

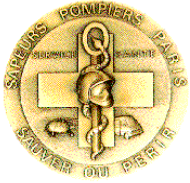
# BRIGADE DE SAPEURS-POMPIERS DE PARIS

SERVICE MEDICAL D'URGENCE  
*MCS JP.CARPENTIER*

SERVICE DE SANTE DES ARMEES  
CLUB DES ANESTHESISTES REANIMATEURS ET URGENTISTES MILITAIRES

## CONFERENCES DE REANIMATION PRE-HOSPITALIERE

Cycle 2008 – 2009



# REGULATION MEDICALE : NOUVEAUTES ET PERSPECTIVES

Président : **MCS Jean-Jacques KOWALSKI** (DSC)

- La régulation médicale dans un centre 15-18 – **Dr Nicolas BRIOLE** (SAMU 91)
- Quelle est la place des secours paramédicalisés ? – **Infirmier-chef Michaël BOUE** (SDIS 06) et infirmier-chef **Yaël LECRAS** (SDIS 59)
- Nouvelles filières de soins urgents – **M1C Patrick HERTGEN** (BSPP)

Coordination: **M1C Patrick HERTGEN** (BSPP)

## **REGULATION MEDICALE : NOUVEAUTES ET PERSPECTIVES**

1. La régulation médicale dans un centre 15-18  
Dr Nicolas BRIOLE (SAMU 91) Pages 3 à 21
2. Quelle est la place des secours paramédicalisés ?  
Inf. chefs Michaël BOUE (SDIS 06) et Yaël LECRAS (SDIS 59) Pages 22 à 27
3. Nouvelles filières de soins urgents  
M1C Patrick HERTGEN (BSPP) Pages 28 à 33

**Dr Nicolas BRIOLE – SAMU 91**

## **SAMU et POMPIERS en Essonne : Une histoire fertile**

Les 2500 Sapeurs-Pompiers de l'Essonne, répartis dans 50 centres de secours, couvrent très efficacement le territoire départemental. Leur rapidité et leurs compétences sont unanimement appréciées. La collaboration entre nos services sur le terrain s'est instaurée dès l'ouverture des premiers SMUR, à la fin des années soixante. Dès le début, le but unique a été l'amélioration des services rendus aux victimes et l'entente a été excellente.

Certains choix à certains moments, mais aussi certains hommes ont été déterminants pour cette bonne entente : ne pas se "disputer" les blessés ou malades ni lors de l'appel au secours, ni lors de l'envoi de moyens, ni lors de l'action sur les lieux, ni lors du transport. Pour cela, le concours des Sapeurs-Pompiers a été largement sollicité par le SAMU, soit comme seuls secouristes, soit dans le cadre des actions quotidiennes des SMUR, non seulement pour les soins sur place avec l'équipe médicale hospitalière, mais aussi pour le transport des victimes vers les centres hospitaliers.

Cet état d'esprit a été soutenu et relayé depuis plus de 30 ans par des hommes comme le Colonel Savelli, le Colonel Hasselweiler, Le Colonel De Kuyper, le Colonel Patet et comme le Dr Témélis, le Dr Zonza, le Dr Bray, le Dr Pougès. Chacun apporte sa compétence professionnelle dans son domaine. Il n'y a ni redondance ni concurrence.

Or le système en place était perfectible pour la partie "gestion des appels". Sans le contexte favorable évoqué sommairement ci-dessus, rien de majeur ni d'équilibré n'aurait pu se décider.

Le 18 et le 15 avaient alors devant eux la perspective désirée d'un centre unique pour la réception et le traitement du 15, du 18 et du 112.

Ce travail s'est concrétisé par la réunion régulière de petits groupes internes à chaque structure et surtout mixtes, où chacun apporte ses idées, ses craintes et ses vœux, avec le concours d'intervenants extérieurs

### **Le projet**

L'année 2006 a été donc celle de la concrétisation de ce projet commun avec l'ouverture de ce

centre : un nouveau bâtiment construit à proximité immédiate du Centre Hospitalier, grâce à un financement mixte (Hôpital de Corbeil et Conseil Général de l'Essonne).

Ce que nous en attendions tous, au-delà de l'aspect symbolique et dynamisant de la mise en commun de nos moyens au service de la population, c'est :

### **Besoins de synergie :**

- Une harmonisation de la gestion quotidienne et exceptionnelle des moyens de secours et de soins par la centralisation de l'alerte
  - Un raccourcissement des délais de décision, une simplification des procédures SDIS/SAMU
  - Une amélioration de la régulation médicale initiale des demandes de secours parvenant aux sapeurs-pompiers. Soit une adéquation encore améliorée des décisions par rapport aux situations rencontrées,
  - Des améliorations techniques considérables et une sécurisation des communications radio, téléphoniques et de l'informatique,
  - Un meilleur " suivi " des affaires traitées, du fait du raccourcissement des circuits d'information.
- Gérer un évènement grave dans une salle de crise partagée

### **Besoins de changement :**

SDIS :

Réponse hétérogène et mal sécurisée (4 sites)

Outil informatique vieillissant (1991)

Locaux inadaptés

SAMU

Locaux exigus et inadaptés

Augmentation de l'activité (\* 5 en 12 ans)

## **L'historique**

**Dès Juin 2006**, le SAMU 91 emménage, avec le CESU 91 et le SMUR Sud Francilien dans le bâtiment du Centre Départemental d'Appels d'Urgence de l'Essonne (**CDAU 91**), construit par le Conseil Général de l'Essonne sur des terrains contigus au site de Gilles de Corbeil, mis à disposition par le CHSF. **□ Tous les appels d'urgence de l'Essonne reçus sur les numéros 15, 18 et 112 seront désormais pris en charge sur une plate-forme de régulation commune au SAMU et aux Sapeurs Pompiers. □**

Financé par le Conseil Général de l'Essonne et l'Hôpital de Corbeil, ce centre concrétise la

bonne intelligence entre les deux structures et présente des caractéristiques ergonomiques basées sur une analyse en profondeur des modes de travail des Sapeurs-Pompiers et du SAMU-Centre 15, dans une perspective de coopération optimale respectant l'identité de chacun. □

### **Quelques dates clés**

1968 : 1ers « GMR »

- Corbeil-Essonnes
- Longjumeau

1974 : Régulation des appels à Corbeil

1975 : Véhicules légers « blanc-rouge »

1976 : Création du SAMU 91 au Centre Hospitalier de Corbeil-Essonnes

1980: ADUM 91 & articulation avec gardes médicales

1985 : Hôpital « Gilles de Corbeil »

1989 : Centre 15, double régulation 24h/24h **Numéro 15 sur l'Essonne** □

1993 : Informatisation « SAMUSCRIPT »

1995 : Circulaire sur le n° 112

### **Janvier 1996 : Début du projet centre commun 15/18/112**

Maître d'ouvrage désigné en 1997 : le Conseil Général □

Autorisation de crédits votée par le Conseil Général en Décembre 1997 □

Concours d'architecte en 1999 □

Suspension du projet entre 2000 et 2002 □

2004 : début des travaux du C.D.A.U.

Les services administratifs du Groupement des Opérations du SDIS intègrent le CDAU le 6 mars 2006,

Les services administratifs du SAMU/SMUR intègrent le CDAU le 30 mai 2006,

Le CRRA 15 est transféré le 30 mai 2006

Les appels 18/112 des CTA du SDIS sont transférés vers la nouvelle plateforme CDAU du 01/06/06 au 15/06/06

A compter du 16 juin 2006, les CTA – CODIS – CRRA étaient pleinement fonctionnels.

## L'ACTIVITE SAMU AVANT LE CDAU

En 2005: **136 319 dossiers** créés dont origine des appels :

42.7% origine SDIS (44,5 en 2004- 45.5 en 2003)  
46.2% particuliers via le 15

Traitement des appels = réponses :

40.7% VSAV (43% en 2004 et 47.3% en 2003)  
29.1% en conseil  
11.5% en médecin de ville  
Ces deux courbes se croisent

SMUR primaires = 6.1% stabilité de ce type de réponse (relatif/ augmentation de l'activité)  
Pour le SDIS : □Secours à personne en 2003 = 67.8% activité

### **Fonctionnement**

Le bâtiment est la propriété du Conseil Général. Il est mis à disposition du Service Départemental d'Incendie et de Secours qui en assure la gestion. □Le Centre Hospitalier utilise 42% des surfaces pour le compte du SAMU-SMUR-CESU-ADUM, sans loyer mais avec une participation en application d'une convention de répartition des charges financières.

