



Médecins correspondants du SAMU

Guide de déploiement



Sommaire

Introduction	5
Fiche 1 – Qu’est-ce qu’un médecin correspondant du SAMU (MCS) ?.....	9
Fiche 2 - Dans quelles conditions interviennent les MCS ?	12
Fiche 3 - Avec quels matériels et médicaments interviennent les MCS ?.....	15
Fiche 4 - Quelle formation pour les MCS ?	19
Fiche 5 – L’évaluation du dispositif des MCS.....	23
Fiche 6 - Quel cadre juridique d’intervention du MCS ?	24
Fiche 7 - Comment rémunérer les interventions du MCS ?	27
Annexe 1	30
Les conditions de succès pour mettre en place un dispositif de MCS.....	30
Annexe 2	33
Les conventions « supports » du dispositif MCS	33
Annexe 3	36
Un exemple de contrat médecin – établissement siège du SAMU	36
Annexe 4 :.....	39
Des exemples de cotations pour un médecin libéral exerçant les fonctions de MCS.....	39

Remerciements

Ce guide est le fruit d'un travail collaboratif avec les différents acteurs concernés : représentants des professionnels (fédération des MCS, médecins libéraux, urgentistes) et ARS notamment qui, par leurs contributions, remarques et partages d'expériences ont activement participé à l'élaboration de ce document.

En particulier, ont pris part au groupe de travail national :

Au titre des MCS

- *MCS France, fédération des médecins correspondants du SAMU de France*

Au titre des syndicats de médecine libérale

- *MG France, syndicat des médecins généralistes*
- *SML, syndicat des médecins libéraux*
- *CSMF, confédération des syndicats médicaux Française*
- *FMF, fédération des médecins de France*

Au titre des jeunes médecins

- *ReAGJIR, Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants*
- *ISNAR-IMG, InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale*

Au titre des médecins urgentistes

- *SUDF, Samu-Urgences de France*
- *SFMU, Société française de médecine d'urgence*
- *AMUF, Association des médecins urgentistes de France*
- *SNUHP, Syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée*

Au titre des agences régionales de santé

- *L'ARS d'Auvergne*
- *L'ARS de Corse*
- *L'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur*
- *L'ARS de Rhône-Alpes*

Introduction

Afin de concrétiser l'engagement du Président de la République de rendre accessibles des soins d'urgence en moins de 30 minutes et sur la base du diagnostic mené par les agences régionales de santé (ARS), Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, a annoncé à l'automne 2012 trois axes de travail :

- le maillage du territoire, ce qui implique d'interroger la pertinence des implantations de structure des urgences et de SMUR ou antennes de SMUR et la nécessité de le faire évoluer ;
- la rénovation du statut de « médecins correspondants du SAMU », pour inciter les médecins, et notamment les médecins généralistes, à rejoindre le dispositif ;
- la coopération entre services d'urgence et le déploiement d'équipes communes de territoire pour garantir le maillage et la qualité des prises en charge.

Comme le prévoient le décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence¹ et l'arrêté du 12 février 2007², le Médecin Correspondant du Samu (MCS) est un médecin de 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.

Ce guide a pour objectif de donner plus de lisibilité aux acteurs afin de favoriser le déploiement de la fonction de MCS et de sécuriser les conditions d'intervention des professionnels exerçant les fonctions de MCS.

Le dispositif poursuit les finalités suivantes :

- promouvoir la fonction de MCS dans des territoires à plus de 30 minutes d'accès de soins urgents ;
- préserver la souplesse du dispositif en laissant aux ARS, en lien avec les professionnels du territoire, le soin d'organiser la réponse la plus adaptée ;
- donner des conditions d'exercice satisfaisantes aux professionnels notamment en clarifiant les cadres juridiques d'intervention du professionnel ainsi que les conditions d'engagement de sa responsabilité, et en favorisant le regroupement des médecins volontaires pour assurer les fonctions de MCS ;
- harmoniser les conditions d'exercice de la fonction de MCS et notamment la formation, le matériel et les médicaments mis à disposition ;
- mettre en place, au niveau de l'ARS, un financement *ad hoc* et pérenne des MCS.

Le guide a été élaboré de manière concertée avec des représentants des professionnels (médecins libéraux, internes et jeunes médecins, urgentistes, médecins de montagne et fédération des médecins correspondants du SAMU) et des ARS.

Il traite du cadre juridique du dispositif mais aussi des conditions d'intervention des MCS. Il a pour objectif de favoriser la diffusion de bonnes pratiques. Il s'adresse en priorité aux professionnels : médecins généralistes, urgentistes, salariés, praticiens hospitaliers, sages-femmes *etc.* et aux ARS.

¹ En particulier l'article R. 6123-28

² Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente

Fiche 1 | Qu'est-ce qu'un médecin correspondant du SAMU (MCS) ?

Définition

Le MCS est un médecin qui :

- participe à la mission de service public d'aide médicale urgente ;
- est formé à l'urgence ;
- est un relais compétent des SAMU-Centre 15 ;
- agit en priorité dans des zones isolées ou dans des zones où les délais d'intervention du SMUR dépassent les 30 minutes ;
- permet de réduire les délais de réponse à l'Urgence par une prise en charge de proximité et de qualité.

Le MCS, un « relais » de l'aide médicale urgente à mi-chemin entre la ville et l'hôpital

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 ses fonctions, missions et mode d'exercice habituels.

La fonction de MCS repose sur le volontariat des médecins.

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-Centre 15 dans le cadre de l'aide médicale urgente et qui remplit les conditions d'intervention et de formation décrites respectivement dans les fiches 2 et 4. 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.

Voir la fiche 2 sur les conditions d'intervention et la fiche 4 sur la formation des MCS

Le territoire d'implantation du MCS

Les territoires d'intervention des MCS sont déterminés par les ARS, en lien avec les SAMU-Centre 15 et les professionnels, à partir du diagnostic des territoires et populations 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.

Ils tiennent compte des besoins de la population (analyse de l'activité, devenir/orientation des patients), des attentes des professionnels et des particularités locales du territoire. Ils s'inscrivent en cohérence avec les SROS-PRS et tiennent compte, notamment, des territoires de permanence des soins ambulatoires.

Les fonctions de MCS sont compatibles avec les autres missions du médecin sur le territoire

Un médecin exerçant les fonctions de MCS peut également participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire (PDSA) ou encore participer à l'action des services départementaux d'incendie et de secours en tant que médecin sapeur-pompier volontaire. Ces différentes missions ne sont pas exclusives les unes des autres. Il appartient toutefois de veiller à leur articulation et à la cohérence des dispositifs.

L'articulation avec la permanence des soins ambulatoires (PDSA)

L'intervention du MCS ne remplace ni l'organisation de la continuité des soins ni celle de la réponse aux besoins de soins non programmés non urgents, en particulier hors heures de PDSA. La PDSA revêt un objectif différent de celui poursuivi par le déploiement de MCS. Elle s'attache à ce que soit proposée une réponse aux besoins de soins non programmés non urgents alors que les MCS sont des effecteurs de médecine d'urgence, c'est-à-dire des professionnels médicaux, formés à l'urgence vitale, qui agissent sur demande de la régulation médicale.

Il appartient au SAMU-Centre 15 de réguler et de déclencher les MCS seulement lors de situations d'urgence et dans des territoires identifiés comme nécessitant une réponse de ce type pour permettre un accès aux soins urgents de la population en moins de trente minutes. Les conditions d'intervention et de rémunération des deux dispositifs sont donc différentes.

Toutefois, ces missions ne sont pas exclusives l'une de l'autre et, en veillant à leur articulation, il n'y a pas d'obstacle à ce qu'un médecin qui exerce la fonction de MCS puisse participer à la PDSA. Les conditions de participation à la PDSA sont précisées dans le cahier des charges régional et les possibilités d'articulation de ces deux missions devront être prises en compte. Les critères qui permettront d'évaluer si ces deux missions peuvent être assurées de façon concomitantes dans des conditions satisfaisantes sont notamment :

- les réalités locales géographiques et de démographie professionnelles ;
- la fréquence des interventions de type MCS ;
- la charge de travail relevant de la PDSA en prenant en compte les moyennes mais aussi les pics d'activité ;
- les variations saisonnières d'activité qui peuvent être importantes dans certains secteurs.

