



SAMU MAGAZINE

Assistant de Régulation Médicale



Sommaire



Préface	4
Editorial	5
Introduction	6
Organigramme de l'AFARM	8
La Force du Collectif	10
ANCESU	12
CNUMU	14
Face aux situations de crise	15
La responsabilité des Assistants de Régulation Médicale	16
Board Régulation	20
Risque de Psychotrauma	24
La charge mentale en régulation	28
Régulation des AVC	32
La prise en charge par le SAMU	36
La qualité des soins	38
Le SAMU à l'ère de la téléconsultation	40
Le rôle des SAMU de Zone	42
I.A au SAMU	46
MCS FRANCE	50
Les Urgentistes	58
À ciel ouvert et à cœur ouvert!	64
Enquête de la FHF sur le déploiement du Service d'Accès aux Soins (SAS)	66
Les Ambulanciers SMUR	70
Focus sur les coordonnateurs ambulanciers	74
HéliSMUR	79
UMS Unité Moto SAMU	82
Que faut-il connaître en Centre 15 sur la transfusion ?	84
SMUR Pédiatrique	90
La Cellule des Transferts Périnataux	94
Aides Soignants(es)	98
l'Infirmier(ère) Gériatrique aux Urgences	100
L'Assistant(e) Sociale aux Urgences : Un soutien inestimable en temps de crise	102
La mission du psychologue aux urgences: Soutien et rétablissement émotionnel	103
Le Centre National Relais 114 (CNR 114)	104
CTA	111
CODIS	113
Centre de Consultation Médicale Maritime (CCMM)	114
Le SAMU et les Sauveteurs en Mer	116
CFARM	120
Le 061 en Espagne	122
La régulation préhospitalière Québécoise	126



**Publication Officielle de l'Association Française des Assistants
de Régulation Médicale des SAMU**

SAMU MAGAZINE - Dépôt légal : 22 4 833 651

www.afarm.fr - contact@samu-magazine.fr



Yann ROUET

Co-Président de l'Association Française des Assistants de Régulation Médicale des SAMU ARM



Alexandre MALUGA

Co-Président de l'Association Française des Assistants de Régulation Médicale des SAMU ARM



afarm.fr

“ Préface

L'Assistant de Régulation Médicale (ARM), en première ligne pour répondre à l'accès aux soins, est un métier méconnu du grand public.

Il a pourtant une responsabilité primordiale et un rôle plus que déterminant.

Sa mission est de premier plan dans le parcours de soin du patient, en situation d'urgence ou non.

Les ARM sont en effet les premiers à recevoir et à gérer les appels émis vers le 15.

Ils ont comme missions d'orienter au mieux les patients selon les situations et dans les plus brefs délais, que cela soit pour une orientation médicale ou une urgence déclenchant toutes sortes d'interventions par la suite.

Aujourd'hui, les besoins augmentent afin de répondre au mieux aux enjeux vitaux de la régulation médicale.

C'est pourquoi, le Ministère de la Santé et de la Prévention a lancé, une campagne de presse et de valorisation, pour mettre en lumière l'action essentielle des ARM.

Premiers interlocuteurs, ils en sont le pivot dans la chaîne du soin, écoutent, analysent et activent le dispositif d'aide adéquat lors de chaque appel, et cela dans des délais très courts.

Agir en orientant au mieux les Français dans leur parcours de soins, les guidant pour leur prise en charge.

Tout cela permet de contribuer chaque jour à sauver des vies.

Encouragements à tous les ARM des SAMU, félicitations à tous les partenaires collaborant à nos actions et vive remerciement à tous les annonceurs soutenant la pérennité de SAMU Magazine.



Dr Marc NOIZET

Président de SAMU Urgences de France



samu-urgences-de-france.fr

“ Editorial

Cette dernière année aura marqué encore une étape pour nos SAMU-Centre15. A la crise COVID a succédé une crise sanitaire nationale qui a une nouvelle fois mis sous pression nos régulations. C'est une fois de plus la preuve du rôle central que nous jouons pour structurer l'offre de soins et pour faciliter le parcours du patient dans un système de santé très fragilisé.

Alors nous ne pouvons que saluer une nouvelle fois l'investissement de chacun des professionnels qui œuvrent au quotidien sur nos plateformes et tout particulièrement celui des assistants de régulation médicale. Il est donc naturel dans ce contexte de reconnaître et de valoriser cette profession des acteurs centraux des SAMU-SAS.

Une première étape a été franchie avec la reconnaissance en janvier 2023 par l'Assemblée nationale du statut de professionnels de santé. Depuis plus d'un an, Samu-Urgences de France anime un groupe de travail associant l'AFARM, l'UNARM, la SFMU, l'ANCESU et les représentants des CFARM pour assurer les échanges et négociations avec la DGOS.

Aujourd'hui, nous continuons de demander :

- La publication de l'arrêté de formation sur lequel nous travaillons depuis dix mois,
- La promotion de cette profession émergente pour en faciliter les recrutements,
- L'accélération de la revalorisation salariale.

Le président de la République l'a rappelé dans ses vœux, le déploiement du SAS doit être accéléré pour couvrir l'intégralité du territoire. Nous avons besoin d'environ un millier de nouveaux ARM, ce qui nécessite urgemment un plan de recrutement national massif pour permettre d'identifier ces professionnels et de les accompagner dans un parcours de formation et de certification.

La régulation médicale des SAMU-SAS s'impose de manière encore plus évidente comme le pivot de l'organisation des soins urgents et non-programmés. Nous devons poursuivre ensemble les travaux pour consolider nos organisations, en améliorer la qualité et en développer l'évaluation.

Samu-Urgences de France restera engagé à vos côtés pour atteindre ces objectifs.

Merci pour votre engagement au quotidien si précieux pour nos appelants et pour le travail que vous effectuez afin de défendre au mieux cette belle profession qui est la vôtre.





Arnaud ROBINET
Président de la Fédération
Hospitalière de France



“ Introduction

En assurant le fonctionnement des 104 centres 15, la quasi-intégralité des lignes de SMUR et les trois quarts des services d'urgence, le secteur public est le premier sur le front de la prise en charge des situations d'urgence.

Pourtant, avec un doublement du nombre de passages aux urgences et un triplement du nombre d'appels au SAMU en seulement vingt ans, la pression sur les établissements publics s'est considérablement accrue. C'est ainsi que les services d'urgence et de régulation sont allés au-delà de leur mission initiale, dans un contexte de difficulté d'accès aux soins en ville.

Cette hausse continue n'est pas neutre sur l'activité hospitalière : près de 4 séjours d'hospitalisation sur 10 proviennent des urgences dans le secteur public, contre un seul dans le secteur privé. Malgré cette pression permanente et progressive, le service public a tenu, y compris dans les situations les plus critiques, en particulier lors de la crise épidémique et de ses nombreuses vagues.

Cette solidité est due à une structuration territoriale et historique bien pensée. La présence des SAMU dans l'établissement public de santé de la principale ville de chaque département assure ainsi un maillage de l'ensemble du territoire français.

Au-delà de cette raison historique et géographique, la mission de régulation est une mission de service public hospitalier qui ne peut souffrir d'aucune défection ni d'aucune sélection des activités, des patients, des périodes d'activité ou des horaires. C'est ce qui caractérise la mission de service public portée par les SAMU.

Pourtant, le SAMU et plus largement les services d'urgences font face à des difficultés de fonctionnement qui appellent à des réponses ambitieuses.

Comme beaucoup de services, les Urgences et les SMUR sont régulièrement en proie à de fortes tensions en matière de ressources humaines. Dans ce contexte, la FHF a soutenu la mise en place de dispositifs innovants portant des solutions alternatives, qui ont notamment été repris dans le cadre de la mission Braun (équipes mobiles paramédicales, médecin correspondant de SAMU, etc.). Si ces dispositifs sont pertinents localement, ils ne peuvent constituer des palliatifs, et leur mobilisation nécessite systématiquement celle d'un SMUR de façon concomitante. Il s'agit donc de mesures de complément, qui renforcent la pertinence d'une réponse adaptée en fonction de la situation des patients. En tout état de cause, les tensions rencontrées l'été dernier ont renforcé le caractère structurant des SAMU dans les territoires.



Les SAMU-Centres 15 occupent une place essentielle dans le fonctionnement des établissements publics de santé et plus largement dans la prise en charge de l'urgence.

Les SAMU doivent ainsi être au cœur des réformes organisationnelles qui s'annoncent pour renforcer l'accès aux soins et l'orientation des patients. C'est notamment l'objectif principal du service d'accès aux soins (SAS) que la FHF a largement soutenu.

Ce succès sera possible s'il existe une volonté commune des professionnels de santé d'un territoire d'articuler l'ensemble des professionnels de santé pour orienter au mieux le patient. Le SAS est avant tout un outil au service d'une politique territoriale de santé et d'objectifs partagés.

Le défi du SAS sera relevé si les moyens financiers, numériques et techniques sont garantis. Les établissements devront également disposer en nombre suffisant de ressources humaines, notamment d'Assistants de régulation médicale (ARM), pour garantir une réponse à la hauteur des besoins des patients et des usagers. La FHF restera vigilante afin que l'ensemble de ces conditions soient réunies pour garantir le succès du SAS.