### **Quelques chiffres**

- Le SDIS 91, c'est plus d'un million d'appels et près de 100 000 interventions de secours par an.
- Le SAMU 91, c'est 140 000 dossiers par an.
- Le CDAU est construit sur un terrain de 12 000m<sup>2</sup>, avec 5300 m<sup>2</sup> de surface construite dont :
  - 1490 m<sup>2</sup> sont réservés à l'activité opérationnelle (dont 450m<sup>2</sup> au PO proprement dit)
  - 924 m<sup>2</sup> de remise et magasin
  - 449 m<sup>2</sup> d'hébergement
  - 403 m<sup>2</sup> de locaux administratifs
  - 271 m<sup>2</sup> de restauration, détente

—193 m<sup>2</sup> pour le CESU – SMUR

—146 m<sup>2</sup> habillage et lingerie

—100 m<sup>2</sup> de locaux techniques

C'est aussi 3500m<sup>3</sup> de béton et plus de 180 km de câbles électriques

Budget total TTC 13,9 millions d'Euros incluant

- Construction
- Équipements de structures (réseaux et téléphonie)
- Mobiliers

Personnels :

- SAMU-SMUR-CESU-ADUM : 130 personnes
- SP : (direction des opérations, Centre de traitement de l'alerte (18 & 112) et CODIS : 150 personnes

## **Organisation du C.R.R.A. 15 au CDAU**

### **Les missions du SAMU - Centre 15**

**Objet de l'A.M.U. (loi 1986)** : « en relation notamment avec les dispositifs d'organisation des secours, faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état »

Le SAMU, service hospitalier, comporte un Centre de Réception et de Régulation des Appels (C.R.R.A.) et doit :

Assurer une écoute médicale permanente

Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature de chaque appel

**Se coordonner avec les services d'incendie et de secours**

S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient

Organiser le transport et veiller à l'accueil hospitalier du patient

### **Secret médical**

Des informations personnelles sont fournies et exploitées pour mener au mieux la prise en charge médicale des patients :

La discrétion et le secret professionnel s'imposent à tous, au téléphone comme sur le terrain

Le respect du secret médical est absolu

Il n'y a pas d'exception, sauf signalement à l'autorité judiciaire des sévices à mineurs et décès suspects

## **Autres missions du SAMU - Centre 15**

Plans de secours : mise au point, exercices

Plan rouge, Plan ORSEC

PPI, risques spécifiques (transports, inondations...)

Plan Blanc, Plan blanc élargi, schéma départemental, Risque NRBC

PSM II (21 lots de ce niveau sur le territoire)

Maintenance

Mise en œuvre

## **Organisation du C.R.R.A.**

- ✓ 4 à 7 Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale « PARM » en ligne, selon l'activité
- ✓ 1 à 2 Médecins régulateurs « SAMU » présents 24h/24, pour les situations les plus graves et le suivi des SMUR. Renfort régulier par encadrement médical.
- ✓ 1 Médecin régulateur « ADUM » présent 24h/24 pour les appels relevant de la médecine générale.
- ✓ Poste doublé en soirée et le week-end.
- ✓ 3ème régulateur ADUM le week-end de décembre à Mars.

## **Partage des tâches**

Le PARM assiste le médecin constamment :

Accueil et localisation de l'appel,

Première évaluation de gravité et orientation de l'appel,

Mise en œuvre et suivi des décisions.

Peut gérer seul les affaires les plus simples, sous le contrôle du médecin.

Le Médecin reste dans tous les cas responsable au niveau :

Évaluation médicale,

Choix des intervenants, réception et évaluation des bilans,

Relations avec les unités d'hospitalisation.

## ACTIVITE SAMU 91 2007 au CDAU

Au cours de cette année 2007, l'effectif des Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale a été enrichi de 3,8 postes permettant l'amélioration du fonctionnement du Plateau Opérationnel :

- Création d'un poste spécifique appelé "**PARM dédié** » dont la mission consiste à la seule gestion des sorties des SMUR du département (mise en œuvre des décisions du médecin régulateur, suivi de la flotte des véhicules, recherches d'informations concernant la disponibilité des lits d'accueil ...),
- Renforcement du Plateau Opérationnel sur des plages horaires particulièrement difficiles en termes de pic d'activité.

Le nombre de médecins régulateurs est resté stable mais la pénibilité du travail (possibilité d'accueil de plus en plus restreintes, gestion des refus multiples de patients) tend largement vers un renforcement de cette équipe.

### La structure

Le SAMU s'est définitivement installé au sein du CDAU. L'année 2007 a été centrée sur la réorganisation du SAMU au sein du CDAU, sa stabilisation et sa consolidation. Tous les efforts de l'encadrement et des personnels ont largement permis la réalisation de ce premier objectif.

Des difficultés d'adaptation apparues au fil du temps ont fait l'objet d'une étude ergonomique dont les résultats ont été connus début 2008. Des mesures adaptées ont été identifiées et sont en cours de réalisation, notamment des travaux d'occultation solaire, un nouveau positionnement des postes de travail des médecins de l'ADUM et des travaux de correction de défauts acoustiques.

L'évolution progressive du système d'information « Samusoft » s'est poursuivie avec notamment la mise en place du « lien Téléphonie », permettant la remontée automatique du numéro de l'appelant au sein du dossier informatique et des fonctionnalités de numérotation automatique depuis l'interface du logiciel.

## Principes de décompte de l'activité

L'« **affaire** » désigne l'ensemble des mesures consécutives à un appel ayant justifié l'ouverture d'un dossier

Une affaire peut éventuellement :

Concerner plusieurs « patients » (victimes) : en moyenne 1.013 patients pour 1.000 affaires

## Comporter plusieurs décisions

Pour chaque affaire et pour chaque patient, une décision est dite « principale », pour une présentation statistique simplifiée

Au cours de l'année 2007, le SAMU-Centre 15 a traité 148 488 dossiers, soit une augmentation de 5,7 % par rapport à l'année précédente.

La répartition des appelants est toujours fortement marquée par les deux catégories principales, particuliers et Sapeurs Pompiers, représentant à elles seules 91 % des dossiers créés. :

1. <b>Pompiers</b>	67.809	soit	45.6 %	(pour 44.1% en 2006)
2. <b>Particuliers</b>	68.287	soit	45.9 %	(pour 47.8 % en 2006)
3. Médecins de ville	3.051	soit	2.1 %	(pour 2.2 % en 2006)
4. Etablissements de soins	2.595	soit	1.7 %	(pour 1.8 % en 2006)
5. Autres	6.630	soit	4.4 %	(pour 4.1 % en 2006)

Dans la rubrique « Autres », il faut compter entre autre les appels émanant des établissements scolaires, des maisons de retraites, les infirmiers libéraux, télé-alarms, police, ambulanciers privés...).

Les suites données à ces affaires (soit 164.696 décisions) sont les suivantes :

➤ <b>Sapeurs-Pompiers*</b>	73.596	44,90 %
Dont par carence	2.575	(1,60%)
➤ Conseils médicaux	34.473	20,90 %
➤ Médecins de ville**	26.757	16,20 %
➤ Ambulances privées	10.936	6,60 %
➤ <b>SMUR</b>	10.318	6,30 %
➤ Informations	5.115	3,10 %

(\*) Ce chiffre correspond à l'ensemble des missions pompiers comptabilisées par le système d'information du SAMU, y compris les interventions des VSAV conjointes aux SMUR qui n'étaient pas comptabilisées les années précédentes, que le transport du patient soit ou non effectué par le VSAV médicalisé ou non par l'équipe du SMUR.

Sinon on recense **65596 sollicitations de VSAV** ( Soit 39,8% des suites)

Pour mémoire : 40.7% VSAV en 2005 (43% en 2004 et 47.3% en 2003)

(\*\*) Le recours aux médecins de ville se décompose en :

- 18.088 sollicitations de SOS Médecins (dont 3.282 envois directs du médecin par le SAMU et 14.806 renvois de l'appelant sur le standard de cette association),

- 8.586 adressages aux Maisons Médicales de Garde en fonctionnement pendant les week-ends (Arpajon, Corbeil, Etampes, Evry, Juvisy, Longjumeau et Orsay),
- et 83 sollicitations directes de médecins de proximité.

Concernant plus particulièrement les SMUR, 10.036 patients ont été pris en charge en 2007 sur le département dont 8.000 sur des interventions primaires pour lesquels 4.613 transports médicalisés ont été réalisés sur les destinations suivantes :

➤ Vers un service d'urgence	2.051
➤ Vers un service spécialisé	2.465
○ dont une réa ou en USIC ou UNV	1.750

Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation de Corbeil (**SMUR** Sud Francilien) est situé au CDAU.

Il s'appuie 24h/24 sur 3 équipes composées de médecins, ambulanciers et infirmiers. Avec plus de 4 000 interventions annuelles, il a de loin la plus grosse activité des SMUR du département.

L'explication tient, d'une part à l'activité "primaire" déployée sur une zone étendue et peuplée de plus de 300.000 habitants, d'autre part à la prise en charge de la quasi-totalité des transferts inter-hospitaliers demandés par les établissements de soins du département.

En 2007, le SMUR de Corbeil a effectué **4100** missions, se décomposant en 2255 interventions primaires (55 %) et 1845 interventions secondaires (45 %).

On note une **augmentation de + 14% de l'activité du SMUR** en un an, et ce particulièrement pour l'activité primaire.

