UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2024

LES ATTENTES ET BESOINS EN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES MEDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS) D'AUVERGNE-RHONE-ALPES (AURA) FACE A DES INTERVENTIONS POTENTIELLEMENT TRAUMATISANTES

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNERALE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le 28/06/2024

Par M. Alec GRAZINI
Né le 23/02/1995 à Voiron
Et M. Jordan Franck GRENIER
Né le 09/03/1995 à Viriat

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. Pr. Guillaume DEBATY

Membres :

M. le Dr. Richard LANGLOIS (directeur de thèse)

Mme. le Dr. Pauline GIRARD

M. le Dr. Thomas FAVARD

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

Doyen de la Faculté : **Pr Olivier PALOMBI**
ANNÉE 2023-2024
ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MÉDECINE

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
MCU-PH	BAILLIEUL Sébastien	Physiologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PR Attaché	BARTH Johannes	Chirurgie de l'épaule et du genou
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PR Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH émérite	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUDISSA Mehdi	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; **gériatrie et biologie du vieillissement** ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; **pharmacologie clinique** ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Attaché	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
PU-PH	DJAILEB Loïc	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	DONDE-COQUELET Clément	Psychiatrie d'adultes
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DREVET Sabine	Médecine interne ; **gériatrie et biologie du vieillissement** ; addictologie
PU-PH	DUMAS Guillaume	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCF Ass.MG	GIRARD Pauline	Médecine Générale
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	HODAJ Hasan	Thérapeutique-médecine de la douleur
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JOUVE Thomas	Néphrologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEUNIER Mathieu	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH émérite	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
MCU-PH	RABATTU Pierre-Yves	Anatomie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire
PR Attaché	Professeur Attaché

REMERCIEMENTS

Remerciements Communs :

Au président du jury,
M. Le professeur Guillaume Debaty, Chef de Service du SAMU de l'Isère, de nous faire l'honneur de présider ce jury. Nous vous remercions pour l'intérêt porté à notre travail.

Aux membres du jury,
Au Dr. Richard Langlois, de nous avoir accordé ta confiance pour mener ce travail, de ta disponibilité et de ta bienveillance lors des différentes étapes de la rédaction.

Au Dr. Pauline Girard, d'avoir accepté d'être membre de ce jury Merci pour vos précieux conseils lors des séminaires d'accompagnement qui ont guidé ce travail.

Au Dr. Thomas Favard, d'avoir accepté d'évaluer notre travail dont vous êtes, en partie, à l'origine à travers votre travail dans la mise en place d'un soutien aux MCS. Merci de nous avoir aidé lors de la rédaction du guide d'entretien.

Merci à tous les MCS volontaires pour participer à notre thèse et merci, notamment, à tous ceux que nous avons interrogés. Merci pour votre accueil et votre sincérité.

Merci à Alexandra pour ta disponibilité et ton aide précieuse tout au long de notre travail.

Remerciements Alec :

À Jordan, liberté ! Que de chemin parcouru depuis ce tronc d'arbre humide du Jura jusqu'à la soutenance de thèse à Grenoble. Merci d'avoir pensé à moi pour cette thèse, merci surtout de m'avoir supporté tout au long du travail. Je n'ai aucun doute que de belles aventures nous attendent encore, parce qu'il faut ramener la plus belle des coupes.

À mes parents, merci pour tout, tout simplement, pour votre amour inconditionnel, votre confiance en moi inébranlable. Merci de m'avoir encouragé et soutenu dans mes projets. Mes études sont vraiment terminées cette fois-ci, promis, il n'y aura plus à s'inquiéter pour des résultats de partiels ou de concours.

À Mégane, mon garde du corps depuis la primaire, merci pour ton soutien, ta bienveillance et ta bonne humeur.

À Evan, mon casse-pied de petit frère chéri, merci d'avoir animé notre enfance. Merci aussi d'avoir concentré l'attention des foudres parentales.

À mon parrain, merci d'avoir toujours cru en moi. Merci pour ma croissance et mon gabarit, mais maintenant c'est fini, ce n'est plus une excuse pour continuer à me resservir encore et encore !

À ma marraine, ma mamie, tous mes oncles, tantes, cousins et cousines, merci pour tous ces doux souvenirs dans le Doubs.

Mention spéciale à Nicolas pour m'avoir, sans trop de difficulté, convaincu que la médecine c'était mieux que la kiné, même si tu as oublié de me dire que la médecine générale était la meilleure spécialité. Merci aussi de m'avoir fait découvrir la faluche.

Merci à Mathieu, pour la découverte des jeux vidéo, des mangas dont l'esprit m'accompagne toujours dans les coups de mou.

À mon papi, à Joseph, vos pensées m'accompagnent chaque jour, je sais que vous êtes fiers de moi.

À ma belle-famille, Sylvie, Jean-Marie, Valentine, Mamie Aline, merci pour votre accueil et votre soutien tout au long de nos études. J'ai de la chance d'avoir deux familles formidables.

Merci spéciale à Valentine pour l'aide précieuse dans l'organisation du pot de thèse qui nous a libéré du temps précieux pour la rédaction de cette thèse.

Merci à mes maîtres de stage pour tout ce que vous m'avez appris et de m'avoir guidé dans la voie de la médecine générale. Merci notamment à Jean-Louis, Gaëlle, Fabrice, Yoann, Anne, Éric, Mickaël, Valérie V., Pascal, Romain, Valérie B., Ahmed et l'ensemble de l'équipe du CHIVI de Saint-Marcellin. Vous m'avez rendu l'internat si plaisant à vivre.
À mes formidables co-internes, Marie et Florence, merci pour votre aide et votre bonne humeur.
À Céline, Jean et l'ensemble du Cabinet Bonne Nouvelle, je vous remercie pour votre aider dans mes premiers pas de « vrai médecin » .

À tous mes copains dijonnais, à l'ADDC, sachez que je ne vois pas la moitié d'entre vous autant que je le voudrais, mais j'aime plus de la moitié d'entre vous à moitié plus que vous ne le méritez. Alors merci d'avoir rendu ces études de médecine fantastiques, c'était un tel bonheur de se rendre à la fac pour passer du temps avec vous. Merci pour les rires, merci pour les soirées d'anthologie, merci pour tout. Mais surtout, merci à Camille pour ta gentillesse et ta douceur. Merci Manuchon d'avoir mis un peu d'ordre et de morale dans ce groupe. Merci Caroline pour ton sourire, ta bonne humeur et la codirection de cette thèse. Merci poto Rico, mon binôme de ronéo, merci pour l'appart et le canapé. Danke Maxime pour avoir affronté l'ennui du M1, les défaites de Lyon et les pintes de bière avec moi. Merci Tangoche pour tes exploits légendaires, merci d'être un double si fantastique qu'il me permet d'avoir plus confiance en moi. Merci Loup pour l'orga mais aussi pour les prises de bec qui poussent à réfléchir et s'améliorer pour être sûr d'avoir raison le coup d'après. Merci Péha pour tes bonnes idées mais aussi pour la lumière et la cohésion que tu as mises dans ce groupe.
À Alex, Abed, mon brobeans, merci pour ta candeur si apaisante dans ce monde de brutes. Merci pour les Top 1 mais surtout merci de m'avoir accompagné et soutenu à travers cette douloureuse PACES, deux fois. Cette thèse c'est aussi la tienne !
À Fanny, merci pour ces soirées à la gendarmerie et d'être encore là après toutes ces années, merci pour ton soutien et ta spontanéité.
À Nathan, merci pour les combats de catch en seconde, le coaching de Jean II Makoun un soir à Gerland et pour avoir initier la tradition du Flannery's.
À Coach. Merci pour ta gentillesse, pour nos discussions philosophico-politiques mais surtout merci d'être toujours partant pour me suivre dans toutes mes idées.

Enfin, à Noémie, ma bibiche, merci pour ta présence chaque jour à mes côtés, merci de veiller sur moi, mes artères et mes mauvaises manies. Merci pour tout l'amour et la tendresse que tu m'apportes au quotidien.

Remerciements Jordan :

A **Alec**, qui a pris de nombreuses casquettes dans ma vie depuis 10 ans : co-externe, co-interne, partenaire d'exposé anath, de bloc opératoire (??), réparateur d'imprimante, entraineur de handifoot, coach keepcool, guide montagne et ski, partenaire de Play, traducteur d'irlandais douteux, supporter désabusé, DJ … Celle de Co-thésard n'est que la suite logique de cette amitié. Merci d'avoir été mon fidèle Sam Gamegie pendant tout ce travail malgré mon côté Pérégrin Touc.

A mes **parents,** pour m'avoir toujours soutenu dans ces looooongues études. Merci pour votre aide inestimable qui a rendu ce projet possible et pour avoir fait de cette famille un roc sur lequel on peut s'appuyer à tout moment.
A **Mélanie,** sœur modèle et depuis toujours un modèle à suivre qui a été source inestimable de réconfort, motivation et distraction pendant ces années dijonnaises. Merci d'avoir accompagné mes premiers pas dans le médical et la … vie étudiante des amphithéâtres aux sous-sols de la centrale.
A mon frère **Mathis**, pour avoir supporté les traumatismes que je t'ai fait subir petit, pour toutes ces longues journées chill à la maison qui me restent en tête et pour être devenu depuis bien plus que mon référent informatique et gastronomique.
Et à leurs **conjoints respectifs,** pour venir compléter cette petite famille avec autant de bonne humeur.

A mes **beaux-parents Nathalie**, **Gerard**, **Olivier** et mes beaux-frères **Léonard** et **Arthur** pour m'avoir intégré dans votre famille avec autant de bienveillance et sincérité.

A mes amis de Dijon, la fameuse ADDC. Pour m'avoir fait réviser avec assiduité l'item caché 74bis « amitié carabine », celui qu'on ne trouve pas dans les livres :
A **Aymeric** pour avoir été présent dans les moments les plus sérieux de mes études dans cette fichue BU mais aussi dans la plupart des plus déjantés à Mirande ou chez le repaire palette. A **Tanguy**, pour les pauses café au CROUS et pour être à l'origine de nos meilleures anecdotes qui, encore aujourd'hui, sont nos plus gros fous rires. A **Loup**, pour ses leçons de caps, pour l'organisation de tous ces évènements du groupe et t'être rémunéré pour ça en nous manipulant pour choisir CONF+. A **Noémie**, pour avoir mené ce groupe à la baguette aussi efficacement qu'une Serdaigle avec autant de force qu'une Gryffondor, de patience qu'une Poufsouffle et

nous avoir fait voir ton côté Serpentard en soirée. Choixpeau bas. A **Manu** pour ton amitié et ton sérieux vital à ce groupe et tes séances d'osteo gratis. A **Caro** pour tes conseils avisés sur cette thèse et m'avoir laissé finir la plupart de tes plats au RU. A **Camille** pour avoir rajouté un peu de délicatesse à notre groupe à l'humour douteux. Hâte de te voir plus souvent dans nos montagnes ! A **PA** pour avoir été le facteur X du groupe tant sur les terrains de foot qu'en soirée. A **Maxime** pour avoir été mon principal compagnon de route (au sens propre et figuré) depuis mon premier jour de lycée et chaque année depuis jusqu'à l'internat. Ces trajets tous les deux jusqu'à la fac ou le CHU me manquent. Que de chemin parcouru depuis le collège !

… et à **Ludivine** pour avoir supporté courageusement toutes nos blagues et nos larcins de PACES avec ce même Maxime.

A mes amis du lycée : **Nicolas** pour ton gout réciproque pour la nature, les montagnes et les … feux de cheminée. Merci pour ton soutien sincère pendant ces années et pendant 42km. A **Clément**, pour avoir miraculeusement préservé mes chevilles et genoux à Champgrenon. Merci de ton humour, qui a évolué de la gitanerie vers la mondanité, mais qui a toujours su me faire pleurer de rire. A **Quentin** mon frère de mêlée « fenomenal » dont les retards réguliers sont toujours excusés en saucisson. No cambia nada ! A **Adrien** pour ton amitié sans faille depuis les cours d'histoire de seconde et pour tes humiliations ressourçantes en escalade lors des escapades lyonnaises. A **Maxime** qui a prouvé que casser peut aussi renforcer (en l'occurrence nos poignets et notre amitié). A **Margaux**, **Joys** et **Romane** pour supporter avec beaucoup de bravoure notre humour.

Aux **collègues de travail** que j'ai pu croiser interne au CHMS, CHAM, Rocheplane ou en cabinet libéral en UPL et SASPAS et aux collègues rencontrés lors de les remplacements à St Pierre d'Albigny, Les Marches, Le Touvet et qui m'ont aidé ou m'aident à m'épanouir dans cette vocation.

A **Malo** le chat, dit « pépère » pour son amour vénal et versatile.

Et surtout, à toi **Mathilde** qui partage ma vie depuis plus de 8 ans maintenant. Merci d'illuminer tous les jours mon quotidien par ta présence, d'adoucir les moments difficiles et de rendre plus éclatants tous les autres. Merci d'être toi et de me donner l'envie de me lever (presque sans ronchonner) chaque matin pour construire cet avenir à tes côtés.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 7
RESUME 14
ABSTRACT 16
LISTE DES ABRÉVIATIONS 17
INTRODUCTION 18
MATERIEL ET METHODE 22
1 Type d'étude 22
2 Population 22
3 Recueil des données 22
4 Analyse des données 23
5 Aspects éthiques et réglementaires 23
RESULTATS 24
1. Les MCS et leur pratique 25
1.1. Une activité valorisante 25
1.2. Une charge psychologique inhérente à l'activité de MCS 27
2. Des facteurs variables 29
2.1. L'expérience professionnelle 29
2.2. Intervenir sur sa patientèle 30
2.3. Le déroulement de l'intervention plus que l'intervention elle-même 31
2.4. Des relations avec les autres intervenants qui varient 33
2.5. Les capacités de résilience personnelle 34
3. La gestion émotionnelle des interventions 35
3.1. Avant et pendant l'intervention 35
3.2. Après l'intervention 37
3.3. Les répercussions d'une intervention 38
4. La prise en charge psychologique des MCS 39
4.1. Une prise en charge actuelle centrée sur les collègues et la famille 39
4.2. Des freins à la demande de prise en charge 41
a. Un devoir de bonne santé 41
b. Une prise en charge en autonomie perçue comme satisfaisante… 42
c. … mais avec des limites identifiées 43
4.3. Des perspectives d'amélioration 45

5. Les apports d'un dispositif de soutien 46
5.1. Faciliter la demande d'aide 46
a. Un dispositif de soutien psychologique sécurisant 46
b. Des numéros de contact 48
c. Case à cocher en fin de fiche d'intervention 49
5.2. Un dispositif qui s'adapte aux MCS 50
a. La question des rappels à distance 50
b. Les modalités de contact par la CUMP 51
5.3. La question de la formation en psychotraumatisme 53
a. Connaître et parler du psychotraumatisme pour sensibiliser 53
b. Un intérêt ambivalent 55
c. La formation aux traumatismes psychiques : une priorité ? 56
5.4. Renforcer les interactions entre les intervenants pour rompre l'isolement 57
a. Renforcer le lien ville hôpital et les intervenants locaux 57
b. Groupe d'échange entre pairs (GEP) lors des formations 58
c. Intervention à plusieurs 59
5.5. Un suivi individualisé 60
a. Vigilance accrue au niveau des membres inexpérimentés 60
b. Vigilance pour les plus isolés. 61
c. Vigilance retentissement judiciaire 62
DISCUSSION 63
1. Forces et limites de l'étude 63
2. Résultats principaux et comparaison avec la littérature 65
3. Perspectives 74
CONCLUSION 76
BIBLIOGRAPHIE 79
ANNEXES 84
Annexe 1 : Guide d'entretien 84
Annexe 2 : Extrait du journal de bord : analyse des entretiens de M3 et M6 85
Annexe 3 : Grille COREQ 86
Annexe 4 : Formulaire d'information sur la non-opposition 88
Annexe 5 : Verbatims 89
SERMENT D'HIPPOCRATE 156

Les attentes et besoins en soutien psychologique des Médecins Correspondants SAMU (MCS) d'Auvergne-Rhône-Alpes (AURA) face à des interventions potentiellement traumatisantes.

RESUME

Contexte : Les Médecins Correspondants SAMU (MCS) sont des médecins généralistes de premier recours qui interviennent en amont du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) sur régulation du centre 15. Comme tout professionnel de premier recours, ils sont susceptibles de faire face à des interventions à risque de répercussions psychologiques. Bien qu'il soit démontré qu'un accompagnement psychologique adapté permettrait de limiter ces répercussions, aucun dispositif n'existe à ce jour pour les MCS d'Auvergne Rhône-Alpes.

Objectif : L'objectif de ce travail est d'évaluer les attentes et les besoins des MCS en soutien face au risque psychologique de leurs interventions.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative menée selon les principes de l'analyse phénoménologique interprétative. 10 entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de MCS ayant intégré le dispositif MCS d'Auvergne-Rhône-Alpes depuis au moins 5 ans.

Résultats : Les résultats mettent en évidence le fonctionnement des MCS et la perception de leur activité, à la fois vectrice de protection psychologique, valorisante et sécurisante pour leur pratique, mais aussi perçue comme plus dangereuse psychologiquement en raison d'interventions difficiles et de l'isolement inhérent au statut. Le dénouement d'une intervention, la gestion de sa propre patientèle, l'expérience professionnelle et personnelle sont autant de facteurs individuels à prendre en compte dans la mise en place d'un dispositif de soutien. Ils mettent en place des techniques de protection acquises de leur expérience professionnelle et font de leur entourage le pivot central de leur prise en charge. Ils sont néanmoins conscients des limites et freins actuels. Pour faire face, les MCS ont besoin de solutions leur permettant de faciliter la demande de soutien, renforcer les liens entre professionnels et d'incitation à la formation au sein d'un dispositif adapté et individualisé.

Conclusion : Un accompagnement psychologique optimal des MCS doit tenir compte de la vision que les praticiens ont de leur activité ainsi que de leurs spécificités et capacités individuelles. Leur gestion actuelle des répercussions et la prise en charge centrée sur l'entourage mettent en avant les attentes d'un dispositif mué par les liens de confiance et la disponibilité mais présentent de nombreuses limites. Il apparait alors nécessaire de renforcer ce qui fonctionne (la valorisation de l'activité, le lien entre les professionnels) et d'apporter des

solutions aux limites actuelles (faciliter la prise de conscience des troubles, inciter à la formation, soutenir les plus à risque).

Psychological Support Expectations and Needs of Medecins Correspondants SAMU (MCS) in Auvergne-Rhône-Alpes (AURA) facing potentially Traumatic Interventions

ABSTRACT

Background: Médecins Correspondants SAMU are primary care physicians who act prior to the arrival of the Mobile Emergency and Resuscitation Service (SMUR), following regulation by the 15 center. As frontline professionals, they are prone to face interventions with risks of psychological repercussions. Although it has been demonstrated that adequate psychological support can limit these repercussions, there is currently no specific system in place for MCS in Auvergne-Rhône-Alpes.

Objective: This study aims to evaluate the expectations and needs for psychological support among MCS regarding the psychological risks associated with their interventions.

Method: This is a qualitative study conducted according to the principles of phenomenological approach. Ten semi-structured interviews were conducted with MCS from the Auvergne-Rhône-Alpes network, each with at least five years of experience as MCS.

Results: The findings highlight the functioning of MCS and their perception of their activity, which is perceived as both protective, rewarding, and reassuring for their practice, but also psychologically hazardous due to difficult interventions and the inherent isolation of their role. The outcome of an intervention, own patient population management, professional and personal experience are individual factors to consider in establishing a support system. They employ protection technique derived from professional experience and make their surroundings the main actors of their care. However, they are aware of existing barriers and limitations. To reduce these limitations, MCS require solutions that ease the request for support, strengthen professional relationship, and promote education within an adapted and individualized system.

Conclusion: Optimal psychological support for MCS must consider the practitioners' perception of their activity as well as their individual specificities and capacities. Their current management of repercussions and support centered on their surroundings underscore the expectations of a system driven by trust and availability, yet it presents numerous constraints. Thus, it is imperative to enhance existing practices (valorization of the activity, professional relationship) and develop strategies to avoid current limitations (enhanced awareness of psychological disorders, induce formation interest, support higher risk professional).

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAPML : Association d'Aide au Professionnel de santé et Médecins Libéraux

AAPMS : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants

AMU : Aide Médicale d'Urgence

ARS : Agence Régionale de Santé

ASRA : Réseau d'aide aux soignants d'Auvergne-Rhône-Alpes

AURA : AUvergne Rhône-Alpes

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

MCS : Médecin Correspondant SAMU

MOTS : association Médecin Organisation Travail Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

INTRODUCTION

Introduite par une circulaire ministérielle en 2003 (1), la fonction de Médecin Correspondant SAMU (MCS) est définie comme « *un médecin du premier recours, formé à l'urgence, qui intervient sur des soins en amont du SMUR sur demande de la régulation du centre 15 et dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes d'un SMUR terrestre* ». (2)

Les médecins volontaires à la fonction de MCS signent un contrat annuellement avec l'établissement siège du SAMU, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'association territoriale MCS. Ce contrat leur donne accès à une trousse d'urgence, une rémunération pour leurs astreintes et interventions ainsi que des formations spécifiques aux soins d'urgence.

Lors d'une intervention, le MCS est déclenché en même temps que le SMUR. Sa proximité géographique permet un précieux gain de temps et de chance pour le patient. On estime que le seul réseau MCS permet à 1.6 million de personnes supplémentaires en France d'avoir accès à des soins d'urgence dans le délai recherché des 30 minutes. (3)

Sur place, le MCS agit en coordination avec le SAMU qui adapte les renforts médicaux selon le premier bilan établi. Près de 50% des SMUR sont ainsi épargnés permettant une économie humaine et financière notable. (4) Le MCS reste en lien continu et permanent avec le SAMU pendant la durée de la mission qui se termine par le remplissage d'une fiche d'intervention récapitulative.

Plusieurs études permettent de démontrer la bonne efficacité diagnostic des MCS ainsi que l'adéquation de leur prise en charge avec les recommandations de bonne pratique des soins d'urgence. (5)

Face à son rôle pour la santé et l'équité des soins, plusieurs réformes et évolutions du réseau se sont succédé depuis 20 ans pour détailler, structurer et promouvoir ce dispositif. (6) (7) (8)

Les effectifs de MCS se sont donc progressivement renforcés sous l'impulsion des ARS et se sont imposés comme une solution concrète et fiable d'Aide Médicale d'Urgence (AMU).

En Auvergne-Rhône-Alpes, le réseau s'est rapidement développé sur les bases de l'association Médecine de montagne préexistante au dispositif. Il constitue actuellement le principal vivier de médecin correspondant SAMU en France (plus de 50% des effectifs) avec près de 360 médecins répartis dans 10 des 12 départements de la région. (9).

Le secteur Alpes du Nord (Savoie, Haute-Savoie, Isère, Ain) constitue près des deux tiers des MCS de la région dont la moitié dans le seul département de la Savoie.
Le secteur Drôme-Ardèche comprend, lui, un peu moins du tiers des effectifs, le reste (environ 12%) se situant sur le secteur Auvergne. (4)

Le réseau se compose d'un effectif globalement paritaire et jeune, puisque l'âge médian est de 35 ans et près des deux tiers ont moins de 5 ans d'ancienneté dans le dispositif. (4)

En 2022, les principaux motifs d'interventions étaient par ordre de fréquence l'hyperalgie (30%), la douleur cardiologique (18%), le traumatisme grave grade A, B ou C (16%) et l'arrêt cardio-respiratoire (8.5%). (4)

Cependant, ces interventions parfois violentes ne sont pas sans conséquences sur le plan psychologique.

En effet, le DSM V définit comme une situation traumatogène toute situation impliquant *« une mort effective, une menace de mort, une blessure grave ou des violences sexuelles* ». (10)

L'exposition à des situations traumatogènes peut être à l'origine de l'aggravation ou du développement de conséquences psychiques multiples regroupées sous le titre de psychotraumatisme ou syndrome psycho-traumatique. (11)
On retrouve, ainsi, parmi elles les syndromes de stress aigu, de stress post traumatique, de dépression ou épuisement professionnel, des conduites addictives et nombreux symptômes somatoformes.

La répétition de ces situations traumatogènes au cours de la vie est également un facteur majeur de développement progressif de ces troubles psychiatriques (12) (14) que l'OMS regroupe alors sous le terme de trouble de stress post traumatique complexe dans le CIM-11. (13) (14)

Les professions de la santé et notamment les personnels de l'urgence sont régulièrement exposés directement ou indirectement à la violence, la mort et leurs conséquences. Ces professions sont, par conséquent, plus à risque de développer des psychotraumatismes. (15)
Pour en limiter l'apparition et le développement, les personnels hospitaliers ont accès en cas de besoin à des interventions ponctuelles des Cellules d'Urgences Médico Psychologiques (CUMP). (16)
Ces spécialistes sont présents dans chaque centres hospitaliers dotés d'un SAMU. Ils prodiguent des soins psychiques immédiats et post immédiats aux patients et soignants par des techniques de defusing et debriefing en cas de situation traumatogène.
Les CUMP orientent ensuite à des professionnels de secteur en cas de nécessité de prolongation du suivi ou de besoin de soins plus personnalisés.

Loin du cadre hospitalier, les médecins généralistes ne bénéficient pas de ce type d'accompagnement psychologique. Des études mettent pourtant en lumière les fragilités des médecins généralistes face aux conséquences psychiques des soins d'urgence et la nécessité d'un meilleur accompagnement. (16) (17)

De par leur activité de médecine d'urgence, les MCS sont confrontés régulièrement à des interventions traumatogènes. C'est particulièrement le cas pour les MCS d'Auvergne-Rhône-Alpes qui interviennent, entre autres, sur les traumatismes violents liés aux sports d'hiver.

Leur pratique à mi-chemin entre médecine générale libérale et urgences hospitalières leur confère un statut singulier dans le paysage médical. Ils exercent, en effet, l'urgence de manière ponctuelle, solitaire, dans un environnement isolé et sur un bassin de population dont ils peuvent être le médecin traitant.

Le développement du dispositif des MCS sur le territoire ne s'est pour le moment pas accompagné de mesures de soutien psychologique adaptées.

Plusieurs travaux suggèrent toutefois des répercussions psychiques chez les MCS ainsi qu'une influence néfaste sur leurs activités professionnelles. (18) (19).
Un partenariat est en train de se développer entre les CUMP de la région et le réseau MCS dans notre région d'Auvergne-Rhône-Alpes.

Mais aucun travail n'a, à ce jour, questionné les MCS sur leur ressenti en matière d'accompagnement psychologique.

Le but de ce travail est donc d'explorer, à partir de leur expérience, les attentes et besoins des Médecins Correspondants SAMU d'Auvergne Rhône-Alpes face au risque de répercussions psychologiques induites par leurs interventions.

MATERIEL ET METHODE

1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative avec une approche par analyse interprétative phénoménologique. Ce type d'étude permet de s'intéresser à la manière dont différents individus vont vivre et ressentir un même événement et d'essayer de donner un sens commun à ces différents vécus.

L'objectif du travail était d'explorer comment les Médecins Correspondants SAMU d'Auvergne-Rhône-Alpes percevaient le risque psychologique encouru lors de leurs interventions et ce qu'ils attendaient de leur prise en charge, afin d'aider à la mise en place d'un dispositif de soutien adapté.

2 Population

La population source de notre échantillon correspondait à l'ensemble des MCS d'AURA avec au moins 5 ans d'expérience dans le dispositif.

Nous avons fixé ce critère d'inclusion afin d'interroger des MCS avec suffisamment d'interventions et de recul sur leur pratique, ainsi que pour s'affranchir de la période pandémique responsable d'une diminution de l'activité MCS.

Le recrutement s'est effectué par mail, en utilisant le réseau MCS et Médecin de Montagne, ainsi que le réseau personnel des investigateurs et du directeur de thèse. Si les participants se déclaraient volontaires, ils étaient ensuite sélectionnés puis contactés dans un second temps pour permettre une variation des caractéristiques selon l'âge, le sexe et le département d'exercice.

Vingt-quatre médecins ont répondu favorablement. Huit ont été exclus, ne répondant pas au critère d'ancienneté dans le dispositif, pour un total de dix entretiens réalisés. Les investigateurs ont jugé de la saturation des données à partir du 8ème entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été conduits pour confirmer la saturation.

3 Recueil des données

Les données ont été recueillies par entretiens semi-dirigés en se référant à un guide d'entretien. (Annexe n°1). Ce guide d'entretien a été rédigé par les investigateurs à partir des thèmes identifiés lors de l'élaboration du travail avec l'aide du directeur de thèse et du Dr. Thomas

FAVARD responsable de la CUMP des deux Savoie au moment de la rédaction. Ce guide pouvait-être ajusté au cours de l'étude en fonction des résultats obtenus lors des entretiens.
Les entretiens ont été réalisés par l'un ou l'autre des investigateurs entre juin 2023 et décembre 2023. Au vu du caractère intime des sujets abordés, l'ensemble des entretiens s'est déroulé en présentiel dans un lieu décidé par le participant.
Les entretiens étaient enregistrés sur dictaphone puis supprimés après retranscription intégrale et anonymisation par l'investigateur.

4 Analyse des données

L'ensemble des entretiens a été étiqueté individuellement par les deux investigateurs puis mis en commun selon le principe de triangulation.
Chaque investigateur travaillait avec les étiquettes retenues afin d'élaborer de manière séparée une approche idiographique des entretiens. Une nouvelle triangulation permettait de retenir une schéma unique interprétant le vécu du participant. (Annexe 2)
A partir de ces schémas, les investigateurs ont retenu des thèmes et des super thèmes ayant pour objectif de donner un sens commun au ressenti singulier des participants et de fournir un modèle explicatif.

5 Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude a été déclaré conforme au formulaire MR004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).
Les participants ont reçu par mail une lettre d'information et exprimé leur consentement librement.
La note d'information était distribuée préalablement à l'entretien et un formulaire de consentement signé en deux exemplaires.
Les entretiens ont été retranscrits mot à mot puis anonymisés après analyse. Ainsi, les noms et les lieux ont été remplacés et les événements considérés comme identifiables par les investigateurs ou les participants supprimés.
Les enregistrements ont été supprimés après anonymisation.

RESULTATS

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Médecin	Investigateur	Sexe	Age	Durée	Réseau
M1	Jordan	F	30-35ans	31min 05sec	Alpes du nord
M2	Alec	F	+ de 50 ans	1h 22min 46sec	Alpes du nord
M3	Jordan	H	+ de 50 ans	42 min 30sec	Alpes du nord
M4	Alec	H	+ de 50 ans	51min 11sec	Alpes du nord
M5	Alec	H	30-35 ans	47min 48sec	Auvergne
M6	Jordan	H	35-40 ans	52min 06sec	Drome-Ardèche
M7	Jordan	F	35-40 ans	45min 11sec	Drome-Ardèche
M8	Alec	H	35-40 ans	36min 41sec	Alpes du nord
M9	Jordan	F	40-45 ans	45min 37sec	Alpes du nord
M10	Alec	F	35-40 ans	43min 18sec	Alpes du nord

Dix entretiens ont été réalisés.

L'échantillon final est composé de 5 femmes et de 5 hommes. Au moins un médecin de chaque réseau de MCS d'AURA a été interrogé, couvrant 7 des 10 départements du réseau MCS.

La durée des entretiens variait de 31min 05sec à 1h 22min et 46 sec pour une durée moyenne de 43min 18sec.

1. Les MCS et leur pratique

1.1. Une activité valorisante

Le fait d'être MCS pour les médecins représente un **facteur psychologique protecteur**.
Ils se sentent **valorisés par l'utilité de la fonction** MCS en tirant satisfaction de l'impact positif immédiat ressenti après les interventions.

M5 : « Mais en fait toi, t'étais là le premier, tu as fait les choses en premier, donc c'est ça que j'essaie d'expliquer aux internes. Et même si le MCS il est juste là pour coacher un massage cardiaque, c'est toujours un massage cardiaque qui est mieux fait. Donc je veux dire rien que ça, c'est génial ».

M6 : « Je promeus même MCS. C'est aussi gratifiant. On a cette sensation d'aller vraiment au fond de notre métier. En médecine générale, on gère beaucoup de chose mais là d'aller vraiment sur le terrain, voilà, de se dire on a fait quelque chose de … Sans moi peut-être que le patient serait décédé. Ça change un peu son activité et c'est gratifiant ».

M8 : « Le seul truc c'est qu'en MCS, on a l'impression de servir à quelque chose, d'être utile. Donc être appelé en tant que MCS, il y a toujours de se dire ''J'y vais pour quelque chose''. Et même si c'est grave, même si ça va être impactant, même si ça va être difficile, ça va être utile, ça va servir ».

Les MCS voient leur statut comme **nécessaire dans la pratique d'une médecine rurale** qui est confrontée aux urgences.

M7 : « même si c'est difficile, je pense que même en tant que médecin on risque au cours de notre carrière d'être confronté à des situations comme ça et si on est préparé et formé c'est moins traumatisant. Et c'est ce qu'offre MCS pour le coup ».

M8 : « Être MCS, ça permet de se préparer techniquement et psychologiquement parlant à gérer ces urgences-là. Donc être MCS, c'est être prêt à gérer des situations qui auraient de toute manière été très compliquées. Mais au moins, j'ai les armes pour les affronter et très honnêtement, c'est exactement ce qui se passe. (…) MCS m'a permis quand même d'être plus serein par rapport à tout ça ».

Les formations, le matériel et les protocoles fournis par le dispositif apparaissent alors comme un **outil de sécurisation de leur pratique**.

M4 : « En fait, on faisait la même chose en mieux avec du matériel et en plus avec une collaboration avec le SAMU ».

M6 : « En fait, le fait d'être formé ça permettait aussi de bousculer un peu les choses parce qu'on craint ce qu'on ne connait pas et du coup le fait de faire la formation, ça m'a permis d'anticiper des choses ».

M7 : « je me rappelle avoir vécu ça… Avoir été vraiment tranquillisée par le fait d'être en formation et m'être dit que si j'avais été médecin généraliste non formée, ça aurait été beaucoup plus traumatisant pour moi. Parce qu'en fait pour le coup le travail en simulation permet déjà de vivre un peu ces situations pas comme une première fois ».

M9 : « c'est hyper rassurant encore une fois d'avoir du matériel et d'avoir des protocoles quand on est face à une situation délicate. Ça permet de, bah ça permet de se sentir un peu plus à l'aise, un peu moins anxieux et potentiellement d'avoir un impact psychologique du coup moins important ».

La réalisation de gestes techniques entraine une **valorisation des compétences** et une amélioration de l'estime de leur pratique. Elle participe également à la diversification de leur activité et à **l'épanouissement du professionnel.**

M3 : « faut y voir également du positif. Quand tu es médecin généraliste installé dans un territoire et que tu interviens comme Médecin Correspondant SAMU, quelque soit le motif, tu poses auprès de la population une compétence qui est devenue rare en médecine générale qui est de pouvoir gérer les urgences ».

M5 : « Moi j'aime beaucoup, j'aime bien l'urgence. J'aime bien me sentir utile. J'aime bien faire des gestes. J'aime la médecine de campagne donc j'aime ça en fait ! Faire des gestes, j'ai pas juste envie de rester au cabinet, j'ai envie de bouger, j'ai envie de bouger. (…) Et c'est vrai que c'est ultra-valorisant hein, d'intuber des gens de mettre des cathé intra osseux de faire des trucs comme ça, c'est super quoi ».

M10 : « Je trouve que c'est hyper intéressant. Et puis encore une fois, même si tu fais 5 interventions par an, bah c'est toujours ça de pris. Mais ouais, ouais, moi je trouve que c'est un truc qui enrichit vraiment notre pratique. Donc je le recommanderais, ça c'est sûr ».

De plus, la rémunération des interventions permet une reconnaissance de leur activité et de leur compétence.

M2 : « Donc en fait quand tu reçois une demande où on te propose de faire exactement la même chose que ce que tu faisais avant pour être payé 5 à 10 fois plus, bah y a pas photo donc voilà ».

M7 : « C'est une pratique qui est très bien rémunérée dans l'ensemble. Surtout pour nous qui ne sommes que peu appelés. Avec un fixe de forfait d'astreinte. C'est très bien rémunéré ».

1.2. Une charge psychologique inhérente à l'activité de MCS

Être MCS c'est la possibilité de devoir intervenir sur des **interventions difficiles.**
Il y a celles qui sont redoutées par **leur nature** (pédiatrie, jeune patient, accouchement traumatisme violent…).

M2 : « Tout ce que je redoute, c'est principalement la pédiatrie, parce que c'est ce qui est le plus difficile sur le plan psychique et, et puis, les tous petits petits nourrissons pour les piquer (…) Et puis je redoute aussi les polytraumatismes dans la mesure où là il faut avoir, je veux dire un plan d'action très très carré et c'est stressant ».

M5 : « il y en a plusieurs, alors déjà la première, c'est l'accouchement (...) Et évidemment l'arrêt cardiaque de l'enfant que j'ai jamais fait. Ça, c'est le truc qui fait peur. Et après ben tout ce qui est arrêt chez les jeunes, gros trauma chez les jeunes. (…) Ouais, plutôt l'âge. L'âge et le la violence aussi. La violence… ».

M10 : « Bah ce que moi je redoute (…) C'est tout ce qui va toucher les enfants. Pour l'instant j'ai jamais eu, mais je pense que c'est ce qui me serait le plus compliqué. Après tout ce qui est jeune globalement, c'est plus compliqué (...) après il peut y avoir le côté spectaculaire sur des AVP, où ça peut être plus ou moins le moins. Mais moi à la limite, ça reste plus l'âge ».

… par **leur contexte** (intervention nocturne, famille sur place…) ou par leur **caractère inhabituel**.

M1 : « Après c'est la gestion de tout ce qui est familial. C'est vrai que pour certaines interventions notamment l'arrêt cardiaque, quand c'est devant la famille, c'est vrai que ça peut aussi impacter. C'est les facteurs humains. Gérer tout ce qui est accompagnement de la famille ».

M8 : « Le gros problème de ces interventions, souvent c'est le soir, la nuit, et cetera, c'est que ça crée une espèce d'angoisse après de la garde, il y a une angoisse d'appel de nuit, sur comment on va gérer la situation ».

Les interventions avec une **stimulation sensorielle importante** (visuelle, olfactive ou auditive) semblent également à part.

M2 : « Dans le cas de circonstances particulièrement gores parce qu'il y en a, je veux dire. Il y a des… Je me souviens une fois. D'un, comment dire ? D'un motard qui était largement décédé à mon arrivée, donc là il y a plus de combat pour, pour, pour la vie, mais ce motard allait vite et il avait été déchiqueté par ... (…) Mais bon, il avait fallu sur 100 mètres ramasser ses organes. Je me souviens que les pompiers m'a dit, « fais attention où tu mets les pieds ». Non, c'est vraiment d'un, d'un gore assez effroyable. (…) il y avait le foie quasiment entier, il y avait une jambe, enfin bref. C'était, c'était vraiment effroyable ».

M6 : « la traumato. C'est très impressionnant sur le plan visuel généralement, sur la douleur. Y a du son, y a du cri. Y a beaucoup de chose. C'est souvent là qu'émotionnellement, ça vous prend aux tripes grosso modo ».

Toutes ces interventions représentent une **rupture dans l'activité quotidienne** auquel le MCS, médecin généraliste, n'est pas habitué.

M5 : « Parce que médecin généraliste et MCS, c'est complètement différent. (…) décrocher un pendu c'est toujours, c'est un peu particulier quoi, parce que c'est des morts violentes ».

M6 : « on n'en fait pas assez pour que ça soit un réflexe. Enfin l'imprégnation émotionnelle elle est encore un peu là ».

M7 : « Après c'est sûr que des fois on sait moins bien piquer qu'une infirmière. Et donc c'est difficile, c'est des rôles pas faciles pour nous médecin généraliste. (…) Là, avec des pratiques très espacées on est en toute humilité, on aide comme on peut et puis on mouille sa chemise et on sort de sa zone de confort ».

Le MCS, par définition, est un **médecin isolé**.

Tout d'abord du fait même du statut de MCS, l'isolement sera **géographique,** rendant l'organisation de soin pour soi plus complexe.

M4 : « (A propos de son arrivée sur son lieu d'installation) C'était vraiment le trou du cul du monde. Je me suis dit, ''c'est pas possible'' au mois de novembre ».

M8 : « On a la problématique de la distance, c'est à dire que souvent, MCS, on est loin. Et donc, aller se prendre une journée de se libérer systématiquement, ça me semble compliqué ».

L'isolement peut être aussi **professionnel** et va alors représenter une charge supplémentaire, encore plus dans les situations difficiles où il peut être vécu comme un abandon.
En intervention, il est seul responsable, en première ligne et à nouveau seul lorsqu'il rentre au cabinet.
M3 : « car quand on est en intervention MCS, on est un peu seul contrairement à une équipe SMUR. Seul pour techniquer, seul pour prendre les décisions, seul pour beaucoup de chose ».
M7 : « la solitude. Parce qu'il n'y a pas d'autres professionnels, on est le seul médecin et il n'y en aura plus ».

Dans le pire des cas, un **isolement personnel, social** peut se rajouter représentant un critère de fragilité majeur.
M2 : « A ce moment-là, le MCS n'est pas dans une équipe, il est seul. Et si en plus s'il vit seul, il rentre à la maison, il est encore seul ».
M7 : « je me rappelle en rentrant chez ce médecin, c'était au milieu de la nuit en plus, (…) Voilà. Et puis après voilà d'être un peu toute seule avec cette histoire ».

2. Des facteurs variables

2.1. L'expérience professionnelle

La gestion de la charge psychologique et de son impact **varie dans le temps.**
L'ancienneté et **l'expérience du MCS** influent dans cette capacité.
Le **début de carrière est décrit comme une période difficile**, voire à risque psychologiquement avec des « premières fois » plus compliquées à appréhender.
M1 : « C'est vrai qu'un arrêt cardiaque, ça peut être psychologiquement impactant quand c'est les premiers (…) Pour les jeunes MCS pas encore rodés à l'expérience, ça peut être psychologiquement impactant parce qu'après on peut se dire qu'on a mal fait au niveau médical etc ».
M6 : « Quand j'étais déclenché avant, j'avais un tour de ventre pas possible mais aujourd'hui j'ai un peu d'adrénaline mais je n'ai pas le stress négatif dans le sens paralysant quoi ».

M8 : « C'est une période plus à risque, c'est beaucoup plus difficile au début, on n'a pas les armes pour gérer les familles, pour gérer la mort ».
M10 : « Bah tu fais tes deux jours comme tout le monde. Et puis t'es MCS. Je pense que sur la formation initiale, moi, ce qui m'a vachement stressé les premières années qui me stresse toujours, c'est quand même vraiment la réalisation des actes techniques et qui du coup peut mettre en difficulté ».

A contrario, **l'expérience et notamment le nombre d'intervention réalisée sont des facteurs de protection**. Ils permettent une meilleure maitrise technique et pratique mais aussi une meilleure gestion des émotions et des facteurs entourant les interventions.
M1 : « Je pense que l'expérience, le fait de faire beaucoup d'intervention, d'accumuler l'expérience avec des choses simples fait qu'après quand il y a des choses très exceptionnelles, on arrive à prendre du recul et gérer la situation ».
M5 : « Avec l'expérience, je suis de moins en moins stressé (…) Avant, j'allais vraiment avec la boule au ventre. Ce qui est normal, je pense. Et aujourd'hui comme, ben, plus tu fais d'Inter, plus t'as l'impression de savoir des choses, et t'y vas quand même de façon plus sereine ».
M6 : « Les gestes qu'on répète et qui deviennent faciles de fois en fois. Je ne crains plus une pose de voie maintenant alors que je n'en fais toujours pas beaucoup mais je ne crains plus comme avant ».
M8 :« Je pense qu'il faut faire un certain nombre d'Inter, d'inter impactantes aussi pour commencer à gérer quoi ».

2.2. Intervenir sur sa patientèle

Intervenir sur des patients qu'il connait va être perçu de manière différente selon les médecins.
Cela peut être vu comme un **élément facilitateur** : la connaissance du dossier avec les antécédents et les traitements du patient, son contexte de vie, son entourage permettent une meilleure prise en charge.
M7 : « Après tout dépend si c'est des patients sur lesquels on a posé un affect particulier ou si c'est la patientèle de tous les jours avec lesquels on a plus de neutralité (…) Globalement, je n'ai pas l'impression que sur le fait que ce soit mes patients en général se soit plus difficile pour moi. Au contraire, finalement je vais mieux connaitre le dossier ».

M9 : « on connait les gens, on connait leur souhait d'être réanimé ou pas réanimé selon la gravité de la situation. On a une idée de qui sont les enfants, qui est l'épouse ou l'époux, les parents … et du coup de discuter avec eux où on va avoir une idée de la situation psychologique du départ. Et donc ça, je pense que c'est un plus pour gérer ces situations. On va avoir une connaissance du dossier, de la famille ».

Pour d'autres, cela implique d'intervenir sur des personnes avec lesquelles le médecin peut avoir tissé des liens affectifs sources d'une **charge émotionnelle plus importante**.

M6 : « Mais je n'ai pas eu affaire au démon qui me stresserait le plus : intervenir sur quelqu'un que je connais personnellement ».

M7 : « La problématique est plutôt le fait que finalement quand on est aux urgences et qu'on voit les patients, on les voit et après on les voit plus. Là on les voit et puis après ça revient dans notre vie par d'autres portes qui ne sont pas forcément les portes professionnelles et ça bah ça, ça impacte ».

M8 : « Une de mes grosses inquiétudes, c'était de faire une intervention sur des jeunes du coin. (…) parce qu'il y a un impact émotionnel en connaissant les familles, en connaissant les gens et ça, ça m'inquiétait beaucoup ».

2.3. Le déroulement de l'intervention plus que l'intervention elle-même

Certains types d'interventions vont engendrer une angoisse automatique, anticipatoire à l'idée même de leur survenue. D'autres vont être **marquantes en raison du déroulement des événements.**

Si l'intervention se passe bien, le médecin n'en retirera aucune trace, il pourra même y éprouver de la satisfaction, celle d'un travail bien fait.

M2 : « Et c'est vrai que quand on sent qu'on fait les choses comme il faut, il y a un côté protecteur du psychisme quand on a fait ce qu'il faut ».

M4 : « Et les deux enfants que j'ai pris en charge, qui me faisaient flipper, j'ai eu la chance, ils s'en sont sortis. Et même bien sortis puisque la dernière, c'était une crise d'épilepsie qui, chrono avait duré 45 min et elle a eu zéro séquelle. Et on disait que c'était impossible et elle avait vraiment zéro séquelle. Donc ça, c'était vraiment bien terminé. Bon, j'en ai pas souffert ».

M5 : « La semaine dernière, j'ai fait un accouchement et il est né dans le camion des pompiers, c'était ma toute première et du coup ça, ça fait flipper et ça s'est super bien passé et c'était ultra valorisant. Enfin ça, c'était vraiment bien, c'était cool ! ».

Si au contraire, il pense avoir **des choses à se reprocher** ou s'il se retrouve en **situation d'échec,** l'intervention sera plus à risque de répercussion.

M2 : « Mais non ce qui est plus stressant, ça ne m'est quasiment jamais arrivé, faut que j'y réfléchisse. Mais c'est quand on, quand on me fait un reproche au sujet d'un patient, on me dit ''Bah tu sais, ce patient t'aurais pu faire autrement'' ».

M2 : « Mais ça par contre ! Ça, ça a trotté dans ma tête pendant trois jours, certainement, jour et nuit. Parce que je me suis dit que j'aurais pu le tuer ».

M6 : « Souvent, on a une surcharge émotionnelle, c'est souvent là où je me suis senti mal. C'est le sentiment de mal faire ou de pas avoir fait suffisamment, de ne s'être senti à la hauteur. Et d'avoir quelqu'un qui peut débriefer ».

M10 : « Moi, ce qui peut être plus difficile et qui peut plus me faire gamberger derrière, c'est si j'ai l'impression de pas faire ce qu'il fallait. (...) Ce qui m'embêterait, c'est de pas donner une chance à quelqu'un parce que j'ai pas su faire ce qu'il fallait ou voilà de faire une erreur, je pense que ça psychologiquement, ça serait plus difficile ».

De même, le ressenti sera différent si l'intervention se solde par la survie du patient ou par son décès.

La **connaissance du dénouement** et du **devenir du patient** apparaissant alors comme primordial pour le MCS pour la gestion de ses sentiments.

M2 : « C'est une chose qui est un peu désagréable en tant que MCS. Peut-être, c'est que peut-être même, j'allais dire un peu douloureuse, c'est qu'habituellement personne ne nous donne des nouvelles des patients ».

M5 : « Des fois on ne sait pas au téléphone, une piqûre, une allergie, même grave qui se passe bien. Ça ne nécessite pas (sic : d'appel de la CUMP) je pense hein... ».

I2 : - Et sur les choses qui se passent mal, pas (d'appel) systématiquement non plus ?

M5 : - Si, si, s'il y a un décès (...) Par exemple, une allergie grave mais qui se finit mal, je pense qu'il faut avoir la possibilité de le mettre ».

2.4. Des relations avec les autres intervenants qui varient

Le poids de l'isolement est contrebalancé par l'enracinement locale du médecin qui établit au fil de sa pratique **une relation de confiance avec les autres corps de métier** avec qui il intervient.

M3 : « C'est aussi une proximité avec des secouristes. Quand tu interviens sur piste, les secouristes tu les connais ».

M9 : « On se connait tous et finalement à force d'intervenir ensemble, on sait comment on fonctionne et finalement les choses avec le temps se délèguent très facilement. Je sais que dans certains secteurs ils ne font pas confiance aux pompiers. Moi je sais qu'un pompier il va poser une ceinture pelvienne comme il faut, il va mettre un collier cervical comme il faut, il va scoper comme il faut. (…) Je sais avec qui je travaille et donc c'est plutôt confortable ».

Les **relations avec les équipes du 15 et du SMUR sont plus aléatoires.**

Elles peuvent se révéler sereines, gratifiantes et sécurisantes…

M2 : « Y en a parfois qui me disent, c'est rarissime mais ça peut arriver, qui me disent ''tu veux intuber ?'', au moment de l'intuber. C'est vraiment super sympa ».

M4 : « Ben tu te sens beaucoup moins isolé en fait parce que t'es épaulé, ne serait-ce que par téléphone. Et puis les gens qui te forment, on les a aussi au téléphone quand on est déclenché. Et t'as l'impression que t'es moins isolé ».

M6 : « Ce qui est rassurant sur notre secteur c'est que quand même, on a le SMUR assez rapidement sur place ce qui fait que si on galère à poser une voie tout ça, on est quand même rapidement aidé ».

M6 : « J'aime bien régulièrement amener les patients à l'hôpital. Ça permet d'échanger avec les urgentistes, de dire qu'on est là. Voilà on a des compétences, qu'ils peuvent compter sur nous aussi. Donc c'est intéressant ».

Mais aussi **source de tension** et de **dévalorisation**.

M2 : « Quand je pose des questions, il y en a qui me répondent mais il y en a aussi soit qui me répondent pas, soit je sens que je vais pas poser de question parce que je vais me faire... Voilà et donc.

I2 : - Vous allez pas être bien reçu ?

M2 : - Voilà ! ».

M10 : « Il y a eu un contact un peu dur avec le médecin du SAMU qui a vraiment remis en cause ce que j'avais fait ».

2.5. Les capacités de résilience personnelle

Les médecins interrogés sont **confiants dans leur capacité à affronter les difficultés** psychologiques du métier de médecin ou des interventions MCS.
M2 : « Mais en fait, quand je suis en forme psychiquement, les contrariétés de la vie m'impactent. Alors ça, je l'ai déjà remarqué sur un mode personnel, m'impactent que pendant quelques jours je dirais. Deux à trois jours. Le temps de digérer, le moment difficile ».
M4 : « A titre perso, je n'en tire aucune gloire, mais j'ai jamais été vraiment impacté. J'ai toujours réussi à avoir un certain détachement ».

Ils sont conscients des **difficultés inhérentes au soin et à la profession** que le médecin est prêt à affronter.
M3 : « Et la violence du soin, ce n'est pas que les interventions MCS. Le soin on est confronté en soit au morbide, à la souffrance des gens. C'est dur pour les patients, c'est dur pour nous ».
M4 : « On nous a dit ''Si ça va pas, ben tu peux toujours en parler''. Mais on en parlait entre nous et on estimait que c'était le boulot et puis c'était les risques ».
M7 : « Si je supprimais la préoccupation urgences vitales immédiates de mes préoccupations quotidiennes, peut être que ça améliorerait ma qualité de vie. Mais voilà, j'affronte ce que notre métier doit affronter, c'est l'assistance à la personne en danger ».

Cependant, ces capacités de résilience peuvent être **affectées par plusieurs facteurs**.
Les MCS restent des médecins généralistes avec les responsabilités que cela implique au niveau de la **gestion de leur propre cabinet et de la charge de travail**. Une surcharge de travail entrainera une période de fragilité.
M1 : « Donc ça c'était plus difficile, surtout ce jour-là, un 25 décembre. Le cabinet blindé… Le fait de pas pouvoir être là, on sait qu'on a plein de patient en attente avec certaines urgences ».
M4 : « Et donc quand tu travailles et tu flanches pas par rapport... (…) Et on est en pleine saison et il faut tenir encore ».

M10 : « Enfin, faut arriver à travailler en étant bien (...) mais quand même c'est pesant. C'est clair que les endroits où ils sont de garde un jour sur deux. Bah franchement chapeau quoi. Et je pense que je pense que c'est difficile de bien travailler quand on travaille trop quoi, quand on est fatigué et tout ça ».
M10 : « Y'a des fois t'es en forme, les choses elles te passent dessus et des fois t'as soixante-dix heures de travail dans la semaine, t'es crevé, t'es fatigué et un truc qui est pas compliqué, va te mettre en difficulté ».

Deux interventions similaires vont être vécues différemment **selon l'expérience personnelle et le vécu du professionnel.**
M4 : « A 20 ans, tu passes au-dessus d'un balcon tout ça parce que tu es complètement bourré ou tu as pris de la drogue. Et moi j'ai plus de 50 ans, j'ai un enfant qui a 23 ans. Tu as un peu ça en tête, tu te dis ça pourrait être mon enfant quoi. Et là, ça te, ça te bouffe parce que tu dis c'est con quoi, c'est vraiment une grosse connerie quoi ».

Ainsi la **survenue d'événements personnels** est également à prendre en compte dans la capacité du médecin à gérer une situation difficile.
M2 : « Je pense qu'on a tous notre arrière-fond personnel affectif, culturel et cetera qui nous permettent de supporter des choses. Et puis aussi qu'on traverse des périodes de fragilité dans la vie ».

3. La gestion émotionnelle des interventions

3.1. Avant et pendant l'intervention

Lorsqu'ils sont déclenchés, les médecins mettent en œuvre **des techniques pour se préserver** de l'impact négatif psychologique que pourrait avoir une intervention.
On retrouve notamment :

- **Préparation** lors du trajet et **visualisation de l'intervention**.

M5 : « La musique, première chose, la musique. Après, j'essaie de me concentrer sur qu'est-ce que je vais faire. (...) Donc on essaie bien de savoir qu'est-ce qu'il faut checker, qu'est-ce qu'il faut faire. Donc déjà on arrive moins en se disant sur quoi on va, au moins on sait, on sait sur quoi on part, ça permet aussi de de détendre ».

M6 : « Au fur et à mesure des années j'ai développé des moyens pour éviter de réfléchir. La mise en place de protocole, un sac rangé toujours de la même manière avec des trousses spécifiques ».
M9 : « Si je suis appelé pour une douleur tho ou si je suis appelé sur un trauma sévère hop je sors ma fiche. Je ne la lis pas forcément mais je sais que dans la précipitation si j'ai besoin d'avoir des abaques et cetera ».

- La **dissociation** en se concentrant sur l'aspect technique de l'intervention

M1 : « Pas trop, j'arrive encore à bien dissocier sur le moment. On sait qu'on a tout donné pour l'intervention et on a fait le maximum pour accueillir la famille derrière. Donc non, je n'ai pas eu d'impact sur cette intervention-là ».
M2 : « J'essaye de m'accrocher justement à tout ce qui est protocole, de faire les choses dans l'ordre comme je les ai apprises, parce que ça c'est très rassurant ».

- **Communication thérapeutique, communication non verbale.** Cette méthode permet au praticien de se mettre dans des conditions psychiques favorables et de faire abstraction des perturbations extérieures.

M6 : « J'ai fait une formation communication thérapeutique et introduction à l'hypnose à Chambéry via le MCS. Ça m'a beaucoup apporté sur la gestion de l'intervention où en fait en instaurant un climat serein même si c'est le bordel, on sent que tout se calme et nous-même on est beaucoup plus serein pour gérer l'intervention ».

Ces techniques ne font pas parties de la formation obligatoire de MCS. Seule la communication thérapeutique pratiquée par M6 est issue d'une formation complémentaire. Leurs techniques de gestion sont **issues de leur parcours professionnel et personnel** avec un apprentissage par mimétisme auprès de leurs pairs.
M4 : « Je l'ai appris peut-être sur le tas et on m'a dit qu'il fallait faire comme ça, il fallait se détacher un petit peu et sinon on pouvait pas. C'était un chirurgien quand j'étais interne. Un chirurgien qui disait ''Tu peux pas être affecté au bloc opératoire dans une opération qui se passe pas bien, si on a d'autres opérations après'' (…) Donc ça j'avais toujours gardé en tête ».
M5 : « On le faisait un peu de façon inconsciente au SAMU, donc c'est vrai que c'est un truc que je j'aime bien. Enfin que j'ai repris un peu de ça entre autres, donc on va respirer tranquillement quand on part sur un enfant au SAMU ».

M6 : « C'est toujours ce qui m'avait impressionné moi quand j'étais interne. (…) C'est quelque chose que je me suis dit si eux le font, moi j'essaie de le reproduire aussi et ça fonctionne super bien ».

3.2. Après l'intervention

Après une intervention, les médecins cherchent à retrouver un équilibre psychique.
Pour cela, la première étape réside dans le **besoin d'extérioriser le vécu de l'intervention**, de manière individuelle ou collective.
M6 : « Pour cet accident-là, j'avais du monde plein la baraque donc quand je suis revenu, ça m'a fait beaucoup de bien de libérer. J'ai pu dire … je suis plutôt dans la communication plutôt que de garder pour soi ».
M7 : « Je me rappelle en rentrant chez ce médecin, c'était au milieu de la nuit en plus, avoir… il avait une piscine, avoir nagé dans la piscine pour me vider la tête ».

Ces debriefings sont l'occasion de se **rassurer d'un point de vue technique et émotionnel**.
M2 : « C'est ce qui m'aide moi personnellement le plus, c'est quand j'ai bien travaillé, c'est-à-dire quand j'ai fait ce qu'il fallait, quand il fallait. (…) C'est ça qui rassure, se dire bon, j'ai fait tout ce qui était bien à faire. C'est ça qui me, c'est ça qui m'aide ».
M5 : « C'était surtout pour ça, pour rassurer, non on a bien fait les choses. ''Il fallait faire comme ça''. Et que c'est sûr qu'on aurait pu faire mieux. Mais dans l'agitation, on a fait comme ça et il ne faut pas s'en vouloir ».
M6 : « Soit on en parle ouvertement, soit les autres posent la question très vite. C'est pratique, on peut très vite en parler et éviter d'accumuler du stress ou des sentiments. On est toujours dans la réassurance ».
M10 : « Mais je sais pas j'ai l'impression qu'à chaque fois qu'on en discute avec mes collègues, on se rassure hein, parce qu'on se dit qu'on est tous nuls ».

Ils **cherchent à tirer un bénéfice** d'intervention dont les difficultés se transforment en axe d'amélioration pour leur pratique.
M6 : « J'essaie vraiment pour ma part de faire un bilan de ce que j'ai bien fait et de ce que j'aurais pu améliorer. Identifier pourquoi ça été mal fait pour que ça me serve pour la fois d'après. C'est intéressant ».

M8 : « Se rendre compte, de discuter avec les autres, savoir comment ils ont géré etc. (...) Et du coup, ça permet de se préparer aux interventions suivantes et de relativiser ».

3.3. Les répercussions d'une intervention

Les répercussions d'une intervention sont **multiples.**

Variables **par leurs natures**, elles peuvent être d'ordre :

- **Professionnelles**

M4 : « Tu te dis bon bah tu peux pas être responsable de quoi que ce soit. Mais après tu y penses après dans la consultation, dans la prévention ».

M5 : « C'est toujours difficile le retour de MCS à la consult où les gens des fois ils sont pas contents parce que t'as une heure de retard donc c'est vrai que t'as plus vite tendance à t'agacer ».

- **Personnelles**

M3 : « Mon goût pour la montagne, même si ça finit par le tuer un peu quand même après six ans de secours en montagne ».

*M5 : « J'ai vendu ma moto. *rire. * après le mec qui s'est planté en moto. Ouais, je me suis dit, c'est bon quoi, enfin c'était pas le premier qu'on ramassait. Je me suis dit c'est bon, j'arrête. Donc oui, ça a un peu impacté, vu que j'ai vendu ma moto ».*

- **Physiques et psychiques**

M3 : « Oui, il y a des interventions que tu refais dans ta tête. Oui, il y a des fois quand on est médecin, je me mets à pleurer, je ne comprends pas pourquoi. Et puis tu regardes un peu ce que tu as fait dans les journées qui précèdent et puis tu comprends pourquoi ».

M4 : « Je vois mon jeune collègue qui avait été très marqué, ça se voyait sur sa figure pendant trois jours ».

M9 : « C'est quelque chose qui m'est déjà arrivé, et je pense que ça impacte de manière psychologique. Enfin en tout cas moi c'était de manière certaine. On ne va pas rentrer dans les détails mais le cycle suivant je n'ai pas eu mes règles et ce n'était pas en post COVID donc je pense qu'il y a eu un beugue quelque part ».

Variables **par leurs survenues**. Elles surviennent, **immédiatement,** dans les jours suivant l'intervention…

M9 : « Le soir avant d'aller se coucher, on y repense forcément. Dans les moments où on n'a pas l'esprit occupé par autre chose ».
M10 : « Bah dans les jours qui suivent effectivement. L'image, elle revient sur le devant de la scène quoi ».

… mais peuvent être plus marquées **à distance** de celle-ci.
M5 : « Parce que c'était assez frais, ça allait quoi. On se disait que ça allait. C'est pour ça que je pense qu'il faut un deuxième entretien un peu plus loin. Je pense que sur le coup ça va, t'es aussi dans le coup de l'effervescence, il y a pire que toi. (…) Je pense que sur le coup, tu as peut-être moins besoin, mais c'est après ».

Des répercussions sont possibles **en dehors du contexte de l'intervention** elle-même et revenir par le biais d'autres patients ou connaissances du médecin.
M2 : « Ben ça tombe comme ça. Alors peut-être ce patient je faisais plus attention. J'étais dans un autre truc. Pis tout à coup… Parce que mes collègues du SMUR de temps en temps me donnent gentiment des nouvelles sans même que je les ai demandées. (…) Je pensais qu'il était tiré d'affaire et j'avais pas demandé, puis boum. Ça, balancé comme ça ».
M7 : « Je vais connaitre cette personne par personne interposée, par connaissance sans que ce soit ma patiente. (…) Je sors de cette intervention et deux jours après je rencontre une copine qui est aussi la copine de cette fille et ce genre de chose ».
M8 : « Des retentissements, on en a régulièrement vu que de toute manière, on suit les familles, donc on est régulièrement reparti dans cette situation-là. Vu qu'on a des familles avec un deuil difficile ».

4. La prise en charge psychologique des MCS

4.1. Une prise en charge actuelle centrée sur les collègues et la famille

Les MCS s'appuient **en priorité sur leur entourage proche** pour débriefer les interventions qu'ils pratiquent. **L'exercice de groupe facilite** l'organisation de débriefing avec les collègues de travail.
M1 : « On débriefe pas mal avec les collègues. Ça c'est important aussi, c'est sûr. J'en parle au moins avec un collègue. C'est souvent qu'on demande des nouvelles comme on travaille à

plusieurs. On demande comment ça s'est passé. On peut dire aussi ce qui ne va pas et c'est une bonne échappatoire ».
M6 : « Même les interventions difficiles on en parle assez facilement. On en parle très vite aussi entre collègue. On est quatre MCS là, donc c'est pareil quand on sait qu'il y en a un qui a fait quelque chose de difficile, tout de suite on va aux nouvelles ».

Ces temps de débriefing occupent une place importante pour la résilience psychologique des MCS. Il en résulte un **sentiment de gestion efficace** des difficultés psychologiques du quotidien.
M6 : « Maintenant il y a une cellule, pour laquelle je ne me suis toujours pas intéressé mais on a reçu une newsletter. On a un numéro comme quoi on pouvait appeler justement si on avait des situations difficiles. Après nous je pense qu'en local, on arrive déjà à faire beaucoup. Enfin moi c'est ma soupape de décompression ».
M8 : « Quand on a des situations MCS, on en discute entre nous, on se retrouve, on en reparle et on refait le point entre nous et on évalue l'impact des uns sur les autres des situations quoi. Pour l'instant je n'ai pas besoin d'autre chose ».

Certains MCS qui ont une bonne **cohésion avec l'équipe médicale locale** peuvent également s'appuyer sur eux pour décompresser après la sortie. C'est alors l'occasion de renforcer la cohésion avec les autres acteurs locaux.
M3 : « Les secouristes tu les connais, tu as vécu des choses avec eux. Pas que des drames ! Tu peux avoir vécu des apéros avec eux. Mais voilà tu partages des choses dures avec des gens que tu connais ».
M6 : « Souvent on fait un débrief avec les pompiers. Soit sur le retour, soit des fois on va boire un coup ensemble pour discuter de l'intervention. Pour eux aussi du coup parce que ce n'est pas toujours évident ».

Outre les collègues de travail, **l'entourage familial** des MCS est également mis à contribution pour verbaliser après une intervention. Le soutien familial est perçu comme **complémentaire avec les débriefings entre collègue.**
M7 : « Avec le confrère, je vais plutôt revenir sur la pratique et après ce qui est plus personnel, ce qui m'appartient plus, très intime à ce moment-là ça sera plutôt avec mon compagnon ».
M9 : « I1 : comment est-ce que tu gères ces situations plus difficiles ?

- J'en discute, même avec mon mari. J'essaie de me focaliser sur l'essentiel dans ma vie, mes enfants voilà. Je vais au sport, je bouquine, je vois mes amis, je ne me m'isole pas ».

4.2. Des freins à la demande de prise en charge

a. Un devoir de bonne santé

Les confrontations régulières aux interventions violentes font, pour les MCS, partie intégrante du métier. La charge psychologique qui résulte des interventions ne doit pas affecter le médecin qui doit tenir **un rôle moral de stabilité émotionnelle**. Cette vision peut être à l'origine d'une dénégation de l'état psychologique du praticien constituant **un frein à sa prise en charge psychologique.**

M2 : « Je ne pense pas que nous faisons partie des personnes pour qui il doit y avoir des précautions dans l'annonce. On n'est pas impliqué sur le plan émotionnel. Je n'ai jamais personnellement souffert d'une annonce brutale. Je ne crois pas ».

