR,
 - dont SMUR annulé par le MCS
 - dont SMUR non disponible

- Répartition des interventions par pathologie dominante :
 - Pathologie cardiaque dont SCA
 - Pathologie respiratoire
 - Coma et troubles neurologiques dont AVC
 - Traumatisme
 - Urgence obstétricale dont accouchement inopiné
 - Autres
- Nombre de sollicitations du MCS sans réponse (cf Centaure 15)
 - MCS non joint
 - MCS non disponible
- Nombre de MCS en formation initiale (CESU)
- Nombre de MCS en formation continue (CESU)
- Nombre de fiches de dysfonctionnement et analyse (ARS)

2. Modalités de recueil et de suivi des incidents (cf fiche de dysfonctionnement)

Les incidents répertoriés et les plaintes des usagers réceptionnées font l'objet d'une traçabilité conformément à l'arrêté du 20 octobre 2011. Le recueil, l'enregistrement et le suivi des incidents sont organisés par le service d'aide médicale urgente qui coordonne l'activité de régulation. Les enregistrements des incidents font l'objet d'une analyse quantitative et qualitative (répercussion sur le fonctionnement) par le GTR Urgences pour avis sur les éventuelles mesures correctives à proposer.

Annexes

1. *Législation relative aux Médecins Correspondants SAMU*
2. *Cartographie des zones d'intervention*
3. *Liste des MCS par siège de SAMU et par zones*
4. *Liste des équipements et matériel mis à disposition des MCS*
5. *Contenu de la formation des MCS*
6. *Modèle de contrat tripartite entre le MCS, l'établissement siège de SAMU et l'ARS Bretagne*
7. *Procédure de liquidation du dispositif*
8. *Fiche d'intervention SAMU Bretons*
9. *Fiche de dysfonctionnement*

Annexe n° 1 :

Législation relative au dispositif MCS

Article L 6311-1 et L 6311-2 du code de la santé publique relatif à l'aide médicale urgente

Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence

Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente

Circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences ;

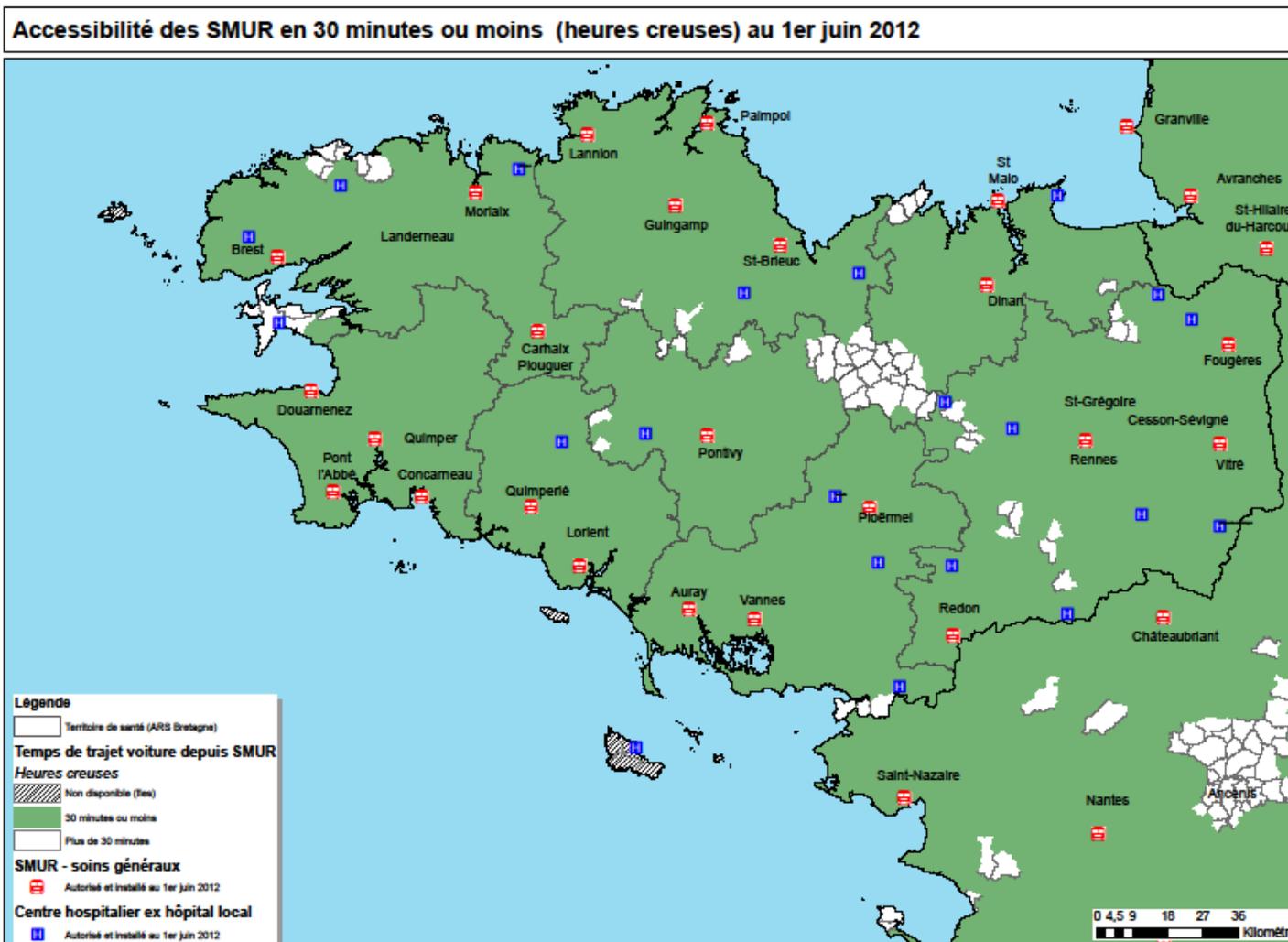
Circulaire N° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013 ;

Instruction N° DGOS/R2/2012/267 du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de trente minutes à des soins urgents ;

Instruction DGOS/R2/2013/289 du 16 juillet 2013 relative à la diffusion du guide de déploiement des médecins correspondants du SAMU ;

Instruction N°DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS)

Annexe n° 2 : Cartographie des zones d'intervention



Réalisation : ARS Bretagne, Août 2012
 Sources : SAE 2011 mise à jour au 1er juin 2012 (exploitation DREES), distancier INSEE
 Fonds de carte : BD TOPO8 V2 1 (IGN)