# Articulation SAMU SDIS au CDAU

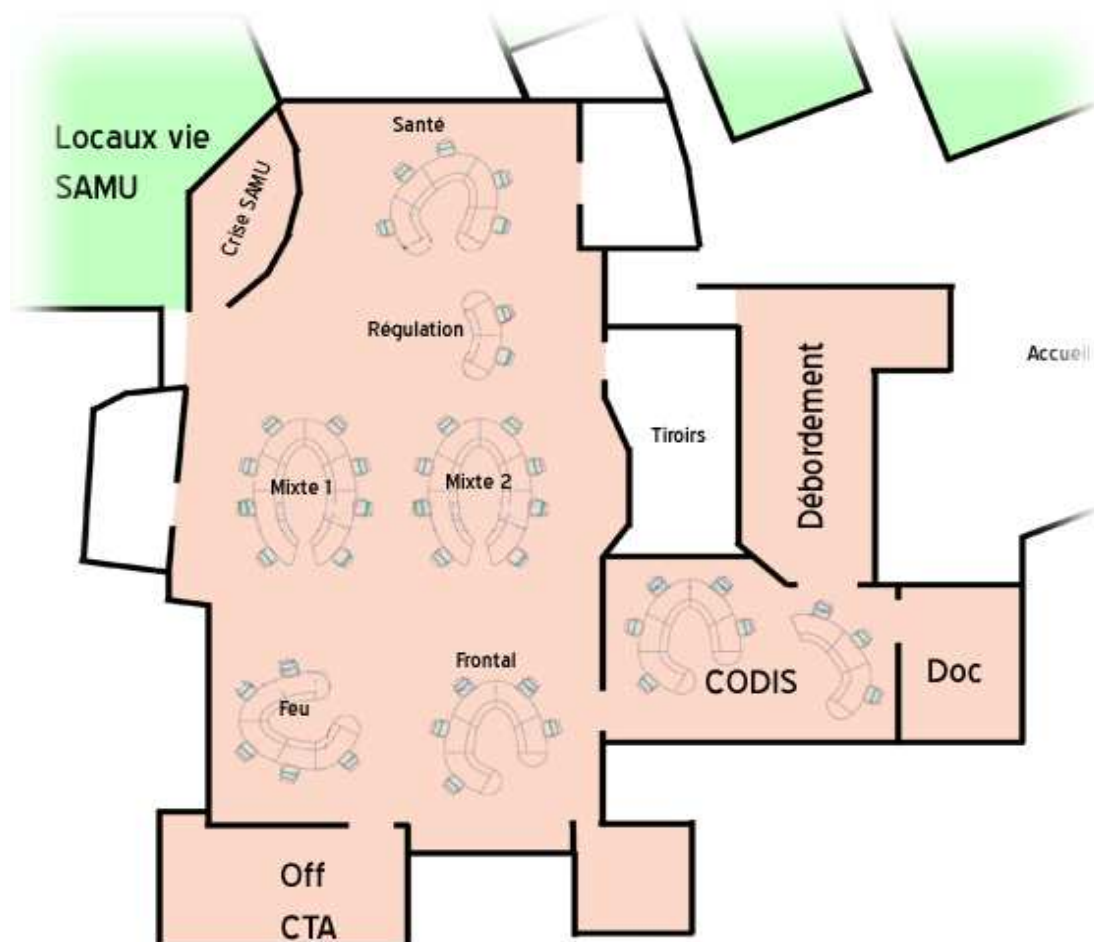
## Services concernés

Le groupement opérations du SDIS  
Le CTA / CODIS  
Le SAMU  
Le CRRA  
Le SMUR de Corbeil  
Le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU)  
Soit plus de 250 agents tous statuts confondus

## Les installations

Le Plateau Opérationnel (PO)

Frontal  
Pole Feu  
Pole Mixte  
Pole santé  
Régulation médicale  
CODIS  
Installations techniques  
Locaux de vie



**Vue du Plateau Opérationnel  
depuis le côté SDIS**

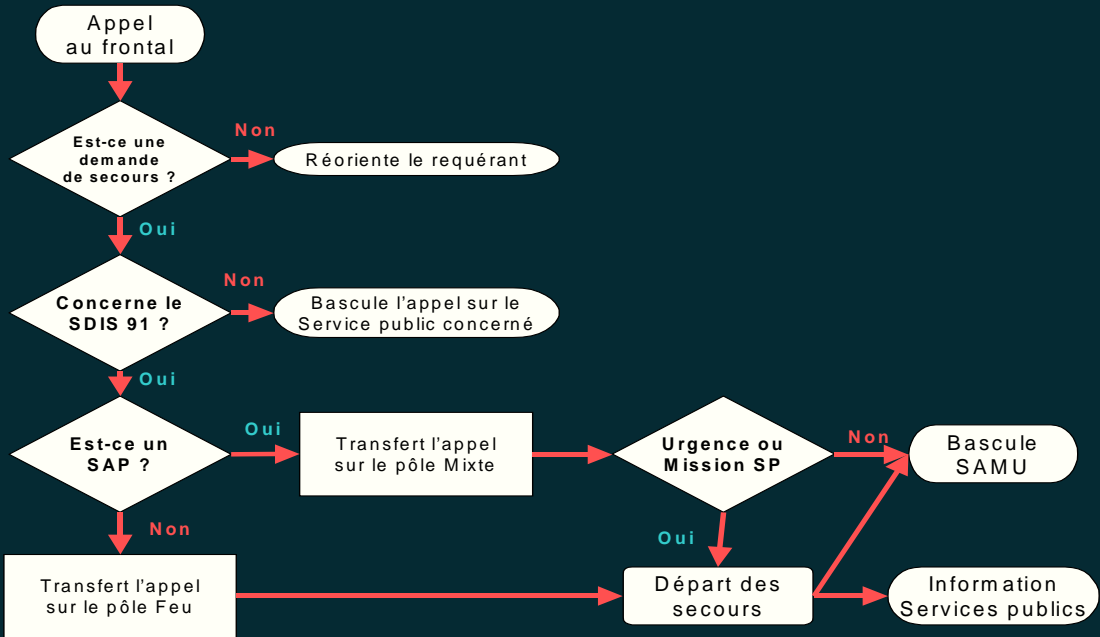


**Vue du Plateau Opérationnel  
depuis le côté SAMU**



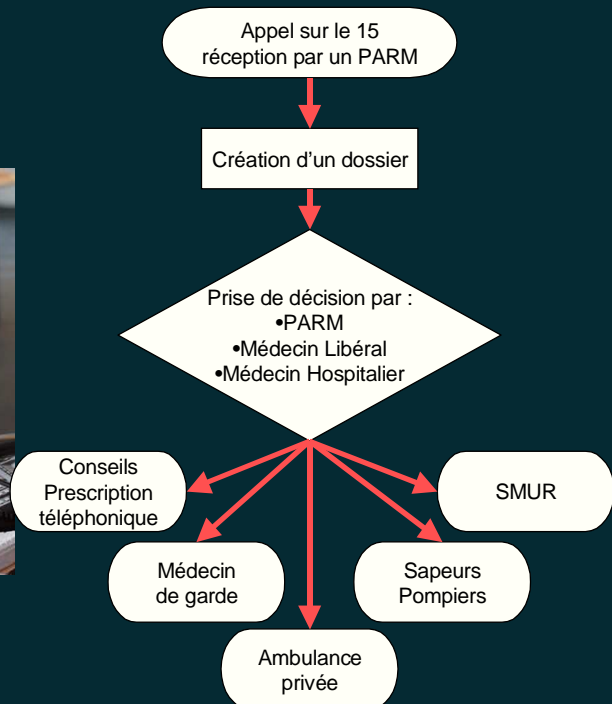


# Appel du 18 ou du 112



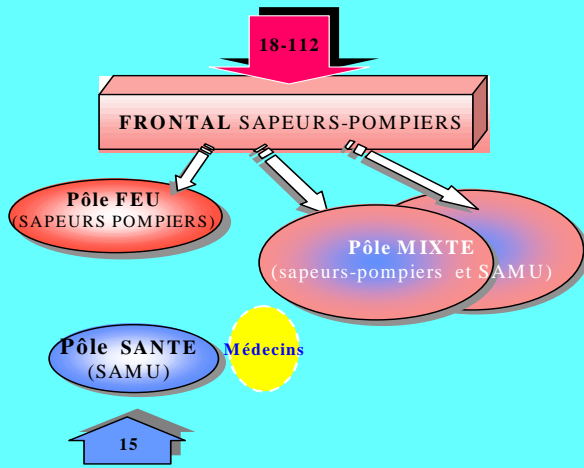
# Appel du 15

- Appels pris en compte par les PARM (personnels auxiliaires de régulation médicale)



# APPEL AU 18 ou 112

## Organisation Fonctionnelle



Cette organisation appelée fonctionnelle est asymétrique, elle se caractérise par:

### un frontal sapeurs-pompiers

où convergent tous les appels 18 et 112. Ce frontal occupé par le personnel sapeurs-pompiers a pour rôle principale de filtrer les appels et de les orienter, en un temps très court, en fonction de leur nature vers le pôle de travail correspondant.

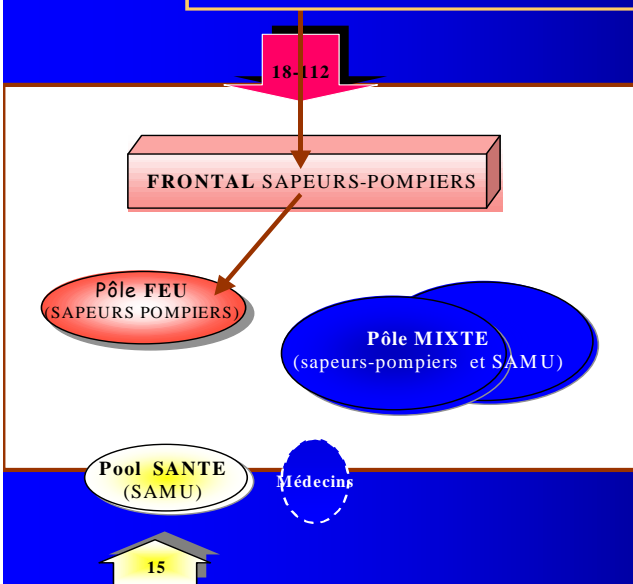
### une multiplication des points de traitement des alertes

qui permet une spécialisation des opérateurs dans un domaine de traitement et réduit ainsi le nombre d'opérateurs dans chaque pool.

### un pôle mixte

qui permet de regrouper dans un même espace de travail les opérateurs sapeurs-pompiers et les opérateurs du SAMU. L'objectif escompté est d'aboutir à une amélioration des temps de réaction, et à des processus de décision plus fins. De plus, la co-présence des acteurs induit une meilleure concertation et coopération entre les deux services quant aux décisions qui impliquent l'engagement de moyens mutuels (47% des décisions).