M5 : « On est quand même des médecins, on a quand même vu des trucs affreux. Tous ».

Lors d'une intervention, ce devoir de résilience psychologique est exacerbé par le **rôle de chef d'équipe qui doit rester maître de ses émotions** pour rassurer et coordonner les soins et équipes sur place.

M2 : « Les pompiers sont là, mais on a un statut à tenir auprès des pompiers, on ne peut pas s'effondrer et en plus on a un boulot technique à faire ».

M9 : « Plutôt moi je dirais par manque de confiance en soi, la peur d'être jugée face à des pompiers qui ont déjà vécu eux X interventions. Et toi, tu en es à ta deuxième ou éventuellement à ta première. Et le fait d'en savoir finalement un peu moins qu'eux et se juger. »

Malgré tout, un impact psychologique peut survenir suite à l'intervention. L'exercice libéral confère cependant aux MCS des **obligations envers le cabinet** dont les consultations se sont interrompues.

Une indisponibilité est alors difficilement envisageable pour les MCS qui verraient la charge de travail de leurs collègues augmenter.

M2 : « Il ne faut pas oublier non plus que les médecins généralistes, ils n'ont pas le temps entre guillemets matériel de s'appesantir. On les appelle, ils sont en consultation, il y a du monde

dans la salle d'attente (...) Donc quand on voit enfin, quand je vois moi qu'il y a plus besoin de moi, je repars ».
M4 : « Y'a une équipe, tu te dis si je ne vais pas travailler demain parce que je ne suis pas trop trop bien, c'est un autre qui va me remplacer mais il va prendre ça sur ses jours de congé ».

Au décours des interventions, les MCS se retrouvent pour échanger sur leurs interventions. Ils sont alors conscients **du rôle de référent et de soutien qu'ils peuvent avoir envers leurs collègues moins expérimentés**, MCS ou internes, et qui les contraignent à ne pas exposer leurs difficultés.
M5 : « Alors, en l'occurrence. Je suis quand même souvent avec des internes en SASPAS donc j'essaie de les emmener. Je pense que c'est bien d'en parler ensemble. Sachant que moi je suis plutôt leur référent et je ne sais pas, je ne suis pas censé être celui qui va mal. Donc faut quand même garder ça parce qu'eux, ils ont besoin de ça ».
M9 : « Ça permet aussi de rassurer les jeunes en disant voilà ça peut arriver cette situation alors ne te blâme pas, ne te martyrise pas si jamais ça t'arrive ».

Enfin, si le MCS a besoin de s'appuyer sur son entourage familial pour décompresser, cette fonction de soutien peut également être **une charge et source de tension pour les proches.**
M2 : « S'il peut pas en parler à son conjoint ou à sa conjointe parce qu'il ou elle est déjà pas content qu'il soit parti de nuit, je pense, il y a une certaine forme de solitude qui fait que si on ne peut pas en parler à ses enfants, à ses parents, à ses amis, à son conjoint, il y a des fois ça peut, ça peut impacter d'une façon, ouais ».
M4 : « Ça n'a pas posé de problème dans la famille que je me fasse réveiller n'importe quand en pleine nuit pour partir, mais grâce à l'organisation MCS, franchement c'est plus cool ».
M7 : « Voilà, ça va aller plus vite dans l'énervement et la colère alors qu'il n'y a pas forcément lieu. Et d'ailleurs mon mari me dit : ''en fait, là, tu ramènes trop de truc quoi. Il ne faut pas que le cabinet rentre dans la maison'' ».

b. Une prise en charge en autonomie perçue comme satisfaisante…

Les MCS ont l'habitude de s'occuper seuls de leur santé ce qui se manifeste par **l'absence de médecin traitant** chez tous les médecins interrogés.

La plupart considérait comme peu utile l'apport d'un généraliste, ayant l'habitude de se prescrire pour eux-mêmes ce dont ils ont besoin ou de s'en remettre à leurs collègues pour des avis ponctuels.

M2 : « Les médocs, je me les prescris, les vaccins, je me les fais. Les suivis, s'il me faut un truc, bah je me le prescris. En tant que médecin pompier, ils me font une prise de sang une fois tous les ans… tous les 2 ans, pardon, enfin les recherches des trucs qui n'ont rien à voir avec mon profil ».

M8 : « Les collègues vont être les médecins traitants. Donc si j'ai un souci de santé physique ou psychologique, (…) c'est vers des collègues proches que je me tournerais. Et c'est ce que je fais systématiquement et c'est ce qu'on fait systématiquement ».

Les MCS interrogés **s'estiment en bonne santé** et ne voient donc pas d'obligation à débuter prochainement un suivi médical plus structuré.

M4 : « Mais je m'occupe très bien de moi parce qu'au fil des années, j'ai repassé des diplômes. Et je me suis intéressé à différentes choses (…) Je fais pas mal de sport, c'est pour ça que je suis en retard aujourd'hui (…) Je me suis fait faire un bilan cardiaque (…) De la même façon, le fait d'avoir été en contact avec pas mal de spécialités, par exemple, j'ai des prothèses (…) J'ai les contacts médicaux, enfin, je m'occupe de moi quand même ».

M9 : « Moi, je n'ai pas de médecin traitant. (...) je n'en ai pas forcément le besoin. Je me dis que si j'ai un problème, moi ça m'ait déjà arrivé d'avoir un petit souci, j'ai sollicité mes collègues. Et inversement ils m'ont déjà sollicité. Et après je suis une adulte jeune aussi. Je me dis bah, voilà mon suivi gynéco, il est fait par la sage-femme. Donc je le fais quand même. Je me prescris une bio une fois de temps en temps ».

c. … mais avec des limites identifiées

Cette prise en charge de leur suivi médical trouve rapidement **des limites**. Les MCS sont conscients qu'ils sont **moins bien suivis que le reste de la population**.

M5 : « Mais c'est vrai qu'on est quand même assez peu suivi hein, nous les médecins en matière... on est quand même assez peu suivi. Enfin, encore plus quand on est libéraux quand même. Je pense qu'on est vraiment laissé un peu à l'abandon ».

Ils reconnaissent parfois des **difficultés pour évaluer objectivement** leur état de santé et notamment le versant psychologique.

M5 : « C'est important d'en parler. Donc oui, je connais effectivement ça mais je ne sais pas à quel degré, ça m'a touché, ça, je ne sais pas ça ».
M8 : « Parce que des fois, quand on est encore dedans, on ne se rend pas compte de l'impact que peuvent avoir les interventions ».
M9 : « Moi c'est quelque chose dans mon activité de médecine générale que je ne néglige pas la part psychologique, du tout. Donc je pense que je suis plutôt réceptive à ça. Je me trompe peut-être, on est parfois très bon pour s'occuper des autres et très mauvais pour s'occuper de soi-même ».

Plus que la santé "physique", **la santé psychique reste à part** puisqu'elle touche à des notions intimes et expose les fragilités psychologiques qui vont à l'encontre des idéaux du médecin insubmersible.
Elle reste donc encore **difficile à aborder** avec l'entourage, et la **pudeur** limite les possibilités de débriefing.
M6 : « Mais je pense que d'avoir un débrief avec quelqu'un de complètement extérieur, ça peut faciliter un peu les choses quand même. Dire vraiment la totalité de ce qu'on a à dire. Parce qu'il y a forcément un impact quand on dit à ses confrères ou moi ma femme… Pas envie non plus peut être de me sentir minable sur des situations ».
M7 : « Je pense que voilà, on a notre estime de nous-même. On essaie de se livrer mais des fois il y a des freins et il n'y a pas la neutralité dont on a besoin ».

La **faible disponibilité en ressource médicale** dans ces territoires isolés est également un frein pour les médecins qui ne disposent pas facilement d'avis neutres à leur disposition.
M6 : « Oui, oui mais après ce qui est compliqué c'est qu'on se connait tous aux alentours et je ne me vois absolument pas me confier... La façon dont je demande aux patients de se confier à moi, je ne me vois pas me confier de cette façon à un confrère, du moins en local ».
M7 : « j'aurais du mal à trouver quelqu'un, qu'il y ait suffisamment de distance professionnelle. Voilà, il y a trop d'interaction. Je pense que c'est plus facile en ville où on peut choisir quelqu'un qu'on ne connait pas sur le plan personnel, avec qui on a pas trop de relation au quotidien. Là, on a un pool de médecin assez limité. (…). Je pense que dans les MCS qui vivons dans des endroits peu denses, ce n'est pas facile ».

Et quand ce sont les MCS qui perçoivent la détresse psychologique d'un collègue, ils peuvent parfois se trouver **démunis devant celle-ci, par manque de reflexe, de temps ou de connaissances** :

M4 : « Mais après, c'est notre faute aussi. Parce que là si t'en parles maintenant, en plus je suis régulateur au 15, la CUMP je la connais. (…) Mais c'est vrai qu'on a pas eu ce réflexe-là ».

M6 : « On a tous eu des internes qui ont été un peu ébranlés ou des collègues de travail qui ont été un peu ébranlés. C'est toujours bien d'avoir quelqu'un d'extérieur, de formé parce qu'on ne prend pas le temps nous justement de solliciter. C'est choses que nous, on met en place pour les autres et ça peut être intéressant ».

M10 : « I2 : Et donc par rapport à cette situation-là, après, t'avais débriefé avec tes collègues de la même manière ?

- Bah…. Non.

- Finalement non ?

- Finalement non, parce que je n'avais pas eu l'occasion donc et que le temps de débrief il n'est pas... pas organisé et donc soit on se croise le lendemain ou dans les jours qui suivent et j'ai eu l'occasion d'en parler soit y a d'autres trucs et puis voilà ».

4.3. Des perspectives d'amélioration

Les MCS seraient donc en recherche d'un professionnel neutre, sans lien direct avec leur réseau local pour pouvoir parler librement de leurs difficultés en cas de besoin.

Ils sont **favorables à un accompagnement psychologique** et à l'idée d'une prise en charge s'ils en ressentent le besoin.

M7 : « Je pense que je commencerais par demander l'aide de mes paires. Ça c'est sûr. De mes proches aussi. (…) Si ça ne suffisait pas je pense que j'aurais recours à une psychologue ».

M9 : « Je ne suis pas fermée à l'idée, si à un moment donné je suis en détresse psychologique, d'aller voir un psychologue, d'aller voir un hypnothérapeute. Je suis très hypnothérapeute dans les états de stress post traumatique, c'est pour ça que j'en parle beaucoup ».

M10 : « Ben il y a la CUMP ? C'est comme ça que ça s'appelle ? Donc je pense que si on avait besoin, moi je pense que je les contacterais. Après ça peut être consulter de son côté, aller voir un psychologue, une ou deux fois pour débriefer une situation. Moi, c'est pas quelque chose qui me gênerait du tout, si besoin. Ça je le ferais volontiers, si, j'en ressentais le besoin un jour ».

Et petit à petit, ils constatent **une meilleure prise en compte des souffrances psychologiques** liées au travail par rapport à leurs débuts d'exercice.

M2 : « Donc je ne me souviens pas quand j'étais jeune d'avoir été particulièrement choquée, mais je constate, par exemple dans les interventions de pompier qu'il y a souvent des jeunes et que les pompiers plus âgés y font attention, les mettent un peu de côté ou leur disent « ça va ? ». Ou bien parfois ils me disent à la fin d'une intervention (…) « Va voir un peu le petit, j'ai l'impression qu'il est pas bien » ».

M3 : « Mon premier accident, c'était une sortie SAMU, c'était un crash sur (…) On avait pas de suivi, on en parlait entre nous. Mais on a jamais… On nous a dit « Si ça va pas, Ben tu peux toujours en parler ». Mais on en parlait entre nous et on estimait que c'était le boulot et puis c'était les risques, mais on était beaucoup moins ouvert à notre ressenti et l'impact que ça pourrait avoir sur notre vie privée. (…) *On en parlait pas dans les années 2000 ».*

Plusieurs MCS ont d'ailleurs **déjà eu recours à des aides psychologiques** professionnelles dans le passé.

M2 : « Je ne sais pas, parce que je me dis un psychothérapeute, ouais, c'est utile un psychothérapeute hein. Je ne te cache pas qu'à un moment dans ma vie, j'y ai, j'y ai fait appel. Après, il y a des questions techniques auxquelles un psychothérapeute ne pourra peut-être pas répondre ».

M3 : « J'ai vingt ans de psychothérapie derrière moi et les derniers temps, avec le psychothérapeute qui a malheureusement pris sa retraite, je débriefais beaucoup beaucoup le travail. Pas forcément que le traumatisme, hein. Mais les situations au travail, ça faisait l'objet d'une supervision ».

5. Les apports d'un dispositif de soutien

5.1. Faciliter la demande d'aide

a. Un dispositif de soutien psychologique sécurisant

Un partenariat est en train de s'implanter en Auvergne-Rhône-Alpes entre les CUMP et les MCS pour permettre un accès à des soins psychologiques à cette population à risque.

Les MCS voient d'un œil **positif l'arrivée d'un tel dispositif d'aide** qui pourrait compléter la manière qu'ils ont de supporter la charge psychologique quotidienne.

M8 : « L'intervention d'un extérieur à la situation semble fondamentale. C'est d'avoir quelqu'un qui a du recul sur la situation et qui n'est pas, qui ne vit pas sur place, donc la CUMP pour moi c'est ce gros avantage là ».

M9 : « Oui, oui parce qu'en plus c'est une structure qui est rattachée au SAMU donc à la gestion de l'urgence, à la gestion de difficultés qu'on a pu avoir ou d'une ambiance délicate ou d'une famille envahissante. (...) Et du coup, on a affaire à quelqu'un qui sais de quoi on parle ».

M10 : « L'avantage c'est que là, ça va être des gens formés, plus formés à ces problématiques. Que si on consulte un psy en libéral, il le sera moins. Mais bon, ça, moi je pense que les deux sont complémentaires ».

Ils sont **rassurés de savoir qu'il existe désormais une structure disponible pour eux** en cas de besoin, malgré la distance.

M6 : « Je ferais en local pour l'instant. Et ça dépend vraiment de la souffrance pour le coup. Parce qu'après, une cellule spécialisée c'est quand même intéressant dans le sens où ils ont des outils et de l'expérience ».

M7 : « Même s'il n'y a pas beaucoup plus, déjà on se sent soutenu. On fait partie d'un réseau au lieu d'être seul au milieu de son équipe de pompier qui nous respecte beaucoup mais qui ne sont pas là après ».

M9 : « Déjà savoir que quelque chose existe et que le jour où on peut être en difficulté ou qu'on en a besoin, qu'on puisse les solliciter et c'est déjà beaucoup (...) ça évite de se sentir seul aussi le jour où on est face à cette situation. Qu'on l'utilise ou qu'on ne l'utilise pas en tout cas c'est de se dire « si je vois que ça n'évolue pas favorablement cette histoire, bah j'ai une ressource » ».

Le dispositif est, selon eux, **une solution pertinente et efficace** pour palier à la carence de soin psychologique et faciliter la demande de soutien. La connaissance de ces spécialistes en psychotraumatisme et leur lien étroit avec le SAMU leur donne de la **crédibilité aux yeux des MCS qui voient en eux un acteur capable de les comprendre.**

M6 : « C'est toujours bien d'avoir quelqu'un d'extérieur, de formé parce qu'on ne prend pas le temps nous justement de solliciter ».

M9 : « Je pense comme on disait que c'est vachement plus simple de discuter avec quelqu'un qui connait. Donc on a les collègues directs, on les sollicite. Donc effectivement le planning qui se monte c'est très bien parce que on va parler avec des gens du SAMU, qui ont bossés où qui sont très en relation et qui ont bien connaissance du terrain. Et un peu comme un groupe de pair ou groupe de parole, on va discuter avec des gens qui savent de quoi ils parlent. Et c'est toujours intéressant parce qu'on ne parle pas avec quelqu'un qui n'a jamais connu ou vécu cette situation ».

Mais des **doutes sont également exprimés sur la possible multiplication des intervenants** chez des médecins qui ont, avant tout, l'habitude de fonctionner grâce à leur entourage proche et qui ont **besoin d'être en confiance** pour s'exprimer.

M3 : « A un moment, la relation de soin elle est quand même singulière, elle est quand même intersubjective avec deux personnes qui attendent des choses l'une de l'autre. Et multiplier les intervenants sans qu'au final personne ne soit responsable trop, sans qu'il y ait finalement un référent ou quelqu'un sur lequel on puisse s'appuyer, ça a pour moi de grandes limites ».

b. Des numéros de contact

En l'absence d'accès facile à un soutien psychologique, plusieurs MCS peuvent ressentir un sentiment d'abandon suite à une intervention impactante. Certains évoquent les difficultés pour prendre rendez-vous malgré un besoin identifié.

Ils sont donc en demande d'une possibilité d'accès à une écoute psychologique via un **numéro à contacter** en cas de besoin.

M2 : « Ben sûrement que si j'avais eu un numéro de téléphone avec quelqu'un qui était prêt à m'écouter, facile, rapide, vite fait entre guillemets. Parce que sinon les listes dont je te parle, il faut téléphoner, faut demander. Faut voir si on accepte un rendez-vous. Si on t'accepte, ça peut être dans très longtemps. C'est vrai qu'avoir un numéro de téléphone juste disponible avec quelqu'un d'autre, tu sais, qui va te parler direct. De proposer des entretiens au téléphone ou en visio ou même te déplacer, mais comment dire d'accès immédiat. Oui, bien sûr, je l'aurais... Ça, c'est sûr que oui, je l'aurais fait ».

M4 : « Le plus gros rush c'est quand même les vacances d'hiver, donc là tu peux difficilement te déplacer mais peut-être au moins avoir quelqu'un au téléphone. Enfin je ne vois pas, entre nous, dans notre propre cabinet avoir une psychologue à dispo, j'y crois pas. Mais au niveau des MCS, si on avait un numéro ».

M9 : « Je pense que l'avantage de l'exercice en groupe, c'est intéressant, mais effectivement une cellule d'écoute psychologique derrière ou d'hypnose voilà … les choses qui peuvent être proposées ça peut être clairement intéressant. A l'époque, à part mes collègues, je n'aurais pas eu idée de me tourner vers qui que ce soit. Or, je pense que ça a du sens quoi ».

c. Case à cocher en fin de fiche d'intervention

Dans le cadre de la coopération avec les CUMP, les **MCS vont pouvoir signaler à la fin de leurs fiches d'intervention** si la mission a été « psychologiquement impactante » ou s'ils souhaitent se « faire contacter par la CUMP ».

Les MCS **accueillent positivement ces évolutions**.

M1 : « Je trouve que la nouvelle version sur le site AURA sur les fiches d'interventions avec les deux boutons pour appuyer : un, ça été psychologiquement important et un, contact CUMP, ça, ça peut être très très bien ».

M4 : « Mais si on regarde le côté médecin, je pense que le fait d'avoir la case j'ai besoin qu'on m'écoute là parce que c'est dur à aborder. Je pense qu'il faut le formaliser ».

Ils apprécient la **reconnaissance des difficultés des interventions.**

M8 : « Ça me semble important de pouvoir dire que ça a été difficile pour pouvoir après dans les stats quantifier et montrer que c'est difficile ».

M10 : « Le fait de mettre ça a été difficile mais je ne souhaite pas forcément être contactée, ça peut aussi permettre de montrer, qu'effectivement ces missions MCS, ce n'est pas rien quand même dans le quotidien d'un médecin. Et après, on peut très bien faire le choix d'être suivi à côté quoi. Donc ouais, c'est bien ».

Les fiches d'intervention étant systématiquement complétées, la présence de ces cases permet une **introspection personnelle plus systématique** sur la répercussion psychologique de l'intervention. Elles **facilitent ainsi la sollicitation d'un accompagnement** spécialisé en cas de besoin.

M4 : « Je l'ai plus ressenti à travers mes collègues sur des interventions où ils étaient, waouh, ils étaient lessivés et je pense qu'ils l'auraient coché à ce moment-là ».

M7 : « Ouais ça je pense vraiment que c'est chouette parce que je pense qu'en fait du coup on va y penser plus systématiquement et on va le faire assez naturellement puisque en fait c'est

une possibilité. C'est attendu que ça soit impactant. (…) voilà, quand le chemin n'est pas facile à trouver c'est moins attendu donc on ose moins ».
M9 : « Je pense que déjà de poser la question comme je disais à la fin des remplissages de fiche, bah c'est déjà peut être allumer une petite lumière quand même ».

Cependant, certaines limites sont relevées concernant le **manque d'objectivité des MCS qui remplissent les fiches d'intervention** au décours même de celles-ci. Ils peuvent avoir **tendance à omettre de les cocher** par minimisation de leur état psychologique, crainte de perte de temps ou symptômes d'apparition retardée.
M4 : « Et c'est important de le cocher tout de suite parce que plus tu réfléchis, après tu te dis, « oh bah non c'est bon, je vais m'en sortir » et tu ne coches pas ».
M8 : « Après faut qu'on fasse attention à ce qu'on soit bien, au moment où on le remplit. Honnête avec soi-même, à dire : c'est difficile ».

5.2. Un dispositif qui s'adapte aux MCS

a. La question des rappels à distance

Les MCS peuvent éprouver des difficultés à identifier immédiatement les répercussions d'une intervention.
Ainsi, **faciliter l'introspection à postériori avec possibilité de signalement** si besoin apparaît comme nécessaire pour eux.
Plusieurs pistes d'amélioration sont envisagées par les MCS pour les inviter à se questionner sur l'impact de leurs dernières interventions et avoir la possibilité de demander de l'aide :

- **Un bilan des interventions effectuées au cours des 6 derniers mois**, sous forme de questionnaire ou lors de rendez-vous dédiés.

M7 : « Maintenant ça va dépendre un peu du profil des personnes. Il va y avoir des personnes comme moi à mon avis qui vont demander de l'aide très tard et puis des gens qui vont se manifester beaucoup plus tôt et donc je pense qu'il faut d'un côté proposer très facilement la solution, il faut inciter les gens. Il faut dire par exemple, il faudrait que deux fois par an, si vous avez besoin, il y a ce rendez-vous qui est dédié ».

M8 : « Peut-être une manière à posteriori, plusieurs mois après, requestionner les MCS sur est-ce que vous avez eu dans les six mois, ou l'an dernier, une intervention qui a été impactante et qui a été difficile. Parce que peut-être que là du coup en se disant « Bah tiens oui cette inter-là, elle m'a pesé longtemps en arrière quoi » ».

- La possibilité de pouvoir **modifier à postériori la fiche d'intervention** pour notifier l'impact et la volonté de se faire contacter par la CUMP.

M5 : « Alors déjà le bouton sur la fiche, je pense que ça c'est ultra important, le bouton sur chaque fiche MCS (…) d'avoir la possibilité et même à posteriori peut être de pouvoir le faire. Que moi je puisse retourner sur ma fiche et je puisse mettre, en fait si, j'ai besoin. Un moyen de contact à postériori ce serait pas mal ça je pense. Ça serait intéressant ».

- Des **rappels systématiques à distance de certaines interventions** à fort risque d'impact psychologique ou ayant fait l'objet d'une case cochée sur la fiche d'intervention.

M5 : « Dès qu'il y a je pense des mineurs, des mineurs décédés. Je pense que ça c'est un truc qu'il faut au moins poser la question. Et je pense qu'il faut la poser peut-être pas au début. Enfin faut la poser au début mais faut la poser aussi à distance, je pense que ça, c'est important ».

M5 : « Je pense que ce qui serait intéressant, c'est d'avoir peut-être une visio avec quelqu'un quand on a fait une intervention comme ça. Peut-être une fois et recontacter à un mois quoi qu'il arrive, un mois ou deux derrière quoi qu'il arrive ».

b. Les modalités de contact par la CUMP

La question des cases sur les fiches d'intervention ainsi que des rappels systématiques amène aux modalités de contact des MCS par la CUMP.

L'activité essentiellement libérale des MCS et leur exercice en milieu isolé leur confère un emploi du temps chargé. Dans cette **constante nécessité de recherche de temps**, les MCS souhaitent avant tout **un dispositif offrant de la disponibilité**.

M6 : « C'est-à-dire que si on en a besoin, qu'on soit rappelé suffisamment rapidement dans les uns ou deux jours ouvrés grosso modo. Pouvoir débriefer si y a besoin et lâcher son sac si y a besoin. (…) Et d'avoir quelqu'un qui peut débriefer et qui peut dire : ben est-ce que tu aurais

pu faire autrement ? Est-ce que tu avais les moyens de faire autrement ? Qui connait très très bien la situation de Médecin Correspondant SAMU pour pouvoir justement accompagner ».
M9 : « Je pense à la demande. Exprimer que tu as été en difficulté. Comme ça a l'air d'être décrit. J'ai été en difficulté, je souhaite être contactée. Donc éventuellement une première fois téléphoniquement ou par mail et puis tu l'utilises ou tu ne l'utilises pas à ce moment-là. Peut-être une deuxième fois. Tu l'utilises ou tu ne l'utilises pas mais en tout cas tu as les coordonnées. Tu sais que cette personne t'a appelé, qu'elle est disponible pour toi, qu'elle est au courant de cette situation ».

Dans un objectif de gain de temps, les **modes de contacts dématérialisés par appel, visio voire mail ont la préférence des MCS**. Les rendez-vous en présentiel représentent eux une perte de temps en transport depuis des lieux d'exercice isolés.
M7 : « En fait déjà un appel téléphonique. Juste un appel téléphonique. ''On a vu que'', ''on est préoccupé du coup de savoir comment ça se passe pour vous''. (…) Et ça déjà c'est beaucoup ».
M8 : « Je pense qu'il faut déjà un premier contact par téléphone ou visio et si jamais besoin de faire quelque chose, en physique ».
M10 « c'est comme tout, ça rajoute une heure de réunion dans la semaine du coup ça enlève ça. Enfin voilà, toutes les réunions nous prennent du temps sur autre chose, mais ça aurait été intéressant ».

La **systématisation des appels de la CUMP est un point de divergence** entre les MCS.
Certains souhaitent conserver strictement la main sur les sollicitations des CUMP via la mention « je souhaite me faire contacter par la CUMP » des fiches d'intervention.
Encore une fois, la **principale crainte** est une **sur sollicitation du dispositif** qui viendrait empiéter de manière trop importante sur leur journée.
M1 : « Mais systématiquement je ne pense pas, il faut que ça vienne de la personne. (...) C'est pour ça que je pense que le bouton qui va être créé : cette situation a été importante, est plutôt pertinent ».
M6 : « ça dépend comment le contact est fait, d'être sollicité : tiens vous avez fait cette intervention … faire perdre du temps alors que… C'est plus ça qui m'embêterait ».

D'autres MCS, au contraire, sont favorables à des **appels obligatoires** immédiatement et/ou à distance en cas d'intervention à très fort risque d'impact psychologique.

L'objectif est alors de **pouvoir prendre contact avec tous les MCS, y compris ceux qui ont tendance à ne pas demander de l'aide** alors qu'ils sont impactés.
M2 : « Moi je trouve que oui, ça pourrait être systématique sur certaines interventions, par exemple toutes les interventions où il y a des morts d'enfant. Ça, je pense que oui ».
M5 : « La population MCS, on est quand même un peu cowboy. Voilà, ce n'est pas une légende et je pense qu'on aura tendance à dire qu'on n'a pas besoin. Donc c'est pour ça que je pense qu'il y a certaines inters où il ne faut pas poser la question. Faut appeler ».

Enfin, pour ces médecins qui ont des difficultés à solliciter de l'aide extérieur, certains MCS évoquent la **possibilité de pouvoir solliciter la CUMP pour un collègue en détresse**.
M1 : « Il faut que ça vienne de la personne. A moins qu'elle ne sache pas demander de l'aide ».
M6 : « Je verrais plutôt ça à la demande. C'est-à-dire vraiment si on a le besoin de, ou déclenché par des collègues qui ont l'impression que. Parce que des fois c'est vrai on n'est peut-être pas conscient ».

Cela pose néanmoins la question de l'auto et hétéro repérage des signes de détresse psychologique chez les MCS.

5.3. La question de la formation en psychotraumatisme

a. Connaître et parler du psychotraumatisme pour sensibiliser

S'ils ont souvent entendu parler, les MCS ont le sentiment de **méconnaitre le psychotraumatisme et ses effets**.
M1 : « Si on doit mettre une échelle, ça serait un peu en dessous de la moyenne. Mais je ne sais pas si on peut mettre une échelle. On a des connaissances mais je pense qu'on est pas du tout formé à ça ».
M6 : « Sur une échelle de zéro à dix, je mettrais trois. Donc c'est ce n'est pas beaucoup, je n'ai pas beaucoup de connaissance dans le domaine. Je vais très rapidement vers mes collègues (…) je ne suis pas forcément très bien formé, nos études ne nous forment pas, où je ne m'en rappelle pas ».

Même si certains MCS s'estiment plus à l'aise avec ces notions, les pratiquant régulièrement dans le cadre du suivi de leur patientèle.

M1 : « *C'est au fur et à mesure de l'expérience mais aussi accompagné des patients sur ce type d'évènement. C'est vrai qu'on a beaucoup recours à des patients ou des médecins généralistes qui nous demandent de l'aide sur certaines situations qui peuvent s'apparenter aussi à des psycho-trauma. Donc on essaie de se faire un réseau local et d'avancer aussi avec eux ».*

M5 : « on connait un peu les psycho-traumatismes. Moi j'en ai certains des militaires qui ont ça, effectivement c'est compliqué à gérer ».

M9 : « Je parle un peu de l'état de stress post traumatique, c'est souvent ce que j'utilise pour mes patients parce que je trouve que ça s'en rapproche ».

Des **formations complémentaires ou certaines interventions passées** ont permis à des MCS d'aborder brièvement la notion du traumatisme psychique.

M1 : « Je viens de sortir de la formation facteur humain à Chambéry, on a pu intégrer certaines notions de tout ce qui est facteurs humains, clairement c'est la thématique de la journée. Comment intégrer ces facteurs et comment on peut les diminuer. Les réduire à zéro on ne peut pas mais les diminuer oui ».

M3 : « J'en ai eu des formations avec des psychologues via la capacité de médecine d'urgence. Très peu. Après à l'hôpital, il y avait des trucs quand même. Maintenant c'est beaucoup mieux organisé que ça ne l'était, ils font des debriefs réguliers avec un psychologue. Dans le cadre du MCS il n'y a rien de très formalisé me semble-t-il ».

M8 : « ça a été hyper intéressant pour les gens, pour nous aussi. L'idée c'est que... on a compris que c'était pour nous préparer potentiellement au stress post-traumatique, c'est à dire que connaître, reconnaître un peu les signes de mauvaise acceptation, gestion de ce genre d'intervention et du coup, pour ça, ça a été très intéressant ».

Les MCS s'accordent pour dire qu'il faut parler d'avantage du psycho-traumatisme pour **mieux connaitre, sensibiliser et libérer la parole** autour de cette notion.

M1 : « En avoir connaissance, même si c'est un peu théorique, d'en avoir connaissance pour pouvoir déjà les repérer ça serait intéressant ça aussi (...) Rien que le fait de les reconnaître, d'avoir connaissance que ça existe, les différentes particularités, ça serait un bon point. Ça serait un point important ».

M4 : « Il faudrait peut-être en parler plus souvent, même dans nos formations, pour qu'on ait le réflexe, parce que, en fait, c'était du domaine du réflexe ».

M9 : « *Mais en tout cas dire que ça existe et puis que c'est possible d'être impacté psychologiquement par une intervention et qu'on n'est pas des surhommes et des surfemmes et qu'on n'est pas isolé, et qu'on n'est pas tout seul ».*

D'autant qu'ils sont conscients qu'une **meilleure compréhension** du psycho-traumatisme permettrait de **mieux repérer** des symptômes similaires chez leurs collègues, chez leurs patients ou pour eux-mêmes.

M5 : « Peut-être que pour ma santé mentale, il faut que ce soit nécessaire et que j'ai des notions sur comment s'auto-dépister si on n'est pas bien, ça, peut-être que ça c'est important ».

M10 : « Si on connaît, on sait toujours mieux repérer chez nous ou chez les autres. Donc je pense que c'est intéressant ».

b. Un intérêt ambivalent

Malgré tout, les MCS ont un avis ambivalent sur les formations spécifiques aux psycho-traumatismes.

S'ils sont **demandeurs d'une possibilité de formation** en psycho- traumatisme ...

M7 : « Je pense déjà qu'une bonne connaissance du traumatisme, de comment ça se déroule et de pourquoi est-ce que ça devient (...) Et donc je suis persuadé en fait qu'il vaudrait mieux qu'on prenne les choses en amont, que les gens soient capables de repérer quand ça prend trop de place ».

M9 : « Je pense que c'est bien de nous le rappeler et éventuellement de nous former ou d'avoir une information où tous les ans « ça existe ou vous pouvez être formé à ça (...) Peut-être l'intégrer, intégrer un petit temps à ça dans nos formations ».

... en **insistant sur le côté pratique des formations** pour combler leurs lacunes…

M1 : « Et après de nous donner des clés, ou des ressources, pour pouvoir dans telle situation les déclencher ou y avoir recours. (...) Ça serait un point important. Après si on a des ressources en plus, c'est très bien car on peut les appliquer si la situation se présente ».

M2 : « Je ne sais pas, ni ce qu'on peut attendre comme symptôme, ni ce qui peut arriver à part la reviviscence. Et il y a peut-être d'autres choses qui peuvent arriver comme symptôme. Puis, je ne connais pas de quelle façon on peut les identifier ou éventuellement les traiter ou des choses comme ça, je ne sais pas non plus en fait, j'ai zéro connaissance là-dessus ».

… ils **n'envisagent pas pour autant d'y avoir recours pour eux-mêmes** s'estimant suffisamment armé psychologiquement.

M6 : « Après moi j'aide en soutien mais sur tout le processus psychologique en tout cas de déblocage ou autre pour avancer… je n'irais pas forcément sur ce type de formation là, comme ça, spontanément. Parce qu'on déborde de plein de choses ».

M9 : « Moi, à titre personnel je ne suis pas forcément demandeuse d'autant qu'on sait maintenant qu'il y a quelque chose qui existe ».

c. La formation aux traumatismes psychiques : une priorité ?

Les MCS doivent, en effet, assumer un **nombre de formation élevée** puisqu'ils doivent assurer les formations médicales utiles à tout médecin généraliste en plus des formations obligatoires et complémentaires de MCS. **Les MCS priorisent donc les formations** et un module sur les psychotraumatismes ne semblent pas leur priorité.

M5 : « On croule sous les formations mais effectivement pourquoi pas, ça peut être intéressant, ne serait-ce que s'auto dépister peut-être sur certains trucs ».

M8 : « Obligatoire, il y a trop de choses déjà à gérer parce que voilà, il faut voir les basiques et c'est assez important. Parce que si on veut être à l'aise en Inter, il faut qu'on sache gérer notre matos, notre Inter ».

Ils optent donc pour des **propositions de formations facultatives** que pourraient suivre les MCS en difficulté avec les traumatismes psychiques.

M3 : « Il ne faut pas imposer ce genre de chose. On a tous nos manières d'appréhender les choses et il y a des gens qui sont forcément plus hermétiques à ça et il faut que ça soit un choix pour moi ».

M4 : « Oui, oui, mais alors ce n'est pas ce qui me passionne le plus dans le MCS. Alors je sais qu'il y en a qui seront peut-être plus intéressés, qui ont plus de fibres avec ça ».

M8 : « Dans de l'optionnel oui ça pourrait très bien être. Et puis du coup, je pense aussi qu'on est dans de l'ordre du psy et faut qu'il y ait une démarche personnelle d'aller chercher l'information plutôt qu'on nous l'impose ».

Une autre solution avancée serait **d'inclure ces notions lors des simulations ou formations** obligatoires ou complémentaires **préexistantes**.

M2 : « Peut-être qu'on devrait avoir une formation là-dessus à la fois pour nos patients, et à la fois pour nous. Si jamais par exemple, on était impacté d'une façon trop marquante par rapport, par rapport à certains types de réanimation. (…) je la mettrais peut-être plutôt dans les modules complémentaires parce qu'il est possible qu'il y ait des gens qui pensent ne pas en avoir besoin ».

M4 : « C'est vrai que le fait de travailler en groupe si on avait, pas forcément une grosse formation là-dessus, mais si ça faisait partie d'un des ateliers, par exemple de la formation MCS, je serais plutôt favorable (…) ça permet de s'évaluer les uns les autres quoi. Et si on a une sensibilité, la détection du traumatisme repose plutôt sur la sensibilité des uns ou des autres ».

M6 : « Je l'ai touché du doigt sur cette formation complémentaire mais je pense que ce serait pertinent de le mettre en formation initiale enfin sur les modules. (…) Ou l'intégrer, parce qu'on le rencontre souvent sur la traumato ».

5.4. Renforcer les interactions entre les intervenants pour rompre l'isolement

a. Renforcer le lien ville hôpital et les intervenants locaux

Du fait de leur exercice à mi-chemin entre libéral et hospitalier, les MCS souhaiteraient **renforcer la collaboration ville-hôpital** afin d'être mieux intégrés par exemple lors des interventions pour les personnels.

M2 : « À cette occasion, l'hôpital avait organisé pour le personnel, enfin le personnel du SMUR qui était présent. (…) Ils avaient organisé une réunion de prise en charge Psy. Et par hasard, vraiment, ce n'était même pas délibéré de leur part. Par hasard, j'avais été au courant et invitée. (…) Bon en fait j'avais pas eu d'invitation formelle. Comme si par rapport aux intervenants hospitaliers, comme si j'avais pas existé ».

M8 : « Donc on a eu besoin de la CUMP pour venir organiser une cellule de débriefing pour les gens du coin. Et du coup nous on en a profité pour voir les psychologues de la CUMP à ce moment-là du coup ».

Les MCS seraient également en faveur de développer **plus de liens avec les acteurs locaux** quand cela est possible afin d'optimiser les prises en charge et les relations entre soignants.

M9 : « Mais encore une fois c'est l'avantage d'un petit réseau où on se connait tous, où on peut débriefer où parfois même on fait des petites formations ensemble ».
M10 : « Je trouve que typiquement ce genre de chose, c'est presque dommage qu'on n'interagisse pas plus avec eux et qu'à ce moment-là, on puisse se réunir ensemble. (...) les gens avec qui on travaille, c'est les pompiers et en fait on n'est pas formé avec eux, on connaît pas bien comment eux ils fonctionnent, on débriefe pas avec eux et je pense que ça, ça serait un truc qu'on pourrait améliorer ».

b. Groupe d'échange entre pairs (GEP) lors des formations

Les MCS plébiscitent largement la notion de **groupe d'échange entre pair**. Ils s'inscrivent parfaitement dans le fonctionnement global des MCS (débriefing entre collègue, apprentissage par retour d'expérience, réassurance, soutien des collègues moins expérimentés ou isolés ...).
M8 : « Se rendre compte, de discuter avec les autres, savoir comment ils ont géré etc. Et que ça soit des jeunes ou des moins jeunes, c'est-à-dire que on a aussi des anciens qui racontent leurs histoires où ça a été très difficiles. Et du coup, ça permet de se préparer aux interventions suivantes et de relativiser. »
M9 : « Ça peut être je pense intéressant d'avoir des personnes qui ont vécu ou pas des situations anxiogènes ou qui ont vécu les mêmes situations mais eux ça ne les a pas perturbés. Comment ils ont fait ? Ce qu'ils ont utilisé comme outil pour ne pas se laisser envahir par ça ».

Ces échanges sont déjà **réalisés de manière informelle** lors des formations annuelles.
M5 : « Je sais pas, après les formations c'est pas mal pour ça. On discute beaucoup des inters qu'on fait. La fréquence des formations fait que on se rappelle quand même de nos inters de l'année ».
M9 : « O*n se voit tous les ans aux formations MCS. On est là pour apprendre mais on débriefe toujours un petit peu ».*

Une systématisation est envisagée par la plupart des MCS, pour **formaliser ces retours d'expérience**. Cependant se pose la question de l'organisation qui nécessite une prise de temps difficile à mettre en œuvre en pratique.
La solution des **groupes locaux ou de dédier un temps lors des formations** est évoquée pour pallier à ces problèmes.

M3 : « Puis pourquoi pas d'organiser … après des réunions on peut en faire tous les soirs quand on est médecin si on veut, mais d'organiser du retour d'expérience ou de l'échange de groupe de pair sur des situations MCS prise au hasard ou non, ça pourrait être intéressant aussi ».

M5 « Peut être des petits groupes mais pas nombreux quoi. Parce que je suis pas du genre à me confier. Mais je pense peut-être des petits groupes. Ouais, de trois à quatre en disant pendant pas longtemps, mais peut-être au moins pour déceler ceux qui auraient besoin derrière d'un suivi ».

M8 : « Après organiser une journée de retour de situation difficile, ouais, ça, c'est peut-être un peu compliqué (…) parce qu'en fait je pense qu'il faut pour pouvoir faire sortir les choses… on parlait compagnonnage mais mettre des gens qui ont eu des situations potentiellement difficiles en relation. (…) si on était tous ensemble pour parler des situations compliquées, peut-être qu'il y aurait des situations qui sortiraient du coup. Sur une journée ou deux ».

c. Intervention à plusieurs

Afin de limiter les répercussions des interventions et optimiser les prises en charge, certains MCS s'organisent ou souhaiteraient **s'organiser localement pour intervenir à plusieurs** lors des missions.

M4 : « J'ai une ou deux infirmières au cabinet médical, donc quand je suis sur les pistes, y a une époque on arrivait à emmener les infirmières (…) en plus mon infirmière elle est pompier, donc quand c'est un peu la galère, elle est là aussi et ne serait-ce que discuter, je sais qu'elle va poser une perfusion pendant que moi je vais faire autre chose ».

M6 : « C'est la gestion du stress sur le moment qui est un peu différente. Le fait d'être tout seul on n'est pas tellement équipé en ISP donc au départ c'était un peu compliqué. Mais bon, on essayait avec les collègues si on avait un gros truc d'y aller à deux si besoin ».

M7 : « En même temps ça peut être très intéressant d'être à deux sur des interventions un peu chaudes ».

Des **difficultés organisationnelles** apparaissent néanmoins pour mobiliser deux MCS simultanément.

M10 : « c'est vrai que quand on peut essayer de partir à deux, c'est rarement le cas parce qu'en fait quand on est deux à partir du cabinet, alors que tout le monde a des rendez-vous prévus tous les quarts d'heure, ça devient vite franchement compliqué. Mais c'est vrai que sur les

vraiment gros trucs typiquement l'AVP moto du jeune là on y est allé à deux et ça c'est vraiment vraiment plus confortable ».

Ces interventions à plusieurs sont notamment envisagées pour mieux accompagner les membres inexpérimentés du réseau lors de leurs premières interventions.

5.5. Un suivi individualisé

Des facteurs de fragilité psychologique peuvent apparaître aux yeux des MCS et nécessiter une attention particulière par rapport aux autres membres du dispositif.

a. Vigilance accrue au niveau des membres inexpérimentés

Le manque d'expérience est largement identifié comme un facteur prépondérant d'impact psychologique chez les MCS.

Ils plébiscitent donc une **vigilance accrue** par le réseau pour les membres les **moins expérimentés ou pour les internes** accompagnants leurs maitres de stage.

M4 : « Et des internes, c'est comme des jeunes MCS qui ont pas beaucoup d'expérience (…) ce serait bien que les internes aient la possibilité aussi qu'on puisse mettre dans la fiche si l'interne a besoin parce que ça me semble compliqué que l'interne puisse lui-même remplir. Ce serait l'idéal parce que c'est vrai qu'ils veulent pas nous dire à nous ».

M5 : « I2 : Et tu disais avec l'expérience on se blinde, c'est plus dur le pendu pour les jeunes. Du coup tu penses que le facteur jeunesse, un début de carrière, c'est plus difficile ?
- Expérience, expérience, c'est pas tant jeune parce que on peut avoir 50 ans et décrocher son premier. Mais par contre l'expérience.
- Il faudrait une vigilance plus particulière ?
- Oui sur les jeunes MCS ».

M8 : « L'encadrement des jeunes MCS qui serait à réfléchir. Mais qui n'est pas possible dans tous les cabinets, mais peut-être le mettre en valeur et peut-être aussi… Je ne vais pas dire indemniser mais peut-être le favoriser quoi, l'encourager en tout cas ».

Au niveau local, certains cabinets de MCS se sont organisés pour **accompagner les premières interventions** des moins expérimentés.

M6 : « Moi les premières ce qui était intéressant c'est que c'était ma collègue qui était déclenchée au cabinet où elle demandait de l'aide parce que toute seule c'était un peu compliqué donc c'était les premières mises à l'épreuve ».
M8 : « On a un jeune qui va être avec nous cet hiver. Il a pour consigne de ne jamais être tout seul sur les interventions. (…) il y aura toujours un de nous qui ira avec lui pour l'accompagner et qu'il ne soit pas tout seul sur l'inter. Même si on est juste là en support et que s'il n'y a pas besoin, au pire on est chauffeur. Mais on sera là pour gérer l'avant, pour gérer le pendant et pour gérer l'après, surtout émotionnellement ».

Il est également évoqué un **système de parrainage des MCS** inexpérimentés par des collègues plus aguerris.
M8 : « Le compagnonnage, c'est important. Est-ce que d'avoir aussi un appel d'un collègue sénior MCS un peu plus aguerri sur ce genre de situation et en même temps dans les mêmes situations que nous, c'est à dire situation isolée, et cetera, ça pourrait être intéressant ? ».

Enfin, au niveau des CUMP, cette vigilance supplémentaire pourrait prendre la forme d'appels plus systématiques sur cette catégorie de médecin.
M8 : « Peut-être que voir en fonction aussi de, pas de l'âge du médecin mais de son ancienneté dans le parcours MCS. Peut-être se dire que quand c'est un MCS, c'est sa première année et qu'il y a des décès. Peut-être un peu systématiquement s'assurer comment il l'a géré ».

b. Vigilance pour les plus isolés.

Le soutien de l'entourage est indispensable à la bonne santé psychologique des MCS interrogés. Ainsi, une vigilance supplémentaire par le réseau est souhaitée pour les **MCS qui sont en situation d'isolement** par exemple lorsqu'ils exercent seuls.
M3 : « Si j'avais une conclusion à te dire de tout ça, ce serait que l'exercice de groupe, à tout point de vue, participe à éviter la souffrance psychique des professionnels de santé ».
M6 : « Je me sens privilégié effectivement. Je ne me sens pas esseulé et privilégié parce que je suis bien entouré aussi et ça, ça joue beaucoup ».
M9 : « Après je pense que c'est repérer les gens qui sont isolés de par leur exercice. Parce que je pense que si on est plusieurs et qu'on a l'habitude de travailler avec ses collègues qu'ils nous connaissent, ils vont repérer qu'il y a un truc qui ne va pas. Quelqu'un qui est isolé et qui a fait

des sorties qui peuvent être lourdes je pense que lui c'est peut-être bien d'aller le flasher, le solliciter peut-être un petit peu plus ».

c. Vigilance retentissement judiciaire

Deux MCS évoquent un besoin de soutien et accompagnement du réseau en cas de **judiciarisation d'une intervention**, ce qui entraînerait des répercussions psychologiques majeures.

M7 : « Quand une intervention se passerait mal et qu'il pourrait y avoir des suites judiciaires ou des choses de ce type-là. Voilà, je pense que c'est le traumatisme ultime (...) Là aussi je pense qu'un accompagnement psychologique est nécessaire ».

M8 : « Je pense que les décès en pédiatrie par exemple, (…) Ouais, je pense que tout ce qui va être jeune pour moi, ça, ça l'est. Multi victime aussi avec multi décès peut-être, ça fait partie des choses qui sont impactantes. Après, c'est peut-être voir un peu loin, mais les interventions qui amènent à un litige avec des … avec des patients avec des plaintes ».

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

Cette étude était conforme aux critères présents dans la grille COREQ (Annexe n°3).

L'échantillon était de qualité. On y retrouve une parité homme/femme, au moins un représentant de chaque réseau du dispositif MCS d'AURA et des modes d'exercice variés entre des médecins exerçant en station ou en ruralité, en solitaire ou en groupe.

On peut néanmoins supposer un biais lors du recrutement qui a probablement sélectionné une population plus informée et plus intéressée que la moyenne par le sujet de la santé mentale.

Le critère d'inclusion de 5 ans d'expérience dans le réseau MCS est discutable car il a exclu deux tiers des MCS du réseau.
Il a cependant permis, comme désiré, de constituer un échantillon de médecin ayant dans la quasi-totalité vécu au moins une intervention psychologique impactante et ayant du recul sur leur activité de MCS.

Les investigateurs étaient tous les deux novices dans le domaine de la recherche qualitative et dans la conduite d'entretiens semi-dirigés. Il se peut également qu'il existe une variation dans le déroulement de l'entretien en fonction de l'investigateur.
Ils ont pu cependant s'appuyer sur un guide d'entretien commun validé en amont. Le guide a été réévalué régulièrement. Il a été peu modifié au cours du travail.

De plus la durée moyenne des entretiens est tout à fait conforme pour ce type d'étude.
Les entretiens ont été réalisés en dehors des périodes de consultation des médecins interrogés à une date et un lieu décidé par le participant. Ce mode de recueil a favorisé une ambiance sereine et propice à la compilation des données.

Le déploiement des « boutons CUMP » au cours de l'étude a probablement entrainé un biais dans les réponses que les participants pouvaient apporter, notamment lors des derniers entretiens effectués.

L’analyse de l’ensemble des entretiens a été réalisée de manière totalement indépendante par les deux investigateurs avant triangulation que ce soit pour l’étape d’étiquetage ou d’approche idiographique.

2. Résultats principaux et comparaison avec la littérature

La présentation schématique suivante fournit un modèle explicatif des résultats de l'étude.

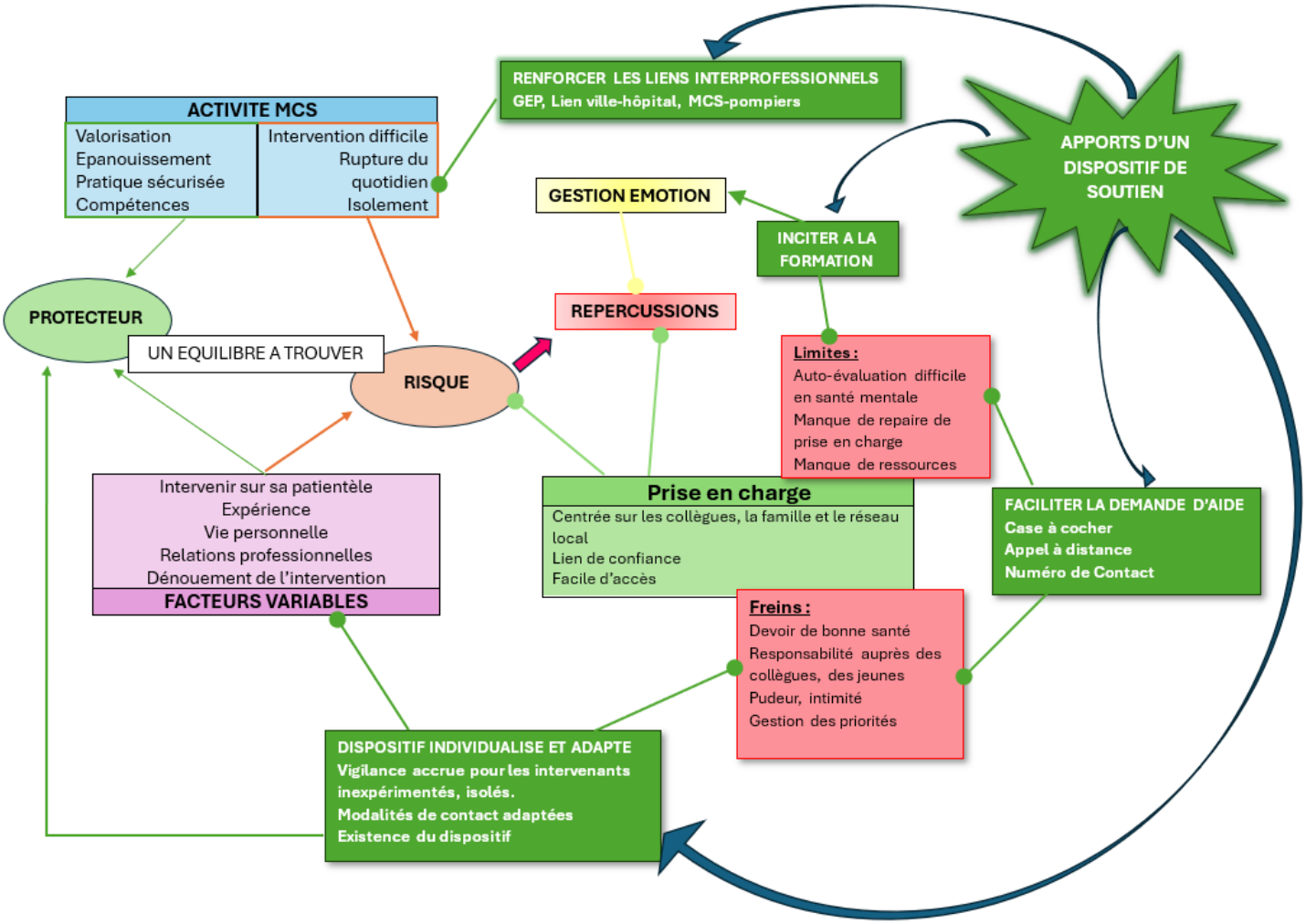


Figure 1: Schéma explicatif des résultats principaux

Afin de cerner au mieux les attentes des MCS en matière d'accompagnement psychologique, nous avons décidé dans un premier temps d'analyser leur fonctionnement et leur ressenti vis-à-vis de leur activité.

Le fonctionnement des MCS.

Il apparait que pour ces professionnels, l'activité de MCS est une protection psychologique via la valorisation de leur impact et de leurs compétences. Elle permet un épanouissement professionnel et une sécurisation de leur pratique médicale.

En effet, les travaux réalisés jusqu'à présent auprès de MCS vont dans ce sens. On retrouve une satisfaction globale des médecins qui appartiennent au réseau, comme par exemple dans les thèses du Dr. Seewald (20) ou encore du Dr. Minet (21). Satisfaction d'autant plus importante quand on sait que l'épanouissement professionnel est un des facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel. (22)

La sécurisation de la pratique et le service rendu étaient, par ailleurs, les principales motivations retrouvées à l'adhésion au réseau MCS. (23) (19)

Cependant, cette fonction s'accompagne aussi d'une charge psychologique avec des interventions difficiles qui forçaient les médecins à sortir de leur zone de confort.
Nous avons pu identifier certains facteurs générateurs de stress pour les MCS liés à la nature de leurs interventions ou aux conditions dans lesquelles elles se déroulent.

L'environnement d'abord, parfois hostile, qui peut déstabiliser les MCS.
Le Dr Martin (24) évoque effectivement la nécessité pour les MCS de devoir s'adapter aux conditions météorologiques.
C'est d'autant plus le cas avec des moyens et effectifs réduits qui les amènent parfois à dépasser leur fonction par exemple en cas d'indisponibilité du SMUR.

L'intervention ensuite, qui vient rompre subitement la routine quotidienne du MCS. La pédiatrie et les traumatismes violents sont les interventions marquantes les plus citées, ce qu'on retrouve dans d'autres études, comme celle du Dr. Fraysse effectuée sur les marins pompiers de Marseille. (25)

Cette charge psychologique est exacerbée par l'isolement lié au statut de MCS. Il peut être géographique, personnel ou professionnel. L'isolement est également décrit dans la littérature

comme un des facteurs de risque de troubles psychologiques (26) et l'une des principale difficulté rencontrée pendant une intervention. (27)

D'autres facteurs vont avoir un impact variable et sont à prendre au cas par cas. Ainsi, l'impact d'une intervention même difficile sera surtout dicté par le dénouement de celle-ci. De même, la perception des interventions sur sa propre patientèle diffère d'un médecin à l'autre.
Certains MCS avancent que la fonction est facilitée par la connaissance du contexte médical et permet de créer un lien fort avec le patient (28). A l'opposé, ce lien peut être une source d'une charge émotionnelle supplémentaire. Peu d'articles s'intéressent à la charge psychologique du médecin de pratiquer des soins d'urgence sur sa patientèle. Mais il est connu que soigner des patients de son entourage expose à des conséquences sur le médecin. (29)

L'expérience joue un rôle clé. Elle est perçue comme protectrice, contrairement au début d'activité qui est considéré comme plus à risque par les MCS interrogés.
Un résultat qui peut paraitre contradictoire avec les données 2023 du réseau d'aide aux soignants ASRA (30) mettant en évidence une sollicitation plus importante pour les tranches d'âge plus élevées. On retrouve une tendance similaire dans le travail du Dr. Fraysse cité précédemment où la tranche des 20-30 ans semble plus résiliente (25). D'autant plus que l'impact négatif de l'accumulation de situations traumatogènes est bien décrit. (12)

De même, les capacités personnelles de résilience vont varier dans le temps au gré de la charge de travail ou de la survenue d'évènements personnels. Dans sa thèse, le Dr. Archambaud souligne notamment l'importance d'effectif suffisant de MCS afin de garantir une charge de travail acceptable pour l'équilibre vie personnelle/professionnelle. (31)

Les relations avec les autres intervenants, quant à elles, vont présenter des disparités spatiales et temporelles. Elles sont pourtant indispensables au praticien pour garantir la qualité à la fois du soin et des conditions de travail (32).

Ainsi, bien que le rôle de MCS a tendance à améliorer les relations avec le C15, la communication reste difficile et à l'origine de frustration (33). Il en va de même avec les pompiers avec qui les MCS peuvent rentrer en « compétition » dans certains secteurs. (23)
Cette relation triangulaire MCS-SAMU-SDIS reste donc imparfaite et nécessite de majorer les connaissances et communications entre ces trois partis pour équilibrer les rôles.

Gestion des émotions et des répercussions

Pour se prémunir des répercussions psychologiques, les MCS mettent en place des techniques de gestion émotionnelle à chaque étape de l'intervention. Ces techniques ont été apprises la plupart du temps de manière empirique et sont mises en place de manière informelle.

Le travail des Dr. Galletti et Dr. Picard (18) évalue les compétences nécessaires aux MCS. Ils listent notamment les habilités suivantes :

- Se connaitre et préparer mentalement à une intervention
- Identifier son ressenti lors d'une intervention
- Mettre en œuvre des techniques de gestion des émotions
- Evaluer l'impact émotionnel d'une intervention sur soi même
- Réussir à sortir de l'urgence pour reprendre son activité
- Analyser et prendre en compte le ressenti d'autres intervenants

Ainsi, la connaissance et la maitrise de ces compétences psychologiques apparait comme indispensable à l'exercice de MCS.
Il s'avère donc nécessaire de développer dans cette population la compréhension des notions du traumatisme psychique, de la résilience ainsi que des techniques de gestion émotionnelle pour limiter l'apparition de conséquences psychiques. (34)

Les MCS de l'étude ont fait face à des répercussions sur leur pratique de différente nature et dont l'apparition pouvait être étalée dans le temps.

Si plusieurs travaux soulignent les retentissements de l'activité MCS sur la pratique professionnelle : négatifs ou positifs, (21) (35) peu abordent les autres dimensions : psychologiques, physiques et personnels.
Les Dr Rajoelisson et Tellier notamment évoquent un impact psychologique des missions, source de stress et avec parfois des difficultés à digérer l'intervention et reprendre son activité.

Ces répercussions immédiates et à distance peuvent parfois remettre en cause la poursuite de l'activité de MCS comme évoqué dans cet autre travail de thèse. (19)

La prise en charge actuelle

Les MCS sont globalement satisfaits de leur prise en charge actuelle bien qu'imparfaite, mettant en lumière leurs principales attentes vis-à-vis de l'accompagnement psychologique : des intervenants de confiance, faciles d'accès, s'adaptant à leur profil et leurs priorités.

Ils sont également demandeurs d'aides protocolisées et claires pour eux-mêmes et pour soutenir leurs proches. Ils constatent, de plus, une meilleure prise en compte des difficultés psychologiques qu'auparavant, notamment chez les nouvelles générations de soignants.

La prise en charge de ces répercussions repose actuellement sur l'entourage professionnel et familial. Cette tendance se retrouve chez l'ensemble des médecins généralistes. Quand ils ont besoin de se soigner les médecins généralistes ont tendance à se tourner vers leurs confères proches, notamment pour la rapidité d'accès. (36)

Mais cette prise en charge présente des limites. En effet, soigner un confrère, qui plus est un collègue n'est pas sans conséquence.
Soigner un confrère est difficile pour 81.1% des médecins généralistes pour des problèmes d'acceptation de statut du médecin-patient, de déni, anxiété ou négligence amenant à un retard fréquent dans le début de la prise en charge. (37)
Le Dr Gontharet-Mariette parle également d'attente supérieur de la part du soigné avec nécessité de justification accrue, de problème d'influence, d'instrumentalisation ou négociation lors de la consultation voire de mise à l'épreuve de son confrère. (38)

Les MCS interrogés sont aussi mal à l'aise concernant la prise en charge de leurs collègues, pointant notamment un manque de repères et de ressources.

Il est intéressant de constater qu'aucun d'entre eux n'a mentionné l'existence de dispositif existant tel que le réseau d'aide aux soignants d'Auvergne-Rhône-Alpes ASRA ou le numéro d'entraide ordinale du Conseil de l'Ordre.
Cette méconnaissance met en lumière la nécessité de communiquer largement autour de la mise en place d'un dispositif de soutien lorsque celui-ci se met en place.

Pour leur défense, les recherches d'un soutien pour les soignants nous ont dirigé vers l'Association d'Aide au Professionnel de santé et Médecins Libéraux (AAPML) et vers l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants (AAPMS).
A notre grande surprise les numéros fournis, difficiles à trouver, ne sont plus attribués et réorientent vers le numéro du conseil de l'ordre.

De plus, les MCS doivent aussi faire face aux difficultés démographiques de leur lieu d'exercice lorsqu'il s'agit de demander de l'aide. (40)

D'autres freins existent dans le recours à une prise en charge : l'obligation de bonne santé que s'impose les MCS et la priorité donnée aux responsabilités du cabinet et envers leurs collègues les empêchent de demander de l'aide.

D'autres fois, c'est la pudeur et la difficulté à exposer leurs souffrances psychologiques à leur cercle intime qui les contraint à y renoncer. Ces éléments sont retrouvés dans le travail du Dr. Ballu. (17)

Les médecins ont, enfin, des difficultés de manière générale pour évaluer leurs propres symptômes, notamment psychologiques. Les études montrent pourtant que médecins généralistes sont plus à risque de développer des troubles psychiatriques (43) que le reste de la population.
En 2008, un rapport du Conseil National de l'ordre des Médecins constatait déjà un retard fréquent à la prise en charge des médecins et les dangers sous-estimés de l'automédication. (39) qui est jugée inopportune dans la majorité des cas. (44)

De même qu'il est difficile pour les médecins d'évaluer leur propre santé, il est également difficile d'évaluer la qualité de leur propre prise en charge.
Par exemple, les médecins interrogés qui soulignent l'importance du débriefing, ne connaissant que peu d'alternative pour la prise en charge du psychotraumatisme.
Son efficacité fait pourtant débat (41) et son utilisation entre préférentiellement dans le cadre d'une prise en charge multimodale. (42)

Les apports d'un dispositif de soutien

Conscients des limites actuelles, les MCS sont favorables à la mise en place d'accompagnement psychologique, dont l'existence même apporte un effet bénéfique.

Pour Dr Gontharet-Mariette, le soignant idéal imaginé par les médecins possède une forte disponibilité, des compétences spécifiques, une expérience capable de faire abstraction du statut, une garantie d'objectivité et de confidentialité. (38)

Il est intéressant de constater qu'on retrouve ces critères dans les entretiens des médecins interrogés et que le dispositif proposé semble répondre à toutes ces attentes.
Le Dr Verjus (45) retrouvait d'ailleurs des demandes similaires chez les médecins généralistes à propos de l'introduction d'un dispositif de soutien psychologique.

Néanmoins, des améliorations de l'accompagnement psychologique sont possibles pour répondre aux mieux aux besoins spécifiques de ces professionnels.

Pour simplifier le recours à une prise en charge, les cases à cocher en fin d'intervention semblent être un bon moyen de faciliter la prise de conscience des difficultés psychologique liées à une intervention.
Dans ce sens, des relances à distance semblent également intéressantes. Enfin un numéro de contact facilement identifiable serait nécessaire pour permettre une sollicitation lorsque le professionnel en ressent le besoin.

Cette aide psychologique doit aussi répondre aux obligations des MCS et de leurs contraintes temporelles et géographiques liées à leur activité au cabinet. La visioconférence et les appels téléphoniques semblent alors plus adaptés que des consultations en présentiel.

Il ne faut pas oublier que les besoins varient selon les individus et le temps. Si les améliorations concernent le plus grand nombre, elles doivent aussi s'adapter à la spécificité de chacun.
Il est nécessaire d'identifier les personnes les plus à risques du dispositif afin de leur apporter une aide adéquate.

Notre étude tend à montrer que l'inexpérience et l'isolement représentent les principaux facteurs de risque, mais les retours statistiques des sollicitations de la CUMP permettront de confirmer ou pas ces tendances.

Pour lutter contre l'isolement ressenti par les MCS, un renforcement des liens avec les autres professionnels est intéressant à envisager, que ce soit avec le personnel des SAMU et des pompiers.

Les Drs Barbaud et Bonnet abordent notamment cet aspect dans leur travail de thèse (32). Selon elles, l'origine des difficultés de relation vient avant tout d'un manque de connaissance mutuelle et d'un manque de définition de la répartition des rôles et responsabilités de chacun.
Elles suggéraient de développer chez les MCS des liens avec le centre 15, par exemple en intégrant le CESU local ou en développant des GEP ou des revues d'évènements indésirables avec les professionnels du SMUR.

Une autre hypothèse serait de proposer aux MCS d'effectuer des stages en service d'urgence ou de SMUR. L'étude du Dr Moesch sur les souhaits de formation des MCS allait dans ce sens. (27)

L'augmentation des formations pluri-professionnelles entre MCS, SMUR et pompier pourrait être bénéfique comme suggérée par le Dr Lambert.(46)
La qualité des relations s'améliore avec formations pluri-professionnelles et les difficultés en intervention se réduisent par une meilleure répartition des tâches, de la communication et de la compréhension mutuelle. (47)

Plus généralement, les MCS sont également demandeurs de renforcer les liens avec l'hôpital. Ils se sentent exclus des prises en charge dédiées au personnel hospitalier, n'étant parfois même pas conviés.

Les MCS cherchent aussi à développer les interactions avec leurs autres collègues MCS par exemple sous forme de groupe d'échange entre pair auxquels ils sont très largement favorables.

Ces groupes sont, en effet, une solution efficace pour développer l'échange et l'apprentissage autour des situations difficiles et répondraient à la nécessité de rompre leur isolement. (48)

Ils permettent une amélioration des prises en charge, une valorisation individuelle et professionnelle en aidant à la prise de recul et en renforçant la confiance et l'estime de soi.