Annexe n° 3 : Liste des MCS par siège de SAMU et par zones

Priorité 1 : mise en œuvre 2014

Nom – Prénom	Zones d'intervention	Lieu d'exercice	SAMU rattachement
AUFFRET Jean-François *	PRESQU'ILE DE CROZON	CAMARET-SUR-MER	29
GEZEGOU Michel *		CAMARET-SUR-MER	29
LE GAC Gabrielle		TELGRUC SUR MER	29
TOQUER Michel *		LANVEOC	29
GRIFFO Diane		CROZON	29
CUSSET Sophie		CROZON	29
ESNAULT Christine *		CROZON	29
MENOU Ambroise	ILE DE SEIN	ILE DE SEIN	29
GENDROT Rémi *	ILE D'OUESSANT	ILE D'OUESSANT	29
VASSE Jean-Baptiste * (Médecin remplaçant)			29
KONIECZNY Sylvain *	ILE DE BATZ	ILE DE BATZ	29
REGENERMEL Eric *	ILE DE GROIX	ILE DE GROIX	56
SAIGOT Faustine			56
CHOQUENET Alexis			56
PINARD Stéphane *	BELLE ILE EN MER	LE PALAIS	56
TAANE Astrid *		LE PALAIS	56
BARBOTIN Catherine		LE PALAIS	56
PUYDUPIN Richard	ILE D'HOUAT	ILE D'HOUAT	56
MORVAN Stéphane		ILE D'HOUAT	56
TAVEAU Yves	ILE AUX MOINES	ILE AUX MOINES	56
TRIMAILLE Yves *	ILE DE BREHAT	ILE DE BREHAT	22

*Médecins ayant reçu la formation initiale les 21 et 22 mai 2014

Priorité 2 : mise en œuvre dans un second temps

Nom – Prénom	Zones d'intervention	Lieu d'exercice	SAMU rattachement
LALOUX-BOYCE Valérie	FEREL/PENESTIN	PENESTIN	56
LE BRUN Jérémie		HERBIGNAC	56
MOSER Hubert		NIVILLAC	56
MAZE-MARHIC Catherine	FINISTERE NORD	KERLOUAN	29
WITVOET Evrard		GUISSENY	29

Annexe n° 4 : Liste des équipements et matériel mis à disposition des MCS dans le sac MCS

<i>Équipement, matériel et médicaments à disposition du MCS</i>	<i>Quantité</i>
Médicaments	
LASILIX 20 mg	3
ASPEGIC 500 mg	1
EFIENT 10 mg	1
BRILIQUE 90 mg	2
PLAVIX 300 mg	2
NATISPRAY	1
THROMBOLYSE - METALYSE	1
ADRENALINE 5 mg/5ml	3
ADRENALINE 1 mg/1ml	5
CORDARONE 150 mg	3
RISORDAN 10 mg	1
ATROPINE 0.5 mg	2
LOVENOX 10 000 UI	1
VALIUM 10 mg	2
ROCEPHINE 1g IM	1
PERFALGAN Adulte	1
PERFALGAN Enfant	1
MORPHINE 10 mg	2
NARCAN 0,4 mg/1ml	1
PROFENID 100 mg	1
GLUCOSE 30% 10 ml	3
SOLUMEDROL 120 mg / METHYLPREDNISOLONE 120 mg	1
LOXAPAC 50mg/2ml	3
VENTOLINE 5 mg/2ml	2
ATROVENT 0,5mg/2ml	2
VENTOLINE 2.5mg/2ml	2
ATROVENT 0.25mg/2ml	2
ANEXATE 0,5 mg/5 ml	3
ADENOSINE 20 mg/2ml	2
Anti émétique (VOGALENE/ZOPHREN)	1
PARACETAMOL Suppo 150 mg	1
CELESTENE 4 mg/1ml	2

Matériel médical	
Thermomètre digital waterproof	1
Paire de ciseaux	1
Couverture de survie	1
Tensiomètre manuel	1
Stéthoscope	1
Appareil à glycémie capillaire avec bandelettes	1
1 boîte jaune pour aiguilles usagées	1
Gants stériles : 6/ 6,5/ 7/ 7,5/ 8/ 8,5	6
Solution hydro alcoolique/gel Aniosgel 100 ml	1
1 rouleau de sacs poubelle	1
DEA	1
ECG avec télétransmissions	1
Logiciel de transmission	1
Sa uromètre de doigts	1
Lampe frontale	1
Lunettes de protection	1
Lot perfusions	
SERUM SALE 0.9% 250 ml	1
BISEPTINE	1
TEGADERME 10x12 cm	3
GARROT	1
perfuseurs ST 3 VOIES SS DEHP	2
COMPRESSES STERILES non tissé 7,5x7,5/5	3
SERINGUE DE 5 ML	2
SERINGUE DE 10 ML	3
TROCARD ROSE	5
CATHLON VERT	3
CATHLON ROSE	3
CATHLON BLEU	2
NACL 0.9% 50 ml	1
NACL 0.9% 500 ml NPVC	2
NACL 0.9% 250 ml	1
Canule intra rectale	1

Voies respiratoires	
Masque aérosol adulte	1
Masque haute concentration adulte	1
BAVU	1
Masque n° 3	1
Masque n°4	1
Masque n°5	1
Filtre antibactérien	1
Aspirateur à mucosité adulte	1
Sonde d'aspiration trachéale	10
Canule de Guédel	5
Laryngoscope	1
Pince de magyll	1
Hémostases et sutures	
Agrafeuse à peau apposé 35 STE UU	1
Mèche alginate Ca algostériel 30 cm/2gr ou Mérocel	1
Coussin Hémostatique d'Urgence	1
Kit accouchement	
Bande 5 cm Extensible 5 cm x 4	1
Drap isotherme bébé et adulte	1
Bétadine gynéco	1
Dakin 60 ml	1
Fil 2/0 aiguille droite - TICRON 306251	1
3/0 aiguille courbe - TICRON 308541	1
Rasoir	2
Doigtier	3
Set de soins cordon	1
Clamp de Barr	4
Champ carré 75x 90 UU Adhésif	1
Champ de table plastifié 140x190	1
Sonde urinaire Foley Droite	1
Blouson	1
Sac	1
Coût total	8 000 €
Fiches de protocoles urgences	



Formation Médecin Correspondant Samu (MCS)

Public : Médecins volontaires pour exercer la fonction de MCS

Pré-requis : Professionnel médical, volontaire pour répondre aux sollicitations du SAMU dans le cadre de l'AMU

Coût global :

Lieu de formation :

CESU56

Durée totale :

2 jours de 7 heures soit 14 heures
Stage de 48h, dans son SAMU de référence

Horaires :

8h30 – 17H

Groupe :

12 participants

Objectif général :

Former des médecins volontaires pour exercer la fonction de MCS, aux missions spécifiques de l'AMU, afin qu'il puisse prendre en charge un patient, en situation de détresse vitale, dans les 30 minutes, et en attendant l'arrivée du SMUR, déclenché concomitamment.