## Cas de l'appel pour feu ou opération diverse sur le 18/112



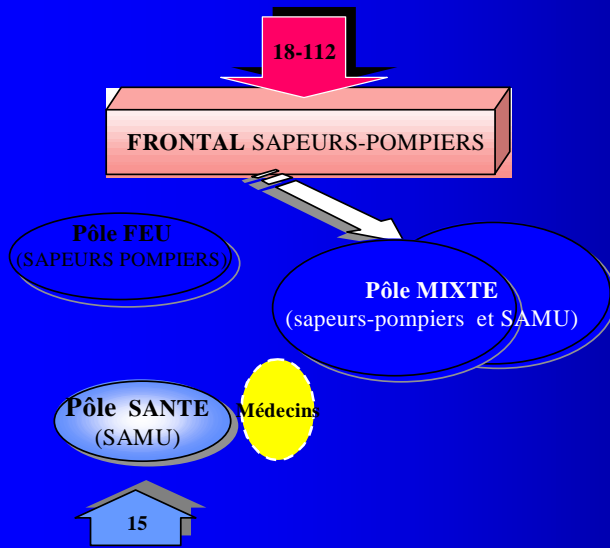
### LE PÔLE FEU

Le pôle de travail FEU est occupé par les opérateurs sapeurs-pompiers.

Un appel 18 (ou 112) arrive chez les sapeurs-pompiers. Il s'agit d'un témoin qui appelle pour un feu ou une inondation (un appel qui n'a pas de caractère sanitaire). Cet appel est réceptionné par les sapeurs-pompiers occupant le frontal, il est ensuite très rapidement orienté vers le pôle FEU spécialisé dans ce type d'intervention.

Au pôle FEU les opérateurs traitent la demande, sous le contrôle d'un chef de pool, élaborent un diagnostic et mettent en œuvre les moyens de secours adaptés à la situation.

## Cas de l'appel pour une personne malade à domicile sans détresse sur le 18/112



L'objet de la demande concerne le **pôle mixte** :

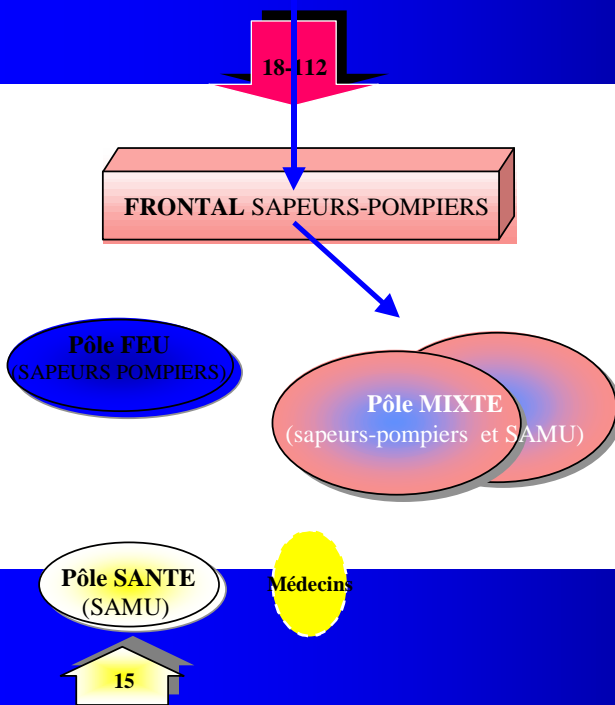
L'opérateur qualifie la nature de l'appel et établit une conférence avec un «PARM» du pôle **MIXTE** et transfère l'appel.

Pas d'engagement d'un VSAV : c'est la « bascule non parti »

Le transfert s'accompagne de la transmission automatique du dossier d'intervention initialisé au niveau du frontal.

Le SAMU traite l'affaire et apporte la réponse adaptée. Il rend compte du devenir de l'affaire aux pompiers du pôle MIXTE

## Cas de l'appel pour « Malaise avec gravité » sur le 18/112



### LE PÔLE MIXTE

Le pôle de travail MIXTE est occupé par les opérateurs sapeurs-pompiers et SAMU.

Un appel 18 (ou 112) arrive chez les sapeurs-pompiers.

Il s'agit d'un témoin qui appelle pour une personne blessée ou malade (affaire ayant un caractère sanitaire).

Cet appel est réceptionné par les sapeurs-pompiers occupant le frontal, il est ensuite très rapidement orienté vers le pôle MIXTE spécialisé dans ce type d'intervention.

Au pôle MIXTE les opérateurs sapeurs-pompiers et SAMU traitent la demande. Ils élaborent un diagnostic commun et mettent en œuvre les moyens de secours adaptés (moyens sapeurs-pompiers et/ou SAMU).

En pratique, le SDIS engage un VSAV et transfère l'appelant et le dossier au SAMU pour régulation et décision complémentaire éventuelle (SMUR).

C'est le cas de la « bascule parti ».

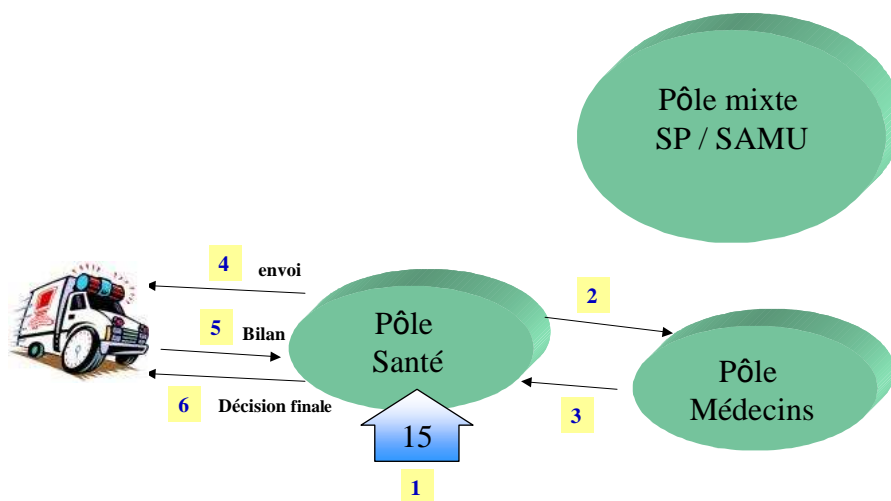
## APPEL AU 15

L'appel 15 sans sollicitation 18  
L'appel 15 avec carence d'ambulance  
L'appel 15 avec sollicitation 18  
Exercice commun : appel pour ACR

# Appel au 15 sans sollicitation 18

- Appel au 15 pour **enfant malade** : décroché par un P.A.R.M. du pôle santé.
- 1 • Prise de renseignement puis transfert de l'appel et du dossier au médecin régulateur.
- Décision d'envoi d'une ambulance. 2
- 3 • Mise en application de décision par le PARM concerné.
- 4 • Bilan de l'ambulance pris par le PARM (ou médecin) du pôle santé.
- Aucune sollicitation SDIS / CODIS
- 5 6

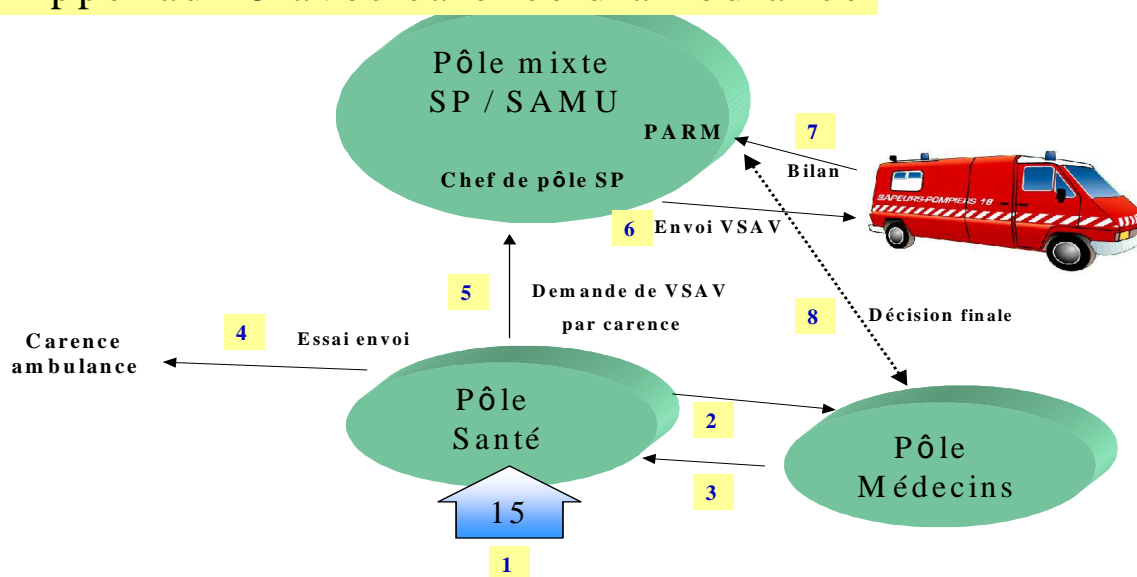
## Appel au 15 pour enfant malade



## L'appel 15 avec carence d'ambulance

- Appel au 15 pour **enfant malade** : décroché par un P.A.R.M. du pôle santé.
- 1 • Prise de renseignement puis transfert de l'appel et du dossier au médecin régulateur. 2 3
- Décision d'envoi d'une ambulance mais **carence constatée**. 4
- Sollicitation par le PARM du pôle santé du chef de salle du pôle mixte pour « VSAV par carence ». 5 6
- Bilan du VSAV pris par
  - le PARM du pôle mixte (via SSU ou ligne dédiée) ? 7
  - ou le PARM du pôle santé (via le 15) ?
- Régulation avec le médecin puis décision finale. 8