L'articulation avec les fonctions de médecin sapeur pompier volontaire

La fonction de MCS est complémentaire des engagements habituels des médecins libéraux, y compris quant à leur engagement en tant que médecins sapeurs-pompiers volontaires. Lorsqu'il intervient en tant que correspondant du SAMU, le médecin intervient dans le cadre du dispositif des MCS.

Ces fonctions ne sont pas exclusives l'une de l'autre et aucun obstacle réglementaire n'empêche un médecin, par ailleurs sapeur-pompier volontaire, d'être également médecin correspondant du SAMU, dans des zones préalablement identifiées par l'ARS, sous réserve d'un contrat conclu entre le médecin et l'établissement siège de SAMU et du respect des conditions de formation et de régulation du dispositif des MCS.

En effet, indépendamment de leur statut ou qualité, l'ensemble des professionnels participant au dispositif des MCS doit intervenir dans les mêmes conditions afin que soient garanties la qualité et la sécurité de leurs interventions.

Il convient d'encourager la mobilisation et l'optimisation de toutes les ressources médicales disponibles et d'éviter les concurrences. Sur le terrain, des exemples existent déjà de médecins par ailleurs sapeurs pompiers volontaires qui répondent aux sollicitations des SAMU-Centre 15 pour intervenir en avant-coureurs des SMUR. Ils exercent donc déjà de fait une action comparable à celle des MCS. Pour la bonne information des acteurs locaux et en application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, le dispositif des MCS est mentionné dans la convention bipartite d'application du référentiel en particulier lorsque des médecins sapeur-pompier volontaires assurent cette fonction.

Dans tous les cas, la régulation médicale du SAMU-Centre 15 permet d'organiser et de prioriser les interventions du MCS en fonction de l'urgence médicale.

Par nature, les interventions demandées par le SAMU-Centre 15 au titre de l'aide médicale urgente priment sur les autres missions.

Fiche 2 | Dans quelles conditions interviennent les MCS ?

Le médecin volontaire pour exercer les fonctions de **MCS signe obligatoirement un contrat avec l'établissement siège du SAMU** pour définir les conditions de son intervention.

En effet, l'article 4 de l'arrêté du 12 février 2007 prévoit qu'un « *contrat fixe les conditions d'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* ».

Ce contrat, obligatoire, est essentiel pour organiser les conditions d'intervention du médecin en tant que correspondant du SAMU. Il s'agit d'un contrat fonctionnel c'est-à-dire qu'il est sans impact sur le mode d'exercice habituel du médecin (médecin libéral, médecin salarié, praticien hospitalier).

Voir la fiche 6 sur le cadre juridique d'intervention et les annexes 2 et 3 sur les conventions supports du dispositif et le modèle de contrat

Pour favoriser une harmonisation des pratiques, des recommandations professionnelles portant sur la formation du professionnel ainsi que le matériel et les médicaments mis à sa disposition sont proposées et décrites par la suite dans le présent guide.

Voir la fiche 3 sur les matériels et médicaments et la fiche 4 sur la formation des MCS

La régulation médicale et le déclenchement systématique par le SAMU-Centre 15

L'intervention du MCS est obligatoirement déclenchée par le SAMU-Centre 15, de manière simultanée à celle du SMUR.

Il appartient au SAMU-Centre 15 d'apprécier le degré de l'urgence et d'ajuster les moyens les plus adaptés à sa disposition pour répondre au besoin du patient.

Recommandations de bonnes pratiques :

Il est recommandé la mise en place de protocoles d'intervention SAMU/MCS. Ces protocoles sont à définir localement dans chaque SAMU-Centre 15 dans le cadre d'une discussion entre le SAMU et les MCS ou leurs représentants et sont en cohérence avec les exigences de formation du MCS.

Ils s'appliquent à l'ensemble des effecteurs de médecine d'urgence et ont vocation à être diffusés auprès de tous les acteurs du territoire (ES, EPHAD...). L'homogénéisation et la coordination des interventions sur le territoire sont essentielles.

La continuité de la réponse à l'urgence

La régulation médicale par le 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 termes de continuité du dispositif, l'objectif est qu'une réponse à l'urgence soit apportée 24/24H, 7 jours sur 7.

Compte tenu des ressources médicales disponibles sur le territoire et de la montée en charge progressive du dispositif des MCS (qui repose uniquement sur le volontariat), il peut arriver que la réponse ne soit pas encore continue. Dans ce cas, il appartient à l'ARS d'organiser le dispositif et au SAMU-Centre 15, par le biais de la régulation médicale, de garantir une réponse autre sur les plages non "couvertes" par un MCS.

L'intervention des MCS reposant sur le volontariat, compte tenu du nombre moyen de sollicitations et de l'organisation de cette réponse dans certains territoires ciblés, elle n'est pas assortie d'inscription obligatoire dans un système de garde ou d'astreinte défini de façon réglementaire (qui donnerait lieu à paiement systématique de gardes ou d'astreintes au titre des fonctions de MCS, mais aussi à réquisition le cas échéant).

Si les acteurs le souhaitent, il est toutefois possible de mettre en place des listes de présence au titre des fonctions de MCS. Les médecins MCS mobilisés peuvent également être inscrits sur le tableau de garde de PDSA sur les mêmes plages horaires compte tenu de la rareté de la ressource médicale, du niveau d'activité au titre de la PDSA et du nombre moyen de sollicitation des MCS.

En termes financiers, la contrainte de disponibilité à laquelle est astreint le médecin justifie une contrepartie financière, soit par un complément de rémunération pour chacune de ses interventions, soit par une indemnité d'astreinte. Cette rémunération complémentaire (compléments de rémunération ou astreintes) a pour objectif d'inciter les acteurs à participer au dispositif. Lorsque le médecin est à la fois inscrit sur le tableau de garde de PDSA et d'astreinte au titre des MCS, la sujétion liée à la disponibilité du médecin étant la même, le cumul des rémunérations n'est pas nécessairement justifié.

L'ARS doit toutefois veiller à la stabilité des missions et des revenus des médecins du territoire et à leur cohérence sur le territoire. Il convient de s'assurer que la substitution d'autres modes de rémunération par les rémunérations prévues par le dispositif MCS n'entraîne pas de rupture dans le niveau de rémunération du médecin en cas d'arrêt de la PDSA. Le paiement d'une astreinte constitue un élément de la discussion, apprécié par l'ARS en fonction des spécificités des territoires et sous réserve des limites énoncées au chapitre « Articulation avec la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ». Dans tous les cas il appartient à l'ARS d'adapter les règles de financements aux réalités des organisations locales, tout en veillant à consolider et pérenniser le modèle économique d'exercice professionnel des médecins qui s'impliquent dans cette fonction de MCS et qui par ailleurs font le choix de maintenir leur présence dans des zones géographiques où cet exercice est plus contraignant.

L'intervention en avant-coureur des SMUR

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

Il prend en charge le patient dans l'attente de l'arrivée du SMUR, en lien continu et permanent avec le SAMU-Centre 15, qui va adapter les moyens de transports aux besoins du patient identifiés par le MCS.

Sur décision du SAMU et en fonction des spécificités du territoire, les ressources locales existantes, notamment les secouristes ou les acteurs de proximité, peuvent être mobilisés dans le cadre de leurs missions propres pour permettre la réalisation des gestes en équipe dans l'attente du SMUR. La coordination des interventions et des moyens appartient au SAMU-Centre 15 qui régule la situation d'urgence.

Des moyens adaptés pour répondre à l'urgence

Il convient de distinguer ce qui relève de l'équipement de chaque MCS et ce qui relève de l'équipement du territoire d'intervention des MCS certains moyens pouvant en effet être mutualisés par territoire.