On peut cependant s'interroger sur la faisabilité de cette action.
La HAS préconise par exemple un rythme de réunion de 6 à 10 par an, ce qui semble difficilement envisageable pour les MCS surchargés. (49)
De plus, la HAS préconise entre 6 et 10 participants réguliers pour les constituer. L'isolement des MCS ne permet souvent pas d'atteindre facilement ce chiffre.

Une solution imparfaite mais plus facile à mettre en œuvre serait de formaliser les débriefings informels pendant les formations en sacralisant un temps d'échange dédié.

Enfin, les médecins interrogés verbalisent un besoin en formation devant leur manque de connaissance. C'est d'ailleurs régulièrement le cas pour les généralistes interrogés sur le sujet des psychotraumatisme. (50)
Souvent, les MCS avancent le manque de disponibilité et la surcharge de formation comme principal frein. C'est ce qu'on retrouve dans le travail du Dr Fantin (51) qui évoque la difficulté du temps de formation pour une activité qui n'est pas l'activité principale des libéraux.
Les MCS doivent, en effet, déjà participer aux formations propres à tous médecins généralistes puis aux formations techniques annuelles de MCS d'où la complexité de multiplier les formations.

Cependant, dans notre travail, les MCS évoquent aussi un manque d'intérêt plus globale pour les formations en santé psychologique, privilégiant d'autres formations pour lesquelles ils ressentent plus d'attrait ou de besoin.
Cette position peut s'avérer problématique quand on sait que l'intérêt pour un sujet est le critère principal dans le choix d'une formation pour 71% des médecins. (52) On retrouve des chiffres similaires dans la thèse du Dr. Baro (53), ce qui met en lumière la difficulté des médecins à identifier leurs besoins en formation. (54)

Ainsi, la proposition de formation complémentaire est intéressante mais probablement insuffisante pour améliorer les connaissances des MCS sur le sujet. Des moyens d'incitation doivent être alors trouvés. Des interventions ponctuelles répétées pour sensibiliser, ainsi que des formations intégrées aux simulations sont proposées par les médecins interrogés.

3. Perspectives

Certains axes d'amélioration proposés par les médecins interrogés nécessitent une réflexion plus profonde sur les modalités d'organisation pratique de l'activité MCS. En effet, ils font notamment part de l'aspect sécurisant à la fois techniquement et psychologiquement d'intervenir à plusieurs.
Se pose alors la question des moyens permettant de rendre possible une telle mesure.
En ce sens, l'ouverture du statut de correspondants du SAMU aux professionnels infirmiers (55) et la démocratisation des infirmières de pratique avancée présentent une perspective intéressante dont le ressenti de chacun des parties sera à évaluer.

Comme nous l'avons vu, le début d'activité MCS est considéré comme une période à risque psychologique mais nous n'avons cependant recueilli que l'avis de MCS expérimentés. Un travail similaire pourrait se concentrer sur le ressenti des nouveaux MCS dont la vision diffère peut-être du groupe étudié.

Une réflexion pourrait également être menée sur l'entrée dans le dispositif pour sécuriser ce début d'activité. L'ajout de la nouvelle année à l'internat de médecine générale pourrait-elle s'inscrire dans ce sens ?

La proportion de MCS avec plus de 5 ans d'expérience est assez faible, représentant un tiers des effectifs. Cela questionne sur les raisons de sortie du dispositif. Il n'y a à notre connaissance pas de travail spécifique sur le sujet. Est-ce en raison justement de difficultés psychologiques ?

De même, le visage des nouveaux MCS change apportant une féminisation accrue de la profession, statistiquement plus à risque de répercussion psychologique (56) et restant moins longtemps au sein du dispositif. (57)
Le cursus des nouveaux généralistes passe également moins par les urgences depuis le changement de la réforme de l'internat de 2017. Ces changements en cours vont-ils induire des répercussions sur la manière dont les généralistes perçoivent MCS et supportent la charge psychologique qui résulte de cette fonction ?

Aussi, il est difficile d'appréhender l'évolution de la charge psychologique à laquelle feront

face les MCS de demain qui devront peut-être subir les répercussions de la surtension des services d'urgences et de SMUR à travers la France (58) mais aussi l'évolution de leurs capacités.
Comme le souligne M4 : *« L'intensité des actes va avec la formation qui est plus complète, qui s'adapte aux actes plus compliqués, avec des outils qui sont de plus en plus complexes. (…) la charge émotionnelle, elle, va avec et la gestion de l'échec va avec puisqu'on a des cas de plus en plus graves, donc forcément plus d'échecs. Donc il y a plus de risques d'échecs ».*

Enfin, notre travail n'est que les prémices de la mise en place de mesure d'accompagnement psychologique des MCS.
Pour l'heure, les données de sollicitation de la CUMP par les MCS sont encourageantes puisque 17 signalements d'interventions psychologiquement impactantes ont été recensés sur le dernier trimestre 2023 et 25 sur le premier trimestre 2024. 19 demandes de sollicitation CUMP ont également été formulées sur cette période de 6 mois.
Cette tendance positive devra être confirmée au cours des prochains mois pour certifier qu'il ne s'agit pas d'un effet « annonce ».

Des dispositifs d'aide existent déjà, bien que peu connus et/ou non adaptés aux spécificités des MCS. On peut citer par exemple l'ASRA ou dans les autres régions du pays l'association Médecin Organisation Travail Santé (MOTS) (59) qui fournit un numéro d'appel disponible 24h/24, mais pas encore disponible en AURA. Alors que le dispositif MCS tend à s'uniformiser au niveau national, se pose la question d'une synthèse des systèmes en cours et de leur efficacité pour étendre l'accompagnement psychologique à l'ensemble du territoire.

CONCLUSION

L’activité de Médecin Correspondant SAMU (MCS) est primordiale pour les médecins interrogés. Elle permet une valorisation de leurs compétences, renforce l’estime de soi et contribue à l’épanouissement du soignant.
Les protocoles, l’équipement ainsi que les formations du dispositif sécurisent la pratique d’une médecine isolée qui, quoiqu’il arrive, sera amenée à rencontrer l’urgence.
Tous ces facteurs représentent une protection psychologique pour le professionnel dont il tire satisfaction.
A contrario, être MCS engendre également une charge psychologique significative car elle entraine inéluctablement une confrontation à des interventions difficiles par leur nature ou leur contexte. L’isolement des MCS, se révèle un facteur aggravant, accentuant le sentiment de solitude face aux situations à risque.

Chaque individu reste singulier dans sa perception du risque psychologique. Ainsi, intervenir sur la patientèle rencontrée quotidiennement au cabinet sera perçu différemment selon les acteurs.
De la même manière, le dénouement d’une intervention en apparence banale, qu'il s'agisse d'un décès ou d'une survie, exerce une influence considérable sur l'état émotionnel des médecins. Les capacités de résilience individuelle varient au gré des événements personnels et professionnels.
L’expérience et le nombre d’interventions réalisées semblent alors constituer des facteurs protecteurs. Les premières interventions s’avèrent plus difficilement vécues.
Quant aux relations avec les autres professions avec lesquelles ils sont amenés à travailler, elles peuvent être à la fois une source de stress ou de réconfort.

Pour se protéger, les MCS de notre étude mettent en place des techniques de gestion émotionnelle apprises au décours de leur parcours professionnel et personnel. Ces techniques restent largement méconnues par les médecins et nécessitent d’être perfectionnées.
Malgré tout, des répercussions peuvent survenir à la suite des interventions. Elles sont multiples et affectent tant la vie professionnelle que personnelle, ainsi que la santé physique et psychique des médecins.

Actuellement, la prise en charge de ces médecins se repose principalement sur leur entourage proche, collègue et famille. Ce choix de soutien est dicté par les attentes d'un interlocuteur disponible, de confiance et qui les comprend parfaitement.
Cet accompagnement présente des limites.
Pourtant, l'assistance par les proches sera perçue comme efficace. Cela constitue un frein à la demande d'aide auprès de professionnels.

Par ailleurs, l'image que souhaite renvoyer les médecins : devoir d'apparaître en bonne santé, la responsabilité auprès de leurs collègues et la pudeur qu'ils éprouvent inciteront les MCS à renoncer à des soins.
De même, les difficultés à s'auto-évaluer correctement, le manque de connaissance sur les psycho-traumatismes et l'absence de ressource spécialisée dédiée facilement identifiable, vont impacter la prise en charge.

Ainsi, la mise en place d'un dispositif de soutien s'efforcera de répondre aux besoins spécifiques de cette population : faciliter la demande de prise en charge, la reconnaissance des répercussions et renforcer les liens interprofessionnels.
Il faut permettre une formation théorique des soignants malgré leur manque d'intérêt et de temps. Enfin, la mise en place de modalités adaptées à l'éloignement géographique et la particularité de la médecine libérale est nécessaire ainsi qu'une vigilance accrue auprès des personnes à risque.

En ce sens, de nombreuses propositions ont été évoquées dans ce travail (case à cocher, GEP, relance semestrielles, numéro de contact…) dont la faisabilité et l'efficacité seront à évaluer.

Pour mieux accompagner les MCS face aux interventions potentiellement traumatisantes, un dispositif de soutien structuré, accessible et adapté est nécessaire.
La formation, les aides spécifiques mises en place et le renforcement des liens interprofessionnels permettront de réduire la charge psychologique des praticiens et d'assurer un épanouissement professionnel durable de ces médecins dévoués.

THÈSE SOUTENUE PAR : Alec GRAZINI et Jordan GRENIER

TITRE :

Les attentes et besoins en soutien psychologique des Médecins Correspondants SAMU (MCS) d'Auvergne-Rhône-Alpes (AURA) face à des interventions potentiellement traumatisantes

CONCLUSION :

Contexte : Les Médecins Correspondants SAMU (MCS) sont des médecins généralistes de premier recours qui interviennent en amont du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) sur régulation du centre 15. Comme tout professionnel de premier recours, ils sont susceptibles de faire face à des interventions à risque de répercussions psychologiques. Bien qu'il soit démontré qu'un accompagnement psychologique adapté permettrait de limiter ces répercussions, aucun dispositif n'existe à ce jour pour les MCS d'Auvergne Rhône-Alpes.
Objectif : L'objectif de ce travail est d'évaluer les attentes et les besoins des MCS en soutien face au risque psychologique de leurs interventions.
Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative menée selon les principes de l'analyse phénoménologique interprétative. 10 entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de MCS ayant intégré le dispositif MCS d'Auvergne-Rhône-Alpes depuis au moins 5 ans.
Résultats : Les résultats mettent en évidence le fonctionnement des MCS et la perception de leur activité, à la fois vectrice de protection psychologique, valorisante et sécurisante pour leur pratique, mais aussi perçue comme plus dangereuse psychologiquement en raison d'interventions difficiles et de l'isolement inhérent au statut. Le dénouement d'une intervention, la gestion de sa propre patientèle, l'expérience professionnelle et personnelle sont autant de facteurs individuels à prendre en compte dans la mise en place d'un dispositif de soutien. Ils mettent en place des techniques de protection acquises de leur expérience professionnelle et font de leur entourage le pivot central de leur prise en charge. Ils sont néanmoins conscients des limites et freins actuels. Pour faire face, les MCS ont besoin de solutions leur permettant de faciliter la demande de soutien, renforcer les liens entre professionnels et d'incitation à la formation au sein d'un dispositif adapté et individualisé.
Conclusion : Un accompagnement psychologique optimal des MCS doit tenir compte de la vision que les praticiens ont de leur activité ainsi que de leurs spécificités et capacités individuelles. Leur gestion actuelle des répercussions et la prise en charge centrée sur l'entourage mettent en avant les attentes d'un dispositif mué par les liens de confiance et la disponibilité mais présentent de nombreuses limites. Il apparait alors nécessaire de renforcer ce qui fonctionne (la valorisation de l'activité, le lien entre les professionnels) et d'apporter des solutions aux limites actuelles (faciliter la prise de conscience des troubles, inciter à la formation, soutenir les plus à risque).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 31/06/24

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UFR de Médecine
Par délégation du Président de l'UGA

Pr Olivier PALOMBI

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY

Pr Guillaume DEBATY

BIBLIOGRAPHIE

1. Bulletin Officiel n°2003-20 [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm

2. Découvrez le dispositif MCS | MCS Aura [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: https://www.mcs-aura.fr/decouvrez-le-dispositif-mcs

3. Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale 2022 - PLACSS 2022 - Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: https://evaluation.securite-sociale.fr/files/live/sites/Repss/files/M%c3%a9diath%c3%a8que/Maladie/PLACSS_REPSS%202022_Maladie.pdf

4. Comité de Pilotage (COPIL) - Janvier 2023 - MCS Aura [Internet]. Disponible sur: https://www.mcs-aura.fr/sites/default/files/documents/COPIL_30-01-2023.pdf

5. Chalimon O, Ledermann U. Évaluation de la prise en charge des patients graves par les Médecins Correspondants du SAMU : adéquation avec les recommandations de bonne pratique et pistes d'amélioration. 7 févr 2020;65.

6. Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence (modification de l'Article R.6123-28 [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006916794/2006-05-23

7. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Direction Générale de l'Offre de Soins. Sous-direction de la régulation de l'offre de soins. Bureau premier recours. Instruction N°DGOS/R2/2012/267 du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de trente minutes à des soins urgents.

8. Cahier des charges Médecins Correspondants du SAMU de la région Rhône-Alpes Validé par le Comité régional des MCS du 15 octobre [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: https://docplayer.fr/53024842-Cahier-des-charges-medecins-correspondants-du-samu-de-la-region-rhone-alpes-valide-par-le-comite-regional-des-mcs-du-15-octobre-2013.html

9. Les réseaux en Auvergne-Rhône-Alpes | MCS Aura [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: https://www.mcs-aura.fr/les-reseaux-en-auvergne-rhone-alpes

10. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.

11. Estelle L. Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques. 2020;

12. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. Depress Anxiety. févr 2014;31(2):130-42.

13. ICD-11 [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: https://icd.who.int/fr

14. Fossard O, Lahya S, Montagne A, Duban C, Pellegrin F, Boudet M, et al. Exposition psychotraumatique en psychiatrie adulte (EPPA-I). Prévalence de l'exposition psychotraumatique dans un pôle de psychiatrie adulte. Inf Psychiatr. 2018;94(3):176-82.

15. Laurent A, Chahraoui K, Carli P. Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU. Étude portant sur 50 intervenants SAMU. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2007;165(8):570-8.

16. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION N° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=41730

17. Ballu A. Quels sont les freins à la prise en charge du traumatisme psychique chez les médecins de première ligne dans les situations d'urgence (généralistes et urgentistes) ? 2023.

18. Galletti L, Picard M. Quelles compétences utilisées par les Médecins correspondants SAMU en intervention (hors pathologies cardio respiratoires), en vue de l'élaboration d'un Référentiel de compétences Intégrées MCS.

19. Rajoelison P, Tellier L. Quels sont les facteurs de motivation et les freins à devenir Médecin Correspondant du SAMU dans les Hautes Alpes ? 3 févr 2021;111.

20. Seewald É. Évaluation du réseau Médecins correspondants du SAMU des Alpes-Maritimes après un an et demi de fonctionnement, d'août 2018 à janvier 2020. 12 oct 2020;105.

21. Minet M. Médecins correspondants du SAMU en France: Profil, pertinence dans la prise en charge des urgences pré-hospitalières, réponse au défi des « 30 minutes ». 2013. [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: https://mcsfrance.org/wp-content/uploads/2022/10/THESE-MCS-30MIN-MINET.pdf

22. Lesage FX, Berjot S, Altintas E, Ajroud R, Maladry P, Razafindranaly J, et al. L'épuisement professionnel chez les médecins du travail. Arch Mal Prof Environ. 1 juin 2012;73(3):366-9.

23. Khan N. Les déterminants de la mise en place d'un réseau MCS dans l'Aude : point de vue des médecins généralistes. 2014.

24. Martin L. Quelles sont les compétences développées en pratique par les médecins correspondant du SAMU (MCS) lors d'interventions portant sur les urgences obstétricales, pédiatriques et les pathologies circonstancielles en vue de l'élaboration d'un référentiel de compétences intégré ?. 2022. [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: https://mcsfrance.org/wp-content/uploads/2022/11/THESE-MARTIN-L-referentiel-comptetences-integre-3-eme-volet-11-05-2022.pdf

25. Fraysse C. Étude de la prévalence de l'état de stress post-traumatique chez les marins-pompiers du Bataillon de Marins-Pompiers de Marseille. 27 mai 2019;84.

26. Hyland P, Shevlin M, Cloitre M, Karatzias T, Vallières F, McGinty G, et al. Quality not quantity: loneliness subtypes, psychological trauma, and mental health in the US adult population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. sept 2019;54(9):1089-99.

27. Moesch C. Médecin Sapeur-Pompier Volontaire / Médecin Correspondant du SAMU : antagonisme ou synergie ? Evaluation menée sur le Limousin = Firefighter Doctor / Corresponding Physician for Urgent Medical Aid Service : antagonism or synergy ? [Internet]. Limoges; 2017 [cité 22 mai 2024]. Disponible sur: http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-80777

28. Henry P. Médecins correspondants SAMU vendéens: ressenti des médecins ayant intégré le dispositif: étude qualitative à partir de 13 entretiens semi-directifs.

29. Mietka AD. Le médecin peut-il soigner ses proches ? Revue de la littérature à ce sujet. 16 oct 2019;77.

30. Aura - 2023 - ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: https://reseau-asra.fr/wp-content/uploads/2024/01/ASRA-Bilan-2023.pdf

31. Archambaud B. Revue d'activité des médecins correspondants SAMU sur le territoire vendéen de 2014 à 2017 et intérêts du dispositif dans la prise en charge pré-hospitalière des urgences médicales [Internet]. 2019 [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=8a0bc1f8-a533-46eb-8114-15ff3faebf4e

32. Barraud V, Bonnet A. Déterminants et enjeux de la relation confraternelle entre médecin correspondant SAMU et médecin régulateur en Drôme-Ardèche. 2020.

33. Villatte E. Efficience du dispositif médecin correspondant du SAMU dans la réponse à l'aide médicale urgente.

34. Desbiendras N. Le traumatisme vicariant chez les intervenants d'urgence médico-psychologique. Eur J Trauma Dissociation. 1 sept 2019;3(3):151-6.

35. Pigeyre L. Apport de la création d'un réseau MCS dans les Hautes-Alpes. 2014.

36. Herda S. Le médecin malade: attitude et ressenti des médecins généralistes confrontés à la maladie. Étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes picards.

37. Plagnard S. Difficultés et spécificités à soigner un confrère en médecine générale, en Midi-Pyrénées. In 2017 [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: https://www.semanticscholar.org/paper/Difficult%C3%A9s-et-sp%C3%A9cificit%C3%A9s-%C3%A0-soigner-un-confr%C3%A8re-Plagnard/4b89b7bd05e3987787ec1f33ff280eb70bcb7d8a

38. Gontharet-Mariette MH. Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères: étude qualitative par focus group auprès de médecins généralistes hauts-normands.

39. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudj JM et al. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente du conseil national de l'Ordre des médecins. 2008.

40. Tafani D. Pourquoi les médecins libéraux ne se soignent-ils pas? Quels sont les freins à la prise en charge adéquate des problèmes de santé des médecins généralistes? Enquête qualitative réalisée auprès de 21 médecins généralistes en Corse.

41. Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2002 [cité 20 mai 2024];(2). Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000560/full

42. Prieto N, Nohales L, Favard T, Cheucle É. [Is early management of post-traumatic stress disorder helpful?]. Rev Prat. janv 2018;68(1):99.

43. Burnout in European family doctors: the EGPRN study | Family Practice | Oxford Academic [Internet]. [cité 22 mai 2024]. Disponible sur: https://academic.oup.com/fampra/article/25/4/245/606286

44. Guille C, Sen S. Prescription Drug Use and Self-prescription Among Training Physicians. Arch Intern Med. 27 févr 2012;172(4):371-2.

45. Verjus AL. Médecins libéraux des Savoie et Isère: étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé.

46. Lambert É. De la simulation en santé à la pratique professionnelle: le transfert des compétences existe-t-il chez les MCS du 05.

47. MABIT L. IMPACT D'UNE FORMATION CONTINUE PAR SIMULATION INTER-PROFESSIONNELLE DANS UN SERVICE D'URGENCE. 2021 [cité 22 mai 2024]; Disponible sur: https://www.simulationpdl.com/revsims2/1048562-revsims-2021-0001/

48. Gardien È. Les échanges entre pairs contribuent-ils à l'autodétermination des individus ? De quelles manières ? Nouv Rev - Éducation Société Incl. 2022;94(2):181-95.

49. HAS-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf [Internet]. [cité 22 mai 2024]. Disponible sur: https://www.irbms.com/download/documents/HAS-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf

50. Rougegrez L, Rousseau B, Bachschmidt D, Machichi O. Prise en charge du psychotraumatisme en médecine générale : état des lieux dans le Pas-de-Calais et élaboration d'un temps de formation destiné aux professionnels. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 avr 2022;180(4):301-6.

51. Fantin H. Cahier des charges régional des Médecins Correspondants du SAMU (MCS): intérêts et limites pour le praticien.

52. Vandermeer A, Archambault P. Critères de choix et stratégies d'évaluation des besoins de formation médicale continue. exercer 2013;106:67-8 [Internet]. [cité 22 mai 2024]. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/495

53. Baro J. Quels sont les critères de choix des internes de médecine générale d'Angers concernant leurs formations hors université ? 2023.

54. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Harrison RV, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of Physician Self-assessment Compared With Observed Measures of Competence.

55. Arrêté du 29 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048730762

56. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Presse Médicale. 1 déc 2004;33(22):1569-74.

57. Leygnier M. Quelles sont les évolutions des curriculum vitae des médecins correspondants du SAMU de la région Auvergne-Rhône-Alpes depuis la créations du réseau en 2003 ? 2023.

58. Newsletter MCS AURA n°44 - Septembre 2023 [Internet]. Disponible sur: https://www.mcs-aura.fr/sites/default/files/documents/Newsletter%20MCS%20AURA%20-%20n%C2%B0%2044%20-%20septembre%202023_0.pdf

59. Aide & Accompagnement des médecins et soignants [Internet]. Association Mots. [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: https://www.association-mots.org/aide-accompagnement/

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Introduction

1- Pouvez-vous vous présenter et nous raconter votre parcours au sein de MCS ?

Attente des MCS en accompagnement psychologique

2- Quelles sont les interventions MCS plus difficiles à médicaliser ? Pourquoi ?

3- Comment gérez-vous habituellement sur le plan psychologique les interventions difficiles pour vous ?

4- Pouvez-vous me raconter une situation qui été impactante pour vous en intervention MCS ?

5- Pourquoi cette intervention vous a-t-elle marquée ?

6- Comment avez-vous réagi suite à cet évènement ?

Besoin des MCS en accompagnement psychologique

7- Que connaissez-vous sur les traumatismes psychiques ?

8- Qu'est ce qui serait pour vous être bien accompagné psychologiquement ?

9- Quel moyen imagineriez-vous pour un contact avec une structure dédiée ?

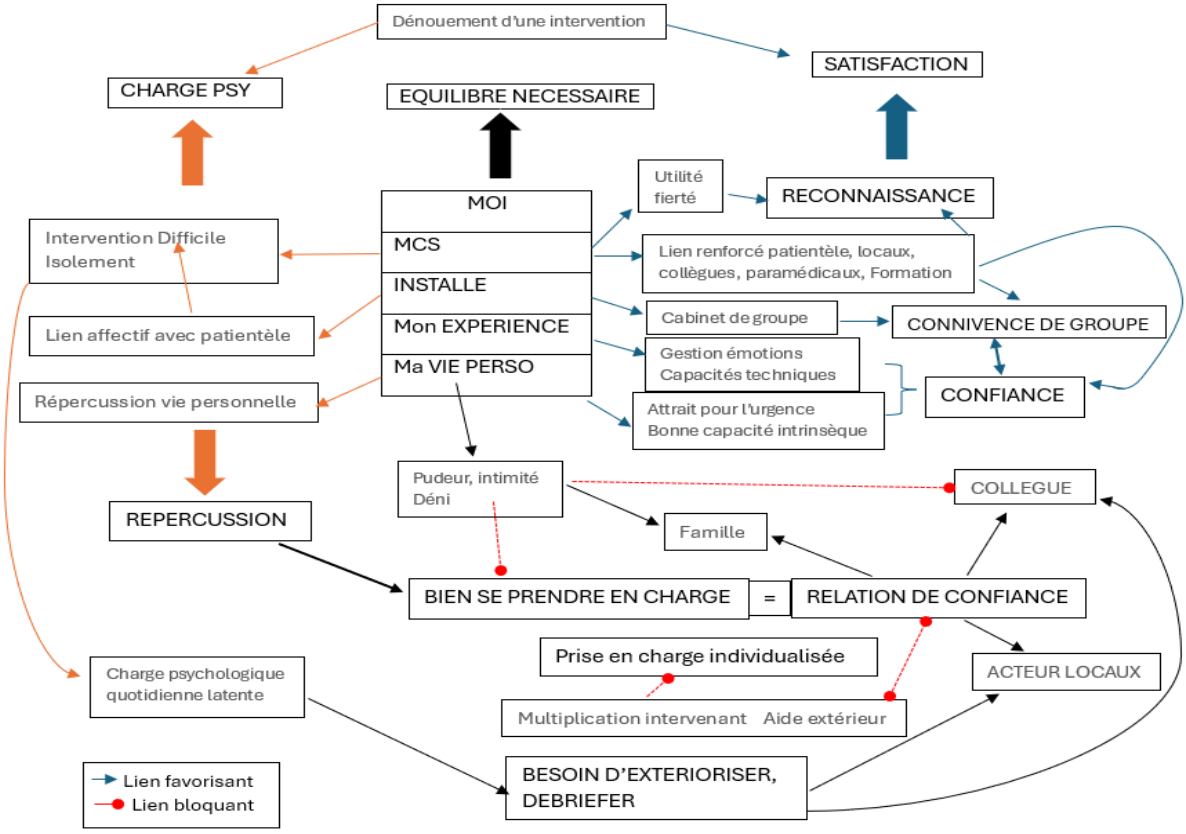
10- D'une manière générale que changeriez-vous pour améliorer l'accompagnement psychologique des interventions MCS ?

Fin de l'entretien

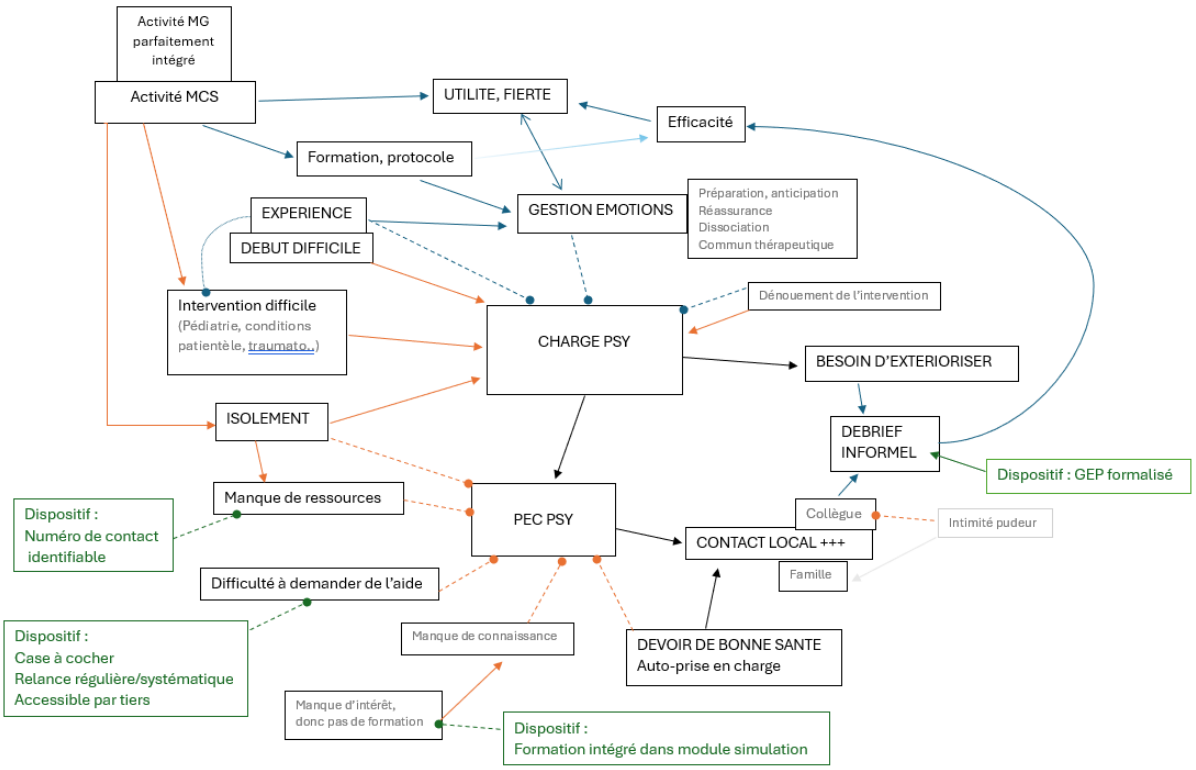
11- Avez-vous d'autres remarques à rajouter avant de clôturer l'entretien ?

Annexe 2 : Extrait du journal de bord : analyse des entretiens de M3 et M6

Approche idiographique de l'entretien de M3



Approche idiographique de l'entretien de M6



Annexe 3 : Grille COREQ

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles	
1. Enquêteur	Alec GRAZINI et Jordan GRENIER
2. Titre académiques	Internes en médecine générale
3. Activité	Internes puis remplaçant en médecine générale
4. Genre	Hommes
5. Expérience et formation	Première expérience de recherche qualitative
Relation avec les participants	
6. Relation antérieure	Les participants n'étaient pas connus des enquêteurs
7.Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Fiche d'information de l'étude remise par mail en amont de l'entretien
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Les participants ont été informés de notre statut d'étudiant en médecine lors du premier contact

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique	
9. Orientation méthodologique et théorique	Analyse interprétative phénoménologique
Sélection des participants	
10. Echantillonnage	Echantillonnage raisonné et homogène
11. Prise de contact	Mail et téléphone
12. Taille de l'échantillon	10
13. Non participation	2 (2 N'ayant pas donné suite après premier contact)
Contexte	
14. Cadre de la collecte de donnée	Lieu décidé par les participants
15. Présence de non-participants	Non
16. Description de l'échantillon	Médecins correspondant SAMU d'AURA avec 5 ans d'expérience dans le dispositif

Recueil des données	
17. Guide d'entretien	Questions ouvertes élaborées en amont de l'entretien, révisées à une reprise
18. Entretiens répétés	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Enregistrement audio systématique
20. Cahier de terrain	Journal de bord tenu par les enquêteurs tout au long du travail d'élaboration et d'analyse.
21. Durée	Durée moyenne : 43 minutes
22. Seuil de saturation	Arrêt des entretiens après estimation de la suffisance des données par les enquêteurs.
23. Retour des retranscriptions	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données	
24. Nombre de personnes codant les données	Les deux enquêteurs
25. Description de l'arbre de codage	Non
26. Détermination des thèmes	Thèmes déterminés à partir des données des entretiens
27. Logiciel	Logiciel de traitement de texte Word®
28. Vérification par les participants	Non
Rédaction	
29. Citations présentées	Oui
30. Cohérences des données et des résultats	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Oui

Annexe 4 : Formulaire d'information sur la non-opposition

Les investigateurs :
GRAZINI Alec et GRENIER Jordan

Formulaire d'information sur la non-opposition

Pour le recueil de donnée à caractère médical par entretiens semi-dirigés et dans le cadre du projet de thèse sur :

Les attentes et besoins en soutien psychologique des Médecins Correspondants Samu d'Auvergne-Rhône-Alpes face à des interventions potentiellement traumatisantes

Si accord, merci de noter vos initiales dans chaque case :

1- Je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux me retirer à tout moment de cette étude sans avoir à me justifier, ni encourir aucune responsabilité ou préjudice. Je comprends également que mon consentement ne décharge pas les investigateurs de leurs responsabilités et que je conserve tous mes droits garantis par la loi. ☐

2- J'ai été informé(e) que mon identité ainsi l'ensemble des informations pouvant permettre de m'identifier moi ou un patient n'apparaitront sous aucune forme dans le rapport de thèse, que ces données seront traitées de façon confidentielle sous forme pseudonymisées. ☐

3- J'accepte par la présente que soit temporairement enregistré l'ensemble de l'entretien par un dictaphone puis retranscrit de façon anonyme par écrit dans le rapport final de thèse. ☐

4- Je donne également mon consentement à l'utilisation de ces données ainsi que des données socio-démographiques anonymisées dans un travail de thèse ou une publication. ☐

5- J'ai été informé(e) que conformément aux dispositions de la loi « informatique et libertés », le droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement de ces données, s'exerce à tout moment auprès des médecins investigateurs. ☐

6- Je confirme avoir lu et compris les informations ci-dessus, avoir pris connaissance des objectifs de la thèse, des conditions de réalisation et avoir pu poser des questions librement et volontairement. ☐

7- Je consens à participer à cette thèse de médecine générale ainsi qu'à un entretien semi-dirigé par les investigateurs de l'étude. ☐

Signature (participant)_____ Signature (investigateur)_____

Date_____ Date_____

Nom_____ Nom_____

Annexe 5 : Verbatims

Verbatim N°1

I1 : Est-ce que tu peux te présenter toi et ton parcours au sein de MCS ?
M1 : Alors, je suis MCS depuis XXXX sachant que je connais la fonction depuis XXX. Quand j'étais interne, j'ai fait des stages en station. J'ai donc pu connaître la fonction par ce biais-là. Dès que j'ai pu, j'ai postulé pour être MCS donc globalement depuis XXXX.
I1 : Qu'est-ce qui t'as motivé au départ à être MCS ?
M1 : J'ai un parcours un peu particulier, je voulais être médecin urgentiste. Je ne connaissais pas du tout la fonction et la médecine de montagne comme j'étais d'une autre région de base pendant l'externat. Au gré des stages et de l'expérience, j'ai trouvé la fonction de médecine de montagne avec à la fois de la traumatologie et les urgences ce qui était très intéressant. J'ai donc persévéré dans cette voie.
I1 : Et qu'est-ce que tu en tires avec le recul ?
M1 : Que du plus. D'ailleurs je crois qu'il y a une thèse qui va être faite sur MCS et installation en ce moment et qui aborde le sujet.
I1 : Et quel type d'intervention tu réalises au quotidien avec MCS ?
M1 : Alors, c'est très varié. Franchement, j'ai pu voir globalement de tout. Que ça soit des arrêts cardiaques, des SCA, de l'hyperalgésie et même des choses un peu plus exotiques : un panel ultra varié.
I1 : En termes de fréquence, tu sors souvent ?
M1 : Alors globalement, en hiver j'ai dû m'en déclarer une trentaine je pense.
I1 : Parmi ces interventions je suppose qu'il y a des interventions qui sont plus faciles à réaliser ou alors au contraire qui sont plus difficiles ?
M1 : Il y a des motifs que l'on voit dans les formations et que l'on voit tous les jours. Il y a des motifs que l'on rencontre moins et qui sont donc plus difficiles sur plein de chose.
I1 : Ça peut être quel type ?
M1 : Par exemple, la multiple victime. On n'est pas forcément formé à ça, gérer la multiple victime, en général gérer les spécificités…
I1 : Comment ça se passe quand on arrive comme ça sur une situation comme ça ?
M1 : J'ai quelques connaissances que j'ai pu appliquer dessus, alors ça s'est bien fini au final. Des multiples victimes, certes mais il n'y a pas eu de grands blessés dedans donc ça rassure. C'est surtout gérer l'arrivée, savoir comment s'intégrer dans l'équipe de pompier. J'étais la deuxième arrivée. On essaie de se présenter aux pompiers, on dit qu'on est là, qu'on peut assurer les premiers soins si nécessaire et après on essaie d'organiser au fur et à mesure l'accueil des victimes comme on peut. On essaie de mettre en place des VSAV pour les victimes. C'était en pleine nuit. La mairie a pu mettre un local à disposition pour pouvoir accueillir toutes les victimes.
I1 : Ça fait donc parti des interventions un peu plus impactantes ?
M1 : Parce qu'exceptionnelle. C'est rare d'avoir des mises en situation sur ce type d'intervention.
I1 : Ça arrive souvent d'avoir des interventions qui sortent du cadre ?
M1 : Souvent c'est des choses type douleur thoracique, arrêt cardiaque … il y a plus de motif où on est préparé quand même. Après il y a tous les à-côtés qui peuvent modifier. Mais globalement sur ce type de motif, on est bien préparé en tant que MCS. Après tout ce qui est avalanche, incendie ou même motif médical un peu moins fréquent … par exemple l'année dernière j'ai eu une crise drépanocytaire, ce n'est pas quelque chose qu'on voit fréquemment.
I1 : Comment on réagit quand il y a des interventions plus exceptionnelles ? comment gères-tu ça au cours de l'intervention et dans les suites ?
M1 : Au sein même de l'intervention, on a des choses pour s'aider en terme médical. On a des abaques si nécessaire. Après on fait avec nos connaissances et si besoin on se fait aider si vraiment on est bloqué. J'ai pris du recul par rapport à ça, où on fait le maximum avec les connaissances qu'on a et du timing car parfois on ne peut pas tout faire au sein de l'intervention.
I1 : Est-ce que le caractère exceptionnel peut-être une source de stress ?
M1 : Je pense que l'expérience, le fait de faire beaucoup d'intervention, d'accumuler l'expérience avec des choses simples fait qu'après quand il y a des choses très exceptionnelles, on arrive à prendre du recul et gérer la situation avec nos connaissances. Déjà faire un premier bilan, c'est faire quelque chose de basic qui aide.
I1 : Est-ce que tu ressens ce côté expérience par rapport à tes premières interventions ?
M1 : Ah oui, totalement. J'ai eu de la chance, j'ai commencé entre guillemet crescendo. Tout doucement. J'ai pu faire de l'analgésie sur piste dans mes premières interventions. Après tout ce qui est arrêt cardiaque, douleur thoracique c'est quand même très fréquent et au fur et à mesure on acquière de l'expérience.
I1 : Est-ce qu'il y a d'autres éléments qui ressortent, mis à part l'expérience ?

M1 : Après, c'est la gestion de tout ce qui est familial. C'est vrai que pour certaines interventions notamment l'arrêt cardiaque, quand c'est devant la famille, c'est vrai que ça peut aussi impacter. C'est les facteurs humains. Gérer tout ce qui est accompagnement de la famille. En termes de prise en charge médicale, on sait qu'on fait le maximum. On est là pour gagner du temps. C'est moins cette question-là qui est difficile à gérer surtout avec l'expérience et après l'entourage et la gestion des secours c'est vrai que …

I1 : Tu as été formée pour ces choses-là ?

M1 : Je viens de sortir d'une formation facteur humain, on a pu intégrer certaines notions de tout ce qui est facteur humain. Clairement c'est la thématique de la journée. Comment intégrer ces facteurs et comment on peut les diminuer. Les réduire à zéro on ne peut pas mais les diminuer oui.

I1 : Et pour toi, c'est un facteur important ?

M1 : Oui clairement.

I1 : Tu as un exemple en tête ?

M1 : Oui, par exemple un arrêt cardiaque en station, devant la famille et c'était un jour férié. Le cabinet était blindé et toute la famille… ils étaient à peu près sept dont un qui a assisté à la réanimation. J'ai pu demander s'ils souhaitaient assister à la réanimation, ils m'ont dit non. Et après dans les suites de l'intervention, on a rassemblé la famille dans une cabane de pisteur pour annoncer la situation et le décès. Et c'est toute… c'est toute cette gestion-là d'accompagnement dans un premier temps. Et après on a essayé de les accueillir au cabinet pour faire le point dans un cadre plus chaleureux, plus accueillant. Donc ça c'était plus difficile, surtout ce jour-là. Le cabinet blindé… Le fait de pas pouvoir être là, on sait qu'on a plein de patient en attente avec certaines urgences alors que là c'est une urgence aussi d'une certaine façon. On a accompagné la famille dans cette situation-là, c'était plus délicat.

I1 : Ça rentre en compte je suppose quand tu débutes la médicalisation...

M1 : Oui. Ce n'est pas pareil que quand tu es tout seul. Quand tu as la famille aussi à gérer c'est plus délicat.

I1 : Avec le recul quel regard tu portes sur cette intervention exceptionnelle par sa nature ? Comment-tu as géré l'après ?

M1 : C'est sur le moment. C'est des familles de vacanciers donc on accompagne un certain moment, après on n'a pas de recul sur la suite. Ça reste un évènement très ponctuel. Personnellement, je ne le garde pas en tête.

I1 : Tu arrives à le mettre dans une case ?

M1 : Complètement.

I1 : Est-ce que ça aurait pu impacter les jours suivants ou les interventions suivantes ?

M1 : Pas trop. J'arrive encore à bien dissocier sur le moment. On sait qu'on a tout donné pour l'intervention et on a fait le maximum pour accueillir la famille derrière. Donc non, je n'ai pas eu d'impact sur cette intervention-là. Même sur les autres d'ailleurs, on sait qu'on fait le maximum.

I1 : Et la famille ?

M1 : Quand ce n'est pas prévu, patient jeune, arrêt cardiaque devant son fils qui était ado, effectivement c'était impactant.

I1 : Ça arrive souvent ici en station de devoir gérer les intervenants ?

M1 : Oui car souvent les personnes vont en vacances en famille donc la plupart du temps c'est devant la famille, les amis.

I1 : Comment est-ce que tu as des astuces pour arriver à dissocier ce qui est malade et ce qui est famille ?

M1 : Pour les grosses interventions j'essaie de demander s'ils veulent assister à la réanimation. On sait maintenant que ça peut aider certaines personnes, certaines familles à gérer la suite.

I1 : Si une situation identique venait à se représenter est-ce que tu agirais différemment ?

M1 : Oh, j'en ai plusieurs des situations comme ça

I1 : Est-ce que ça t'arrive d'y repenser, en se disant, si j'avais su, j'aurais fait autrement ?

M1 : Non car on essaie d'intégrer la famille. Par exemple, j'ai une autre situation avec un arrêt cardiaque. C'était dans un restaurant, fête d'anniversaire, pareil la personne s'écroule en dansant et il y avait une trentaine de personne dont des médecins. Donc là aussi on essaie de faire participer pour dire qui veut assister ou même qui veut aider car on peut être aidé par des tiers s'ils le veulent. Donc on propose. On les intègre comme on peut.

I1 : Suite à ces interventions, tu aurais aimé avoir un contact avec un psychologue ou équivalent pour pourvoir débriefer l'intervention ?

M1 : Personnellement non. Pas pour le moment. Non, pour le moment j'ai toujours réussi à prendre le recul suffisant.

I1 : Et tu gères toute seule ou tu as l'habitude au moins d'en parler à d'autres personnes ?

M1 : Après par contre, effectivement, on débriefe pas mal avec les collègues. Ça c'est important aussi, c'est sûr. J'en parle au moins avec un collègue. C'est souvent qu'on demande des nouvelles comme on travaille à plusieurs. On demande comment ça s'est passé. On peut dire aussi ce qui ne va pas et c'est une bonne échappatoire. Mais pour l'instant à un niveau plus professionnel, psychologue ou CUMP, je n'ai pour l'instant pas eu de situation qui nécessiterait.

I1 : Y-a-t-il des facteurs au cours des interventions MCS qui nécessiteraient au moins un contact plus professionnel ?
M1 : C'est vrai que la situation ou c'est de multiples victimes, ou quand ce sont de jeunes enfants ou quand on est entre guillemet novice. Quand on n'a pas forcément l'habitude de gérer ces situations là … c'est vrai qu'un arrêt cardiaque, ça peut être psychologiquement impactant quand c'est les premiers. Après quand ça devient un peu plus régulier on se dit que voilà on fait le maximum. Mais pour les jeunes MCS… A voir s'il y a un impact de l'expérience sur le recours à la CUMP. Pour les jeunes MCS pas encore rodés à l'expérience, ça peut être psychologiquement impactant. Parce qu'après on peut se dire qu'on a mal fait au niveau médical et cetera donc ça peut permettre de décharger.
I1 : Comment imaginerais-tu un contact dans ce cas ?
M1 : Je trouve que la nouvelle version sur le site AURA sur les fiches d'intervention avec les deux boutons pour appuyer : un « ça été psychologiquement important » et un « contact CUMP », ça, ça peut être très très bien. Je ne vois pas d'autres façons. A part les contacter nous-même.
I1 : Pour toi le plus pertinent serait de se faire contacter systématiquement ?
M1 : Systématiquement, je ne pense pas. Dans certaines situations très particulières par exemple les multiples victimes. Mais systématiquement je ne pense pas, il faut que ça vienne de la personne. A moins qu'elle ne sache pas demander de l'aide. C'est pour ça que je pense que le bouton qui va être créé : cette situation a été importante, est plutôt pertinente. Simplement le bouton CUMP : non. Alors que psychologiquement impactant, pour au moins le reconnaître. C'est une bonne idée.
I1 : Est-ce que tu vois d'autres idées à apporter ?
M1 : Non parce que soit c'est systématiquement recontacter et je pense que c'est délicat de recontacter tout le monde car il y a pas mal d'interventions. On synthétise tout dans la région Auvergne Rhône Alpes. Je ne sais plus exactement, il y en a quand même énormément. Par contre effectivement, mettre des boutons alerte, potentiellement attention, ça je trouve ça pertinent donc je ne vois pas d'autres alternatives.
I1 : On parle beaucoup depuis tout à l'heure sans l'évoquer des psycho traumatismes. D'où viennent tes informations là-dessus ?
M1 : J'ai pu faire des stages aux urgences en SMUR où ils en parlent souvent. C'est l'accumulation de certaines interventions … la première notion que j'ai eu c'est par rapport à ça. Et même les ateliers de simulation par exemple les ateliers à grande échelle, ils incluent aussi cette notion-là. Après il y a aussi tout ce qui est actualité, mine de rien. Par les différents attentats, on a beaucoup entendu parler du psycho-traumatisme dans ces interventions particulières. C'est un autre contexte bien sûr mais en tout cas c'est les deux premiers moments où j'ai pu m'y intéresser.
M1 : Et est-ce que tu connais les conséquences des traumatismes psychiques ?
M1 : A long terme ?
I1 : A court, moyen et long terme.
M1 : C'est tout ce qui est anxiété, le sommeil ou tout ce qui est retentissement sur la vie professionnelle ou personnelle.
I1 : Et les moyens de prendre ça en charge ?
M1 : Je sais qu'il y a des professionnels qui sont formés pour accueillir les personnes qui peuvent avoir ce psycho-traumatisme. Je sais que ça existe.
I1 : C'est plutôt vers eux que tu te dirigerais ?
M1: Oui, effectivement. Je sais comment pouvoir les contacter. Il y a des professionnels formés dans ce type d'évènement. Je sais au niveau local comment en bénéficier.
I1: Et en cas de besoin vers qui tu te dirigerais vous en priorité ?
M1 : On a une professionnelle de santé dans la vallée. C'est une psychologue formée dans le psycho-trauma.
I1 : Comment tu juges vos connaissances sur le psycho-traumatisme ?
M1 : Il y a une échelle ? Je pense qu'on n'a pas assez de connaissance dessus. Et même peut-être qu'il y a d'autres ressources dont on n'a pas entendu. Si on doit mettre une échelle, ça serait un peu en dessous de la moyenne. Mais je ne sais pas si on peut mettre une échelle. On a des connaissances mais je pense qu'on est pas du tout formé à ça. C'est au fur et à mesure de l'expérience mais aussi accompagné des patients sur ce type d'évènement. C'est vrai qu'on a beaucoup recours à des patients ou des médecins généralistes qui nous demandent de l'aide sur certaines situations qui peuvent s'apparenter aussi à des psycho-trauma. Donc on essaie de se faire un réseau local et d'avancer aussi avec eux. Donc on peut dire, si ça arrive à moi, je peux aussi en bénéficier.
I1 : Je comprends que l'empirique c'est quelque chose d'assez important dans la manière dont tu t'es formée ?
M1 : Oui, oui pour résumer.
I1 : D'une manière générale, quelle piste tu envisagerais pour essayer d'améliorer ces connaissances ?
M1 : C'est vrai que les journées que j'ai pu faire sur les facteurs humains, d'en avoir connaissance, même si c'est un peu théorique, d'en avoir connaissance pour pouvoir déjà les repérer ça serait intéressant ça aussi. Et après de nous donner des clés, ou des ressources, pour pouvoir dans telle situation les déclencher ou y avoir recours. Rien

que le fait de les reconnaître, d'avoir connaissance que ça existe, les différentes particularités, ça serait un bon point. Ça serait un point important. Après si on a des ressources en plus, c'est très bien car on peut les appliquer si la situation se présente.

I1 : Comment tu les envisagerais au cours de la formation MCS ?

M1 : Je pense que les formations complémentaires s'y prêtent bien. Parce qu'après, en formation obligatoire, pas forcément ou ponctuelle. Par exemple, pas pour les ateliers qui sont là toutes les années mais peut être dans les ateliers spécifiques sur une année. Mais le mieux c'est les ateliers complémentaires. C'est vrai que ça pourrait bien s'y coller.

I1 : Ça te semble important d'intégrer un module au cours de la formation ?

M1 : Oui, complètement. Pertinent.

I1 : Est-ce que tu as d'autres remarques avant de clôturer l'entretien ?

M1 : Non, formation je pense que c'est bien d'intégrer, je pense que ça fait parti de la mission, clairement. Non parce qu'après on peut avoir des retentissements après. Est-ce que quand on a vécu ça on qu'on refera pareil sur une autre intervention ? Est-ce qu'on réagira de la même façon sur une autre intervention ? probablement pas.

Verbatim N°2

I2 : De manière générale, est-ce que tu peux présenter ton parcours au sein des MCS. Quand est-ce que ça a commencé ?
M2 : D'une manière générale, ça a commencé par le fait que j'ai été médecin pompier. On nous avait sollicité en tant que médecin généraliste pour être médecin pompier, y en avait pas dans la région. À cette époque, j'avais répondu. « Oui, je veux bien, mais pas toute seule » et c'est drôle parce que beaucoup d'autres collègues avaient répondu la même chose, donc on était une dizaine de médecins à être d'accord pour devenir médecin pompier et donc on a tous fait cette formation de médecin pompier. C'était pour moi, un premier contact avec l'urgence parce que dans cette formation, il y a un volet urgence. Et puis les années passant, on était une dizaine de médecins pompiers, donc au départ, comme je viens de te le dire, les années passant, ils se sont tous plus ou moins arrêtés pour plus ou moins de raisons. Le dernier est parti, je dirais il y a 4, 5 ans. Et donc, en fait, ben je me suis retrouvée toute seule, médecin de pompier… Entre-temps, donc… Moi, ça m'intéressait bien d'être médecin pompier, ça me faisait sortir du cabinet, ça me sortait un peu de la routine de la médecine générale. Ça me permettait aussi de voir d'autres cas. Parce que, en tant que généraliste, des AVP, des crises d'asthme, des accouchements à domicile. Tu vois pas tout ça. Et puis, en tant que médecin pompier, donc je n'étais pas payé, mais indemnisée une misère, mais bon, ça m'intéressait quand même. Donc j'ai continué. Et puis j'ai été informée du recrutement de MCS. Où en fait on nous demandait à la base d'être disponible et intéressé par l'urgence ? Or, ces 2 qualités, c'est déjà celles que je mettais en œuvre en tant que médecin pompier, donc je me suis dit « Ah Ben. Ça change rien. » Disponible et intéressée par l'urgence, c'est déjà mon cas. Et cerise sur le gâteau, on nous payait 10 fois plus. J'exagère, mais on nous payait considérablement plus. Donc en fait quand tu reçois une demande où on te propose de faire exactement la même chose que ce que tu faisais avant pour être payé 5 à 10 fois plus, bah y a pas photo donc voilà c'est comme ça que je suis devenue MCS.
I2 : Et c'était à quelle période, donc, que tu as intégré le dispositif MCS ?
M2 :Alors je pense en… peut-être. Il y a 5, 6 ans. On est en 2023 ? Oui, il y a 5, 6 ans, j'avoue que je me souviens plus tellement bien.
I2 : Et du coup, dans le cadre de MCS. Quelles vont être les interventions les plus fréquentes ?
M2 : Ah Ben le plus fréquent, c'est la douleur thoracique.Je dirais que c'est le plus fréquent, ça doit représenter peut-être entre 35%, 40% des appels. Après tous ne sont pas des infarctus hein. Tu as des œsophagites, des embolies pulmonaires, tu as vraiment du tout hein. Y compris la personne qui croit qu'elle a mal alors qu'elle a pas mal. Enfin vraiment il y a de tout mais il y a quand même assez régulièrement des vrais infarctus, ça c'est le motif, je dirais, d'appel le plus fréquent.
I2 : D'autres motifs qui reviennent ?
M2 : Fréquent, la difficulté respiratoire. Voilà et après c'est très varié, les poly traumas, les avp...
I2 : Et en volume, ça va représenter combien d'interventions ?
M2 : Alors quand je suis disponible à plein temps, mais c'est pas le cas tout le temps, c'est pas le cas actuellement par exemple, c'est quand j'ai ma famille, et cetera le quand je suis disponible à plein temps, ça représente, je dirais une vingtaine d'interventions par mois. Oui, dont environ 10 de jours et 10 de nuits en moyenne. Ce que j'appelle de nuit, c'est 20 h-8 h, C'est-à-dire on t'appelle le soir à 20h30 22h, tu dors pas encore mais c'est comptabilisé comme de nuit donc puisque c'est 20h-8h.
I2 : Et parmi ces interventions et ce qu'il y en a que tu redoutes ?
M2 : Bah évidemment. Tout ce que je redoute, c'est principalement la pédiatrie, parce que c'est ce qui est le plus difficile sur le plan psychique et puis, les tout petits petits nourrissons pour les piquer. Voilà. Bon maintenant on a les cathéters osseux aussi, donc c'est vrai que c'est beaucoup plus rassurant. Et puis je redoute aussi les polytraumatismes dans la mesure où là il faut avoir, je veux dire un plan d'action très très carré et c'est stressant. Donc j'essaye de m'accrocher justement à tout ce qui est protocole, de faire les choses dans l'ordre comme je les ai apprises, parce que ça c'est très rassurant. Et c'est vrai que quand on sent qu'on fait les choses comme il faut, il y a un côté protecteur du psychisme quand on a fait ce qu'il faut.
I2 : Du coup, si je comprends bien sur le polytraumatisme et le nourrisson, ça va être le côté technique qui est entre guillemets, inquiétant, stressant. Est-ce que c'est la même chose en pédiatrie ?
M2 : heu… Alors en fait non. Je dirais que je compte sur la technique pour me protéger des émotions trop fortes. Donc en pédiatrie aussi, je compte sur la technique mais je pense qu'en pédiatrie que ce soit le nourrisson ou l'enfant plus âgé, il y a une composante psychique indéniable, je veux dire, quand je suis appelée sur une personne dont on me dit que, qu'il a ou qu'elle a 90 ans et des troubles cognitifs. Même involontairement, je sais bien que ça se fait pas de mesurer la valeur de la vie humaine. ll y en a pas de valeur de la vie humaine. N'empêche que même involontairement, tu te dis bon 90 ans troubles cognitif si tu y arrives pas, si voilà, si c'est la fin de sa vie, c'est l'ordre des choses. Voilà, il y a un ordre des choses qui fait que tu vas pas te sentir trop mal. Alors que si tu as, ça m'est arrivé, il y a 3-4 mois, tu as une intervention sur un jeune enfant. Tu peux pas te dire ça, bien sûr. Tu sais c'est le… C'est le combat. Faut vraiment... voilà... les enjeux sont pas les mêmes, mais c'est pas politiquement correct ce que je te dis hein, on n'entendra jamais, mais c'est involontaire.

I2 : C'est sûr ce ne sont pas des réactions conscientes mais qui sont fréquentes je pense dans notre profession quand même.
M2 : Ben voilà, on n'ose le dire à personne et ça se fait pas mais quand je suis au volant de ma voiture et que je me dépêche, c'est vrai que je prends peut-être moins de risques si c'est une personne très âgée ou voilà.
I2 : Et du coup, il y a 3, 4 mois est-ce que tu serais d'accord pour parler un peu plus de cette intervention ?
M2 : Il y a 3, 4 mois, j'ai traversé une période difficile parce que il y a 2 faits qui se sont produits les uns derrière les autres alors que j'étais MCS et qui m'ont été difficiles à vivre. Et malheureusement, je dirais 2 mois après. J'ai eu un épisode personnel difficile à vivre. Ces 3 choses-là je dirais se sont un peu télescopées alors que je pensais être une personne relativement résiliente sur le plan psychique, je me suis rendu compte que j'avais des limites. En fait, on a tous des limites. Bien entendu, mais jusqu'à maintenant je les avais jamais vraiment touchées du doigt. Et là, j'ai eu l'impression qu'effectivement, avec cet événement personnel qui est arrivé dans la suite de ces 2 événements. Là tu vois, je suis un peu au taquet là, j'ai l'impression que je suis hyper émotive, fatiguée. J'ai l'impression que là je touche un petit peu mes limites. Alors si tu veux-je peux te raconte en 2 mots. Le premier épisode traumatisant comme je viens de t'en parler. C'est un arrêt cardiaque chez un jeune enfant que ses parents ont découvert inconscient, pour lequel ben je suis arrivé donc en premier sur les lieux. L'enfant était en ACR et les pompiers massaient. J'ai alors.. là je dirais sur le plan technique, je n'ai pas de reproche à me faire, c'est à dire j'ai fait ce qu'il fallait comme il fallait, j'ai vu que l'enfant était en ACR, j'ai pas perdu du temps à essayer de lui mettre une voix veineuse périphérique, je vais directement au cathé osseux que j'ai dû mettre correctement parce qu'il a fonctionné d'emblée et j'ai d'emblée commencé les adrénalines au bon dosage. Donc je dirais que voilà, j'étais en train, donc une adré toutes les 4 Min. J'étais en train de préparer mon intubation lorsque le SMUR est arrivé, c'est eux qui l'ont intubé, mais tout ce qui avait été fait avant était réglo... Le cathé fonctionnait, l'adré avait été passée au bon dosage comme il faut. Donc de ce côté-là, bon. Cet enfant a été transporté, toujours en état d'ACR et toujours avec un massage cardiaque externe en réanimation où il a été déclaré décédé. Après, je pense qu'ils ont dû tenter comment s'appelle la.
I2 : la circulation Extracorporelle ?
M2 : Voilà, ils ont dû tenter l'ECMO avec cet enfant, mais je pense que c'était perdu d'avance. Il était mydriase bilatérale aréactive. Donc j'ai appris son décès le lendemain, mais je me faisais pas beaucoup d'illusion.
I2 : Donc comment tu l'as appris ?
M2 : Comment j'ai appris le décès ?
I2 : Comment tu as appris le décès ? Qui est-ce qui t'a informé du décès ?
M2 : Je crois que c'est moi qui me suis renseigné. C'est une chose qui est un peu désagréable en tant que MCS. Peut-être, c'est que peut-être même, j'allais dire un peu douloureuse, c'est qu'habituellement personne ne nous donne des nouvelles des patients. Soit on doit aller à la pêche aux informations, c'est-à-dire, on doit solliciter le médecin du SMUR qui a fait la suite des soins, mais souvent il est plus d'astreinte. Donc quand on téléphone le lendemain, il est plus là ou alors il faut téléphoner dans le service où les patients ont été hospitalisés. Quand on téléphone dans le service, il n'est pas rare qu'on soit pas bien reçu. On ne nous donne pas d'information par téléphone. « Vous êtes qui ? Pourquoi vous voulez savoir ça ? Je vais voir avec le médecin » Donc on reste en ligne pendant dix minutes. Ca raccroche alors faut recommencer Enfin c'est compliqué... Donc, et puis souvent je le fais pas parce que ben la vie continue, le lendemain, il y a cabinet, les obligations, les ci, les ça. Passer vingt minutes au téléphone pour avoir les infos, je le fais pas. Et c'est un truc que je regrette. Alors bon, c'est une parenthèse, hein, ça n'a peut-être rien à voir. Mais c'est un truc que je regrette, j'aimerais bien qu'il en soit autrement.
I2 : Et donc là ce qui t'a motivé à demander des nouvelles, c'est le fait que ce soit un enfant ?
M2 : Donc voilà évidemment quand ce sont des cas plus particuliers, mais je me souviens plus si c'est moi qui ai demandé. Je me souviens plus. Peut-être que c'est moi qui demandais des nouvelles, mais ça me surprend parce qu'il a été dans le service de réanimation de l'hôpital du coin et généralement je ne demande pas des nouvelles parce que je sais qu'on m'en donnera pas. Mais bon, ce qui peut arriver aussi c'est que quand j'ai d'autres interventions de MCS dans les jours ou les heures qui suivent. Je demande aux autres médecins. « Ah tiens mon patient d'avant, là tu sais qui a été vu par un tel, tu sais ce qu'il est devenu ? » Et en règle générale, bon, quand c'est des choses graves et qui sortent de l'ordinaire. Bon ben toute l'équipe du SMUR est au courant même ce qu'on pas fait l'intervention.
I2 : Mais du coup, l'annonce ? De ce genre de mauvaise nouvelle, elle peut être parfois brutale non ?
M2 : Ah bah forcément. Ah bah oui. Ah bah oui. Oui c'est sûr, Ben c'est des choses qui arrivent et je me souviens une fois, j'avais fait avec un patient cardio. Il y avait eu une thrombolyse. Il avait l'air d'aller beaucoup mieux, il était parti thrombolysé je me disais « Bon bah c'est bon. » Puis le lendemain ou le surlendemain, un médecin me dit « Bah tu sais pas, le patient avec la thrombolyse là ? Bon finalement il est décédé »
I2 : Y'a un détachement dans l'annonce...
M2 : Comme ça de temps en temps, oui, il y a des trucs comme ça. Où bon ben ça tombe comme ça. Alors peut-être ce patient je ne faisais plus attention. J'étais dans un autre truc. Pis tout à coup… Parce que mes collègues du SMUR de temps en temps me donnent gentiment des nouvelles sans même que je les ai demandées.

Mais dans le cas de ce patient, par exemple, je pensais qu'il était tiré d'affaire et je n'avais pas demandé, puis boum ça. Balancé comme ça.

I2 : Et tu aurais aimé que ce soit annoncé différemment ? Parce que tu disais que tu aimerais avoir des nouvelles parce que ça peut être frustrant. Et sur les annonces difficiles, est-ce qu'il y aurait une autre manière ?

M2 : Pas forcément, pas forcément, parce que ce que j'appelle l'annonce difficile pour moi, c'est l'annonce à la famille. Je ne pense pas que nous faisions partie des personnes pour qui il doit y avoir des précautions dans l'annonce. On n'est pas impliqué sur le plan émotionnel. Je n'ai jamais personnellement souffert d'une annonce brutale. Je ne crois pas. Souvent, les patients dont le sort malheureusement se termine mal. C'est des patients dont on sent, on sait qu'ils vont pas forcément bien. Alors j'ai pris le cas de ce patient qui avait eu la thrombolyse parce que justement la thrombolyse. C'est destiné à sauver des vies et dans ce cas, il avait été thrombolysé et ça n'avait pas marché donc. Mais non ce qui est plus stressant, ça m'est quasiment jamais arrivé, faut que j'y réfléchisse. Mais c'est quand on me fait un reproche au sujet d'un patient, on me dit « Bah tu sais, ce patient t'aurais pu faire autrement. » Alors c'est arrivé dans un cas tout à fait dramatique, une jeune femme enceinte de 25 ans qui a fait une embolie pulmonaire et qui est décédée. Elle a fait une embolie pulmonaire massive. Elle était enceinte de 3-4 mois et je pense pas vraiment que ça aurait changé quoi que ce soit, mais en fait, quand j'ai été appelée, elle était en ACR, elle était massée et j'ai essayée de lui mettre une voie veineuse périphérique. J'ai eu beaucoup de mal. Donc j'ai dû perdre de nombreuses minutes à lui mettre cette voie veineuse. Et j'aurais dû passer au cathé os direct. En fait le cathé os, pour moi, c'était surtout dans l'idée des enfants, pas forcément des adultes parce que les adultes habituellement, je les pique et je n'ai pas besoin de cathé os. Dans ce cas, j'ai eu beaucoup de mal. Finalement, j'ai trouvé la voie veineuse et quand ils sont arrivés, ils ont essayé d'en mettre une deuxième. Ils ont pas réussi et ils ont passé un cathé os direct et c'est là qu'ils ont vu que j'avais piqué à plusieurs endroits. Et plus tard, je dirais 48h après, quand j'ai amené un patient à l'hôpital, il y a le médecin, le secouriste qui m'a dit « Tu sais pour cette patiente t'aurait pu passer aux cathé os ». Et mais bon, cette patiente est malheureusement décédée d'une embolie massive. Je pense que cathé os ou pas ça n'aurait rien changé parce que quand tu mets de l'adré sur une embolie pulmonaire massive, elle repart pas quand même. Je veux dire, c'est pas ça qui malheureusement change le pronostic.

I2 : Et les retours sur des événements comme ça avec malheureusement des conclusions dramatiques. Comment il est fait ? Est-ce que tu as un retour sur ce qui aurait pu être mieux fait ou moins bien fait ?

M2 : Rarissimement rarissimement rarissimement. Parce que voilà moi je ne suis qu'entre guillemets généraliste. C'est clair que ma formation d'urgence, les vrais urgentistes ça doit les faire rigoler et j'ai souvent des questions. Et alors soit, sur place pendant l'intervention, mais c'est évidemment pas le moment quand le collègue smuriste est en train de techniquer le patient, que lui éventuellement est stressé aussi, c'est pas le moment. Donc j'évite de poser une question à ce moment-là. Après, il y a un moment où éventuellement, ça se calme. Mais quelquefois les smuristes sont pas toujours très amicaux à l'égard des MCS. Je pense qu'ils considèrent, peut-être à juste titre, qu'on n'a pas beaucoup de compétences dans leur domaine. C'est pas complètement faux. Ce qui m'arrive souvent pour améliorer ma formation, c'est d'écouter leur transmission, quand ils transmettent leur bilan, parce que là j'apprends des choses sans devoir les solliciter. Après y en a avec qui je m'entends mieux que d'autres évidemment hein, qui sont sympas. Y en a parfois qui me disent, c'est rarissime, mais ça peut arriver, qui me disent « tu veux intuber ? », au moment de l'intuber, c'est vraiment super sympa. Quand je pose des questions, il y en a qui me répondent mais il y en a aussi soit qui me répondent pas, soit je sens que je vais pas poser de question parce que je vais me faire... Voilà et donc.

I2 : Tu ne vas pas être bien reçu ?

M2 : Voilà ! Donc tout est dans la nuance, tout est dans la nuance, mais des retours là je te parle, on est plutôt sur intervention. Mais des retours, c'est rarissiment le cas. Donc le cas de cette patiente à qui j'aurais pu mettre un cathé os plus tôt, c'est rare.

I2 : Et ça pourrait être intéressant à ton sens ?