Encadrement pédagogique :

Dr DESHAYES Nathalie, praticien hospitalier, responsable médical du CESU22
Dr CHAHIR Nouredine, praticien hospitalier, responsable médical du CESU29
Dr SAIDANI Mohamed, praticien hospitalier, responsable médical du CESU35
Dr LE NORCY Catherine, praticien hospitalier, responsable médical du CESU56

Formateurs :

Dr BOULANGER Bertrand, praticien hospitalier, SAMU 56
Dr DESHAYES Nathalie, praticien hospitalier, responsable médical du CESU22
Dr LE NORCY Catherine, praticien hospitalier, responsable médical du CESU56

Techniques pédagogiques :

Analyse de pratiques
Travaux de groupe
Mises en situation simulée

Evaluation

Retour d'expériences
Pédagogie découverte
Mise en situation simulée

PROGRAMME

1^{er} jour :

Accueil des participants
Présentation de la formation et des objectifs

Matin

Missions MCS (1h)

L'inconscience (1h)

La douleur thoracique et l'arrêt cardiaque (1h)

Après-midi

La douleur thoracique et l'arrêt cardiaque (2h)

Les détresses respiratoires (1h30) : simulation

Les urgences traumatologiques (1h) : simulation

2^{ème} jour :

Matin

Le choc anaphylactique (1h) : simulation

Le purpura fulminans (1h)

La douleur thoracique et l'arrêt cardiaque (1h30) : simulation

Après-midi

Les convulsions (1h) : simulation

Le matériel d'intervention (1h)

Les médicaments : modalités de préparation et règles d'hygiène (1h)

**Contrat tripartite portant sur les modalités d'interventions,
les dispositions juridiques et financières du dispositif
du Médecin Correspondant du SAMU**

Vu le code de la Santé Publique et notamment L 6311-1 et L 6311-2 sur l'aide médicale urgente ;

Vu le décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence ;

Vu l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente ;

Vu la circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences ;

Vu l'instruction N° DGOS/R2/2012/267 du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de trente minutes à des soins urgents ;

Vu l'instruction N°DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS) ;

Vu la circulaire N° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013 ;

Vu l'instruction DGOS/R2/2013/289 du 16 juillet 2013 relative à la diffusion du guide de déploiement des médecins correspondants du SAMU ;

Vu le cahier des charges des Médecins Correspondants du SAMU de la région Bretagne.

Entre les soussignés :

❖ **L'Agence Régionale de Santé de Bretagne**, établissement public de l'Etat à caractère administratif, régi par les dispositions des articles L.1431-1 et suivants et L. 1432-1 et suivants du code de la santé publique, dont le siège social est fixé au 6 place des Colombes, CS 14253, 35042 Rennes Cedex, représentée par son Directeur Général, Monsieur Alain GAUTRON,

Ci après désignée « ARS » d'une part,

❖ **Le Docteur «Nom__Prénom»**

Exerçant sur la commune de «Lieu_dexercice»

Ci-après désigné « MCS » Médecin Correspondant du SAMU d'autre part,

❖ **Et l'établissement siège de SAMU représenté par son directeur,**

Ci-après désigné le «Ets_de_rattachement»,

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

Conformément à l'article 4 de l'arrêté du 12 février 2007, le médecin volontaire pour exercer les fonctions de Médecin Correspondant du SAMU signe obligatoirement un contrat avec l'établissement siège du SAMU pour définir les conditions de son intervention et « notamment le lien fonctionnel entre le médecin et le SAMU, les modalités de formation et de mise à disposition de matériels et de médicaments pour l'exercice de cette mission de service public ». Ce contrat précise également les dispositions financières du dispositif concluent avec l'ARS Bretagne.

La fonction de MCS est réservée à un médecin volontaire, formé à l'urgence, qui intervient en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale du SAMU Centre 15 dans une zone identifiée par l'ARS à plus de trente minutes d'un SMUR (cf. annexe 1).

La reconnaissance de la qualité de médecin correspondant du SAMU pour les médecins, qu'ils soient médecins pompiers ou non, est subordonnée à l'accomplissement d'une formation spécifique reconnue par le SAMU Centre 15 du «*Ets_de_rattachement*» comme permettant de remplir les conditions de MCS. Les MCS doivent être également dotés d'un équipement en matériel et médicament.

Le dispositif des MCS est proposé aux professionnels comme une fonction, celle de participer à l'aide médicale urgente. Le médecin qui remplit les fonctions de MCS conserve son statut et son mode d'exercice habituel. Il participe à une mission de service public et prend en charge des patients dans le cadre du service public d'aide médicale urgente.

L'objectif du dispositif MCS est d'améliorer la réponse aux urgences qui mettent en jeu le pronostic vital ou fonctionnel à court terme, par la mise en place d'un réseau d'intervention rapide associant médecins, SAMU, SMUR et hôpitaux de proximité dans des territoires où le délai d'accès à un SMUR terrestre est supérieur à trente minutes et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient.

Article 1 | Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de préciser l'engagement du MCS, du SAMU et de l'ARS pour améliorer la réponse à l'aide médicale urgente sur les territoires Bretons à plus de 30 min d'un SMUR terrestre. Il s'agit d'un engagement fonctionnel uniquement.

Le MCS est un médecin volontaire qui assure une réponse à l'urgence, sur demande de la régulation médicale du SAMU-Centre 15. Sa zone d'intervention est la zone identifiée par l'agence régionale de santé Bretagne : «*Commune_d'intervention*».

Ce contrat a pour objet de conférer au médecin sus signé la qualité de médecin correspondant du SAMU.