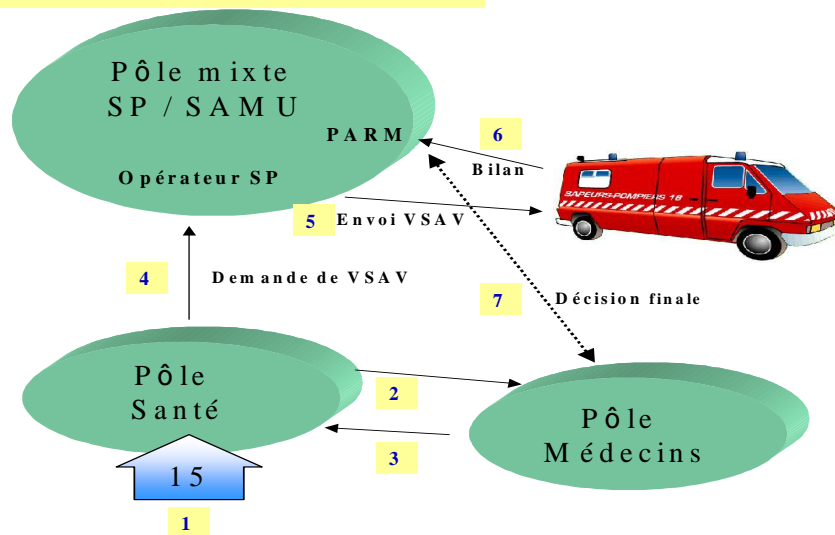
### Appel au 15 avec carence d'ambulance



# L'appel 15 avec sollicitation 18

- Appel au 15 pour **personne blessée sur voie publique** : décroché par un P.A.R.M. du pôle santé. **1**
- Prise de renseignement puis transfert de l'appel et du dossier au médecin régulateur. **2**
- Décision d'envoi d'un VSAV sans UMH d'emblée. **3**
- Sollicitation par le PARM du pôle santé d'un opérateur SDIS du pôle mixte pour envoi d'un VSAV. **4 5**
- Bilan du VSAV pris par
  - le PARM du pôle mixte (via SSU ou ligne dédiée) ?
  - ou le PARM du pôle santé (via le 15) ? **6**
- Régulation avec le médecin puis décision finale. **7**

## Appel au 15 avec sollicitation du 18



## Appel au 15 pour A C R

- Appel au 15 pour A.C.R. : décroché par un P.A.R.M. du pôle santé. **1**
- Prise de renseignement et envoi systématique d'une UMH : information et transfert du dossier au médecin régulateur. **2 c 3**
- Décision simultanée d'envoi d'un VSAV pour « concours mission SMUR »
- Sollicitation par le PARM du pôle santé d'un opérateur SDIS du pôle mixte pour envoi d'un VSAV avec l'UMH. **2 bis 4**
- Si Bilan du VSAV avant présentation UMH : pris par
  - le PARM du pôle mixte (via SSU ou ligne dédiée) ? **5**
  - ou le PARM du pôle santé (via le 15) ?
- Rappel UMH sur ligne dédiée pris par le PARM du pôle santé. **6 7**

## Les difficultés

**Difficultés initiales** des personnels des deux services au passage d'un fonctionnement de type familial –« autour d'une table » - à une structure s'apparentant à un « call center ».

Ce fut le cas pour les opérateurs sapeurs-pompiers évoluant jusqu'alors dans quatre CTA.  
Une difficulté accrue par l'utilisation d'un nouveau système informatique de traitement des affaires

Pour les personnels du SAMU, mise en évidence d'un sous dimensionnement avec débordement très fréquent de la capacité de traitement des affaires.

Cela s'explique par :

- L'appropriation d'un nouvel outil informatique
- L'exhaustivité du transfert d'appel des affaires sanitaires transitant par le 18
- Une rigidité initiale des rôles propres de chaque pôle
- Un transfert téléphonique et informatique de toutes les affaires où l'avis du médecin est sollicité, créant un véritable goulet d'étranglement

**Un volume sonore** régulièrement trop important augmentant la difficulté de concentration sur le long terme.

Ces augmentations sonores étaient autant liées aux augmentations circonstancielles d'activité (nombreux appels) qu'à des facteurs indépendants du travail (relèves de personnels, visites d'équipes).

**Mise en évidence de certaines aberrations et dérives** inhérentes à la structure.

A titre d'exemples (loin d'être exhaustif) :

- Demande de VSAV par le SAMU pour « ACR » sans envoi simultané d'UMH
- Demande de VSAV par le SAMU pour des transports sanitaires
- Questionnement « hors grille » des opérateurs pompiers, par « mimétisme » d'une part, pour pallier au débordement d'autre part
- Tendance à interpeller directement le médecin pour avis

## Les solutions

Ces difficultés ne sont pas le fruit du fonctionnement en commun.

C'est la structure qui a mis en évidence (de façon un peu brutale) les nombreux dysfonctionnements et « arrangements » que les deux services avaient accumulés au fil du temps.

Les solutions ont été progressivement apportées par :

- Une augmentation significative des PARM pour un re-dimensionnement adapté
- Une augmentation de la présence médicale (en nombre et en temps) sur le PO

- Des modifications de fonctions de personnels du SAMU
- Des réunions régulières de groupes de travail mixtes
- Des études (suivies d'aménagements) menées par des ergonomes
- La mise à jour de la rédaction du règlement intérieur CDAU
- La rédaction d'une convention tripartite (SAMU-SDIS-Ambulances) avec l'apport d'un dispatcheur ambulancier sur le PO
- L'appropriation progressive des nouveaux outils de travail par les personnels
- L'amélioration des outils informatiques
- La connaissance de l'autre...

## Etat des lieux

Actuellement, Les liens avec les équipes du SDIS se sont renforcés et ont abouti à des programmes de formation communs aux personnels des deux entités.

Cette proximité fait que les problèmes particuliers et/ou difficultés inhérentes à notre activité (patients obèses, HDT, carences, renforts, risques particuliers...) se règlent la plupart du temps « en direct et en face » nous évitant les conflits chronophages et surtout les impasses. Une fois la situation réglée, ces événements sont revus ensemble afin de trouver des réponses adaptées pour le futur.

Chaque service bénéficie de l'expertise de l'autre. A titre d'exemple le régulateur bénéficie de l'accès à une base de données très complète et actualisée concernant les produits industriels, chimiques... ainsi que l'avis en direct d'un expert.

Evidemment, lors d'événements particuliers, la réponse ainsi que l'acheminement et l'organisation des secours se construit ensemble en temps réel.

Bien sûr nous travaillons ensemble à la rationalisation de la réponse.

Un seul but : quel que soit l'origine ou l'acheminement de l'appel, apporter la réponse la mieux adaptée en dehors de toute considération partisane.

Mieux encore, nos services partagent actuellement la mise en place d'une étude prospective commune qui s'articule en trois points :

- Évaluation de notre pratique professionnelle avec renseignement d'un registre
- Mise en place de mesures correctives (rédaction de procédure, formation de personnels...)
- Évaluation des modifications de comportement et impact sanitaire objectif

# **QUELLE EST LA PLACE DES SECOURS PARAMEDICALISES ?**

**Infirmier-chef Michaël BOUE – SDIS 06**

**Infirmier-chef Yaël LECRAS – SDIS 59**

## **Introduction**

Le référentiel commun du 25 juin 2008 relatif à l'organisation du secours à personnes et de l'aide médicale urgente constitue la doctrine française des services publics en matière d'organisation quotidienne des secours et soins urgents. Les infirmiers sapeurs-pompiers tiennent désormais une place importante et reconnue dans la chaîne des secours. Cet article retrace l'émergence de la réponse paramédicale, le concept retenu en France ainsi que l'expérience acquise par certains départements de première catégorie précurseurs parmi d'autres : Nord, Alpes maritimes, Isère.

## **Emergence**

La paramédicalisation se place dans la problématique du secours à personne et de sa médicalisation ; Médicalisation dont personne ne doute qu'elle apporte un bénéfice pour la victime. D'autres pays ont fait le choix de paramédicaliser avec des personnels non membre de professions de santé. Les « paramedic » dont les compétences peuvent être extrêmement élevées sont des techniciens du secours d'urgence. Cette réponse, basée sur des gestes médicaux réalisés « en route vers l'hôpital » a naturellement trouvé sa place dans les services d'incendie. On observe deux types d'organisations : des filières séparées (Incendie Vs Secours à personnes) ou intégrées (La filière incendie assure le Secours à personne). Quelle

que soit l'organisation choisie, le niveau des intervenants en secours à personne est identique et basé sur des formations standardisées (Préhospital Trauma Life Support, Advanced Cardiac Life Support...). L'important n'est pas le statut des intervenants, mais leur rapidité et le niveau de compétence. (Seul le chirurgien soigne l'hémorragie). En France, bien que le service de santé existe depuis fort longtemps, c'est la Loi du 3 mai 1996 et les décrets d'application qui reconnurent le rôle des infirmiers sapeurs-pompiers au sein des autres professions (médecins, pharmaciens, vétérinaires). Leur intervention dans toutes les missions du service de santé et de secours médical s'est progressivement confortée. D'abord, intervenant en binôme avec le médecin sapeurs-pompiers, puis intervenant « isolé », l'engagement des infirmiers sapeurs-pompiers s'est structuré pour devenir lisible par tous les acteurs et plus pertinent.