Les matériels

Le matériel est mis à disposition par l'établissement siège du SAMU avec lequel le MCS a passé convention.

La liste précise du matériel fourni au MCS est définie dans le cadre du protocole d'intervention mis en place localement avec son SAMU-Centre 15 qui précise également les conditions de son entretien et renouvellement.

Il doit être adapté à l'urgence et à l'activité du médecin qui remplit les fonctions de MCS. En particulier, le SAMU veille à la possibilité d'un contact permanent avec le MCS lors de son intervention (moyens de communications entre le MCS et la régulation médicale).

L'équipement fourni est harmonisé avec celui que le MCS a utilisé pendant sa formation et celui utilisé dans les SMUR.

Les médicaments

Les médicaments sont mis à disposition par l'établissement siège du SAMU avec lequel le MCS a passé convention.

Ils correspondent aux besoins des interventions en urgence.

Les matériels et médicaments : une mention obligatoire du contrat SAMU/MCS

La liste des matériels et médicaments mis à disposition du MCS est annexée au contrat « fonctionnel » conclu entre le MCS-Etablissement siège du SAMU.

Le matériel peut être fourni au MCS ou, pour certains dispositifs, peut être mutualisé entre MCS exerçant sur un site commun.

Le contrat ou son annexe mentionne par ailleurs :

- le lieu de mise à disposition des matériels et médicaments ;
- les modalités de mise à jour et d'entretien des matériels et médicaments ;
- la personne responsable de la constitution des sacs et de leur entretien ;
- les modalités de vérification de la trousse lors de la remise (par exemple le MCS ou par l'association de MCS)
- le lieu de conservation et de mise à disposition de la trousse.

Voir l'annexe 3 : modèle de convention
« MCS – Etablissement siège du SAMU »

A titre d'exemple, la SFMU propose la liste de matériel suivante. Il est rappelé qu'il ne s'agit que **d'une liste indicative**, le contenu précis de la « trousse du MCS » doit être apprécié et validé sur chaque territoire par l'établissement siège du SAMU avec lequel le MCS a passé son contrat.

Le rappel des pré-requis

- Le matériel est adapté au type d'exercice et à la possibilité d'intervention rapide ou non de secouristes de proximité.
- Il est mis à disposition par le SAMU.
- Il est assuré en cas de vol par le CH siège du SAMU.

A titre d'exemple, le matériel d'intervention suivant peut être fourni au MCS :

Matériel de base
Stéthoscope Tensiomètre Ciseaux Lampe
Appareil ECG / Scope avec possibilité de télétransmission de l'ECG Saturomètre Appareil de mesure de la glycémie capillaire
Matériel abord vasculaire périphérique Matériel pose de voie intra osseuse adulte et pédiatrique
Ventilation : Insufflateur (BAVU) + poche réservoir Masques oxygénothérapie Masques nébulisation
Protection des Voies Aériennes Canules de Guedel
Matériel Pansements Sutures Hémostase Compresses Pansement hémostatique d'urgence type CHUT Antiseptiques Agrafes Plateau suture à usage unique Fil suture Sparadrap
Divers : Sac poubelle DASRI Gants à usage unique Gants stériles Fiches d'intervention suicide Protocoles validés par le réseau

A titre d'exemple, les médicaments suivants peuvent être fournis au MCS :

Médicaments de Base
<p>Analgésie Antalgique palier I Antalgique palier 3 type morphine</p>
<p>Cardio Vasculaire Antiagrégants plaquettaires dont aspirine Anti coagulant type Héparine bas poids moléculaire Antihypertenseur injectable Anti arythmique (Amiodarone, Diltiazem, Krenosin, Lidocaïne) Adrénaline injectable IV Atropine Dérivés nitrés (Sub lingual, injectable) Diurétiques type Furosémide</p>
<p>Accouchement Syntocinon Clamp de Barr</p>
<p>Pneumo / Allergie Ventoline spray Salbutamol nébulisation Ipratropium (adulte et pédiatrique) Salbutamol Corticoïdes type solumedrol Antihistaminiques Kit adrénaline auto injectable</p>
<p>Antidotes Naloxone Flumazénil</p>
<p>Sédation Hypnotique type Midazolam Anticonvulsivant Type Diazepam + canule intra-rectale Sédation agité Loxapine</p>
<p>Antibiotiques Céphalosporine 3^{ème} génération type Ceftriazone Amoxicilline / Acide clavulanique</p>
<p>Solutés Sérum physiologique Hydroxy Ethyl Amidon</p>
<p>Divers Glucosé 30% Eau pour préparation injectable</p>

De manière optionnelle et en fonction de l'organisation locale mise en place et des modalités opérationnelles d'intervention, peuvent être fournis, à titre d'exemple, les éléments suivants :

Kétamine
Fibrinolytique type Ténecteplase
Curare
Celocurine

Fiche 4 | Quelle formation pour les MCS ?

L'arrêté de 2007 prévoit que le médecin est formé à l'urgence « *sous l'autorité du service hospitalier universitaire de référence et en liaison avec le SAMU et le CESU ainsi que la structure des urgences et le SMUR* » ce qui signifie que les éléments relatifs à la formation du médecin font l'objet d'une appréciation par l'établissement de santé siège du SAMU avec lequel le MCS passe un contrat. Les conditions de formation du MCS sont décrites dans le contrat fonctionnel conclu entre le MCS et l'établissement de santé siège du SAMU.

Les principes attendus en matière de formations sont les suivants :

- respect du contenu minimal de la formation de MCS décrit au niveau national par la SFMU ;
- formations accessibles à tous, diplômante (diplôme d'université ou diplôme inter universitaire) ou qualifiante (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 ou ODPC) et si elles ne sont pas dispensées par les CESU, formations coordonnées et dispensées en lien étroit avec les CESU,
- formations sous la responsabilité de l'Université, validée par le Collège Français de Médecine d'Urgence (CFMU), dans le cadre des objectifs définis par la SFMU.

Par ailleurs, les professionnels dégagent comme facteurs clés de succès des formations pour les MCS :

- qu'elles s'inscrivent, chaque fois qu'il existe, dans les missions du regroupement (formalisé ou non) de MCS ;
- qu'elles bénéficient d'un espace internet dédié avec des fiches de cours, des protocoles ;
- qu'elles bénéficient de modules de formations « théorique » à distance et des modules pratiques, en lien avec les équipes des SU, SMUR et SAMU, dans et hors les murs de l'hôpital ;
- qu'elles soient adaptées au médecin qui souhaite intégrer le dispositif MCS en fonction de sa pratique (un médecin qui, en pratique, remplit déjà les fonctions de correspondant du SAMU sans être « labellisé » MCS n'a pas les mêmes besoins et attentes qu'un médecin « novice » en la matière ;
- qu'elles soient concertées dans leur organisation avec les médecins de terrain pour adapter aux besoins et aux retours d'expériences.

Les recommandations de la SFMU concernant la formation des médecins correspondants du SAMU

Champs de l'enseignement

- Formation initiale théorique et pratique permettant d'intégrer le dispositif des médecins correspondants du SAMU de son département
- Formation continue annuelle pour actualisation des connaissances et maintien des compétences

Objectifs de l'enseignement

- Acquérir les notions théoriques et pratiques indispensables pour intégrer le dispositif du réseau des MCS
- Obtenir les compétences permettant la prise en charge des **urgences dans les 30 premières minutes et dans l'attente de l'arrivée d'une équipe SMUR**

Modalités de l'enseignement

- **Formation en 2 parties : Formation théorique et pratique** sous formes de 6 modules d'une durée totale de 2 jours, assurée par le CESU sous la forme d'un enseignement avec présence physique des apprenants et sous la forme de E learning :
 - Situations cliniques et conduites à tenir devant l'urgence
 - Ateliers de simulation et mises en situation pratique
- **Stage pratique** de 48 heures dans les structures d'urgences du CH siège de son SAMU d'origine
- **Support pédagogique** : Procédures et protocoles établis à partir de recommandations des sociétés savantes, validées par l'Université, le collège régional de Médecine d'Urgence, le SAMU-Centre 15 de rattachement et le CESU assurant la formation. Utilisation de la simulation et de supports en interactivité

Evaluation des acquis

- Pré test et post test pour chaque module de formation :
- Evaluation lors de mise en situation sur des situations d'Urgence avec utilisation de la simulation
- Questionnaire d'évaluation du contenu de la formation et des intervenants

Conditions d'inscription

- Médecin généraliste installé exerçant en secteur isolé volontaire pour intégrer un réseau organisé de Médecins Correspondants du Samu
- Interne inscrit en DES de médecine générale ayant validé le stage chez le praticien et titulaire ou prétendant d'une licence de remplacement ou encore médecin remplaçant; certains modules pourront être suivis au cours du semestre d'internat de médecine générale réalisé dans une structure d'urgence validante pour la formation,
- Tout autre docteur en médecine volontaire pour intégrer un réseau organisé de Médecins Correspondants.