M2 : Bah et comment ?! Ça pourrait être extrêmement intéressant. Bon après il y a la petite gratification qui fait plaisir et qui coûte pas cher, c'est quand ils arrivent et que le patient est perfusé, ECG, diagnostic, aspirine… Et à ce moment-là de temps en temps il y en a un qui dit, soit l'infirmière, ou le médecin qui dit « Ah Bah t'as tout fait ! ». Et là bon, c'est juste la petite phrase qui fait plaisir. Mais des fois, des fois ils arrivent et j'ai entre guillemets rien fait parce que des fois quand j'arrive, les pompiers n'ont toujours pas trouvé la victime. Mauvaise adresse, mauvaise localisation, loin dans les bois et cetera. Ils ne l'ont pas trouvé, donc il faut la chercher. Après j'arrive la victime, elle est à plat ventre tout habillé, faut lui mettre le collier, faut la retourner c'est le boulot des pompiers. Après, il faut le déshabiller. Même les pompiers qui sont appelés pour un problème thoracique, ils enlèvent même pas le T-shirt. Donc, il faut l'installer, l''allonger, enlever le T-shirt et quelquefois le SMUR arrive, j'ai juste rien fait. Juste, on leur a tout préparé quoi, le trajet ils savent ou c'est, le patient est déshabillé, il est installé. Moi j'ai juste fait ça, ça va donc rien. Ça arrive aussi.

I2 : Selon toi, si c'est toi qui devais décider, comment on pourrait organiser ce retour d'expérience ? Comment améliorer le compagnonnage avec le SMUR ? Si j'ai bien compris.

M2 : Ah oui.
I2 : Comment on pourrait faire ?
M2 : On ne peut pas imposer au médecin du SMUR, il est dans son truc, on peut pas lui imposer de discuter avec nous, ça c'est pas possible. Ce qu'on pourrait peut-être faire, c'est nous en tant que MCS, avoir systématiquement accès au nom et au numéro de téléphone du médecin. Parce que des fois je sais même pas comment il s'appelle et si je sais comment il s'appelle j'ai pas de quoi le joindre. Faut que je lui demande « je peux te téléphoner un peu plus tard pour avoir des nouvelles ? Je peux te laisser mon numéro pour que tu me m'envoies ? ». Alors y en a avec qui je l'ai fait et qui de temps en temps m'envoie un retour... On peut y retrouver dans mon téléphone, y en a qui m'ont envoyé parfois, des petits mots, pour me dire ce que le patient était devenu lorsque je leur ai laissé mes coordonnées, ça peut arriver, c'est pas fréquent.
Et puis il faut qu'il soit pas trop indisponible. Pas trop chargé. Pas trop stressé parce qu'il y a pas que moi qui suis stressé dans les interventions hein ? Le médecin du SMUR aussi donc, mais éventuellement avoir accès à leurs coordonnées, ça serait plus facile de les appeler.
I2 : Ça casserait peut-être un peu la barrière aussi..
M2 : Ouais ! Je pense qu'on ne peut pas leur demander plus aux médecins, on peut pas leur demander. Ils ont une charge de travail énorme, ils ont des dizaines de patients en attente. De temps en temps, quand je conduis des patients, quand je fais la conduite… Normalement, je suis pas supposé la faire mais quand y a personne pour un accompagnement médical, c'est moi qui le fais. Donc de temps en temps j'apporte, je livre les patients au service d'urgence. Je vois dans quelles conditions ils travaillent. Je veux dire, les gens dans les couloirs limite. On peut pas leur en demander plus. Mais moi de mon côté, si j'avais plus d'infos, au moins le nom et le numéro de téléphone, ce serait facile d'accès pour que je puisse envoyer un petit SMS « quand t'as une minute, ça t'ennuie pas de me tenir au courant de l'évolution de tel patient qu'on a vu ensemble tel jour ». Ça, ce serait peut-être bien. Et je dirais ce serait facile à mettre en œuvre, pas coûteux, c'est sûr.
I2 : Quand on compare avec ce qui peut se faire à l'hôpital les RMMs, les CREXs et cetera…
M2 : Wah.. wah
I2 : Ça serait compliqué à mettre en place...
M2 : Voilà, on est d'accord, on est d'accord.
I2 : On va revenir un petit peu sur l'intervention par rapport à l'intervention sur cet enfant si tu es d'accord bien sûr. Dans les jours qui ont suivi, donc tu apprends, tu te souviens plus trop comment que cet enfant-là est décédé, comment tu gères les sentiments à ce moment-là ? Qu'est ce qui se passe ?
M2 : Ben je te répondrai plutôt je gère pas, je vis avec. Alors gérer, c'est-à-dire je change rien par rapport à ma vie. Je veux dire, je n'arrête pas de fonctionner, je n'en parle à personne. Alors une information peut-être, c'est que je vis seule, donc évidemment je n'en parle à personne. J'ai des enfants qui sont en âge d'être parent et qui ont, qui sont pour certains parents de jeunes enfants, d'autres parents de bébé. Évidemment, je leur en parle pas. C'est effroyable. Avant j'en parlais à ma mère mais qui est décédée donc du coup j'ai plus d'interlocuteurs de ce côté-là. Je me demande d'ailleurs si ce n'est pas ça qui me trouble. Et voilà, je n'en parle pas à mes amis parce que c'est pas le genre des choses dont on discute avec tes amis. Donc bah comment je gère ? Je gère pas. Je n'en parle pas. Et ça me, ça me trouble parce que ça, enfin oui, ça, ça m'attriste. Mais en fait, quand je suis en forme psychiquement, les contrariétés de la vie m'impactent, alors ça, je l'ai déjà remarqué sur un mode personnel, m'impactent que pendant quelques jours je dirais. Deux à trois jours. Le temps de digérer, le moment difficile. Et c'est un peu ce qui s'est passé avec le décès de cet enfant. Ça m'a duré deux-trois jours, j'étais psychiquement, un peu lente, un peu triste peut-être, mais c'est passé. C'est passé et puis quelques semaines plus tard, j'ai eu un 2e incident qui lui était sans gravité, mais qui paradoxalement, m'a touché beaucoup aussi.
I2 : C'est-à-dire ?
M2 : C'est-à-dire que j'étais en intervention, MCS, c'était de nuit, pour je ne sais plus quel était le motif, une douleur tho une crise d'épilepsie, je sais plus. [Raconte les circonstances précises de cette seconde intervention. Trop identifiable donc censuré. Impactante car elle se reproche le déroulement des événements. A fait, selon elle, des erreurs qui auraient pu avoir des conséquences graves sur un patient mais qui s'en est sorti sans aucune séquelle].
Mais ça par contre ça, ça a trotté dans ma tête pendant 3 jours, certainement, jour et nuit. Parce que je me suis dit que j'aurais pu le tuer. Et pire encore, j'aurais pu le laisser avec un handicap lourd. Le faire devenir un légume jusqu'à la fin de ces jours. Ce garçon, il avait 20 ans, plus jeune que mes propres enfants. Et là je me suis dit c'est pas possible, je me suis rendu compte que : [Concernant les spécificités de l'événement, se rend compte qu'elle n'avait pas reçu de formation dans le cadre du dispositif MCS.] Qu'est-ce que j'aurais fait si ce type avait été mort ? Comment je m'en serais remise ou pas remise ? Et s'il avait été pour toute la vie handicapée ? Quel sens ça a ? Quel sens ça a par rapport à ma vie ? Par rapport à à mon engagement ? Par rapport aux soins que je donne ? Enfin je t'avoue que pendant 3 jours, j'ai pas fonctionné normalement, j'ai pas fonctionné normalement. Et même encore maintenant, je veux dire. Cette formation je pense que je vais me la payer à la rentrée. Là, c'était les vacances, juillet, août, l'enchainement des événements, c'est trop compliqué. J'avais des tas d'engagements pendant les vacances et j'avais promis d'aller avec des amis à droite à gauche. Je n'ai pas voulu annuler chacun me disant

« Ça te fera du bien de sortir, et cetera. » Oui c'est vrai. J'avais des engagements, vis à vis de mes petits-enfants que je devais garder parce que leurs parents étaient en vacances, je pouvais pas envoyer tout le monde dans la difficulté. Mais là maintenant les choses vont se calmer une fois que les vacances vont être terminées et je me dis, je vais faire cette formation en urgence parce que je peux pas rester avec ce sentiment de ne pas être formé si cela se reproduit. Et, et là tu vois, là, je me suis dit, j'aurais besoin d'en parler à quelqu'un. De pouvoir poser toutes ces questions à quelqu'un. Quelqu'un ou je ne sais pas, mais en tout cas d'avoir des réponses parce que finalement ces réponses je ne les ai toujours pas.

I2 : Et ce quelqu'un, qui est-ce que ça aurait pu ou dû être ?

M2 : Je ne sais pas parce que je me dis un psychothérapeute, ouais, c'est utile un psychothérapeute hein, je te cache pas qu'un un moment dans ma vie, j'y ai, j'y ai fait appel. Après, il y a des questions techniques auxquelles un psychothérapeute ne pourra peut-être pas répondre. Franchement, je sais pas, une fois il est arrivé, c'était il y a quelques années, peut-être un peu plus, où j'ai été appelé sur un vrai drame familial, une femme qui avait essayé de tuer ses trois enfants et qui avait réussi à en tuer deux. Le troisième a survécu. Ces deux enfants, c'étaient deux petites filles qu'on a découvertes en ACR. La femme avait voulu également se donner la mort après, une fois après avoir essayé de tuer tous ses enfants, elle était encore en vie donc elle a été sauvée. Mais les deux petites filles n'ont pas été récupérées. À cette occasion, l'hôpital avait organisé pour le personnel, enfin le personnel du SMUR qui était présent. Il y avait plusieurs équipes du SMUR, il y avait au moins une dizaine de personnes sur place. Ils avaient organisé une réunion de prise en charge psy. Et par hasard, vraiment, ce n'était même pas délibéré de leur part. Par hasard, j'avais été au courant et invitée. C'est à dire que je sais plus comment ça c'était passé. Du genre « Ah Ben on va avoir une réunion bah t'es pas au courant, t'es pas invité ? Bah viens quand même hein ? ». Bon en fait j'avais pas eu d'invitation formel. Comme si par rapport aux intervenants hospitaliers, comme si je n'avais pas existé, que tu vois, je suis pas sur leur liste donc.

I2 : Encore cette barrière SMUR/MCS.

M2 : Voilà ! Bah c'est-à-dire, là je leur en veux pas, j'appartiens pas à leur personnel donc ils ont dû faire un mail à toutes les personnes appartenant à leur personnel dont ils ont les coordonnées pour les inviter à cette séance. Moi je suis pas dedans hein, donc bah c'est un peu comme si sur le plan administratif ou personnel j'existais pas, je sais pas qui a fait cette liste mais en tout cas une chose est sûre, j'étais pas dedans. Néanmoins puisqu'ils m'ont dit « mais si vient, tu fais partie du truc » je me suis dit je vais y aller pour voir. Ce n'est pas que je me sentais très très mal par rapport à cette intervention. Et à ce moment-là, j'étais dans une situation où j'avais pas eu l'impression d'avoir atteint mes limites, comme j'ai cette impression maintenant, mais je me suis dit, c'est quand même intéressant. Et puis ça peut me faire du bien. Puis bon, c'est quand même du temps hein. À cette époque, j'étais médecin généraliste à plein temps, je le suis plus maintenant parce que j'ai un peu calmé mes activités. Mais j'y suis allé. Franchement, j'ai pas trouvé que c'était génial, on était tous assis en rond, genre alcoolique anonyme. On devait tous dire un peu ce qu'on avait ressenti. Alors évidemment, les filles qui étaient des jeunes mères de famille ont été plus impactés que les autres parce qu'il y a toujours une résonance personnelle. L'une d'entre elles a dit « moi donner des soins à la mère qui était encore vivante quand j'ai su que c'était elle qui avait tué les deux enfants. J'ai eu Du mal à le faire ». Ça bien sûr, je peux comprendre, mais moi perso je me suis pas sentie ni soulagée ni enrichie, ni quoi que ce soit. J'ai trouvé que c'était assez superficiel, assez banal, et que bon, ça n'allait pas vraiment au fond des choses. En plus, c'était une séance collective. Bon, le collectif dans le domaine du psychique, je sais pas si c'est vraiment bien... Bref. J'ai décidé si on avait d'autres séances comme ça, j'irai pas. Mais y'en a pas eu d'autre.

I2 : Pour toi, globalement, par rapport à cette situation là, il y a 5 ans, ta propre appréciation de ton vécu aurait suffi à te dire il y avait besoin ou il n'y avait pas besoin de cette intervention ?

M2 : Voilà. Après, bien sûr, ils ont dit, si vous ne vous sentez pas bien, nous sommes à votre disposition pour vous recevoir individuellement. Ils ont dit ça ! Donc c'est vrai que puisque j'étais présente, je pouvais faire partie probablement des gens qui auraient pu demander une intervention personnelle, mais je ne l'ai pas fait. Voilà, je me suis pas sentie.

I2 : Et finalement, le côté de devoir aller sur place, ça a été une perte de temps.

M2 : Oui exactement.

I2 : Quelque chose aurait pu être aménagé différemment ? Si on devait extrapoler au dispositif MCS ?

M2 : Un coup de téléphone aurait suffi, par exemple me dire comment tu te sens par rapport à ça ? Est-ce que tu veux qu'on en parle plus longtemps ? Est-ce que tu penses que tu as des besoins ? Par rapport à ça ? Ou des choses comme ça ?

I2 : Et à ton avis est que ça nécessiterait d'être systématique sur certaines interventions ?

M2 : Moi je trouve que oui, ça pourrait être systématique sur certaines interventions, par exemple toutes les interventions où il y a des morts d'enfant. Ça, je pense que oui. Enfin, en tant que femme, après peut-être que c'est biaisé par le fait que j'ai été moi-même mère et que je suis maintenant grand-mère. Je te parle, je me rends compte. Peut-être que quelqu'un qui n'est pas dans ce cas-là te dirais oui, pourquoi les morts d'enfants et pas les morts d'adultes dans le fond ou pas les morts de mère de famille ou les morts de femmes enceintes. J'en ai connu aussi. Bah oui donc bon, c'est vrai ce que je dis là, enfin. Oui, mais en tout cas je pense que. Oui, je pense que dans le

cadre de décès multiples dans le cadre de décès de personnes jeunes, dans le cas de mort d'enfants, dans le cas de morts de femmes enceintes. Oui, je pense que c'est utile. Peut-être aussi dans le cas de circonstances particulièrement gore parce qu'il y en a, je veux dire. Il y a des… Je me souviens une fois. D'un, comment dire ? D'un motard qui était largement décédé à mon arrivée, donc là il y a plus de combat pour, pour, pour la vie, mais ce motard allait vite et il avait été déchiqueté par... Enfin, il avait été, comment dire ? Il avait été sectionné par une glissière de sécurité et je m'excuse de dire ça peut être c'est dur pour toi aussi. Mais bon, il avait fallu sur 100 M ramasser ces organes. Je me souviens que les pompiers m'a dit, « fais attention où tu mets les pieds. » Non, c'est vraiment d'un gore assez effroyable.

I2 : Ouais, effectivement.

M2 : Il y avait le foie quasiment entier, il y avait une jambe, enfin bref. C'était, c'était vraiment effroyable et peut-être qu'alors là. En tant que médecin, tu connais la réaction classique pour pas pleurer on rigole mais bon je t'avoue que je veux bien rigoler mais bon, le patient était décédé, hein. J'insiste enfin bon, avec ce que je te raconte, tu t'en doutes. Mais je veux dire, c'est le genre de choses dont tu vois, j'en rigole. Mais je m'en souviens quand même.

I2 : Ouais, ça reste marqué

M2 : Et c'est, c'est marquant, c'est marquant parce que ça, ça nous ramène quand même, ça nous ramène. Comment dire à notre fonctionnement organique de base. La mort chez ce patient avait dû survenir d'une façon fulgurante chez un homme jeune. Et il y a toujours cet, cet, comment dire ? Cet impondérable qui nous ramène à l'éventualité d'une mort soudaine et imprévue qui peut nous arriver à tous, et je pense que peut-être qu'à ce moment-là oui, un petit, un petit coup de fil, ce serait pas mal.

I2 : Et puis est-ce que l'accumulation, parce qu'on a parlé de beaucoup d'événements potentiellement traumatisants, est-ce que l'accumulation va plus jouer au fil d'une carrière MCS ?

M2 : Bien sûr. Alors au fil de la carrière, je ne sais pas. Je pense qu'en fait, si les éléments traumatisants sont assez distants les uns les autres, je pense qu'il peut se produire, alors c'est peut-être toi qui, qui t'y connaît mieux sur le plan psychique ? Mais je pense qu'il peut se produire une forme de cicatrisation, comme un deuil. Si tu veux. Et donc cette histoire d'organes qu'on avait ramassé sur la route, ça m'avait un peu choqué pendant quelques jours. Maintenant j'en rigole. J'ai honte de le dire, mais je veux dire, j'ai l'impression qu'il y a comme un phénomène de cicatrisation qui peut se produire et qui met probablement de quelques jours à quelques semaines. Peut-être quelques mois. Mais ce que je constate par exemple, c'est que, après la mort de cet enfant de 3 ans, j'ai été affecté pendant quelques jours. Mais j'ai l'impression que lorsqu'un mois plus tard a eu lieu le second incident, j'ai l'impression que je le supportais moins bien, peut-être parce que la mort de l'enfant était encore présente avant. Et l'événement personnel même si c'est tout à fait personnel, on est des êtres humains qui avons notre biographie et on ne peut pas imaginer que notre vie personnelle va s'arrêter. Bon dans mon cas c'est dieu merci, rien entre guillemets de grave. [décrit l'événement personnel : décès d'un proche âgé d'une maladie chronique] Et c'est survenue dans les semaines qui ont suivi ces 2 événements là et en ce qui me concerne, j'ai l'impression que c'était l'événement de trop. D'ailleurs, tu vois sur le plan émotif, je ne m'en sors pas très bien en ce moment. Et ça alors, je me pose la question en ce moment, je te dis depuis je… Dès que j'en parle je pleure, ,c'est pas entre guillemets, normal. [Informations personnelles identifiantes] j'ai du mal. Alors je me dis, je ne pense pas que je suis en train de faire un deuil pathologique. Enfin, j'espère que non, parce que, sinon là il faudra que je vois quelqu'un. Évidemment, hein. Je vais me laisser encore quelques semaines ? Peut-être quelques mois. Mais je trouve que cette réaction, je me surprends, et je me demande si ce n'est pas lié au fait que j'ai été fragilisée par les deux événements précédents. Peut-être pas. Peut-être que si. Mais ça, je ne peux pas le dire hein ?

I2 : Et donc, on se retrouve dans une situation où potentiellement 2 interventions MCS t'ont fragilisé et un troisième événement personnel fait basculer sur un état psychologique plus difficile. Mais qui est difficile d'un point de vue structurel à identifier pour venir te proposer une aide.

M2 : À bah non. Mais ça, c'est clair. Ah bah non, c'est évident

I2 : Mais après, est-ce que, même si c'est difficile à mettre en place, est-ce que ça ne devrait pas rentrer en ligne de compte ? Que la difficulté d'une intervention MCS va entraîner des difficultés personnelles et que, certes, l'intervention en elle-même ne va pas provoquer de retentissement psychologique, mais si à court ou moyen terme, sur un autre événement personnel, elle entraîne quelque chose. Est-ce qu'il n'y aurait pas moyen d'être plus sensible aussi à la détresse des soignants derrière ?

M2 : C'est possible d'un autre côté, comme je te le disais, les soignants ne sont pas à l'abri d'avoir une vie personnelle quand même. On a, je veux dire, ça peut ne pas être aussi grave que le décès d'un proche, je veux dire. On a… Je me souviens quand mes enfants étaient d'âge scolaire, c'était parfois difficile quand ils avaient, quand ils ne se comportaient pas bien à l'école ou quand ils avaient des mauvaises notes, quoi. On peut être préoccupé. Ou bien s'ils sont malades, on peut être préoccupé à titre personnel. J'ai découvert il n'y a pas tellement longtemps qu'une infirmière du SMUR avec qui je m'entends bien, elle a un seul enfant qui est lourdement handicapé. Elle n'en a pas eu de 2e parce que le premier était trop difficile à gérer, elle en aura pas d'autre. Je veux dire, c'est nettement pire dans le quotidien comme deuil. Le deuil de son rôle de parent, de son avenir, de grands-parents qu'elle n'aura pas. C'est nettement pire que de perdre un proche, un proche de 88 ans je veux dire, hein. Je veux dire cette fille-là. Pour moi, elle, enfin je veux dire, elle a une vie personnelle qui est un poids intense par rapport

à ce que qu'elle peut vivre en tant qu'infirmière smuriste. Aucun d'entre nous n'est, n'est à... Enfin… Aucun d'entre nous n'a pas de vie personnelle. Après moi, s'il s'avère que mon deuil devient pathologique. Et que je continue à pleurer tout le temps, ben je vais aller voir quelqu'un et peut-être que, à ce moment-là, je parlerai des interventions MCS, mais je n'attends pas que ce soit un professionnel, ni une CUMP, ni quoi que ce soit.

I2 : Et est-ce que tu connaitrais déjà quelqu'un vers qui te tourner ?

M2 : Alors les psychanalystes ou les... Non pas les psychanalystes, les psychothérapeutes de la région, on les connait. On a des listes en tant que médecin généraliste parce que, parce que dans nos cabinets, on adresse souvent nos patients à ces psychothérapeutes. Après, il y en a que je connais, personnellement, mais je sais pas si c'est une bonne idée. Après il y a une dizaine d'années, au moment de ma séparation conjugale, j'ai eu, j'ai été soutenue, suivie et cette personne-là, je me suis très bien entendue avec elle, alors je la recontacterai. Après, je ne sais pas si elle exerce toujours parce qu'elle était déjà âgée, mais elle pourrait, si elle existe encore, me donner des noms ou sinon, ben je prendrai dans la liste que j'ai, les personnes que je connais ou dont j'ai entendu parler. Et je trouverai quelqu'un dans le coin.

I2 : Et si, il y avait eu ce dont on parlait tout à l'heure à la suite du décès de l'enfant, un appel systématique où tu avais été contactée. Si on t'avait demandé : « Comment ça va ? » À ce moment-là, effectivement, 2, 3 jours après, ça aurait été, mais il t'aurait donné il t'aurait dit « si jamais ça ne va pas, rappelle nous ». Est-ce que tu penses que là tu aurais pris cet appel-là ?

M2 : Ben sûrement que si j'avais eu un numéro de téléphone avec quelqu'un qui était prêt à m'écouter. Facile, rapide, vite fait entre guillemets. Parce que sinon les listes dont je te parle, il faut téléphoner, faut demander. Faut voir si on accepte un rendez-vous. Si on t'accepte, ça peut être très long. C'est vrai que avoir un numéro de téléphone juste disponible avec quelqu'un d'autre, tu sais, qui va te parler direct. De proposer des entretiens au téléphone ou en visio ou même te déplacer, mais comment dire d'accès immédiat. Oui, bien sûr, je l'aurais. Ça, c'est sûr que oui, je l'aurais fait. Après peut être, simplement pour voir avec cette personne, si cette personne est formée par exemple, si je risque de développer un deuil pathologique parce que je n'ai pas envie de ça, je veux dire. J'ai mes enfants qui sont des jeunes parents qui ont besoin de moi, je n'ai pas envie de pleurer dans leurs bras, tout le temps, c'est pas un truc à faire à des jeunes parents qui ont par ailleurs leur vie professionnelle, leur vie conjugale, leur vie de parents et cetera [Informations personnelles identifiables] Je pense que pour ma famille c'est pas génial. Donc je me suis dit, je me dis si effectivement quelqu'un pouvait me dire « Attention, tu prépares un deuil pathologique il te faudrait quelques séances. Voilà, ça pourrait m'être utile à titre personnel parce que j'ai pas envie de me présenter comme ça et j'ai pas envie de faire subir ça à mes enfants et mes petits-enfants. Après si j'étais seul au monde sans enfants et sans petits-enfants que je pleure dans ma cuisine ou pas, ça, ça ne dérange personne et comme beaucoup de personnes, curieusement, j'ai découvert ça il y a pas tellement longtemps. Mais j'aime bien penser à ce proche décédé, même si ça me fait pleurer. J'aime bien ça, ça me fait. Bref, donc, donc c'est peut-être un peu. Enfin, je veux dire, je sais pas si c'est bien ou pas, entre guillemets, de s'autoriser de penser à ça, du coup je pleure ou bien de me l'interdire pour ne pas pleurer particulièrement en public ? C'est une bonne question.

I2 : Et là, quand je t'entends parler, est ce que tu as un de médecin traitant avec qui en discuter ?

M2 : Oh bah bien sûr que non. Je ne vais pas m'encombrer avec ça, surtout qu'il y a plus aucun médecin dans la région qui prend des patients. Bien sûr que non, oh là là.

I2 : D'accord, c'est intéressant. Un médecin généraliste sans médecin traitant.

M2 : Ah bon ? Ben oui. Non mais faudrait que je demande à qui ? A un collègue, un collègue à qui j'impose un patient supplémentaire alors que plus personne n'en prend dans la région. Non, j'avoue que ça ne m'est même pas venu à l'idée pour être sincère. Oui, oui, non, non, mais. Les médocs, je me les prescris, les vaccins, je me les fais. Les suivis, s'il me faut un truc, bah je me le prescris. En tant que médecin pompier, ils me font une prise de sang une fois tous les ans… tous les 2 ans, pardon, enfin les recherches des trucs qui n'ont rien à voir avec mon profil, je veux dire, le cholestérol ce n'est pas ça qu'on recherche en priorité chez une femme de mon âge enfin bref.

I2 : Et tu dis que tu te prescris tes médocs, ça t'est déjà arrivé de te prescrire des médicaments à visée anxiolytiques à la suite d'interventions ?

M2 : Alors non. Alors suite à des interventions. Quand je te dis, quand j'ai eu recours à une psychothérapie de soutien, c'était y a une quinzaine d'années, au moment du départ de mon mari. Je me suis auto prescrite, mais avec l'accord du psychothérapeute, un anti dépresseur. Pendant un an. Je n'ai jamais pris de sédatif du genre : Lexomil, Xanax, tout ça, jamais.
Et un antidépresseur si fallait que je reprenne. Là, par exemple à cause de du deuil de ma mère, je le ferai. Il n'y a pas de souci, c'est efficace, mais j'avais pas d'effets secondaires ça marchait bien et ça m'a bien aidé. Mais je pourrais me le prescrire moi-même à priori.

I2 : Alors on a déjà abordé pas mal des sujets. Il va y avoir une nouveauté concernant la fiche d'intervention avec deux cases à cocher à la fin : une pour indiquer qu'une intervention a été psychologiquement difficile et….

M2 : Oh bah c'est génial ça.

I2 : l'autre qui dit « je souhaite être recontacté par la Cump ? Qu'est-ce que tu penses de ces deux cases ? »

M2 : Alors je ne les ai pas encore vues. Mais, ce serait super bien.
I2 : Et les 2 cases te semblent intéressantes que ce soit dire ça peut être difficile et j'aimerais être contacté ?
M2 : Oui, oui. Oui alors les 2 cases me semblent intéressantes parce que c'est pas parce que c'est difficile qu'on a besoin d'être contacté. Je pense que en fait. Je pense qu'on a tous notre arrière-fond personnel affectif, culturel et cetera qui nous permet de supporter des choses. Et puis aussi qu'on traverse des périodes de fragilité dans la vie. Et que on n'est pas tout le temps dans une période de fragilité, dieu merci, moi je le suis en ce moment, mais en fait, comme je l'ai dit, j'ai eu une autre période de fragilité, il y a une quinzaine d'années, mais entre les deux, j'en ai pas eu. Mais je pense être une personne relativement solide. Il m'est arrivé aussi d'autres choses mais ça tient la route, je fais mon métier et tout va bien. Donc je pense qu'on peut dire que c'est éprouvant, mais qu'on tient la route et donc on coche pas la deuxième case. Ou bien si on sait que c'est éprouvant, mais qu'on a l'impression qu'on est dans une période de fragilité ou que c'est trop, trop fort ou bien trop rapproché. A ce moment-là, c'est intéressant de cocher la deuxième case. Ah franchement oui, moi je trouve que c'est, c'est super ça. Je serais très en faveur.
I2 : Je reviens un petit peu en arrière, on parlait de l'accumulation des événements difficiles qui peut jouer. Est-ce que à contrario, tu penses que le début d'activité peut être particulièrement risqué ?
M2 : Ah bah certainement. Tu sais moi, je suis une toute vieille hein. J'aurai bientôt XX ans dans quelques semaines mais je le pense. Parce que moi quand j'étais très jeune médecin, je n'ai pas été confronté à des moments très difficiles, je me suis installé comme généraliste. Et quand j'étais étudiante à cette époque-là, ça ne se faisait pas, ou en tout cas moi je l'ai pas eu, j'ai pas été, j'ai pas accompagné des SMUR ou des choses comme ça en tant qu'étudiante. J'ai fait ce qu'on appelait à l'époque des gardes de porte. Mais j'ai jamais été confrontée en tant qu'étudiante à des trucs pénibles. Je faisais des sutures et des trucs comme ça. Tu vois des examens cliniques, des soins non programmés. Donc je ne me souviens pas quand j'étais jeune d'avoir été particulièrement choquée, mais je constate, par exemple dans les interventions de pompier, qu'il y a souvent des jeunes et que les pompiers plus âgés y font attention, les mettent un peu de côté ou leur disent ça va. Ou bien parfois ils me disent à la fin d'une intervention un peu compliquée, ou il y a un décès sur la route des choses comme ça. Ils me disent « Va voir un peu le petit, j'ai l'impression qu'il est pas bien » donc oui je pense que les jeunes sont plus, sont plus à risques.
I2 : Mais cette stratégie de protection n'est peut-être pas possible sur un jeune MCS ?
M2 : Le problème de médecin MCS, c'est qu'on est seul. C'est-à-dire seule responsable, quand on arrive, quand, dans 99% des cas, les pompiers sont là, mais on a un statut à tenir auprès des pompiers, on ne peut pas s'effondrer et en plus on a un boulot technique à faire. Donc on ne peut pas, on peut pas s'arrêter. Je pense plutôt que c'est après, quand tout est terminé, puis que surtout si par exemple, la réanimation n'a pas bien donné, enfin n'a pas donné ce qu'on voulait. A ce moment-là, le MCS n'est pas dans une équipe, il est seul. Et si en plus s'il vit seul, il rentre à la maison, il est encore seul. Ou s'il peut pas en parler à son conjoint ou à sa conjointe parce qu'il ou elle est déjà pas content qu'il soit parti de nuit c'était le cas de mon de mon ex conjoint qui voilà donc. Après, de nos jours, il y a de moins en moins de médecins qui exercent seuls. Quasiment tous les MCS, je crois, exercent en cabinet de groupe. Et on peut en parler à ses collègues. Et ça, ça, surtout s'ils sont MCS également, ça c'est important ça. Je pense que ça c'est un point. D'ailleurs moi j'ai été MCS toute seule dans le secteur pendant longtemps, plusieurs années, mais là maintenant, il y a une association de médecins et ils sont 5 ou 6 je pense. Et il y en a au moins 3 d'entre eux qui sont MCS et ils sont tous dans un cabinet de groupe où là, c'est vraiment sympa parce qu'ils peuvent organiser des réunions, notamment des réunions de formation, et je crois que peut-être là aussi, on pourrait lors des interventions stressantes, on pourrait se réunir et en parler. J'y pense juste maintenant, là ça me juste à l'instant, mais je me dis qu'effectivement.
I2 : Faire des associations de groupe qui soient soit effectivement structurelles dans des cabinets ou éventuellement territoriales ?
M2 : Oui, voilà par exemple par exemple.
I2 : Le psychotraumatisme est-ce que, déjà tu sais ce que c'est, la définition globalement et ce que tu en avais déjà entendu parler et des conséquences que ça peut avoir ?
M2 : Alors ben tout le monde connaît le PTSD hein, le syndrome post-traumatique. Et alors, je ne le connais pas très bien, mais j'ai eu à le rencontrer à plusieurs reprises quand et j'ai déjà vu un psychologue qui était avec nous dans notre équipe et qui traitait ce type de symptômes. Et j'ai pu observer comment il faisait. Et c'était vraiment intéressant et il enseignait aux patients lors des épisodes, de comment dire, lorsque les gens étaient submergés par l'émotion, qu'ils étaient en état d'Hyperventilation, d'émotions, de stress, de cris, de pleurs, de tremblement, des trucs comme ça, on voyait des gens comme ça. Ils leur apprenaient à essayer de gérer, de gérer leur respiration, de gérer leur… leur faisait dire un peu de d'histoire et de mouvement avec les yeux. De cohérence cardiaque de façon à les amener à se calmer. Après, il les aidait également à gérer leurs deuils. Comment penser à la personne disparue ? Essayer d'inhumer les personnes ensemble, essayer de mettre des objets personnels, se donner un rythme pour y aller, mais pas tous les jours. Une fois par semaine, par exemple dans une sorte de de ritualisation. J'ai trouvé que c'était intéressant de le voir faire. Après, j'ai entendu dire aussi et ça m'est un tout petit peu arrivé, mais presque pas. J'ai entendu dire que dans le syndrome Post traumatique, il y avait aussi une reviviscence de l'événement traumatique qui revenait tout le temps. Et ça m'est arrivé, mais presque pas, ça m'est arrivé. Après la seconde

intervention que j'ai eu où ça repassé en tête, en boucle dans ma tête le moment du choc. Et mais c'est arrivé un tout petit peu pendant la journée, pendant les 2-3 jours et c'est arrivé aussi pendant la nuit où je me suis réveillée avec l'impression de ce choc qui apparaissait de nouveau, mais ça a duré 3 jours.

I2 : Pour toi, tes connaissances sur l'aspect psychologique des traumatismes, elles te paraissent suffisantes ? Est-ce que c'est un manque pour toi ou pas spécialement ?

M2 : Alors ben ce n'est pas difficile. Mes connaissances entre guillemets, c'est zéro puisque enfin j'ai jamais eu de formation à ce sujet. Et je ne sais pas, ni ce qu'on peut attendre comme symptôme, ni ce qui peut arriver à part la reviviscence. Et il y a peut-être d'autres choses qui peuvent arriver comme symptômes. Puis, je ne connais pas de quelle façon on peut les identifier ou éventuellement les traiter ou des choses comme ça, je ne sais pas non plus en fait, j'ai zéro connaissance là-dessus. J'ai une connaissance type grand public mais zéro connaissance vraiment professionnelle.

I2 : Est-ce que c'est un manque ?

M2 : Bah il me semble par exemple que dans nos formations MCS on a des tas de formations techniques qui sont vraiment indispensables, que j'apprécie vraiment beaucoup, mais peut-être qu'il pourrait y en avoir une sur le PTSD, enfin sur le syndrome Post traumatique, soit pour nos patients, c'est-à-dire quand on arrive par exemple, tu vois dans le cas de de la mort de cet enfant de 3 ans, je me suis aussi beaucoup interrogée sur les parents. Comment ils avaient vécu ça, comment ils allaient survivre à ça ? Comment je pourrais survivre à ça ? Comment mes enfants pourraient survivre à ça si un de leurs enfants mourraient ? Tu vois j'ai des trucs dans… Enfin je pense que ça, c'est peut-être aussi dû à… Il faut que je maîtrise mes émotions de nouveau. Je n'arrête pas de redouter la mort de mes petits-enfants. Non pas parce que, enfin surtout non pas à cause de la perte que représenterait la mort de cet enfant, mais surtout l'obligation dans laquelle je serai soudain d'affronter la douleur de leurs parents. Ça, c'est un truc qui peut être, ce sont des idées que je n'avais peut-être pas avant. Mais là, en ce moment avec cette période compliquée. Je... Je redoute. Je... Je fantasme la mort de mes petits-enfants, il faut que je m'arrête quand je commence comme ça je me dis « tu t'arrêtes hein ? » Parce que ça c'est… Mais c'est quelque chose qui me vient en tête et c'est, je me dis. Je pense à ça parce que je me dis, ces parents devraient être pris en charge maintenant. Maintenant comme l'enfant est décédé à l'hôpital, je pense qu'à l'hôpital, il y a une prise en charge des parents d'enfant décédé. Donc tant mieux pour eux. Je ne sais pas pourquoi je te disais tout ça d'ailleurs. Tout ça, pour te dire que je ne connais pas les symptômes et je sais pas comment ça peut être géré, peut-être qu'on devrait avoir une formation là-dessus à la fois pour nos patients. Et à la fois pour nous, si jamais par exemple, on était impacté d'une façon trop marquante par rapport par rapport à certains types de réanimation.

I2 : Et selon toi, cette formation devrait plutôt être dans la formation obligatoire continue ou plutôt dans les modules complémentaires ?

M2 Alors je la mettrai peut-être plutôt dans les modules complémentaires parce qu'il est possible qu'il y ait des gens qui pensent ne pas en avoir besoin. Tu vois, il y a 5 ans, 3ans…. Non, peut-être plus. J'ai fait une réanimation d'une enfant de 11 ans au collège, on m'a appelé, j'ai été appelé parce qu'elle était en ACR sur choc allergique. Cet enfant, on ne l'a pas récupéré. Je me souviens qu'elle était allongée dans le hall du collège et que pendant la réanimation, ses parents sont arrivés. Et c'est clair qu'il a fallu la déclarer décédée sur le carrelage du collège. Je vais pas dire devant tout le monde, parce qu'évidemment, tous les élèves avaient été évacués, mais il y avait l'équipe du SMUR et il y avait ses parents. Là c'est pareil, je pense que psychiquement, je me suis écartée, à ce moment-là, j'ai… Je ne suis pas restée pour le deuil des parents, parce que bon, déjà j'avais le cabinet, j'avais plein de monde, j'étais attendue. C'était au milieu de la matinée. Je veux dire, faut pas oublier non plus que le médecin généraliste ils n'ont pas le temps entre guillemets matériel de s'appesantir. On les appelle, ils sont en consultation, il y a du monde dans la salle d'attente, on laisse l'interne. Des fois il sait pas trop. Donc quand on voit enfin, quand je vois moi qu'il y a plus besoin de moi, je repars, même s'il y a encore des choses qui se jouent, et dans ce cas-là, je suis repartie. Ce qui s'est joué, c'est le deuil des parents, qui étaient présents tous les deux. Moi je pense aussi qu'être témoin du deuil des parents c'est quelque chose qui psychiquement est difficile.

I2 : Quand il y a du public, entre guillemets, à l'intervention. Ça peut être dans les facteurs qui seraient potentiellement impactant à noter et à remarquer ?

M2 : Après, on nous dit et je pense que c'est vrai que dans le cas d'une réanimation de proche, il est souhaitable que les proches qui le souhaitent, puissent être témoins de la réanimation. Et effectivement, j'ai déjà vu à plusieurs reprises que quand je fais une réanimation, j'ai évidemment pas le temps de m'occuper de quoi que ce soit d'autre. Mais quand le SMUR arrive et prend le relais, ou bien qu'il ne prend pas le relais mais qu'il me laisse continuer, j'ai déjà vu des médecins du SMUR dire à la famille, est-ce que vous voulez assister quand ils voient que on va pas sauver la personne avant d'interrompre, ils le disent à la personne, enfin à des membres de la famille. « Est-ce que vous voulez entrer ? » Et donc c'est vrai que. Il paraît qu'un des moyens de d'aider la personne à vivre le deuil qui se prépare, c'est de la laisser assister aux efforts du SMUR pour qu'elle voit que il y avait vraiment pas d'autres moyens de faire.

I2 : Et donc ça, c'est le point de vue de la famille, ça va aider la famille. Et est-ce que tu penses que ça peut aider le soignant ou au contraire être plus difficile pour lui d'avoir la famille sur place ?

M2 : Moi je pense que ce qui aide véritablement le soignant ou en tout cas, ce qui m'aide moi… D'ailleurs, je me suis dit pendant des années, quand j'étais jeune médecin correspondant SAMU, quand j'étais jeune médecin pompier, enfin que je commençais et que j'avais du mal, j'avais une sorte de mantra. Je me disais toujours, c'est pas moi qui les ai mis là, c'est pas de ma faute au départ, c'est pas moi qui suis responsable de l'accident, c'est pas moi qui suis responsable de l'infarctus, c'est pas moi qui les ai mis là. Après moi je fais ce que je peux derrière, mais le primum movens c'est pas moi qui suis dedans, et c'est ce que je me répétais tout le temps. Et ce que je pense maintenant, après une vingtaine d'années que je suis médecin pompier, depuis quand même longtemps, puisque donc je crois 25ans, c'est que ce qui m'aide moi personnellement le plus, c'est quand j'ai bien travaillé, c'est-à-dire quand j'ai fait ce qu'il fallait, quand il fallait. C'est-à-dire que le reste entre guillemets, c'est pas moi. Cette femme enceinte de 25 ans qui a fait une embolie pulmonaire massive. Bien sûr, j'aurais pu lui mettre un cathé osseux, mais c'est pas moi qui aurait pu empêcher ça. Quand j'arrive et qu'il y a des gens qui sont même des jeunes. Je me souviens d'un jeune qui avaient bu et qui étaient en ACR après un accident de voiture, c'est pas moi qui l'ai mis là. Après, si j'ai fait ce qu'il faut, comme dans le cas de cette enfant de 3 ans, j'ai mis le bon cathé au bon endroit. J'ai passé des bonnes doses, le bon produit. Enfin, comme il fallait. C'est ça qui rassure, se dire bon, j'ai fait tout ce qui était bien à faire. C'est ça qui, c'est ça qui m'aide.

I2 : Si tu avais besoin de te former sur tout ce qui est psychotraumatisme, tu ferais comment ? Tu utilises en générale des ressources plutôt personnelles, des formations ?

M2 : Alors moi, ce que je j'apprécie le mieux et je suis membre de MG le syndicat des médecins généralistes. Et ce que j'aime le mieux, c'est les formations qui sont organisées par eux, parce que je trouve que c'est sympa, on se retrouve entre généraliste, on a les mêmes objectifs, les gens de MG c'est des gens avec qui je m'entends bien en règle générale, c'est un peu mon truc les gens de MG. Et donc j'aime bien les formations qui sont faites avec eux ou par eux. Après j'ai pas d'idée préconçue, je n'en ai pas vu passer sur le psychotraumatisme et c'est vrai qu'il y a des psychotraumatismes des patients et les psychotraumatismes des soignants. Et après en dehors de MG. Les autres formations je les apprécie assez peu. Des fois, elles sont mercantiles, des fois elles sont élitistes. J'ai vécu, pas celles qui sont mercantiles, j'ai réussi à les éviter, j'y suis jamais allé. Certains collègues m'en ont parlé, c'est pas génial. Celles qui sont élitistes une fois j'y suis allée et à la fin il y avait une sorte de questionnaire, répondre en fonction de ce qui était dans le bouquin, il y avait des notes. Il y avait des… Enfin, c'était monstrueux et j'y mettrais plus les pieds. Et sinon ? Formation de type personnelle de temps en temps, quand je vois circuler un article qui m'intéresse, je le lis, mais ça ne s'appelle pas une formation ça ?

I2 : Globalement, on en a déjà pas mal parlé, mais là si on devait améliorer l'accompagnement psychologique des interventions difficiles des MCS, quelles seraient les meilleures solutions pour toi ?

M2 : Et ben écoute, je trouve que les deux cases à cocher qui figurent dans les comptes rendus je trouve que c'est une très bonne idée. De plus, déjà, je trouve bien, je pense que ce serait bien que le nom et les coordonnées du médecin SMUR figurent quelque part de façon à ce que le médecin puisse avoir un recours pour savoir quelle est la suite. Et je pense que ce serait bien qu'on dispose du numéro de téléphone ou de voilà d'un numéro de téléphone de référence pour le cas où il se sentirait, il aurait besoin d'être aidé, poser des questions. Je pense que ce serait bien aussi.

I2 : Qui serait adapté MCS ?

M2 : Voilà exactement, voilà. Et après, [demande de formation spécifique en lien avec la seconde intervention]

I2 : J'ai terminé. Est-ce que tu aurais d'autres remarques à rajouter avant de terminer l'entretien ?

M2 : Bah non bah je ne crois pas. Je ne sais pas si tu as d'autres choses à me poser comme question, un peu désolé de mettre encore laisser aller dans mes émotions mais bon, ça va s'améliorer. J'ai la conviction parce que je ne me sens pas quelqu'un de déséquilibré. J'ai des amis, je fais du sport, tout va bien, mais voilà, je pense que j'ai encore besoin de quelques semaines.

I2 : Il n'y a pas de problème, je n'ai pas de doute là-dessus. Encore merci pour l'entretien.

Verbatim N°3

I1 : Peux-tu me décrire ton parcours au sein de Médecin Correspondant SAMU ?
M3 : Ouais ! Donc moi j'ai travaillé en station plusieurs saisons d'hiver. J'ai fait la formation de médecin correspondant SAMU quand j'ai été thésé et après je suis parti travailler plein temps comme Médecin urgentiste. J'ai fait du secours en montagne et après on s'est installé à plusieurs dans ce cabinet. Je fais le recyclage chaque année de MCS, j'apprends des choses chaque année et chaque année je bosse et passe un bon moment lors des recyclages MCS et c'est toujours chouette. Les interventions on en fait pas tant que ça au final car on est beaucoup de médecins donc on se répartit les gardes MCS. On en prend sur deux sites avec deux lignes d'astreintes 24 heures sur 24 avec week-end et jours fériés tout l'hiver.
I1 : Ce qui représente combien d'acte ?
M3 : Sur l'année ? Je ne saurais pas dire, une quinzaine je pense. Après il y a les interventions où t'es déclenché par le 15, les interventions où tu es déclenché par le service des pistes régulées par le 15, il y a les interventions où tu t'auto déclenches au cabinet. En sachant que sur le territoire, le recours au MCS est souvent complexe par le 15 et que y a plein de situations où on devrait être appelé et où on n'est pas appelé**.**
I1 : Ce qui pose problème ?
M3 : Ce qui pose problème en termes de sécurité et prise en charge pour le patient, de prise de risque car le SMUR est parfois loin. On a eu un ACR sur la commune la nuit, le MCS n'a pas été déclenché et ce n'est pas la première fois. Et c'est assez fréquent. Il y a des endroits où ça fonctionne beaucoup mieux, ici ça fonctionne moyennement.
I1 : Il y a des raisons à ça ?
M3 : Il y a la raison que sur le territoire il y a une grosse puissance des pompiers et de l'ISP. Sans rentrer dans les conflits, ils ont mis un ISP sur place alors qu'il y a un médecin correspondant SAMU. Un couplage donc des moyens dans des zones où ce n'est pas adapté, on pourrait répartir autrement les moyens.
I1 : Qu'est-ce qui t'avais motivé au départ à faire MCS ?
M3 : Mon gout pour l'urgence. Mon goût pour la montagne même si ça finit par le tuer un peu quand même.
I1 : C'est-à-dire ?
M3 : C'est souvent associé au morbide quand même.
I1 : Il y a eu des choses qui ont pu marquer et se répercuter sur les activités ?
M3 : Ouais bien sûr ! ça m'est arrivé plusieurs fois de ramasser des morts que je connaissais, par exemple. Parfois tu les reconnaissais sur la carte d'identité tellement il y avait des morceaux. Des gens avec qui j'ai travaillé, des secouristes qui sont morts et tu vas dessus … enfin voilà, c'est compliqué.
I1 : Et est-ce que c'est des situations qui ont pu arriver également dans le cadre de MCS ?
M3 : Bien sûr. Dans le cadre de MCS j'ai fait des interventions sur des personnes que je connaissais plus ou moins bien. Connaitre les gens, la notion elle est vague, mais faire une intervention sur quelqu'un que tu suis, ce n'est pas anodin. Quand il fait une hémorragie cérébrale et qu'il a un score de Glasgow à 3… Ou quand un patient que tu connais bien, qui est plus ou moins un ami, tu vas chez lui pour des troubles du rythme ventriculaire réfractaire … ça a un petit impact quand même. Ce n'est pas la même chose qu'une prise en charge très anonyme en SMUR. Là, tu interviens dans un territoire où tu es médecin généraliste installé, où tu suis parfois les gens et puis tu as un appel et tu y vas.
I1 : Et ça arrive souvent ?
M3 : Oui quand même. Et parfois des choses tragiques. Suicides …
I1 : Et comment tu réagis à ça justement ? Est-ce que ça a un impact sur la prise en charge ?
M3 : Ça a un impact. Ça n'a pas que des impacts négatifs, il faut y voir également du positif. Quand tu es médecin généraliste installé dans un territoire et que tu interviens comme médecin correspondant SAMU, quel que soit le motif, tu poses auprès de la population une compétence qui est devenue rare en médecine générale qui est de pouvoir gérer les urgences. Au niveau de la confiance, tu renforces la confiance et en plus il y a du lien de proximité qui se créé, une histoire commune et partagée qui continue à se créer. Que ce soit dramatique ou pas d'ailleurs. Et ça imprègne la relation qui va suivre avec les gens avec la famille. Ce n'est pas la même chose que du SMUR. C'est aussi une proximité avec des secouristes. Quand tu interviens sur pistes, les secouristes tu les connais, tu as vécu des choses avec eux. Pas que des drames ! Tu peux avoir vécu des apéros avec eux. Mais voilà tu partages des choses dures avec des gens que tu connais. Et tu partages aussi avec les médecins avec qui tu travailles. Nous on travaille vraiment ici main dans la main. Quand on a un coup dur, on discute ensemble. C'est humain. C'est pas du tout la même chose que d'exercer isolé, je pense.
I1 : Ça t'est déjà arrivé de travailler isolé dans ta carrière ?
M3 : Non. Ou alors en remplacement. Moi je ne suis pas fait pour ça. Peut-être que j'y viendrais un jour, mais le fait de partager les choses, de partager même nous… les patients en médecine générale, ils ne sont pas attachés forcément à un médecin et selon les compétences, ils vont de l'un à l'autre avec pas mal d'acceptation maintenant et ce n'est pas plus mal.
I1 : Tous les médecins de la structure sont MCS ?

M3 : Oui.
I1 : Ce qui donne l'occasion de débriefer les interventions ?
P3 : Oui, de façon plus ou moins formelle. Mais je pense que c'est beaucoup plus difficile à vivre d'aller faire des interventions MCS difficiles sur le plan du vécu et du trauma si tu es MCS tout seul dans ton coin sans partager avec les collègues. Mais comme on le fait en équipe SMUR en retour d'intervention, c'est la même chose.
I1 : J'imagine personnellement l'équipe SMUR bénéficiant d'une structure hospitalière et sur qui on peut se reposer en cas de besoin.
M3 : Ça, ça dépend des services d'urgence car ils sont tous un peu la tête sous l'eau mais le débriefing organisé…
I1 : Est-ce que justement il y a des référents, ici, dans le secteur, des personnes sur qui s'appuyer en cas d'intervention plus difficile à digérer ?
M3 : Est-ce-que ça répond à un besoin ou pas ? Nous je trouve qu'en interne, euh voilà. Mais tu rentres d'intervention MCS, collision sur piste, un mort, enfin voilà, pour qu'on me mette une main dans le dos je n'ai pas besoin d'avoir une CUMP. Donc habituellement je le gère entre collège. Entre collègue au sens large. On a des secrétaires, des assistantes médicales, quand on rentre d'une intervention MCS un peu trash, on se soutient les uns les autres. Pas forcément de façon très formalisée mais qui suffit la plupart du temps. Après, moi, j'ai une histoire personnelle ou j'ai été confronté très tôt dans ma vie à un traumatisme. J'ai vingt ans de psychothérapie derrière moi et les derniers temps avec le psychothérapeute qui a malheureusement pris sa retraite, je débriefais beaucoup beaucoup le travail. Pas forcément que le traumatisme, hein. Mais les situations au travail, ça faisait l'objet d'une supervision.
I1 : Est-ce que c'était nécessaire ?
P3 : Vis-à-vis du travail ? non, c'était sur des problématiques personnelles liées à mon histoire de vie, mais progressivement, le travail a pris beaucoup de place.
I1 : Est-ce que tu connais d'autres personnes qui pourraient en avoir recours ?
M3 : Dans le cadre des MCS ? Non, car je pense qu'il y a une grande pudeur autour de ça. Moi, mes collègues ne sont pas forcément au courant de ça. Mais moi, c'est un des moyens qui m'a fait sortir aussi de … enfin à l'hôpital. Ça devenait trop compliqué de par ma vie personnelle, de par la charge de travail et par le fonctionnement institutionnel que je trouvais maltraitant, j'ai arrêté. Maltraitant envers les patients en premier lieu.
I1 : Je rebondis un peu sur la notion de pudeur que tu viens d'évoquer : qu'est-ce qu'on peut dire et pas dire entre collègue ?
M3 : « Rire ». On ne peut pas dire qu'on est un gros névrosé de base mais ils s'en rendent bien compte. La pudeur elle va plus être sur les moyens qu'on a chacun de digérer les choses. Et la violence du soin ce n'est pas que les interventions MCS. Le soin on est confronté en soit au morbide, à la souffrance des gens. C'est dur pour les patients, c'est dur pour nous. Et ce n'est pas facile. Une journée au cabinet, ça sèche bien. On est confronté aux troubles musculosquelettiques des gens dont on sait qu'ils sont ouvriers en usine et n'ont pas d'autres perspectives professionnelles, des syndromes dépressifs, des gens polymorbides et ce n'est pas simple. Ce n'est pas simple.
I1 : Est-ce qu'il y a des situations notamment dans le cadre de MCS qui peuvent être plus difficiles à médicaliser que d'autres ?
M3 : Techniquement moi j'ai … si enfin un nourrisson, si je pars sur un nourrisson ça va me faire flipper. Comme ça me faisait flipper en SMUR et comme ça fait flipper tous les urgentistes ou presque. Voilà et au final c'est très rare. Mais moi la maitrise technique des choses, j'ai aucun souci avec ça. J'ai l'expérience d'urgentiste derrière moi et ça, ça ne me pose aucun souci. Je sais que j'ai des collègues qui stressent. Quand ils sont de garde, ils stressent.
I1 : Vis-à-vis de …
M3 : De leurs propres compétences, de la capacité à agir car quand on est en intervention MCS on est un peu seul contrairement à une équipe SMUR. Seul pour techniquer, seul pour prendre les décisions, seul pour beaucoup de chose. Ça je n'ai pas de stress là-dessus, ou pas conscient en tout cas.
I1 : Est-ce qu'il y a des éléments extérieurs aussi qui pourraient compliquer les choses au sein d'une intervention ?
M3 : C'est ce que je disais tout à l'heure. On a à intervenir dans un territoire où on connait les patients, tu connais les familles et ça, oui ça joue bien sûr.
I1 : Et sur le début d'activité, ça s'était passé comment ?
M3 : C'était principalement les gens avec les touristes donc c'est pas tout à fait pareil quand même.
I1 : Donc il n'y avait pas eu de soucis sur la mise en place de la fonction MCS ?
M3 : Non, moi j'avais cette envie à l'époque d'aller sur l'urgence. Je l'ai encore, mais après j'en ai vécu beaucoup. Mais tu vas te retrouver la plupart du temps face à des gens même sur la traumato… une fracture de fémur … tu vas gérer ton truc d'urgence, tu vas faire ton truc protocolisé mais il n'en reste pas moins qu'une fracture de fémur c'est quand même chiant. Ça impacte la vie plusieurs mois. Donc bien garder ça en conscience que on va résoudre un problème ponctuel de douleur. Mais derrière les conséquences pour la vie des patients elle n'est souvent pas négligeable. Même un infarctus, le plus souvent y a un syndrome dépressif derrière.
I1 : C'est quelque chose qui reste en tête après l'intervention toutes ces questions ?

M3 : Oui, heureusement qu'on se pose des questions. Y en a plein des questions en tête. Elles fourmillent sans arrêt. Mais est-ce que ça me pose problème ? Oui il y a des interventions que tu refais dans ta tête. Oui il y a des fois quand on est médecin, je me mets à pleurer, je ne comprends pas pourquoi. Et puis tu regardes un peu ce que tu as fait dans les journées qui précèdent et puis tu comprends pourquoi.

I1 : Et comment est-ce que tu arrives à faire sortir ça ?

M3 : Moi très clairement, j'en discutais avec ma femme. Pas mal.

I1 : Mise à part ces débriefings avec la famille, les amis, les psychothérapeutes, est ce que ça t'est déjà arrivé d'avoir besoin d'autre chose comme prendre des médicaments ou contacter d'autres personnes ?

M3 : Alors, le burn out c'est un terme très à la mode. J'ai fait un vrai syndrome d'épuisement professionnel il y a quelques années. Je travaillais beaucoup trop mais y a toujours des facteurs personnels qui s'intriquent à ça quand même. Le suivi avec psychothérapeute, je l'avais déjà ce qui m'a été très utile même si ce n'est pas miraculeux. Après si tu veux me faire dire qu'il faudrait faire intervenir les CUMP auprès des MCS, moi je pense qu'on peut faire autrement. Y a un concept dans le soin auquel je travaille beaucoup en ce moment et qui s'appelle la collusion de l'anonymat. C'est-à-dire qu'on va autour d'une situation de soin multiplier les intervenants et pour moi la CUMP ça rentre un peu dans ce cadre-là. On va avoir un addictologue, un psychiatre et on est aussi suivi par son médecin généraliste … multiplier les intervenants, ce n'est pas toujours une bonne idée. A un moment, la relation de soin elle est quand même singulière, elle est quand même intersubjective avec deux personnes qui attendent des choses l'un de l'autre et multiplier les intervenants sans qu'au final personne ne soit responsable trop, sans qu'il y ait finalement un référent ou quelqu'un sur lequel on puisse s'appuyer ça a pour moi de grandes limites.

I1 : Est-ce que à contrario tu as un médecin traitant ?

M3 : « Rire ». C'est une bonne question. C'est une très bonne question. Pour l'instant, officiellement déclaré c'est moi. Je voulais en prendre un, un copain qui est médecin généraliste installé. Et puis je me rends compte au final après avoir a eu des rencontres dans ce cadre-là que ce n'était pas la bonne personne. Non pas forcément parce que c'était un copain mais parce qu'au final on n'a pas la même représentation de la relation de soin et ça collerait pas. Mais faut que je prenne un médecin traitant. Pas forcément parmi mes collèges ici mais … enfin j'ai une idée de quelqu'un que je connais un petit peu mais pas trop et qui fait une médecine qui je pense correspond bien à mes attentes. Mais bon, en cas de pépin entre collègue ça roule hein ce genre de truc. Enfin après on n'est pas à l'abris de chose extrêmement violente. Pas forcément le traumatisme de violent. Mais d'une intervention qui serait particulièrement difficile à digérer et pour lequel il y aurait besoin de ressources externes, mais moi je n'en ai jamais ressenti le besoin.

I1 : Justement, j'allais y venir, est-ce que tu as le souvenir d'une intervention qui a pu être particulièrement impactante ?

M3 : Oui, plein avec l'expérience du SMUR et de MCS. Un des exemples, ce n'était pas en MCS donc je pense que tu préfèrerais un exemple en MCS. Euh … ouais, j'en ai un. *[Intervention impactante avec décès sur patiente connue sur laquelle il existe un affect particulier]*

I1 : Et finalement, sur cette histoire, ce qui a été le plus impactant c'est que tu la connaisses ?

P3 : Ouais, et puis tu es attaché aux gens quand même. L'autre histoire rigolote, et là tu verras sur la confiance que tu peux inspirer aux gens … et ce n'est pas que moi mais celle-là elle est vraiment drôle. J'étais MCS.

[Intervention d'ACR récupérée]

Et quinze jours après, la patiente elle ramène une bouteille de blanc aux pompiers, un saucisson à moi. Et là, voilà. Et ça ne marche pas toujours. Mais pour la confiance que tu peux susciter auprès de la population dont t'es en parti médecin traitant, ça marque. Mais après la réanimation peut échouer et tu peux aussi accompagner les gens dans le deuil.

I1 : Et est-ce que le regard de la population sur cette histoire c'était quelque chose de facile à gérer ?

M3 : Moi quand je suis en intervention je suis dans ma bulle. Mais derrière j'en sors et derrière on en rediscute avec les intervenants. Voilà il y a aussi des belles histoires où t'arrives à accompagner … enfin qui se finissent mal. Et tu accompagnes les gens dans le deuil quand tu es médecin généraliste ou MCS. Je pense notamment au mari de la dame d'avant, et c'est aussi satisfaisant.

I1 : Et c'est facile de changer la casquette médecin généraliste et MCS ?

M3 : Oui, c'est un peu la même casquette. J'ai une vision de la médecine générale très large. Pour moi, c'est la même.

I1 : Au niveau de tout ce qui est accompagnement psychologique, on en a déjà un petit peu parlé, comment tu juges tes connaissances en matière de psychotraumatisme ? Comment tu t'es forgé tes connaissances sur le sujet ?

M3 : J'en ai eu des formations avec des psychologues, via la formation de médecine d'urgence. Très peu. Après à l'hôpital, il y avait des trucs quand même. Maintenant c'est beaucoup mieux organisé que ça ne l'était, ils font des debriefs réguliers avec un psychologue. Dans le cadre du MCS il n'y a rien de très formalisé me semble-t-il. Moi, je n'ai jamais fait appel à une CUMP. Enfin, j'ai dû participer à des prises en charge où la CUMP est intervenue pour des victimes où leur proche secondairement mais moi je n'ai jamais été confronté à ça, directement en tout cas.

I1 : Est-ce qu'un accompagnement par les CUMP ou d'autres acteurs te semble pour toi justifié ou pas forcement ?
M3 : Moi je pense que ça pourrait être intéressant, sur un territoire de faire du retour d'expérience entre MCS sur un territoire.
I1 : Tu envisagerais ça comment ?
M3 : Des groupes de pairs par exemple.
I1 : C'est des choses qui n'existent pas à l'heure actuelle ?
M3 : Au niveau des Médecins correspondants SAMU, je ne pense pas.
I1 : Quelque chose donc de centré sur Médecin correspondant SAMU ?
M3 : Oui, oui. Faire du retour d'expérience, de l'échange de pratique, ouais, groupe de pair.
I1 : Est-ce qu'il y a d'autres choses qui te sembleraient pertinentes ?
M3 : On pourrait faire des choses sur la formation, sur la formation MCS par exemple. On pourrait choisir ce thème sur une année et avoir une intervention d'un psychologue ou d'un psychiatre.
I1 : Des choses obligatoires ?
M3 : Non, non. Il ne faut pas rendre ce genre de chose obligatoire. Il ne faut pas imposer ce genre de chose. On a tous nos manières d'appréhender les choses et il y a des gens qui sont forcément plus hermétiques à ça et il faut que ça soit un choix pour moi. Après, moi je te dis. J'ai eu ce débriefing avec le psychothérapeute et je m'y suis beaucoup retrouvé.
I1 : Et maintenant qu'il n'est plus là ?
M3 : « rire ». Maintenant qu'il n'est plus là, déjà je ne fais plus d'urgences hospitalières et puis je trouve qu'entre collègue, on a une super entente à ce niveau-là. Et qui ne passe pas forcément par des choses… mais je ne le vivrais pas du tout pareil si j'étais MCS médecin généraliste isolé. Nous on a un exercice de groupe qui est plutôt très fusionnel à tout point de vue, pas seulement financier. Mais j'ai fait le mois dernier, ça n'a rien à voir avec MCS, deux accompagnements de fin de vie où j'étais le moteur de patient en soin palliatif à domicile. Tu ne les fais pas tout seul, avec les infirmières, les collègues. Et je ne sais pas si j'arriverais à le faire si je n'avais pas mes petits collègues … ouais. D'un point de vue organisationnel un. Car quand t'es pas là, t'es pas là ou quand tu as un truc de prévu, t'es pas là. Et nous, on se passe le relais. Et d'un point de vue … enfin tu vois. Avec les secrétaires, avec les assistantes médicales on en a discuté. Avec les infirmières on en a discuté et ne serait-ce que pour rentrer dans le cadre de la loi quand tu fais du soin palliatif avec la décision collégiale. Et puis pas que, aussi pour le débrief, pour en discuter, c'est collégial aussi. Et au niveau des MCS, je pense que du fait qu'on soit en groupe avec un mode d'exercice très fusionnel au final, ça nous aide beaucoup beaucoup. Voilà. Si j'avais une conclusion à te dire de tout ça, ce serait que l'exercice de groupe, à tout point de vue, participe à éviter la souffrance psychique des professionnels de santé.
I1 : Et parmi les collègues c'est pareil, tout le monde a le même ressenti ?
M3 : Ouais, ouais, ouais je pense. On a une pyramide des âges très étalée avec des gens qui sont bientôt en retraites et des médecins qui débutent leur activité. Mais oui je pense que c'est un sentiment partagé.
I1 : Et globalement toutes les tranches d'âge ont le même point de vue et le même ressenti des interventions
M 3 : Oui, pas forcément avec les mêmes mots. Mais on sent que d'avoir quand tu rentres au cabinet, quand tu rentres d'intervention, c'est le moment un peu marquant où tu pars faire le sac et vas te poser deux secondes devant un café. Tu sens que tu as des gens autour de toi, des gens qui sont à l'écoute si tu as besoin, des gens avec qui tu peux discuter. Et puis du non verbal aussi : une main sur l'épaule, je te fais un café … c'est énorme. C'est hyper précieux. Ça je l'ai ressenti aussi sur les fins de vie tu vois. Je suis rentré, décès 18h30 pffff… t'étais là au moment du décès … bah on va boire une bière après quoi, entre collègue.
I1 : OK ! moi je pense que c'est pas mal. Est-ce que tu as des remarques particulières à rajouter ?
M3 : Non, non. C'est vrai que c'est intéressant comme travail. Et moi je suis intéressé par tes conclusions. Ce que je pourrais te dire pour conclure c'est que travailler en groupe c'est chouette et peut être qu'aborder sur la base du volontariat un petit peu ces aspects là … parce qu'on a des formations complémentaires MCS aussi. En formation complémentaire, ça pourrait être intéressant. Avec quelqu'un qui est bien dedans… mais pas forcément trop dedans.
I1 : C'est-à-dire ?
M3 : Ce que je veux dire par là c'est que moi, l'hyperspécialisation, comme des psychiatres et des psychologues qui font que de la CUMP et rien d'autre à un moment, il faut réussir à s'extraire un peu de son contexte et moi je verrais plus une formation par quelqu'un qui s'intéresse à la question mais qui n'est pas plongé au quotidien dedans, tu vois. Et puis pourquoi pas d'organiser … après des réunions on peut en faire tous les soirs quand on est médecin si on veut, mais d'organiser du retour d'expérience ou de l'échange de groupe de pair sur des situations MCS prise au hasard ou non, ça pourrait être intéressant aussi.
I1 : La CUMP avait envisagé de mettre des cases à cocher à la fin des fiches d'intervention « cette situation a été impactante » ou « je veux me faire recontacter » est ce que ça te semble adapté ?
M3 : On en revient à ce que je te disais tout à l'heure la collusion de l'anonymat. Moi d'avoir un psychologue qui me rappelle deux jours après l'intervention, qui ne me connait pas, qui n'a pas vécu la situation, je n'y crois pas.