Les SAMU-Centres 15 occupent une place essentielle dans le fonctionnement des établissements publics de santé et plus largement dans la prise en charge de l'urgence. La FHF sera toujours aux côtés des hospitaliers qui portent les missions fondamentales du service public.



Organigramme de l'AFARM



Co-Président

Yann ROUET



Alexandre MALUGA



Secrétaire

Béatrice CLARE



Myriam SOLAGNE



Chargé de communication

Brice GIRAUD



Sophie DUCARRE



Trésorier
Community Manager

Jonathan BOULET

GROUPE GRUAU 1889



LE SPÉCIALISTE
DES VÉHICULES
D'URGENCE

UNE GAMME SPECIFIQUE DÉDIÉE AUX
URGENCES

Les marques du Groupe Gruau vous accompagnent dans **tous vos besoins** de véhicules d'urgence. Du **Véhicule Léger Médicalisé (VLM)** à l'ambulance, notre gamme répondra à toutes vos **attentes et usages du quotidien**.



INNOVATION

Dans notre **ADN** depuis plus de 130 ans. Nous innovons pour vous **simplifier votre métier**.



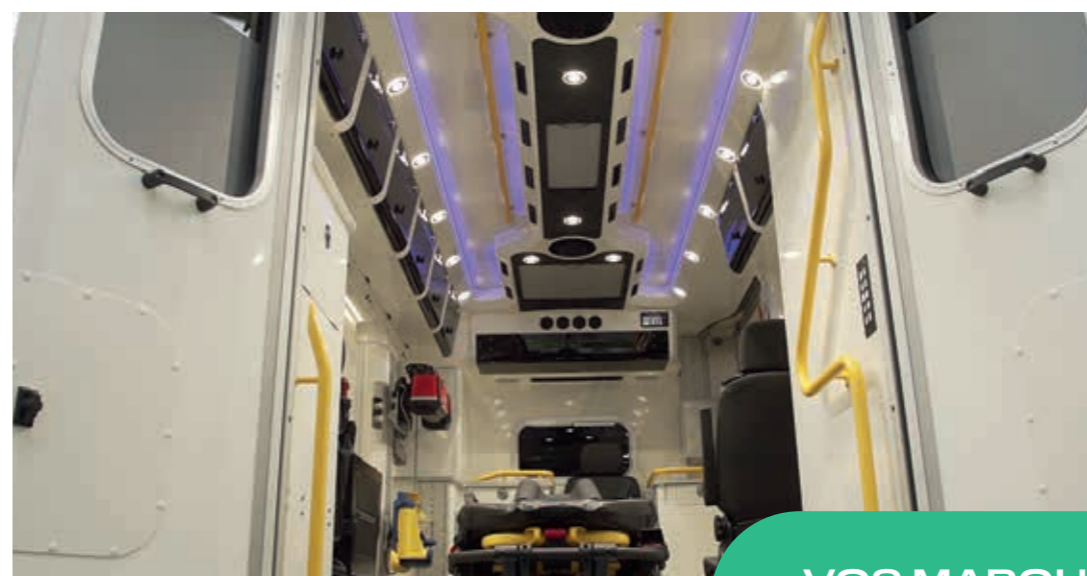
EXPERTISE

Des **experts à votre écoute** pour concevoir votre outil de travail selon vos besoins.



SAVOIR FAIRE

Un groupe familial avec une **fabrication française** pour vous **accompagner et vous satisfaire**.



Découvrez nos véhicules sur notre site web !



VOS MARQUES DE CONFIANCE





Vincent PRÉVOTEAU
Président de l'Association
des Directeurs d'Hôpital



adh-asso.org

La Force du Collectif

La complémentarité entre tous les maillons de la chaîne de soins

La crise sanitaire que nous avons combattue collectivement restera pour les hospitaliers en particulier et les professionnels de santé en général un temps marqué par un engagement inflexible, par un combat acharné contre la pandémie, par des capacités d'action et d'innovation qui ont été libérées et déployées, en synergie, sur les territoires, dans les établissements et au plus près du terrain.

Durant ce, ces combat(s), les hospitaliers ont fait face, avec toute la force de leur abnégation pour lutter contre un virus inconnu.

Les vagues à répétition ont été riches d'apprentissage et d'enseignements en offrant leurs lots d'inconnus, de doutes et d'incertitudes sur leur durée et leur impact. Cette crise que nous avons vécue au sein de l'hôpital, mais aussi aux côtés et en lien avec nos partenaires externes, notamment les communautés de professionnels de santé médicaux et paramédicaux ou d'autres institutions, nous apporte une expérience qu'il convient de capitaliser.

Cette crise a indéniablement été un crash test qui a démontré la force de l'hôpital public, son rôle, sa place essentielle dans l'édifice républicain et sa formidable capacité d'adaptation et d'innovation. Une capacité à agir vite, à

agir bien et à s'adapter à l'intérieur des établissements mais aussi à l'extérieur, sur les territoires, avec toujours le même but ; prendre en charge des patients. Prendre en charge, dans le même temps, des patients frappés par la Covid et des patients souffrant d'autres pathologies, tout en poursuivant les projets des structures pour les pérenniser et ne pas oublier l'après-crise.

L'engagement de tous les hospitaliers, de toutes celles et ceux qui composent la chaîne de soins, est venu démontrer que les capacités d'initiatives locales, de terrain, adaptées aux spécificités et réalités doivent être favorisées et soutenues. Dans les établissements en nous appuyant sur une gouvernance stabilisée qui a fait ses preuves durant ces longs mois de guerre, sur l'écoute et la confiance envers les professionnels qui doivent être encore renforcées, en favorisant plus encore un management proche des services et de leur binôme chef(fe) de service-cadre. Et sur les territoires, où les constructions collectives associant tous les partenaires doivent prendre en compte les spécificités pour bâtir une offre de soins permettant



à chacun de nos concitoyens d'avoir accès à la même qualité, à la même sécurité des soins. Le récent décret du 7 avril dernier, donnant un pouvoir de dérogation aux directeurs généraux des ARS, va dans ce sens. Il va dans le sens de la réalité et des spécificités des territoires. Il va aussi dans le sens de la confiance que nous devons avoir envers tous les acteurs.

Enfin, cette crise est venue encore plus marquer les complémentarités entre toutes celles et tous ceux qui œuvrent au sein de l'hôpital public. L'hôpital n'est pas et ne doit pas être un lieu d'enjeux de pouvoir, d'affrontement et d'oppositions entre des professionnels qui agissent avec un même but, qu'ils travaillent au lit du patient ou qu'ils participent à l'organisation et au fonctionnement des soins. Il est le lieu du soin pour toutes et tous. Ces complémentarités, essentielles pour bâtir une œuvre collective, sont une force pour irriguer la gouvernance hospitalière qui ne peut que s'enrichir de cette hybridation entre les métiers et les compétences, portée par l'ambition commune de donner à notre Service Public Hospitalier toute la place, l'excellence et la force qu'il doit avoir au service de la santé de nos concitoyens.





Dr Gaëil GHENO

Président de l'Association Nationale des Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence



ancesu.fr

ANCESU

Dans un contexte de crise pour l'hôpital public, comment ne pas souligner l'importance du « travailler ensemble » et du « réfléchir ensemble » à la médecine de demain : ce nouveau magazine, réunissant tous les acteurs du soin d'urgence en est l'illustration.

Depuis plusieurs mois, un groupe de travail pluriprofessionnel comprenant l'AFARM, les CFARM, la SFMU, SUDF, l'UNARM et l'ANCESU s'est constitué pour relever plusieurs défis : la reconnaissance statutaire et salariale des ARM ainsi que la réponse au besoin de formation d'un grand nombre d'ARM suite à la généralisation des SAS sur tout le territoire et à l'augmentation générale des appels santé.

Même si le chemin législatif est encore long, l'Assemblée nationale a voté le 19 janvier dernier l'entrée des ARM dans la filière soignante de la Fonction Publique Hospitalière.

De multiples propositions ont été faites à la DGOS concernant l'adaptation de l'offre de formation des ARM (dispositif transitoire, contrats de professionnalisation ou d'apprentissage, réflexions sur la formation continue ...). Le maillage territorial des CESU leur permettra de prêter main forte aux CFARM pour mettre en œuvre ces formations. Nous espérons voir sortir les textes rapidement.

L'actualité porte également sur les Unités Mobiles Hospitalière Paramédicalisées (UMH-P). Suite aux expérimentations récentes, un travail commun SFMU, SUDF et ANCESU a permis de proposer une réponse graduée à l'évolution de la demande de soins préhospitaliers observée au fil des années, conjuguée à la pression démographique croissante exercée sur les ressources médicales. L'ANCESU a proposé aux 103 CESU de France un programme de formation pour permettre la mise en place de ces UMH-P dans les zones ciblées

Enfin, il est impossible de clôturer cet édit sans évoquer les situations sanitaires exceptionnelles. A l'heure où la pandémie de COVID-19 est derrière nous, il nous faut redoubler de motivation pour préparer les crises sanitaires de demain. S'il est nécessaire d'accentuer les formations hospitalières aux SSE, l'ouverture vers le secteur ambulatoire est indispensable. Ainsi, co-construire des formations adaptées à tous les soignants libéraux souvent réunis en CPTS est l'objectif à atteindre dans les semaines qui viennent : les CESU de France répondront, une nouvelle fois, présents.