Les objectifs pédagogiques de la formation des médecins correspondants du SAMU

Formation initiale théorique et pratique

■ Module organisation / missions et responsabilités MCS / procédures d'intervention :

- Aide médicale urgente : principes généraux, particularités de l'organisation départementale
- Chaîne des secours et soins d'urgence / Organisation des filières de soins
- Place du MCS dans l'AMU / Déroulé des interventions/ Relations SAMU MCS
- Responsabilités / Assurance

■ Module cardio-respiratoire

- Evaluation en situation d'urgence et critères de gravité
- Arrêt cardiaque : gestion RCP et intégration dans la chaîne de survie, réanimation spécialisée
- Gestion d'une douleur thoracique, réalisation et lecture de l'ECG, prise en charge du SCA
- Œdème du poumon ; insuffisance cardiaque aigue
- Etat de choc : recherche d'étiologie, gestion de la première heure
- Détresse respiratoire

■ Module troubles de conscience :

- Evaluation initiale / Orientation diagnostique
- Filière AVC, évaluation gravité (Score de NIHSS)
- Convulsions / Etat de mal convulsif
- Coma toxique / Intoxications volontaires

■ Module traumatologie et analgésie

- Evaluation initiale du patient traumatisé
- Gestion de la première heure : traumatisme crânien, traumatisme thoracique, traumatisme abdominal, traumatisme rachis et membres
- Gestion de la douleur ; techniques d'analgésie

■ Module obstétrical / Pathologies circonstancielles

- Accouchement inopiné
- Prises en charge spécifiques : choc thermique, brûlé, blasté, noyé

■ Module techniques médicales / Mise en condition :

- Quels paramètres et avec quels outils
- Accès veineux et abords intra-osseux
- Techniques de sédation / Analgésie
- Utilisation des solutés de remplissage
- Techniques de libération des voies aériennes, protection voies aériennes
- Intubation et techniques palliatives
- Ventilation et supports ventilatoires
- Techniques d'immobilisation / contention
- Principes d'extraction contrôlée

Les formateurs peuvent décider d'aborder d'autres sujets d'urgence de façon optionnelle comme par exemple la psychiatrie/agitation aigue, pédiatrie/déshydratation aigue, etc.

Les stages d'immersion en structure d'urgence

■ **Objectifs du stage**

- Découverte et appropriation du matériel mis à disposition des MCS
- Gestion du matériel d'intervention
- Procédures d'intervention : utilisation de fiches d'intervention / transmission de bilan
- Réalisation des gestes utilisés en médecine d'Urgence
- Abords vasculaires
- Techniques d'immobilisation
- Techniques de ventilation
- Gestion de situations d'urgence en simulation (scénarios sur mannequin)

■ **Organisation du stage**

- Organisation proposée en binôme : chaque stagiaire MCS est accompagné d'un médecin urgentiste référent.

■ **Durée**

- Proposition d'une durée de 48 heures

■ **Activité**

- Proposition de participation à l'activité :
 - en SMUR avec participation active aux interventions SMUR,
 - en salle d'accueil des urgences vitales et/ou en salle de déchoquage du service des Urgences,
 - au bloc opératoire,
 - au CESU : simulation de gestes pratiques sur mannequin en situation d'urgence

La formation continue annuelle pour l'actualisation des connaissances et le maintien des compétences

■ **Objectif**

- Actualisation des connaissances et maintien des compétences

■ **Organisation**

- Formation assurée sous la forme d'un séminaire d'une journée ou de deux séminaires d'une demi-journée

La fédération MCS peut apporter, sur demande des organisations MCS en place ou en cours de constitution, un soutien méthodologique et des retours d'expériences sur la mise en place, le fonctionnement et le suivi de l'activité des MCS.

Le site internet de la fédération présente l'ensemble de son activité. Il est disponible à l'adresse suivante : <http://mcsfrance.org/1.html>.

La mise en place d'un suivi des interventions

Il est recommandé de mettre en place des fiches d'intervention et de favoriser les possibilités de partage d'expériences entre pairs.

La mise en place d'une évaluation du dispositif

SAMU-Urgences de France propose une liste d'indicateurs permettant de suivre et d'évaluer l'activité des dispositifs de MCS mis en place.

A titre indicatif, il s'agit des indicateurs suivants :

- nombre de médecins MCS (global et par territoire)
- nombre de territoires couverts
- nombre d'interventions de MCS par secteur, par MCS
- répartition des interventions par jour et par heure
- répartition des interventions horaires PDSA / hors PDSA
- nombre d'interventions de MCS avec une prise en charge ultérieure « lourde » : CCMS 4 ou 5, ou patient dirigé en SAUV, réanimation ou soins continus, bloc opératoire ...
- nombre d'interventions de MCS relevant de la PDSA
- nombre d'interventions 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
 - MCS non joint
 - MCS non disponible

Fiche 6 - Quel 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. Ce dernier va notamment préciser les modalités de prise en charge des urgences et de leurs suites sur le territoire. Il identifie les acteurs pouvant contribuer à la prise en charge des urgences, parmi eux les « *médecins intervenant à la demande du SAMU, y compris les MCS dont les missions et le cadre d'intervention sont définis par arrêté* »³.

Les textes ne font référence qu'à un « *médecin formé à l'urgence* ». Ils sont silencieux sur le mode d'exercice du médecin volontaire pour participer au dispositif de MCS.

Il n'existe aucun obstacle juridique à ce qu'un médecin salarié, praticien hospitalier ou encore médecin du SSSM, exerce également les fonctions de MCS. De même rien n'indique que le médecin doit être généraliste ou spécialiste. Par nature, 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.

La seule obligation est que le médecin passe un contrat avec le SAMU-Centre 15 de référence de son territoire pour définir les conditions de son intervention.

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 ; etc.). Il pourra, selon sa convenance, opter pour l'un ou l'autre des modes d'intervention possible.

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 avec lequel il a passé convention

Quel que soit le cadre juridique choisi par le médecin (exercice libéral, praticien attaché, contrat d'admission des médecins libéraux en EPS, salarié), la responsabilité de l'établissement public de santé siège du SAMU avec lequel le MCS a passé convention s'étend à lui dans le cadre de ses fonctions de MCS parce qu'il :

- participe à une mission de service public et prend en charge des patients admis dans le cadre du service public d'aide médicale urgente ;
- est lié par convention avec le SAMU, convention qui définit le cadre fonctionnel de son intervention ;
- agit sur demande de la régulation médicale du SAMU-Centre 15 ;
- intervient avec du matériel et des médicaments mis à sa disposition par le SAMU-Centre 15.

³ Article R. 6123-28 du code de santé publique

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, etc.).

Le fait que le professionnel MCS agisse, hors les murs de l'hôpital, est neutre en matière de responsabilité dans la mesure où il existe une convention avec l'établissement siège du SAMU, qui définit les liens fonctionnels entre le SAMU-Centre 15 et le MCS et encadre les conditions de son intervention en temps qu'effecteur de l'aide médicale urgente.