Je ne dis pas que les CUMP sont inutiles mais … La collusion de l'anonymat et surtout parfois la surmédicalisation, la dysmédicalisation de la vie … faut pas vouloir mettre de la médicalisation partout. Je ne dis pas que c'est inutile … mais j'ai des réticences sur ces choses-là.

I1 : J'ai l'impression que tu recherches beaucoup le lien de proximité finalement.

M3 : Ouais et puis voilà. On s'en sort plutôt pas mal, je pense, entre collègue parce qu'on se connait et on sait comment soutenir l'autre, je pense, et apporter du soin les uns aux autres et c'est important. Et je ne pense pas qu'on ait besoin, sauf cas exceptionnel peut être un jour … Après dans nos métiers d'avoir une supervision externe ça peut être intéressant. Ça peut être un médecin traitant, ça peut être un thérapeute … l'autre jour je discutais avec un médecin, ils font une supervision par un psychologue d'un groupe de médecin. Ils ont fait le choix d'avoir un psychologue, une fois tous les deux mois en supervision pour débriefer des cas. Je trouvais ça intéressant. Mais pas comme un cheveu sur la soupe.

Verbatim N°4

I2 : Globalement est ce que tu peux présenter ton parcours au sein des MCS ? Depuis quand, pourquoi?
M4 : Je crois, je sais pas exactement, j'ai plus la date. Je crois que j'étais dans les tout premiers. On appelle ça les dinosaures. Je crois, j'ai dû commencer en 20XX. J'ai dû commencer en 20XX et j'étais associé avec Dr. X qui était bien impliqué au niveau des médecins de montagne. Moi aussi je l'étais, j'étais son adjoint. Et puis il s'occupait beaucoup de la statistique. Bah toutes les fiches d'épidémiologie, c'est lui qui les avait mises en place avec Dr. Y. Et MCS ben ça correspond... Nous ici on est en zone de montagne isolée, donc, alors je me rappelle plus quand est-ce que c'était, mais avant toute façon, on était de garde tout le temps. Le téléphone, c'est nous qui décrochions donc à partir du moment où on était là, on était considéré comme de garde donc ça s'est fait naturellement, d'autant plus qu'on avait des formations qui étaient super bien cadrées. Il y avait des enseignements avec le Samu. Le fait qu'il soit obligatoire, bah c'était juste un plaisir d'y aller. De toute façon, c'était évident quoi. En fait, on faisait la même chose en mieux avec du matériel et en plus avec une collaboration avec le SAMU. Et du coup, ben tu te sens beaucoup moins isolé, en fait, parce que t'es épaulé, ne serait-ce que par téléphone. Et puis les gens qui te forment, on les a aussi au téléphone quand on est déclenché. Et t'as l'impression que t'es moins isolé pour nous qui sommes dans des zones isolées par définition.
I2 : Parce que t'as toujours été installé ici?
M4 : : Ouais, ouais... J'arrive de (*Côte d'Or)*, je voulais m'installer dans *(la Nièvre)* qui est un département perdu et par hasard j'ai trouvé une annonce pour venir en montagne. Et en fait, je suis parti avec ma 2 chevaux de (*Côte d'Or)* et je suis allé (*dans différentes stations avant d'arriver ici. Mais Ici*,) c'était à l'époque, hein. Donc c'était vraiment le trou du cul du monde. Je me suis dit, c'est pas possible au mois de novembre. Pour moi, Il n'y avait pas de station ici et le médecin qui était là, a eu un discours très, presque paternaliste, confraternelle et de transmission de l'information. Je me rappelle m'être dit, avoir dit à mes potes « Écoutez, je vais faire une saison là, comme ça je serai au point et après j'irai, j'irai à Val D'Isère ». Du coup il cherchait pas du tout de poste à l'époque. Mais je disais, j'irai dans une grande station parce que les autres, ça les faisait pas rire. Ils m'ont dit : Bah tiens, si tu t'installes en montagne, nous on s'en fout d'aller skier *là*, nous on veut aller skier à Tignes ou à Val d'Isère. Et puis, et du fait de cet isolement et du fait de, du coup, c'est une petite station village donc dès le début mon engagement il était à l'année. Le discours du médecin avec qui je me suis engagé, c'est de dire « OK on est médecin montagne mais on est médecin de campagne aussi. On est ici, c'est un village donc si tu viens avec moi c'est pour l'année. C'est pas juste pour la médecine de saison. » Alors la médecine de de station je découvrais ce que c'était. Je savais pas ce que c'était donc j'avais pas d'idée de dire « Ah je vais travailler à fond, puis après j'irai me croiser les orteils au bord de la plage » comme faisait certains. Ça se faisait notamment dans les médecins dans le secteur 2 à l'époque. Mais moi j'arrivais, je savais même pas que ça existait. Donc pour moi, il fallait travailler toute l'année et quand je me suis rendu compte déjà qu'il y avait la saison, qu'on travaillait beaucoup en saison. Et puis après on avait un peu de congé, c'était déjà génial quoi. Et quand il m'a dit « Bah non, on travaille toute l'année, » moi ça me paraissait normal. Mais le fait d'être la toute l'année, bah on est là toute l'année aussi et c'est un concept que j'ai accepté. Puis j'ai rencontré ma femme ici qui est pas originaire d'ici et qui est une fondue de montagne . Donc ça a pas posé de problème dans la famille que je me fasse réveiller n'importe quand en pleine nuit pour partir, mais grâce à l'organisation MCS, franchement c'est plus cool puisqu'on est régulé par Ia 15. Par rapport à une époque où il y avait 0 régul, on était appelé tout le temps.
Les patients, ils venaient même des fois nous chercher à la maison, donc... Et puis là, on est plus performant, on a plus de formation, plus de matériel, on a des drogues qu'on avait pas du tout avant. Avant, je me rappelle dans les années 20XX quand on commençait l'analgésie, on faisait morphine en sous-cutanée, alors que maintenant tu sais que la morphine en sous cutanée bah tu contrôles rien quoi, le minimum tu poses une perf, finalement on fait morphine kéta quoi. C'est juste génial.
I2 : C'est sûr. Tu disais petite station, petite station au niveau du nombre d'interventions ? L'intervention MCS ça va être à quelle fréquence tu dirais ?
M4: Oh j'ai pas du tout les stats en tête parce que c'est vrai que maintenant qu'on est plusieurs, on est plus nombreux comme médecins, je fais moins de gardes, notamment l'hiver. C'est surtout l'hiver. En gros je pense qu'il y a 7 mois de l'année où je suis tout seul donc là je dois être déclenché MCS, je pense que la moyenne, c'est une fois toutes les 3 semaines. Hors saison, en village, il y a 500 habitants. En pleine saison, il y en 16000, je pense qu'on est déclenché, MCS, Jour comme nuit, je pense, 2 jours par semaine quelque chose comme ça je pense, entre décembre et mars. J'ai pas tout à fait les stats, comme on est plus nombreux comme médecins ben moi j'en fais moins quoi.
I2 : Et ça va être quoi les interventions les plus fréquentes ?
M4 : Alors sur MCS, sur piste : de la CO analgésie, parce qu'ils arrivent pas à coquiller les gens. Donc c'est la réduction de membre et coanalgésie pour mettre en barquette ou en attendant l'hélicoptère. Et en dehors de ça sinon : c'est des arrêts cardiaques, des infarctus donc ça c'est plus… Après on peut avoir des infarctus sur piste, j'en ai déjà eu. Après des bouffées délirantes sur piste aussi, j'ai déjà eu. On y va pour shooter les gens parce qu'il

faut qu'ils se calment pour qu'ils montent dans l'hélicoptère. Tu peux avoir de tout comme un coma paludé, ça aussi quand tu tombes sur un coma, tu te dis pas c'est un palu' quoi, 2000 M, mais ça, c'est l'anecdote.

I2 : Non, on n'y pense pas forcément. Est ce qu'il y a des interventions que tu redoutes ? Où tu te dis, j'aime pas trop quand ça m'arrive ?

M4 : Les enfants, les enfants, ouais, les enfants. Et grâce à aux formations MCS, on a justement… j'ai pu participer à des simulations, on va sous simulateur pour la pédiatrie justement. Et mais après c'est, je pense que toutes les… tu redoutes un peu. Je redoute plus en dehors de la journée qu'en journée parce que, en dehors de la journée, je vais plus partir sur un problème cardiaque, soit un arrêt cardiaque, soit sur un infarctus. En journée je vais plus partir sur de la CO Analgésie . Donc, mais bon… Mais même ayant été, avant de m'installer, j'ai fait du SAMU aussi vu que j'étais *en (Cote d'or)*, je pense qu'on a toujours un peu la boule au ventre, quand on part. Normal ! Et puis quand tu arrives dessus, tu fais le job, puis après t'es content de l'avoir fait quoi. Mais ouais, je pense, c'est surtout les enfants, ça m'est arrivé 2 fois. Mais après t'es dedans et t'essayes de faire le boulot au mieux quoi. Mais je pense qu'il y a beaucoup gens qui ont la trouillle des enfants et tu… Enfin de la pathologie grave chez l'enfant par exemple. Pas l'enfant.

I2 : Et du coup, comment tu réagis sur ce type d'intervention quand tu sais que c'est un enfant ? Est-ce qu'il y a des choses que tu fais différemment, que tu appréhendes différemment ?

M4 : Là, j'essaie de... Je pense que les 2 fois où j'ai eu des nouveaux nés, donc la dernière fois c'était à la crèche. C'était une crise d'épilepsie, on m'appelait pour la crèche qui est à 100 M au-dessus, ils étaient venus me chercher paniqués parce qu'ils pensaient qu'il avait fait une inhalation, donc ils avaient, ils essayaient de faire un Heimlich et ça marchait pas. Et en fait, quand je suis arrivé je pouvais pas mettre les doigts dans la bouche parce qu'il était en pleine crise d'épilepsie.

Et après.. du coup bah je l'ai pris dans mes bras, et je l'ai amené ici parce que c'était plus rapide. Et je pense qu'après tu fais le taf et puis quand tu sais pas ben maintenant avec le SAMU on a de très bons contacts. T'appelles le SAMU et t'exposes le truc et pendant que tu agis tu sais que t'as un autre médecin qui va t'aider à réfléchir. Et ça c'est cool mais après coup… j'ai plus peur avant mais quand t'es dans l'intervention tu fais l'intervention. Surtout que les dernières années maintenant j'ai la chance de pouvoir embaucher. J'ai une ou deux infirmières au cabinet médicale, donc quand je suis sur les pistes…. y a une époque on arrivait à emmener les infirmières, mais maintenant on peut plus et quand c'est pas sur les pistes, en plus mon infirmière elle est pompier, donc quand c'est un peu la galère, elle est là aussi et ne serait-ce que discuter, je sais qu'elle va poser une perfusion pendant que moi je vais faire autre chose. Même quand on est là tous les 2 si j'ai pas le SAMU au téléphone, le fait de parler c'est rassurant et puis on fait le boulot..

I2 : Et donc le SAMU ce sera ton accès prioritaire en cas de de difficultés techniques ou théoriques. Ce sera le réflexe plutôt SAMU pour demander de l'aide.

M4 : Oui, parce que justement c'est l'intérêt, c'est ce que ce qu'on nous apprend chez MCS en disant ben « vous êtes pas tout seul justement. Bah hésitez pas à appeler ». Mais ceci dit je passe pas mon temps à appeler le SAMU, quand tu arrives sur une intervention où tu pars vite, tu pars avec le matériel. L'objectif c'est de gagner de temps. Donc le SMUR Routier il arrive quand même relativement rapidement parfois, ou ça peut être plus long si c'est sur les pistes quand t'as un cas grave et on te dit de patienter parce que l'hélicoptère il est pas là tout de suite. Donc, des fois, ça peut être plus long, mais souvent le secours routier ces dernières années, il est assez rapide, donc quand tu arrives sur place, tu fais le job. Le temps de penser au diagnostic, tu fais ton électro, tu prends tes constantes, tu commences à poser ta perfusion, et cetera, tu réfléchis aux premières drogues à passer, et puis là, souvent, bah tu te retrouves avec l'autre médecin quoi. Et souvent il y a beaucoup de médecins du SMUR qu'on connait aussi maintenant et des fois on continue à faire le les gestes ensemble. C'est sympa.

I2 : Et du coup, la boule au ventre, on a dit surtout avant ensuite il y a l'intervention qui se passe. Mais ça t'est déjà arrivé des choses qui t'impactent après une intervention ? Des interventions qui auraient pu être difficiles, où t'as pas mal ressassé derrière ?

M4 : Peut-être ? Enfin, j'arrive relativement bien à me préserver. Mais j'ai constaté que parmi mes associés, parce que j'ai des jeunes associés, puisque là sur le groupe médical je suis là à l'année mais j'ai d'autres médecins qui sont avec moi. Ces dernières années sur des arrêts cardiaques, des défenestrations, des chutes de balcon avec des jeunes. Notamment un décès qui a été pris en charge par un de mes associés. Il était mal pendant 2-3 jours quand même, donc on a essayé d'en parler un petit peu, mais il en parlait pas forcément avec moi, mais je pense que là en effet, s'il avait pu être débriefé, ça aurait été bien pour lui. A titre perso, je n'en tire aucune gloire, mais j'ai jamais été vraiment impacté. J'ai toujours réussi à avoir un certain détachement. Et les 2 enfants que j'ai pris en charge, qui me faisaient flipper, j'ai eu la chance, ils s'en sont sortis et même bien sortis puisque la dernière c'était une crise d'épilepsie qui ,chrono avait duré 45 min et elle a eu 0 séquelle et on disait que c'était impossible et elle avait vraiment 0 séquelle. Donc ça c'était vraiment bien terminé. Bon, j'en ai pas souffert, mais je pense que chez les plus jeunes médecins que je vois avec moi ouais. Alors est-ce qu'ils l'expriment plus ? Je dis pas que j'en souffre pas mais j'ai jamais ressenti le besoin de consulter ni psychiatre ou quoi. Alors à titre perso, c'est vrai je connais personnellement un préparateur mental et c'est vrai que je suis déjà allé le voir des fois, mais pas par rapport à des soucis. C'est un hypnothérapeute en fait qui fait du coaching mental. Une fois ou deux j'ai testé ça mais j'étais pas

dans la souffrance. Mais peut-être qu'indirectement, c'était aussi pour essayer de vider un peu certaines choses. Mais, mais pas par rapport à une intervention.

I2 : Et ce détachement, que tu arrives assez naturellement à prendre, tu penses que c'est quelque chose qui est plutôt inhérent à ta personne, que tu as toujours eu ? C'est quelque chose où tu as été formé ou c'est l'expérience qui te l'a donnée ?

M4 : Formé, non, parce que ben j'ai XX ans donc maintenant toute l'approche psychologique, la preuve c'est ta thèse, c'est des choses dont on parle beaucoup mais on n'en parlait pas trop à l'époque. Moi j'ai terminé, j'ai passé ma thèse en 19XX avant ma thèse je sortais du Samu. J'étais au SAMU à (*Dijon)* on était détaché chez les pompiers. Mon premier accident c'était une sortie SAMU, c'était un crash sur l'autoroute avec des gens qui étaient impactés dans les bagnoles. Le deuxième la même semaine c'était un effondrement de maison avec des morts. On avait pas de suivi, on en parlait entre nous. Mais on n'a jamais… On nous a dit « Si ça va pas, Ben tu peux toujours en parler » Mais on en parlait entre nous et on estimait que c'était le boulot et puis c'était les risques. Mais on était beaucoup moins ouvert à notre ressenti et l'impact que ça pourrait avoir sur notre vie privée. Maintenant la preuve, c'est ta thèse, tu as une grande sensibilité puisque ça, ça peut déboucher aussi sur des thèses. On en parlait pas dans les années 2000. Même au SAMU, il y avait pas de là… Moi j'ai été régulateur au 15. Il y a le psychologue de la CUMP qui était là à côté, donc je voyais qui c'était et il était là au cas où. Mais il tourne pour le SAMU, il ne tourne pas pour les médecins. Mais ouais il est là quoi. Je te dis dès la fin de mon internat, je faisais du SAMU aussi. Il n'y avait jamais de psychologue, pourtant le SAMU de (*Dijon),* c'était un bon SAMU qui était connu. Donc je pense que c'est plus... Je l'ai appris peut-être sur le tas et on m'a dit qu'il fallait faire comme ça, il fallait se détacher un petit peu et sinon on pouvait pas. C'était un chirurgien quand j'étais interne. Un chirurgien qui disait « Tu peux pas être affecté au bloc opératoire dans une opération qui se passe pas bien, si on a d'autres opérations après ». Quand j'étais aide-opératoire quand j'étais interne, il me dit « tu passes à l'autre opération, tu repars à 0 sinon tu peux pas véhiculer l'affectif et l'émotion du loupé de l'intervention d'avant parce que tu vas faire louper la suivante. » Donc ça j'avais toujours gardé en tête en disant SAMU c'est pareil quand je parle d'une intervention, il faut repartir à 0 à l'autre d'après sinon t'as pas tous tes moyens quoi. Faut faire, il faut, faut être dedans, faut breaker...

I2 : Et tu disais, t'as l'impression que les jeunes collègues sont un peu plus facilement « impactés » Toi à titre perso, est ce que tu as un peu le même ressenti rétrospectivement sur ta carrière ? Qu'au début de tes années SAMU, si j'ai bien compris en sortie de l'internat tu pouvais être plus facilement impacté qu'après ?

M4 : Alors quand j'ai fait du SAMU, comme je l'ai dit, j'ai fait 6 mois de SAMU et bah c'était mon stage d'internat à l'époque, et bon donc là j'ai vu des gros trucs mais après quand je suis arrivé en montagne on avait pas les moyens actuels donc on avait pas la qualification MCS donc on partait pas sur des grosses interventions. L'arrêt cardiaque, t'es en station, tu pars sur l'arrêt cardiaque. Bah t'es là, t'es en première ligne, tu pars tout de suite mais comme on avait beaucoup moins de de compétences il y a 20 ans, on était n'était pas déclenché pour des trucs comme ça. C'était le SAMU qui montait et puis les cas les plus graves, on les voyait pas nous parce que à part pour proposer une perfusion, un peu de morphine ou peut-être faire de l'intubation sur un ACR , voilà. Mais les compétences se sont.. j'ai l'impression que plus on a eu de de compétences et plus de drogues à notre disponibilité et plus on a eu affaire à des cas compliqués. Donc j'ai l'impression que c'était moins compliqué il y a 20 ans et on se demande pourquoi quoi. Alors peut-être, enfin parce que je n'étais peut-être pas sollicité en première ligne comme maintenant.

I2 : Et l'avantage maintenant, c'est que peut-être tu as plus l'expérience d'appréhender ces choses où tu es maintenant en première ligne par rapport à tes jeunes de collègues qui sont en première ligne d'emblée ?

M4 : Oui et mais c'est vrai que quand on commençait au début, on n'avait pas tant de pathologies à gérer, donc il y avait peut-être moins de connaissances. Et puis il fallait partir et faire le minimum quoi. Enfin même, je parle même avant MCS quand tu partais sur un ACR, fallait perfuser, fallait le masser, fallait gérer les pompiers, fallait l'intuber puis après c'était plus toi quoi. Tu te posais pas la question si t'as un infarctus s'il fallait faire la fibrinolyse, s'il fallait faire une thoracotomie ou un truc comme ça. Ça, tu vois, alors que maintenant on sait le faire, donc tu te dis, putain, j'ai appris tout ça, puis ça, ça vient dans la tête quand tu pars en intervention. Mais on en fait pas beaucoup quand même. Et c'est ça qui est stressant. Alors je dis pas qu'au SAMU c'est pas stressant mais c'est leur job. A chaque garde, potentiellement ils vont sortir donc ils vont avoir un plus grand entraînement. Si on a les mêmes connaissances sur certaines pathologies, on n'a pas du tout les mêmes connaissances sur toutes les pathologies qu'ils gèrent eux, mais je crois qu'il y a une charge émotionnelle plus importante parce qu'il y a certaines pathologies graves qu'on fait très peu, une fois par an. Quand tu sors, quand tu étais en intervention, tu t'es remémorisé plein de choses, t'as eu un geste et tout. Puis à la fin tu dis « Ah ouais ouais Bon Ben j'ai fait ça. Ça c'est bien revenu et tout. » Mais la prochaine du même type, si c'est à un an tu repars à zéro. Enfin non, pas à 0, mais on peut pas dire que c'est du régulier, t'es pas dans la routine quoi donc c'est stressant.

I2 : Donc on a parlé des enfants qui pouvaient être difficiles. Est-ce que selon toi il y aurait des éléments de certaines interventions qui nécessiteraient une surveillance particulière psychologique ? Quasiment automatique en fait ?

M4 : Bah je pense que l'âge il fait beaucoup. Je vois mon jeune collègue qui avait été très marqué, ça se voyait sur sa figure pendant 3 jours, après le lendemain il a continué à travailler. Mais en fait le jeune, il avait 21 ans, il est passé au-dessus d'un balcon, il était alcoolisé, sans doute un peu de drogue. Il a fait une chute de deux mètres, il est tombé sur la nuque, il s'est dénuqué quoi, il était mort donc il l'a réanimé et tout. Je crois bien qu'il est reparti. Le cœur est reparti et donc il était très content et après il appris que de toute façon c'était une mort cérébrale quoi. Et je pense que l'âge … plus tu as des gens qui sont en en bas âge et plus tu as envie de te battre. Tu as envie que ça réussisse. C'est sûr qu'un arrêt cardiaque à 80 ans, on nous l'a déjà expliqué plein de fois, surtout s'il y a multiples pathologies, tu vas pas te battre de la même façon. Et puis si tu as fait un peu de SAMU, on t'a bien expliqué qu'on ne peut pas non plus... Donc il y a moins d'affectif quoi.

I2 : Est ce que les circonstances aussi ? Par exemple, là tu parlais de de ce jeune qui est tombé est ce qu'il y a certaines circonstances de décès qui peuvent être traumatogènes ?

M4 : Oui, parce que je dirais que quelqu'un qui est sur un cancer terminal et qui a 50 ou 60 ans, c'est malheureux, mais c'est un cancer terminal. Ça m'est déjà arrivé ça. A 20 ans, tu passes au-dessus d'un balcon tout ça parce que tu es complètement bourré ou tu as pris de la drogue. Et moi j'ai plus de 50 ans, j'ai un enfant qui a à peu près le même âge. Tu as un peu ça en tête, tu te dis ça pourrait être mon enfant quoi. Et là, ça te ça te bouffe parce que tu dis c'est con quoi, c'est vraiment une grosse connerie quoi. Et là tu te dis bon bah tu peux pas être responsable de quoi que ce soit. Mais après tu y penses après dans la consultation, dans la prévention. Mais bon on est dans des milieux montagne. Quand ils sont là, ils sont hyper festifs. La drogue, ça circule, on sait très bien. L'alcool, je t'en parle pas, quand tu les vois fracasser des fois sur de la fracture le lendemain matin. De toute façon ils sont partis, ils avaient encore 2 grammes dans le sang. Donc tu te dis c'est con quoi. Et j'avais eu une altercation il y a 2 ans avec des jeune polonais, et une jeune polonaise de 18 ans. Ils étaient venus, ils étaient…. Enfin, c'était pas un accident de ski, c'était un problème d'alcool. Y en a un qui étaient inconscients, dans le coma et les Polonais à côté, ils disaient, mais nous quand on part en vacances ou en weekend si on ne se bourre pas la gueule c'est pas les vacances. Et là tu te dis bah là je peux discuter pendant 15 ans.

I2 : Y'a pas grand-chose à faire.

M4 : Donc tu vois, donc tu te dis c'est les Polonais. C'est peut-être culturel, la vodka et tout. Mais en fait, en France, c'est pas différent quoi.

I2 : C'est sur on peut pas dire qu'en France il y ai forcément de mauvaise presse sur la consommation.

M4 : Mais en station, on est vraiment confronté à ça quoi. On est dans un temple du... enfin je dirais pas du plaisir, mais ils sont là pour faire les cons hein. Il y en a qui viennent au ski ils ont même pas de forfait hein. Ils vont pas skier de la semaine. A la limite tu te dis bah surtout vous prenez pas les skis parce que là vous allez vous détruire.

I2 : Si on reprend l'exemple de ce qui est arrivé à ton jeune collègue, donc vous aviez remarqué qu'il était pas bien ?

M4 : Oui parce qu'il en a parlé un petit peu, pas trop avec moi. Il a parlé plus, comme on a une petite différence d'âge, il en a un peu plus parlé… J'ai une secrétaire qui est très... qui écoute beaucoup, qui parle, qui écoute bien. Il en parlait avec ses collègues du même âge, puisqu'ici on travaille, on est toujours au moins 3 médecins et puis les médecins ils ont tous entre 30 et 45 ans. Sauf moi je suis le plus vieux. Et les infirmières sont très jeunes aussi donc il parlait plus facilement avec les gens de son âge, je crois.

I2 : Est-ce que tu penses qu'il y aurait pu avoir quelque chose de systématisé ? Ou qu'une aide extérieure, ça aurait pu aider dans son cas ?

M4 : Oui, je pense que ouais, ça aurait été bien, mais après c'est notre faute aussi. Parce que là si t'en parles maintenant, en plus j'étais régulateur au 15, la CUMP je la connais. Je sais que j'ai déjà… Les cellules médico-psychologiques d'urgence j'y ai déjà été confrontées puisque je suis déjà intervenu il y a une quinzaine d'années sur un viol d'enfant dans un centre de vacances avec décès, étranglement, et cetera. Donc, après la CUMP enfin l'équivalent. Je sais plus comment ça s'appelait à l'époque, ils sont intervenus dans le centre de vacances, ils ont débriefé tout le monde, donc je savais que ça existait. Mais c'est vrai qu'on n'a pas eu ce réflexe-là. Et pourtant, et mes autres collègues non plus, mais peut-être que bien qu'étant libéral, on est entre guillemets indépendant. Le fait d'être MCS, ça nous attache quelque part au 15 et c'est vrai que s'il y avait… Il faudrait peut-être en parler plus souvent, même dans nos formations, pour qu'on ait le réflexe, parce que, en fait, c'était du domaine du réflexe. On a essayé de de de parler avec lui, et cetera. « Si ça ne va pas, il faudra que tu t'envisages de voir quelqu'un d'autre et tout. » Puis après il dit « Bon ben ça va. » Mais on voit bien qui était affecté. Mais toute façon, c'était en février, on était en plein dans le feu. On faisait des journées de 08h00 à 20h00 et y en a qui étaient de garde le soir. Peut-être, on a dû lui reprendre sa garde, un truc comme ça tu vois. Parce que s'il est sorti, il devait être de garde parce que s'il est sorti. Le MCS dans le cabinet, c'est celui qui est de garde en fait pour pas qu'il y ait d'embrouilles. Quand il y a un appel, t'es en consultation, tu vas chercher celui qui qui est MCS, tant pis il quitte sa consulte, c'est les autres qui prennent sa consult pour pas qu'il y ait de délai. Donc peut-être il y a un autre collègue qui a dû lui prendre sa garde de nuit pour qu'il puisse dormir un truc comme ça. Si on avait eu le réflexe d'appeler quelqu'un, peut-être qu'il aurait été bilanté, je sais pas.

I2 : Et toi, si tu devais mettre quelque chose en place, comment tu l'imaginerais ? Un dispositif qui serait adapté du coup au fait que vous soyez effectivement isolé, dans le rush de la saison ?

M4 : Oh ben alors si, si t'imagines… le plus gros rush c'est quand même les vacances d'hiver, donc là tu peux difficilement te déplacer mais peut-être au moins avoir quelqu'un au téléphone. Enfin je vois pas, entre nous, dans notre propre cabinet avoir une psychologue à dispo, j'y crois pas. Mais au niveau des MCS, si on avait un numéro, mais alors peut-être que ça existe, c'est que j'ai zappé. Mais non mais ça pourrait. Parce qu'en pleine saison, tu vois ce médecin, le lendemain il va... il y a une charge de travail, on est tous speed. Enfin je sais pas si tu as déjà travaillé en station, t'as tes journées, tu as des jours de repos mais quand t'es en février, ton jour de repos, t'y tiens quoi, tu vois ? Et donc quand tu travailles et tu flanches pas par rapport... Y'a une équipe, tu te dis si je vais pas travailler demain parce que je suis pas trop trop bien, c'est un autre qui va me remplacer mais il va prendre ça sur ses jours de congé. Et on est en pleine saison et il faut tenir encore. Donc l'autre il est fatigué comme moi. Donc si j'y vais pas… Donc tu prends sur toi et tu te dis bah parce qu'on est une équipe et je sais pas... Même si on a une consultation individuelle, en cabinet de montagne, en tout cas ici, c'est comme ça que nous on fonctionne, on travaille en binôme, médecin, infirmier, voire assistante secrétaire ou quand il y a un cas difficile en médecine, bah les 3 médecins sont dans la salle d'attente, dans la salle de radio, on travaille ensemble sans problème quand il y en a qui sait pas, soit on m'appelle, soit on parle à l'autre. On a un groupe WhatsApp, on communique, on a même un groupe WhatsApp avec des chirurgiens. Tu vois, c'est très, c'est hyper interactif. Donc en tout cas moi j'ai des collègues. J'ai la chance d'attirer des gens avec qui je me suis toujours très bien entendu, mais c'est peut-être ma façon de de recruter aussi qui fait que c'est des gens qui sont un petit peu comme moi. Et il y a cet esprit d'équipe et parce que c'est ce que j'essaie de mettre en avant. Et parce qu'il y a l'esprit d'équipe, tu peux pas flancher. Et donc ce serait peut-être bien d'avoir un appel téléphonique.

I2 : Parce que tu penses que s'il y a un numéro est ce que toi ou tes collègues vous prendriez le temps de l'appeler ?

M4 : Je sais pas, mais ça serait plus pratique. Le soir, on pourrait très bien lui dire. Le soir, on termine tous à 20h00, on lui dit « à 19 h, tu arrêtes » ou « à 18h00 Tu fais une pause d'une heure et t'appelles le responsable de la cellule psychologique, tu discutes avec lui pendant 1 h, tu mets les choses au point avec lui » et ça, on pourrait très bien le dire. Et ça je pense qu'on l'accepterait en disant « Donnez-moi une heure pour souffler » Moi, mes collègues, enfin certains jeunes médecins, on est quand même dans un environnement festif, je leur donne facilement 1 h le matin quand je vois que quand ils rentrent le matin, ils ont eu des petites nuits, donc des fois vaut mieux qu'ils s'allongent, qu'ils dorment une heure et que la consultation soit plus efficace après. Je le prends très bien, je dis ça en rigolant. Je l'ai déjà fait, ils le savent, c'est déjà arrivé suite à des grosses fêtes. Les médecins aussi, ils font la fête.

I2 : Ils ont le droit.

M4 : Ils ont le doit et c'est pas le Critérium médecine quand on est en station. *rire* Oui, on pourrait très bien dire sur la journée, tu prends 1 h par jour ou pendant 2-3 jours, pourquoi pas. Je pense que ça, ça passerait mais même en pleine journée. Parce que si je dis 19 h et que tu dis ça à un psychologue, il va te dire pourquoi je travaille à 19h00. *rire* Ok je vais faire 1 h de 15h à 16h.

I2 : Il est envisagé d'adapter les fiches MCS, de rajouter sur la fiche d'intervention 2 cases à la fin. Une case « Cette intervention a été psychologiquement difficile », et une seconde case qui serait « j'aimerais être rappelé par rapport à cette intervention ». Qu'est-ce que tu penses de ces cases ? Est-ce que les deux te semblent pertinentes ?

M4 : Si on met en place une cellule psychologique, je pense que oui. Parce que la fiche on la remplit en rentrant d'intervention, il faut le mettre. Donc c'est tout de suite... enfin le fait d'être obligé de cocher si tu n'as pas coché t'as fait exprès de pas le cocher. Ça évite de tergiverser, donc moi je pense que la case ce serait bien ouais.

I2 : Et les deux te semblent intéressantes ?

M4 : J'en mettrai plutôt une pour le contact parce que globalement… Quand tu pars comme MCS, c'est pas psychologiquement cool. Parce que tu pars MCS, alors on est moins sujet aux grosses interventions que le SAMU, même si eux, ils sont peut-être un peu plus que nous dans une routine, mais je pense qu'ils ont quand même du stress. Et pour moi, l'avoir vécu pendant 6 mois. Mais je pense que nous les interventions, on en fait quand même pas tant que ça et chaque intervention sauf la coanalgésie où on sait que c'est ça où tu sais en gros, tu sais ce que tu vas faire, le reste tu te poses toujours beaucoup de questions. T'essaies de de revoir ta fiche dans la tête quand tu pars, quand t'es dans la voiture, quand tu prends le sac, tu regardes un petit coup. Et je pense que la deuxième case de dire oui, j'ai besoin d'être contacté. C'est à ce moment-là qu'il faut le faire. Parce que si on met la première case, c'était psychologiquement important, ça débouche sur rien. Finalement, il n'y a pas de décision derrière. Ça sera pour les statistiques, c'est ça pour les statistiques, comme ça ils sortent une demande d'intervention psychologiquement intensive. Mais si on regarde le côté médecin, je pense que le fait d'avoir la case j'ai besoin qu'on m'écoute là parce que c'est dur à apporter. Je pense qu'il faut le formaliser.

I2 : Donc on en a déjà un petit peu parlé, mais globalement toi en tête tu n'aurais pas de situation te concernant qui t'aurait impacté particulièrement ?

M4 : Non, enfin j'ai eu des décès de personnes relativement jeune, hein, mais j'ai pas eu de décès d'enfants, j'ai eu cette chance. Non, j'ai eu des décès de gens plutôt âgés ou de la traumato. Mais de toute façon, quand après, une

fois que les causes, l'étiologie étaient trouvées, tu t'es dit bon ben j'ai fait ce qu'il fallait, mais je ne pouvais pas faire mieux. De toute façon c'était joué. Non j'ai pas été.. je garde pas de traumatisme.

I2 : Imaginons, alors que à l'heure actuelle tu as besoin de chercher de l'aide d'un point de vue psychologique. Vers qui tu te tournerais ?

M4 : Bah comme je te l'ai dit spontanément. Je connais pas spécialement de psychologue, je me tournerais, si je voulais voir un psychologue, plus vers le SAMU, c'est des gens que je peux côtoyer et je leur demanderai là-bas qui, qui est-ce que je pourrais voir. Pour un débriefing d'intervention, j'irai les voir. Alors comme quand on est MCS, on est entre guillemets contractuel de l'hôpital. Donc ça maintenant que je sais qu'ils existent, ben je pourrais, pourquoi j'en bénéficierai pas ? Mais si je suis pas bien, c'est vrai que si je suis pas bien dans ma tête, j'ai jamais été confronté ni besoin d'avoir un psychologue ou un psychiatre. Mais spontanément, j'irai voir quelqu'un que je connais. Je te dis, c'est un hypnothérapeute qui est préparateur mental. Après si y'a besoin d'aller plus loin, j'irai plus loin quoi, mais ce type de technique, je trouve ça pas mal.

I2 : Question à part, est ce que tu as médecin traitant ?

M4 : Ah c'est moi. Comme tout le monde non ? Donc on est très mal placé pour se juger. Mais je m'occupe très bien de moi parce qu'au fil des années, j'ai repassé des diplômes. Et je me suis intéressé à différentes choses, notamment j'ai fait de la médecine esthétique, toutes mes formations, et cetera, et je dirais que par prévention, je me suis fait… Je fais pas mal de sport, c'est pour ça que je suis en retard aujourd'hui. [Parle de ces antécédents médicaux personnelles autodiagnostiqués : censuré] . Mais au niveau psychologique, le fait d'être mon propre médecin traitant, non… Oui, je pense qu'on est tous son médecin traitant. Sauf dans les gros cabinets, mais moi je suis tout seul toute l'année.

I2 : Mais tu n'y vois pas d'inconvénient dans tous les cas d'être ton propre médecin traitant ?

M4 : Non, jusqu'à présent je me suis pas trop, je me suis pas trop voilé la face, donc voilà.

I2 : Est-ce que le Psychotraumatisme t'en avais déjà entendu parler ? Est-ce que tu sais ce que c'est globalement ?

M4 : Bah j'en avais entendu parler parce que j'ai fait une formation, notamment avec le SAMU sur… enfin pas l'hypnose, tu sais comment on appelle… Les thérapies de… Le stade avant l'hypnose, pour mettre les gens dans de bonnes conditions quand t'es aux urgences, ils utilisent ça en anesthésie...

I2 : La communication thérapeutique ?

M4 : La communication thérapeutique, voilà ! Donc moi j'ai fait ça il y a un bout de temps déjà, avec les médecins des urgences du SAMU 73. Et voilà, on a un petit peu parlé de ça. Mais voilà, juste c'était pendant 3-4 jours.

I2 : Ça te semble suffisant quand on est MCS ? Ça te semblerait nécessaire d'apprendre à reconnaître les signes ?

M4 : par rapport aux autres médecins ?

I2 : Par rapport à soi-même et aussi par rapport aux autres médecins ?

M4 : Oui, oui, mais alors ce n'est pas ce qui me passionne le plus dans le MCS. Alors je sais qu'il y en a qui seront peut-être plus intéressés, qui ont plus de fibres avec ça. Mais c'est vrai que le fait de travailler en groupe si on avait, pas forcément une grosse formation là-dessus, mais si ça faisait partie d'un des ateliers, par exemple de la formation MCS, je serais plutôt favorable parce que tous les MCS enfin, donc je suis le seul à l'année, mais par exemple, l'hiver, on est 10, dont 8 MCS. Donc on tourne et on travaille ensemble. Donc même si ce serait… Ça permet de de s'évaluer les uns les autres quoi. Et si on a une sensibilité, la détection du traumatisme repose plutôt sur la sensibilité des uns ou des autres parce que des fois, je sais qu'il y a certains médecins, ils font leur boulot, ils sont dedans, on fait à la pause, on discute tous ensemble, mais quand ils bossent, ils bossent tout seuls. Et puis d'autres qui sont très… moi j'ai tendance à pas mal, à beaucoup discuter. Je sais qu'il y a certains de mes collègues avec qui on n'hésite pas à parler régulièrement donc c'est quand il y'en a un qui ne va plus participer comme d'habitude où là on va se dire « mince, il y a quelque chose qui ne va pas ». Mais spontanément on essaie... Le groupe essaye de se gérer là-dessus. Je l'ai déjà constaté.

I2 : Donc l'importance d'être en groupe aussi.

M4 : Ouais, et puis alors… en tout cas ici on a la 3e mi-temps aussi. Alors ça veut pas forcément dire alcool mais enfin souvent tu vas dans un bar, et on va manger souvent ensemble, on appelle ça des restos-staffs. On va boire un coup, on se met pas minable hein, mais des fois on part à 20h00, on peut rester une heure et demi tous ou pas forcément tous, mais secrétaire, infirmière, et cetera. Et ça peut être un moment où tout le monde donne son mot. Et que la secrétaire, elle va dire à un médecin « ouais, aujourd'hui t'as pas été cool, t'as fait ça, ça » et dans le relationnel, c'est des moments où justement on va parler des autres. Et on a aussi une pause à 12h00 où on essaye de se donner un temps de pause le midi mais c'est pas toujours évident. En théorie, on a chacun une heure de pause pour que chacun puisse aller manger. Et en pratique en fait ça s'est toujours passé comme ça. Moi, quand je donne mes plannings, il y a des gens qui arrêtent à 12h00, commencent à 13h00, d'autres qui arrêtent à 13h00, qui commencent à 14h00 et d'autres qui arrivent à 11h00 parce qu'il a été de garde la nuit et qui a déjà mangé et du coup ne fait pas la pause de midi. Enfin tout est possible pour qu'ils puissent aller manger au restaurant et avec le temps on se rends compte que chacun amène sa gamelle et on mange tous dans la pièce au fond. Et c'est à ce moment-là qu'on discute. Et quand il y a des trucs qui vont pas, c'est là que ça peut se dire. Donc oui, indirectement

on a ce moment où on communique et comme il y a pas trop de vieux médecins, je suis le plus vieux et que je communique pas mal... je parle beaucoup, excuse-moi... et je pense que tout le monde parle bien, il n'y a personne qui reste dans son coin.

I2 : Si on devait résumer de manière générale l'entretien, si on devait améliorer l'accompagnement psychologique des MCS, quelles seraient les mesures que tu retiendrais ?

M4 : Ben de pouvoir avoir une case à cocher sur la fiche d'intervention en disant j'ai besoin d'un soutien psychologique. Parce que tu peux le ressentir au moment où tu le dis, tu te dis t'as vraiment vécu un moment comme j'ai pu le voir. Je l'ai plus ressenti à travers mes collègues sur des interventions où ils étaient, waouh, ils étaient lessivés et je pense qu'ils l'auraient coché à ce moment-là. Et c'est important de le cocher tout de suite parce que plus tu réfléchis, après tu te dis, « oh bah non c'est bon, je vais m'en sortir » et tu ne coches pas. Tu fais pas un appel le lendemain parce que quand tu rentres, l'esprit de groupe fait que c'est hyper positif mais tu baisses pas les bras, tu vas pas dans ton coin et tu vas pas pleurer et tu vas tout de suite bosser, tu prends le patient suivant et puis c'est aussi un moment où ça permet de te sortir les trucs de la tête quoi. De tout de suite t'occuper de quelqu'un d'autre. Mais du coup tu reportes le temps de réflexion, et donc ce temps de réflexion, s'il pouvait avoir lieu avec un professionnel dans les 2-3 jours, ne serait-ce qu'une heure, et cette heure soit elle suffit ou elle permet de nous nous éclairer sur le fait que bah il va falloir faire autre chose, ça pourrait être dans... Ouais, c'est à la fois, ça peut être une conclusion et un point de départ justement, mais je pense qu'il faut le cocher tout de suite, parce que plus tu réfléchis moins tu vas le faire... Et d'avoir peut-être une.. Que les MCS aient recours à une personne. En tant que cabinet, même si on est nombreux, on va jamais organiser un psychologue de référence, alors que si un psychologue de référence via le SAMU ou via MCS, je sais pas. Parce que du coup ça fait beaucoup de médecins. Ça fait quand même quelques-uns, donc ça peut être pas forcément n'importe quand dans la journée, mais en hiver ça peut être des permanences de demi-journées par semaine où tu sais que tu vas prendre une heure. Tu sais que t'auras une heure le jeudi ou le mardi, ça pourrait être bien.

I2 : Donc le plus important, ce serait bien la case à cocher sur les interventions et donc le numéro de permanence entre guillemets à contacter si jamais.

M4 : Oui, avec un numéro, mais, mais le numéro justement, plus on y réfléchit, moins on va le faire parce qu'après on va dire « Bah non ça va, c'est bon ça fait partie du métier quoi », et tu discutes un peu avec les autres et puis t'es passé à un autre cas, puis ça va. Et tu te rends pas compte que t'es affecté alors que je pense que le fait de cocher de suite si ça va pas, c'est tout de suite tu le dis si ça va pas et je pense que c'est mieux.

I2 : Tu as d'autres choses à rajouter avant qu'on clôture l'entretien ?

M4 : Non mais je pense que la charge psychologique, moi je suis installé depuis 19XX , MCS depuis 20XX, le fait d'être MCS on a… je pense que la charge psychologique va avec la charge, avec l'intensité des interventions. J'ai vraiment, je veux dire... ne serait-ce que la coanalgésie, par exemple, morphine, kétamine. J'ai, j'ai vraiment… quand j'ai débuté ma carrière, les plus grosses fractures, j'avais la trouille de la fracture du tibia de l'enfant, c'était le plus gros accident pour moi et le premier que j'ai fait, c'était le fils de mon collègue. Il était pas là comme par hasard. Et dans ma tête, c'était ça le plus gros truc. Mais la fracture du tibia de l'enfant, tu le gères, tu discutes machin, tu peux éventuellement donner un peu de cachet, mais jamais, enfin très rarement tu le perfuses pour enlever la chaussure. Peut-être, les jeunes médecins vont utiliser les gaz, et cetera, mais j'ai eu l'impression que la charge psychologique augmente avec les années, avec la charge de travail et que la charge d'intensité du travail quoi. On fait des actes beaucoup plus lourds et intellectuellement intéressants que dans les années 2000. Alors peut être qu'avec les skis paraboliques, ils se font plus mal qu'avant et qui sont pas plus sportifs qu'il y a 20 ans. Et que même ils imaginent toujours c'est un jeu virtuel le ski qu'il y a zéro risque mais les fractures ouvertes, les fractures tibiales d'adultes ou les humérus complètement explosés j'ai l'impression qu'il y a 20 ans, il y avait pas ça quoi ! Donc on n'avait pas besoin des drogues, il y avait pas besoin peut-être de la formation qui allait avec, donc il y avait moins de charge je pense psychologique. Je te dis, moi de tête, avant le plus gros accident que je redoutais c'était le tibia de l'enfant et tout le reste pour moi c'était moins. Et alors que maintenant le tibia de l'enfant tu vois ça, t'es… D'abord, je trouve qu'il y en a plus beaucoup et par contre les tibias de l'adulte et les gros crashs, il y en a de plus en plus quoi. Ouais, les fractures de colonne, les gros TC.

I2 : Donc ça devient de plus en plus dur d'être MCS ?

M4 : Oui, mais la formation a évolué avec la demande, mais tu as l'impression qu'il y a… que c'est pire maintenant, qui se font beaucoup plus mal que tous les accidents sont plus graves. Mais peut-être il y a le biais aussi, qu'avant on n'était peut-être pas autant en première ligne non plus, mais parce qu'on n'avait pas les compétences et parce que peut-être que le SAMU n'était pas aussi bien organisé que maintenant. Donc l'intensité des actes va avec la formation qui est plus complète, qui s'adapte aux actes plus compliqués avec des outils qui sont de plus en plus complexes. Tout le scope, défibrillateurs, les drogues qu'on utilise. J'ai l'impression que dans les années 2000, tu n'avais pas besoin de tout ça quoi, tu vois ? Mais du coup, la charge émotionnelle, elle va avec et la gestion de l'échec va avec puisqu'on a des cas de plus en plus graves, donc forcément plus d'échecs. Donc il y a plus de risques d'échecs.

I2 : Bon et bah très bien merci beaucoup. Je vais pouvoir couper tout ça.

Verbatim N°5

I2 : Est-ce que tu peux présenter ton parcours au sein de MCS ?
M5 : Alors au sein des MCS… En fait, c'est ici que je suis passé en tant qu'interne mon premier niveau et en fait ici, il y avait déjà un médecin correspondant SAMU et du coup c'est comme ça que, je sortais avec lui, et c'est comme ça que je me suis intéressé au dispositif parce que j'aimais bien l'urgence. Je ne connaissais absolument pas. Et du coup je me suis intégré là-dedans en tant qu'interne premier niveau et voilà et je me suis formé dès que j'ai pu et rapidement je suis sorti.
I2 : Et ça fait combien de temps du coup que tu es dans le réseau ?
M5 : Eh Ben je suis installé depuis 2017 donc là 6 ans et sachant que je pratique MCS depuis 7-8 ans.
I2 : Ah oui d'accord, donc tu as intégré vraiment directement le dispositif.
M5 : Ah ouais ouais. En fait, au début, on était vraiment dans une branche, ce n'était absolument pas normé comme en Rhône-Alpes. Nous c'était le SAMU de notre coin qui nous donnait des choses. On avait exactement les mêmes sacs que le SAMU. Enfin c'étaient des arrangements avec le SAMU local. Enfin, mais du coup c'était super aussi et on s'est débrouillé comme ça. Et petit à petit, on a intégré médecin de montagne, avec le réseau qui est beaucoup plus maintenant standardisé. On a tous le même matos. Avant on avait chacun nos trucs différents.
I2 : Et qu'est ce qui t'as motivé à intégrer le dispositif MCS ?
M5 : Ben moi j'aime beaucoup, j'aime bien l'urgence. J'aime bien me sentir utile. J'aime bien faire des gestes. J'aime la médecine de campagne donc j'aime ça en fait ! Faire des gestes, j'ai pas juste envie de rester au cabinet, j'ai envie de bouger, j'ai envie de bouger. J'avais une pratique hospitalière en tant qu'interne que j'aimais beaucoup mais je ne voulais pas rester à l'hôpital. Et c'est vrai que c'est ultra-valorisant hein, d'intuber des gens de mettre des cathé intra osseux de faire des trucs comme ça c'est super quoi. Donc moi c'est vraiment ça. Je pense qu'il y a aussi le syndrome du Sauveur avec cette volonté de sauver les gens et de se dire, enfin pour l'ego, je pense que ça c'est important. C'est très présent chez ce genre de population je pense. Et voilà en gros manier aussi des drogues que j'ai pas l'habitude, comprendre des choses, ça moi j'aime beaucoup la physiopathologie j'aime bien tout ça, donc ça, ça m'a vraiment plu.
I2 : D'accord, et ici le premier SAMU, il va être à combien de temps ?
M5 : Alors d'ici, du cabinet, on est à trente minutes, mais en fait nous, notre territoire, il s'étire sur la moyenne montagne, donc on a une mini piste de ski alpin là-haut. Et en fait, ça peut aller jusqu'à 1 h de SMUR quoi. Donc c'est très très large.
I2 : Et en volume d'intervention ?
M5 : Ben alors en volume d'intervention, par exemple au mois de juillet, j'en ai fait 9 donc c'est quand même pas mal, je n'en avais jamais fait autant, mais en règle générale je suis entre 2 et 4 par mois.
I2 : Et vous êtes combien de MCS sur le secteur ?
M5 : Alors on est 2 actifs, on est 3 en tout. C'est à dire que y a ma collègue qui est là qui fait les formations, qui sait faire, mais qui prend pas trop d'astreintes. Mais elle a envie de savoir.
I2 : Et les interventions, globalement, ça va être le type classique des MCS ?
M5 : Ouais alors peut être que nous la différence c'est qu'on a peut-être un peu moins traumato que sur les pistes, mais nous on fait beaucoup de cardio-pulmonaire, alors on fait de la traumato parce que comme je te disais, on a une piste de ski et en fait l'été, notamment cette année, ils ont mis des trottinettes de descentes, tu sais des trottinettes avec les gros pneus et tu descends à fond. Du coup, on y allait quand même trois fois cet été. Donc voilà, c'est surtout ça. C'est surtout ça ! Piqûre de guêpe, allergie, arrêt on en fait évidemment, c'est assez varié, on fait peut-être un peu moins de traumato par rapport au Rhône Alpes mais voilà.
I2 : Mais avec les trottinettes qui vont peut-être vous permettre de rattraper la traumatologie.
M5 : Peut-être, on sait pas, c'est sympa là traumato ! *rire*
I2 : Est-ce que toi tu as des interventions que tu redoutes ?
M5 : Alors oui, il y en a plusieurs, alors déjà la première, c'est l'accouchement. L'accouchement, la semaine dernière, j'ai fait un accouchement et il est né dans le camion des pompiers, c'était ma toute première et du coup ça, ça fait flipper et ça s'est super bien passé et c'était ultra valorisant. Enfin ça, c'était vraiment bien, c'était cool ! Je n'en avais jamais fait, même en SMUR. C'était ma première. Et je n'étais pas trop stressé en fait, je pense parce qu'on nous forme bien pour ça, mais je savais que soit tout se passe bien, tout se passe bien, soit ça se passe mal et on ne peut pas faire grand-chose malheureusement. Donc du coup ça c'était une de mes premières qui me faisait peur, je pense que ça a un peu démystifier le truc, ça c'est cool évidemment. Et évidemment l'arrêt cardiaque de l'enfant que j'ai jamais fait. Ça c'est le truc qui fait peur. Et après ben tout ce qui est arrêt chez les jeunes, gros trauma chez les jeunes. Surtout ça.
I2 : L'âge plutôt du coup ?
M5 : Ouais, plutôt l'âge. L'âge et le la violence aussi. La violence… *blanc*
I2 : Et si tu vas sur ce type d'intervention là comment tu réagis, comment tu gères ce genre de chose ?
M5 : Quand on y va ?

I2 : Oui par exemple.
M5 : La musique, première chose, la musique. Après, j'essaie de me concentrer sur ce que je vais faire. On le faisait beaucoup au SAMU où j'étais. Enfin quand j'étais interne, j'ai fait mon SASPAS dans un SAMU aussi. Donc on essaie de bien savoir ce qu'il faut checker, qu'est-ce qu'il faut faire. Donc déjà on arrive moins en se disant sur quoi on va, au moins on sait, on sait sur quoi on part. Ça permet aussi de de détendre. Moi je sais que j'ai des gros shoots d'adrénaline donc j'ai soif, j'ai tout le temps soif, je sais pas pourquoi c'est comme ça, je pars de chez moi, j'ai soif. Donc j'ai la bouteille d'eau parce qu'il faut que je boive. Quand tout va mieux je bois chez les gens, c'est comme ça. Donc il y a de la musique aussi quand c'est peu loin… La respiration aussi, j'essaie de respirer profondément, voilà. Mais vraiment avec l'expérience, je suis de moins en moins stressé donc j'ai vraiment l'impression d'être de moins en moins stressé. Avant, j'allais vraiment avec la boule au ventre. Ce qui est normal, je pense. Et aujourd'hui comme, ben plus tu fais d'inter, plus t'as l'impression de savoir des choses, et t'y vas quand même de façon plus sereine, j'ai l'impression.
I2 : Et du coup, ces choses-là : la musique, la respiration, ce sont des choses qu'on t'a montrées, enseignées ?
M5 : Ben en fait, on le faisait un peu de façon inconsciente au SAMU, donc c'est vrai que c'est un truc que je j'aime bien. Enfin que j'ai repris un peu de ça, entre autres, donc on va respirer tranquillement quand on part sur un enfant au SAMU, quoi qu'il arrive, on n'est pas bien quoi dans la voiture généralement c'est le silence plat. Donc souvent le CCA, l'ambulancier il met un peu de musique ou la radio mais ça permet aussi de penser à autre chose parce que ça ne change rien de stresser sur le trajet.
I2 : En plus en tant que MCS tu es tout seul dans la voiture.
M5 : Ouais c'est ça et puis tu te concentres sur la route. Mais oui, c'est quelque chose qu'on que j'ai un peu retiré du Samu.
I2 : Dans les interventions, on a dit qu'il y en avait que tu redoutais. Est-ce que, selon toi, il y a certains types d'interventions ou certains éléments qui nécessiteraient, quoi qu'il arrive, une prise en charge derrière ?
M5 : Bah ouais ouais je pense ouais.
I2 : Celles que tu as dit précédemment ?
M5 : Alors non. Enfin pas forcément toutes. Par exemple, l'accouchement, je l'ai super bien vécu mais par contre, effectivement dès qu'il y a, je pense, des mineurs, des mineurs décédés. Je pense que ça c'est un truc où il faut au moins poser la question. Et je pense qu'il faut la poser peut-être pas au début. Enfin faut la poser au début mais faut la poser aussi à distance, je pense que ça c'est important. Moi par exemple, au SAMU, on avait fait un gamin de 16 ans qui avait fait un accident de de 50, il s'est mis la tête sous une voiture. Du coup sur le coup, le jour même, il y a le chef de service qui a appelé toute l'équipe et qu'on a discuté tout ça. Et ça, c'est quelque chose qui est important à faire. Et je pense qu'après il faudrait le refaire derrière.
I2 : Et là en tant que MCS, comment tu mettrais en place ça ?
M5 : Ben en fait, je pense que ce qui serait intéressant, c'est d'avoir peut-être une visio avec quelqu'un, quand on a fait une intervention comme ça. Peut-être une fois et recontacter un mois quoi qu'il arrive un mois ou deux, derrière quoi qu'il arrive. Je pense que c'est important, peut-être même plus, peut-être même plus.
I2 : Pour ces cas-là en systématique, quelqu'un qui rappellerait les MCS en visio pour un débrief rapide, puis un ou des debriefs en fonction.
M5 : Ouais, je pense ça serait pas mal quand même. Après, il y a d'autres situations qui ne rentrent pas dans ces cases mais qui nécessitent aussi.
I2 : C'est-à-dire ?
M5 : C'est difficile. C'est difficile parce que chaque personne est différente. Plus on en voit, plus on est blindé entre guillemets. Je pense au jeune MCS qui décroche un pendu. C'est quand même violent. Là, c'est quand même violent, je pense qu'il faut, même ça c'est quelque chose qui nécessiterait. Je crois qu'il va y avoir dans les fiches un bouton si on veut être. Ça c'est un truc. Je pense qu'effectivement c'est ultra important, mais sur certaines situations je pense qu'il faut le faire d'office.
I2 : Et tu disais avec l'expérience on se blinde, c'est plus dur le pendu pour les jeunes. Du coup tu penses que le facteur jeunesse, un début de carrière, c'est plus difficile ?
M5 : Expérience, expérience, c'est pas tant jeune parce que on peut avoir 50 ans et décrocher son premier. Mais par contre l'expérience.
I2 : Il faudrait une vigilance plus particulière ?
M5 : Oui sur les jeunes MCS. Parce que médecin généraliste et MCS, c'est complètement différent. Avant, c'était un peu la même chose, hein. Les médecins de campagne, ils faisaient tout ce qu'on fait, mais aujourd'hui, c'est de plus en plus séparé, ça va pas les gens, on leur dit « Vous faites le 15 » Alors qu'avant c'était le MG qui faisait. Donc décrocher un pendu c'est toujours, c'est un peu particulier quoi, parce que ce sont des morts violentes. Quelque soit l'expérience.
I2 : Et du coup, pour encadrer les nouveaux MCS sur les débuts de carrière, ce serait quoi ton idée ?
M5 : Bah je pense que ça peut être des visios effectivement pour voir un peu comment est-ce qu'ils ont vécu. Comment ils l'ont vécu ? Est-ce que ça les a choqués ou pas ? Est-ce qu'ils ont besoin d'un suivi derrière ? Est-ce que par la suite, si ça arrive de nouveau, est-ce qu'ils ont besoin d'avoir un suivi ?

I2 : Et ce serait des visios du coup plutôt en lien avec des interventions quand même traumatiques pour eux ou tu penses que en tant que jeune, ce serait bien qu'ils aient des visios ou un soutien sous une autre forme en raison de la jeunesse même ? Y compris sur des interventions peut-être, qui paraissent maintenant moins traumatique pour toi ?... En fait, est-ce que tu penses que le début d'expérience de MCS, est une période de fragilité telle, qu'elle nécessiterait une mise en place spécifique au début de carrière ?
M5 : Je pense pas. On est quand même des médecins, on a quand même vu des trucs affreux. Tous. Et je pense qu'une douleur thoracique ça ne nécessite pas. Je pense qu'une fracture de cheville ça ne nécessite pas. Parce qu'on sort quand même sur beaucoup de choses qui ne servent à rien, hein des fois. Des fois on ne sait pas au téléphone, une piqûre, une allergie, même grave qui se passe bien. Ca nécessite pas je pense hein...
I2 : Et sur les choses qui se passent mal, pas systématiquement non plus ?
M5 : Si, si ! S'il y a un décès. Après moi, je pense que dans les cas, voilà que j'ai dit au départ, faut le faire systématique et après avoir la possibilité de dire oui ou non, est-ce que j'ai besoin. Par exemple, une allergie grave mais qui se finit mal, je pense qu'il faut avoir la possibilité de le mettre. Est-ce qu'il faut le mettre en systématique ? Je sais pas. La population, MCS, on est quand même un peu cowboy. Voilà, c'est pas une légende et je pense que on aura tendance à dire qu'on n'a pas besoin. Donc c'est pour ça que je pense qu'il y a certaines inters où il faut pas poser la question. Faut appeler.
I2 : Tendance à dire qu'on n'aura pas besoin ?
M5 : Ouais, je pense vraiment qu'on a tendance à dire on n'a pas besoin. Moi il y en a une, il y a pas très longtemps, mais on en reparlera je pense peut-être après. Mais ce sont les gendarmes qui m'ont demandé ce dont j'avais besoin, mais j'ai dit non. C'est vrai. Derrière on se pose la question, est-ce que ça aurait été pas mal.
I2 : Le fait que quelqu'un d'extérieur te poser la question ça aide ?
M5 : Ouais, ouais, voilà. Mais sur le coup j'ai dit non, même si c'était MCS je pense que j'aurais dit non, enfin je sais pas. Et derrière tu te dis peut-être qui l'aurait fallu débriefer. Je pense que ça c'est intéressant.
I2 : Et si les gendarmes, ne t'avais pas posé la question, est ce que tu te serais reposé la question ?
M5 : Ouais je pense. Ouais quand même. Je pense que c'est bien qu'il me l'ai posé. On en rediscutera peut-être un peu après sur des inters.
I2 : Et actuellement du coup, vu qu'il n'y a pas ces moyens là en place, toi, si actuellement tu avais besoin, tu ferais comment ?
M5 : Je… Je ne sais pas. Je pense, j'en parle beaucoup aux autres collègues. Alors, en l'occurrence. Je suis quand même souvent avec des internes en SASPAS donc j'essaie de les emmener. Je pense que c'est bien d'en parler ensemble. Sachant que moi je suis plutôt leur référent et je sais pas, je suis pas censé être celui qui va mal. Donc faut quand même garder ça parce qu'eux ils ont besoin de ça. Comment je peux faire ? Je pense ma compagne est infirmière aussi. Je pense je peux lui en parler. Si vraiment j'ai besoin, je sais qu'il y a des psys, des psychologues qui sont bien dans mon village. Je pense que je peux passer par là. Pour l'instant je n'en ai jamais eu besoin.
I2 : Donc plutôt le réseau personnel.
M5 : Ouais parce que il n'y a pas ce dispositif pour les MCS pour l'instant. Peut-être qu'après effectivement, je pense que peut-être que ceux qui seront spécifiques à MCS seront un peu plus sensibles à ce qu'on vit et du coup j'aurais peut-être tendance à aller plus vers eux.
I2 : Et donc, dans les personnes à qui tu pourrais en parler, tu ne m'as pas parlé de médecin traitant, est-ce que tu en as un ?
M5 : Ben non, évidemment. C'est moi le médecin traitant. Mais non, je n'ai pas de médecin traitant, je n'ai pas de problème de santé. C'est sûr que si j'en avais, je serais amené à en prendre. Pas mes collègues du cabinet parce que je ne peux pas leur faire porter ça. Mais effectivement, non, ça ne me vient pas à l'idée.
I2 : Il y a d'autres cabinet ici.
M5 : Oui il y en a deux, avec l'autre MCS en l'occurrence.
I2 : Ah oui d'accord. Les 2 vous n'êtes pas dans le même cabinet ?
M5 : Non, deux cabinets différents.
I2 : Et tu aurais préféré que vous soyez ensemble ?
M5 : Alors on était ensemble, en fait, on était ensemble avant. Mais y a eu des remaniements d'équipes tout ça. Et lui, il s'est fait son cabinet chez lui en fait. Donc, on discute assez peu des inters qu'on fait. Mais en fait moi je sortais avec lui, quand j'étais interne, c'était avec lui. Du coup maintenant on fait nos vies un peu chacun de notre côté.
I2 : Et ce serait intéressant pour toi d'avoir des MCS locaux avec qui discuter ?
M5 : Des groupes de pairs, tout ça ?
I2 : Ou quelque chose qui s'y apparente ?
M5 Je sais pas, après les formations c'est pas mal pour ça. On discute beaucoup des inters qu'on fait. La fréquence des formations fait qu'on se rappelle quand même nos inters de l'année. Moi j'ai ma collègue qui est MCS aussi, comme je le disais qui ne sort pas mais qui est MCS. Je sais pas, Pourquoi pas, hein ? Pourquoi pas en discuter ?
I2 : Au final, vous le faites lors des formations MCS de manière informelle ?

M5 : Ouais. On rassure les plus jeunes aussi, enfin les plus nouveaux dans le dispositif. Sur des interventions en leur disant mais c'est normal de pas avoir récupéré un arrêt tout ça. Mais pourquoi pas faire des groupes de pairs, mais ici, on n'est quand même pas assez nombreux je pense.

I2 : Et donc lors des formations vous en discutez de manière informelle ? Tu penses justement qu'il y aurait un intérêt à formaliser ce genre de discussion à ces moments-là ?

M5 : Je ne sais pas, c'est pas simple. Ouais, peut-être qu'on peut effectivement avoir un petit atelier en disant « quelle intervention vous a le plus choqué cette année » ou des choses « comment vous avez géré ça ». Effectivement c'est pas une mauvaise idée, j'y avais pas pensé. Mais c'est pas bête de faire peut être des petits groupes mais pas nombreux quoi. Parce que je suis pas du genre à me confier. Mais je pense peut-être des petits groupes. Ouais, de 3 à 4 en disant pendant pas longtemps, mais peut-être au moins pour déceler ce qui aurait besoin derrière d'un suivi. L'avantage des formations, c'est qu'on y va tous. Donc du coup, t'attrapes tous les MCS, donc est-ce que quelqu'un qui mène des entretiens de quinze minutes par groupe de 4, est-ce que ça ne permettrait pas de détecter des... Pourquoi pas ? c'est pas bête ?

I2 : Quelque chose qui serait du coup plutôt obligatoire dans une stratégie de dépistage si je comprends bien ?

M5 : Ça peut rentrer dans votre discussion.

I2 : Merci ! Si tu es d'accord, est-ce que tu pourrais me décrire une situation ? Une intervention qui aurait été impactante psychologiquement ?

M5 : Oui, alors moi j'en ai plusieurs. Bon la plus récente je pense, [Décrit une intervention impactante identifiante : censuré. Intervention avec multi-victimes en compagnie de son interne qui est « heureusement costaud psychologiquement ». Présence de blessés graves avec gestes techniques complexes à réaliser et intervention de plusieurs SMUR. Proposition de débriefing par les forces de l'ordre présente sur place.]

I2 : Et t'as été appelé par..

M5 : En premier, en fait par le SAMU. Déjà on est arrivé les premiers avant les pompiers, avant il y avait des gendarmes, on est vraiment les premiers intervenants. En fait, ce n'était pas très loin d'ici. Donc sur le coup, sur le coup, moi ça m'a pas choqué sur le coup parce que j'étais à fond dedans. Je pense que mon interne avec qui j'étais, elle ça a été compliqué dès le départ. Enfin c'était compliqué, et après du coup ce qu'on a fait, c'est qu'on a débriefé ici. Comme on avait fait au SAMU, en fait pour le jeune. Donc on a débriefé un peu longuement ici avant de reprendre nos consultations derrière. Donc ça a été, je pense, ça a été important. On en a rediscuté 2-3 fois derrière.

I2 : D'accord…

M5 : Donc ça, ça a été, je pense, la plus dure. Après, j'ai eu un jeune garçon-là qui, bon après voilà ce qui était difficile, c'était surtout ses parents. C'était surtout pour ses parents. Quand ils ont appris qu'il était décédé. Ouais, je me rappelle les gens qui ont appris aux urgences quand on leur a appris que leur fils était décédé. Et il y a une autre fois, pas très loin de chez moi, je suis arrivé aussi en premier sur un accident. C'était dans une camionnette. Le père, il était bourré, il s'est empalé dans un arbre. Il est resté plusieurs heures, et à côté, il y avait sa fille de 4-5 ans mais qui était vivante. Elle est restée plusieurs heures à côté de lui. Et donc là ouais, c'est un peu choquant quand du coup j'ai dû sortir la gamine, j'ai dû couper la ceinture pour sortir la gamine, elle n'avait rien physiquement quoi mais elle n'arrêtait pas de me dire que son papa, il dormait, il était froid quoi. Donc ça aussi.