Nous sommes, nous professionnels de santé de l'urgence, toujours en quête de sens. Même si le quotidien nous fait régulièrement douter, «travailler ensemble» autour de nouveaux projets structurants pour améliorer les soins d'urgence est un puissant facteur de motivation pour poursuivre notre engagement.



Votre Unité Mobile Hospitalière la qualité BSE en +



Concepteur/fabricant français de véhicules sanitaires d'intervention

RÉFÉRENCÉ



UMH sur les bases de châssis :
• Mercedes Sprinter (3,8T de PTC)
• Fiat Ducato (4,25T de PTC)
Capacité : 5 personnes + 1 victime

BSEbact : la cellule antibactérienne et antiCovid-19 certifiée

Customer Care : le SAV de proximité réactif et innovant



Composez votre UMH à travers un large catalogue d'options !



BSE-AMBULANCES.COM

Tel : 05 59 20 76 31 - commercial@bse-ambulances.com
Bruno Scherer Entreprise - 10 rue Mentaberry - 64700 Hendaye



Pr Sandrine CHARPENTIER
Présidente du Collège National
des Universitaires de Médecine
d'Urgence



cnumu.fr

CNUMU

La « Santé » connaît des bouleversements sans précédent qui nous obligent à nous réinterroger sur nos organisations pour continuer à assurer une prise en charge efficiente de nos patients.

Plus que jamais la médecine d'urgence est en première ligne et les patients font de plus en plus appel aux SAMU-Centre 15 et aux urgences faute d'avoir trouvé d'autres alternatives.

Nous ne devons pas oublier que le cœur de notre métier d'urgentiste est de trier, diagnostiquer, traiter et orienter des patients dont le motif de recours est évocateur de pathologies pouvant mettre en jeu leur pronostic vital et fonctionnel.

Toute notre formation est basée sur ce principe : identifier très vite les patients les plus graves et exclure avec certitude à la fin de la prise en charge les pathologies qui pourraient mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel des patients.

Le triage, élément clé dans les situations sanitaires exceptionnelles, devient fondamental pour organiser le parcours de soins des patients au-delà du caractère urgent du motif de recours. En effet, cette 1ère étape de triage doit faire la part entre soins non programmés et soins d'urgence.

C'est tout l'enjeu du Service d'Accès aux Soins qui va se généraliser en 2024 entraînant un accroissement des besoins de formation en ARM dont le rôle est fondamental dans cette 1ère étape de triage et d'orientation.

Les urgentistes et les médecins généralistes doivent travailler ensemble pour apporter leur expertise dans la formation et ainsi permettre les meilleurs soins aux patients.



**Préfet
Christophe MIRMAND**
Président de l'Association
du Corps Préfectoral
et des Hauts Fonctionnaires
du Ministère de l'Intérieur



acphmi.fr

Face aux situations de crise

La crise sanitaire que nous avons traversée a montré à la fois l'excellence de notre système médical et hospitalier et l'abnégation et le courage de tous ses collaborateurs. Elle a aussi rappelé l'importance capitale du dialogue entre les institutions et l'adaptation dont doit faire preuve l'action publique à tout instant, tant au niveau national que territorial.

Les préfets, délégués du Gouvernement dans les départements et les régions et responsables premiers de l'organisation des pouvoirs publics en cas de crise majeure, ont conduit l'action de l'État, avec les acteurs de l'hôpital et de la médecine libérale, en lien étroit avec les Agences régionales de santé et les collectivités locales.

Mais, au-delà des crises, c'est au quotidien, toute l'année, que les services d'urgence apportent une réponse de proximité. Leur rôle de dernier ressort les conduit même souvent à la saturation, ce qui a amené le président de la République et le Gouvernement à prendre des engagements à cet égard. Nous serons à vos côtés pour mener cette mission à bien. Des réflexions sont aussi conduites pour une gestion mutualisée des différents centres d'appel d'urgence.

Face aux situations de crise mais aussi aux difficultés du quotidien, continuons notre dialogue afin de rendre encore plus efficace notre coopération, comme nous l'avons toujours fait, au service de nos concitoyens et de l'intérêt général.

Je vous souhaite une excellente lecture.



La responsabilité des Assistants de Régulation Médicale

Nés PARM (Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale) dans les années '70, les ARM (Assistants de Régulation Médicale) ont acquis une reconnaissance justifiée de leur profession notamment par leur intégration dans la catégorie B de la fonction publique en 2011 (assistants médico-administratifs, branche régulation médicale) et avec la parution du référentiel métier des ARM par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) en 2016.

Les missions de l'ARM :

D'une manière générale, pour apprécier la responsabilité professionnelle d'un individu, il faut en connaître les missions. La loi n°86-11 du 6 janvier 1986 (devenue l'article L6311-1 du Code de la santé publique) portant création des SAMU dispose que le SAMU doit « assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état ». Son organisation et son bon fonctionnement reposent sur le binôme ARM - médecin régulateur.

Les missions de l'ARM sont étendues. Vis-à-vis de l'appelant, l'ARM doit principalement identifier l'appelant, le lieu d'intervention et le patient, rechercher des signes de gravité, prioriser

l'appel pour la régulation médicale, présenter de manière synthétique et factuelle l'appel au médecin régulateur lorsque cette présentation est réalisable, et délivrer les éventuels conseils de gestuelle secouriste. L'ARM doit par ailleurs ouvrir et tenir le dossier de régulation, connaître la disponibilité et engager les effecteurs, réceptionner les bilans secouristes et anticiper l'admission hospitalière, savoir gérer les outils du CRRA (Centre de Réception et de Régulation des Appels) tant en fonctionnement conventionnel qu'en situation exceptionnelle.

Pour chaque motif de recours au SAS-SAMU, les missions générales ou spécifiques de l'ARM sont rappelées depuis 2019 dans le Guide de régulation médicale de la SFMU qui a succédé à deux éditions imprimées du Guide d'aide à la régulation au SAMU-centre 15 de SAMU de France créé en 2004. Il est accessible en ligne dans chaque CRRA. Ce Guide ne constitue pas un référentiel, qui serait opposable, mais une aide à l'analyse et à la décision, tant pour le médecin que

pour l'ARM. Pour l'ARM, la priorisation de l'appel à réguler (selon la classification P0, P1, P2, P3 du Guide de régulation médicale créée en 2004 et actualisée en 2019) et son orientation vers un médecin régulateur constituent l'acte décisionnel le plus important. Elle découle de son analyse des éléments qu'il a recherchés et recueillis lors de l'appel.

Plainte ou réclamation :

Dans le langage courant au sein d'un CRRA, le terme de plainte est souvent galvaudé et recouvre deux catégories de demandes : les simples réclamations reçues au final par le directeur de l'établissement hospitalier siège de SAS-SAMU, et les plaintes qui englobent les procédures administratives ou indemnitaires engagées contre le SAS-SAMU et les procédures pénales engagées contre un intervenant du CRRA. Les réclamations sont de loin les plus nombreuses mais elles sont rarement quantifiées voire qualifiées en

degré de gravité, aussi bien au niveau national qu'à l'intérieur d'un service.

Les voies de recours :

Un patient, ou ses ayants droit en cas de décès, qui estime subir un préjudice qu'il reproche à la prise en charge qu'il a eue lors d'un appel au SAS-SAMU

dispose de plusieurs voies de recours :

- devant les juridictions administratives (Tribunal administratif),
- devant les juridictions judiciaires pénales (Tribunal judiciaire),
- dans une procédure non juridictionnelle devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales (CCI).

Ces voies de recours diffèrent dans leurs modalités d'engagement, leur déroulement et parfois leurs conclusions. Elles ne s'excluent pas toujours mutuellement.

La justice administrative est la juridiction compétente pour les litiges opposant les particuliers et les administrations de l'État dont l'hôpital public. En effet, depuis la loi n°83-634 du 13 juillet 1983, la collectivité publique doit couvrir le fonctionnaire des condamnations civiles prononcées contre



lui, sauf en cas de faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions.

La procédure administrative est assez longue (souvent un à deux ans), ne peut être engagée qu'après échec d'une médiation avec l'hôpital, et entraîne des frais initiaux pour le demandeur (avocat, procédure d'expertise de justice...).

La justice pénale juge les personnes soupçonnées d'avoir commis une infraction définie par un article du Code pénal. C'est l'individu, identifié ou non (plainte contre X), qui est mis en cause personnellement, qui doit répondre de ses agissements et qui supporte lui-même une éventuelle condamnation (dommages et intérêts pour la victime ou ses ayants droit, amende pour l'État, peine d'emprisonnement pour lui-même). Cette procédure est très longue (pouvant

dépasser les cinq ans) et aboutit à d'éventuelles indemnités parfois moins élevées que devant une juridiction administrative. L'article 223-6 du Code pénal, souvent résumé en la non-assistance à personne en danger, est le plus souvent invoqué car son esprit est connu de tous les citoyens. La procédure pénale est complexe et difficile. Son engagement nécessite le recours à un avocat pour le demandeur. La défense des mis en cause impose l'assistance par un avocat pris à titre personnel.