Le contenu des clauses du contrat d'assurance de l'hôpital est annexé, pour ce qui le concerne, au contrat fonctionnel conclu entre le MCS et l'établissement de santé siège du SAMU. Ces clauses doivent entre autre apporter une réponse claire sur : la responsabilité civile, la défense pénale et les recours, l'assistance en cas d'accident, de vol, d'incendie, de bris de glace, en cas de panne. Le professionnel MCS devra être vigilant au fait qu'un différentiel sur le niveau de couverture assurantielle pourra subsister entre sa couverture professionnelle habituelle souscrite à titre individuel, et la couverture fournie par l'établissement siège du SAMU dans le cadre de ses missions de MCS.

Le mode d'exercice du médecin volontaire pour exercer les fonctions de MCS

En pratique, en fonction de son mode d'exercice habituel, le médecin peut choisir entre différents modes d'exercice pour exercer les fonctions de MCS. Toutefois, quel que soit son mode d'exercice habituel et le cadre juridique choisi pour son intervention de MCS, le médecin conclut un contrat avec l'établissement de santé siège du SAMU pour définir, fonctionnellement, les conditions de son intervention

Voir fiche 2 « conditions d'intervention »
et la fiche « pratique » sur le contrat

La participation d'un médecin libéral au dispositif des MCS

Le médecin libéral peut participer au dispositif des MCS de trois manières possibles.

■ Maintien de son mode d'exercice habituel (médecin libéral)

- Son intervention au titre de sa fonction de MCS est facturée dans les conditions habituelles de sa pratique libérale et en tenant compte de l'urgence, c'est-à-dire :
- facturation directement au patient des actes et consultation réalisés ;
 - majoration d'actes possible au titre de son intervention en urgence dans le cadre des fonctions de MCS. En pratique, plusieurs situations sont envisageables en fonction des circonstances de l'intervention du médecin libéral exerçant les fonctions de MCS⁴ ;
 - intervention en secteur 1 (interdiction de dépassement d'honoraires s'agissant d'AMU en application de l'article L.6112-3 du code de la santé publique).

■ Contrat d'admission des médecins libéraux en établissement public de santé (article L.6146-2 du code de la santé publique)

Nonobstant le contrat conclu avec l'établissement de santé siège du SAMU pour définir les conditions de son intervention, le médecin libéral peut s'engager avec ce même

⁴ En annexe 2 sont proposés différents exemples de cotation possible.

établissement dans le cadre du contrat mentionné à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique (CSP) qui permet d'admettre des médecins libéraux dans un établissement public de santé pour participer à l'exercice des missions de service public et aux activités de soins de l'établissement. Dans le cadre de ce contrat, le médecin participe à la mission de service public d'aide médicale urgente tout en conservant son mode d'exercice libéral.

Si les parties le décident, un même contrat peut prévoir à la fois les modalités d'admission du médecin libéral pour participer à la mission d'aide médicale urgente en application de l'article L. 6146-2 du CSP et les conditions fonctionnelles de son intervention au titre des missions de MCS.

Dans le cadre du contrat mentionné à l'article L. 6146-2 du CSP et par dérogation au droit commun, les honoraires du médecin (calculés à l'identique que dans le cadre de son exercice habituel de médecine libérale, cf. point précédent) sont facturés directement par l'établissement public de santé siège du SAMU à l'assurance maladie. Ils lui sont versés, le cas échéant minorés d'une redevance fixée dans le contrat, par l'intermédiaire de l'établissement public de santé.

■ **Praticien attaché (articles R. 6152-601 et suivants du code de la santé publique)**

Un médecin libéral peut également opter pour le contrat de praticien attaché avec l'établissement public de santé siège du SAMU.

Pour bénéficier de ce statut à rémunération mensuelle, une certaine régularité dans la pratique de MCS doit être observée puisque le contrat de praticien attaché fixe le nombre de demi-journées que le médecin consacre au service hospitalier. Son intervention en tant que MCS constitue une participation aux missions de l'établissement. Au *minimum* le contrat de praticien attaché prévoit que le médecin consacre une demi-journée par semaine aux activités du SAMU-Centre 15.

La rémunération des interventions du MCS intervenant avec un statut de praticien attaché est fixée dans la grille des praticiens attachés en fonction de son ancienneté dans le statut et est lissée en fonction du nombre de demi-journées effectivement réalisées pour le compte du SAMU-Centre 15.

En pratique, on observe qu'une intervention au titre des fonctions de MCS donne lieu à une demi-journée de travail par application de la règle du service fait.

La participation d'un médecin salarié au dispositif des MCS

Il n'existe pas d'obstacle juridique à ce qu'un médecin salarié, par exemple d'un centre de santé, d'une structure d'exercice regroupé, voire d'un autre établissement de santé, soit volontaire pour exercer les fonctions de correspondant du SAMU.

Toutefois, sa participation doit s'inscrire dans le respect des règles de droit commun concernant :

- l'exercice salarié : respect des règles relatives au cumul d'activité, information de l'employeur *etc.* ;
- les MCS : formation à l'urgence, sur demande de la régulation médicale des SAMU-Centres 15, dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement public de santé siège du SAMU *etc.*

Pour faciliter la mise en œuvre du dispositif et permettre, si nécessaire, l'indemnisation de la structure qui emploie de manière habituelle le médecin salarié qui intervient pendant son temps de travail en tant que MCS, il est recommandé de conclure une convention tripartite entre l'ARS, la structure employeur du médecin et le médecin salarié volontaire pour exercer les fonctions de MCS.

Les médecins MCS salariés d'un centre de santé peuvent facturer des actes à l'assurance maladie sur des feuilles de soins à l'entête du centre de santé pendant et en dehors de leur temps de travail effectif dans la structure.

La participation d'un praticien hospitalier au dispositif des MCS

Comme pour les médecins salariés, il n'existe pas d'obstacle à ce qu'un praticien hospitalier, d'un autre établissement de santé que celui du siège du SAMU-Centre 15, participe au dispositif des MCS.

Dans cette hypothèse, sa participation s'inscrit dans le respect des règles de droit commun concernant le dispositif des correspondants du SAMU et les règles statutaires.

Ainsi, le praticien hospitalier, recruté à temps plein ou à temps partiel, peut exercer les fonctions de MCS dans le cadre d'une activité en temps partagé sur plusieurs établissements (articles R. 6152-4, R. 6152-201, R. 6152-501).

La convention d'activité partagée entre établissements publics de santé définit les conditions de travail et les modalités de rémunération des interventions du praticien au titre de son activité de MCS.

Fiche 7 - Comment rémunérer les interventions du MCS ?

Le financement du dispositif MCS repose sur le FIR qui permet de :

- soutenir des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Le dispositif des MCS, à mi-chemin entre la ville et l'hôpital, est en adéquation avec cet objectif (cf. article L1435-8) ;
- financer l'ensemble des acteurs parties au dispositif qu'il s'agisse de professionnels de santé, regroupements de ces professionnels, centres de santé, pôles de santé, maisons de santé, réseaux de santé, établissements de santé, etc. ;
- mettre en cohérence les financements, le cas échéant avec celui de la PDSA.

Les principes de financement du dispositif

Les éléments faisant l'objet d'un financement par l'ARS doivent être précisés soit :

- dans le cadre d'un contrat *ad hoc* (ARS-Etablissement de santé siège du SAMU ou ARS-MCS) ;
- dans le cadre d'un contrat tripartite (MCS-Etablissement de santé siège du SAMU- ARS) comme proposé dans la fiche pratique relative au contrat.

En toute hypothèse, le versement de crédits au titre du FIR doit être prévu par contrat en application des règles de droit commun en la matière.

Le contrat relatif au volet financier ne remplace pas le contrat fonctionnel conclu entre le MCS et l'établissement de santé siège du SAMU.

Pour le médecin MCS

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, déclenchement de son paiement dans les conditions habituelles (honoraires si médecin libéral versés par l'assurance maladie dans les conditions habituelles, ou salaires) ;
- mise à disposition à titre gracieux, par l'établissement public de santé siège du SAMU avec lequel il a passé convention, des matériels et médicaments nécessaires à son intervention ;
- indemnisation des journées de formation initiales et continues, 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.