Article 2 | Statut du MCS

La modalité d'exercice du MCS est libérale, dans le cadre du maintien de son exercice habituel.

Article 3 | Modalités d'intervention du médecin correspondant du SAMU

L'intervention du MCS est régulée par le SAMU-Centre 15, qui déclenche ou valide l'intervention du MCS et adapte les moyens nécessaires à l'intervention en déclenchant simultanément l'intervention du SMUR.

L'intervention des MCS n'est pas assortie d'inscription obligatoire dans un système de garde ou d'astreinte défini de façon réglementaire. Il est en revanche mis en place une liste de d'indisponibilité ou de disponibilité (selon l'accord entre le MCS et l'établissement siège de SAMU) au titre des fonctions de MCS. Cette liste est tenue par le SAMU Centre 15 au regard des informations transmises chaque mois par les MCS (périodicité adaptable en fonction de l'activité). Cette liste comprend le nom du médecin, ses coordonnées téléphoniques (2 numéros distincts)

Article 4 | Les engagements contractuels des parties

Engagements du MCS

Le MCS s'engage, 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 inscrit à l'article 1 du dit contrat.

L'intervention est déclenchée par le SAMU centre 15, les fonctions MCS et Médecin Sapeur Pompier n'étant pas exclusive l'une de l'autre, un médecin, par ailleurs sapeur-pompier volontaire, peut être également MCS. L'appel sera qualifié en mission correspondant SAMU, sous réserve du respect des conditions de régulation du dispositif MCS, c'est-à-dire régulé par le SAMU, et concomitant à l'envoi d'un SMUR. La qualification en mission correspondant SAMU sera faite par le régulateur AMU ou par le chef de service.

Le MCS s'engage à fournir au SAMU, 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 mensuellement ses indisponibilités / disponibilités au SAMU (selon accord local).

Le MCS rend compte de son activité de MCS au SAMU selon les modalités prédéfinies : fiche d'intervention SAMU Bretons à transmettre au SAMU (cf. annexe n°8 du cahier des charges).

Le MCS s'engage à suivre une formation initiale théorique et pratique et une formation continue chaque année, organisée dans la région Bretagne. La formation initiale est composée de 2 jours de module théorique organisée au niveau régional par les CESU dans le cadre du réseau régional des CESU (RESU) et de 48 heures de pratique réalisée dans chaque SAMU de rattachement du MCS. La formation continue est assurée sous la forme d'un séminaire d'une journée ou de deux séminaires d'une demi-journée par an.

Le MCS s'engage à déclarer à son assureur, le présent contrat et vérifie que les dommages liés à l'exercice de sa mission sont bien couverts (cf copie de l'information faite à l'assureur jointe au présent contrat).

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

Le MCS s'engage s'il se fait remplacer pour cette mission, d'une part à informer le SAMU et d'autre part à ce que le médecin remplaçant ou l'étudiant titulaire d'une licence de remplacement ait bien suivi la formation annuelle MCS et ait signé un contrat MCS avec un SAMU de la région Bretagne et l'ARS.

Engagements de l'établissement siège de SAMU et/ou de SMUR dont dépend la zone MCS

Le SAMU Centre 15 est responsable de la régulation de l'aide médicale urgente dans le département.

Le «Ets_de_rattachement» s'engage à mettre à disposition les matériels et en assurer le suivi, la maintenance et le renouvellement en lien avec le MCS.

Le «Ets_de_rattachement» s'engage à fournir les médicaments et les consommables et en assurer le suivi, la maintenance et le renouvellement en lien avec le MCS et avec l'établissement **siège du SMUR de référence du MCS**. La liste des matériels, médicaments et consommables mis à disposition du MCS est annexée au présent contrat (annexe n°3 : conditions de mise à disposition, d'entretien, de stockage, de responsabilité de la maintenance).

Le «Ets_de_rattachement» s'engage à couvrir par son assurance le MCS sur sa RCP, dans le cadre des dommages éventuels causés par le MCS à l'occasion de l'exercice de cette fonction.

Le SAMU déclenche le MCS en tenant compte des modalités d'organisation du territoire du MCS. En cas d'indisponibilité du MCS, le SAMU s'engage à dépêcher tout autre moyen qu'il juge nécessaire pour secourir le patient.

Le SAMU s'engage à déclencher un MCS pour actes d'urgences correspondant au *niveau CCMS 4 et 5* de la classification des urgences et conjointement à engager le SMUR.

Le SAMU s'engage à transmettre au MCS la fiche administrative retour du patient dans les meilleurs délais après l'intervention en vue de la rémunération de ses actes.

Le SAMU s'engage à valider l'exécution de la mission par le MCS et à transmettre à l'ARS les documents nécessaires conformément au circuit de liquidation régional (cf annexe n°7 du Cahier des charges).

Le SAMU participe activement à l'élaboration et à l'organisation des formations par le biais du RESU.

Le «Ets_de_rattachement» s'engage à fournir à l'ARS les éléments nécessaires à l'évaluation du dispositif.

Engagements de l'ARS

L'ARS s'engage à financer le forfait d'intervention des MCS à hauteur de 150 € par intervention de MCS régulée et validée par le SAMU conformément à la procédure de liquidation.

L'ARS s'engage à financer la formation et l'indemnisation du temps de participation du MCS à sa formation obligatoire, à hauteur de **15 C** par jour via le circuit de liquidation défini (cf article 4 : nombre de journées de formation).

L'ARS s'engage à financer le matériel et les médicaments des MCS via les établissements siège de SAMU ainsi que le coût des formations dispensées par les CESU et le coût de l'assurance contractée par l'établissement à hauteur de 186 euros annuel par MCS.

La mise en œuvre du présent contrat ne sera rendue effective que sous réserve de satisfaire aux engagements énoncés ci-dessus.

Article 5 | Responsabilités et assurances

Dans le cadre de ses fonctions de correspondant du SAMU, la responsabilité du «Ets_de_rattachement» s'étend au professionnel. En pratique l'assurance de l'établissement est décrite dans le contrat d'assurance annexé au présent contrat.

Le MCS informe son assureur qu'il participe à l'aide médicale urgente dans le cadre du dispositif MCS sans surprime pour celui-ci.

Article 6 | Durée du contrat

Le présent contrat est établi pour une durée de 1 an à compter de la date de la présente signature, renouvelable par tacite reconduction sous réserve de la réalisation de la formation continue annuelle.