Enfin, la Commission de Conciliation et d'Indemnisation, mise en place par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, vise à la résolution amiable des conflits par une conciliation et une éventuelle indemnisation.

Pour le demandeur, cette procédure offre l'avantage de la simplicité, de la rapidité (moins d'un an) et de la gratuité ; par contre, elle ne peut être engagée que devant un niveau de préjudice important qui est défini dans les textes.

Faute d'un recensement exhaustif, les assureurs des centres hospitaliers sièges de SAMU estiment que la très grande majorité des plaintes débouche sur des procédures de demandes de réparation des dommages subis (Tribunal administratif et CCI) et moins de 10% relèvent d'une demande de sanction pénale.

Pour être complet, il faut ajouter le fait, pour l'ARM, de devoir rendre des comptes à sa hiérarchie (cadre, chef de service, directeur).

La mise en cause d'un ARM :

Le décret n°90-359 du 21 septembre 1990 intègre les ARM dans la fonction publique hospitalière. En conséquence, l'ARM est couvert par l'Hôpital sauf dans les cas de faute détachable du service qui relève de la responsabilité personnelle de l'agent. C'est donc la responsabilité de l'Hôpital qui est recherchée dans la très grande majorité des



La prise en charge d'un appel et la décision qui en résulte sont menées sous la responsabilité du médecin régulateur.



procédures engagées. Bien évidemment, cela n'exonère pas l'ARM d'un travail consciencieux et de qualité ! En effet, dans toute procédure, les actions de l'ARM sont analysées, comme celles du médecin régulateur évidemment. Les agissements de chaque acteur du SAS-SAMU sont étudiés, analysés et comparés avec l'attitude qu'aurait eue un professionnel normalement compétent, avisé, et diligent, placé dans la même situation. C'est en ce sens que la constitution d'une faute détachable du service a son importance. Il s'agit d'une faute personnelle par un comportement inexcusable au regard de la déontologie de la profession. Même si le demandeur (celui qui engage une procédure) émet des reproches envers un ARM, c'est en fait souvent l'ensemble du traitement de son appel et la réponse apportée qu'il remet en cause.

L'interaction entre ARM et médecin régulateur et ses conséquences :

Les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé sur les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale (2011) précisent que « la prise en charge d'un appel et la décision qui en résulte sont menées sous la responsabilité du médecin régulateur. (...) L'acte de régulation médicale nécessite l'intervention du médecin régulateur. Il peut s'agir d'un entretien médical direct avec

l'appelant ou de la prise en compte et de la validation en temps réel d'une information transmise par l'ARM ». Cette dernière situation conforte l'ARM dans une exigence de qualité et justifie une organisation adaptée du service et un fonctionnement harmonieux notamment lorsque le médecin régulateur n'a pas un échange direct avec l'appelant.

Les médecins régulateurs ne font pas strictement partie de la fonction publique hospitalière, y compris les praticiens hospitaliers. Cependant, tous les médecins régulateurs, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux participants à la régulation médicale, sont couverts par la responsabilité de l'Hôpital, et en tant que collaborateur occasionnel du service public hospitalier pour les praticiens libéraux (article L6314-2 du Code de la santé publique). Comme pour les ARM, une faute détachable du service peut également être recherchée pour un médecin régulateur.

En pratique, c'est le plus souvent la décision du médecin régulateur, décision qui conclut l'acte médical de régulation, qui est mise en cause.

L'interaction entre ARM et organisation du CRRA et ses conséquences :

L'organisation du CRRA a un impact sur les responsabilités de chaque intervenant. Les règles d'organisation et de fonctionnement définissent les missions de chaque intervenant en situation conventionnelle et en situation



exceptionnelle. Les référentiels, le règlement intérieur, les protocoles et les diverses procédures les rappellent, ils doivent être connus et facilement accessibles. Le rôle des responsables (directeur médical et directeur administratif) est d'évaluer le fonctionnement de la structure et ses besoins. Leur responsabilité se porte sur la bonne utilisation des moyens disponibles et les demandes de moyens supplémentaires selon les besoins qu'ils ont évalués. Ainsi, le caractère exceptionnel et imprévisible d'un pic d'activité qui affecterait le bon déroulement de la mission de régulation pourrait être retenu par des juges pour limiter l'engagement de la responsabilité des intervenants, cela a déjà été le cas (Cour d'appel de Toulouse le 5 mars 2018) certes dans un service hospitalier différent (maternité). La qualité de la formation initiale et continue fait également partie de ce qui est recherché dans la responsabilité de l'Hôpital.

La médiatisation des affaires :

Il arrive que les médias s'emparent d'un reproche envers un SAS-SAMU. Il faut toujours être extrêmement prudent dans l'interprétation de ce qui est divulgué publiquement, car les informations sont toujours parcellaires et parfois partisans. Un avis sans connaître l'intégralité du dossier est hasardeux. C'est l'expertise de justice qui éclairera le juge qui, à l'issue de l'audience, rendra une décision souveraine.

Conclusion :

L'activité au sein d'un CRRA est complexe et difficile, d'autant qu'elle s'adresse à des individus en situation de faiblesse à ce moment-là : les patients. Comme tout intervenant du SAS-SAMU, l'Assistant de Régulation Médicale peut voir sa responsabilité recherchée. Engager sa responsabilité peut faire peur. Si cela doit motiver pour un travail de qualité, c'est aussi reconnaître l'importance de ses missions.

Compte tenu des procédures qui peuvent être engagées, il faut rester rassurant sur le caractère exceptionnel de la recherche de la responsabilité personnelle de l'ARM.

Dr Gilles BAGOU

Anesthésiste réanimateur – urgentiste
SAMU-SMUR de Lyon, CHU de Lyon
Expert national agréé par la Cour de Cassation
Expert près la Cour d'Appel de Lyon
Expert près la Cour Administrative d'Appel de Lyon.



L'An MMXXIII souligne une nouvelle fois un système de santé à bout de souffle ...

Pourtant, l'année 2023 est placée sous le signe de la rénovation notamment des filières de soins et de l'organisation du parcours des patients avec l'accès aux soins non programmés. L'enjeu est donc majeur pour consolider la place du SAMU-SAS et le rôle essentiel des professionnels de l'Urgence qui y travaillent.

Malgré cette ambiance un peu morose (on ne va pas se le cacher...) du monde la santé aujourd'hui, conséquence même de décision politique et économique du passé, les professionnels de santé sont encore debout et témoignent tous les jours avec ingéniosité de leur capacité de résilience pour avancer face aux nombreux défis de reconstruction du monde de demain. De nombreux projets ont été lancés et arrivent comme un éclaircissement dans ce brouillard épais sur le monde de la santé :

Le premier chantier est organisationnel: Le SAS tant décrié et qui laissait à désirer il y a quelques années devient en quelques mois la pensée unique sur le plan national après une phase d'expérimentation afin d'améliorer les filières et le parcours patient. « Soulager les Urgences débordées », c'est ce qui résume de ces expérimentations du terrain. Le ministère de la Santé et de la Prévention a diffusé le 16 janvier, dans le premier BO « Santé-protection sociale-solidarité » de l'année 2023, une instruction relative aux attendus pour la mise en place du SAS dans le

cadre de la généralisation progressive du dispositif. Établie à l'attention des directeurs généraux des ARS, l'instruction vient compléter celle du 24 juillet 2020 relative aux attendus pour la désignation de projets pilotes expérimentateurs. Elle se veut la somme des retours d'expérience des vingt-deux projets pilotes lancés depuis fin 2020 et fixe l'objectif de généralisation du SAS fin 2023. Elle souligne la capacité des professionnels de santé hospitaliers et de ville à travailler main dans la main pour répondre à toute heure et en tout lieu du département aux demandes de soins urgents ou non programmés. Il assure une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associe le service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2, et une régulation de médecine ambulatoire. En plus d'être fédérateur et à l'image du territoire, il ouvre le champ à de nouveaux projets pour améliorer encore plus l'accès aux soins (EPMU, UMT, UMH, P..) et des