A l'appréciation de l'ARS et en fonction de l'organisation mise en place et de l'enveloppe financière disponible, des compléments de rémunération, destinés par exemple à indemniser l'astreinte du MCS ou à compléter la rémunération des interventions réalisées par le MCS ou encore, de manière exceptionnelle, les sorties « impayées », peuvent être versés au médecin.

Pour l'établissement public de santé siège du SAMU

Dans un contrat *ad hoc* ou dans le cadre d'un contrat tripartite MCS – établissement siège du SAMU et ARS, l'ARS prend en charge, dans le cadre des crédits FIR qui lui ont été alloués :

- l'acquisition et l'entretien des matériels et médicaments mis à disposition à titre gracieux des MCS ;
- le cas échéant d'autres éléments particuliers à l'organisation mise en place.

Il appartient aux ARS d'adapter les règles de financement à l'organisation en place afin de répondre aux attentes des professionnels tout en tenant compte de l'hétérogénéité des territoires et de l'activité qui peuvent justifier des besoins particuliers.

Il est préconisé de veiller à la stabilité des missions et des revenus des médecins du territoire et en particulier à la cohérence de cette fonction avec les autres missions du médecin sur le territoire comme par exemple sa participation à la permanence des soins ambulatoire (PDSA). Sur ce point, il convient de s'assurer que la substitution d'autres modes de rémunération par les rémunérations prévues par le dispositif MCS n'entraîne pas de rupture dans le niveau de rémunération du médecin en cas d'arrêt de la PDSA.

L'ARS apprécie l'intérêt de l'organisation en place au regard des besoins de la population et des niveaux d'activité attendus et s'assure, au moyen d'une rémunération forfaitaire suffisante ou en mutualisant les dispositifs de garde, que la continuité de la réponse MCS s'inscrit dans la globalité des missions et des revenus du médecin du territoire.

Annexe 1

Les conditions de succès pour mettre en place un dispositif de MCS

Les grandes étapes de la démarche permettant de faire émerger des volontaires et de déployer des MCS sur le territoire

La fédération des MCS, en lien avec la SFMU, propose les sept étapes suivantes pour faciliter la mise en place d'un réseau MCS sur le territoire.

■ Evaluer le besoin

- Analyse par commune d'un territoire de santé des délais d'intervention des structures des urgences autorisées (SU), des temps d'accès des SMUR et de l'organisation de la PDSA
- Prise en compte des spécificités locales : géographiques, climatiques *etc.*
- Analyse de l'activité des SMUR : nombre d'interventions, délais d'intervention, devenir orientation des patients, typologie des pathologies prises en charge *etc.*

■ Identifier les ressources

- Médecins généralistes volontaires pour participer à l'AMU, exerçant sur un secteur situé à plus de 30 minutes du lieu d'implantation d'un SMUR, déjà impliqués dans l'organisation de la PDSA et/ou de la régulation médicale et demandeurs d'une activité en réseau
- Médecins salariés, médecins hospitaliers exerçant en établissements de santé non adossés à une structure d'urgence (exemple : hôpital local) situés à plus de 30 minutes d'un SMUR.

■ Contractualiser avec l'établissement siège du SAMU

- Mode d'exercice
- Modalités d'intervention
- Secteur d'intervention
- Indemnisation formation et interventions
- Couverture assurantielle
- *Etc. (cf. Annexe 2 « Les conventions support du dispositif MCS »)*

■ Organiser la formation en lien avec le CESU et le SAMU du département

- Planification
- Validation des modules

■ Equiper les MCS formés

- Définir la dotation
- Mise à disposition
- Procédure de vérification et de remplacement

■ Intégrer le réseau MCS au dispositif de l'AMU (CODAMUPS TS) et au PRS

- Des représentants des MCS (regroupés ou non dans une structure formalisée de type association ou non) peuvent être invités à participer au CODAMUPS.

■ Evaluer le dispositif

- Sur ce point, cf. fiche 5 « L'évaluation du dispositif MCS »

Les pré-requis

- Des médecins volontaires
- Un territoire délimité et clairement identifié
- Une implication du SAMU-Centre 15
- Un soutien de l'ARS

Le fait de **proposer aux médecins un dispositif, ouvert à tous**, qui favorise le partage d'informations et de pratiques est une clé de réussite. Pour cela le dispositif des MCS doit être accessible à tous les médecins, indépendamment de leur mode d'exercice habituel : libéral ou salarié, médecin de ville ou hospitalier, *etc.*

Le fait **que les médecins travaillent de manière regroupée** va également faciliter leur adhésion au dispositif. Le regroupement des médecins (regroupement formel comme dans une association de MCS créé à cet effet ou informel par un simple échange de pratiques sans structure juridique) favorise également la participation des médecins au dispositif MCS et facilite leur action sur le territoire.

Si un lieu d'exercice regroupé existe (cabinet de groupe, MSP, *etc.*), il peut servir de point d'ancrage aux MCS notamment pour stocker le matériel.

L'environnement d'intervention du MCS joue également un rôle majeur dans l'adhésion des professionnels au dispositif.

Les points suivants sont ainsi essentiels :

- le MCS n'est déclenché que sur décision du SAMU-Centre 15, et en fonction des spécificités du territoire, le SAMU va mobiliser si nécessaire les ressources locales existantes notamment les secouristes ou les acteurs de proximité ;
- les ressources locales existantes sur le territoire peuvent être mobilisées dans le cadre de leurs moyens propres notamment afin de favoriser la réalisation des gestes en équipe dans l'attente du SMUR ;
- le SAMU-Centre 15 est en charge de la coordination des interventions et des moyens mobilisés sur le territoire.

Le dispositif est encadré et organisé de manière stable avec l'appui de l'ARS (par exemple en appui à la rédaction des conventions MCS-SAMU, *etc.*) et est soutenu par l'ARS lorsqu'il répond aux besoins de soins du territoire

« Le médecin généraliste est « prédestiné » à l'urgence parce qu'il est :

- **le plus près géographiquement** de la demande de prise en charge urgente de son patient ;
- **disponible sur le terrain** ;
- **expert dans la connaissance de son patient** et de ses antécédents personnels ;
- **en collaboration régulière avec le SAMU**, (activité de régulation PDS dans un centre 15, MSP volontaire).

Mais il rencontre des difficultés et des freins pour prendre en charge les urgences dans le cadre de son activité de médecine générale :

- **Solitude, stress, déséquilibre de l'activité** d'une activité d'un cabinet de soins primaires lors de la prise en charge d'une urgence ;
- **Nécessité d'une formation** et d'une harmonisation des pratiques à l'urgence de premier recours ;
- **Des médicaments indispensables non disponibles** en ville ;
- **Complications pour s'assurer** auprès de certaines compagnies.

Aussi, un bénéfice direct de l'activité MCS :

- **Optimisation de la prise en charge du patient** qui est une satisfaction pour le médecin ;
- Travail en **réseaux de soins d'urgence** ;
- Accès à **des formations** ;
- **Limitations des freins** pour des jeunes médecins, des internes à **s'installer, à remplacer** dans des territoires distants de l'hôpital. »

Point d'information

La Fédération MCS France organise une communication entre les réseaux (en particulier par un site internet) qui permet l'accès à des retours d'expériences et des éléments facilitant le déploiement de MCS sur le territoire. La fédération MCS peut également aider à la rencontre des acteurs sur le terrain.

Elle participe enfin à différentes manifestations pour promouvoir le dispositif.

Pour tout renseignement : <http://mcsfrance.org/1.html>

Annexe 2

Les conventions « supports » du dispositif MCS

Quel que soit le mode d'exercice choisi par le médecin, **le dispositif des MCS exige, dans tous les cas, qu'un contrat soit conclu entre le MCS et l'établissement siège du SAMU pour définir les conditions fonctionnelles de son intervention.**

Par ailleurs, à partir du moment où l'ARS soutient financièrement le dispositif, que ce soit au niveau de l'établissement de santé siège du SAMU pour le matériel et les médicaments par exemple, ou au niveau des médecins MCS pour indemniser leurs journées de formation par exemple, une convention doit également être conclue entre l'ARS et la partie bénéficiaire de ces crédits dans les conditions habituelles prévues pour l'octroi de crédits au titre du FIR.