I2 : La gestion de la famille à côté.

M5 : Non, il n'y avait pas de famille en l'occurrence, mais de sortir la petite de ça. De toute façon je n'ai rien fait pour le monsieur, il était froid. Et ça c'est chaud aussi et là pour le coup, personne ne te demande quoi que ce soit. Je pense, c'est surtout ça mes trois Inters. J'en ai eu d'autres des difficiles, mais pas autant je pense.

I2 : Et du coup pendant les interventions, tu te disais je reste dans le truc, c'est ça ?

M5 : Oui, alors pour la première et pour le gamin, ouais ça ne m'a pas… Enfin pour le premier en moto, j'étais à fond dans l'inter et ça m'a pas choqué tant que ça. En fait ça m'a pas empêché de faire les choses je pense. Ça m'a pas empêché de faire les choses comme je l'aurai fait sans être dans une situation exceptionnelle. C'est plus après je pense, quand ça redescend que c'est un peu plus dur. Et la petite qui était à côté de son papa, c'était… J'ai rien fait en fait hein. Je suis arrivé, j'ai juste pris mon couteau, j'ai ouvert la portière, j'ai enlevé la ceinture et je l'ai sorti. Donc, c'était un peu différent quoi, parce que là, même si j'étais un peu choqué, ça m'a pas empêché de faire mon travail.

I2 : Et sur la suite de ces interventions ? Est-ce qu'une d'entre elle a entraîné des répercussions sur ton travail ou ta vie ?

M5 : J'ai vendu ma moto. *rire. * Après le mec qui s'est planté à moto. Ouais je me suis dit, c'est bon quoi, enfin c'était pas le premier qu'on ramassait... Je me suis dit c'est bon j'arrête. Donc oui, ça m'a un peu impacté, vu que j'ai vendu ma moto. Après non, je pense pas. Enfin, c'est difficile. Je ne sais pas, c'est difficile à dire. Je pense pas que ça va impacter ma vie.

I2 : Et sur ta reprise de consultation ?

M5 : Ben si ! Après t'es pas dans le truc, t'es pas dans le truc quand on reprend les consults. Après tout le monde savait où on était. Donc, ils sont très compréhensifs. Mais c'est toujours difficile le retour de MCS à la consult où

les gens des fois ils sont pas contents parce que t'as une heure de retard donc c'est vrai que t'as plus vite tendance à t'agacer en leur disant mais si vous vous faites un arrêt moi je pars, je viendrai vous voir. On a beau avoir des affiches, il y a toujours des gens qui sont un peu... Mais je pense pas que ça ait changé ma pratique derrière.
I2 : Et sur le jour même ou les jours suivants ?
M5 : Peut-être que sur le jour même, oui, c'est sûr que je vais peut-être moins au fond des choses.
I2 : Et dès le lendemain, généralement tu es quelqu'un qui arrive à repartir ?
M5 : Oui parce qu'on avait posé un peu le les choses et puis je m'étais reposé. Je pense que non. Je ne sais pas. Faudrait un avis extérieur sur ce que je fais pour être sûr, mais je pense pas...
I2 : Et ce n'est pas simple d'avoir un avis extérieur sur notre pratique.
M5 : Bah non c'est ça. Après j'ai les internes qui peuvent voir si je fais des conneries, mais...
I2 : Ce qui n'est pas forcément simple pour un interne de dire à son maître de stage.
M5 : Ouais c'est vrai…
I2 : Concernant le débrief avec ton interne, est ce que tu dirais qu'il était pour vous deux ou que tu as plus pris une posture de…
M5 : Ah oui pour nous deux ! Alors j'essaye, j'essaye vraiment de effectivement de la faire parler surtout elle hein. Mais je pense que c'est pour nous deux. Je l'ai fait clairement pour nous deux, parce qu'il faut en parler hein. Il faut dire ce que tu en as pensé. Évidemment. Et puis c'est surtout rassurer parce que, évidemment sur ce genre de situation tu es nul quoi qu'il arrive hein ! Tu fais ce que tu veux mais tu te sens nul. Tu aurais dû faire ça, tu aurais dû faire ça, t'as pas fait ça, ça s'est pas passé comme ça. Donc je pense que la première chose que tu te dis c'est que t'es pas compétent dans ce que tu fais, que t'es pas assez compétent. Et effectivement, peut-être que quelqu'un d'autre aurait fait mieux, mais en fait toi, t'étais là le premier, tu as fait les choses en premier, donc c'est ça que j'essaie d'expliquer aux internes. Et même si le MCS il est juste là pour coacher un massage cardiaque, c'est toujours un massage cardiaque qui est mieux fait. Donc je veux dire rien que ça c'est génial. Donc je pense, c'était surtout pour ça, pour rassurer, « non on a bien fait les choses. Il fallait faire comme ça ». Et que c'est sûr qu'on aurait pu faire mieux. Mais dans l'agitation, on a fait comme ça et il ne faut pas s'en vouloir. Donc non, je pense que c'était pour nous deux, mais j'avais quand même une posture de quelqu'un qui essayait de rassurer son interne.
I2 : Et là avec le recul, tu aurais fait des choses différemment dans la gestion, pas la gestion de l'intervention mais la gestion émotionnelle avant, pendant ou après ?
M5 : *réfléchis* ... Qu'est-ce que j'aurais pu faire pour l'intervention ? Oui, y a plein de choses que j'aurais pu changer. Mais avant ? Avant je pense pas hein, on a sauté dans notre voiture très vite. Après, après, je pense que ça aurait été pas mal d'accepter peut-être de voir un psychologue, je pense, ça aurait été pas mal quand même. Niveau stress pendant, moi pendant une intervention, je suis stressé mais je pense que j'arrive à faire les choses et je suis vraiment…. Ce qui est un peu problématique aussi hein, c'est que je suis un peu effet tunnel, je vais partir sur un truc et sans faire attention. En fait moi je prends pas du tout conscience des risques possibles extérieurs. Moi je m'occupe du blessé en fait hein, je veux dire je serai prêt à aller le chercher dans un endroit dangereux quoi. Donc sans faire gaffe à moi, ça c'est le problème. [Décrit des facteurs liés à l'intervention qui aurait pu le mettre en danger, le fait qu'il n'en prend pas conscience, notamment en raison de l'agitation autour]
I2 : Et tu dis, peut être que j'aurais pu ou dû accepter de voir la psychologue ? Est-ce que tu sais pourquoi tu n'as pas accepté ?
M5 : Parce que c'était assez frais, ça allait quoi. On se disait que ça allait. C'est pour ça que je pense qu'il faut un deuxième entretien un peu plus loin. Je pense que sur le coup ça va, t'es aussi dans le coup de l'effervescence, il y a pire que toi. Je pense que... Je pense que c'est surtout ça. Je pense que sur le coup, tu as peut-être moins besoin, mais c'est après. En fait, je dis pas que j'en rêve et que je fais des cauchemars sur ça ou quoi que ce soit. Mais quand j'en parle, il y a encore de l'émotion quoi. Et après, est-ce que c'est normal ou pas ? Je sais pas.
I2 : Donc il y a un défaut d'identification du besoin à ce moment avec une difficulté de cette identification du besoin en aigu.
M5 : C'est ça ! C'est aussi pour ça que je dis qu'on est des cow-boys hein. Parce que je pense que on n'est pas, on n'est peut-être pas les mieux à même de se dire j'ai besoin. Donc c'est pour ça que sur certains trucs, je pense qu'il faut les envoyer d'office en fait.
I2 : Et donc, une cellule a été mise en place ?
M5 : Ouais, c'est ça ! C'était la cellule des pompiers et effectivement ils nous ont proposé à la fin. Parce que nous personne nous propose.
I2 : Et le SAMU ?
M5 : Non, pas du tout. Non, non, personne, personne n'a rien dit, n'a rien fait, voilà. Bon après voilà hein, je sais que c'est à moi aussi de me bouger si j'ai envie, mais des fois je pense que peut-être il faut aller chercher directement quoi.
Et encore, tu vois, j'ai 6 ans, peut-être 7 ans d'expérience MCS mais quand même ça retourne un peu je pense des trucs comme ça. Voir un mec, tu vois, il te dit « je vais mourir, je vais mourir » c'est quand même. C'est un peu traumatisant. Mais bon, ça fait partie du truc hein, ça fait partie des gens, du travail, on voit des trucs affreux au

cabinet hein, on voit des trucs tout aussi affreux au cabinet, des gens qui perdent des enfants, des gens qui ont du cancer.

I2 : Tu dirais que lee fait d'être MCS pour toi, c'est une charge psychologique supplémentaire ?

M5 : Je ne pense pas non. Non, je pense pas, au contraire, ça renforce un peu l'estime de soi. Tu fais l'accouchement, tu rentres à 04h00 du mat, t'es en pleine forme. Je veux dire, t'es en pleine forme et tout va bien. T'es super content, voilà.

I2 : Ça te permet une valorisation.

M5 : Bah Ouais, je pense que là tu te dis... c'est-à-dire on est arrivé à l'hôpital, il sortait (sic :le bébé), on est arrivé les sages femmes, je les avais appelées, elles ont ouvert le VSAV, il était né, ça c'est trop cool le petit. Le petit il va bien.

I2 : Du coup tu es monté dans le VSAV ?

M5 : Ah ouais, du coup je les ai suivis parce que là il y avait la tête qui était engagée. J'ai dit « voilà, faut pousser ». J'ai dit aux pompiers, on roule, on a fait une jonction avec le SAMU, mais la jeune que j'ai vu 2-3 fois sur des inters, elle n'en avait jamais fait des accouchements tu vois. Donc moi non plus. Donc le fait d'être deux je pense sur ça on s'est rassuré, on a fait un accouchement à 4 mains, c'était super et tu arrives là tu es super content. Mais généralement après une inter MCS t'es quand même content de toi. Tu te dis ouais c'est super, j'ai fait plein de trucs. Mais c'est vrai que sur des trucs comme ça, tu fais plein de trucs, mais c'est un peu, c'est un peu dur.

I2 : Ce ne sont pas des choses forcément auxquelles vous êtes formés, contrairement à l'accouchement.

M5 : Oui, l'accouchement, on est formé un peu, mais je pense que c'est cette année d'ailleurs qu'on va refaire, on verra bien au mois d'octobre. Du coup, pour ça pour le coup MCS, c'est génial MCS. Et je regrette pas du tout et je continue clairement. Voilà hein. Si ça me faisait... si c'était trop difficile psychologiquement, j'arrêterais, on n'est pas obligé. Mais bon, voilà.

I2 : Et, tu avais déjà entendu parler de la notion de psycho traumatisme et des conséquences que ça peut avoir ?

M5 : Oui bien sûr. Oui oui, on connait un peu les psychotraumatismes. Moi j'en ai certains des militaires qui ont ça, effectivement c'est compliqué à gérer. Mais oui, en soi on connait effectivement, mais c'est vrai qu'on est quand même assez peu suivi hein, nous les médecins en matière... On est quand même assez peu suivi. Enfin, encore plus quand on est libéraux quand même. Je pense qu'on est vraiment laissé un peu à l'abandon.

I2 : A l'abandon ?

M5 : Je pense hein. Je pense ouais, que sur ce genre de chose, je suis désolé, je pense qu'il faut demander, comment ça s'est passé. Mais ça va, je suis pas en détresse psychologique, mais enfin moi, j'en ai parlé plusieurs fois avec mon interne. J'en reparle encore quand je la revois. Je lui ai demandé d'en parler en GEP et tout ça. Donc je pense que c'est important d'en parler. Donc oui, je connais effectivement ça mais je sais pas à quel degré, ça m'a touché, ça, je sais pas ça.

I2 : Et tes connaissances sur le psychotraumatisme, tu les tiens d'où ?

M5 : Peut-être plus de mes patients parce que je ne crois pas avoir fait des formations sur ça. Je crois pas avoir fait des formations sur ça. Donc je te dis, j'avais eu l'expérience au SAMU alors c'est juste une prise en charge locale dans le cadre d'une intervention mais sinon médicalement parlant, j'ai pas vraiment eu de formation là-dessus je pense.

I2 : C'est quelque chose qui t'intéresserait.

M5 : Pourquoi pas, ouais. Pourquoi pas. Après, on croule sous les formations mais effectivement pourquoi pas, ça peut être intéressant, ne serait-ce que s'auto dépister peut-être sur certains trucs, pourquoi pas ?

I2 : Intéressant ou nécessaire ?

M5 : Bah ça dépend… si tu me parles de prendre en charge mes patients à moi. Je pense que c'est intéressant parce que tout ce qu'on peut faire pour les patients, je pense que c'est intéressant. Si c'est pour moi, est-ce que c'est nécessaire ? Peut-être que moi, il me faut… peut-être que pour ma santé mentale, il faut que ce soit nécessaire que j'ai des notions sur comment s'auto-dépister si on n'est pas bien, ça, peut-être que ça c'est important. C'est vraiment nécessaire. Intéressant pour les patients, mais tout est intéressant. Par exemple, l'écho je me forme, l'écho c'est intéressant comme chaque chose, mais je sais pas si c'est nécessaire, absolument, pour la pratique de tous les jours pour les patients.

I2 : Alors qu'en prévention de santé mentale, ce serait nécessaire de savoir s'auto-dépister ?

M5 : Ouais, peut-être, ouais.

I2 : Et mis à part les techniques de debrief, tu connais d'autres moyens de prévention, de prise en charge de psychotraumatisme ?

M5 : Alors je sais qu'il y a, il y en a, ils font le vide un peu quand ils rentrent chez eux. Tu vois, c'est-à-dire, ils rentrent chez eux, ils sont dans leur garage, dans leur voiture. Ils se posent cinq minutes, ils font le vide, ils essayent vraiment de laisser les choses et de repartir dans leur maison. Je sais qu'ils arrivent à faire un peu physiquement en fait. Physiquement, il y a cette transition, ça, je pense que c'est intéressant. Qu'est-ce qu'il y a d'autre pour ça ? *blanc* Je pense, les debriefs, encore une fois faut les faire plusieurs fois pour qu'ils soient vraiment valables, mais je vois pas grand-chose de plus.

I2 : Donc là au vu de tout ce qu'on a dit. Tu décides pour les MCS d'Auvergne Rhône Alpes, qu'est-ce que tu mets en place alors pour améliorer la prise en charge, l'accompagnement psychologique des MCS d'AURA ?
M5 : Alors déjà le bouton sur la fiche, je pense que ça c'est ultra important, le bouton sur chaque fiche MCS. N'importe qui pour n'importe quoi. Après je pense que les mineurs il faut des appels systématiques et au moins 2 fois à 3-4 mois d'intervalles. Et déjà, c'est pas mal, mais par exemple ma situation elle ne rentre pas dans ce cadre-là tu vois. Donc d'avoir la possibilité et même a posteriori peut être de pouvoir le faire que moi je puisse retourner sur ma fiche et je puisse mettre, en fait, si j'ai besoin. Un moyen de contact à postériori ce serait pas mal ça je pense. Ce serait intéressant.
I2 : Donc plutôt des stratégies de prise en charge que de prévention dans ce que tu as dit.
M5 : Oui, effectivement, ouais... Et de prévention ? Parce que les formations, ce qu'on disait au départ, c'est vrai, c'est vachement bien. C'est peut-être un peu de la prévention si on en parle, tu sais, c'est pas mal ça. Mais je pense que c'est pas mal ça. Ce serait vraiment bien.
I2 : Les formations d'auto-dépistage tu veux dire ?
M5 : Non, je veux dire, je parle dans les formations… Lors des formations plutôt, faire des mini entretiens à 3 ou 4 ou on discute et on se demande ; « qu'est-ce que vous avez fait comme inter ? » « Comment est-ce que vous l'avait vécu ? »
I2 : Ah oui, un peu comme les groupes de pairs ?
M5 : Et dans la prévention. Peut-être qu'on ait des cours effectivement sur comment prendre en charge psychologiquement en y allant, en revenant. Parce que je suppose qu'il y a d'autres techniques que le débrief et rester seul cinq minutes dans sa voiture.
I2 : Et je vais revenir deux petites secondes sur les boutons de la fiche MCS. Il y avait deux boutons, en fait, qui étaient en projet. Le premier bouton c'est « cette intervention a été psychologiquement éprouvante » et le second bouton c'est : « Je désire être recontacté en rapport avec cette intervention ». Est-ce que les deux boutons te semblent intéressants ou un seul suffirait, qu'est-ce que tu penses de ça ?
M5 : Non, je pense que les deux sont intéressants. Parce que peut être que là en l'occurrence pour mon intervention j'aurais mis je n'ai pas besoin d'aide, mais ça m'a éprouvé psychologiquement et du coup peut être que les gens qui cochent cette case là et ben ceux-là, 3-4 mois après, voilà, on peut les rappeler. En systématique, en disant est-ce que cette intervention-là a été éprouvante ? Est-ce que vous vous y repensez ? Ça serait pas mal.
I2 : Plutôt un rappel à distance pour ça a été éprouvant parce que il n'en nécessite pas forcément besoin maintenant et le je veux être recontacté plutôt pour le l'aigu, enfin pour une prise en charge rapide, c'est ça ?
M5 : Ouais, ouais, c'est ça. Ouais, je pense que c'est intéressant ça.
I2 : Est-ce que tu aurais des choses à rajouter ? Ou d'autres choses que tu voulais aborder ?
M5 : Non je ne pense pas…
I2 : C'est le moment de faire remonter tes doléances au réseau MCS ? *rire*
M5 : Non, non, moi j'adore ça. Maintenant, j'adore ça. Non, non, franchement, on est ultra bien équipé. On est très bien formé. Peut-être, un peu plus de formation mais ils en proposent d'autres des formations. Le problème c'est que c'est loin pour nous, ce n'est pas à côté. Les formations, si on fait des formations enfants, des formations gestes techniques c'est toujours loin d'ici.
I2 : Les formations optionnelles ?
M5 : Voilà, c'est ça, c'est un peu loin pour nous, mais ils nous ont dit qu'ils voulaient en mettre en Auvergne, ce serait bien. C'est surtout ça. Et faut bien aussi des suivis pour les internes aussi je pense.
I2 : Les internes des MCS ?
M5 : Ouais, quand ils sont, quand ils sont en intervention. Je pense qu'ils ont besoin.
I2 : Vous communiquez le fait qu'il y ait des internes avec vous sur la fiche ?
M5 : Non, non on ne communique pas.
I2 : Et du coup, le réseau, il sait quand vous avez des internes ?
M5 : Pas spécialement. Non, il ne sait pas forcément. Alors nous on a le droit, on est assuré pour ça et effectivement le DMG nous dit, vous faites ça, vous les emmenez. Vous avez le droit de les emmener. Mais non, ils ne le savent pas en fait. Ils ne le savent pas qu'on a des internes. Et des internes, c'est comme des jeunes MCS qui n'ont pas beaucoup d'expérience. Alors on est deux hein donc c'est plus simple même pour moi hein, psychologiquement d'être deux, c'est quand même 1000 fois mieux. Parce que tout seul ça fait, ça fait beaucoup de choses. Mais ça, pour le coup, je pense, ce serait bien que les internes aient la possibilité aussi qu'on puisse mettre dans la fiche si l'interne a besoin parce que ça me semble compliqué que l'interne puisse lui-même remplir. Ce serait l'idéal parce que c'est vrai qu'ils ne veulent pas tout nous dire à nous.
I2 : Qu'il puisse remplir une fiche d'inter-interne ?
M5 : Ouais, en disant est-ce que vous étiez avec un interne oui ou non ? Oui, mettez son adresse électronique, et puis après on leur envoie les mêmes boutons. Pourquoi pas, ça c'est intéressant parce que t'as beau être blindé. Tu te dis des trucs comme ça, c'est compliqué quoi, c'est normal.

I2 : Très bien merci beaucoup.
M5 : Y’a pas de quoi. C’est sympa comme idée de thèse. Il faut essayer de travailler un peu sur ça.

Verbatim N°6

I1 : Est-ce dans un premier tu peux te présenter toi et ton parcours en tant que médecin et puis Médecin Correspondant SAMU ?
M6 : Ouais, donc XX, j'ai XX ans, ça fait X ans que je suis installé. Coup de cœur pour le territoire, justement son exercice singulier. Je suis venu en stage de sixième année ici, chez un MCS depuis quasiment depuis le début pour savoir si on était intéressé par la médecine générale de campagne parce que j'avais fait un stage qui était très moyen à l'époque en ville. Ça ne m'avait pas plu et je me doutais que c'était un peu autre chose. Donc avec ma femme on a fait un stage par ici et on a été séduit par l'activité de médecin de campagne, séduit par le cadre exceptionnel et séduit par la diversité, la relation authentique qu'on peut avoir avec les patients ici, enfin dans la campagne. Et puis cette pratique très diversifiée de la pédiatrie à la gériatrie, de l'urgence au suivi classique. Et cette activité d'urgence un peu particulière où au départ, j'étais plutôt très effrayé plus que rassuré et voilà. Donc on a eu une proposition d'accompagnement sénior-junior qui nous a bien plu avec ma femme donc on s'est très vite installé. Et puis mon collègue MCS m'a convaincu de faire la formation médecin correspondant Samu en me disant que de toute façon en campagne, les gens allaient forcément venir consulter ici si douleur thoracique ou autre, ou alors on est très vite appelé parce qu'il n'y a pas forcément grand-chose autour et qu'entre rien et nous, c'était quand même mieux d'avoir nous. Donc, sur ce, ça m'a convaincu je me suis dit bon je vais me forcer, je vais voir et donc j'ai fait ma première formation. Et en fait le fait d'être formé, ça permettait aussi de bousculer un peu les choses parce qu'on craint ce qu'on ne connait pas et du coup le fait de faire la formation ça m'a permis d'anticiper des choses. Et puis cette formation elle a évolué d'année en année, elle a progressé et aujourd'hui elle est quand même relativement aboutie. Et puis l'expérience aussi faisant et bien mine de rien on se forme aussi sur le terrain et puis aujourd'hui, c'est une activité que je recherche alors qu'avant … c'était pas du tout du tout dans mes cordes. Donc c'est une de choses que je parle aux internes aussi parce qu'on a l'impression qu'on n'est pas fait pour l'urgence, ce qui était mon cas et puis finalement on se découvre dans des domaines où on ne se pensait pas forcément …
I1 : Il n'y avait pas forcément alors d'attrait pour l'urgence au départ ?
M6 : Au départ, pas du tout. Voire même le contraire.
I1 : Et s'est venu comme ça, petit à petit ?
M6 : Ouais, ben voilà, vraiment cette sensation du service rendu très intéressant et puis le fait d'être formé ben c'est comme tout en fait, on se dit : « ben y a qu'à appliquer ». Après c'est la gestion du stress sur le moment qui est un peu différente. Le fait d'être tout seul on n'est pas tellement équipé en ISP donc au départ c'était un peu compliqué. Mais bon, on essayait avec les collègues si on avait un gros truc d'y aller à deux si besoin et puis voilà.
I1 : Parce qu'il y avait déjà un collègue …
M6 : On avait deux collègues formés ouais. Deux médecins correspondants SAMU quand on s'est installé et c'est comme ça déjà qu'on a découvert la discipline et puis voilà.
I1 : Ça a dû être une aide effectivement au départ.
M6 : Ouais.
I1 : Parce que ça s'est passé comment justement le début, les premières interventions ?
M6 : Euh, les premières interventions, on en a eu quelques-unes … moi les premières ce qui était intéressant c'est que c'était ma collègue qui était déclenchée au cabinet où elle demandait de l'aide parce que toute seule c'était un peu compliqué donc c'était les premières mises à l'épreuve. Et après ma toute première je crois que c'était *[intervention au domicile d'une patiente]*. Et après ce qui est rassurant sur notre secteur c'est que quand même, on a le SMUR assez rapidement sur place ce qui fait que si on galère à poser une voie tout ça, on est quand même rapidement aidé.
I1 : Parce que le SMUR le plus proche il est à combien de temps ?
M6 : A trente minutes.
I1 : On est tout pile dans les délais.
M6 : Tout pile dans le délai, sauf que c'est vrai que souvent les interventions ne correspondent pas trop entre chez nous et le siège mais plutôt au-delà. Et c'est là qu'on a tout notre intérêt. Et surtout quand le SMUR est en transfert et qu'il n'y a plus personne sur le secteur.
I1 : Et actuellement quel type d'intervention est-ce que tu fais au quotidien ?
M6 : Au quotidien, nous en journée c'est compliqué d'intervenir par rapport à la route. Par rapport au délai de trente minutes, finalement le temps que le SMUR soit déclenché, que nous, on soit déclenché, et le temps d'arriver sur l'intervention il y a quoi, il y a quelques minutes d'écart. Donc ça ne vaut pas le coup entre guillemets. Quand je dis ça ne vaut pas le coup de lâcher une salle d'attente pleine à craquer pour aller sur une intervention où le SMUR est déjà présent. Donc nous on a pris le parti de dire au SAMU : « quand vous êtes en galère vous nous appelez ». On ne se met pas sur le planning de garde parce que ça nous oblige, si on nous appelle à y aller on n'a pas le choix : on est sur le planning d'astreinte. Il n'y a pas de négociation possible et c'est normal. On se met la nuit par contre. On est plus facilement déclenchable et on n'a plus ce délai où on a l'impression d'avoir une plus-value qu'on n'a pas en journée. Parce qu'en fait avec le tourisme, on est bloqué sur les routes quoi. Et comme on a que la nationale, des fois on arrive même après le SMUR donc c'est extrêmement frustrant. On n'a pas pris le

parti pour l'instant de s'équiper en feu et compagnie parce que je vois que même avec les pompiers on ne gagne pas un temps monumental sur la circulation.

I1 : Et ça se connait l'impact du tourisme sur les activités ?

M6 : Nous ici oui. On a un peu plus d'activité l'été avec des touristes connaissant mal leur situation médicale qui vont s'engager dans des choses qui sont pas du tout adaptées, donc le vélo ou des choses comme ça. On a pas mal d'infarctus sur effort, enfin des douleurs tho sur effort. Accident de voiture aussi avec un petit surcroit de circulation. Et beaucoup aussi de suspicion d'anaphylaxie sur des piqûres de guêpe. On a eu beaucoup ça cet été, crise d'asthme des choses comme ça, qui sont plus saisonnières.

I1 : Ça change quelque chose justement que ça soit saisonnier plutôt qu'une patientèle plutôt locale ?

M6 : C'est intéressant car nous ça s'allège sur le plan du suivi généralement l'été car les gens partent en vacances donc c'est un peu plus léger. Les gens ne prennent pas trop rendez-vous à ces moments-là. Et du coup, on a un petit surcroit d'activité, l'activité change un petit peu, elle se module et ça s'articule bien. On a une belle articulation, ça ne nous fait pas de surcroit de travail. Moi, je n'ai pas la sensation d'être surmené à cause de cette activité-là. Donc c'est intéressant.

I1 : Et donc c'est quoi les interventions que tu fais le plus régulièrement ?

M6 : Alors le plus régulièrement, on est plutôt sûr de la douleur tho finalement. Typique, Atypique, des fois pour débrouiller. Moi, ce qui me va très bien aussi. Ça évite des fois d'engager un SMUR, même si c'est beaucoup discuté, décrié, voilé pour moi il y a un gain sur tous les plans. Après, on fait pas mal de psy aussi, quand même. On est déclenché sur de la psy, ça c'est un peu plus ennuyeux parce que c'est moins rigolo, c'est moins ce qu'on appelle de l'urgence médicale AMU quoi. Et après, c'est vraiment variable, les motifs de consultations sont très très variables.

I1 : Ça fait combien d'intervention à peu près ?

M6 : Ça fait à peu près entre une et deux par mois si on fait une moyenne. Mais je ne sais pas, je suis chat blanc en ce moment et ça me saoul un peu. J'ai des collègues qui sortent beaucoup plus et qui ne veulent pas sortir. Moi qui veux sortir, qui prends des gardes en plus et qui ne sors pas. Ce n'est pas que ça saoul mais c'est un peu embêtant. L'année dernière j'ai fait une quinzaine d'intervention, entre quinze et vingt. Cette année un peu moins, neuf pour l'instant. Il y a eu des douleurs thoraciques, un accidenté de la route. On fait aussi un peu d'AVP. Parfois aussi pour débrouillage car les bilans des pompiers, c'est un peu compliqué. C'est très variable, c'est très varié plutôt. La douleur tho sort un petit peu du groupe comme sur les states de MCS grosso modo mais après on n'a pas de traumato comme ailleurs.

I1 : Donc ça peut être des motifs parfois totalement inédits ?

M6 : Oui, c'est ça. Le dernier en question, c'était *[intervention]*. Hyperalgie aussi on fait pas mal. Par exemple j'ai eu *[intervention]*. Voilà c'est très varié. Ça pourrait quand même de temps en temps s'apparenter, mais c'est toujours au décryptage SAMU que c'est compliqué, à des fois de la médecine… Allez sur un cas sur trois, un cas sur deux finalement à de la médecine générale d'urgence mais qui n'a pas un attrait à être MCS complètement.

I1 : Est-ce que parmi ces interventions, il y a des interventions qui pour toi sont un peu plus difficiles à médicaliser ?

M6 : Oui, la traumato et notamment les AVP. Parce que j'ai eu une intervention qui voilà m'a un peu défrisé voilà. C'est surtout ce type d'intervention là. Les interventions méd ça ne me gêne un peu moins. Les actions où il faut réagir très vite c'est ce qui me stress un petit peu. Le choc septique, le choc hémorragique, le choc anaphylactique, là où il faut être vif et réfléchir rapide et agir rapide c'est là où c'est le moins facile.

I1 : Et qu'est ce qui fait alors que c'est moins facile ?

M6 : Le fait qu'on soit tout seul. Si je sais que j'ai une ISP qui part en même temps, je suis beaucoup plus serein. Et voilà qui dit par exemple choc dit difficulté de voie d'abord. Et puis vraiment faire un bilan rapide, être méthodique … et malheureusement je trouve qu'on n'en fait pas assez pour que ça soit un réflexe. Enfin l'imprégnation émotionnelle elle est encore un peu là. Un peu moins maintenant mais je vois bien que ça nuit des fois à la décision médicale. J'ai fait une formation communication thérapeutique et introduction à l'hypnose via le MCS. Ça m'a beaucoup apporté sur la gestion de l'intervention où en fait en instaurant un climat serein même si c'est le bordel, on sent que tout se calme et nous-même on est beaucoup plus serein pour gérer l'intervention.

I1 : Quand tu dis que tout se calme c'est …

M6 : L'équipe, le patient... Enfin la globalité, la famille. Montrer qu'on est serein aussi.

I1 : Le médecin aussi ?

M6 : Exactement, et moi-même aussi finalement.

I1 : Je rebondis un peu sur ce que tu disais, qu'avec le temps ça allait un peu mieux. Est-ce que tu as vu une différence entre le début de ton activité et la suite ?

M6 : Oui, enfin effectivement sur un motif … quand j'étais déclenché avant j'avais un tour de ventre pas possible mais aujourd'hui j'ai un peu d'adrénaline mais je n'ai pas le stress négatif dans le sens paralysant quoi. En me disant qu'est-ce que je vais faire ohlala. Et puis au fur et à mesure des années j'ai développé des moyens pour éviter de réfléchir. La mise en place de protocole, un sac rangé toujours de la même manière avec des trousses spécifiques : trousse SCA, trousse arrêt, trousse intubation, donc je sais que je ne vais pas perdre de temps.

Protocoliser au maximum. Et puis de formation en formation, il y a toujours une anecdote d'un des formateurs qui va parler …. Ah bah tiens ça je ne connaissais pas, je le rajoute dans ma petite fiche pour le traumatisme crânien.
I1 : Les réflexes qui s'accumulent ?
M6 : Oui aussi. Les gestes qu'on répète et qui deviennent faciles de fois en fois. Je ne crains plus une pose de voie maintenant alors que je ne n'en fais toujours pas beaucoup mais je ne crains plus comme avant.
I1 : Et il y a déjà eu des interventions qui ont déjà pu te saisir au niveau émotionnel et te paralyser comme tu disais tout à l'heure ?
M6 : Oui, c'était *[Intervention sur AVP multivictime avec difficulté à trouver sa place au sein de l'équipe médicale]*. C'est extrêmement difficile et du coup on a eu un renfort SAMU qui est arrivé juste après, qui a pris le relais. Après voilà sur le management je suis très efficient. A partir du moment où je sais qu'il y a quelqu'un qui est plus formé que moi et qui va être meilleur que moi, on re répartit les tâches. Moi je suis reparti sur le patient qui était moins touché et après on a fait un petit débrief tous ensemble sur comment on gère ce type de situation. Ce n'est pas simple.
I1 : Qu'est ce qui avait rendu cette intervention plus difficile ?
M6 : La coordination sur place. Avec un SMUR en pleine action, un chef d'agrès qui était partout. Il y avait beaucoup beaucoup de monde. Une voie principale coupée donc une pression aussi sur la circulation. Les gendarmes pas loin, « vous en êtes où » … C'est le côté fourmilière et puis c'était un peu au début quand même, c'était sur une de mes premières interventions. Donc je pense que ça rajoutait un peu de difficulté.
I1 : Et la gestion du management, c'est quelque chose qui est difficile à gérer au quotidien ?
M6 : Pour moi, non. Je suis assez à l'aise avec ça. Que ça soit dans un sens ou dans l'autre si je sens meilleurs que moi ou placé dans la situation où je dois être le meilleur pour optimiser la prise en charge du patient … je n'ai pas ce côté de vouloir faire alors qu'il y a quelqu'un… et même ça m'est arrivé, c'était je crois ma deuxième intervention, plaie exsufflante thoracique juste devant le cœur. Bon on m'appelle, on me dit on ne sait pas s'il faut que vous y alliez tout de suite parce que niveau gendarmerie personne est là, on ne sait pas trop comment s'est sur place. Je me suis dis une plaie hémorragique, je ne sais pas si c'est cardiaque, une plaie exsufflante. Bon j'arrive sur place. Je reconnais le pompier, je sais qu'il est infirmier dans sa pratique de tous les jours mais là il était en temps que pompier et pas ISP. Et donc je lui dis, là il n'y avait pas de SMUR, il pleuvait, c'était en pleine nuit. Le SMUR, le SAMU, enfin le 15 et la régule : zéro aide. C'est tu stabilises, tu mets dans le camion et tu fonces, de toute façon on a pas de SMUR pour en renfort. Tu te démerdes. Merci, c'est sympa. Donc là je le vois : écoutes tu poses la voie. Non je ne peux pas, je n'ai pas le droit. Tu poses la voie. Non je ne peux pas. Je lui dis, écoute si tu fais une couille, si tu dissèques une artère ou je n'en sais rien, c'est pour ma pomme. Tu poses ta voie, tu en poses tous les jours. Voilà. Moi j'ai besoin de préparer des trucs, y a besoin d'aller vite donc… Donc le management c'est des choses qu'on gère nous au quotidien dans nos équipes et avec les pompiers c'est pareil. J'arrive à identifier les collègues de secteur, je sais qui panique plus sur les soins à la personne, qui peut nuire à la prise en charge au soin à la personne. Connaître l'environnement et puis vraiment faire attention à la communication, comment on adresse en management. On peut être très ferme et à la fois bienveillant dans sa façon de diriger ça passe super bien.
I1 : Et cet environnement extérieur, tu parlais tout à l'heure de la voie passante, là du fait qu'il faisait nuit et qu'il pleuvait, est-ce que c'est quelque chose qui peut rentrer en compte dans l'appréciation d'une intervention ?
M6 : Ouais. Oui, oui ben complètement. L'idée systématiquement c'est de se mettre en sécurité enfin pour ma part, de se mettre à l'aise si c'est faisable pour se mettre justement dans un univers où on va pouvoir être au calme isolé où on va pouvoir prendre le patient en charge de manière efficiente. Qu'il se sente bien aussi. Un camion de pompier quand il est bien équipé, j'élimine toujours la luminosité, on coupe les bruits du scope pour éviter de … voilà. L'environnement des patients dans le SAV c'est une de mes priorités au-delà de stabiliser mais ça permet de se mettre dans de bonnes conditions. Donc oui, je pense que c'est un facteur que je n'ai pas forcément identifié volontairement mais que je recherche très rapidement pour être à l'aise pour travailler.
I1 : Et comment ça se passe les retours d'interventions quand c'est un peu plus difficile ?
M6 : Souvent on fait un débrief avec les pompiers. Soit sur le retour, soit des fois on va boire un coup ensemble pour discuter de l'intervention. Pour eux aussi du coup parce que ce n'est pas toujours évident. Après j'ai un biais car ma femme est médecin. Donc ça permet si c'est vraiment difficile, je lui en parle. De toute façon on est toujours curieux quand l'autre revient : alors c'était quoi, qu'est ce que tu as fait ? Après l'été, on a souvent du monde à la maison donc là souvent je n'en parle pas beaucoup ou alors on a des gens qui sont très curieux de cette activité donc ça permet de lâcher. Là pour le coup, pour cet accident-là, j'avais du monde plein la baraque donc quand je suis revenu, ça m'a fait beaucoup de bien de libérer. J'ai pu dire … je suis plutôt dans la communication plutôt que de garder pour soit. Et je ne ressens pas forcément le besoin de … je n'en souffre pas quoi. Même les interventions difficiles on en parle assez facilement. On en parle très vite aussi entre collègue. On est plusieurs MCS là donc c'est pareil quand on sait qu'il y en a un qui a fais quelque chose de difficile, tout de suite on va aux nouvelles : « tu as fait quoi ? », « qu'est-ce que tu as utilisé comme produit ? » Voilà. On est très très vite en communication. Ça permet quand l'autre vit aussi une situation un peu difficile de se projeter. De se dire, tiens

qu'est-ce que j'aurais fait ? Comment je l'aurais fait ? Donc c'est pareil, c'est le fait de simuler des mises en situations pour se dire tiens bah ça ça peut m'arriver. Il a été embêté avec ça, je vais préparer ça. Des choses toutes bêtes ! Les premières interventions qu'on fait de nuit, on a pas la frontale. La semaine d'après on a la frontale. Tenir une perf en fonction si on a des pompiers… des fois on a des pompiers à ne plus savoir quoi en faire y a aucun problème et des fois il n'y a personne. Un mousqueton, c'est tout con mais c'est des petites choses mais qui permettent de dire … on essaie de s'entraider. Tiens j'ai fait comme-ci, j'ai fait comme ça et voilà c'est le partage de pair qui permet de potentialiser les prises en charge futures.

I1 : Y a déjà eu des interventions qui auraient pu impacter les suivantes ?

M6 : j'essaie vraiment pour ma part de faire un bilan de ce que j'ai bien fait et de ce que j'aurais pu améliorer. Identifier pourquoi ça été mal fait pour que ça me serve pour la fois d'après. C'est intéressant.

I1 : Il n'y a jamais eu des interventions où tu t'es senti submergé par ce qui t'était arrivé ?

M6 : Sur le plan émotionnel, ce qui pourrait se rapporter au syndrome de stress post traumatique pour l'instant non. Je pense soulagé par le fait de pouvoir en parler et puis pour le coup ma femme sait ce que je vis puisqu'elle le vit aussi. Donc ce n'est pas pareil que d'en parler à quelqu'un qui ne peut pas se mettre à votre place ou alors qui est trop fragile pour l'entendre. Ça peut être compliqué. Moi en rentrant directement, j'ai mon épouse avec qui je peux en parler et le lendemain c'est obligatoire d'en parler aux collègues.

I1 : Et les collègues, c'est pareil, est-ce que tout le monde a la même approche ?

M6 : Ouais, et puis comme je te disais, on est très curieux. Quand on sait que le collègue a fait une sortie dans le week-end sur sa garde, soit on en parle ouvertement, soit les autres posent la question très vite. C'est pratique, on peut très vite en parler et éviter d'accumuler du stress ou des sentiments. On est toujours dans la réassurance. Y a des choses qu'on ne peut pas faire bien du premier coup donc ça permet de prendre du recul et de dire qu'on fera mieux la fois d'après plutôt que de se paralyser et de se dire si ça m'arrive à nouveau je referais pareil et voilà on est plutôt dans ce sens-là.

I1 : Est ce qu'il y a des choses que tu changerais sur les deux situations évoquées tout à l'heure ?

M6 : Oui et non dans le sens où si tu prends du recul, ce qui a été fait a été fait dans les temps. Après le reste c'est des choses que je n'aurais pas eu le temps de mettre en place comme l'utilisation d'amine et pas à ma disposition non plus. J'ai récupéré pour cette patiente l'activité cardiaque après voilà, juste à la récupération cardiaque j'ai eu le temps de refaire mon bilan, me poser la question de si j'allais de l'autre côté, le SMUR est arrivé. On a repris les constantes, fallait tenir la pression. Non pour le moment je n'ai pas eu de … c'est plutôt sur l'organisation. Mon sac pour aller plus vite. C'est plutôt sur le plan logistique en me disant faut que je m'organise plus comme ça, faut que je gagne plus du temps. Ça m'insupporte d'aller chercher des affaires dans mon sac si je sais que j'ai une trousse de secours prête quoi.

I1 : Est-ce que tu sais si une intervention se déroule moins bien sur le plan émotionnel, les recours à ta disposition pour pouvoir décharger ça ?

M6 : Je sais que maintenant il y a une cellule, pour laquelle je ne me suis toujours pas intéressé mais on a reçu une newsletter. On a un numéro comme quoi on pouvait appeler justement si on avait des situations difficiles. Après nous je pense qu'en local, on arrive déjà à faire beaucoup. Enfin moi c'est ma soupape de décompression. Après je ne pense pas être rentré en situation suffisamment difficile peut être pour en avoir besoin notamment sur un enfant, une intervention sur des gens que je connais bien. Ça ne m'est jamais arrivé pour l'instant. Je ne souhaite pas que ça arrive. Mais en tout cas je m'y prépare justement pour que ça soit le moins difficile possible. Mais je n'ai pas eu affaire au démon qui me stresserait le plus : intervenir sur quelqu'un qui je connais personnellement.

I1 : Même ici en étant MCS depuis plusieurs années, au niveau de ta patientèle tu as déjà pu faire des interventions sur eux ?

M6 : Oui, bon pour le coup le patient était déjà décédé donc c'était un peu compliqué. Enfin ce n'était pas que c'était compliqué mais du coup c'est pareil le temps que j'arrive le SMUR était sur place. La voie d'accès était compliquée, l'hélico était arrivé avant moi. Mais sinon en patientèle … y a toujours eu une issue favorable donc jamais pour l'instant. Je ne pense pas avoir vécu non plus des choses très difficiles sur le plan émotionnel jusqu'à présent. J'ai toujours été un peu chanceux.

I1 : Et tu connais d'autres personnes dans MCS qui ont eu affaire à ces situations sur leur garde ?

P6 : Pas encore non. Ou alors je ne sais pas si on est des robots je n'en sais rien. Non j'ai notre collègue qui est partie à la retraite qui a fait énormément de chose et des choses très traumatisantes. Je ne sais pas comment elle faisait. On sentait que ça travaillait mais elle arrivait toujours … je ne sais pas comment elle faisait. Après elle a son mari aussi qui était médecin je pense qu'elle devait en parler pas mal aussi. Pour l'instant, je n'ai jamais senti de surcharge émotionnelle au point que les semaines d'après ça me travaille ou j'y repense systématiquement. C'est soit sur le moment, un peu le lendemain mais comme il y a vraiment une décompression très rapide.

I1 : Et donc, en cas de besoin tu te dirigerais plutôt vers les collègues c'est ça ?

M6 : Oui dans un premier temps ma femme, les collègues et puis si vraiment si je sens qu'il y a une souffrance importante, on a des psychologues donc je pense que j'en parlerais. Et éventuellement après voilà ce qui a été mis en place par l'association. Je ferais en local pour l'instant. Et ça dépend vraiment de la souffrance pour le coup.

Parce qu'après, une cellule spécialisée c'est quand même intéressant dans le sens où ils ont des outils et de l'expérience.
I1 : C'est quelque chose qui te semble pertinent justement cette mise en place de cellule ?
M6 : Ouais parce que moi j'en suis conscience que pour l'instant je n'ai pas vécu de chose extrêmement difficile mais que ça peut m'arriver et que c'est quelque chose qui me semble indispensable. On a tous eu des internes qui ont été un peu ébranlé ou des collègues de travail qui ont été un peu ébranlés. C'est toujours bien d'avoir quelqu'un d'extérieur, de formé parce qu'on ne prend pas le temps nous justement de solliciter. C'est choses que nous on met en place pour les autres et ça peut être intéressant.
I1 : Et comment est-ce-que tu imaginerais ce contact avec ces cellules justement ?
M6 : Au moins un contact téléphonique ou éventuellement en visio. Tout dépend de la localisation. Nous ici on utilise beaucoup ce moyen parce qu'on est esseulé. Mais voilà un contact rapide s'il y a besoin et éventuellement par voie dématérialisée ça me semble le plus fonctionnel, le plus judicieux. Mais je pense que c'est vraiment quelque chose d'important.
I1 : Et c'est quelque chose que tu voudrais solliciter ou qui serait automatiquement déclenché ?
M6 : moi je verrais plutôt ça à la demande. C'est-à-dire vraiment si on a le besoin de. Ou déclenché par des collègues qui ont l'impression que. Parce que des fois c'est vrai on n'est peut-être pas conscient. Mais ça m'embêterait, enfin ça dépend comment le contact est fait, d'être sollicité : tiens vous avez fait cette intervention … faire perdre du temps alors que… C'est plus ça qui m'embêterait. Après si on nous appelle, qu'on dit il n'y a pas besoin et qu'ils raccrochent et qu'ils nous suppriment sur la liste… j'ai bien compris que ça peut être dans l'idée de vraiment prendre soin de tout le dispositif et ça peut être envisageable. Selon moi, la sollicitation à la demande me parait être le plus judicieux en tout cas pour moi.
I1 : Une question toute bête, on parlait des acteurs locaux comme les psychologues de la structure. Tu as un médecin traitant ?
M6 : Non
I1 : Est-ce que le médecin généraliste est un acteur que tu pourrais solliciter ?
M6 : Oui, oui mais après ce qui est compliqué c'est qu'on se connait tous aux alentours et je ne me vois absolument pas me confier... La façon dont je demande au patient de se confier à moi, je ne me vois pas me confier de cette façon à un confrère, du moins en local.
I1 : Est-ce que c'est embêtant de ne pas avoir de médecin généraliste attitré ?
M6 : Non jusqu'à présent, je n'ai pas forcément ressenti le besoin. Non.
I1 : Au niveau de tout ce qui est psychotraumatisme, tu m'as dit tout à l'heure que tu avais fait une formation sur l'hypnose. Comment tu jugerais tes connaissances sur tout ce qui est traumatisme psychique ?
M6 : Sur une échelle de zéro à dix, je mettrais trois. Donc c'est ce n'est pas beaucoup, je n'ai pas beaucoup de connaissance dans le domaine. Je vais très rapidement vers mes collègues psychologues qui sont à mon sens très bien formés. Ça me parait plus pertinent. Jusqu'à présent je ne suis pas forcément très bien formé, nos études ne nous forment pas, où je ne m'en rappelle pas.
I1 : Est-ce que tu aurais pu avoir une formation au cours de ta carrière de MCS ou médecin généraliste ?
M6 : Sur le psychotraumatisme, non. C'est des formations qui me paraissent très spécifiques. Donc c'est souvent de thèmes abordés superficiellement mais jamais une formation dont c'est le sujet.
I1 : Est-ce que c'est quelque chose qui te manque au quotidien ?
M6 : Comme je te le disais, notre problématique ici en médecine générale de campagne c'est qu'on fait beaucoup beaucoup de chose et qu'aujourd'hui dans ma façon moi de faire avec mes patients, c'est d'adresser le patient vers la personne la plus compétente. Et plutôt aller solliciter le sens aiguisé de certains praticiens qui sont plus à même d'être efficient dans le domaine. Donc moi sur le secteur, j'ai un ou deux médecins référents dans le domaine qui font quasiment plus que ça maintenant, qui ne font plus de médecine générale. J'ai des psychologues dont je connais vraiment les compétences et vers qui j'adresse très facilement. Après moi j'aide en soutien mais sur tout le processus psychologique en tout cas de déblocage ou autre pour avancer… je n'irais pas forcément sur ce type de formation là, comme ça, spontanément. Parce qu'on débordé de plein de chose et je me dis que voilà… j'aimerais faire de l'ostéo mais j'ai deux ostéos à côté de moi qui sont super forts. Je trouve ça pas forcément efficient pour le patient juste parce que moi ça me ferait plaisir d'en faire un peu. Bon, si on a quelqu'un de plus fort à côté, autant utiliser ses compétences. C'est pareil dans ce domaine. Je vais plutôt aller chercher les compétences des confrères un peu plus compétents dans ce domaine-là que moi. Mais on parle bien du psychotraumatisme ! Mais après tout ce qui va être suivie psychologique tout ça c'est des choses sur lesquelles je me sens beaucoup plus compétent pour l'accompagnement. Mais le psychotraumatisme, voilà quand il vit un traumatisme et tout le mécanisme de stress post traumatique aigu ou chronique, je ne me sens pas capable … de le repérer oui mais ça serait difficile pour moi de le traiter ou de l'aborder facilement.
I1 : Et sur ta capacité à gérer toi tout ce qui est choc émotionnel tu te sens plutôt compétent ?
M6 : Non là je me sens plutôt assez compétent de part tout ce que j'ai appris en communication. Ça fonctionne plutôt très bien. C'est le retour que j'ai aussi des équipes pompières qui sont contentes de nous voir arriver. Moi aussi de me voir arriver sur place quand il y a quelque chose de complexe ils sont contents qu'on arrive car ils

savent que ça va être bien cadré ; bien géré. Quand c'est Bagdad sur le plan des cris. Sans parler de MCS, j'ai eu une fois à gérer un monsieur qui s'est pendu à 30 ans. Enfin il avait une trentaine d'année, deux enfants, il s'est pendu pour les trente ans de sa femme. Bon bah c'est le Dawa. Y avait la mère sur place, l'épouse, les enfants n'étaient pas là, là il faut réussir à gérer. De la communication, reconvoquer le patient très rapidement le lendemain. Evaluer la situation de souffrance morale à ce moment-là. Vérifier qu'il y ait un entourage et c'était le cas. Y avait beaucoup beaucoup de soutiens familiaux. On a fait des requêtes pour que les gens viennent sur place. Et puis quand on a vu que c'était bien cadré on a pu essayer de reconvoquer rapidement et essayé de solliciter les acteurs. Cette femme-là était suivie par psychologue on a tout de suite déclenché les choses très rapidement. Après je pense que si je ne me sens pas compétent, je vais très rapidement solliciter les gens. Le psychiatre local pour qu'il y ait une évaluation. Je ne reste pas en entonnoir, je ne tunnelise pas parce que sinon c'est un peu paralysant.

I1 : Est-ce que ça te semblerait pertinent d'avoir des formations MCS sur la gestion au niveau émotionnel des interventions difficiles ?

M6 : Je l'ai touché du doigt sur cette formation complémentaire mais je pense que se serait pertinent de le mettre en formation initiale enfin sur les modules. On a trois modules fixes qui tournent, ça pourrait être intéressant.

I1 : Plutôt sur les modules initiaux ?

M6 : Ou l'intégrer, parce qu'on le rencontre souvent sur la traumato. C'est très impressionnant sur le plan visuel généralement, sur la douleur. Y a du son, y a du cri. Ya beaucoup de chose. C'est souvent là qu'émotionnellement ça vous prend au trip grosso modo. Après je trouve que tout ce qui va être arrêt cardiaque, bah c'est quelque chose où il faut agir vite, toujours on a les pompiers, il n'y a pas de temps à perdre donc ce n'est pas pareil. Et puis le mort il ne parle pas, enfin le patient en arrêt cardiaque il ne parle pas donc on dit à la famille qu'on pratique les premiers soins le plus rapidement possible et généralement il y a une compréhension complète ou s'il y a en a un qui fait un esclandre bah on met un pompier pour calmer le jeu. Ça va vraiment être sur la traumato. Comment je gère le patient qui gueule, qui beugle. Ce qu'on essaie de faire toucher du doigt en simulation d'intervention d'ailleurs. C'est intéressant. Mais effectivement, je connais beaucoup de collègues et moi-même qui sont désarçonnés par ces situations.

I1 : Et comment tu fais donc au quotidien ?

M6 : Je les gère en communication vraiment. Une fois j'ai eu une situation… le stress était vécu de l'intérieur c'était marrant parce que j'avais un assistant médical qui était là qui était infirmier. Et c'est marrant d'avoir son ressenti à lui versus le miens. Donc une patiente, je sais plus pourquoi de l'ai prise en charge à ce moment-là. Très logorrhéique, très angoissée. Selon elle, impiquable et elle ne supportait pas qu'on la pique. Il fallait que je pose une voie. Super pratique. Avec cette formation communication, on a discuté avant d'aller sur le geste. Jamais employer les termes nociceptifs, négatifs, toujours parler de confort. Je l'ai bien palpée avant de façon qu'elle soit plutôt attentive sur la globalité. Et j'ai posé ma voie sans problème, j'ai mis mon truc et elle ne s'en est même pas rendu compte. Et à la fin elle m'a dit « mais vous m'avez piqué ? ». Oui. Et donc moi à l'intérieur j'étais quand même en stress important mais le fait de conscientiser, d'intellectualiser sur ce que j'allais faire pour la soulager elle, en fait ça me posait aussi. Et c'est ce qu'on cherche à faire dans ce type d'exercice. Et donc depuis cette formation purement pratique, ça me sert à la fois à gérer des consultations difficiles avec des patients qui sont soit en crise d'angoisse soit énervés pour faire retomber la pression. Soit sur ces situations où il y a toujours de la panique sur la situation urgente et puis en fait quand on décortique objectivement les choses, il n'y a pas lieu de s'inquiéter. Déjà quand on fait un rapide état des lieux, ça permet de rassurer les gens et ensuite on fait sa prise en charge. Et des fois quand il n'y a pas lieu de rassurer les gens parce que des fois ça reste très grave, c'est de dire bah voilà vous êtes au bon endroit, on vous prend en charge, par contre là j'ai besoin d'être concentré donc je souhaiterais que vous pensiez à autre chose où que vous discutiez de ça mais là tout de suite si vous me posez des questions je ne pourrais pas vous répondre je serais concentré. Et ça se pose généralement très bien.

I1 : Donc un stress plutôt bien géré …

M6 : oui, je n'ai pas eu de jambe l'écart non plus par exemple. Je n'ai pas eu de chose non très … J'ai eu des fractures de fémur mais des fractures de fémur non déplacées juste à immobiliser donc ce n'est pas la même chose que voilà la personne voit son … Y a vraiment une cotation visuelle et au son qui joue beaucoup sur laquelle moi j'insiste beaucoup quand j'arrive. Je suis toujours choqué quand on arrive chez les gens. Il y a dix pompiers. On perd la notion de proxémie avec le patient, on perd la notion d'intimité, de pudeur. Alors certes il faut aller vite mais ça n'empêche pas de limiter le nombre d'intervenant avec le patient, de pas faire de bruit, de pas crier, de pas parler de la situation à la voix haute devant tout le monde devant le patient et la famille. On peut poser les choses. Ça c'est la première chose que je fais quand j'arrive. Si y a 15 pompiers, c'est toi il faut qu'on fasse un peu d'air et puis on avance sur l'évaluation. Et ça je pense que le fait de mettre en pratique ça m'enlève aussi une part de stress. Je vois que ça calme, ça me came moi, ça calme l'équipe. La première fois utilisée, c'était très spectaculaire et jouissif sur le plan de la pratique. Et du coup sur la manière de se déplacer, ne pas montrer de manifestation extérieure de stress que les personnes aient l'impression qu'on soit précipité. C'est toujours ce qui m'avait impressionné moi quand j'étais interne. Quand on était interne dans les services et qu'on était appelé sur des urgences majeures j'étais en panique totale. On appelle le SMUR qui était dans l'établissement. Il arrive, cool, en mode je prends mon temps. C'est quoi les constantes ? Tu lui fais ça. T'as envie de le secouer, tu ne te presses pas

plus ? en fait on voit qu'il prenne très bien les choses en main. C'est quelque chose que je me suis dit si eux le font, moi j'essaie de le reproduire aussi et ça fonctionne super bien. Ça amène vraiment un sentiment d'apaisement. C'est peut-être aussi pour ça que c'est moins lourd sur le plan émotionnel dans la limite des interventions que j'ai pu avoir. Pour certaines importantes mais pour le moment je n'ai pas eu de surcharge émotionnelle.

I1 : qu'est-ce qui serait pour toi un bon accompagnement psychologique de la structure MCS ?

M6 : Une sorte de cellule disponible rapidement. C'est-à-dire que si on en a besoin, qu'on soit rappelé suffisamment rapidement dans les uns ou deux jours ouvrés grosso modo. Pouvoir débriefer si y a besoin et lâcher son sac si y a besoin. Et justement pouvoir faire à la fois peut être qu'il y ait des gens professionnels comme des psychologues mais peut être aussi un médecin qui pourrait … souvent on a une surcharge émotionnelle, c'est souvent là où je me suis senti mal, c'est le sentiment de mal faire ou de pas avoir fait suffisamment, de ne s'être senti à la hauteur. Et d'avoir quelqu'un qui peut débriefer et qui peut dire : ben est-ce que tu aurais pu faire autrement ? Est-ce que tu avais les moyens de faire autrement ? Qui connait très très bien la situation de Médecin Correspondant SAMU pour pouvoir justement accompagner. Et sur le format, en fonction de la demande, du premier bilan et de la première évaluation peut être proposer des consultations plus ou moins nombreuses, plus ou moins rapprochées en fonction de ce qu'on peut sentir. Ce qu'ils peuvent eux sentir comme nous on fait quand on a un patient en crise suicidaire on va le reconvoquer très régulièrement ou de manière très rapprochée.

I1 : Et est-ce que ce côté débriefing quand on a mal fait c'est quelque chose que tu pourrais aborder avec tes collègues ou ta compagne qui sont tous MCS ? Est-ce que tu peux tout dire ?

M6 : Alors est-ce qu'on dit tout ? Oui, enfin avec ma femme il n'y a pas d'histoire de fierté, dire ce que j'aurais pu mieux faire ou pas. Et je m'attelle aussi quand elle s'épanche de pas dire oh t'as pas fait ça voilà pour éviter justement de mettre en difficulté. Mais je pense que d'avoir un débrief avec quelqu'un de complètement extérieur ça peut faciliter un peu les choses quand même. Dire vraiment la totalité de ce qu'on a à dire. Parce qu'il y a forcément un impact quand on dit à ses confrères ou moi ma femme… Pas envi non plus peut être de me sentir minable sur des situations. Enfin pour être honnête avec soit même. C'est plus simple de le faire avec quelqu'un de complètement extérieur. Evidemment pas de jugement, de t'aurais pu mieux faire. Le but c'est plutôt d'être constructif au contraire. Je verrais plutôt ça au contraire.

I1 : OK ! ça ne me semble pas trop mal ! On a abordé pas mal des thèmes que je voulais aborder. Si, une question que j'aime bien rajouter, est-ce que tu recommanderais MCS à un autre confrère.

M6 : je promeus même MCS. C'est aussi gratifiant. On a cette sensation d'aller vraiment au fond de notre métier. En médecine générale on gère beaucoup de chose mais là d'aller vraiment sur le terrain voilà de se dire on a fait quelque chose de … Sans moi peut-être que le patient serait décédé. Ça change un peu son activité et c'est gratifiant et puis ça change un peu quoi. Ça permet de garder le contact de terrain un peu manuel un peu … et puis ça permet de fluidifier les échanges avec l'hôpital. Moi j'aime bien régulièrement amener les patients à l'hôpital. Ça permet d'échanger avec les urgentistes, de dire qu'on est là. Voilà on a des compétences, qu'ils peuvent compter sur nous aussi. Donc c'est intéressant. Mais oui, le recommander plus plus plus ça c'est sûr.

I1 : Tu as d'autres remarques ?

M6 : Non, je me sens privilégié effectivement. Je ne me sens pas esseulé et privilégié parce que je suis bien entouré aussi et ça, ça joue beaucoup. Donc je pense que je n'ai pas ... la bulle émotionnelle je la crève très rapidement et c'est ma façon de faire aussi dans ma vie personnelle. Donc c'est pour ça aussi que j'utilise ça. Et non après je pense qu'il est indispensable qu'on ait une petite cellule dédiée à ce type de chose. Débriefing, accompagnement psychologique … je pense qu'on peut tous en avoir besoin. Après voilà le problème c'est toujours pareil. C'est la logistique, ça a un prix c'est la contrebalance donc ce n'est pas forcément simple.

Verbatim N°7

I1 : Dans un premier temps, est-ce que tu peux te décrire toi et ton parcours au sein de Médecin Correspondant SAMU ?

M7 : Moi j'ai été médecin correspondant SAMU avant de m'installer. J'ai découvert ça avec un remplacement qui était à une heure de tout hôpital, pas très loin d'ici. C'était en 201X. Non, c'était en 201X. A ce moment-là donc le médecin que je remplaçais avait fait une formation au centre hospitalier de Gap. Ça n'existait pas encore ici. Il m'a conseillé pour le remplacer de faire la formation. Donc voilà, moi j'étais à ce moment-là jeune maman. J'ai fait ma première formation genre à un ou deux mois de mon accouchement, avec un tire-lait. Ça fait un petit moment du coup car c'est la naissance de ma deuxième fille. Ça m'a permis très rapidement de pouvoir utiliser le matériel du médecin que je remplaçais. Et en fait, j'ai été très vite mis dans le bain de l'utilité de ça parce que à la suite de ma première formation, deux semaines après, sur un remplacement, je me retrouve avec une jeune fille de trente ans en arrêt cardiaque à 300mètres du cabinet. Avec toute l'équipe de pompier sur place, et du coup moi qui doit prendre le leadership et mener la réanimation s'il y a quelque chose de possible à faire. Elle n'est pas revenue hein mais je me rappelle avoir vécu ça… Avoir été vraiment tranquillisée par le fait d'être en formation et m'être dit que si j'avais été médecin généraliste non formée, ça aurait été beaucoup plus traumatisant pour moi. Parce qu'en fait pour le coup le travail en simulation permet déjà de vivre un peu ces situations pas comme une première fois. J'avais vraiment … j'appliquais vraiment la formation que j'avais fait juste avant. Mais je me rappelle en rentrant chez ce médecin, c'était au milieu de la nuit en plus, avoir… il avait une piscine, avoir nagé dans la piscine pour me vider la tête. Voilà. Et puis après voilà d'être un peu toute seule avec cette histoire. Bon, donc une jeune fille qu'on avait pas récupéré, il y avait probablement un contexte d'alcoolisme. Son compagnon à côté qui disait « ramenez-là moi ». Et puis après qui disait « de toute façon c'est trop tard, arrêtez ». Après donc mon histoire, du coup dans les différents cabinets que je remplaçais y en a eu deux autres où c'était devenu aussi des territoires médecin correspondant SAMU. Donc moi je suis implantée ici et en fait je faisais un peu des rayons de 40 minutes autour. Et donc progressivement c'est monté un peu en puissance. C'est arrivé ici. Et donc je me suis impliquée d'abord comme remplaçante et puis quand je me suis installée début 2017 ben du coup j'ai été médecin correspondant SAMU ici. Alors nous ici on a une pratique un peu particulière parce qu'on a des urgences à l'hôpital le plus proche. Donc l'hôpital, il est … donc là pour descendre y en a pour une vingtaine de minutes. Mais il n'y a pas de SAMU qui sort. Donc c'est vrai que ça peut filtrer un peu des urgences qui peuvent se déplacer jusqu'à l'hôpital assez vite par rapport aux urgences qui ne bougent pas. En gros mon impression c'est que finalement sur les prises en charge d'infarctus allant jusqu'au bout, en fait nous on va être une aide au diagnostic mais finalement sur la thérapeutique on va assez facilement laisser la main à l'hôpital parce que les conditions sont mieux pour prendre en charge. Mais du coup on a un vrai plus sur les patients qui ne sont pas déplaçables. Donc c'est une petite spécificité territoriale. L'autre spécificité c'est qu'on est une zone touristique dont la population doit être multipliée à peu près par cinq en été. Ce qui occasionne un regain d'intervention qui ne sont finalement pas très nombreuses en hivers. Aussi du fait de l'arrivée d'infirmiers sapeur-pompiers protocolisés qui peuvent finalement gérer des protocoles douleurs pour lesquels on ne nous appelle plus. Après en même temps ça peut être très intéressant d'être à deux sur des interventions un peu chaudes. Mais il n'y en a pas tant que ça. Et on n'est peu appelé. Moi globalement sur l'ensemble de ma pratique c'était presque une seule intervention par mois. Donc c'est peu. Et ces derniers temps, ça n'a pas tendance à augmenter.

I1 : D'accord donc c'est une pratique plutôt stable. Et ça donne quoi comme type d'intervention ?

M7 : C'est très variable. Comme type d'intervention, c'est un peu tout. Ça va être du choc anaphylactique, malgré tout le syndrome coronarien aigu, l'accident de la route. Là j'ai l'exemple d'un patient qui était dialysé qui partait en dialyse et puis du coup il a fait une sortie de route. L'infirmière est déjà sur place mais il est impiquable par voie périphérique et du coup moi j'ai pu poser une intra-osseuse à travers la portière. Voilà. Donc après beaucoup sur les arrêts cardiaques, sur les décès où on va choisir de mettre en route une réanimation, des urgences psychiatriques. Pas d'accouchement encore. Je suis formée. Mais la maternité s'est beaucoup éloignée. Nous maintenant on est à plus d'une heure et demi des maternités sur notre territoire.

I1 : Et c'est quelque chose qui pourrait être angoissant de partir sur un accouchement ?

M7 : Oui, quand on ne fait pas, on n'est pas à l'aise. Si on est appelé pour ça il faudra prendre son courage à deux mains.

I1 : Donc un bilan plutôt positif de la fonction de MCS dans l'ensemble ?

M7 : Ouais, après c'est quand même un gros investissement. C'est une pratique qui est très bien rémunérée dans l'ensemble. Surtout pour nous qui ne somme peu appelés. Avec un fixe de forfait d'astreinte. C'est très bien rémunéré pour finalement peu d'intervention. Le sentiment que toutes les interventions qu'on fait sont utiles Moi j'ai l'exemple d'un arrêt cardiaque sur le parking du cabinet qu'on a récupéré. Avec un patient qui faisait un infarctus qui a fait un trouble du rythme emmené par les pompiers jusque sur le parking. Moi j'étais en consultation.