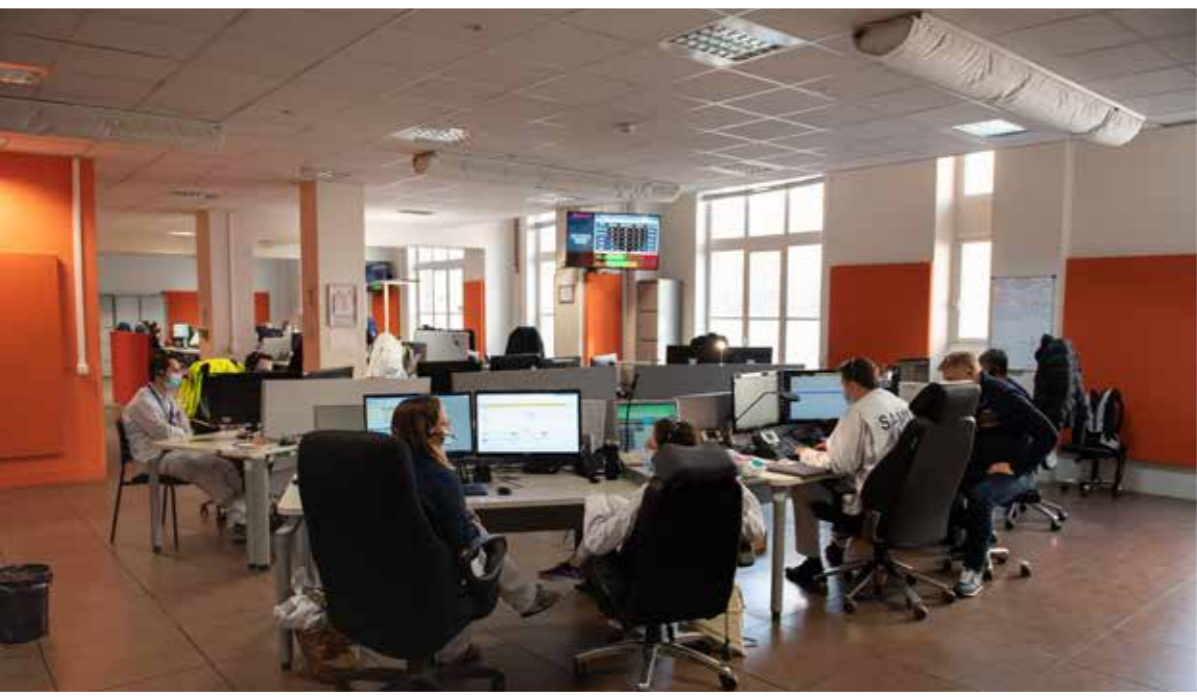


collaborations efficaces avec de nombreux professionnels impliqués dans l'organisation des soins (urgentistes, généralistes, psychiatre, PTA, dentistes, infirmiers, généralistes...). Futur groupement de coopération de sanitaire (GCS) où seront représentés régulation hospitalière (25%), libérale (25%) et médecins effecteurs (50%).

Le deuxième chantier cible les professionnels avec la mise en lumière des Assistants de Régulation Médicale (ARM) est le témoin d'une nouvelle pensée médicale qui offre à chacun de conforter sa place et son utilité dans la prise en charge des patients. La création des CFARM en 2019 est une des principales causes de cette bonne dynamique « Il faut rendre à César ce qui est à César ». Une formation plus efficace fournie des professionnels plus engagés et plus experts dans le domaine du secours à la victime. Leur talent « la communication » semble être un art longtemps oublié mais nécessite une maîtrise fine pour mieux orienter, informer et décider. La recherche clinique et les experts en linguistique interactionnelle viennent à point nommé pour améliorer la performance des professionnels médicaux et non médicaux. La reconnaissance récente des ARM comme professionnels de santé va faciliter leur intégration en tant que formateurs dans les Centres d'enseignements de Soins D'urgence (CESU). Cette nouvelle activité professionnelle a pour objectif d'assurer une attractivité du métier, une évolution de poste mais aussi une montée en compétences afin de faciliter l'intégration des nouveaux arrivants dans des équipes en manque d'effectif.



La reconnaissance récente des ARM comme professionnels de santé va faciliter leur intégration en tant que formateurs dans les Centres d'enseignements de Soins D'urgence (CESU).



Enfin, le troisième chantier est centré sur l'innovation avec de nouvelles solutions, de nouveaux services qui ouvrent de belles perspectives tant sur le plan SANTÉ que TECHNOLOGIQUE. Après une longue période de production, la plateforme SI Samu garantissant l'homogénéisation à tous est en plein déploiement sur l'ensemble du territoire. Son défi : améliorer la prise en charge des patients, sécuriser le système d'information, assurer l'interopérabilité entre les services d'Incendie et de Secours (SDIS) et les SAMU tout en mettant à disposition les nouveaux outils aux professionnels pour le quotidien mais aussi en cas de situation sanitaire exceptionnelle. L'aide au diagnostic avec l'intégration de la visiophonie durant les années COVID n'était qu'un prémice de cette évolution. L'arrivée de la télémédecine dans les territoires les plus reculés se répand progressivement pour répondre aux difficultés d'accès aux soins. L'utilisation de la téléconsultation (ex-unité mobile de téléconsultation), de la téléexpertise (ex. :AVC) et de la télé-assistance (ECG téléassistée dans les ambulances, en EHPAD) montrent des résultats performants pour soigner malgré les distances. L'intelligence artificielle, elle aussi, promet de révolutionner notre quotidien en facilitant le triage et l'évaluation de la gravité, l'orientation mais aussi le choix des vecteurs et même la décision grâce à l'analyse de la voix...

Face à ce constat, j'espère vous avoir redonné l'envie d'avancer, créer et « pousser les murs ». Nous avons de beaux projets devant nous, donc gardez espoir et croyez à cette intelligence collective qui fera la santé de demain ...

À bon entendeur



Dr Mathieu VIOLEAU
Médecin SAMU 79 Board Régulation
Board innovation SFMU – CESU – CPCMU



Risque de Psychotrauma

L'ARM en première ligne

Parmi les risques liés à la surcharge mentale, il en est un qui fait figure de proue, le risque de psychotrauma. Largement médiatisé depuis les attentats en France, le PTSD (Post Traumatic Stress Disorder — troubles de stress post-traumatique) aurait pu déclencher une avalanche de moyens depuis 2015, dans les structures d'urgence notamment. Pourtant, peu de SAMU disposent d'une psychologue dédiée par exemple, pour débriefer les équipes rapidement.

Si les «soignants» (au sens large et non statutaire...) sont particulièrement sujets à ce type de complications en cas d'événements lourds sur le plan psychique, peu d'agents connaissent les signes liés à ce type de souffrance.

Or, après certaines situations ou devant certains symptômes, il faut savoir évoquer le traumatisme vicariant (spécifique au milieu du soin), voire le trouble de stress post-traumatique.

En temps de guerre, le PTSD a été décrit par les plus grands psychiatres. Louis Crocq¹ psychiatre français de renom, à l'origine de la création des Cump en France, a décrit le drame que vivaient certains militaires, pourtant taillés pour faire face, et qui témoignaient de reviviscences et autres cauchemars, une fois de retour au pays. Depuis le PTSD a été décrit pour bien d'autres situations, notamment lors d'attentats ou de catastrophes naturelles. Pour les soignants du quotidien, nul besoin aujourd'hui de partir à l'étranger pour croiser l'atroce, l'indicible, et ce, même si certains se croient protégés.

Sur ce thème particulier, nul n'est question de compétence ou d'aptitude à exercer dans un SAMU. Se sentant protéger sans doute, d'aucuns clament parfois (même après le Bataclan et Nice) que «si on n'est pas taillé pour faire du SAMU, alors on n'en fait pas»... Certes, ce sont les risques du métier. Mais c'est bien, parce qu'il s'agit d'un risque réel (au même titre qu'une

fracture de la hanche en cas de chute dans les escaliers), qu'il convient de s'informer voire de se prémunir. Tout comme la hanche, c'est violent, parfois inattendu, ça fait mal et ça laisse une belle cicatrice ! Et pourtant la victime se croyait solide sur ses deux jambes en haut de l'escalier...

De l'empathie... à la fatigue de compassion

Les ARM ne font pas ce métier par hasard. L'empathie est au cœur de leur engagement et de la relation d'aide. Mais à force de remplir le sac à dos émotionnel, l'empathie peut finalement aboutir à une fatigue compassionnelle, puis au traumatisme vicariant, voire même au PTSD.

Dès le décroché, l'assistant de régulation médical s'expose au risque de charge émotionnelle à fort potentiel traumatique, surtout si les situations sont répétitives. Les ARM n'échappent pas à la règle, à l'image des gendarmes qui recensent quotidiennement des informations à caractère violent. Ils peuvent, à ce titre, ressentir des perturbations psychiques. «Le traumatisme vicariant est considéré comme un traumatisme par contagion ou par identification, lorsqu'un professionnel est en contact régulier avec des sujets traumatisés»². Comme le rappelle Carole Damiani, «Ce traumatisme est déterminé par une surcharge émotionnelle lorsque les professionnels sont confrontés à la souffrance d'autrui ou à des situations qui leur font éprouver des émotions intenses et qui s'accumulent». Et cette accumulation peut engendrer, à

force, une modification profonde de l'identité.

Carole Damiani en rappelle la symptomatologie : pensées intrusives, sentiment de vulnérabilité, manifestations somatiques, nausées, troubles du sommeil, difficultés relationnelles, épuisement émotionnel, troubles sexuels, préoccupation quant à sa sécurité, difficultés à séparer vie personnelle et professionnelle, faible tolérance à la frustration, irritabilité, colère, crainte à travailler avec

certaines personnes, perte d'efficacité, perte de sens, d'enthousiasme, sentiment d'impuissance, sentiment de mal faire, cynisme.

Dans son livre «Les Blessures Invisibles», Michèle Vitry décrit la part d'implication que chaque accompagnant peut investir auprès des victimes. «L'accompagnement qu'il soit psychologique ou social, nécessite de donner de soi pour permettre à la victime de revenir dans la communauté humaine. L'écoute impose de se laisser toucher pour pouvoir réanimer psychiquement l'autre. Et même si l'accompagnant n'est pas en contact avec l'événement, il court le risque d'être saisi en miroir par l'effraction de l'autre dans un effet de contamination par l'impact de récit chargé d'effroi»³. Même si la durée d'écoute des appelants par les ARM est inférieure à celle rencontrée par les écoutants des CUMP par exemple, il n'en reste pas moins que la cruauté des informations recensées, la douleur entendue, l'urgence de la situation peuvent amener au sentiment de débordement personnel.