### **Concept**

Les conditions d'emploi des infirmiers sapeurs-pompiers ont été longtemps controversées tant par les sapeurs-pompiers eux même que par les autres partenaires (Hospitaliers). Les expériences menées dans de nombreux départements, tant au sein des Sdis que dans des structures de médecine d'urgence ont montré la transférabilité de certaines compétences jusque là réservées aux médecins. Cela s'inscrivait dans une dynamique de diversification des activités médicales et de préservation du temps médical disponible. Le système, d'abord immanent, a murit et les conditions générales d'emploi ont été fixées dans le référentiel secours à personnes/aide médicale urgente du 25 juin 2008.

Le concept de la réponse graduée (ou adaptée pour certains) repose sur l'utilisation de 3 niveaux de réponse : l'équipier secouriste, l'infirmier sapeur-pompier, le médecin d'urgence. Ces niveaux croissants de compétences sont échelonnés tant chronologiquement que selon la gravité de la situation. L'équipier secouriste est engagé systématiquement, l'infirmier sapeur-

Le pompier intervient sur plusieurs « secteurs VSAV », il doit mettre en œuvre les protocoles de soins d'urgence établis par le médecin-chef, conformément au code de santé publique. Le médecin d'urgence est engagé s'il est indispensable. Il peut s'agir d'un médecin sapeur-pompier, d'une unité mobile hospitalière de Smur, d'un médecin référent, de la permanence des soins...

### **Résultats**

Le nombre d'intervention est significatif et la demande de déclenchement de la part du Samu est croissante.

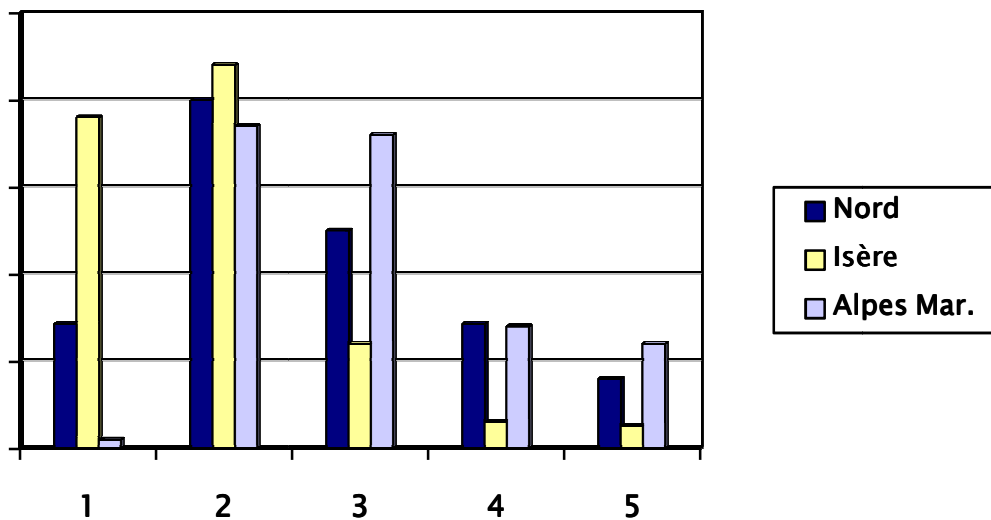
<i>Interventions annuelles</i>				
	Nord		Alpes maritimes	Isère
	2007	2008	2007	2007
Total	4352	4658	2991	
Secours à personnes	3632	4418	2696	2438
Soutien sanitaire	623	595	295	
Autres	97	355	250	

### Typologie Interventions VLI

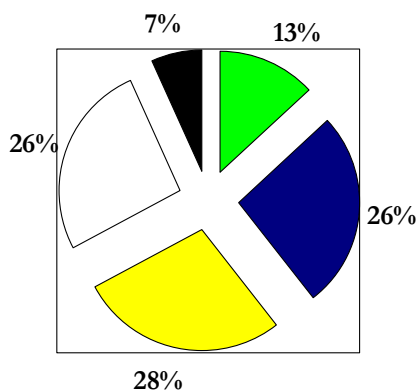
	Nord	Alpes Maritimes
Exogène	37 %	62 %
Endogène	68 %	33 %

### Délai avant renfort médical

Total	20,27 minutes [ $\pm$ 14,10]	
Motif cardiaque	16,31 minutes [ $\pm$ 12,62]	
Durée moyenne d'intervention	Nord:	55 minutes
	Alpes maritimes:	51 minutes
	Isère:	76 minutes



### Devenir de la victime



### Discussion.

La réponse graduée constitue au quotidien et depuis plusieurs années dans certains départements une réponse adaptée. L'infirmier sapeur-pompier est formé à la marche générale des opérations, il suit une formation certificative permettant au médecin-chef de l'habiliter à l'utilisation des protocoles de soins d'urgence. Notons que le terme exact du Code de la Santé Publique est : « protocole de soins d'urgence » et non « protocole conservatoire ». Ce système demande, outre une régulation médicale effectuée par le Samu, une gestion par un infirmier sapeur-pompier placé au CODIS. Les départements avec un tel dispositif voient la ressource paramédicale utilisée de manière plus pertinente. Les infirmiers sapeurs-pompiers sont engagés préférentiellement sur de la traumatologie et sur des urgences vitales, à la condition qu'ils permettent de gagner du temps, sans préjudice de l'envoi d'une équipe médicale. L'infirmier sapeur-pompier au CODIS suit les dysfonctionnements (amélioration interne du service) et améliore la réponse et la gestion des moyens.

Ces derniers sont équipés de tous les outils nécessaires au suivi de l'activité départementale en temps réel. Ils sont également les interlocuteurs privilégiés du SAMU Centre 15 pour toute demande de moyen sapeur-pompier. Les règlements opérationnels d'emploi de cet infirmier ont, en général, été établis en collaboration avec les Samu.

### Limites et perspectives.

Les limites règlementaires (liste d'actes infirmiers) sont désormais moins prégnantes grâce à la procédure de coopération entre professionnels de santé de la haute autorité de santé.

Les infirmiers sapeurs-pompiers doivent être encadrés par des cadres de santé et non uniquement par des médecins.

La résistance naturelle au changement doit être combattue. Elle est d'autant plus grande que les 2 systèmes se sont construits sur des références culturelles et juridiques différentes. Les freins doivent être levés. La modification des représentations professionnelles en est un des plus puissants. Les médecins doivent intégrer la paramédicalisation comme une force à leur service (et donc au service des victimes) et non comme une concurrence à combattre.

Les capacités des infirmiers et des médecins à travailler ensemble, à coopérer doivent se transformer en réelles compétences sur le terrain.

## **Conclusion**

La paramédicalisation par les infirmiers sapeurs-pompiers a fait la preuve de sa pertinence. Elle est un moyen complémentaire et non substitutif à la médicalisation. Cet outil doit être encadré par le service de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers qui doit, lorsque cela est possible, positionner un Officier Santé, infirmier, au CODIS, personnel le plus à même de gérer et d'optimiser l'emploi des moyens opérationnels participant à l'Aide Médicale Urgente.

La coopération entre les services publics, actée dans le référentiel de juin 2008 doit se traduire par des travaux scientifiques accrus.

Sources :

**Infirmier sapeur-pompier. Quelle activité opérationnelle. Lecras.Y. 2004**  
<http://www.pompiers.fr/index.php?id=5703>

- **Délégation, transferts, nouveaux métiers...comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé. HAS 2008.**  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco\\_cooperation\\_vvd\\_16\\_avril\\_2008\\_04\\_16\\_12\\_23\\_31\\_188.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf)
- **Referentiel commun, organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. 25 Juin 2008.**  
[http://www.interieur.gouv.fr/sections/a\\_1\\_interieur/defense\\_et\\_securite\\_civiles/sapeurs-pompiers/sdis/docs/sap-amu/downloadFile/attachedFile/Organisation\\_du\\_SAP\\_et\\_AMU.pdf?nocache=1225875106.0](http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_1_interieur/defense_et_securite_civiles/sapeurs-pompiers/sdis/docs/sap-amu/downloadFile/attachedFile/Organisation_du_SAP_et_AMU.pdf?nocache=1225875106.0)
- **Code de la santé publique. Art. R4311-14.**  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913902&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20081210&fastPos=6&fastReqId=237091041&oldAction=rechCodeArticle>
- **La paramédicalisation. Résultats de l'experimentation du Smur de toulon. J Arzallier 2003.** <http://samu83.free.fr/texte%2042.htm>

## **NOUVELLES FILIERES DE SOINS URGENTS**

**M1C Patrick HERTGEN – Service médical d’urgence - BSPP**

**patrick.hertgen@pompiersparis.fr**

### **Les stratégies de régulation et les nouvelles filières de soins préhospitalières**

En 1974, la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris créa au sein de son état-major une régulation médicale destinée à assurer le commandement médical opérationnel de ses moyens de secours à victimes.

Depuis cette date, cette structure s’est développée et a poursuivi ses fonctions de traitement des bilans des engins non médicalisés, de gestion de ses moyens médicalisés, et d’interface opérationnelle avec les quatre SAMU du secteur de compétence de la Brigade. Elle a été rebaptisée « coordination » médicale pour ne pas être confondue avec les régulations médicales des SAMU.

Armée 24h/24 par deux médecins, assistés par un infirmier et des opérateurs de coordination médicale (équivalents des permanenciers), la coordination permet à la Brigade d’assurer un commandement intégré de la chaîne médicale des secours, de maintenir une action homogène sur son territoire, de contrôler l’actions de ses équipes de premiers secours et d’assurer une gestion interdépartementale des moyens de secours à victimes. Elle fait partie du centre de coordination des opérations et des transmissions (CCOT) et se trouve placée sous l’autorité technique du médecin-chef de la Brigade.