Article 7 | Modalités d'évaluation du contrat

L'évaluation du contrat sera établie à partir du respect des engagements des différentes parties signataires de ce contrat.

Article 8 | Modalités de résiliation

Le présent contrat peut être résilié, par dénonciation de l'une ou l'autre des parties, après un préavis de 3 mois, par lettre recommandée avec accusé de réception à chacune des parties. En cas de manquements graves et réitérés d'une des parties aux engagements pris dans le présent contrat, la partie qui les constate procède à la résiliation du contrat après en avoir informé les autres parties par écrit par LRAR.

Fait à....., le.....en trois exemplaires.

Le Directeur du
«Ets_de_rattachement»

Le médecin correspondant
du SAMU

Le directeur général
de l'ARS Bretagne

«Représentant_de_l'établissement»

Dr «Nom__Prénom»

Alain GAUTRON

Annexes à joindre au contrat :

- *Attestation formation MCS CESU, SAMU*
- *Liste des matériels, médicaments et consommables mis à disposition du MCS : conditions de maintenance*
- *Copie de l'information transmise à l'assurance du MCS*
- *Contrat d'assurance de l'établissement siège de SAMU avec le MCS*
- *Cahier des charges MCS Bretagne*

Contexte :

Afin d'améliorer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes, l'ARS Bretagne, en concertation avec les 4 SAMU, la FHF, l'URPS Médecins, le CROM, les SDIS, des représentants de médecins correspondants SAMU, le RBU et la coordination Assurance Maladie, a élaboré un dispositif de déploiement de Médecins Correspondant SAMU (MCS) sur la région Bretagne.

Le rôle et les missions du MCS sont définis par le décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence, l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente et l'instruction DGOS du 6 juin 2013 qui en précise le cadre juridique et financier. Un cahier des charges précise le dispositif mis en place à compter du 1^{er} novembre 2014 sur la Bretagne.

Le dispositif MCS breton repose à ce jour sur une vingtaine de médecins généralistes libéraux localisés sur les zones blanches définies par l'ARS Bretagne, formés aux gestes et soins d'urgence et équipés en matériel et médicaments par les établissements sièges de SAMU dont ils dépendent par contrat. La formation aux gestes et aux soins d'urgences pourra être réalisée par un CESU d'un établissement de santé siège de SAMU différent de celui de rattachement au MCS.

Ce contrat, conclu entre l'ARS Bretagne, l'établissement siège de SAMU et le Médecin correspondant SAMU définit l'organisation, le financement et les engagements de chacune des parties.

Modalités de financement du dispositif MCS :

S'agissant des médecins généralistes libéraux, le financement des MCS bretons relève :

- d'une part du champ conventionnel assurance maladie pour les actes réalisés par le médecin libéral facturés directement à l'assurance maladie (tiers payant), majoration possibles au titre de l'intervention en urgence, secteur 1 : le secrétariat du SAMU transmet alors au MCS la fiche administrative retour du patient dans les meilleurs délais après l'intervention ;
- d'autre part du FIR¹ :
 - pour l'indemnisation de sa participation à la formation assurée par l'établissement siège de SAMU (CESU) sur la base de 15 C par jour,
 - du forfait alloué au titre de son intervention en tant que MCS sur la base de 150 euros par intervention.

S'agissant de l'établissement siège de SAMU qui contractualise avec le MCS le financement relève du FIR² pour :

- le paiement du matériel et des médicaments mis à disposition du MCS, le coût de l'assurance ;
- la formation assurée par le CESU, centre d'enseignement des soins d'urgence implanté dans les établissements sièges de SAMU.

¹ Mission 2 Amélioration de la qualité- coordination des soins : compte 657213472

² Mission 2 Amélioration de la qualité- coordination des soins : compte 657213472

Circuit de liquidation du FIR :

A ce jour, aucune instruction définissant la procédure de liquidation de l'indemnisation des MCS n'est parue de la CNAMTS. Ainsi, l'ARS Bretagne, en concertation avec la coordination Assurance Maladie bretonne et la référente des agents comptables des CPAM bretonnes, proposent le circuit de liquidation suivant sur les fonds FIR concernant la Mission 2 dont dépend le dispositif MCS. Ce dispositif est encadré par un cahier des charges régional et la signature d'un contrat tripartite entre le MCS, l'établissement siège de SAMU et l'ARS Bretagne qui fixe les modalités d'intervention, les dispositions juridiques et financières du dispositif MCS.

1. Indemnisation des médecins correspondants SAMU

a. Formation

Sur la base :

- de l'attestation réalisée par l'établissement siège de SAMU (CESU et SAMU), transmis à l'ARS Bretagne (cf correspondants ARS)
- de la décision de financement FIR du DG ARS,
- de l'attestation de service fait réalisée par l'ARS au vu des pièces justificatives (attestation établissement siège de SAMU) ;

l'ARS transmet à la CPAM de rattachement du médecin, une demande d'indemnisation du MCS à hauteur de 15 C par jour (345 €/jour).

b. Intervention du MCS à la demande du SAMU Centre 15 et en déclenchement simultané du SMUR

Sur la base :

- du tableau d'intervention réalisé trimestriellement par l'établissement de santé siège de SAMU dont dépend le MCS et adressé à l'ARS Bretagne* ;
- de la décision trimestrielle de financement FIR ;
- de l'attestation de service fait réalisée par l'ARS au vu des pièces justificatives (attestation établissement siège de SAMU), cf modèle en annexe 1 ;

l'ARS transmet à la CPAM de rattachement du médecin, une demande d'indemnisation du MCS à hauteur de 150 € par intervention. Ce montant correspond à une compensation financière de l'absence du médecin généraliste au sein de son cabinet, quelque soit le temps passé lors de l'intervention.

**Les tableaux d'intervention MCS réalisés et transmis par l'établissement siège de SAMU 7 jours maximum après le trimestre échu, sont signés du directeur de l'ARS ou son représentant et vaudront ordre de paiement pour les CPAM déclenchant ainsi le processus de paiement des forfaits d'intervention MCS.*

Dans le cas où le MCS rencontrerait une difficulté lors du paiement des forfaits, il devra immédiatement en informer le SAMU.

Dans le cas où la CPAM rencontrerait une difficulté lors du paiement des forfaits, elle devra immédiatement informer l'ARS qui prendra les mesures adéquates pour mettre fin à cette difficulté.