Du traumatisme vicariant au PTSD, la frontière est mince

Certes, le traumatisme vicariant ne résulte pas d'une effraction psychique, en tant que telle. Il s'agit d'une accumulation. Mais si l'on s'appuie sur le DSM V, bible référentielle de la psychiatrie, le PTSD concerne ceux qui sont confrontés au Réel de la Mort sous plusieurs aspects : Soit de manière soudaine et unique. Soit de manière répétitive (Critère A) : Avoir été exposé à un événement traumatogène par :

1. exposition directe,
2. comme témoin,
3. si on apprend qu'un proche parent ou ami vient de décéder de mort violente
4. comme intervenant (sauveteur, policiers, personnel ramassant des restes humains). L'ARM ne serait-il pas ici concerné ?

Et qui présentent des symptômes de reviviscence (Critères B), une conduite d'évitement (au souvenir de l'événement, situations ou personnes) (Critère C), une altération négative de l'humeur (Critère D), de la vigilance, de la réactivité en rapport avec l'événement (Critère E).

Le risque de développer un PTSD est encore plus grand si l'écoutant est en situation de fatigue intense, vit un déséquilibre familial, personnel, se sent momentanément en baisse d'estime de soi ou en dehors de l'équipe par exemple.

Exposés aux «blessures invisibles»

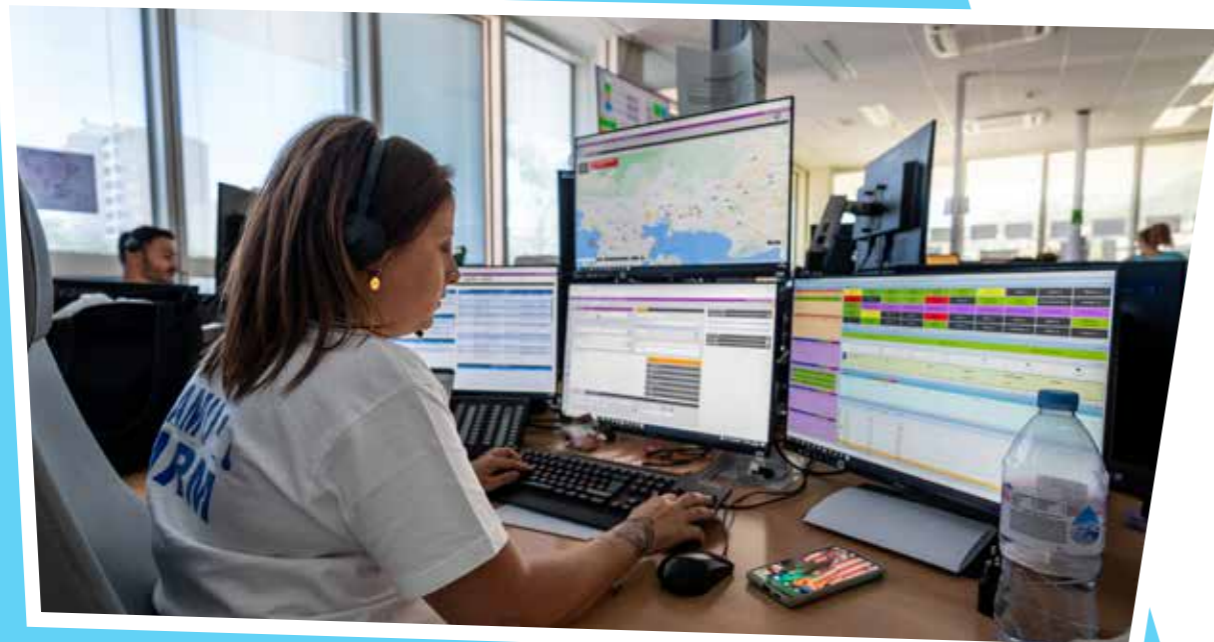
Les primorépondants que constituent les ARM décrochaient (en 2016) environ 31 millions d'appels en France. Une enquête réalisée en 2018 a permis d'interroger 400 ARM, répartis au



sein de 13 SAMU. Cette étude a été restituée dans un article scientifique en 2019. Et il pointe du doigt l'inadéquation alarmante entre le statut d'agent administratif des ARM et leur exposition à des situations de détresse. «Qu'il s'agisse de catastrophes naturelles, d'accidents collectifs ou de terrorisme, le risque de PTSD chez ces intervenants est clairement établi. [...]»⁴. Anne-Laure B, ARM au SAMU 22 depuis 24 ans, le rappelle aux jeunes recrues qui viennent découvrir le métier «L'équilibre personnel est vital. Le sac à dos ne doit pas être trop rempli avant d'arriver, car le métier d'ARM est dur, on s'en prend plein la tête, pendant 12 heures et tout au long de la carrière. Les anciens le disent. Ce n'est que lorsqu'on arrête, qu'on réalise, après coup, qu'on a souffert de certaines situations».

Les 400 ARM interrogés relevaient cinq types d'événements notés pour eux comme «marquants» : «la mort, dont le décès des ados ou enfants, la détresse psychique des appelants, les accidents graves, les violences sexuelles et agressions violentes. Les attentats sont cités par 24% des ARM⁵. Face à ces situations, les sentiments ressentis par les ARM au moment de l'appel, sont l'impuissance, l'horreur, la colère et la peur intense».

Cet article détaillait aussi les signes spécifiques rencontrés chez les ARM, laissant envisager pour un tiers d'entre eux, une symptomatologie évocatrice d'un PTSD complet ou incomplet, avec des processus traumatiques spécifiques. Parmi eux, «le taux d'ARM ayant une symptomatologie évocatrice d'un PTSD complet était comparable à celui évoqué dans une autre étude sur les personnels des SAMU, en contact direct avec les patients (médecins, IADE, IDE, ambulanciers)». Déjà en 2002, le même auteur mettait en avant le fait que les plus exposés n'étaient pas nécessairement ceux qui étaient sur le terrain, «la fonction d'ARM semblait associée à un risque important de souffrance psychique»⁶.



Prévention, formation, débriefings

L'enquête de 2018 confirmait que la formation et les sessions de prévention constituaient des moyens de protections efficaces. Or, parmi les ARM interrogés, 78% n'étaient pas sensibilisés au psychotraumatisme. Si le nouveau référentiel de formation inclut un module sur 'la communication et la gestion des réactions comportementales' (Bloc de compétences 1) et un autre, intitulé 'communication, comportement et traitement des informations en situations sanitaires exceptionnelles' (Bloc de compétences 4), il n'en reste pas moins que tous les 'anciens', n'ont pas reçu cette formation. Par ailleurs, 72% estimaient ne pas avoir de reconnaissance au travail.

Rappelons que les pistes de réflexion évoquées lors de l'enquête nationale AFARM de mai 2023 insistent sur la formation à la gestion du stress et des émotions. Les formations de prévention en lien avec les risques de Psychotrauma seraient également à envisager, à minima pour informer sur les risques encourus et la symptomatologie associée.

Rappelons aussi que l'employeur a le devoir de 'prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, à leur poste de travail'⁷. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formation, la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. Cette obligation concerne les risques psychosociaux tels que la surcharge de travail, les agressions et la violence interne et/ou externe, mais également ceux liés à la pénibilité, comme par exemple, le bruit ou certains rythmes de travail.

Puisque les ARM sont sujets aux risques de trauma psychique, ne serait-il pas utile de leur proposer des débriefings réguliers, avec du personnel formé, en vue d'anticiper les situations de détresse de certains agents? Situations qui passent parfois inaperçues malgré la souffrance ressentie... Ne serait-il pas opportun d'initier les ARM aux symptômes évocateurs d'une fatigue compassionnelle, d'un traumatisme vicariant, voire du PTSD, afin de rester dans le prendre soin.... De soi. Et des autres...?



Annabelle DIDIER

IADE (Bloc/Samu 22)
DIU de Psychotrauma (La Sorbonne, 2021)
Porteuse de projet 'Les impliqués face aux risques de psychotrauma : mieux repérer pour mieux réparer'.

Références :

- ¹Croca, L. « Les Traumatismes psychiques de guerre », Edition Odile Jacob, avril 2012.
- ²Damiani, C. « Les mots du Trauma », Edition Philippe Duval, Novembre 2011, p.269.
- ³Vitry, M. « Les Blessures invisibles », Edition l'Harmattan, octobre 2022, p.292-293.
- ⁴Hilaire Schneider, C. et ad. « L'encéphale », volume 47, numéro 4. Pages 388-394 (juin 2020).
- ⁵Ibid.
- ⁶Jehel, L. « Victimes et soignants face au traumatisme psychique : étude de facteurs prédictifs péritraumatiques et validations d'instruments de mesures », Paris 2002 : 6.
- ⁷Chapitre 1er : Obligations de l'employeur. (Articles L4121-1 à L4121-5), Modifié par Ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017 - art. 2

NESPRESSO®

RE-RE-RE-RE RE-CYCLABLE.