Au surplus, cette organisation répond depuis plusieurs années aux finalités poursuivies récemment par le référentiel commun relatif à l’organisation du secours à personnes et de l’aide médicale urgente publié le 25 juin 2008.

Le principe mis en œuvre à la Brigade est fondé sur deux niveaux complémentaires d’analyse des situations d’urgence. Le premier vise à être avant tout sensible et rapide, et correspond au traitement de l’alerte en interconnexion avec les SAMU. Le second cherche à être plus spécifique et correspond au traitement des bilans des équipes de premiers secours et à la recherche du meilleur bénéfice médical dans l’orientation du patient et la médicalisation des secours.

## **1. Une réponse rapide et sensible aux demandes de secours**

Le traitement initial des demandes de secours privilégie la sensibilité aux situations de détresse et la rapidité d'intervention des moyens.

### **Une sensibilité élevée aux situations de détresse**

Les demandes de secours à victimes reçues au 18-112 sont traitées par des opérateurs, non médecins, chargés de déterminer l'existence d'une détresse avérée ou potentielle. Trois hypothèses sont alors distinguées :

Il apparaît, avant toute analyse médicale, une détresse vitale immédiate (procédure rouge).  
On trouve notamment parmi ces situations les arrêts cardiaques, les traumatismes graves, les détresses respiratoires aiguës et des pathologies circonstanciées.  
L'opérateur envoie alors immédiatement un engin de premiers secours puis prévient la coordination médicale qui déclenche aussitôt le moyen médical le plus proche : AR Brigade ou UMH d'un SAMU.

Il apparaît nécessaire d'envoyer un engin de premier secours sans qu'il apparaisse de détresse vitale immédiate (procédure orange).

Ces situations concernent notamment les troubles de la conscience mal précisés, les syndromes douloureux et les dyspnées sans détresse respiratoire.

L'opérateur envoie alors un engin de premier secours puis établit une conférence à trois avec le SAMU concerné qui procède à l'analyse médicale de l'appel. Si cela apparaît utile, l'envoi d'un moyen médicalisé peut ainsi être déclenché dès le départ des secours ; sinon le médecin régulateur du SAMU peut demander à être informé du bilan de l'équipe de premier secours. En revanche, les équipes de premier secours ne sont jamais annulées à l'issue de la régulation.

1.1.3 Il existe une demande de nature sanitaire sans qu'il n'apparaisse nécessaire, en première analyse, d'envoyer un engin de premier secours (procédure verte).

Lorsque qu'une demande sanitaire est exprimée sans qu'aucune détresse avérée ou potentielle ne soit perceptible à l'appel, ni qu'il n'apparaisse nécessaire de d'envoyer un engin de premier secours, l'appel est simplement transféré au centre 15 concerné.

### **Un objectif majeur de rapidité**

L'évaluation initiale d'un appel au 18-112, la saisie de l'adresse et la transmission de l'alerte ne durent au total pas plus d'une minute. Compte tenu des délais de départ et d'acheminement des engins, les premiers secours se présentent le plus souvent sur les lieux de la détresse entre 5 et 10 minutes après le décroché de la demande de secours. Ces délais sont rendus possibles par un maillage étroit du territoire défendu par les centres de secours et par une posture opérationnelle permanente des personnels de la Brigade.

C'est ainsi que, pour répondre aux situations les plus urgentes, la procédure rouge permet de bénéficier des délais d'intervention les plus brefs pour les engins de premiers secours comme pour les moyens médicalisés, qu'ils soient issus de la Brigade ou d'un SMUR. Le numéro 18 apparaît donc le plus efficace pour être composé par les bornes de défibrillateurs automatiques disposées pour être accessibles au public.

## **2. Une gestion spécifique des moyens de secours**

Le traitement des bilans des équipes de premiers secours constitue la seconde phase d'analyse des situations d'urgence et vise à faire assurer la meilleure prise en charge et la meilleure orientation au patient. La médicalisation des secours fait l'objet d'une approche pragmatique guidée en premier lieu par le bénéfice apporté au patient.

### **L'analyse des bilans des engins de premier secours**

Le traitement des bilans des engins de prompt secours est le moment d'une deuxième analyse des situations d'urgence. Cette analyse vise à déterminer la prise en charge et l'orientation adaptées au patient.

Le bilan des équipes de premier secours comporte des éléments secouristes ordonnés et structurés. Outre le bilan secouriste classique, les chefs d'agrès sont formés à transmettre notamment des éléments permettant l'évaluation d'un état de conscience, d'une dyspnée et d'une évaluation de la douleur par une échelle verbale simple. Le bilan est également enrichi des paramètres recueillis sur un moniteur multiparamétrique dont sont dotés les engins de la Brigade : pression artérielle et SpO<sub>2</sub>. Enfin, la Brigade évalue l'emploi de dispositifs de télétransmission de l'ECG utilisables par des secouristes.

Compte tenu de la densité de la couverture opérationnelle assurée par la Brigade, les bilans sont le plus souvent reçus 10 à 20 minutes après l'appel des secours. S'il n'avait pas été déclenché précédemment, l'envoi d'un moyen médical peut intervenir à l'issue de ce bilan.

Lorsqu'un SAMU demande l'intervention d'une équipe de premier secours, le médecin régulateur peut demander à la coordination de recevoir le bilan correspondant. Cela permet aux médecins régulateurs des SAMU de s'appuyer sur ces bilans pour gérer certaines situations où une levée de doute ne nécessite pas toujours l'intervention.

### **Le bénéfice apporté aux patients par les moyens médicalisés**

La médicalisation pré-hospitalière constitue l'un des fondements de l'organisation des secours en France et la Brigade a été la première à Paris, en 1966, à mettre en œuvre des moyens médicalisés.

Cependant, cette médicalisation des situations les plus graves doit éviter les attitudes dogmatiques et demeurer guidée par le bénéfice médical apporté aux patients.

Si les avantages apportés par la médicalisation des secours ont été largement décrits, et nous apparaissent certains, ses inconvénients sont moins souvent évoqués. En effet, la médicalisation d'une intervention comporte deux types d'effets collatéraux, l'un individuel l'autre collectif.

Sur le plan individuel, d'une part, l'intervention d'une équipe médicalisée entraîne un délai supplémentaire à l'admission hospitalière du patient. Ce délai est variable, selon la disponibilité et la répartition géographique des moyens médicaux notamment, mais également selon la durée de la prise en charge médicale préalable au transport. Ce délai a été évalué dans des études relatives aux stratégies de reperfusion des infarctus du myocarde ; il apparaît voisin

de 40 minutes. L'intervention d'un moyen médicalisé doit donc apporter un bénéfice supérieur aux conséquences prévisibles de ce délai.

D'un point de vue collectif, d'autre part, la gestion des moyens médicaux s'efforce d'employer de la manière la plus efficace une ressource limitée. Un médecin régulateur se trouve ainsi comptable des moyens placés à sa disposition. S'il n'est certainement pas question de priver un patient d'un moyen médical certainement ou potentiellement utile au seul motif qu'une autre victime pourrait hypothétiquement avoir à en bénéficier dans le même temps, il serait également fautif de dégarnir la couverture opérationnelle d'un moyen médical par une décision non raisonnée et seulement fondée sur une attitude de principe.

C'est ainsi que des indications de médicalisation par excès peuvent paradoxalement parfois s'avérer délétères, et que l'engagement d'un moyen médical ne doit pas relever d'un réflexe dogmatique mais toujours être la conclusion de l'analyse raisonnée d'un rapport coût/bénéfice de chaque situation.

Cette réflexion peut être guidée par l'évaluation qualitative l'activité des moyens médicalisés. L'activité de ces moyens ne doit pas seulement être appréciée de manière quantitative, avec le nombre de ses interventions, mais également par le bénéfice médical apporté aux patients pris en charge. Ce bénéfice médical peut notamment être évalué avec le type d'actions thérapeutiques entreprises, la charge de soins mise en œuvre, et le type de destinations hospitalières vers lesquelles sont orientés les patients.

Certaines situations, pourtant urgentes et graves, montrent que leur médicalisation pré-hospitalière n'apporte pas un réel bénéfice médical, et peuvent ainsi utilement bénéficier de filières de soins appelant un transport non médicalisé.

### **L'intérêt de filières non médicalisées de soins urgents**

Trois types de situations cliniques, qui font l'objet d'une procédure d'orientation et de transports non médicalisés, peuvent être schématiquement présentées. Dans ces circonstances, les engins de premier secours font l'objet d'une orientation spécifique et transportent les patients directement dans le service spécialisé receveur. C'est ainsi que c'est la décision d'orientation, et non le transport, qui est alors médicalisée.

#### Les accidents vasculaires cérébraux

Des moyens médicaux ont souvent été envoyés auprès de patients présentant des déficits neurologiques brutaux non compliqués évoquant un accident vasculaire cérébral (AVC). Ces interventions médicales étaient essentiellement motivées par le souhait de confirmer un diagnostic évoqué au moment de la demande de secours et de préciser l'orientation du patient. Cependant, il est apparu possible de proposer à ces patients victimes d'AVC ischémiques des thrombolyse précoces, réalisables uniquement dans un service d'urgences neuro-vasculaires (UNV) après la réalisation d'une TDM et/ou d'une IRM. Ce traitement devant être administré idéalement dans les 3 heures après le début des signes, le délai d'admission de ces patients dans un service d'UNV est devenu un enjeu majeur. D'autre part, l'action des moyens médicaux n'apporte pas de bénéfice médical significatif chez les patients porteurs d'un AVC non compliqué.