On l'a récupéré en le défibrillant, il n'y avait pas besoin d'être MCS mais derrière moi je poser la voie je peux commencer … et mon patient est toujours vivant et ça fait plusieurs années.
I1 : Et je suppose derrière la reconnaissance du patient ?
M7 : Même pas. Pas du patient en tout cas. Enfin pas manifesté et peu importe mais par contre le SAMU qui quand il vient dit « ah bah du coup vous avez tout fait » et ça ça fait du bien.
I1 : Ça change quelque chose d'ailleurs d'intervenir sur des patients qu'on connait ?
M7 : Oui, je pense. Après tout dépend si c'est des patients sur lesquels on a posé un affect particulier ou si c'est la patientèle de tous les jours avec lesquels on a plus de neutralité. Moi je dirais que j'ai quelques patients avec lesquels j'ai un affect particulier et pour lesquels ce serait plus difficile. Mais globalement je n'ai pas l'impression que sur le fait que ce soit mes patients en général se soit plus difficile pour moi. Au contraire, finalement je vais mieux connaitre le dossier. Globalement pour être honnête en me projetant je ne pense pas que ce soit un frein.
I1 : Parmi toutes les interventions que tu effectues dans le cadre de MCS, est-ce qu'il y en a qui te semblent plus difficiles à médicaliser ?
M7 : Je pense que le pire pour moi ça serait les enfants et les nourrissons. C'est une pratique finalement sur laquelle on n'est pas trop à l'aise, on ne fait pas trop de geste. Et puis même par rapport à des valeurs références de pouls, de saturation, de tension. Pour le coup, pour moi ce serait le plus difficile.
I1 : Qu'est ce qui rendrait la chose plus difficile ?
M7 : La peur de pas avoir finalement assez de compétence pour prendre ça en charge.
I1 : Ça t'est déjà arrivé de prendre des nourrissons ?
M7 : Non, ce n'est jamais arrivé.
I1 : Et il y a d'autres interventions comme ça qui sont plus difficiles ?
M7 : C'est difficile de se projeter en fait. C'est quand on vit l'intervention qu'on la trouve difficile ou pas. Oui, quand j'y repense, j'ai eu affaire à une mort par overdose d'un jeune avec sa mère qui était ma patiente. Et par exemple bah ça j'ai trouvé ça difficile. En plus après c'est les circonstances dans lesquels on est appelé. Là, grosse journée et puis je finis ma matinée. Je vais pour fermer le cabinet, je suis appelée. Et là c'est pour un patient, enfin le fils d'une patiente Justement avec qui j'avais un affect particulier, qu'elle vient de découvrir mort. Avec quand même une réanimation à faire. Derrière des prélèvements intra-cardiaques pour récupérer du sang. Et puis avec le sentiment que l'ambiance est un peu glauque, que les conditions matérielles sont un peu …
I1 : Et je suppose derrière le retour au cabinet un peu …
M7 : Ouais voilà. Le retour au cabinet sans avoir de moment de décompression.
I1 : Comment ça s'était passé justement ce retour au cabinet et puis les jours d'après ? Est-ce qu'il y avait eu un retentissement de cette affaire ?
M7 : Bah après moi, je perds le sommeil ouais. Je pense qu'en fait et puis un de mes maitres de stage me disait quand on enchaine des consultations, quand il y a une consultation très difficile, de consultation d'annonce quelque chose qu'on redoute, c'est la consultation d'après qu'on risque de mal gérer ou de passer à côté d'un diagnostic. Parce qu'en fait on a été tellement impliqué que derrière ça n'a plus la même importance et on n'imagine pas que ça peut être deux fois très grave. Et donc je dirais ça, je dirais que derrière en fait il peut y avoir une perte de notre acuité de médecin juste derrière une grosse intervention comme ça parce qu'en fait on ne peut plus donner la même chose.
I1 : Donc les consultations d'après avaient été un peu difficiles ?
M7 : Je ne me rappelle plus en l'occurrence parce que ça fait un petit moment mais oui globalement on peut dire ça comme ça.
I1 : Est-ce qu'il y a déjà eu des interventions tellement difficiles à digérer que tu as pu un peu ramener ça à la maison ? Tu parlais de trouble d'endormissement par exemple, est-ce qu'il y a pu avoir d'autres choses suite à des interventions ?
M7 : Ouais, moi je vais avoir moins de patience, plus d'énervement. Ça peut avoir des répercussions sur mon couple. La sensation de … mais bon en fait on parle pour médecin correspondant SAMU mais je pense qu'en fait on peut l'élargir. Je me suis retrouvé avec une situation d'information préoccupante à faire et en fait à chaque fois je trouve que derrière en fait c'est des moments où je ne dors par très bien, ou je suis en hypervigilance, où j'ai moins de patience. Voilà, ça va aller plus vite dans l'énervement et la colère alors qu'il n'y a pas forcément lieu. Et d'ailleurs mon mari me dit : « en fait là tu ramènes trop de truc quoi, il ne faut pas que le cabinet rentre dans la maison ».
I1 : Et comment est-ce que tu gères ça quand tu en arrives à ces moments-là ?
M7 : Alors c'est vrai que des fois j'ai besoin d'en parler. Alors moi je n'ai pas mis en place de supervision. J'ai quand même une associée. Et donc on a en générale entre nos journées travail, entre nos grosses demi-journées de travail sur le cabinet, trois fois par semaine on se croise en fait. Et du coup on a quand même une demi-heure où on parle. Et donc je pense que l'écoute d'un pair est vraiment utile. Moi, ça m'a bien permis de remettre les choses sur la gravité, la culpabilité, qu'est-ce que je pourrais faire pour que ça s'améliore, par quelqu'un qui n'est pas impliquée de la même façon que moi. Est-ce que c'est bien ? Est-ce que c'est … voilà, un autre jugement. Je pense que des fois c'est utile.

I1 : Elle est MCS aussi l'autre associée ?
M7 : Oui
I1 : Est-ce que tu as d'autres manières de gérer ce genre de chose ?
M7 : Aller courir. Non mais c'est vrai, je pense qu'en fait du coup quand on s'implique fortement il faut pouvoir avoir des échappatoires et quelque chose de récréatif qui nous ressource. Et donc ça va être faire de l'exercice physique. Moi j'ai dit aller courir mais ça peut être aussi être aller jardiner. Dans les trucs tout de suite applicables, faciles, il faut juste une paire de basket et un peu de terrain. Ouais et du coup essayer de penser à autre chose.
I1 : Et globalement jusqu'à présent ça a toujours suffit à désamorcer ce genre de situation ?
M7 : Oui, je n'ai pas vécu de situation tellement traumatisante que ça dépasse mes capacités d'adaptation.
I1 : Est-ce que tu saurais quoi faire en cas de situation qui pourrait s'y prêter ?
M7 : je pense que je commencerais par demander l'aide de mes paires. Ça c'est sûr. De me proches aussi. Alors moi j'implique effectivement mon mari qui est neutre en fait mais voilà qui m'a suivi dans mes études et du coup qui arrive à comprendre. Et puis qui me permet parfois de relativiser mon point de vue médicale qui est très technique et de voir un peu la finalité de tout ça. Si ça ne suffisait pas je pense que j'aurais recours à une psychologue.
I1 : Tu saurais qui, là, dans le territoire ?
M7 : oui, j'aurais des pistes en tout cas.
I1 : Tu as pu déjà consulter dans le passé une psychologue ?
M7 : Non, Je n'ai jamais fait pour moi. Après on est ou quand même ... Si des psychologues on en a, on en a quand même. Ou des psychothérapeutes. Mais voilà, on est dans un endroit où le maillage du soin n'est pas si facile, n'est pas si serré, donc ce n'est pas si facile. Et puis on a quand même des grosses activités qui prennent beaucoup de place dans notre quotidien et puis on est un peu loin de tout. De notre pratique de médecin rurale donc tout est un peu difficile. Après j'ai une collègue MCS aussi pour sa pratique de médecin généraliste qui a fait appel à une supervision à distance donc c'est une piste que je garde en tête aussi car pour moi ça me semblerait plus facilement réalisable.
I1 : D'accord, c'est une supervision par qui ?
M7 : Ça doit être une psychologue. Qui lui fait revenir sur … je ne sais pas exactement comment ça se passe mais elle a régulièrement un entretien téléphonique avec cette personne. C'est quelque chose qu'elle fait régulièrement et elle disait que ça permettait de pas emmener à la maison justement ce bagage un peu lourd.
I1 : Ok, c'est intéressant effectivement. On avait un peu commencé à aborder ça mais est-ce que tu pourrais me raconter une médicalisation que tu as eu qui a pu être un peu impactante pour toi ?
M7 : Bah oui mais effectivement je pense que c'est la première qui a été je pense la plus impactante. C'est celle qui me vient en premier. Du coup je me retrouve à deux heures du matin entre deux journées de boulot. En remplacement chez un médecin donc avec des affaires que je ne connais pas et dans une maison, dans un village qui n'est pas le miens en tant que remplaçante. Bon bah là, il y a un arrêt cardiaque d'une jeune de 28 ans à deux pas. Je sais que je vais être tout de suite sur place et que je ne vais pas pouvoir me préparer car il n'y a pas de route pour y aller. Du coup, j'amène toutes les affaires du médecin et ce n'est pas évident parce que je ne connais pas encore très très bien les sacs. Donc ça c'est un truc aussi impactant sur le déroulé d'une intervention, quand on ne trouve pas le matériel, ça augmente le niveau de stress. J'arrive sur place, il y a déjà plein de pompiers qui m'attendent. C'est dans un endroit semi-éclairé, un peu sale au domicile. Probablement qu'elle avait une grosse consommation d'alcool je pense. Et en fait du coup elle est en train d'être massée. Du coup je prends mon rôle de leadership dans les décisions et de qu'est-ce qu'on va faire. Et je me dis bon bah là faut qu'on fasse le plus possible parce qu'à priori il y avait témoin donc c'est allé vite, on a été rapide, il n'y a pas eu beaucoup de no-flow et puis elle est jeune donc il faut y aller. Du coup je lui monte sa voie, je commence à mettre l'adrénaline, là je demande à un pompier de se mettre avec la voie et donc la seringue et de me prévenir voilà pour pouvoir faire les injections d'adrénaline. Je ne crois pas … ça fait longtemps puisque c'était au tout début de ma pratique mais je ne crois pas que ça ait choqué. Du coup on faisait les injections d'adrénaline et puis moi je suis allé à la tête et puis j'ai fait l'intubation. Et là quand je fais l'intubation, tout se passe... en fait dans cette intervention, ce n'est pas le cas de toute, mais tous les gestes techniques se sont déroulés sans encombre. Piquer du premier coup pas de soucis enfin voilà. Et quand je fais l'intubation, je vois de la mousse au niveau de l'œsophage, mousse sanguinolente donc peut-être je pense elle avait une rupture de varice œsophagienne ou quelque chose comme ça. Et donc je passe l'intubation sans problème et en fait voilà, après on l'a ventilée un peu et on a attendu que le SAMU arrive. Et en fait le SAMU n'est jamais arrivé. Au bout de 45 min de réanimation ils nous ont dit, bon bah c'est foutu, bon bah vous vous débrouillez pour signer le certificat de décès et finir. Donc voilà… dans toutes les interventions dans le coin, on a toujours une bonne équipe de pompier, toujours d'une grande aide et puis avec des gens plus expérimentés aussi souvent.
I1 : Il n'y a pas de problématique particulière justement avec le fait d'avoir le rôle de leadership sur ce type d'intervention ?
M7 : Non, globalement … après faut prendre sa place. Moi j'ai toujours senti la bienveillance. Non, non vraiment ils me laissent la place. Après c'est sûr que des fois on sait moins bien piquer qu'une infirmière. Et donc c'est

difficile, c'est des rôles pas faciles pour nous médecin généraliste. Et je pense que les médecins de montagne ont un petit avantage sur nous de pratique plus régulière. Et donc ils sont un peu plus à l'aise et c'est plus facile. Là, avec des pratiques très espacées on est en toute humilité, on aide comme on peut et puis on mouille sa chemise et on sort de sa zone de confort.

I1 : Qu'est ce qui a été le plus difficile au final sur cette intervention ? Est-ce que c'est le fait je ne sais pas que c'était une des premières ? Un patient jeune ? Tout le contexte ? L'intervention du SAMU ? La nuit ? Est-ce que tu arrives à dégager des choses finalement de tout ça ?

M7 : Alors moi je dirais petit un la solitude. Parce qu'il n'y a pas d'autres professionnels, on est le seul médecin et il n'y en aura plus. Petit deux, l'âge de la victime. Parce que finalement des interventions comme ça avec des gens plus âgés j'en ait eu plein. Mais en fait pour moi c'est légitime que la mort arrive un jour et quand je ne trouve pas que ça soit trop tôt ça m'affecte moins. Et puis je pense aussi après il y a une histoire on le disait avec les patients du cabinet. Mais là en fait en fait je n'étais pas encore … je vais connaitre cette personne par personne interposée, par connaissance sans que ce soit ma patiente. Et je vais avoir ces retours de gens qui la connaissaient comme amis et tout ça. Et en fait ça vient dans mon espace privé quoi. Ça vient mélanger le professionnel et le privé. Je sors de cette intervention et deux jours après je rencontre une copine qui est aussi la copine de cette fille et ce genre de chose.

I1 : Qui savait du coup que c'était toi qui avais fait l'intervention ?

M7 : Peut-être, oui peut être mais la problématique est plutôt le fait que finalement quand on est aux urgences et qu'on voit les patients, on les voit et après on les voit plus. Là on les voit et puis après ça revient dans notre vie par d'autres portes qui ne sont pas forcément les portes professionnelles et ça bah ça, ça impacte. Du coup ça laisse le truc en tête, on ne peut pas l'oublier. Et après je pense que la dernière chose, c'est le côté matériel, c'est chercher les affaires, c'est conduire la voiture jusqu'au lieu. J'ai dû conduire quand même parce que j'avais quand même un gros sac. Je pense que sur les interventions en général, on a le côté sortie de la zone de confort car c'est des choses qu'on a pas l'habitude de faire et du coup moins rodé sur le côté matériel. Peur de toutes ces problématiques dans un temps très limité. Même au cours de l'intervention. Comment je vais faire ? Comment ça va se passer ? Beaucoup de questionnement en fait.

I1 : Parce que finalement, l'intervention en elle-même ça arrive qu'elle pose soucis où finalement c'est assez anecdotique par rapport au reste ?

M7 : Est-ce que je peux être traumatisée de ce que j'ai fait et que je n'ai pas trouvé bien ?

I1 : Oui ou est-ce que juste le fait de techniquer un patient sur une situation exceptionnelle ça peut te poser des soucis.

M7 : Ouais ça m'arrive, après je dirais que ça va dans un second plan. C'est-à-dire que des fois je me dis « je suis nul », en toute honnêteté. « J'aurais pu être meilleur », « il y aurais fallu que je le fasse mieux » … Voilà, après c'est mon estime personnelle. Des fois je me dis, tout ça finalement si je ne m'imposais pas cette obligation d'assister finalement j'arrêterais, ça m'inquiéterait moins. Si je supprimais la préoccupation urgences vitales immédiates de mes préoccupations quotidiennes, peut être que ça améliorerait ma qualité de vie. Mais voilà j'affronte ce que notre métier doit affronter, c'est l'assistance à la personne en danger.

I1 : Et malgré tout au bout de XX ans …

M7 : Non, non, non, pas XX ans… XX ans. 20XX la première rencontre avec MCS et le médecin qui dit « allé faut que tu te formes ».

I1 : Je rebondis un peu sur le côté où ça t'arrive d'en parler un peu avec des confrères, est-ce que c'est quelque chose que tu peux faire librement ? Est-ce que tu peux tout dire à un confrère, sur comment ça s'est passé, sur le fait que ça a pu être difficile, qu'on a peut-être raté des choses ?

M7 : ouais, ben oui, non je pense que clairement pas. Je pense que voilà, on a notre estime de nous-même. On essaie de se livrer mais des fois il y a des freins et il n'y a pas la neutralité dont on a besoin.

I1 : Est-ce que tu pourrais l'avoir cette neutralité avec d'autres personnes de ton entourage ?

M7 : Oui, je pense que ça se complète en fait, c'est ça. Avec le confrère, je vais plutôt revenir sur la pratique et après ce qui est plus personnel, ce qui m'appartient plus, très intime à ce moment-là ça sera plutôt avec mon compagnon.

I1 : Et avec un médecin généraliste ? Tu as un médecin traitant ?

M7 : Non, je n'ai pas de médecin traitant, c'est vrai. On me l'a déjà posé en plus et je crois que c'était déjà pour une thèse aussi. Donc à force je vais peut-être en trouver. Et c'est vrai que je me disais « est-ce que je vais avoir envie d'avoir un médecin traitant ? ». Et en fait c'est quelque chose qui n'est pas si facile que ça. Parce qu'en fait … Après je pense que si j'en avais vraiment besoin je le ferais, mais est-ce que je dépose ma confiance facilement, est-ce que je laisse les commandes facilement à quelqu'un pour décider pour ma santé ? Voilà, pour une histoire de pudeur aussi. Je ne sais pas. Ce n'est pas si facile que ça. Alors après des spécialistes aucun problème. Mais des médecins généralistes … je n'ai pas encore eu le besoin.

I1 : Et c'est pareil dans la région je suppose que tu connais pas mal de monde en tant que médecin, et est-ce que tu aurais des pistes éventuellement pour prendre quelqu'un si besoin ?

M7 : Ce serait un peu compliqué ouais. Je pense qu'il y a beaucoup d'interaction et que j'aurais du mal à trouver quelqu'un, qu'il y ait suffisamment de distance professionnelle. Voilà, il y a trop d'interaction. Je pense que c'est plus facile en ville où on peut choisir quelqu'un qu'on ne connait pas sur le plan personnel, avec qui on a pas trop de relation au quotidien. Là, on a un pool de médecin assez limité. Mais je pense que c'est une bonne question. Je pense que dans les médecins correspondants SAMU qui vivons dans des endroits peu denses, ce n'est pas facile. Ce n'est pas facile d'avoir un médecin traitant ou faut accepter de faire de la route. Ou alors faut se dire qu'on ne s'implique pas plus, c'est juste sur le papier.

I1 : Si on bascule un peu plus du côté accompagnement psychologique, toi, comment tu juges tes connaissances sur tout ce qui est psychotraumatisme, traumatisme psychique en général ?

M7 : C'est difficile de répondre à ça. Je ne pense pas avoir eu de formation très théorique sur le sujet. Après j'ai fait une formation d'hypnose sur laquelle on a beaucoup travaillé sur les traumas et j'ai appris à les détricoter. En pratique, je ne l'utilise plus aujourd'hui, je l'ai utilisé mais ça ne rentre plus dans ma pratique. Mais en fait il reste une conception un peu spécifique de ça. Sur le côté … en fait on avait travaillé sur comment ça reste un traumatisme. Comment ça reste dans notre présent entre guillemet sans être digéré sans rejoindre les souvenirs etc. Je dirais qu'il y a eu une autre partie de moi qui s'est intéressée à ça à travers une autre préoccupation. Je te parlais du signalement au procureur et en fait je me suis retrouvé avec une situation de violence ou d'emprise conjugale sur une de mes patientes et avec une forte suspicion d'inceste et là du coup j'ai eu besoin de lire beaucoup, de beaucoup me documenter là-dessus à ce moment-là. Je me suis beaucoup documenté sur les conséquences psychologiques du psychotrauma, de l'inceste sur les femmes et comment … les phénomènes de dissociation etc. Ça m'a intéressé et c'est par ce biais là que je me suis impliqué.

I1 : Tu n'avais jamais eu à part cette formation volontaire d'autres formations mise en place sur ce sujet ?

M7 : Non, je ne crois pas. Je ne m'en rappelle pas. Ça ne me revient pas.

I1 : Est-ce que c'est des choses qui te manquent dans ta pratique ou pas forcément ?

P7 : Ouais ça pourrait être intéressant, tout à fait.

I1 : Comment est-ce que tu les envisagerais dans ton cursus ?

M7 : Ben moi je continuerais dans le … en fait j'ai trouvé que … Y a Muriel Salmona sur les femmes victimes de violence qui est vraiment très très intéressante. J'ai regardé des podcasts. Et en fait c'est très intéressant de … et donc elle je serais très demandeuse de faire une formation avec elle par exemple. Bon j'ai des livres à lire après voilà on n'a pas toujours le temps. J'ai acheté ses bouquins. Et … ouais. Après finalement, une théorie vague sur un drame peut-être qu'aujourd'hui ça ne me parle pas trop mais du coup sur des applications directes pour des femmes victimes de violence par exemple … Du coup ça m'intéresse et je pense que vraiment ça m'a aidé à comprendre les phénomènes de dissociation, de prise de risque, de comportement, d'autoagressions.

I1 : Donc à l'heure actuelle tu dirais que tes connaissances sont plutôt bonnes ?

M7 : Ça ne me met pas en défaut quand je suis face par exemple à un patient qui aurait besoin de mes services dans ce domaine-là.

I1 : Est-ce qu'intégrer des formations obligatoires ou facultatives dans le cadre de médecin Correspondant SAMU ça te semblerait pertinent ?

M7 : Ça aurait tout à fait sa place ouais. Tout à fait. Je suis ça de près.

I1 : Qu'est-ce que ça serait pour toi être bien accompagnée psychologiquement par la structure médecin correspondant SAMU ?

M7 : Alors je sais qu'aujourd'hui on doit pouvoir se manifester si jamais il y avait un … En tout cas il y a un projet de cellule de prise de charge psychologique et je crois que si jamais on identifiait un problème on devrait pouvoir en bénéficier. Je pense qu'effectivement ça c'est vraiment à proposer mais je pense que c'est insuffisant parce qu'en fait par exemple, moi avant que je vienne demander de l'aide par ce biais-là, je pense que ça sera presque un peu tard. Je pense qu'on doit plus être presque sur de la prévention ou du traitement du traumatisme à sa racine parce que plus on perd du temps et plus ça va avoir du dégât sur la personne impliquée. Donc comme tu dis je pense déjà qu'une bonne connaissance du traumatisme, de comment ça se déroule et de pourquoi est-ce que ça devient … en hypnose tu vois on parlait du fait que quand on a vécu ça, on continuait à vivre notre quotidien mais que c'est comme si un frein était tiré et on avançait avec le frein à main et on se met à chauffer. Et en fait on perd de l'énergie et on se rapproche du burn out et cetera. Et donc je suis persuadé en fait qu'il vaudrait mieux qu'on prenne les choses en amont, que les gens soient capables de repérer quand ça prend trop de place et qu'à ce moment-là on intervienne pour que ces traumatismes deviennent des souvenirs, puis rejoignent voilà…

I1 : Est-ce que malgré tout ce lien avec les cellules d'urgence médico-pychologique c'est quelque chose qui te semble pertinent ?

M7 : Ouais, moi ça me semble aller de soi évidemment. Maintenant ça va dépendre un peu du profil des personnes. Il va y avoir des personnes comme moi à mon avis qui vont demander de l'aide très tard et puis des gens qui vont se manifester beaucoup plus tôt et donc je pense qu'il faut d'un côté proposer très facilement la solution, il faut inciter les gens. Il faut dire par exemple il faudrait que deux fois par an, si vous avez besoin, il y a ce rendez-vous qui est dédié. Il faut avoir une attitude plus proactive quoi. Plutôt que… Faut que la personne se manifeste et du coup elle se manifestera peu et quand elle se manifestera il sera trop tard.

I1 : Le problème c'est comment arriver à récupérer ces personnes qui ne se manifestent pas.
M7 : Qui vont être très fortes et qui vont tenir. Et finalement on rejoint le profil des personnes qui vont arriver au burn out. En fait c'est des personnes qui ont un désir de bien faire, de donner beaucoup, d'être disponible et qui vont aller très très loin et puis un jour il n'y aura plus du tout de réserve.
I1 : Donc voilà, des formations et puis pourquoi pas des …
M7 : Des rendez-vous suggérés peut être. Des groupes de paires effectivement et des rendez-vous suggérés. « On vous suggère de … » plutôt que « si jamais vous avez un problème vous vous manifestez ». Ce n'est pas tout à fait pareil.
I1 : Pour la petite anecdote, les CUMP vont mettre à la fin des fiches d'intervention des cases qui seront affichées. Cette intervention a été impactante : oui/non. Je souhaite être recontacté par la CUMP.
M7 : Ouais ça je pense vraiment que c'est chouette parce que je pense qu'en fait du coup on va y penser plus systématiquement et on va le faire assez naturellement puisque en fait c'est une possibilité. C'est attendu que ça soit impactant. Alors que finalement, se manifester voilà quand le chemin n'est pas facile à trouver c'est moins attendu donc on ose moins.
I1 : Et derrière après ça débouche sur un contact. Comment est-ce que tu l'imagines ?
M7 : Moi je vois bien effectivement. En fait déjà un appel téléphonique. Juste un appel téléphonique. « On a vu que », « on est préoccupé du coup de savoir comment ça se passe pour vous. Est-ce que vous souhaitez », « comment on s'organise ». Et ça déjà c'est beaucoup. Même s'il n'y a pas beaucoup plus, déjà on se sent soutenu. On fait partie d'un réseau au lieu d'être seul au milieu de son équipe de pompier qui nous respecte beaucoup mais qui ne sont pas là après.
I1 : Et du SAMU qui dit débrouillez-vous…
M7 : Non mais c'est bon en fait on est très occupé, là de toute façon il n'y a rien de plus à faire. *Rire*.
I1 : OK ! d'autres petites questions que j'aime bien demander, c'est est-ce que tu recommanderais MCS à un confrère ?
M7 : Ah, oui je recommanderais. Alors peut-être sur la médecine rurale on est d'accord. Et même sur les vécus traumatisants, je pense que en tout cas moi sur cette première intervention qui m'a mis peut-être en difficulté, j'ai l'impression que le fait d'avoir été formée et d'avoir affronté cette peur-là de … voilà finalement ça me préserve de mon jugement psychologique. De mon jugement de me dire « t'es vraiment nul ». T'es médecin mais tu peux affronter cette situation-là. Donc même si c'est difficile, je pense que même en tant que médecin on risque au cours de notre carrière d'être confronté à des situations comme ça et si on est préparé et formé c'est moins traumatisant. Et c'est ce qu'offre MCS pour le coup.
I1 : Ok et bien très bien. Bon, je pense qu'on a abordé à peu près pas mal de chose. Est-ce que tu as des choses à rajouter ou des remarques.
M7 : Ben écoute je crois que je t'ai dit au fur et à mesure, ça va.
I1 : Pas d'autre chose qui te reviens en tête sur cette thématique ?
M7 : Non. Ah si, je pense juste pouvoir rajouter un tout petit truc. Je pense aux problèmes judiciaires sur lesquels … Quand une intervention se passerait mal et qu'il pourrait y avoir des suites judiciaires ou des choses de ce type-là. Voilà, je pense que c'est le traumatisme ultime J'imagine qu'à ce moment-là il y aurait une aide associative. Mais j'ai assisté à une thèse il n'y a pas très longtemps sur les implications d'une condamnation en justice ou ordinale de certains médecins et en fait les conséquences sur la pratique derrière. Et c'est vrai que c'est traumatisant. Ça modifie la pratique et du coup c'est le frein tiré derrière parce que ben du coup on va se couvrir en écrivant tout mais c'est chronophage en demandant plus d'examen et cetera. Et du coup aussi dans la pratique MCS ça peut avoir … C'est arriver aussi à se protéger sur le plan juridique. Là aussi je pense qu'un accompagnement psychologique est nécessaire.
I1 : Tu avais des exemples de personnes que tu connais ?
P7 : Non, pas dans le cadre de l'activité MCS. Mais je pense qu'au niveau départemental en tout cas, on n'a pas été au courant de plainte au cours d'une intervention quoi. Donc ça ne doit pas arriver tellement. Parce qu'en fait ce type de circonstance, finalement ça renvoie sur le long terme donc quelque chose pour lequel on a besoin de passer à autre chose. Finalement ça reste dans le présent quand ça se judiciarise et donc ça serait pour moi quelque chose de très difficile à vivre.

Verbatim N°8

I2 : Est-ce que tu peux te présenter toi et ton parcours déjà au sein des MCS ?
M8 : Donc j'ai commencé, MCS il y a à peu près une dizaine d'années avec les premières formations en tant qu'interne, j'ai fait des saisons dans différentes stations et après je me suis installé à ici. Et donc toutes ces saisons, j'étais MCS. Voilà.
I2 : Et ça fait combien de temps que tu es installé ?
M8 : Ça doit être la septième saison.
I2 : Et en termes d'intervention MCS ici, ça donne quoi ?
M8 : C'est assez fréquent, on fait pas mal d'inters MCS, surtout pendant les périodes saisonnières, moins dans les inter-saisons avec un pic d'activité l'hiver quoi.
I2 : Et vous êtes combien ici ?
M8 : On est 6 installés.
I2 : Tous MCS ?
M8 : Tous MCS et on tourne sur des gardes. Donc on assure des gardes MCS toute l'année, saison intersaison, 365 jours par an. Tous les 6.
I2 : Donc vous êtes 6 à l'année?
M8 : oui voilà.
I2 : Ça va être quoi vos interventions les plus fréquentes ?
M8 : C'est l'hyperalgie. L'hyperalgie, c'est le plus fréquent que ça soit sur piste ou alors en MCS like au cabinet, donc ça c'est vraiment le plus gros de nos Inter. Et puis on a après… ça va être la douleur thoracique je pense, ça c'est le plus fréquent.
I2 : Est-ce que parmi toutes ces interventions, il y a des interventions que tu redoutes de faire ?
M8 : Oui, il y a la pédiatrie. Ça, c'est le gros flip de toute manière. Pédiatrie, et puis en s'installant, le risque aussi, c'est de faire... de s'occuper des gens du coin, des gens qu'on connaît des gens avec qui on vit. Et donc une de nos grosses inquiétudes avec mes collègues, c'était de faire une intervention sur des jeunes du coin. Voilà, donc ça c'était vraiment… parce que, parce qu'il y a un impact émotionnel en connaissant les familles, en connaissant les gens et ça, ça nous inquiétait beaucoup.
I2 : Et t'as déjà été exposé du coup à ce genre de situation ?
M8 : Du coup, oui, on a déjà eu une intervention… Alors nous la particularité ici, c'est qu'on part souvent, quand c'est en dehors des heures du cabinet, on part à 2. Et effectivement, on a eu fait une intervention d'un accident de la route avec, donc, deux jeunes du coin, 17-18 ans donc AVP, et ça c'était un peu notre inquiétude. Effectivement ça a été très difficile parce qu'une des deux jeunes est morte. Et donc du coup une intervention pas évidente.
I2 : Pour gérer ce genre d'intervention, comment tu t'y prépares ? Comment tu fais alors ?
M8 : Déjà nous, quand on part en intervention à deux, on se donne des rôles, donc effectivement là on avait un quart d'heure de route pour y aller donc on se dit qui fait quoi. Après, là, on était sur du multi victimes vu qu'on avait deux victimes jeunes dans une voiture et une autre personne dans une autre voiture. Et on se rend compte dans ce genre de situation que l'émotionnel prend le dessus parce que même si on a été formé il y a très longtemps sur le multi victimes. Quand on reconnaît les gens qui sont impliqués, c'est difficile de ne pas les prendre en charge. Et l'exemple en question, on avait une des jeunes qui était dans la voiture consciente et une autre qui était en arrêt cardiaque, sur le bord de la route et la troisième victime qu'on ne connaissait pas, qui était plus bas. La voiture avait débaroulé. Et effectivement, pour nous, la logique aurait été de laisser la personne en arrêt cardiaque. La jeune de 17 ans et pas s'en occuper, et plutôt d'aller s'occuper de l'autre victime en bas. Et ce qu'on n'a pas été capable de faire parce que c'était des familles qu'on connaissait, avec déjà des histoires un peu compliquées et du coup on a été obligé… On a fait des gestes de réanimation sur cette jeune qui était en arrêt cardiaque traumatique, donc c'était plié quoi.
I2 : Et l'après ?
M8 : Sur l'après, donc. Là, il y a donc une grosse intervention dans le sens où il y a eu deux hélicos vu qu'il y avait trois victimes plus le SMUR routier. Donc on avait trois collègues urgentistes qui sont venus pour prendre en charge les victimes. On a assez rapidement discuté de la mise en place de la CUMP donc pour gérer aussi les locaux, parce que là, vu que c'étaient des jeunes du coin, on avait tout le village qui était monté. On avait beaucoup de… on avait tous les jeunes du coin, on avait dans les pompiers qui intervenaient, c'étaient les amis de ceux qui étaient dans la voiture, donc on a eu besoin de la CUMP pour venir organiser une cellule de débriefing pour les gens du coin Et du coup nous on en a profité pour voir les psychologues de la CUMP à ce moment-là du coup. Donc ça ne s'est pas... ça s'est installé le lendemain je crois si je dis pas de bêtises, avec l'aide du centre 15.
I2 : Et avant cette intervention tu connaissais déjà la CUMP ? Où c'est le SAMU qui a proposé ? C'est venu comment ?
M8 : Pas du tout. La CUMP on ne connaissait pas à ce moment-là. On savait pas que ça existait. Enfin, on avait vaguement des notions qu'il y avait quelque chose en place, mais on connaissait pas. Enfin voilà, on avait entendu parler, mais jamais eu à se confronter à cette cellule-là.

I2 : Donc c'est le SAMU qui a proposé, si je comprends bien ?
M8 : Oui oui, oui. En fait on a demandé comment est-ce qu'on fait pour gérer le psy et le débriefing de tout le monde quoi. Et là du coup ça s'est mis en place. En parallèle de ça, il y a une cellule pour les pompiers qui se met en place parce qu'ls ont leur propre système et que nous, on connaît bien nos pompiers, on s'inquiète aussi d'eux. Et en gros eux ont leur cellule de leur côté.
I2 : Et t'en as pensé quoi de cette mise en place de la CUMP ?
M8 : Alors je pense que ça a été hyper intéressant pour les gens, pour nous aussi. L'idée c'est que... on a compris que c'était pour nous préparer potentiellement au stress post-traumatique, c'est à dire que connaître, reconnaître un peu les signes de mauvaise acceptation, gestion de ce genre d'intervention et du coup, pour ça, ça a été très intéressant. Après à chaud, il y a pas grand-chose de plus. Voilà nous l'avantage ici, c'est qu'on est quand même bien soutenu. On n'est pas seul, j'étais pas seul sur l'intervention, j'avais mon collègue aussi. Donc on a des moyens de débriefing associé aussi. On a aussi d'autres choses qu'on met en place. Ce qui est pas toujours possible, c'est pas toujours le cas, mais en tout cas sur cet inter, on a réussi à voir pas mal de monde.
I2 : D'un point de vue personnel, en incluant tes collègues, est ce que la CUMP aurait été nécessaire pour vous ou c'était vraiment que pour les locaux ? Vous auriez pu gérer autrement ?
M8 : Alors je pense qu'on peut essayer de se débrouiller autrement. Mais l'intervention d'un extérieur à la situation semble fondamentale. C'est d'avoir quelqu'un qui a du recul sur la situation et qui n'est pas, qui ne vit pas sur place, donc la CUMP pour moi c'est ce gros avantage là. C'est d'avoir quelqu'un d'autre avec un avis, un œil extérieur.
I2 : À la suite de cette intervention, est ce qu'il y a eu des retentissements sur ton travail ou sur ta vie personnelle ?
M8 : Heu… *blanc* Bon après, des retentissements, on en a régulièrement vu que de toute manière, on suit les familles, donc on est régulièrement reparti dans cette situation-là. Vu qu'on a des familles avec un deuil difficile. Moi personnellement, ça permet…. Ouais j'ai pas l'impression d'avoir changé ma pratique ou ma façon d'être dans ma vie de tous les jours. Est-ce que parce que justement, on a bien débriefé au début, ça… c'est possible, c'est possible. Je pense que si je veux trouver des situations plus impactantees faut que je reparte plus en arrière. Dans mes toutes premières inter MCS où pour le coup ça a sûrement changé ma façon de voir les choses. Parce que cet inter-là finalement arrive après quelques années de MCS, un bagage un peu plus important où j'arrive un peu plus à gérer. Par contre sur les premières interventions, les premiers arrêts cardiaques, les premiers morts, et cetera c'était plus difficile donc je ne sais pas si tu veux parler aussi d'autres choses.
I2 : Oui éventuellement, sur les débuts ?
M8 : Oui, c'est une période plus à risque, c'est beaucoup plus difficile au début, on n'a pas les armes pour gérer les familles, pour gérer la mort. Ouais, c'est ça qui est difficile. Ma toute première intervention MCS, c'était en tant qu'interne et j'étais appelé seul sur cette intervention-là. Heureusement, j'ai un de mes maîtres de stage qui est arrivé peu de temps après et c'était sur un arrêt cardiaque et donc il y avait un sentiment un peu d'impuissance à la gestion de l'arrêt cardiaque. La gestion de…. Je sais même pas si j'ai eu à gérer la famille parce que la famille c'est souvent ce qui est difficile avec les arrêts. Expliquer aux gens la mort. Et peut-être qu'à ces moments-là d'avoir un débriefing aurait été salutaire. Le gros problème de ces interventions, souvent c'est le soir, la nuit, et cetera, c'est que ça crée une espèce d'angoisse après de la garde, il y a une angoisse d'appel de nuit, sur comment on va gérer la situation, comment ça va se gérer en attendant le SMUR. Et oui, moins ces derniers temps, mais à une époque, il y avait vraiment une angoisse de la garde et de cette difficulté à gérer en cas d'appel.
I2 : Et comment tu as appris à gérer cette angoisse ?
M8 : J'ai pas appris à le gérer, c'est toujours un peu l'angoisse. *rire* C'est moindre, mais oui non, y a toujours le l'inquiétude de ne jamais être serein quand on est de garde. Le seul truc c'est qu'en MCS, on a l'impression de servir à quelque chose, d'être utile. Donc est appelé en tant que MCS, il y a toujours de se dire « J'y vais pour quelque chose ». Et même si c'est grave, même si ça va être impactant, même si ça va être difficile, ça va être utile, ça va servir et... Et même dans toute ces situations-là, même dans le cas d'un arrêt cardiaque avec un décès, on a été utile pour la famille, on a été présent, on a été utile pour les collègues pompiers, donc on a quand même ça. Et finalement je pense que si aujourd'hui je suis un peu moins angoissé que je l'étais au début. C'est que j'arrive à me raccrocher à ça. A me dire, j'apporte un service, je peux soulager les gens, je peux aider et du coup, ça fait beaucoup sur le fait de d'accepter de continuer à faire des gardes MCS. Oui, même malgré les situations difficiles.
I2 : Et donc quand tu étais plus jeune, comment tu gérais l'après intervention ?
M8 : Bah ça va être en parler avec l'entourage, avec entourage médical, on va dire plutôt. Et avec ses pairs, c'est à dire de rediscuter avec d'autres MCS aussi qui sont dans le même genre de situation de savoir comment ils gèrent, et cetera. Et finalement être rassuré de voir qu'en fait c'est angoissant pour tout le monde. Il y a beaucoup de gens pour qui c'est angoissant.
I2 : Beaucoup de compagnonnage.
M8 : Beaucoup de compagnonnage. Ouais. C'est de se rendre compte, de discuter avec les autres, savoir comment ils ont géré etc. Et que ça soit des jeunes ou des moins jeunes, c'est à dire que on a aussi des anciens qui racontent leurs histoires où ça a été très difficile. Et du coup, ça permet de de se préparer aux interventions suivantes et de relativiser.

I2 : Et ça a changé peut-être ta manière d'interagir avec des jeunes collaborateurs que tu peux avoir ou des jeunes MCS que tu peux avoir ?
M8 : Alors complètement parce que du coup nous, ici ce qu'on fait, c'est que par exemple on a un jeune qui va être avec nous cet hiver. Il a pour consigne de ne jamais être tout seul sur les interventions. C'est à dire qu'en gros bon là l'avantage c'est qu'on le loge ici, mais il ne partira pas tout seul de nuit sur une inter, c'est à dire qu'il y aura toujours un de nous qui ira avec lui pour l'accompagner et qu'il ne soit pas tout seul sur Inter. Même si on est juste là en support et que s'il n'y a pas besoin, au pire on est chauffeur. Mais on sera là pour gérer l'avant, pour gérer le pendant et pour gérer l'après, surtout émotionnellement.
I2 : Et si tu devais aujourd'hui changer quelque chose, mettre en place quelque chose dans l'accompagnement psychologique par rapport à des interventions difficiles, qu'est-ce que tu ferais toi ?
M8 : Je sais que maintenant on a mis en place, via les déclarations des fiches, la sollicitation de la CUMP, donc ça c'est déjà, je pense que c'était hyper important de savoir que ça peut exister. Après, on a dit le compagnonnage, c'est important. Est-ce que d'avoir aussi un appel d'un collègue sénior MCS un peu plus aguerri sur ce genre de situation et en même temps dans les mêmes situations que nous, c'est à dire situation isolée, et cetera, ça pourrait être intéressant ? Peut-être que des médecin… Voilà parce que les SMURistes, même s'ils font beaucoup de choses, ils ont pas le même impact psychologique que nous on va avoir en étant, en gérant des gens qu'on connait et dans des lieux qu'on connait quoi.
I2 : Tu parlais d'appel d'un sénior, est ce qu'il y a un système de parrainage chez les MCS ?
M8 : Dans les formations, juste pour les deux jours de formation t'as un parrain désigné pour les jeunes MCS, mais t'as pas de système de parrainage organisé, pas simple à mettre en place je pense.
I2 : Pas simple… Pour quelles raisons ce ne serait pas simple ?
M8 : Ben faut trouver des parrains. Effectivement je pense hein. Enfin je pense que ce n'est pas facile à trouver des gens qui soient, et aguerris, et qui soient capables d'accompagner des collègues en détresse. Je pense que ça fait beaucoup de chose mais ça peut être une piste intéressante.
I2 : Et sur les fiches de déclaration, il y a effectivement deux boutons qui ont été mis en place, un qui sert à dire je souhaite être recontacté et l'autre qui dit ça a été difficile. Qu'est-ce que tu en penses toi de ces deux boutons ?
M8 : Je pense que c'est un… En tout cas, ça me semble important de pouvoir dire que ça a été difficile pour pouvoir après dans les stats quantifier et montrer que c'est difficile. Mais par contre, ne pas obliger systématiquement les collègues à être contactés, c'est bien, ça laisse le choix de dire que ça a été difficile sans obligatoirement redemander le contact. Après faut que qu'on fasse attention à ce qu'on soit bien, au moment où on le remplit, honnête avec soi-même à dire « c'est difficile ». D'ailleurs, en y réfléchissant, est-ce que le faire au moment où on… Parce que la fiche on la remplit dans les jours qui suivent, est-ce que là on est plus à même de dire que ça a été impactant ou est-ce qu'il faudrait qu'on ait une rétrospective quelques mois après en disant, « dans vos inters, est-ce qu'il y en a eu des qui ont été impactantes ou pas ? ». Au final, avec un peu de recul… Parce que des fois, quand on est encore dedans, on se rend pas compte de l'impact que peuvent avoir les interventions.
I2 : Oui ce n'est pas facile à juger la difficulté ou pas des interventions.
M8 : Si ça a été difficile ou pas... Parce que finalement le stress post-traumatique c'est 2-3 semaines, après qu'on se rend compte qu'on a été impacté quoi.
I2 : Est-ce qu'il y aurait des types d'interventions qui devraient faire un cochage automatique ?
M8 : Oui, oui, il y a certaines. Je pense que les décès en pédiatrie par exemple, ça devrait automatiquement pédiatrie ou ado. Voilà moins de 18 ans un décès... En gros, quasiment systématiquement, ça me semble impactant quoi.
Ouais, je pense que tout ce qui va être jeune pour moi, ça, ça l'est. Multi victime aussi avec multi décès peut-être, ça fait partie des choses qui sont impactantes. Après, c'est peut-être voir un peu loin, mais les interventions qui amènent à un litige avec des patients avec des plaintes avec ce genre de choses, ça aussi c'est pareil, c'est pas tout de suite, ça va être plusieurs mois voire années après donc ça c'est difficile à quantifier aussi quoi.
I2 : Et est-ce que tu verrais un moyen de d'améliorer l'identification des situations ?
M8 : Peut-être une manière à posteriori, plusieurs mois après requestionner les MCS sur « est-ce que vous avez eu dans les 6 mois, ou l'an dernier, une intervention qui a été impactante et qui a été difficile » ? Parce que peut-être que là du coup en se disant « Bah tiens oui cet inter-là elle m'a pesé longtemps en arrière quoi ». Ça, ça pourrait être une bonne solution.
I2 : Et tu verrais un mode de fonctionnement pour ce contact pour demander à postériori ?
M8 : Alors ça peut être par mail, c'est le plus simple. Après organiser une journée de retour de situation difficile, ouais, ça, c'est peut-être un peu compliqué. Tout le monde n'a pas obligatoirement le temps. Je sais pas si ça serait… Parce qu'en fait je pense qu'il faut pour pouvoir faire sortir les choses… On parlait compagnonnage mais mettre des gens qui ont eu des situations potentiellement difficiles en relation. Et juste chacun dans son coin, je sais pas si on est plus à même pour retrouver ces situations-là, alors que si on était tous ensemble pour parler des situations compliquées, peut-être qu'il y aura des situations qui se sortiraient du coup. Sur une journée, ou 2 journées quelque chose comme ça.

I2 : Et tes connaissances par rapport aux psychotraumatismes, des conséquences que ça peut avoir d'où est-ce qu'elles viennent ?
M8 : Et ben justement, d'un entretien avec la CUMP, qui justement m'a donné quelques clés pour le reconnaître. Des connaissances initiales, il n'y en a pas vraiment et j'avoue que je n'en ai pas tant que ça en fait. Je ne suis pas très très, on va dire, ouais… la formation initiale, on est quand même pas très bien formé la dessus. Et la formation, MCS, pas plus que ça, non. Ça va être un peu l'expérience personnelle au final quoi, mais pas beaucoup.
I2 : Est-ce que tu penses que ça devrait être différent ? Est-ce que c'est un manque ?
M8 : Oui, qu'on soit mieux formé, ça me paraîtrait être mieux et pour nous et pour la gestion de nos patients aussi derrière quoi. Oui, on devrait être mieux former sur le psychotraumatismes.
I2 : Dans le cadre des formations en MCS ?
M8 : Ouais ça pourrait, ouais.
I2 : Mais alors, ce serait plus une formation qui rentrerait dans le cadre des phases obligatoires ou des modules complémentaires ?
M8 : Pour moi ce n'est pas de l'obligatoire. Obligatoire, il y a trop de choses déjà à gérer parce que voilà, il faut voir les basiques et c'est assez important. Parce que si on veut être à l'aise en Inter, il faut qu'on sache gérer notre matos, notre Inter. Mais par contre dans de l'optionnel oui ça pourrait très bien être... Et puis du coup, je pense aussi qu'on est dans de l'ordre du psy et faut qu'il y ait une démarche personnelle d'aller chercher l'information plutôt qu'on nous l'impose. Donc ça me paraît intéressant. *blanc* Tout en sachant qu'il y avait déjà une un module un peu, donc j'avais fait en formation complémentaire. Je sais plus comment ça s'appelait à l'époque, mais la gestion justement du relationnel avec les patients, même si ce n'était pas le psychotrauma, c'était déjà du relationnel quoi. C'était l'annonce d'une mauvaise nouvelle, l'annonce d'un décès, l'annonce de mort et du coup ça se rapprochait un petit peu de ce genre de problématique. C'était la formation initiale mais du coup je trouve que c'était intéressant que ce soit en optionnel et d'aller le chercher quoi.
I2 : Formation qui était plus tournée vers le patient que vers le perso par contre ?
M8 : Oui, tout à fait.
I2 : On parlait du contact de de la CUMP et donc de cocher ce fameux bouton. Toi, le contact, tu le verrais comment ?
M8 : Je pense qu'il faut déjà un premier contact par téléphone ou visio et si jamais besoin de faire quelque chose en physique, quoi. Après on a la problématique de la distance, c'est à dire que souvent, MCS, on est loin. Et donc, aller se prendre une journée de se libérer systématiquement, ça me semble compliqué. Donc il faudrait au moins un contact audio en premier lieu et puis présentiel, si besoin de plus.
I2 : Et idéalement, tu le ferais à combien de temps ce contact audio ?
M8 : Oh, je penserai une semaine, enfin peut-être un contact initial, je pense qu'il en faut au moins un, un peu à distance. Peut-être un proche de la situation pour évaluer l'impact du coup que ça pourrait avoir quoi. Un assez rapide et puis un autre à distance quoi.
I2 : Et qui serait à chaque fois déclenché extérieurement, ce serait la CUMP qui contacterait initialement et à distance le MCS.
M8 : Bah la CUMP ou tout autre personne du système qui serait mis en place.
I2 : Globalement, ton expérience de MCS qu'est-ce que tu en retiens ?
M8 : Ah Ben alors moi, l'expérience de la MCS. J'ai toujours eu peur de des urgences et finalement être MCS, ça permet de se préparer techniquement et psychologiquement parlant à gérer ces urgences-là. Donc être MCS c'est être prêt à gérer des situations qui auraient de toute manière été très compliquées. Mais au moins, j'ai les armes pour les affronter et très honnêtement, c'est exactement ce qui se passe. C'est à dire que maintenant je suis beaucoup plus à l'aise si je suis appelé sur une inter MCS que j'aurais pu l'être ou que j'aurais pu imaginer l'être. Donc MCS m'a permis quand même d'être plus serein par rapport à ces situations-là.
I2 : Donc tu recommanderais à un confrère de devenir MCS ?
M8 : Bien sûr. Je pense qu'un confrère isolé qui doit gérer le tout-venant comme on fait en médecine rurale. Ça lui permet d'être plus serein en étant MCS. Bien plus simple
I2 : Donc pour toi, MCS, ce n'est pas forcément ce qui a changé ta pratique mais ça t'a permis d'être plus serein dans ta pratique ?
M8 : Tout à fait, tout à fait. D'être prêt à beaucoup plus de situations que de les gérer avec le peu de d'équipements ou de connaissances que j'avais.
I2 : On a déjà abordé pas mal des questions que j'avais à te poser, et il y a une question que je pose souvent aussi au MCS que je rencontre. Est-ce que tu as un médecin traitant ?
M8 : Est-ce que j'ai un médecin traitant ? Pas vraiment.
I2 : Pas vraiment ?
M8 : Non.
I2 : Ok, et si un jour ça allait mal à cause d'une intervention, tu te tournerais donc vers le compagnonnage, on a dit…
M8 : oui.

I2 : … est-ce que tu aurais d'autres ressources vers qui te tourner ?
M8 : Ben c'est ça qui est compliqué, c'est que tu parles de médecin traitant mais en gros les collègues. Les collègues vont être les médecins traitants. Donc si j'ai un souci de santé physique ou psychologique, ça va être… Alors en plus ayant ma conjointe, qui est celle qui est médecin traitant officiellement déclarée. Oui, c'est vers des collègues proches que je me tournerais. Et c'est ce que je fais systématiquement et c'est ce qu'on fait systématiquement. Quand on a des situations MCS, on en discute entre nous, on se retrouve, on en reparle et on refait le point entre nous et on évalue l'impact des uns sur les autres des situations quoi. Pour l'instant j'ai pas besoin d'autre chose, si demain j'ai besoin de soutien, j'irai chercher des collègues psychologues ou psychiatres plus bas dans la vallée. On a des ressources si on a besoin pour ça.
I2 : Si je résume un petit peu là ce qu'on s'est dit. Pour vérifier que je t'ai bien compris. Donc MCS effectivement, tu considères quand même que c'est un statut qui implique pas mal de stress par rapport aux interventions. Sur ce qu'on pourrait faire de mieux dans l'accompagnement, il y a déjà des boutons qui sont mis en place que tu approuves totalement de ce que j'ai compris avec un contact qui reste à définir dans son mode opératoire. Dans les autres choses, à part les boutons, on a donc parlé d'éventuellement voir si on pouvait organiser un peu mieux le compagnonnage, des réunions de pair entre guillemets, voir comment on pourrait faire ce contact-là. Il y avait le module optionnel éventuellement, c'est bien ça ?
M8 : Le parrainage aussi.
I2 : Le parrainage, éventuellement. Est-ce que tu vois d'autres choses encore ?
M8 : Ben ce que je t'ai dit aussi sur les jeunes, essayer de les faire partir pas tout seul, pas tout seul à une intervention.
I2 : L'encadrement des jeunes MCS ?
M8 : Oui l'encadrement des jeunes MCS qui serait à réfléchir. Mais qui est pas possible dans tous les cabinets, mais peut-être le mettre en valeur et peut-être aussi… Je vais pas dire indemniser mais peut-être le favoriser quoi, l'encourager en tout cas.
I2 : Et faire un point de vigilance aussi par rapport à eux et par rapport à leurs interventions.
M8 : Tout à fait.
I2 : Merci, globalement j'ai abordé tous les thèmes que je voulais ...
M8 : Juste tu vois, tu disais les interventions de la CUMP en systématique. Peut-être que voir en fonction aussi de, pas de l'âge du médecin mais de son ancienneté dans le parcours MCS. Peut-être se dire que quand c'est un MCS, c'est sa première année et qui a des décès. Peut-être un peu systématiquement s'assurer comment il l'a géré.
I2 Et ce serait à partir de quand ? Tu aurais un cut-off toi pour considérer un MCS en nombre d'interventions, en année d'expérience ?
M8 : Peut-être un nombre d'interventions parce que l'année d'expérience c'est un peu compliqué. Alors certes on a, on acquière de l'expérience aussi dans notre dans notre vie professionnelle qui n'est pas MCS mais je pense qu'il faut faire un certain nombre d'Inter, d'inter-impactante aussi pour commencer à gérer quoi. Ou que ça soit le médecin lui-même qui met son cut-off, en disant là je suis capable de gérer ou là je suis toujours en difficulté sur les inters MCS quoi.
I2 : Avoir un statut junior entre guillemet ?
M8 : Alors je déteste ce mot, il faut bannir le terme junior. Je veux dire docteur Junior, c'est des castors juniors, mais pas les docteurs juniors. Un statut aguerri. Dire qu'à un moment tu as… C'est pas, faut pas dire docteur junior mais plutôt l'inverse quand tu te sens toi médecin.
I2 : Oui plutôt se déclarer aguerri que de se faire dire je suis junior.
M8 : Tu vois la différence, c'est du renforcement positif plutôt que d'aller dire non, non, je suis pas un vrai docteur.
I2 : Oui c'est ça, ce n'est pas MCS au rabais, plutôt « je suis un jeune MCS, je suis pas aguerri, pas encore à l'aise dans ma pratique »
M8 : Tu vois ce que je veux dire.
I2 : C'est sûr, c'est beaucoup mieux que comme ça , je suis d'accord.
M8 : *rire* C'est tellement infantilisant quoi.
I2 : C'est effectivement un autre débat de la formation.
M8 : Ah putain ...
I2 : Ça me fait penser d'ailleurs, avec la réforme de l'Internat, est-ce que d'un point de vue des MCS la 4e année d'Internet médecine générale, ça a été quelque chose qui a été envisagé comme une porte d'entrée plus facilement dans le dispositif ou pas ?
M8 : J'en ai aucune idée. J'ai l'impression qu'ils ont aucune idée de ce qu'ils vont foutre de leur quatrième année. Mais c'est sûr, ça pourrait être... On parlait de compagnonnage, ça pourrait être bien sûr un moment où tu formes les nouveaux MCS. Mais bon on n'y est pas encore...
I2 : Parce que tu me disais que tu avais commencé interne toi c'est ça ?
M8 : Oui mais ça se fait très peu voire pas du tout parce que c'était une exception à l'époque. Du coup, ça m'a permis moi de rentrer dans le dispositif et de m'impliquer plus rapidement. Mais normalement, les internes ne peuvent pas faire la formation.

I2 : D'accord et toi, tu avais fait les formations en étant interne ?
M8 : Oui mais c'est l'exception. Il y a quelques fois, je sais qu'en Drome Ardèche, ils le font, mais ils essayent de limiter aussi parce qu'après il y a de plus en plus de demandes de formation et que les budgets ne sont pas illimités non plus. Mais peut-être réfléchir à, sans parler d'une formation complète MCS, à une initiation MCS. A faire débrouiller les bases, pour donner envie, déstresser sur certaines choses, faire un module perfusion, faire un module... Alors pas intubation parce que ça je pense que même nous, c'est discutable, mais au moins dédramatiser certains gestes, expliquer qu'un MCS déjà il va aller faire un bilan, un premier point, donc dédramatiser le rôle du MCS. Et ça je pense que ça serait hyper intéressant.
I2 : Toi, tu as des internes ? Tu les intègres à tes interventions ?
M8 : Si on peut. Ouais, ouais systématiquement si l'interne est dispo et que on peut l'emmener. Mais du coup ça donne un temps de briefing et débriefing qui est hyper intéressant. Surtout que nos internes qui viennent ici en milieu isolé sont sensibilisés, savent qu'on est MCS et sont demandeurs à voir ce qu'est un MCS ?
I2 : Et t'en as déjà emmené sur des interventions impactantees ?
M8 : Pas sur des grosses inters impactantes non. La plupart du temps, on part sur… Je les ai emmené sur l'hyperalgie parce qu'il s'est trouvé que.. Mais ça aurait été les inters impactantes, je les aurais emmenés aussi.
I2 : Bah écoute, c'est bon pour moi. Est-ce que tu as d'autres remarques à ajouter ?
M8 : Bah non, c'est bien que tu fasses une thèse là-dessus. Merci aussi à Richard à se motiver là-dessus parce que c'est bien, c'est bien de prendre en charge des médecins isolés et pas penser qu'aux urgentistes. Donc je pense que si on veut que ça continue le dispositif ou que les gens soient motivés. De savoir qu'il y a un backup de soutien, ça me semble Indispensable.
I2 : Parce que ça pourrait être un frein pour toi d'intégrer un dispositif MCS ?
M8 : Alors plus maintenant pour moi, mais j'imagine que pour des jeunes qui vont se lancer dedans, ça peut être compliqué et ça peut être compliqué de se faire des inters impactantes et du coup ça peut faire sortir du dispositif.
I2 : Parce que t'en connais des gens éventuellement qui seraient sortis du dispositif à la suite d'intervention ?
M8 : Pas personnellement. Ça peut être intéressant aussi de se demander quand il y en a qui sortent du dispositif, savoir pourquoi. Sauf si les situations sont évidentes, mais ceux qui sortent de dispositifs peut-être leur poser la question si ça peut être lié à quelque chose de trop difficile quoi. C'est peut-être intéressant quoi.
I2 : Très bien, merci beaucoup.
M8 : Avec plaisir. Merci à toi.

Verbatim N°9

I1 : Est-ce que dans un premier temps tu peux te présenter toi et ton parcours au sein de Médecin Correspondant SAMU ?
M9 : Oui, alors moi donc je suis installée depuis XX ans. Je me suis installée tout de suite après mon internat en milieu rural. Je suis médecin correspondant SAMU depuis le début. Très peu d'activité sur piste parce que c'est une toute petite station donc ce n'est pas la majorité de mon activité. Moi ça va être plutôt une activité soit traumatologie donc analgésie, des accidents de bucheronnage des choses comme ça. Et sinon ça va être beaucoup des douleurs thoraciques ou des arrêts cardiaques, public moyennement jeune à âgé. Je n'ai jamais eu à intervenir sur un enfant … en dehors de l'antalgie. Et on a un petit peu de traumato donc après c'est plutôt les missions MCS like avec voilà la kétamine sur un retrait de chaussure sur une fracture du tibia déplacée, luxation de l'épaule éventuellement qu'on n'arrive pas à réduire sans rien. Voilà mais plutôt dans la mission MCS like, l'utilisation du matériel sans forcément être forcément appelé par le SAMU.
I1 : Comment tu avais au départ entendu parlé de MCS ?
M9 : Alors moi j'avais pris la suite d'un médecin qui l'était donc je connaissais le réseau médecin de montagne. Le médecin y était. Interne, j'avais bénéficié de certaines formations et du coup avant de m'installer j'ai voulu faire la formation ne sachant pas vraiment si j'allais y adhérer. Voilà quand on est jeune novice, on se dit dans quoi on peut être amené à s'engager. Et puis voilà finalement j'y suis toujours et puis c'est très pratique même si finalement moi je sors assez peu. C'est très pratique, c'est très rassurant. On a du matériel, c'est très protocolisé et puis c'est un bon réseau aussi effectivement si après on a une difficulté, on peut en parler à des collègues. Où même sans avoir forcément de difficulté, c'est un bon réseau médecin correspondant SAMU et médecin de montagne. Si on a un problème on peut solliciter du monde.
I1 : Parce que ça te fait combien de sortie par an en gros ?
M9 : On va être aux alentours de quatre sorties et pratiquement autant d'utilisation du matériel en MCS Like on va dire en moyenne.
I1 : Parce que ce que tu appelles MCS like c'est des activités où tu t'auto-déclenches ?
M9 : C'est ça c'est des douleurs thoraciques qui viennet au cabinet par exemple, c'est l'utilisation de l'antalgie et de la sédation sur un skieur qui nous a été ramené au cabinet et qui est hyperalgique voilà, un trauma abdominal qui s'avère être éventuellement une rate. C'est les gens qui viennent au cabinet et c'est nous qui nous déclenchons. On appelle le 15 et c'est nous qui déclenchons notre activité.
I1 : Donc du coup un panel un peu médecine de station mais également du coup un côté un petit peu rural c'est ça ?
M9 : voilà
I1 : Et, quel bilan du coup tu tires de cette activité MCS depuis le début ?
M9 : Quel bilan je tire ? Bah déjà c'est hyper rassurant encore une fois d'avoir du matériel et d'avoir des protocoles quand on est face à une situation délicate. Ça permet de, bah ça permet de se sentir un peu plus à l'aise, un peu moins anxieux et potentiellement d'avoir un impact psychologique du coup moins important, moindre. Voilà, je n'ai jamais eu de situation familiale vécue comme dramatique …
I1 : Qu'est-ce que tu appelles situation familiale dramatique ?
M9 : Voilà, un arrêt à la maison avec la famille qui est en panique autour ou typiquement un enfant pour laquelle la famille peut être aussi en panique. Je n'ai jamais eu finalement à gérer ce type de situation. Il y a eu des arrêts, mais fallait gérer un peu la famille mais il n'y a jamais eu d'hystérie on va dire autour.
I1 : Parce que c'est quelque chose qui t'angoisserait un petit peu ?
M9 : Bah c'est éventuellement oui être envahie par la famille oui.
I1 : Comment est-ce que tu réagirais justement avec la famille ? Est-ce que tu as déjà eu des situations qui pourraient plus ou moins s'y apparenter ?
M9 : Alors, bah dans mon activité après de médecin généraliste, je fais beaucoup beaucoup de psycho et de psychiatrie aussi. Mais je pense que voilà, si à un moment donné il y a une difficulté, une famille qui est trop envahissante je pense qu'il faut un petit peu les mettre à l'écart le temps de l'intervention avoir les esprits clairs et ensuite revenir, rediscuter, redébriefer de ce qui a été fait voilà. Et pas laisser une famille dans le désarroi quelque part.
I1 : Pour le côté gestion, est ce que tu arrives bien à concilier le côté gestion de l'intervention avec le soin technique pure, l'intubation et le à cote c'est-à-dire la gestion des secours de la famille ?
P9 : Oui, des arrêts cardiaques, j'en ai déjà fait plusieurs. Donc à plusieurs reprises je suis allé rediscuter à l'issu de l'intervention avec la famille. La possibilité qu'ils me resollicitent s'ils ont une question ou même si je ne suis pas forcément pas le Médecin traitant. Alors nous c'est un petit secteur donc on se connait tous. Mais voilà je ne suis pas forcément le médecin traitant de tout le monde donc je laisse la possibilité aux gens de revenir me voir ou de me solliciter s'ils ont des questions.
I1 : Est-ce que le fait d'être le médecin traitant des patients ça joue sur les interventions que tu fais au quotidien ?

M9 : Je pense que oui parce qu'on connait les gens, on connait leur souhait d'être réanimé ou pas réanimé selon la gravité de la situation. On a une idée de qui sont les enfants, qui est l'épouse ou l'époux, les parents … et du coup de discuter avec eux où on va avoir une idée de la situation psychologique du départ. Et donc ça je pense que c'est un plus pour gérer ces situations. On va avoir une connaissance du dossier, de la famille.

I1 : Au niveau personnel est-ce que ça peut avoir des répercussions émotionnelles et sur la manière dont tu médicalises ?

M9 : Oui, il y a des situations où on en ressort en se disant « est-ce que j'ai bien fait ? Est-ce que j'ai tout fait ? ». Alors je trouve que les formations MCS, elles sont bien faites pour ça. On nous dit bien qu'on fait ce que l'on peut avec les moyens que l'on a. Que finalement on est qu'un plus même si c'est un petit plus. Après moi l'avantage c'est que j'ai un exercice de groupe. Donc si j'ai besoin, si j'ai des questions, si j'ai un doute, j'en discute avec mes collègues. Bon il y a toujours des situations qui traumatisent plus que d'autres. La première fois, c'est un peu à la mode dans notre pays ils se suicident par pendaison, où on va descendre un corps pendu ça fait tout drôle. C'est quelque chose qui m'est déjà arrivé, et je pense que ça impacte de manière psychologique. Enfin en tout cas moi c'était de manière certaine. On ne va pas rentrer dans les détails mais le cycle suivant je n'ai pas eu mes règles et ce n'était pas en post COVID donc je pense qu'il y a eu un beugue quelque part. Mais l'avantage d'un exercice de groupe c'est qu'on a pu en débriefer mais voilà c'est une situation … finalement c'est une situation où je n'ai pas eu grand-chose à faire. Mais ce fameux patient, c'était une situation de vie particulière. Il avait 94 ans, un cancer du pancréas. Il m'a appelé le matin pour de l'antalgie. Il ne prenait pas son doliprane. Je lui ai dit « prenez déjà un doliprane et je passerai cette après-midi pour prescrire un antalgique plus fort » et il s'est suicidé avec une ficelle je pense une heure après mon passage. Voilà donc on se dit « est ce que j'aurais dû y aller plus tôt ? ». Bon, on n'a rien pu faire et c'était la décision du patient mais voilà on a des situations comme ça … Bon alors là ce n'est pas forcément dans le cadre de MCS mais on a des situations comme ça. Je pense que l'avantage de l'exercice en groupe c'est intéressant mais effectivement une cellule d'écoute psychologique derrière ou d'hypnose voilà les choses qui peuvent être proposées ça peut être clairement intéressant. A l'époque, à part mes collègues, je n'aurais pas eu idée de me tourner vers qui que ce soit. Or je pense que ça a du sens quoi.

I1 : Parce que comment ça s'était passé justement derrière, le retour au cabinet, les jours d'après ? Est-ce qu'il y a avait eu des répercussions de cette affaire ?

M9 : Non, après coup les enfants n'étaient pas dans le secteur des Bauges donc je n'ai pas revu les enfants bien que je leur ai proposé de me resolliciter si besoin. Tant que j'étais en consultation, ça allait, c'était plus les moments off où ça pouvait être un plus difficile quoi.

I1 : C'est quoi plus difficile ?

M9 : Bah le soir avant d'aller se coucher, on y repense forcément. Dans les moments où on n'a pas l'esprit occupé par autre chose.

I1 : Et du coup comment est-ce que tu gères ces situations plus difficiles ?

M9 : J'en discute, même avec mon mari. J'essaie de me focaliser sur l'essentiel dans ma vie, mes enfants voilà. Je vais au sport, je bouquine, je vois mes amis, je ne me m'isole pas.