L'aluminium de nos capsules est **100 % recyclable**.
Nous faisons en sorte que toutes nos capsules Original soient issues à 80 % d'aluminium recyclé d'ici fin 2021.

NESPRESSO AGIT POUR LE RECYCLAGE.

*what else?**

* Quoi d'autre ?



La charge mentale en régulation

Être bien ARMés pour se protéger...

Parmi les facteurs liés à la pénibilité du travail d'ARM, la charge mentale est omniprésente. Le risque n'est pas nul pour la santé. Du stress inhérent au métier lui-même, en passant par les situations répétitives à fort potentiel émotionnel, chaque ARM s'expose quotidiennement à un mal invisible. Levons le voile sur cette face cachée du métier : la charge mentale des ARM et ses risques sur la santé physique et mentale.

« Madame, répondez à mes questions... Madame... J'ai besoin de ces informations, pour adapter les secours... Je comprends Madame... ». Le ton se veut à la fois ferme et rassurant, les questions de Charlotte* sont ciblées pour obtenir des informations essentielles, au déclenchement rapide et efficace des moyens de secours. La journée ne fait que commencer pour les 5 ARM de ce centre d'appels breton, et pourtant, près de 200 appels ont déjà été enregistrés

depuis minuit. La saison estivale bat son plein, ici, en Côtes d'Armor, avec un bassin de population qui connaît des pics de fréquentation croissants, y compris en dehors de la pleine saison. Les pics d'appels peuvent dépasser les 1300 par jour sur certaines périodes. Chaque année en Bretagne, les Centres 15 du Samu doivent faire face à des périodes plus tendues : lors des pics hivernaux mais aussi l'été, avec l'arrivée des touristes ou des festivaliers. Le Finistère, par exemple, a accueilli plus de 346.000 festivaliers sur 5 jours, lors du Festival des Vieilles Charrues à Carhaix, en juillet dernier.

A l'image de cette région, tous les centres d'appel français connaissent ces situations de tension extrême. « La demande de la population s'accroît, sous le poids de la désertification médicale. Le gouvernement incite les citoyens à composer le 15 avant de se rendre dans certains services d'urgence dont l'accès est désormais régulé, faute de moyens pour accueillir les patients », souligne Yann Rouet, co-président de l'AFARM.... Ajoutons à ces phénomènes, l'arrivée en France des SAS (Services d'Accès aux Soins). Cette nouvelle organisation qui offre la possibilité de gérer plus globalement le parcours de soins du patient en demande urgente, présente aussi son revers : la régulation de ces appels passe par les Centres 15, augmentant ainsi la charge de travail au quotidien des ARM.

Dans ce contexte, il est évident que la charge mentale qui pèse sur les épaules de chaque assistant de régulation médicale, ne cesse de croître. Et ce n'est pas sans conséquence sur la santé des individus d'une part, mais aussi sur l'organisation d'autre part.

Charge mentale : de quoi parle-t-on ?

Pour répondre à cette question, inspirons-nous des travaux de Lucie Cuvelier, expert en matière de santé au travail. Elle rapporte que la notion de charge mentale remonte historiquement aux études sur les limites du système humain de traitement de l'information. Deux grands courants de pensée semblent s'opposer sur le sujet : le courant du « canal unique », avançant l'hypothèse que l'homme possède une « capacité sérieusement limitée pour le traitement de l'ensemble des matériaux à un moment donné ». Un autre courant invoque plutôt « la gestion de ressources attentionnelles, considérant cette attention, comme une sorte de réservoir de capacité, de ressources, susceptibles d'être mobilisées, en plus ou moins grande quantité, dans les diverses opérations mentales¹ ».

La charge mentale, en situation professionnelle, varie donc en fonction de la charge de travail. Mais alors comment



définir la charge de travail ? Les experts ergonomes distinguent, selon L.Cuvelier, la notion de contrainte (stress, en anglais) et d'astreinte (strain) : « La contrainte (ou niveau d'exigence) regroupe les exigences liées à la tâche mais également les exigences de performance auxquels sont soumis ceux qui réalisent la tâche. L'astreinte, quant à elle, représente le degré de mobilisation, d'effort, fourni par l'opérateur, en référence à l'activité réelle² ». Il y aurait donc les incontournables que la tâche exige de nous (contraintes) mais aussi la pression que l'on se met pour la réaliser au mieux (astreinte), ce fameux « quoi qu'il en m'en coûte, je dois réaliser cette tâche »...

Pour André Tricot et Lucile Chanquoy, ergonomes du travail, « la charge mentale est la quantité de ressources mentales mobilisées par le sujet pour réaliser une tâche³ ». Ainsi, nous pouvons donc avancer que les ARM disposent d'un réservoir attentionnel propre, variant nécessairement en fonction de ses propres ressources et problèmes personnels. Ce réservoir d'énergie attentionnelle, cognitive, constitue donc son stock, lui permettant de gérer les appels qu'il prend en ligne lorsqu'il décroche au Centre 15.

Chacun disposant d'un cursus spécifique, s'appuyant sur sa formation et son expérience, va ainsi « gérer » ses appels avec la charge émotionnelle qu'il voudra (pourra) y investir. Selon la nature de la tâche à réaliser, chaque ARM sera en mesure de gérer avec une certaine expertise tel ou tel appel, accompagner une réanimation téléphonique avec plus ou moins de facilité. Devant l'exigence réelle liée à la tâche, chaque ARM y investira une part de soi, sa part d'exigence, liée à ses valeurs professionnelles et personnelles. Ainsi, pour une même situation, chaque opérateur téléphonique ne puisera pas la même énergie dans son réservoir.

Une norme internationale (ISO 10075-1 :2017) définit le concept de charge mentale comme étant « l'ensemble des influences exercées par des facteurs externes sur un être humain et l'affectant mentalement⁴ ».

En situation de travail, il s'agirait donc de privilégier un équilibre entre plusieurs facteurs : la tâche à réaliser, l'attention requise pour la réaliser, son degré d'implication attentionnelle (son exigence perçue), ses propres ressources cognitives du moment (parfois altérées par des événements personnels, une fatigue, une contrariété etc...) et les contraintes environnementales (open space, bruit environnant, manque de personnels etc...).

Les facteurs d'usure mentale

Difficile à mesurer scientifiquement, les méthodes et outils ne trouvant pas consensus, l'évaluation de la charge mentale repose donc sur le ressenti des travailleurs. Les ARM interrogés lors d'une enquête nationale en mai dernier⁵ pointent du doigt plusieurs facteurs pouvant altérer leur attention ou leur comportement, certains parlant d'usure professionnelle.

- Nombre d'appels croissants
- Gestion du stress lié à l'appel, à la gestion de la situation
- Timing (le temps de décrochage, le chrono lors de la prise d'infos).
- Relationnel avec les régulateurs
- Encadrements des nouveaux collègues, des intérimaires, des emplois d'été
- Turn Over des Missions entre ARM entrant, bilan et moyens
- Bruit ambiant (parfois lié à l'Open Space)



- Risque judiciaire, en référence à l'affaire de Strasbourg
- Risque / peur d'avoir mal géré, d'être passé à côté d'une information essentielle
- Peur de la sanction
- Menaces, insultes.
- Récurrence des situations dramatiques, déstabilisantes émotionnellement.

La précarité de l'emploi et le déséquilibre organisationnel seraient, par ailleurs, deux facteurs renforçant ce sentiment global d'insatisfaction et d'usure.

« Sous pression »... ?

Cette enquête réalisée par l'AFARM a permis à 606 ARM de s'exprimer, sur les 2500 ARM en France. Les réponses mettent en lumière plusieurs axes de réflexion, en lien avec la charge mentale.

Ainsi 76% des sondés ont le sentiment d'avoir une charge mentale trop importante en lien direct avec leur profession. Les causes sont multifactorielles, aux premiers rangs desquels la détresse croissante des appelants, l'augmentation du nombre d'appels, les menaces et l'agressivité mais également les problèmes organisationnels (manque de personnels, relations avec la hiérarchie). 58% des ARM interrogés ont le sentiment de découragement et de frustration alors qu'ils ont moins de 10 ans d'ancienneté, un sentiment majoré depuis l'arrivée du SAS, par le manque de moyens et de reconnaissance, d'écoute ou de considération.

Parmi les réponses, il est à noter que 18% des ARM interrogés au niveau national ne se sentent pas en sécurité physique sur leur lieu de travail, et 41% ne se sentent pas en sécurité

mentale, avec comme causes majeures, l'agressivité des appelants et le manque de moyens, voire de soutien moral par la hiérarchie. Aujourd'hui, 70% des sondés aimeraient rencontrer plus régulièrement la Médecine Préventive, pour évoquer leur travail, et 14% dénoncent l'impossibilité qu'ils disent avoir, de déposer plainte en cas de menace de mort. Plus alarmant encore, cette enquête nationale met en avant un sentiment d'abandon ressenti par les ARM, ces derniers estimant à 70% que leur hiérarchie ne se soucie pas de leur santé et ni de leur bien-être. Pourtant, cet accompagnement fait la différence au quotidien. « Dans notre établissement, lors de chaque signalement pour menace grave de la part de l'appelant, l'administration intervient auprès de l'utilisateur pour un rappel à la loi », note une ARM du Samu 22.

Comment durer dans le métier ?