C'est ainsi qu'il est apparu que le rapport coût/bénéfice de la médicalisation du transport de ces patients devenait défavorable puisqu'elle entraînait un retard à l'admission hospitalière sans apporter en retour d'action thérapeutique utile.

La Brigade applique donc une procédure pour la prise en charge des patients victimes d'AVC non compliqués qui font l'objet d'un traitement spécifique du bilan secouriste, en conférence téléphonique avec le neurologue de garde du service d'UNV. Ces patients sont ainsi orientés et transportés dans les délais les plus brefs par les équipes de premiers secours, et directement déposés par les secouristes sur la table de la TDM ou de l'IRM en présence du neurologue.

Cette procédure a été évaluée et a prouvé d'une part qu'elle permettait d'admettre les patients dans de meilleurs délais et d'autre part qu'elle entraînait très peu d'orientations inappropriées vers les UNV.

### Les grossesses non compliquées

Beaucoup de demandes de secours correspondent à des parturientes « menaçant » d'accoucher. Le score de Malinas a longtemps été utilisé pour déterminer l'intérêt d'une médicalisation pré-hospitalière et conduit à envoyer un moyen médicalisé dans les cas où cet accouchement apparaît imminent.

Cependant, le bénéfice d'une intervention médicalisée pour une grossesse non compliquée n'est pas établi. L'examen pré-hospitalier d'une parturiente à terme par un médecin qui tente de confirmer le caractère plus ou moins imminent de son accouchement ne présente aucun intérêt avéré dans la mesure où il ne conduit aucune action thérapeutique utile. En revanche, il est préférable qu'une femme accouche dans une maternité, où les conditions techniques et les ressources humaines lui sont beaucoup plus favorables, plutôt qu'à son domicile ou dans une ambulance. C'est ainsi qu'en région parisienne, compte tenu des délais de transports et d'intervention des moyens médicaux, la médicalisation d'une intervention pour parturiente sans complication augmente la probabilité d'un accouchement extra-hospitalier.

Devant les grossesses à terme et non compliquées, la coordination médicale privilégie ainsi le transport rapide de la parturiente vers une maternité adaptée (et prévenue de son arrivée), quel que soit le score de Malinas. Les moyens médicaux sont en revanche envoyés lorsque l'accouchement est à sa phase d'expulsion ou qu'une complication peut bénéficier d'une intervention médicale pré-hospitalière utile.

### Les symptomatologies thoraciques atypiques

Les douleurs thoraciques évocatrices d'un syndrome coronarien aigu font l'objet de l'envoi d'un moyen médicalisé dont le bénéfice a été prouvé. En revanche, certaines symptomatologies thoraciques atypiques dans des contextes cliniques peu évocateurs font l'objet d'un transport non médicalisé vers une structure d'urgences où elles apparaîtront parfois, avec un certain retard, comme relevant finalement d'une coronaropathie aiguë.

Il nous apparaît ainsi utile d'évaluer l'intérêt du transport de ces patients, porteurs d'une symptomatologie thoracique atypique, vers une « unité douleur thoracique » située au sein d'un service de cardiologie et susceptible de prendre en charge une pathologie cardiovasculaire aiguë comme de réorienter une pathologie relevant d'une autre spécialité.

### **3. Les nouvelles stratégies de régulation**

La médicalisation des secours doit être évaluée selon les bénéfices apportés aux patients pris en charge et non comme un principe justifiant à lui seul sa propre activité. Certaines situations cliniques peuvent être urgentes et graves sans que la médicalisation de leur transport n'apporte un bénéfice avéré et parfois même chez qui elle entraîne un retard d'hospitalisation délétère.

Cette approche doit s'appuyer sur l'évaluation de l'activité qualitative des moyens médicalisés pré-hospitaliers. Une telle analyse permet de mettre en évidence les indications où la médicalisation de l'intervention n'apporte pas de bénéfice réel et où il est utile de rechercher une filière de soins plus efficace.

Cette démarche raisonnée représente le meilleur argument pour justifier du maintien d'un système de médicalisation des secours qui peut paraître onéreux et ne restera justifié que s'il peut établir sa propre efficacité. Cela n'est pas scier la branche sur laquelle nous nous trouverions assis que de rechercher avec pragmatisme la meilleure utilité des secours médicaux.

C'est au contraire une démarche indispensable à la préservation d'un système qui ne conservera sa place que s'il sait faire la preuve de son utilité.



# BRIGADE DE SAPEURS-POMPIERS DE PARIS

Service de Santé et de Secours Médical

MCS CARPENTIER

MC JL.PETIT - MC MR.PETIT

SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

CLUB DES ANESTHÉSISTES REANIMATEURS ET URGENTISTES MILITAIRES



## CONFÉRENCES DE RÉANIMATION PRÉ-HOSPITALIÈRE

CYCLE 2008-2009

Comité d'organisation : M1C Dubourdieu - MP Heraan - M1C Hertzgen - M2C Lagrange - M Lemoine - MC Nadellec - MP Renard - MP Waroux

> **Mardi 21 octobre 2008 à 16h00**

### Actualités NRBC

Président : MC Claude FUILLA (DSC)

Coordinateur : MP Olivier HERSAN (BSPP)

- Ouverture de la séance par le Médecin-Général Inspecteur TOUZE, directeur de l'École du Val de Grâce et le Général PRIEUR, commandant la Brigade.
- **Risque C**
  - Décontamination des victimes, mythes, croyances et réalités  
Pharmacien en chef Denis JOSSE (CRSSA)
  - Risques Industriels - Pr Vincent DANIEL (SAMU 38)
- **Risque NR**
  - Actualités dans la prise en charge du syndrome d'irradiation - Pr Thierry DE REVEL (HIA Percy)
- **Risque B**
  - Quel détecteur ? Comment identifier ? Avec quels moyens ?  
Pr Dominique GRANDJEAN (BSPP - ENVA)
  - La Cellule d'Intervention Biologique, la réponse de la BSPP  
LCL Philippe GIRAUD (BSPP)

> **Mardi 10 mars 2009 à 16h30**

### Urgences et troubles du rythme

Président : Pr Philippe HENO (HIA Bégin - Saint Mandé)

Coordinateurs : MC Pascal NEDELLEC (BSPP)

et MP Aurélien RENARD (BSPP)

- **Troubles du rythme : mieux comprendre le mécanisme pour mieux comprendre le traitement**  
Pr Philippe HENO (HIA Bégin)
- **Tachycardie à QRS larges : une démarche diagnostique rapide et fiable**  
MC Daniel MEYRAN (BMPM)
- **Essais cliniques sur les T.S.V' confrontés aux Anti-Arythmiques des S.M.U.R.S**  
Dr Kolia MILOJEVIC (SAMU 78)

cette séance aura lieu à l'Amphithéâtre Baudens

> **Mardi 16 décembre 2008 à 16h30**

### Régulation médicale : nouveautés et perspectives

Président : MCS Jean-Jacques KOWALSKI (DSC)

Coordinateur : M1C Patrick HERTGEN (BSPP)

- **La régulation médicale dans un centre 15-18**  
Dr Nicolas BRIOLE (SAMU 91)
- **Quelle est la place des secours paramédicalisés ?**  
Infirmier-chef Michaël BOUÉ (SDIS 06)  
Infirmier-chef Yaël LECRAS (SDIS 59)
- **Nouvelles filières de soins urgents**  
M1C Patrick HERTGEN (BSPP)

cette séance aura lieu à l'Amphithéâtre Baudens

> **Mardi 7 avril 2009 à 16h30**

### Traumatismes céphaliques

Président : Dr Karim TAZAROURTE (SAMU 77)

Coordinateur : M2C Sophie LAGRANGE (BSPP)

- **Immobilisations des traumatismes céphalo-rachidiens**  
SCH Pascal COCAULT (BSPP)
- **Traumatismes crânio-faciaux**  
MC Olivier GOASGUEN (HIA Percy)
- **Traumatisme crânien grave**  
Dr Karim TAZAROURTE (SAMU 77)

> **Mardi 12 mai 2009 à 16h30**

### Victimologie des incendies en milieu urbain

Président : Professeur Hervé CARSIN

(Hôpital N.D. de Bon Secours - Metz)

Coordinateur : MP Stanislas WAROUX (BSPP)

- **Le grand brûlé à la phase initiale**  
MC Hervé LEBEVER (HIA Percy - Clamart)
- **In toxication par les fumées d'incendie**  
MC Michel RUTTIMANN (HIA Legouest - Metz)
- **Gestion médicale des incendies urbains**  
MC Claude FUILLA (DSC)

> **Mardi 13 janvier 2009 à 16h30**

### Morbidité et mortalité materno-fœtale en pré-hospitalier

Président : Dr Nadia BERKANE (Hôpital Tenon - Paris)

Coordinateur : Méd Sabine LEMOINE (BSPP)

- **Traumatismes graves et grossesse**  
Dr Alain ROZENBERG (Hôpital Necker - Paris)
- **Eclampsie en pré-hospitalier**  
Méd Sabine LEMOINE (BSPP)
- **Hémorragie de la délivrance**  
Dr Sandrine DEPRET (Hôpital Jeanne de Randras - Lille)

Amphithéâtre Rouvillois de l'École du Val-de-Grâce

1, Place Alphonse Laveran - 75005 PARIS - RER Port-Royal

(parking : hôpital du Val-de-Grâce - 74, Bd de Port-Royal - 75005 PARIS)

SECRETARIAT DES CONFÉRENCES : BSPP/SMU - 1, place Jules Renard - BP 31 75023 PARIS CEDEX 17 - Tél. : 01 56 79 67 53

Courriel : chefsmur.ssm@pompiersparis.fr