Le MCS transmettra à l'ARS un RIB permettant le versement des indemnisations.

2. Indemnisation des établissements sièges de SAMU

a. Formation réalisée par le CESU d'un établissement siège de SAMU

Sur la base :

- d'une facturation du coût de la formation réalisée par le CESU, transmis à l'ARS Bretagne (cf correspondants ARS)
- de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre l'ARS et l'établissement siège de SAMU
- de la décision de financement FIR
- de l'attestation de service fait réalisée par l'ARS au vu des pièces justificatives

l'ARS transmet la décision de financement à la CPAM de rattachement de l'établissement siège de SAMU pour liquidation.

b. Equipement en matériel et médicaments

Sur la base :

- d'une copie des factures de l'achat des matériels nécessaires à l'équipement du MCS
- de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre l'ARS et l'établissement siège de SAMU
- de la décision de financement FIR
- de l'attestation de service fait réalisée par l'ARS au vu des pièces justificatives

l'ARS transmet la décision de financement à la CPAM de rattachement de l'établissement siège de SAMU pour liquidation.

c. Assurance

Indemnisation du coût de l'assurance contractée par l'établissement à hauteur de 186 euros annuels par MCS.

Les correspondants ARS suivants sont les interlocuteurs privilégiés des partenaires extérieurs (SAMU, MCS et CPAM).

NOM – Prénom	Téléphone	E-mail	Adresse postale
Dr Patrick AIRAUD	02.22.06.73.38	patrick.airaud@ars.sante.fr	ARS Bretagne 6 place des Colombes – CS 14253 35042 RENNES Cedex
Laurent BOIREAU	02.22.06.73.74	laurent.boireau@ars.sante.fr	
Julie LONGY	02.22.06.73.46	julie.longy@ars.sante.fr	
Pôle Allocation de Ressources Hospitalier	02.22.06.73.63	ars-bretagne-secretariat-pare@ars.sante.fr	
Pôle Allocation de Ressources offre de soins 1 ^{er} recours	02.22.06.73.44	valerie.lucas@ars.sante.fr	



Annexe n°8 : Fiche d'intervention SAMU Bretons



SAMU : SMUR : IDENTIFICATION du MCS :

LIEU D'INTERVENTION		N° INTERVENTION	
NOM : _____		Hôpital receveur :	Service :
PRENOM : _____ NOM de Jeune Fille : _____		DATE : ____ / ____ / ____	
DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ AGE : ____ SEXE : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		ORIGINE APPEL : SAMU <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>	
ADRESSE : _____		HORAIRES :	
Personne à prévenir _____ Tél. : _____		Heure d'appel _____ h _____	
MED.TRAITANT : _____ FAMILLE PREVENUE <input type="checkbox"/> AUTORISATION SOINS <input type="checkbox"/>		Heure départ du MCS _____ h _____	
CARTE SS <input type="checkbox"/> CARTE MUTUELLE <input type="checkbox"/> MEDECIN SUR PLACE <input type="checkbox"/>		H arrivées sur les lieux du MCS _____ H _____	
		H départ des lieux du MCS _____ h _____	
		Heure départ SMUR _____ h _____	
		H arrivées sur les lieux SMUR _____ H _____	
		H départ des lieux SMUR _____ h _____	
		H d'arrivée à destination _____ h _____	
		H fin médicalisation _____ h _____	

Nature de l'appel : <input type="checkbox"/> MCS appelé par SAMU <input type="checkbox"/> SAMU appelé par MCS <input type="checkbox"/> AUTRE précisez.....		Lieu de prise en charge :	
Heure d'arrivée du SAMU/SMUR : ____ / ____ / ____ si SAMU engagé (est ce nécessaire, le SMUR devant être engagé systématiquement ?)		<input type="checkbox"/> cabinet <input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> voie/lieu public <input type="checkbox"/> autre :	
MEDECIN :	AMBULANCIER :	I <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INTRA-HOSP <input type="checkbox"/> JONCTION <input type="checkbox"/>
INFIRMIER :	STAGIAIRE :	VSAV <input type="checkbox"/>	AVION <input type="checkbox"/> BATEAU <input type="checkbox"/>
		II <input type="checkbox"/>	
		III <input type="checkbox"/>	HELICO <input type="checkbox"/>

MOTIF DE DEPART _____ Acc.travail

OBSERVATION

ANTECEDENTS

TRAITEMENT HABITUEL

ANAMNESE

EXAMEN CLINIQUE

Patient laissé sur place Transport non médicalisé Certificat de décès rédigé Obstacle médico légal

Cher Confrère, Voici la fiche de transport du patient que je vous confie. Je vous remercie de bien vouloir m'adresser un compte-rendu d'hospitalisation