Si les parties le souhaitent, il peut être conclu un même contrat unique tripartite entre le médecin, l'établissement de santé siège du SAMU et l'ARS qui prévoit à la fois les conditions fonctionnelles d'intervention du MCS mais aussi les dispositions juridiques et financières du dispositif.

Si les parties préfèrent, des contrats distincts peuvent être élaborés.

Niveau « fonctionnel » : les mentions obligatoires du contrat « MCS – Etablissement siège du SAMU »

Contrat conclu entre :

Le MCS + l'établissement de santé siège du SAMU

Pour, au minimum :

■ **Etablir l'identité du MCS et le mode d'exercice qu'il a choisi**

Selon le cas, le MCS peut opter entre :

- conserver son statut de médecin libéral ou de médecin salarié ou de praticien hospitalier (pas de changement par rapport à sa pratique habituelle) ;
- conclure un contrat d'admission d'un médecin libéral dans un établissement public de santé (article L.6146-2 du code de la santé publique) ;
- conclure un contrat de praticien attaché.

■ **Veiller au respect de conditions de formation du MCS**

- Selon le cas sont prévues dans ce contrat les modalités de formation initiale ou les modalités de reconnaissance de la formation initiale.
- Dans tous les cas, les modalités d'organisation des formations continues sont prévues dans ce contrat.

■ Encadrer l'intervention du MCS

- Rappel des principes : régulation médicale par le SAMU-Centre 15, déclenchement en avant-coureur du SMUR...
- Délimitation du territoire d'intervention
- Moyens de communication pour maintenir un lien continu avec le SAMU-Centre 15
- Autres éléments d'organisation

■ Fixer le lieu et les conditions de mise à disposition des matériels et médicaments nécessaires à l'intervention du MCS

- Lieu de stockage
- Personne en charge de l'entretien et du remplissage
- Modalités de « récupération » des sacs
- Etc.

■ Définir les modalités de suivi et d'évaluation des interventions

- Existence d'une fiche de suivi ?
- Existence d'une fiche d'évaluation ?
- Organisation de réunions de partage de pratiques ?
- etc.

Voir en annexe 1 le modèle de convention sociale
« MCS – Etablissement siège du SAMU

Niveau « financier » : convention d'attribution de crédits au titre du FIR

Si le contrat « financier » est distinct du contrat fonctionnel conclu entre le MCS et l'établissement de santé siège du SAMU, ce dernier doit être transmis pour information à l'ARS et doit être visé dans le contrat financier conclut au titre du dispositif des MCS.

Contrat conclu entre :

L'ARS et le bénéficiaire de crédits au titre du FIR

Le dispositif des MCS est en adéquation avec les objectifs du FIR et notamment l'article L1435-8 qui permet le financement d'actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Le FIR permet de rémunérer l'ensemble des acteurs parties au dispositif MCS (professionnels de santé, regroupements de ces professionnels, centres de santé, pôles de santé, maisons de santé, réseaux de santé, établissements de santé ...).

En application des dispositions de droit commun relatives au FIR, l'attribution de crédits FIR donne lieu à une décision attributive de financement du directeur général de l'ARS qui va fixer le montant des sommes à verser et doit être adressée au bénéficiaire. L'octroi des financements est subordonné à la conclusion d'un contrat. Il s'agit soit d'un contrat spécifique, soit d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens déjà prévu par les textes (ou d'un avenant à ce contrat).

Le contrat doit mentionner l'objet des actions, des expérimentations ou des structures financées, les conditions de leur prise en charge financière et de leur évaluation, ainsi que les engagements pris par le bénéficiaire.

Les modalités de liquidation et de suivi des dépenses sont celles de droit commun concernant l'attribution de crédits au titre du FIR.

Il convient à ce titre de se reporter à la circulaire N° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013.

D'une façon générale, il est souhaité que les circuits entre les ARS et les CPAM soient les plus simples et harmonisés possibles.

En conséquence :

- les mêmes documents doivent être demandés à l'ARS, quelle que soit le circuit interne à la CPAM (décision de financement + ordre de paiement) ;
- les documents pourront être transmis sous forme papier ou sous forme dématérialisée dès lors que la réception et l'intégrité des pièces peuvent être attestées, et dans la mesure les documents attestent bien du service fait ;
- les ordres de paiement transmis par l'ARS peuvent prévoir des échéanciers de paiement. Les échéanciers de paiement qui à l'inverse, seraient établis par la CPAM, doivent être transmis pour information à l'ARS, afin de faciliter le suivi.

Les décisions d'attribution de financement relèvent de l'entière responsabilité du directeur général de l'ARS, de même que les attestations de contrôle de service fait et ordre de paiement adressés aux caisses.

Le paiement est effectué par les caisses d'assurance maladie régionales mentionnées dans l'annexe 8 de la circulaire N° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013.

Niveau fonctionnel et financier : si les parties le souhaitent, un contrat unique peut être conclu avec les éléments fonctionnels liés au cadre d'intervention du MCS, les éléments juridiques en fonction du mode d'exercice choisi par le médecin et le cas échéant, les éléments de financement du dispositif.

Contrat conclu entre :

L'ARS, le MCS et l'établissement de santé siège du SAMU

Ce contrat reprend tous les éléments précédemment mentionnés : mentions obligatoires du contrat « MCS – Etablissement siège du SAMU » et de la décision attribuant des crédits au titre du FIR.

Il mentionne par ailleurs le cadre juridique d'exercice choisi par le médecin pour ses fonctions en tant que MCS, ainsi que, le cas échéant, son impact en termes de rémunération.

Annexe 3

Un exemple de contrat fonctionnel « médecin – établissement de santé siège du SAMU »

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

Il est convenu entre *(au minimum ces deux parties)* :

D'une part :

Le centre hospitalier.....

D'autre part :

Le docteur....., désigné ci-après comme le « médecin correspondant du SAMU ».

Si la convention prévoit un volet « financement », ajouter l'ARS comme partie au contrat.

■ Article 1 | Objet

Le médecin correspondant du service d'aide médicale urgente (MCS) est un médecin volontaire pour assurer, sur demande de la régulation médicale du SAMU-Centre 15, au sein du territoire identifié par l'agence régionale de santé et hors du centre hospitalier de, la prise en charge pré hospitalière des urgences évaluées comme avérées par la régulation médicale requérant une prise en charge médicale et de réanimation.

La reconnaissance de la qualité de médecin correspondant du SAMU (MCS) est subordonnée à l'accomplissement d'une formation spécifique reconnue par le SAMU-Centre 15 comme permettant de remplir les fonctions de correspondant du SAMU.

Le présent contrat a pour objet de préciser les modalités d'intervention du médecin correspondant du SAMU, lors de la prise en charge des urgences pré hospitalières, ainsi que les modalités de sa formation. Il s'agit d'un engagement fonctionnel uniquement.

■ Article 2 | Statuts

- Cadre d'exercice des fonctions de MCS choisi par le médecin

Au choix

activité libérale / salariée / hospitalière

contrat d'admission des ML

contrat de praticien attaché

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

Intervention du MCS régulée par le SAMU-Centre 15

- SAMU-Centre 15 déclenche et adapte les moyens nécessaires à l'intervention
- Moyens de communication mobilisés pour assurer un lien continu MCS/SAMU
- Organisation de la continuité de la réponse (liste de MCS disponibles ? etc.)
- Moyens / outils mis en place pour contacter le MCS
- etc.

Le MCS s'engage à respecter les procédures auxquelles il a été formé, présentées lors des formations.

Si le MCS participe à une structure (formalisée juridiquement ou non) qui facilite, promeut ou contribue au dispositif des MCS, son existence et son rôle peut être mentionné ici.