I1 : Et jusqu'à présent, ça a toujours suffi à désamorcer ?

M9 : Jusqu'à présent, ça a toujours suffi à désamorcer. Et à ne plus faire que la situation hante.

I1 : il n'y a jamais eu besoin à un moment donné de faire une peu plus comme consulter quelqu'un ou de solliciter d'autres personnes ?

M9 : Non, non, non. Après je ne suis pas fermé à ça du tout. S'il y avait eu besoin, j'aurais volontiers consulté un psychologue ou un hypnothérapeute pour l'état de stress post traumatique ou quelque chose pouvant s'y apparenter. Le fait de revivre la scène et cetera. Mais finalement voilà, je n'étais pas isolée et je pense que c'est ce qui fait… pas isolée socialement et puis personnellement et professionnellement.

I1 : D'accord, parce que du coup il y a pas mal de débrief avec les collègues ?

M9 : Oui, avec les collègues. Ils sont tous MCS. On est trois médecins au cabinet et on est tous MCS.

I1 : Tout le monde a la même manière d'appréhender les interventions ?

M9 : Oui alors moi je suis peut-être celle émotionnellement qu'aurait tendance à m'investir le plus. Je pense que mes collègues arrivent à garder plus facilement de distance mais ils sont pas du tout fermés au fait d'avoir besoin de débriefer d'une situation s'il y a besoin.

I1 : Tu arrives à tout aborder dans ces cas-là avec les collègues ?

M9 : Oui.

I1 : Il n'y a pas de barrière liée au fait que ce sont des collègues de travail ?

M9 : Non. Il y a une confiance qui s'est établie puisque ça fait longtemps qu'on travaille ensemble.

I1 : Est-ce qu'il y a des interventions qui t'angoisseraient un peu plus de médicaliser ?

M9 : L'enfant.

I1 : Pour quelle raison ?

M9 : Je ne sais pas, c'est la pression qu'on se met où on imagine la pression des parents. Voilà, devoir intervenir sur quelque chose de vital chez un enfant ou quelque chose qui est amené à l'être, c'est plus angoissant que pour un adulte. Quand on en discutait avec les collègues, c'est pour tout le monde pareil. Je ne saurais pas expliquer

vraiment pourquoi. C'est qu'un enfant. Est-ce qu'on se projette ? Est-ce qu'on voit son petit frère, son enfant ? Je ne sais pas mais en tout cas c'est tout le temps plus angoissant. Et puis même après, sur les thérapeutiques que l'on a, sur le matériel que l'on a. Si on a du matériel maintenant avec les cathé intra-osseux et cetera qui permettent d'agir vite et lever certains leviers voilà … c'est toujours … ça reste toujours angoissant. On n'a pas autant de matériel, c'est des posologies qui sont adaptées au poids, c'est tout de suite des informations à aller rechercher alors que pour l'adulte c'est plus simple. Il n'y a qu'une ou deux posologies. Voilà le côté matériel et le côté émotionnel et humain.

I1 : Est-ce que tu pourrais raconter une situation qui a été un peu impactante pour toi dans le cadre de MCS ?

M9 : Dans le cadre de MCS, c'est ce que je disais, pour le moment je n'ai pas eu de situation qui a été spécialement impactante. Encore une fois je ne suis jamais intervenu chez quelqu'un de jeune ou de très jeune. Après c'était … oui non, c'était des douleurs thoraciques mais qui n'ont pas mal évoluées ou alors c'était des arrêts cardiaques mais des sujets de plus de 70 ans donc on fait finalement ce que l'on peut, ça c'est très très protocolisé. Finalement c'est plutôt même bien vécu par la famille car ils se disent « tiens le médecin il est quand même arrivé vite et s'ils n'ont pas réussi à le récupérer c'est que c'était son heure ». Et finalement je n'ai pas eu de situation où ça a dégénéré et ou je n'ai pas eu forcément la maitrise. Alors c'est vrai que je me rappelle d'une situation ou c'était un peu plus inconfortable par contre. C'était de l'antalgie. Un patient bucheron qui s'était cassé le tibia. Ce n'était pas le fémur mais le tibia. J'avais été appelé car il était hyperalgique. Et je n'ai jamais réussi à lui poser une voie. Et finalement dans ces moments là on se dit « je suis nul je n'arrive pas à lui poser une voie ». Et puis après coup, il était bien cliniquement, c'était un traumatisme périphérique. Je suis passé à la voie IM, la deuxième possibilité qu'on avait et puis finalement il est descendu tranquillement à l'hôpital. Mais c'était une situation un peu inconfortable où finalement quand on n'arrive pas à faire le protocole qui est décrit on a tendance à être inconfortable et à vouloir continuer, continuer, continuer alors que parfois on a des voies bis et qui vont bien quand même.

I1 : Donc c'est un peu parfois la gestion de l'incertitude qui peut être parfois difficile ?

M9 : C'est ça. Ou alors on se dit « tiens je vais faire comme ça ». Mais finalement faire comme ça, ça ne fonctionne pas. Donc forcément on est en situation d'échec. Et l'Homme n'aime pas être en situation d'échec. Donc il faut réussir à prendre du recul par rapport à ça, vite se remettre en question et essayer de trouver une autre option dans laquelle on est plus à l'aise, une autre voie dans laquelle on est plus à l'aise.

I1 : Et l'environnement extérieur par exemple la gestion de l'équipe, est ce que ça pourrait te poser problème ?

M9 : Alors pas tellement moi par rapport au massif dans lequel je suis car on se connait tous. C'est un petit massif, il y a 15 sapeurs-pompiers volontaires, 3 médecins. Enfin il y en a une quatrième mais qui n'est pas MCS qui ne veut pas rester au cabinet mais voilà. 5000 patients en dehors de l'activité touristique de l'hivers. Mais finalement on se connait on se connait, on se connait tous et finalement à force d'intervenir ensemble, on sait comment on fonctionne et finalement les choses avec le temps se délèguent très facilement. Je sais que dans certains secteurs ils ne font pas confiance aux pompiers. Moi je sais qu'un pompier il va poser une ceinture pelvienne comme il faut, il va mettre un collier cervical comme il faut, il va scoper comme il faut. Je vais quand même regarder pour un massage comment il masse ou comment il ventile mais globalement je sais avec qui je travaille et donc c'est plutôt confortable je pense. Parce que voilà, quand on discute avec les collègues ce n'est pas toujours les cas. Il y a des pompiers qui font n'importe quoi, qui ne sont pas fiables, qui disent blanc alors que c'est noir. Moi je n'ai pas cette difficulté-là, donc la gestion de l'équipe, finalement les rôles sont assez vite établis et on a relativement l'habitude de travailler ensemble.

I1 : Est-ce qu'à des moments où cette relation n'était pas installée ça a pu être difficile les interventions MCS ?

M9 : Peut-être au tout début parce qu'effectivement on n'a pas confiance en soi donc on a un peu la peur d'être jugée. Ah bah tiens si je n'arrive pas à poser ma voie, qu'est ce qu'il va penser de moi ? Plutôt moi je dirais par manque de confiance en soi, la peur d'être jugée face à des pompiers qui ont déjà vécu eux X interventions. Et toi, tu en es à ta deuxième ou éventuellement à ta première. Et le fait d'en savoir finalement un peu moins qu'eux et se juger.

I1 : Et comment ça s'était passé alors les premières interventions ?

M9 : Bah après on débriefe ensemble, on discute avec les pompiers. Encore une fois c'est l'avantage de se connaitre. Et finalement on se rend compte qu'ils ne sont pas dans le jugement. Eux sont bien contents de ne plus être tout seul face à une situation qui est inconfortable pour eux. Et de se dire voilà on continue à faire ce qu'on a à faire mais on est plus tout seul. Donc finalement eux ça les rassure quelque soit l'issue et il n'y a pas de jugement sur le fait voilà qu'on ne maitrise pas. Ils ont bien la notion qu'on ne fait pas que ça, qu'on n'est pas le SMUR, ni anesthésiste, qu'on ne pose pas des perfusions comme ça entre autres. Qu'on ne manipule pas, l'éphédrine la kétamine et la morphine comme le SMUR. Ils en ont finalement bien conscience. Mais encore une fois c'est l'avantage d'un petit réseau où on se connait tous, où on peut débriefer ou parfois même on fait des petites formations ensemble.

I1 : Donc ça n'a pas amené à une surcharge de stress de ne pas avoir tant d'intervention que ça et de ne pas être hyper à l'aise avec certaines molécules ?
M9 : Bah on n'a pas beaucoup de sortie. Ça ils en sont conscients puisque quand on sort ils sont là. Donc on n'a pas beaucoup de sortie donc ils sont bien conscience du fait qu'on ne peut pas être à l'aise partout.
I1 : Et toi personnellement est ce que tu peux avoir du stress au moment où le téléphone sonne ?
M9 : Oui alors après, moi ce que je dis c'est que moi je suis appelée pour telle chose. Moi ce que j'ai tendance à faire c'est prendre mon matériel, m'assurer que j'ai bien pris tout ce que j'avais à prendre. Prendre mon matériel et si je suis appelée pour une douleur tho ou si je suis appelée sur un trauma sévère hop je sors ma fiche. Je ne la lis pas forcément mais je sais que dans la précipitation si j'ai besoin d'avoir des abaques et cetera, ou que je ne sais pas le 15 met un quart d'heure, vingt minutes à répondre et que je n'ai pas l'appel à l'ami et l'aide à un ami pour les posologies pour tout ça, j'ai ma fiche. Et moi je préfère prendre cette petite minute avant de … ce n'est pas cette « s-e-p-t » mais cette « c-e-t-t-e ». Cette petite minute pour poser les choses, moi ça me rassure et après on voit effectivement sur le terrain mais moi c'est mon petit outil pour ne pas arriver en panique face à une situation. Moi c'est un peu mon antistress. Alors je ne la lis pas avant parce que je ne veux pas me dire tiens justement je vais partir comme ça. Parce que si jamais je ne suis pas là-dessus, je veux pouvoir être souple sur pouvoir partir dans une autre direction. Mais c'est mon petit moyen, mon petit anxiolytique.
I1 : Et sur la gestion de l'après ? On l'a un peu déjà abordé tout à l'heure où tu n'as jamais trop eu de situation inconfortable qui t'ont mise en échec. Mais est ce que tu aurais des pistes au cas où ça arriverait sur les personnes à contacter, sur ce que tu ferais si jamais tu avais une situation suffisamment importante et impactante émotionnellement parlant pour nécessiter autre chose ?
M9 : Oui après voilà, je connais le schéma classique qu'on conseille à nos patients : psychologue ou hypnose ou des choses comme ça. Après je pense comme on disait c'est vachement plus simple de discuter avec quelqu'un qui connait. Donc on a les collègues directs on les sollicite. Donc effectivement le planning qui se monte c'est très bien parce que on va parler avec des gens du SAMU, qui ont bossé ou qui sont très en relation et qui ont bien connaissance du terrain. Et un peu comme un groupe de pair ou groupe de parole, on va discuter avec des gens qui savent de quoi ils parlent. Et c'est toujours intéressant parce qu'on ne parle pas avec quelqu'un qui n'a jamais connu ou vécu cette situation. Et ce côté un peu groupe de parole ça peut être intéressant.
I1 : C'est quelque chose qui n'existe pas le groupe de parole ?
M9 : Non, non, non. A une période, on avait un groupe de pair. Et puis avec le COVID, ça s'est arrêté. Un groupe de pair, n'est pas voilà un groupe de parole mais ça pouvait être l'occasion de. Et de débriefer et avec le covid ça s'est arrêté et il n'y a pas eu d'élan pour relancer.
I1 : C'était quelque chose qui te semblait utile ce groupe de pair ?
M9 : Oui, on pouvait exposer une situation en tout cas dans laquelle on se sentait inconfortable, et se faire aider un peu. Voir comment les autres auraient fait, quelles pistes est-ce qu'ils auraient pu avoir pour répondre à une situation.
I1 : Quelque chose éventuellement qui pourrait être intéressante ?
M9 : Oui, oui.
I1 : Aussi dans le cadre de MCS ?
M9 : Ça peut être je pense intéressant d'avoir des personnes qui ont vécu ou pas des situations anxiogènes ou qui ont vécu les mêmes situations mais eux ça ne les a pas perturbés. Comment ils ont fait ? Ce qu'ils ont utilisé comme outil pour ne pas se laisser envahir par ça.
I1 : Parce que là, dans tout ce qui est gestion émotionnelle d'une intervention ou psycho traumatisme, est-ce que tu as des connaissances là-dessus ?
M9 : Je parle un peu de l'état de stress post traumatique, c'est souvent ce que j'utilise pour mes patients parce que je trouve que ça s'en rapproche. Il y a un choc émotionnel et après on a tendance à le vivre, le revivre, le rerevivre. Le fait qu'il soit un peu envahissant, ce mécanisme-là, oui je le connais éventuellement un petit peu. Et c'est vrai que je pense que ce que l'on vit c'est quelque chose de très intense mais sur une courte période je le rapproche un peu à ça.
I1 : T'as déjà eu des formations pour apprendre la gestion de ces évènements-là ?
M9 : Non non à part la théorie de la FAC après c'est beaucoup la pratique.
I1 : La gestion empirique du coup…
M9 : Voilà ça se passe comme ça.
I1 : Qu'est ce qui serait pour toi être bien accompagné psychologiquement par la structure MCS ?
M9 : C'est déjà de savoir qu'on peut être accompagné. Déjà savoir que quelque chose existe et que le jour où on peut être en difficulté ou qu'on en a besoin, qu'on puisse les solliciter et c'est déjà beaucoup. Déjà le simple fait que ce soit là, en place et qu'on soit au courant de ça, je pense que c'est déjà hyper important. Parce que ça évite de se sentir seul aussi le jour où on est face à cette situation. Qu'on l'utilise ou qu'on ne l'utilise pas en tout cas c'est de se dire « si je vois que ça n'évolue pas favorablement cette histoire, bah j'ai une ressource ». Et du coup, je pense que c'est comme celui qui a son XANAX dans sa poche mais qui l'utilise jamais, le simple fait de savoir

qu'il l'a, ça l'apaise. Bah je pense que déjà de savoir que c'est là et de se dire « si j'ai besoin, je ne suis pas seul », bah je pense que rien que ça, ça peut désamorcer quelque chose.

I1 : Parce qu'en cas de contact, comment est-ce que tu imaginerais les choses ? Tu aimerais te faire contacter systématiquement dans certaines situations ? à la demande ?

M9 : Je pense à la demande. Exprimer que tu as été en difficulté. Comme ça a l'air d'être décrit. J'ai été en difficulté, je souhaite être contacté. Donc éventuellement une première fois téléphoniquement ou par mail et puis tu l'utilises ou tu ne l'utilises pas à ce moment-là. Peut-être une deuxième fois. Tu l'utilises ou tu ne l'utilises pas mais en tout cas tu as les coordonnées. Tu sais que cette personne t'a appelé, qu'elle est disponible pour toi, qu'elle est au courant de cette situation.

I1 : Donc tu as connaissance de ce qui est en train de se mettre en place actuellement …

M9 : Là on en a parlé hier que à la fin de fiche MCS, il y avait ces deux cases qui existaient. Est-ce que cette situation a été psychologiquement traumatisante ? Est-ce que je souhaite être rappelé par l'antenne du CUMP ? voilà.

I1 : Comment est-ce que toi tu vois ça ? Est-ce que c'est quelque chose que te semble pertinent ?

M9 : C'est quelque chose qui me semble pertinent. Je pense que même si on coche je ne souhaite pas être rappelé par l'antenne du CUMP et qu'il y en a besoin je pense qu'il n'y a pas de difficulté à les solliciter quoi.

I1 : C'est quelque chose que toi, en cas de difficulté par exemple, que tu pourrais faire aller cocher la case ?

M9 : Ah oui.

I1 : Et le fait que ça soit la CUMP en particulier qui te rappelles, ça te semble pertinent ?

M9 : Oui, oui parce qu'en plus c'est une structure qui est rattachée au SAMU donc à la gestion de l'urgence, à la gestion de difficulté qu'on a pu avoir ou d'une ambiance délicate ou d'une famille envahissante. C'est des situations que je pense que tout le monde enfin chaque urgentiste a pu vivre. Et du coup on a à faire à quelqu'un qui sait de quoi on parle. Encore une fois, c'est ce qu'on disait il y a un échange, un groupe de parole. Mais parfois simplement se dire lui il a utilisé tel outil, oui c'est une bonne idée, je vais voir comment je peux faire pour moi.

I1 : Est-ce que tu as d'autres pistes sur ce qui pourrait être bien de faire pour mieux accompagner les MCS ?

M9 : Bah ça serait peut-être finalement de faire cette histoire de groupe de pair. Parce que nous, on se voit tous les ans aux formations MCS. On est là pour apprendre mais on débriefe toujours un petit peu. Moi je suis parti sur ça, et puis j'ai fait comme ça. Moi je suis parti sur ça, c'était l'horreur, je n'ai pas réussi à perfuser dans la neige et finalement j'ai pensé qu'à la perfusion alors que je n'ai pas fait de bilan d'ambiance. Enfin bref, tout le monde y va un peu de ses histoires rocambolesques et finalement ça fait du bien. Ça permet aussi de rassurer les jeunes en disant voilà ça peut arriver cette situation alors ne te blâme pas, ne te martyrise pas si jamais ça t'arrive. On y va tous un peu de ses anecdotes un peu délicates. Je pense que c'est bien pour les autres autour de l'entendre et de se dire ah bah oui, moi si je me retrouve un jour dans cette difficulté, je sais que c'est déjà arrivé. Et du coup on aura une petite étoile qui s'allumera en disant j'essaierais de faire un peu autrement. Mais je pense que ouais peut être avoir un groupe de pair MCS justement pour parler un peu de ces situations débriefer c'est intéressant.

I1 : Est-ce que sur la gestion émotionnelle d'une intervention, est-ce que tu ressens un besoin de formation ou finalement c'est quelque chose que tu sembles plutôt bien gérer ?

M9 : Bah moi c'est quelque chose dans mon activité de médecine générale que je ne néglige pas la part psychologique de tout. Donc je pense que je suis plutôt réceptive à ça. Je me trompe peut-être, on est parfois très bon pour s'occuper des autres et très mauvais pour s'occuper de soi-même. Mais en tout cas je ne suis par fermée à l'idée d'un choc et d'avoir besoin d'en parler. Pas du tout.

I1 : Et du coup tu n'as jamais eu de formation …

M9 : Je n'ai jamais eu de formation.

I1 : … qui s'en rapprochait dans le cadre de MCS ou ailleurs sur d'autres formations ?

M9 : Non.

I1 : Et tu serais demandeuse ou tu penses que tu as suffisamment de bagage ?

M9 : Moi, à titre personnel je ne suis pas forcément demandeuse d'autant qu'on sait maintenant qu'il y a quelque chose qui existe. Mais je pense que c'est bien de nous le rappeler et éventuellement de nous former ou d'avoir une information où tous les ans « ça existe ou vous pouvez être former à ça ». Je sais que de plus en plus, il y en a qui se forment à l'hypnose pour appréhender mieux le patient, le gérer, l'apaiser. Et finalement peut-être encore une fois dire que ça existe. Peut être l'intégrer, intégrer un petit temps à ça dans nos formations. Mais en tout cas dire que ça existe et puis que c'est possible d'être impacté psychologiquement par une intervention et qu'on n'est pas des surhommes et des surfemmes et qu'on n'est pas isolé, et qu'on n'est pas tout seul. Bien que dans des situations on se retrouve parfois tout seul ou avec d'autres pompiers, mais qu'on n'est pas tout seul.

I1 : C'est quelque chose qui est difficile à vivre l'isolement quand on est MCS ? Parce c'est vrai que par la nature même de MCS, c'est dans la définition.

M9 : Oui, oui bien sûr on préfèrerait sortir à trois avec une infirmière et cetera Et en même temps on n'a pas la vocation à être urgentiste. Et finalement de sortir tout le temps dans ces situations. On a des protocoles qui sont encore une fois simplifiés. Après on est rarement rarement tout seul. C'est à dire qu'il y a quand même des pompiers soit qui sont là un peu avant nous soit un peu en même temps que nous soit un peu plus tard que nous.

De toute façon quand on est tout seul, on fait ce que l'on peut et ça je crois qu'on nous le dit bien quand même. Il n'y a pas un atelier donc sur les quatre ateliers qu'on a sur les cessions de formation, il n'y a pas un atelier où on ne nous le dit pas. Donc je pense qu'à force de l'entendre à force d'expérience … Moi j'ai vu un petit jeune qui est arrivé c'était sa première formation MCS, bah j'ai eu l'impression de me revoir il y a 10 ans. Maintenant même quand je vais faire des simulations des choses comme ça, j'ai moins peur alors que je ne sais pas faire. Je ne sais pas faire mieux que lui mais j'ai moins peur car je sais que j'ai des outils, que je fais ce que je peux car on nous l'a dit, répété et re-répété. Ils nous le disent à chaque atelier donc au bout d'un moment ça rentre quand même. Et puis encore une fois on prend confiance en soit bien qu'on n'ait pas vécu … moi je ne fais pas 200 sorties par an comme certains peuvent l'être, qui ne font que ça, mais malgré tout, la maturité fait que on prend confiance. Même dans son expérience de médecin généraliste ou son rapport avec son patient, je pense qu'on prend de l'expérience aussi.

I1 : Il y a beaucoup de médecin correspondant SAMU, comme toute personne d'ailleurs ce n'est pas spécifique aux MCS ni même aux médecins, qui peuvent avoir des difficultés à reconnaitre leur état émotionnel pour aller demander de l'aide. Comment est-ce qu'on pourrait aller les chercher ces gens-là ?

M9 : Je pense que déjà de poser la question comme je disais à la fin des remplissages de fiche, bah c'est déjà peut être allumer une petite lumière quand même. Donc ça je pense que c'est très bien. Après je pense que c'est repérer les gens qui sont isolés de par leur exercice. Parce que je pense que si on est plusieurs et qu'on a l'habitude de travailler avec ses collègues qu'ils nous connaissent, ils vont repérer qu'il y a un truc qui ne va pas. Quelqu'un qui est isolé et qui a fait des sorties qui peuvent être lourdes je pense que lui c'est peut-être bien d'aller le flasher, le solliciter peut-être un petit peu plus et pour le coup le réseau, la petite lumière… Oh Il a fait des sorties lourdes, il est tout seul, ça été des sorties longues …

I1 : C'est quoi les petites lumières de sorties lourdes qui doivent s'afficher alors ?

M9 : Je pense qu'il y a tout ce qui peut être amené à se dégrader. Moi je vois ce qui est éprouvant c'est le traumatisé sévère. Particulièrement je pense si c'est un jeune, c'est ce qu'on disait, émotionnellement … ou un enfant. Et qu'on a vu éventuellement se dégrader comme une douleur thoracique, qu'on a vu se dégrader. L'arrêt cardiaque, par exemple, ce n'est pas une situation traumatisante car c'est d'emblée grave. C'est d'emblée le pire et ça ne peut pas être pire. Je pense que ce qu'il est de plus éprouvant et c'est d'ailleurs le cas quand on parle un peu de nos histoires sur le terrain, c'est une situation où on sait qu'on va se dégrader, on en a idée et qu'éventuellement on n'arrive pas à faire ce qu'on veut, où on est seul et qu'on sait que c'est un truc qui va se dégrader. L'autre jour j'avais une collègue qui me disait : c'était sur un fémur, je n'arrivais pas à lui poser la voie, je suis resté sur ma voie, je n'ai même pas pensé à préparer un cathé intra-osseux, je n'ai même pas pensé à le soulager en lui faisant une IM. Et peut-être que si je lui avais fait un cathé intra-osseux, il aurait peut-être été content que je lui fasse de la kétamine. Enfin voilà. Et c'est des situations où finalement ça peut se dégrader, les situations où ça peut se dégrader et quelqu'un qui potentiellement est seul au cabinet. Lui, en l'occurrence, celui qui nous a raconté ça c'est un énorme cabinet. C'est un cabinet ils sont 6 ou 7 médecins correspondants SAMU dans le cabinet, il en a forcément débriefé avec ses collègues : pas de problème. Lui, je pense qu'on peut allumer une petite lumière mais voilà. C'est comme l'ambiance qu'il y a ici, c'est une petite lumière. Le flash ça devrait être celui qui a vécu quelque chose qui a pu se dégrader. Après je ne sais pas comment est-ce qu'on peut repérer ça, quels sont les outils … Et qui en plus est tout seul au cabinet et puis peut être un peu socialement isolé ou personnellement isolé. Après je ne sais pas comment est-ce qu'on peut retracer ces outils-là. Je pense que les chargés de mission, avec le temps, elles connaissent un peu les gens. Mais je ne sais pas ce public là si on peut … Comment on peut le cerner. Comment on peut allumer justement des alarmes à ce moment-là. Moi je ciblerais ce profil là comme étant le plus à risque, à développer un psycho trauma, et qui s'installe dans la durée et que tu n'arrives pas à désamorcer quelque chose quoi. Mais c'est un avis personnel.

I1 : Tu te verrais toi d'ailleurs exercer seule ?

M9 : Non. Ah non.

I1 : pour ces raisons-là ?

M9 : Entre autres. Entre autres. Et puis effectivement c'est rassurant d'être plusieurs. Si tu as une difficulté tu tapes à la porte de ton collègue. Qu'elle soit professionnelle. T'as un doute par rapport à un patient ou parce que t'as vécu quelque chose de difficile, t'en discute. Les pauses de midi, t'es pas tout seul. Non, moi je ne pourrais pas exercer. Et de remettre en question sa pratique. Tiens j'ai vu ça aujourd'hui, j'ai fait ça. Ah ouais, bien moi je n'aurais pas fait ça comme ça. Voilà d'être en groupe, de manger ensemble ou de faire des réunions de temps en temps ça permet d'être plus à l'aise aussi avec sa pratique ou de travailler une peu différemment, de se remettre en question.

I1 : Et de ramener peut-être moins de chose à la maison.

M9 : Et ramener moins de chose à la maison, ça c'est sûr.

I1 : T'as un profil à ramener beaucoup de chose à la maison ?

M9 : Non. Non justement parce que justement si j'ai une situation où je suis inconfortable ben je n'hésite pas à aller taper à la porte de mon collègue en disant « qu'est-ce que tu ferais toi par rapport à cette situation ? ». Alors forcément il y a des situations ou tu rentres à la maison en te disant : « est-ce que j'ai bien fait ? ». Mais finalement

le fait encore une fois de ne pas être seul ça permet si vraiment tu as un doute tu en discutes avec les collègues. Ou alors moi je n'hésite pas à faire le 15 à dire tiens qu'est-ce que tu en penses ? On en revient toujours au même c'est avoir son réseau aussi. Quand je dis le 15, ça peut être appeler l'avis. Quand t'es pas tout seul, quand tu as un réseau, encore une fois t'es pas tout seul. Tu ne gères pas tout tout seul et tu n'es pas isolé.

I1 : Ok, top ! C'est déjà pas mal. On a déjà abordé pas mal de petites choses. Je regarde un peu ... Ah oui, juste on aime bien demander si les MCS ils ont un médecin traitant aussi.

M9 : Moi, je n'ai pas de médecin traitant.

I1 : Parce que …

M9 : Parce que je n'en ai pas forcément le besoin. Je me dis que si j'ai un problème, moi ça m'ait déjà arrivé d'avoir un petit souci, j'ai sollicité mes collègues. Et inversement ils m'ont déjà sollicité. Et après je suis une adulte jeune aussi. Je me dis bah, voilà mon suivi gyneco, il est fait par la sage-femme. Donc je le fais quand même. Je me prescris une bio une fois de temps en temps. Et je ne suis pas fermée à l'idée, si à un moment donné je suis en détresse psychologique d'aller voir un psychologue, d'aller voir un hypnothérapeute. Je suis très hypnothérapeute dans les états de stress post traumatique, c'est pour ça que j'en parle beaucoup.

I1 : Et tu recommanderais MCS à un autre confrère ?

M9 : Oui, Oui parce que justement je pense que face à une situation d'urgences, quand tu n'as pas d'outils … Parce que ça t'arrive forcément à un moment donné dans ta carrière. Tu es appelé sur un arrêt, tu es appelé sur un enfant déshydraté, tu n'as aucun matériel, tu n'as aucune formation bah alors là panique à bord. Donc MCS ça te permet au moins d'avoir des formations, du matériel et de moins paniquer je pense.

I1 : Tu vois d'autres points à rajouter ?

M9 : Bah après c'est toujours pareil, c'est ce côté réseau. C'est ce côté un peu familial entre guillemet où on est tous un peu dans le même bateau, on vit tous parfois des moments qui peuvent être délicats. On en parle, on ne se sent pas tout seul. Enfin, On tourne un peu en rond, on en a déjà parlé mais c'est vraiment ce côté réseau, groupe, tu n'es pas tout seul. C'est une petite structure. Tu as des chargés de mission qui sont supers. Tu leur dis : voilà il m'est arrivé ça, j'aimerais rentrer en communication avec quelqu'un. Tu as des réponses à des questions même sur le plan praticopratique en tout cas t'es pas tout seul dans ton activité de MCS ou médecin de montagne c'est quelque part la même chose. Mais du coup ne t'es pas tout seul. T'es isolé mais t'es pas tout seul.

Verbatim N°10

I2 : Alors est ce que tu as des questions avant qu'on commence ?
M10 : Du coup, juste l'activité MCS tu la connais toi ou pas ? T'en as déjà fait ou pas ?
I2 : Alors moi je n'ai pas fait d'activité MCS, je la connais via la thèse principalement et via des connaissances surtout. Pour l'instant, je suis plutôt un travailleur du fond de vallée en Savoie. Et donc voilà, je connais l'activité de MCS plus par ma thèse que par l'expérience personnelle.
M10 : Ok d'accord.
I2 : D'autres questions ?
M10 : Non.
I2 : Alors est-ce que tu peux te présenter toi globalement ? Et ton parcours au sein de MCS ?
M10 : Du coup, Dr. X. Je suis installée ici où j'ai fait mon stage d'internat d'UPL. Après j'ai fait un SASPAS en station où les maitres de stages étaient aussi MCS. Et du coup, quand j'ai commencé les remplacements, ben j'ai pas mal remplacé sur mes anciens secteurs de stage. Donc dans le coin principalement. Et puis j'ai remplacé de plus en plus ici jusqu'à me mettre en collaboration en 20XX et à m'installer je sais pas, courant 20XX je crois. Et voilà, j'avais commencé à être MCS quand j'étais remplaçante et je remplaçais régulièrement des weekends, donc ça fait 5-6 ans donc je pense que je suis MCS.
I2 : Ah oui, donc tu as fait plusieurs terrains de MCS ?
M10 : Ouais, j'en ai fait plusieurs mais ça reste le même secteur.
I2 : Et sur le secteur ici, les interventions les plus courantes ça va être lesquelles ?
M10 : Alors moi bah c'est ACR et IDM les interventions les plus fréquentes. L'analgie ça peut arriver mais je dirais qu'on n'est pas forcément déclenché en tant que MCS. En fait, c'est des gens qu'on va recevoir de la station qui sont hyperalgiques et qu'on prend en charge selon les protocoles de MCS mais sur lesquels on n'est pas forcément déclenché mais vraiment les appels qu'on reçoit c'est plutôt ACR ou IDM.
I2 : Et tu me disais que niveau activité, c'est un secteur qui est assez proche du SAMU, donc vous avez peut-être des fréquences plus…
M10 : Bah après je sais pas trop comment ça se passe chez les autres mais en tout cas… enfin en tout cas ce que je vois des formations quand les gens expliquent un petit peu leur situation, j'ai l'impression qu'on en fait quand même vachement moins. Moi là cette année, du coup j'ai regardé, j'en ai fait 5 ou 6 je crois. Donc une tous les deux mois. Et j'ai l'impression que y'en a où c'est beaucoup plus. Et puis après il y a aussi le fait que finalement le temps d'intervention j'ai l'impression est plus court entre le moment où on arrive et où le SAMU arrive. Généralement, on a dix minutes, un quart d'heure pour faire des choses et le SAMU est rapidement là donc on se retrouve pas une heure à attendre. Après ça peut arriver une journée comme ça où l'hélico vole pas où les routes sont mauvaises mais globalement ils sont là vite quoi.
I2 : Vous êtes combien sur le secteur ? Avec quelle fréquence de garde ?
M10 : Alors du coup, on est une dizaine, on n'est pas tous MCS. Il y a 2 personnes qui ne le sont pas. Les gardes de nuit, bah on tourne, on en a une toutes les deux semaines à peu près et pour le weekend ça dépend de la saisonnalité. En hiver, on a une plus grosse station, on est deux tous les week-ends au cabinet donc ça revient quand même régulièrement les gardes. Alors qu'en intersaison, on se partage le secteur et du coup on a en gros une garde à l'automne, une garde au printemps et en été, on en a une par mois parce que du coup on essaie d'être un tous les weekends au cabinet. Après nous au cabinet, on est 5 installés, on est tous MCS et il y a une autre médecin qui est installée dans le village qui est pas MCS pour le coup qui travaille seule.
I2 : Ah ok, vous êtes un groupe de MCS, c'est une MSP du coup ?
M10 : Ouais exactement.
I2 : Dans les interventions MCS, est ce que y a des interventions que t'aimes faire et d'autres au contraire que tu redoutes un petit peu ?
M10 : Bah ce que moi je redoute et je pense, en tout cas pour en avoir un peu parler avec mes collègues, c'est la même chose. C'est tout ce qui va toucher les enfants. Pour l'instant j'ai jamais eu, mais je pense que c'est ce qui me serait le plus compliqué après tout ce qui est jeune globalement, c'est plus compliqué. Là cet été, j'ai eu un AVP chez un jeune en moto. Effectivement c'est plus difficile que l'exemple de jeudi dernier qui est un ACR chez une patiente de 80 ans quoi. Voilà donc le facteur âge, je dirais. Et puis bon, après il peut y avoir le côté spectaculaire sur des AVP, où ça peut être plus ou moins... Mais moi à la limite, ça reste plus l'âge.
I2 : Et comment tu te prépares à vivre ce genre d'intervention ? Est-ce que tu as une préparation en te disant si un jour ça m'arrive, je vais faire ça ?
M10 : Se préparer ? Pas vraiment. Après justement, nous c'est un petit peu ce qui nous manque je pense. C'est comme on fait peu d'interventions, on a toujours l'impression de pas être forcément prêt. Bon après ça, ça concerne sûrement tous les MCS. Mais nous comme on fait peu d'intervention, je pense que c'est particulièrement le cas. Après avec les collègues, régulièrement, on regarde le sac, on re-regarde le scope. Moi j'essaie d'utiliser le scope dans la pratique courante, des fois pour faire des électro à des patients, pour avoir pas de souci de matériel. Et puis après de facilement essayer de voilà quand on a quelqu'un qui est algique sur de la traumato en hiver de peut-être

un peu facilement poser une voie pour m'entraîner ce genre de geste quoi. C'est plutôt ce type de choses. Après on pourra, c'est vrai que quand on peut-on essaye de partir à deux, c'est rarement le cas parce qu'en fait quand on est deux à partir du cabinet, alors que tout le monde a des rendez-vous prévus tous les quarts d'heure, ça devient vite franchement compliqué. Mais c'est vrai que sur les vraiment gros trucs typiquement l'AVP moto du jeune là on y est allé à deux et ça c'est vraiment vraiment plus confortable.

I2 : Et cette AVP du jeune, tu dirais que psychologiquement c'est une intervention qui t'a marqué ?

M10 : Oui bah alors après oui c'était marquant, après c'était pas... Moi, ce qui peut être plus difficile et qui peut plus me faire gamberger derrière, c'est si j'ai l'impression de pas faire ce qu'il fallait. Là, bon c'était malheureusement, c'était… je pense que les gestes de réanimation, ils ont été faits comme il fallait. Mais c'était vraiment… Ce qui m'embêterait, c'est de pas donner une chance à quelqu'un parce que j'ai pas su faire ce qu'il fallait ou voilà de faire une erreur. Je pense que ça psychologiquement, ça serait plus difficile. Alors que bon, quand ça se passe comme ça doit se passer, c'est plus facile à digérer on va dire. Et, puis après le facteur MCS qui fait que dans la pratique « ça va » on va dire, c'est qu'en fait la plupart du temps, moi je crois que j'ai jamais été appelée pour un patient à moi. Ou alors pour des infarctus, des trucs comme ça, mais finalement là l'AVP, bah voilà, c'est quelqu'un qu'on connaît pas quoi. C'est vrai que ça serait un de mes patients, je pense que là ça va être dur à digérer.

I2 : Du coup, après intervention, par exemple de l'AVP. Comment tu gères l'après pour savoir justement que tout a été bien fait ?

M10 : Bah du coup on en rediscute avec les collègues, par contre c'est très informel. Là, on y est allé à deux donc on en a discuté avec ma collègue. Le lendemain, mais c'est généralement au café, on en discute avec les autres. Du coup de cette intervention, j'en avais reparlé avec des pompiers qui étaient sur place et ils me disaient qu'eux, vraiment, ils avaient une réunion prévue pour analyser tout ce qui avait été fait. Et je trouve que typiquement ce genre de chose, c'est presque dommage qu'on n'interagisse pas plus avec eux et qu'à ce moment-là on puisse se réunir ensemble. Parce concrètement sur le terrain on intervient avec les pompiers et après, quand le SAMU arrive, ben généralement notre rôle s'arrête ou on fait les transmissions et puis voilà. Donc les gens avec qui on travaille, c'est les pompiers et en fait on n'est pas formé avec eux, on ne connaît pas bien comment eux ils fonctionnent, on débriefe pas avec eux et je pense que ça, ça serait un truc qu'on pourrait améliorer. Mais du coup voilà chez les pompiers, c'est beaucoup plus formel. Nous c'est plus informel autour d'une pause-café quoi. Voilà, et ça, je pense qu'on pourrait faire mieux.

I2 : Et sur cette intervention-là, par exemple les pompiers, ils ont organisé quelque chose et quand ils t'en ont parlé, ils t'ont convié ?

M10 : Non, c'était à posteriori du coup, sur une intervention plus tard, on en discutait vite fait avec un pompier. Il me fait « Ah oui, nous, quand on a débriefé, on est revenu sur des trucs » Et du coup, enfin voilà, il m'expliquait vraiment, eux il y avait eu un retour de fait avec vraiment une réunion dédiée à ça quoi, à cette prise en charge. Et c'est vrai que pour le coup, ça aurait été hyper intéressant qu'on y soit aussi. Après, c'est comme tout ça rajoute une heure de réunion dans la semaine, du coup ça enlève ça. Enfin voilà, toutes les réunions nous prennent du temps sur autre chose, mais ça aurait été intéressant.

I2 : Et mis à part cette situation-là, est ce que tu vois dans ton histoire de MCS, une autre situation qui aurait été impactante ?

M10 : Bah justement moi ce qui me met plus en difficulté c'est une fois il y a eu un infarctus. Et voilà, tout n'a pas été fait comme il fallait. Et le fait derrière de me dire « Ah mince ». Bon finalement la personne va bien, c'était même pas infarctus. Mais le fait de me dire peut-être que ça n'était pas fait comme il faut, finalement, ça m'a presque plus travaillé a posteriori de me dire, « Bon, si ça avait été un vrai infarct », en plus le gars, il était assez jeune et je pense que je l'ai plus ruminé que le côté spectaculaire de l'AVP.

I2 : Tu pourrais décrire un petit peu plus ce qui s'était passé sur cette intervention, si ça ne te dérange pas ?

M10 : Ouais, ouais. Du coup, c'était un patient à moi qui était venu me voir pour une oppression dans la poitrine. Je fais l'électro et il avait des ondes T négatives du coup j'appelle le 15. Je ne pourrais plus dire exactement ce qu'il y avait sur le tracé électro mais il me semble que c'était ça. Et donc j'appelle le 15, ils me disent « Ben on y passe en mission, MCS. On lui met une voie et on fait l'aspirine » je crois pas qu'il m'avait dit de le faire mais je sais plus, enfin bon. Bref le gars impiquable, j'ai jamais réussi à le piquer quoi. Du coup je lui ai donné l'aspirine par voie orale mais du coup quand le SAMU est arrivé il y a eu, il me semble que c'était ça l'histoire, il y a eu une incompréhension sur ce qui avait été fait ou pas. Le médecin du SAMU « mais fallait le thrombolyser ce patient ». En fait, on n'avait pas l'heure du début de la douleur parce qu'il s'était réveillé avec la douleur le matin donc on savait pas dater. Du coup a priori, je pense qu'il n'y avait pas de d'indications de thrombolyse mais du coup il y a eu un contact un peu dur avec le médecin du SAMU qui a vraiment remis en cause ce que j'avais fait. Enfin bon, finalement, je l'ai presque plus mal vécu le fait de me dire que ce que j'avais fait, ça n'allait pas et ça m'a plus tourné dans la tête qu'un truc spectaculaire quoi. Voilà donc ça m'a plus mis en difficulté et globalement je trouve que quand on fait la formation MCS, certains formateurs sont très accompagnants. Très « vous faites ce que vous pouvez, tout ce que vous faites c'est mieux que si vous ne faisiez rien » et des fois le SAMU de notre secteur… Punaise, ils sont...

I2 : Ouais, donc c'est la coopération, les liens..
M10 : Ouais, je trouve qu'il est plus difficile finalement. Et c'est vrai que des fois, dans les échanges qu'on peut avoir, ben on n'a pas ce côté rassurant qu'on peut avoir en formation avec les équipes des SAMU des autres secteurs. Et ça, bah ça met pas très à l'aise dans cette pratique quoi.
I2 : Et donc par rapport à cette situation-là après tu avais débriefé avec tes collègues de la même manière ?
M10 : Bah…. Non.
I2 : Finalement non ?
M10 : Finalement non, parce que j'avais pas eu l'occasion donc et que le temps de débrief il est pas organisé et donc soit on se croise le lendemain ou dans les jours qui suivent et j'ai eu l'occasion d'en parler soit y a d'autres trucs et puis voilà.
I2 : Par rapport aux autres interventions, où vous avez fait des débriefs informels. Est ce qu'il y a déjà eu une situation, qui te reviendrait en tête, où justement il y a un des collègues ou toi, où il y avait des signes que ça n'allait pas par rapport à une intervention ?
M10 : Mon collègue, il a eu un truc un peu… Un peu difficile il y a quelques mois. Et du coup, effectivement, j'ai senti que voilà que ce n'était pas une situation évidente pour lui. Après quand c'est comme ça, on essaye de, enfin voilà, pour le coup, on a vraiment pris dix minutes. On a fermé la porte de son cabinet, on en a discuté. Et puis après on a vraiment un cabinet qui est super, on s'entend très bien. Du coup on essaie, voilà., le lendemain. On emmène les croissants et on essaie de passer un bon moment ensemble. Enfin voilà, on essaie de marquer un temps positif entre nous quand il y a des trucs comme ça.
I2 : Et à la suite de ça, ça avait débouché sur quelque chose le fait de voir qu'il était moins bien ?
M10 : Non, non.
I2 : Vous vous en étiez tenu au débrief informel et après il n'y avait pas eu d'autre besoin exprimé derrière ça ?
M10 : Non bah du coup, on a demandé des nouvelles pour savoir comment ça allait derrière et tout ça. Et puis visiblement ça allait donc voilà. Mais j'ai jamais eu une situation où j'ai senti des collègues avoir vraiment des difficultés, ouais.
I2 : Et si toi ou un de tes collègues était en difficulté ? Quel recours vous vous auriez à la prise en charge ?
M10 : Ben il y a la CUMP ? C'est comme ça que ça s'appelle donc je pense que si on avait besoin, moi je pense que je les contacterai. Après ça peut être consulter de son côté, aller voir un psychologue, une ou deux fois pour débriefer une situation. Moi c'est pas quelque chose qui me gênerait du tout. Si besoin. Ça je le ferai volontiers, si j'en ressentais le besoin un jour.
I2 : Tu aurais déjà des contacts éventuellement facilement ?
M10 : Oui, sans problème.
I2 : Tu disais la CUMP, tu as déjà eu recours ?
M10 : Non j'ai jamais senti que j'avais besoin, mais je sais que ça existe et je l'utiliserai si besoin.
I2 : Par rapport à la CUMP justement. Un des questionnements qu'on a pu avoir, c'est de savoir si, à ton sens, il y a certaines interventions qui systématiquement nécessiteraient une intervention ?
M10 : Systématiquement, c'est toujours difficile. Après ça dépend de la forme que ça prend. Si c'est juste la CUMP qui passe un coup de fil pour voir si ça va ou pas, ça peut peut-être permettre effectivement bah de prendre le temps de se dire oui, ça va ou pas. Parce qu'en fait, dans nos quotidiens, en fait, dans le quotidien du… en fait la mission MCS, t'es en train d'examiner un nourrisson pour sa visite des 4 mois, tu pars en mission MCS. Et en fait la journée elle n'est pas finie quoi, après tu rentres au cabinet, tu dois rattraper ton retard, tu reprends tes consultes. Le soir, tu peux potentiellement être de garde. Enfin en fait c'est un… Alors des fois tu reviens d'une mission MCS, en fait, t'as juste envie de te poser et de rien faire autre quoi enfin. Et du coup je pense que ça permettrait justement de marquer un temps où on dit bon « est ce que ça va ou pas quoi ? » Et moi je serais assez favorable, bah je sais pas, décès d'un patient en dessous de 50 ans. Un petit coup de fil pour voir comment ça va ou pas. Ouais, ça c'est intéressant. Ça serait intéressant.
I2 : Si je comprends bien, toi tu le sens franchement la charge augmentée par la mission MCS, le fait d'être MCS plus le cabinet libéral, c'est compliqué.
M10 : En fait, ce qui est difficile, c'est le côté, en fait, on est dans notre routine, dans notre journée, nous, on fait vraiment de la médecine générale. On fait suivi de personnes âgées à domicile, suivi du nourrisson, toute la médecine générale possible et d'un coup il y a un truc qui sort complètement de notre quotidien, qui arrive, qui est quand même émotionnellement…. Voilà qui... Où il faut se dépêcher, on est voilà… et derrière il faut reprendre le cours normal des choses et je trouve que le... Peut-être que les urgentistes sont plus formés à ça, mais c'est vrai que nous ça arrive un peu comme un coup de tonnerre dans notre journée. C'est pas simple derrière de reprendre. Ah oui, je n'en ai pas parlé de cette situation. J'avais eu une intoxication volontaire, un suicide par intoxication au monoxyde d'azote chez un jeune. Ça, c'était assez remuant comme situations. Ah oui tu vois, elle ne m'est pas revenue, mais ça, c'était un truc un peu plus vieux, ça doit faire un an pile. Mais du coup, il y avait toute une mise en scène, il avait mis sur son écran d'ordi, une image hyper glauque, ça, ça aurait valu un petit coup de fil je pense.

I2 : Et qu'est-ce qui t'a fait dire on va dire au niveau symptomatique que ça a été une intervention compliquée ?
M10 : Celle-là là ? Celle du jeune ? Ah bah la mise en scène, ouais. Et du coup, derrière j'ai quand même mal repensé à cette à cette situation.
I2 : Repenser, c'est-à-dire ?
M10 : Bah dans les jours qui suivent effectivement. L'image, elle revient, de la scène quoi. Après, c'est typiquement l'intervention où tu vois un truc glauque, mais par contre médicalement ça te met pas en difficulté en fait. Clairement il était décédé quand on est arrivé depuis un moment. Donc, en fait on a été appelé pour un ACR mais le patient il était décédé depuis longtemps, donc ça te met face à un truc qui est difficile, mais par contre ça ne met pas ton exercice médical en difficulté quoi.
I2 : Oui, il y a toujours deux parties : la partie médicale… le toi en tant que personne et le toi en tant que médecin.
M10 : Ouais exactement...
I2 : Est-ce que tu vois d'autres facteurs importants ?
M10 : Ouais, je pense le fait qu'on connaisse ou pas la personne. Et après nous comment on se sent à ce moment-là hein, y a des fois t'es en formes, les choses elles te passent dessus et des fois t'as 70 heures de travail dans la semaine, t'es crevé, t'es fatigué et un truc qui n'est pas compliqué, va te mettre en difficulté. *murmure* Qu'est ce qui pourrait rendre difficile ? … Après, s'il y a des difficultés matérielles aussi, je pense que ça peut être compliqué. Enfin un endroit où tu as du mal à accéder, tu vois une journée comme ça où tu galères pour aller sur les lieux. Une journée comme ça pour l'enregistrement, il y a beaucoup de neige aujourd'hui. Ouais, ouais, les difficultés matérielles et tu arrives sur place, il te manque… ton collègue il n'a pas remis ce qu'il fallait dans le sac ou alors suite à ta dernière intervention, il te manque un truc. Enfin ouais, je sais pas des trucs comme ça moi ça peut me franchement me contrarier.
I2 : Et tu dis disais la vie perso ça peut rendre difficile certaines situations ?
M10 : Bah ouais, typiquement tu vois, moi je suis mais j'habite à 20-25 minutes du cabinet. Si la nuit, si je suis appelé sur une mission MCS qui est à l'autre bout du secteur. Enfin je mets une demi-heure pour y aller quoi. Et du coup des fois je me dis en fait moi je suis sur un bord du secteur quoi, donc par rapport à des collègues qui sont plus centraux, ils sont vachement plus vite sur place s'il y a besoin. En même temps, bah je ne vais pas dormir dans le cabinet tout le temps. Mais du coup ouais, je me dis, p**** ouais ça me fait culpabiliser un peu des fois quoi.
I2 : Et comment tu intégrerais la dimension vie personnelles à un dispositif de soutien par rapport au MCS ? Ce sera difficile d'identifier ces personnes-là. Parce que on prend un exemple, on va dire un peu plus concret, tu disais l'infarctus chez une personne âgée, c'est quelque chose a priori de relativement simple. Mais tu dis aussi c'est relativement simple quand tout va bien et c'est compliqué, si tu es très très fatigué, qu'il t'arrive des choses, l'intervention peut devenir difficile Comment on pourrait mettre en place quelque chose qui permettrait de prendre en compte ces dimensions-là. Comment tu imaginerais ça ?
M10 : Bah après ça c'est la question du… Enfin, faut arriver à travailler en étant bien donc nous on a la chance sur le plateau d'être suffisamment nombreux et d'avoir un nombre de garde qui est limité mais quand même pesant. C'est clair que les endroits où ils sont de garde un jour sur 2. Bah franchement chapeau quoi. Et je pense que je pense que c'est difficile de bien travailler quand on travaille trop quoi, quand on est fatigué et tout ça. Après ça, c'est l'organisation des soins généraux, qui fait que si les gens ils sont fatigués, ils vont moins bien bosser. Après chacun fait comme il peut et comme il veut quoi. Mais en tout cas, je pense que pour bien travailler, effectivement, il faut travailler comme on a envie de le faire, ni trop ni pas assez.
I2 : Le Psychotraumatisme est ce que c'est quelque chose qui te parle ?
M10 : hmmm pas trop non...
I2 : Pas trop ?
M10 : Si tu me demande de te l'expliquer derrière. Je te dis que non. *rire*
I2 : Non, pas besoin de l'expliquer. Je veux plutôt savoir si c'est quelque chose qui te parle?
M10 : Bon après j'imagine ce que ça pourrait être, j'imagine qu'il y a des réminiscences, qu'il y a voilà. Mais je sais pas trop s'il y a des critères ou des choses particulières, donc non je connais pas trop, pas bien.
I2 : Oui, c'est une entité assez large. Mais c'était surtout savoir ce que t'évoquais le psychotraumatisme à l'heure actuelle. Et est ce que c'est un sujet qui t'intéresse ?
M10 : Bah oui, si on connaît, on sait toujours mieux repérer chez nous ou chez les autres. Donc je pense que c'est intéressant.
I2 : Est-ce que tu as déjà vu passé des formations par rapport aux psychotraumatismes jusqu'à présent ?
M10 : Non, enfin y en a sûrement, mais c'est vrai que c'est pas un truc qui m'a particulièrement attiré en termes de formation en tout cas.
I2 : Si là on te donnait les clés du camion et que tu choisissais des recommandations pour améliorer le soutien psychologique et l'accompagnement des MCS qu'est-ce que tu mettrais en place ?
M10 : Moi je pense que si on arrivait à proposer, enfin tu vois typiquement... Moi je pense qu'il faut bah déjà le fait d'en parler, c'est la première chose qui va aider les gens à faire la démarche d'aller voir éventuellement un

psychologue s'ils en ont besoin. Là j'ai vu du coup quand j'ai rentré ma mission MCS de jeudi qu'ils avaient mis sur le formulaire où on rentre le fait de demander ou pas une aide à la CUMP justement. Ça je pense que c'est top parce que du coup ça veut dire qu'à chaque mission MCS quand on la rentre, on se dit est-ce que ça a eu un impact ou pas ? Est-ce que je vais être accompagné ou pas ? C'est super et franchement, si y avait une prise en charge, un truc genre en tant que MCS vous avez 6 séances de psychologue remboursées par an, allez-y si vous en avez besoin. Eh Ben voilà de le dire. Et franchement ça ne serait pas compliqué à mettre en œuvre et de vraiment d'ouvrir les portes à ça. Je pense que ça serait, ça serait bien.

I2 : Sur la fiche d'intervention donc effectivement tu as vu les boutons. Avec donc un bouton : je désire être contacté, mais normalement il y a un second bouton, je sais pas si tu as fait attention, qui est la situation a été psychologiquement difficile ?

M10 : Ouais donc c'est, en gros est ce que ça a été psychologiquement difficile puis est-ce que vous voulez être contacté par la CUMP ou pas ?

I2 : Est-ce que tu penses que les 2 boutons sont utiles ? Qu'est-ce que tu penses de ces deux boutons ?

M10 : Heum… *réfléchis* … Alors dans quel cas on va cocher l'un ou l'autre ? Après le fait de mettre ça a été difficile mais je souhaite pas forcément être contacté, ça peut aussi permettre de montrer, qu'effectivement ces missions MCS, c'est pas rien quand même dans le quotidien d'un médecin. Et après on peut très bien faire le choix d'être suivi à côté quoi. Donc ouais, c'est bien.

I2 : Donc plutôt épidémiologique le premier.

M10 : Ouais, c'est plus ça. Ouais, ouais, plutôt épidémio...

I2 : Comment tu imaginerais ce contact-là idéalement ?

M10 : Bah un appel téléphonique auquel on ne pourra probablement pas répondre parce qu'on est en consult et du coup il laisse un numéro où on peut rappeler quand on en a besoin, je pense que ça serait bien un truc comme ça. Après un contact téléphonique, je pense que c'est bien, après un contact autre que téléphonique, ça me paraît difficile à mettre en place. Ou alors il faut travailler avec un réseau de psy. Mais bon, y'en aura jamais de partout donc ouais mais en téléphonique c'est très bien. Après l'avantage c'est que là ça va être des gens formés, plus formés à ces problématiques que si on consulte un psy en libéral, il le sera moins. Mais bon ça moi je pense que les deux sont complémentaires.

I2 : Est-ce que tu avais d'autres chose pour améliorer l'accompagnement ?

M10 : Bah sur la formation initiale du médecin MCS donc tu sais les formations c'est deux jours tous les ans et en fait quand on commence à être MCS la première année, bah tu fais tes deux jours comme tout le monde. Et puis t'es MCS. Je pense que sur la formation initiale, moi ce qui m'a vachement stressé les premières années, qui me stresse toujours, c'est quand même vraiment la réalisation des actes techniques et qui du coup peut mettre en difficulté donc poser une voie, poser un fast-track, tous ces trucs. Je pense que si dans la formation initiale il y avait une semaine où on te réexplique le dispositif MCS, on te reforme à poser une voie, à utiliser un scope, à mettre un fast track et après les autres années tu prends les 2 jours comme tout le monde mais je trouve qu'il manque une formation au début qui te permet d'être plus à l'aise au début.

I2 : Pour les initiés, pour les nouveaux MCS ça peut être plus compliqué.

M10 : Oui je pense ce que ça serait vraiment bien qu'il y ait un truc au début. Après, c'est compliqué parce qu'il y a plein... Enfin on voit bien d'année en année, il y a de plus en plus de monde à la formation MCS et je pense qu'il y a beaucoup de gens qui font la formation pour travailler 2-3 hivers en station, donc ça fait des formations assez lourdes pour des gens qui vont pas faire toute leur carrière de MCS, mais c'est vrai que franchement, au début les premières années… tu vois, nous tu fais tes 2 jours, t'es MCS, tu fais 3 missions MCS dans l'année, tu te sens quand même pas assez formé je trouve.

I2 : Donc de la réassurance sur la formation technique...

M10 : Même si les formations MCS sont vraiment géniales. Enfin moi je trouve qu'elles sont trop trop bien. Les formations MCS, j'y vais toujours avec plaisir et je reviens encore avec plus de plaisir. Je trouve que c'est super mais qu'il manque un socle initial, quoi.

I2 : Renforcer le socle initial, avec éventuellement...

M10 : Avec plus d'utilisation du scope quoi. Enfin poser une voie. En fait il y a plein de gens, ils arrivent et ils savent pas poser une voie... Franchement si t'as pas fait un bon stage aux urgences en fait les voies t'en poses jamais.

I2 : Et puis ce que tu disais, c'est que dans certains secteurs, le nombre d'interventions n'est pas suffisant pour maintenir l'expérience là où d'autres secteurs où ils interviennent plus régulièrement, ils ont une formation et de l'expérience qui aide aussi.

M10 : Et en fait quand t'as pas posé ta voie en MCS, tu fais pas grand-chose. Enfin tu fais un petit peu mais pas grand-chose.

I2 : Oui c'est plus limité. Donc globalement c''est plus compliqué pour les MCS à faible activité, tu dirais ?

M10 : Ben moins on en fait plus tu pries pour ne pas en faire quoi. Parce que moins tu te sens à l'aise. Après c'est mon point de vue, peut-être que tous ceux qui en font plein ils n'ont quand même pas envie et les choquottes d'en faire. Mais je sais pas, j'ai l'impression qu'à chaque fois qu'on en discute avec mes collègues, on se rassure hein,

parce qu'on s'est dit qu'on est tous nul. Mais franchement, c'est quand même dur d'être à l'aise, quand t'en fais pas beaucoup.

I2 : La place des collègues est importante depuis le début quand même.

M10 : Ah bah ça c'est clair, ouais.

I2 : Et du coup pour les MCS qui n'ont pas de collègue parce qu'ils sont seuls dans leur secteur qu'est-ce que tu mettrais en place ?

M10 : : Ouais là bah là je pense qu'il faut vraiment bosser avec les gens avec qui tu fais les interventions. Moi si j'étais toute seule je me rapprocherais vraiment des pompiers pour débriefer des interventions avec eux.

I2 : Donc plutôt sortir de réseau ou en tout cas aider le réseau à s'interconnecter avec les gens du secteur.

M10 : Ouais. Moi c'est un truc, je trouve que vraiment… Enfin franchement les missions MCS on n'est qu'avec les pompiers jusqu'à ce que le SAMU arrive. Et là nous notre rôle est fini hein, donc faudrait vraiment qu'on travaille plus avec les pompiers, je pense.Après je dis ça et je ne fais pas spécialement la formation de médecin pompier, mais parce que ça rajoute encore des formations, des gardes, des trucs et tout. Mais je pense qu'on aurait intérêt, à nous sur notre secteur, vu comme c'est organisé, on améliorerait les soins en travaillant plus avec les pompiers.

I2 : Est-ce que tu vois encore d'autres choses pour améliorer l'accompagnement psychologique des MCS ?

M10 : Ouais, je pense qu'il faut vraiment tous les gens qui interviennent soient bienveillants les uns envers les autres. Je pense que ça c'est un truc vraiment important de la prise en charge MCS.

I2 : Améliorer le compagnonnage quoi.

M10 : Oui qui est très présent lors des formations MCS, mais sur le terrain, des fois c'est pas toujours le cas. Et des fois ça dépend vraiment sur qui tu tombes.

I2 : Et après justement avec le SAMU, quand ça se passe moins bien, vous avez des retours du le SAMU ?

M10 : Non, pour le coup. Alors autant des fois sur des trucs de traumato, les urgentistes nous renvoient à la radio en disant, « c'est bon, on a fait ça et tout » et ça c'est cool. Mais sur des urgences, on n'a jamais la suite de la prise en charge. Je n'ai jamais eu le cas en tout cas, mais là tu vois mon patient avec l'arrêt cardiaque, j'ai eu la suite de l'histoire parce que c'était mon patient et finalement il est rentré, voilà mais sinon si toi t'appelles pas le patient ou la famille. On n'a pas forcément la suite.

I2 : Parce que du coup, les formations vous les faites donc plutôt avec les SAMU c'est ça ?

M10 : Bah en fait, il y a 4 ateliers et souvent il y a les SAMU de Savoie, Haute Savoie, l'Ain et l'Isère donc 4 intervenants. Après ce n'est pas pour… Ça se passe bien avec tout le monde mais c'est vrai que j'ai l'impression, que j'ai l'impression qu'il y a plus un coté... Enfin en tout cas je le dis mais c'est ce que tous enfin… c'est un ressenti un peu général hein, en tout cas pour mon cabinet et ceux alentours où on a quand même l'impression que le compagnonnage est plus présent dans certains secteurs. Et après, il y a aussi des médecins du SAMU ici avec qui ça se passe extrêmement bien, mais des fois...

I2 : Et puis derrière un peu de ce que je semble comprendre, une barrière quand même de, vous faites le travail, ils arrivent vous déléguer et puis on a l'impression que ça passe de l'un à l'autre et derrière il n'y a pas de retour, il n'y a pas forcément de communication.

M10 : Après, c'est aussi le fait de se connaître ou pas. Bon là je vais donner des noms mais il y a un médecin du SAMU qui s'appelle XX qui connaît très bien notre secteur. Et qui connaît très bien certains de mes collègues, là clairement, il va envoyer un message pour donner des nouvelles mais du coup c'est plus… Effectivement, il y a un vrai lien et du coup on communique plus facilement et c'est vrai que quand on l'a lui au téléphone bah c'est plus simple quoi.

I2 : ça rassure ?

M10 : Ça rassure !

I2 : Et ça te paraît important d'avoir des nouvelles ? D'un point de vue psychologique ?

M10 : Bah ouais. Enfin en tout cas, les fois où j'ai eu des nouvelles, typiquement sur un ACR qui avait été récupéré mais en fait j'avais recroisé la patiente quand je faisais une visite à domicile chez un patient à moi, c'était la tante en fait et c'était trop chouette. Enfin voilà, après bon les missions MCS, elles finissent pas toujours bien.

I2 : Oui c'est sûr que le retour, il peut être à double tranchant.

M10 : Mais en tout cas quand la personne part, après nous, on essaie d'avoir des nouvelles mais c'est pas toujours simple.

I2 : Globalement si tu devais faire un résumé de ton activité de MCS ?

M10 : Bah je suis contente de le faire parce que je pense c'est un vrai plus. Par contre, j'ai l'impression de servir à rien. Franchement, enfin le fait qu'on soit proche, des fois on a l'impression de pas servir à grand chose quoi, enfin. Je pense qu'on pourrait faire mieux que ce qu'on fait. Mais ouais.

I2 : Faire mieux, c'est à dire ?

M10 : Je ne sais pas, pourtant on est bien formé, mais c'est vrai que… Tu vois souvent on arrive notre sac, il est énorme le temps qu'on travaille, qu'on trouve le matériel, qu'on pose notre voie. Enfin, j'ai l'impression qu'il y a une latence dans ce qu'on fait, enfin j'ai pas l'impression d'être hyper efficace quoi dans ma mes prises en charge. Je sais pas ce qu'il faudrait pour ça soit plus...

Après, je pense que le fait qu'on soit proche, c'est vrai que… Enfin ça m'est quand même arrivé plusieurs fois de partir sur une mission MCS et en fait t'arrives le temps que tu te gares, y a l'hélico qui passe au-dessus. Enfin du coup, tant mieux, ça veut dire que la personne va être vite secourue. Mais c'est vrai que je pense qu'on se sent moins efficace que sur des endroits où ils ont le temps de faire plus de choses. Après tu vois typiquement l'ACR récupéré en fait il était récupéré, moi avant que j'arrive. En fait la dame, elle a fait son ACR en sortant de chez le vétérinaire, le véto l'a massé direct, c'est à une minute de chez les pompiers. Ils sont arrivés directs, ils ont mis le défibrillateur, ça a choqué quoi. Donc en fait ce qu'il a sauvé, c'est d'avoir fait son arrêt à cet endroit-là précisément. Donc je pense que vraiment la rapidité d'intervention. Et en fait, j'ai l'impression que les pompiers sont vachement plus forts que nous là-dessus. Enfin en vrai, nous le temps qu'on lâche notre consulte, qu'on prenne le sac qui pèse une tonne, qu'on le mette dans notre voiture, qu'on parte, qu'on trouve l'endroit. Bah en fait, on a toujours un temps de retard, quoi. Et les pompiers sont meilleurs là-dessus, vraiment.

I2 : Ils ont un maillage plus proche qui aide aussi.

M10 : Ouais ouais, je pense. Bon après le fait que les pompiers soient devant, ça nous aide à trouver l'endroit, généralement parce qu'on voit le camion, donc on sait qu'on n'est pas perdu. Mais ouais des fois j'ai ouais, j'aimerais faire mieux dans mon activité de MCS quoi. Mais c'est pas simple en fait.

I2 : Tu recommanderais de faire MCS, hein ?

M10 : Ouais ouais, je trouve que c'est hyper intéressant. Et puis encore une fois, même si tu fais 5 interventions par an, bah c'est toujours ça de pris. Mais ouais, ouais, moi je trouve que c'est un truc qui enrichit vraiment notre pratique. Donc je le recommanderai, ça c'est sûr. Et d'ailleurs nos remplaçants qui viennent faire les saisons avec nous, on les motive pour le faire tous les ans.

I2 : Bon, j'ai abordé toutes les questions que je voulais aborder. Est-ce que tu aurais d'autres choses à dire ?

M10 : Non, je trouve que c'est hyper intéressant votre thèse.

I2 : Merci, et merci à Richard surtout.

M10 : Non mais franchement, je pense que c'est vachement bien. Après j'ai l'impression que ça a évolué un peu nous, dans notre pratique, en étant cinq, on essaie de trouver des temps pour discuter. Je pense que mes collègues, quand ils m'expliquent que quand ils se sont installés, ils étaient tous tout seul. Le réseau MCS, il n'existait pas vraiment. Ils faisaient des trucs de leur côté. Alors je pense que ça, ça devait être hyper dur quoi. Enfin franchement.

Après l'idée c'est d'améliorer encore, mais je pense qu'il y a 40 ans ça devait être compliqué hein. Ils étaient quand même moins formés que nous. Enfin différemment, mais. Ils avaient pas l'internat quand même, mes collègues quand ils sont installés ils finissaient juste. Donc je pense que des fois ils ont dû vivre des situations qui pour le coup étaient vraiment difficiles quoi. Donc je pense qu'on va dans le bon sens, mais ce n'est pas une raison pour s'arrêter d'améliorer les choses.

I2 : Et bah merci beaucoup.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

SECTEUR SANTÉ
Université Grenoble Alpes