	NEUROLOGIQUE	RESPIRATOIRE	CIRCULATOIRE	TRAUMATIQUE																																																					
BILAN INITIAL	Normal <input type="checkbox"/> Glasgow Y <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> Intervalle libre <input type="text"/> Obnubilation <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Sd Méningé <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> PUPILLES Normales <input type="checkbox"/> Anisocorie <input type="checkbox"/> Myosis G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Mydriase G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> RPM G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DEFICIT Mono-hémiplégie <input type="checkbox"/> Paraplégie <input type="checkbox"/> Tétraplégie <input type="checkbox"/> Heure de début <input type="text"/>	Normal <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Pausés-arrêt <input type="checkbox"/> Tirage <input type="checkbox"/> Cyanose <input type="checkbox"/> Sueurs <input type="checkbox"/> Encombrement <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Hémo-pneumothorax <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Heure : _____	Normal <input type="checkbox"/> DL Thoracique <input type="checkbox"/> Heure de début <input type="text"/> ACR <input type="checkbox"/> IVG-OAP <input type="checkbox"/> IVD-OMI-TJ <input type="checkbox"/> Marbrures <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:5%;"></th> <th style="width:10%;">Fractur e</th> <th style="width:10%;">Contu sion</th> <th style="width:10%;">Plaie</th> <th style="width:10%;">Brûlur e</th> <th style="width:10%;">Hémor ragie</th> </tr> <tr><td>Tête</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rachis</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Thorax</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Abdom</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bassin</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>M.sup.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>M.inf.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		Fractur e	Contu sion	Plaie	Brûlur e	Hémor ragie	Tête						Rachis						Thorax						Abdom						Bassin						M.sup.						M.inf.						Température : _____ Poids : _____ Douleur : _____				
		Fractur e	Contu sion	Plaie	Brûlur e	Hémor ragie																																																			
Tête																																																									
Rachis																																																									
Thorax																																																									
Abdom																																																									
Bassin																																																									
M.sup.																																																									
M.inf.																																																									
MISE EN CONDITION	MONITORING Scope <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> Pression invasive <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> Capno <input type="checkbox"/>		VENTILATION O ² nasal <input type="checkbox"/> Débit O ² : _____ l/mn Aérosol <input type="checkbox"/> Masque avec réservoir <input type="checkbox"/> Guédel <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> IOT <input type="checkbox"/> INT <input type="checkbox"/> Cal : _____ Mandrin d'Eichmann <input type="checkbox"/> Ventil manuelle <input type="checkbox"/> Ventil mécan <input type="checkbox"/> Ventil non invasive <input type="checkbox"/> FiO ² : _____ VT: _____ FR: _____ I/E: _____ Pmax: _____ PEP: _____ Débit: _____			REANIMATION CARDIAQUE MCE <input type="checkbox"/> Défibrillation manuelle <input type="checkbox"/> DAE <input type="checkbox"/> Entraînement électrosyst. <input type="checkbox"/> Courant : _____ mA, Fc : _____ Mode : _____ Contrepulsion <input type="checkbox"/>			ABORDS VASCULAIRES Type Position Calibre Bilan sanguin <input type="checkbox"/> ① Groupe 1 ^{ère} déter. <input type="checkbox"/> ② 2 ^{ème} déter. <input type="checkbox"/> ③ Transfusion <input type="checkbox"/>																																																
	SONDAGE-DRAINAGE Sonde gastrique <input type="checkbox"/> cal : _____ Sonde urinaire <input type="checkbox"/> cal : _____ Drain pleural <input type="checkbox"/> cal : _____		HEMOSTASE Pansement compressif <input type="checkbox"/> Pince hémostatique <input type="checkbox"/> Garrot <input type="checkbox"/> heure : _____ PAC <input type="checkbox"/> heure : _____																																																						
EVOLUTION	CONSTANTES	H-	h	h	h	h	h	h	h																																																
	F. cardiaque																																																								
	PA systol /diastol																																																								
	PA moyenne																																																								
	Sp O ²																																																								
	F. ventilatoire																																																								
	EtCO ²																																																								
	FiO ² / VT / FR																																																								
	Glycémie-Hb																																																								
	Glasgow																																																								
	Pupilles D/G																																																								
	Douleur (éch :)																																																								
SOLUTES																																																									
MEDICA-MENTS																																																									
OXYGENE																																																									
	Produits sanguins																																																								
EVOLUTION PENDANT TRANSPORT	Amélioration <input type="checkbox"/> Stabilité <input type="checkbox"/> Aggravation <input type="checkbox"/>																																																								
	Diagnostic																																																								

Patient confié à : _____

Signature :

SCORE DE GLASGOW

OUVERTURE DES YEUX		RÉPONSE VERBALE		RÉPONSE MOTRICE	
Spontanée	4	Normale	5	A l'ordre	6
A l'appel	3	Confuse	4	Adaptée	5
A la douleur	2	Incohérente	3	En flexion stéréotypée	4
Aucune	1	Incompréhensible	2	En décortication	3
		Aucune	1	En décérébration	2
				Aucune	1

AIDE MEMOIRE

BRULURE – TABLE DE LUND ET BROWDER

LOCALISATION / AGE	0 - 1	1 - 4	5 - 9	10 - 15	ADULTE
Tête	19 %	17 %	13 %	11 %	7 %
Cou	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
Face antérieure du tronc	13 %	13 %	13 %	13 %	13 %
Face postérieure du tronc	13 %	13 %	13 %	13 %	13 %
Une fesse	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %
Organes génitaux externes	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Un bras	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %
Un avant-bras	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %
Une main	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %
Une cuisse	5,5 %	6,5 %	8 %	8,5 %	9,5 %
Une jambe	5 %	5 %	5,5 %	6 %	7 %
Un pied	3,5 %	3,5 %	3,5 %	3,5 %	3,5 %
TOTAL :					

TRAUMATISME DU RACHIS – SCORE ASIA

SENSIBILITE

	G	D
C2		
C3		
C4		
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		
S2		
S3		
S4-5		

0 : absente
1 : diminuée
2 : normale
NE : non évaluable

Score touché : / 112
 Score piqure : / 112

TRICITE

	G	D
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		

0 : paralysie totale
1 : contraction palpable ou visible
2 : mouvement actif, en l'absence de pesanteur
3 : mouvement actif contre pesanteur
4 : mouvement actif contre légère résistance
5 : mouvement actif contre résistance complète
NE : non évaluable

Score motricité : / 100
 Contraction anale volont. : oui / non

zone péri anale

BRULURE – REMPLISSAGE VASCULAIRE

FORMULE PERCY MODIFIEE WASSERMAN :

- Dans la première heure 30 ml/kg de Ringer lactate quelque soit la surface brûlée, au delà de 10 %.
- Puis 2 ml/kg/% de surface brûlée au delà du 1^{er} degré dans les 8 premières heures (comprenant la perfusion ci-dessus)
- Puis 1 ml/kg/% de surface brûlée dans les 16 h suivantes (moitié albumine 4 %, moitié Ringer lactate).
- Le tout évidemment modulé en fonction de l'évolution ou de pathologie traumatique éventuellement associée. Le critère essentiel reste la diurèse, dont on attend aujourd'hui 0,5 à 1 ml/kg/heure maximum. Seule l'existence d'une rhabdomyolyse ou sa suspicion (atteinte profonde, écrasement associé par exemple) feront opter pour 1,5 ml/kg/heure.
- Si hypotension en cours de transport et que cette diurèse n'est pas atteinte, il faut renforcer le remplissage. Si la diurèse est correcte, il faut recourir à un vasoconstricteur, essentiellement la noradrénaline.