■ Article 4 - Suivi de l'intervention du MCS

- Mise en place de fiches de suivi ?
- Modalités d'évaluation du dispositif ?

■ Article 5 | Rémunération des interventions du médecin correspondant du SAMU

Article non obligatoire dans le contrat « socle » MCS/SAMU.

Il varie selon le mode d'exercice choisi par le médecin pour exercer les fonctions de MCS, l'organisation mise en place et le dispositif de financement des MCS apprécié par l'ARS en fonction des besoins du territoire.

Si les acteurs prévoient un contrat unique avec la rémunération, cet article est indispensable.

■ Article 6 | Modalités de formation du médecin correspondant du SAMU

Le médecin correspondant du SAMU est formé à la médecine d'urgence. Il s'engage à participer aux séances de formation organisées par

Elle est organisée de la manière suivante

Cette formation est destinée à

Elle comporte **X** volets : *Cf recommandations de la SFMU fiche 4*

- nombre prévu de jour de formation initiale : modalités d'organisation, de prise en charge, etc.
- nombre prévu de jour de formation continue : modalités d'organisation, de prise en charge, etc.

Prévoir la mise en situation, « stage » SAMU/SMUR...

Si contrat tripartite (MCS– établissement siège du SAMU et ARS), prévoir ici le volet « financier » des formations : prise en charge ? Indemnisation journée de formation, etc.

■ Article 7 | Mise à disposition de médicaments, de dispositifs médicaux et de fournitures médicales

- Contenu du sac
- Matériel et médicaments fournis par le SAMU-Centre 15 dans telles conditions
 - Règles en matière d'entretien et de traçabilité
 - Lieu de stockage
 - Etc.
- Responsabilité et règles de maintenance

■ Article 8 | Responsabilités et assurances

Dans le cadre de ses fonctions de correspondant du Samu, la responsabilité du centre hospitalier s'étend au professionnel. En pratique l'assurance de l'établissement prend en charge :

Les éléments pris en charge doivent être décrits de manière précise ici (liberté contractuelle).

Le contrat d'assurance est annexé au présent contrat.

Le MCS informe son assureur qu'il participe à l'aide médicale urgente dans le cadre du dispositif des MCS.

■ Article 9 | Durée du contrat

Le présent contrat est établi pour une durée de an(s), renouvelable par tacite reconduction.

■ Article 10 | Modalités de résiliation

Le présent contrat peut être résilié, par dénonciation de l'une ou l'autre des parties, après un préavis de mois, par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de manquements graves et réitérés d'un médecin aux engagements pris dans le présent contrat, le directeur du centre hospitalier de, après un avertissement oral puis un avertissement écrit, procède à la résiliation du contrat entre le médecin et le centre hospitalier de

Fait à en..... exemplaires

Le

Annexe 4

Des exemples de cotations pour un médecin libéral exerçant les fonctions de MCS

Ces exemples sont donnés à titre d'illustration.
Ils varient selon le jour, l'heure et les modalités de l'intervention du MCS.

En fonction des conditions d'intervention du MCS, ces cotations sont possibles :

Hypothèse 1 : V + MU* + IK

Correspond à : une visite ;
une majoration d'urgence (MU) lorsque le médecin est amené à interrompre ses consultations et à quitter immédiatement son cabinet ;
le cas échéant, des indemnités kilométriques.

En pratique (source ameli.fr « tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine à compter du 26 mars 2012 »

Actes et majorations	Tarifs (en €)	Règles de cumul
V : visite à domicile	23,00	
MU : majoration d'urgence	22,60	V, VS
IK : indemnité kilométrique en plaine	0,61	V, VS
IK : indemnité kilométrique en montagne	0,91	V, VS
IK : indemnité kilométrique à pied ou à ski	4,57	V, VS

***NGAP - Article 14.1** - Majoration d'urgence (MU) pour le médecin exerçant la médecine générale (modifiée par la décision UNCAM du 18/07/05 – en vigueur au 31 mars 2012)

Lorsque le médecin exerçant la médecine générale est amené à interrompre ses consultations et à quitter immédiatement son cabinet soit à la demande du centre de réception et de régulation des appels du service d'aide médicale urgente (Centre 15), soit à la demande expresse et motivée du patient, la visite ou les actes de premier recours qu'il effectue donnent lieu en sus des honoraires normaux et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à une majoration forfaitaire d'urgence. L'application de la disposition ci-dessus ne fait pas obstacle à la cotation de l'électrocardiogramme, telle que prévue à la CCAM.

La majoration forfaitaire d'urgence ne se cumule pas avec les majorations prévues à l'article 14 ci-dessus pour les actes effectués la nuit ou le dimanche.

Point de vigilance

La majoration d'urgence (MU) ne se cumule pas avec les autres majorations (nuit, dimanche et jour férié, déplacement). Elle se cumule uniquement avec des actes et visites et des indemnités kilométriques.

En revanche, si la majoration d'urgence n'est pas cotée, la visite comme les actes d'urgence peuvent donner lieu à des majorations dimanche, jour férié, nuit ou déplacement.

Hypothèse 2 : actes techniques + IK

Correspond à : des actes techniques d'urgence⁵ (cotation YYYY010 ou YYYY011), le cas échéant avec des modificateurs d'urgence (cf. règles de cumul) ;
le cas échéant, des indemnités kilométriques.

En pratique (source ameli.fr « version 29 de la CCAM mise en œuvre au 14/12/2012 »)

Actes et majorations	Tarifs (en €)	Règles de cumul
YYYY010* : acte technique	48.00	F, M, P, S, U
YYYY011* : acte technique	20.16	F, P, S, U
IK : indemnité kilométrique en plaine	0,61	V, VS
IK : indemnité kilométrique en montagne	0,91	V, VS
IK : indemnité kilométrique à pied ou à ski	4,57	V, VS

***CCAM 19.1.6 : YYYY010** - Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : détresse respiratoire; détresse cardiaque; détresse d'origine allergique; état aigu d'agitation; état de mal comitial; détresse d'origine traumatique.

Cette cotation ne peut pas être facturée avec des actes techniques des chapitres 1 à 17 à l'exception de : Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003)

***CCAM 19.1.6 YYYY011** - Prise en charge diagnostique et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique

Point de vigilance

Les codes U, P, S et F (modificateurs CCAM urgence) sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise.

Code	Libellé	Valeur
U	Acte réalisé en urgence par les médecins la nuit entre 20h et 08h	25,15€
P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20h à 00h et de 06h à 08h	35,00€

⁵ NB - Les actes techniques d'urgence sont différents des soins d'urgence. Les soins d'urgence (cotés M) s'appliquent aux actes effectués par le médecin au cabinet, c'est-à-dire dans le cadre de sa pratique habituelle (et non aux actes effectués sur demande du SAMU au titre de ses fonctions de MCS).

S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 00h à 06h	40,00€
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06€
M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient	26,88€

Hypothèse 3 : visite ou actes techniques + MD ou MDN

Correspond à : visite le cas échéant avec une majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée (*cf. règles de cumul*)
ou
actes techniques le cas échéant avec des modificateurs d'urgence (*cf. règles de cumul*) ;

En pratique (source *ameli.fr* « version 29 de la CCAM mise en œuvre au 14/12/2012 »)

Actes et majorations	Tarifs (en €)	Règles de cumul	Libellé	Valeur
V : visite à domicile	23	MD	Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée	10,00€
		MDN	Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit de 20h à 00h et de 6h à 8h	38,50€
YYYY010 ou YYYY011 : actes techniques	20.16 ou 48	U	Acte réalisé en urgence par les médecins la nuit entre 20h et 08h	25,15€
		P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20h à 00h et de 06h à 08h	35,00€
		S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 00h à 06h	40,00€
		F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06€
		M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient	26,88€

Point de vigilance

La majoration MD ou MDN ne concerne que le praticien inscrit au tableau de garde lorsque l'acte est réalisé ou celui qui le remplace ce qui suppose que l'organisation MCS mise en place prévoit un tableau de garde.

www.sante.gouv.fr/offre-de-soins



Direction générale de l'offre de soins