CATEGORISATION CATASTROPHE

URGENTES ABSOLUES (UA)	Extrêmes urgences E U : 5 %	Évacuation médicalisée et prioritaire. Sans délai	<ul style="list-style-type: none"> Hémorragie non contrôlée et détresse circulatoire Détresse respiratoire aiguë Polytraumatisé Hématome Extra ou sous-dural aigu Brûlé > 50 % Hémorragie contrôlée Coma avec ou sans trauma crânien Plaie délabrante Plaie thoraco-abdominale Trauma rachidien avec troubles neurologiques Fracture ouverte Plaie oculaire Brûlé > 30 %
	U 1 : 25 %	Évacuation médicalisée ou paramédicalisée. Délai rapide	<ul style="list-style-type: none"> Fracture, plaie ostéoarticulaire, scalp T.C. sans coma Problème de spécialités chirurgicales (ORL, OPH) Brûlé < 30 % Intoxication sans troubles vitaux Plaie des parties molles, contusions Détresse psychologique sans blessure apparente
URGENTES RELATIVES (UR)	U 2 : 30 % et U 3 : 40 %	Évacuation +/- différée. Non médicalisée	
IMPLIQUES	UMP	Pas d'évacuation ou retardée	

Attention à certaines pathologies potentiellement évolutives (blast, crush syndrome, brûlure...)

LOCALISATION DE L'ISCHEMIE MYOCARDIQUE

	Signes directs	Signes indirects
Septal moyen	V1, V2	D3, VF
Antéro-septal	V1 – V3	D2, D3, VF
Apical	V3, V4	
Antérieur étendu	V1 – V6, D1, VL	
Latéral haut	D1, VL	
Latéral moyen	V5, V6	
Inférieur	D2, D3, VF	V1, V2, V3
Inféro-latéral	D2, D3, VF, V5, V6	
Postéro-basal	V7, V8 (V9)	V1, V2
Inféro-latéro basal	D2, D3, VF, V5 – V9	
Septal profond	D2, D3, VF, V1 – V3	
Circonférenciel	D2, D3, VF, V1 – V6	
Ventricule droit	V3R, V4R	V7 – V9

CLASSIFICATION KILLIP

I = pas de râles crépitants aux bases, ni de galop (B3). Aucun signe d'insuffisance ventriculaire gauche

II = présence de râles crépitants aux bases ou d'un galop (B3). IVG modérée

III = présence de râles crépitants sur plus de la 1/2 des champs pulmonaires. IVG importante

IV = choc cardiogénique, hypotension, vasoconstriction périphérique.

AUTORISATION DE SOINS POUR UN PATIENT MINEUR

Je soussigné (e) :

Titulaire de l'autorité parentale en ma qualité de

Donne l'autorisation aux médecins pour pratiquer tous les examens nécessaires, de mettre en place toutes les thérapeutiques jugées utiles, de pratiquer toute intervention chirurgicale et anesthésie, voire de transférer vers un centre spécialisé, si le cas l'exige,

pour mon enfant :

Signature

à le

REFUS DE TRANSPORT

Je soussigné (e) :

Refuse mon transport malgré tous les risques y compris pour ma vie qui m'ont été expliqués par le médecin présent.

Signature

à le

SCORE D'APGAR à 1 5 ET 10 MIN DE VIE

COTATION	0	1	2
	Absente	<100/min	>100/min
Mouv. resp.	Absents	Irréguliers	Efficaces (cri)
Tonus musc.	Flasque	Flexion membres	Mvts actifs
Réactivité	Aucune	Grimaces	Vive
Coloration	Pâleur ou cyanose	Cyanose extrémités	Rose

SCORE DE SILVERMAN

COTATION	0	1	2
	Balancement thoraco-abdominal	Respiration synchrone	Thorax immobile
	Tirage	Absent	Intercostal
	Entonnoir xiphoïdien	Absent	Modéré
	Battement des ailes du nez	Absent	Modéré
	Geignement expiratoire	Absent	Au Stéthoscope

SCORE DE MALINAS

COTATION	0	1	2
	Durée du travail	< 3 H	3 à 5 H
	Durée des contractions	< 1 min	1 min
	Intervalle entre les contractions	> 5 min	3 à 5 min
	Perte des eaux	Non	Récente
	Parité	I	II

▪ Chez un enfant bien portant le score initial doit être ≥ 7 à 1' et après désobstruction et éventuellement O² à 10 à 5'

▪ Si APGAR < 3, il faut débiter les manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire

Le score SILVERMAN apprécie la qualité de la ventilation du nouveau né. La gravité est définie par un score ≥ 5 .

Score < 3 : Transport non médicalisé
 3 \leq score < 7 : Transport médicalisé
 Score ≥ 7 : Imminence de l'accouchement

Patient confié à : _____

Signature : _____

Annexe n°9 : Fiche de dysfonctionnement MCS

PERSONNE DÉCLARANTE

NOM / PRÉNOM :

FONCTION :

TEL :

STRUCTURE DÉCLARANTE (PRÉCISER LE DÉPARTEMENT CONCERNÉ) / ____ /

SAMU – Centre 15 (médecin régulateur)

SMUR

Médecin correspondant SAMU

SDIS

Conseil de l'ordre des médecins

Autre (préciser) :

DATE ET LIEU DE L'ÉVÉNEMENT

DATE : HEURE :

LIEU :

LE DYSFONCTIONNEMENT CONCERNE

REGULATION

- Absence de MCS
- Difficulté à contacter le MCS
- Décision inappropriée d'engagement du MCS
- pas d'engagement MCS malgré sa disponibilité
- Pas d'engagement concomitant du SMUR
- Autre (préciser) :

L'EFFECTION

- Difficulté technique liée au matériel
- Difficulté technique liée au geste médical
- Absence ou retard du SMUR induisant une mise en difficulté du MCS
- Absence ou retard d'autre intervenant
- Autre (préciser) :

CIRCONSTANCES, DESCRIPTION ET CONSÉQUENCES DU DYSFONCTIONNEMENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GRAVITÉ ESTIMÉE

- Vitale (mise en péril de la sécurité des soins et de la qualité des soins)
- Critique (nécessité d'une correction pour maintenir la qualité des soins)
- Non critique (pas de mise en péril mais perturbe le fonctionnement)

RÉCLAMATION EXPRIMÉE

- OUI
- NON
- NE SAIT PAS

MESURES PRISES IMMÉDIATEMENT

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PROPOSITIONS DE CORRECTION PAR LE DÉCLARANT

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VISA DU DÉCLARANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE :

**Fiche à transmettre, de façon systématique, par mail, à l'adresse suivante :
ars35-alerte@ars.sante.fr**

Cadre réservé à l'ARS Bretagne

Suites données au signalement (*à renseigner a posteriori*)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....