En cas d'appels à fort potentiel émotionnel, ce sont finalement les collègues qui deviennent la première ressource de bien-être, pour raconter le vécu immédiat. Plusieurs SAMU disposent ensuite d'un psychologue dédié au service, comme dans les Grandes Métropoles mais aussi de plus petits centres, comme le Finistère par exemple. Si ces situations font encore figure d'exception, les ARM ont conscience que l'aide active et rapide d'un psychologue constituerait un bénéfice pour eux. Parmi les ressources évoquées par les ARM, la formation à la gestion du stress permettrait « de durer dans le métier, et acquérir une meilleure gestion des émotions, des appels compliqués et récurrents, mais aussi de mieux gérer la pression des collègues, de la hiérarchie ». Si 32% des personnes interrogées disent souffrir de pathologies physiques et/ou mentales en lien direct avec



leur travail, 79% des ARM déclarent ne pas trouver de réel moyen d'évacuer leur stress. Pourtant, les risques sont grands en termes de répercussions physiques, mentales, familiales, voire sociétales. Le soutien familial, le sport, la méditation ou la randonnée sont aujourd'hui citées comme moyens de « souffler » à l'extérieur. Mais là encore, c'est l'agent lui-même qui trouve des solutions à une souffrance, en lien avec le travail mais dont les causes sont le plus souvent collectives voire organisationnelles.

Alors, si certains SAMU l'ont déjà bien compris en France, en proposant un vrai soutien, pour se prémunir du risque de traumatisme vicariant voire du psychotrauma, d'autres adaptent les temps de pause et proposent des espaces dédiés. Rappelons qu'il s'agit là d'un véritable enjeu de santé publique. Puisqu'il convient de préserver la santé des salariés, exposés en tant que premier maillon, à la détresse d'utilisateurs en situation d'urgence vitale, pour beaucoup d'entre eux.

Reconnaître cette profession comme étant à risque élevé, sur les plans mental et physique, serait un signe fort en direction de ceux qui... décrochent le téléphone, pour sauver une vie...



Annabelle DIDIER

IADE (Bloc/Samu 22)
DIU de Psychotrauma (La Sorbonne, 2021)

Références :

- ¹CUVELIER, L., « Mesures quantitatives de la charge mentale : avancées, limites et usages pour la prévention des risques professionnels », Elsevier Masson, 23 janvier 2012, p.122.
- ²Id.
- ³TRICOT A, CHANQUOY, L., « Introduction : la charge mentale. Vertu dormitive » ou concept opérationnel ? *Psychologie française*, 1996 ; 41 (4) ; 313-8.
- ⁴ISO. ISO 10075-1 :2017 : Principes ergonomiques concernant la charge de travail mentale – Partie 1 : questions et concepts généraux, termes et définitions. 2017. www.iso.org/fr/standard/66900.html.
- ⁵AFARM, « Rapport d'enquête sur la Qualité de Vie et conditions de travail des ARM », Mai 2023.



Régulation des AVC

Pour qui ?

Tout déficit neurologique focal, brutal, régressif ou non, de moins de 24h, doit/devrait être régulé de la même façon.

Problématiques :

« **déficit focal** » : qui paraît lié à une atteinte vasculaire. Le régulateur, aidé ou non par le neurovasculaire, va estimer si la présentation clinique est compatible ou non avec un Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

« **brutal** » : un AVC s'installe soudainement, soit plus rarement en « marche d'escalier » c'est-à-dire qu'à un déficit brutal s'ajoute brutalement un autre déficit, etc.

Mais attention, **un déficit régressif n'exclut pas un AVC**, (influence de la position du patient notamment)

Pourquoi ?

Il existe 2 types d'AVC : ischémique et hémorragique. Les AVC ischémiques peuvent bénéficier d'une thrombolyse intra veineuse pour tenter de dissoudre le caillot, dans certaines conditions :

- A minima éliminer un AVC hémorragique
- ou mieux : identifier un AVC ischémique.

Cela oblige à réaliser une imagerie, par scanner ou mieux par Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), sachant que certaines situations exigent une IRM (authentifier un AVC ischémique, AVC du réveil...).

- **Délai court** : 4h30 du début, ce délai dans certaines conditions peut être étendu mais avec une chance de succès moindre. Plus c'est tôt plus c'est efficace.
- «gravité» du handicap clinique immédiat, ou redouté à terme
- absence de contre-indication à ce traitement
- médecin autorisé à administrer ce traitement
- (neurologue en Unité NeuroVasculaire (UNV), ou urgentiste dans le cas particulier d'un Service d'Accueil des Urgences (SAU) autorisé pour l'activité de télé-médecine AVC) cf plus loin

- à la place de ce traitement ou en complément, le neurologue peut être amené à proposer un traitement ultra spécialisé endovasculaire, mais peu d'hôpitaux peuvent le réaliser, et le délai d'acheminement vers les sites qui le réalisent peut être long. Là encore, plus c'est rapide mieux c'est.

Comment ? = la filière AVC

On parle de « filière » car tous les acteurs (Auxiliaire de Régulation Médicale (ARM), médecin régulateur, ambulances, pompiers, médecin traitant, urgentiste, neurologue, biologiste, radiologue...) doivent travailler ensemble selon un schéma préétabli, afin de ne pas perdre de temps, de proposer les meilleures chances au patient, dans toutes les situations, à tout moment, sans improvisation.

Cela doit se rapprocher des fiches réflexe de la Médecine de

Catastrophe.

Chaque Centre 15, doit y réfléchir en amont avec les neurovasculaires de son territoire.

L'objectif est d'identifier le plus vite possible un potentiel AVC, de le diriger le plus vite possible et d'emblée, par le moyen le plus adapté, au meilleur endroit.

Problématiques :

« **potentiel AVC** » : sous réserve que le déficit soit focal, cf ci-dessus, tout déficit brutal doit être considéré comme un AVC jusqu'à preuve du contraire, même si de nombreuses situations peuvent mimer un AVC (l'hypoglycémie peut rapidement être éliminée, les autres moins)

Le principe est d'être très sensible mais peu spécifique. C'est comme pêcher avec un filet à petites mailles pour avoir le maximum de poissons quitte à en retirer ceux qui ne nous intéressent pas..., sans paralyser la filière.

« **Le plus vite possible et d'emblée** » en évitant les transferts secondaires qui font perdre du temps et des chances de récupération au malade. La règle N'EST PAS de ramener au plus près.

« **le moyen le plus adapté** » : le vecteur qui permet de recueillir les éléments suffisants pour que la décision d'orientation soit prise



Dans le cadre de la priorisation du décroché des appels pour le médecin régulateur, l'ARM doit prioriser une suspicion d'AVC en «P1».

Critères de l'ASA :

- **Faiblesse ou d'un engourdissement soudain uni ou bilatérale de la face, du bras ou de la jambe**
- **Diminution ou d'une perte de vision uni ou bilatérale**
- **Difficulté de langage ou de la compréhension**
- **Mal de tête sévère, soudain et inhabituel, sans cause apparente**
- **Perte de l'équilibre, d'une instabilité de la marche ou de chutes inexplicables, en particulier en association avec l'un des symptômes précédents.**

Mais d'autres signes plus discrets ou difficiles sont évocateurs pour le régulateur.

Faire allonger le patient à plat dos (meilleure vascularisation du cerveau) sauf si le patient est inconscient ou vomit auquel cas il faut le mettre en PLS.

Heure du début devant témoin ou remarquée par le patient +++++,

À défaut sinon heure où le patient a été vu la dernière fois sans déficit + heure de découverte du déficit

Signes neurologiques constatés

Le régulateur essaiera de recueillir certaines

contre-indications ou situations particulières (dont : AVC < 3 mois, grossesse, accouchement, traumatisme récent majeur, chirurgie récente, Pace Maker (PM)/Défibrillateur Automatique Implantable (DAI), implant cochléaire, anticoagulants et si oui lesquels, contre-indication à l'IRM ou à l'iode)

Coordonnées de la personne témoin si on doit préciser l'heure de début car l'imagerie est discordante avec les éléments d'heure recueillis.

Envoi d'un moyen de transport rapide

Selon l'organisation locale, souvent les pompiers sont plus rapidement disponibles.

Faut-il envoyer un SMUR ? en théorie non sauf détresse neurologique ou hémodynamique ou respiratoire

Néanmoins certains Centres 15 font le choix d'envoyer un véhicule médicalisé du SAMU (SMUR). Il faut toutefois que le bénéfice de la prise en charge SMUR compense le temps « perdu » par rapport à un vecteur non médicalisé (examen clinique détaillé par le médecin comme le score de NIHSS, rarement nécessaire pour que le neurologue prenne une décision, perfusion du patient, réalisation d'un électrocardiogramme ...). Ce choix peut être localement pertinent.

« **au meilleur endroit** » = là où on pourra :

- Éliminer un AVC hémorragique
- Et/ou (mieux) affirmer un AVC ischémique
- Voir horodater son début s'il est inconnu (AVC du réveil, AVC sans horaire précis)
- Prendre une décision de thrombolyse et la réaliser, y compris dans des cas particuliers (certains traitements anticoagulants...)
- Et/ou réaliser un geste ultra spécialisé de traitement endovasculaire selon la situation

En pratique

Dans l'idéal le patient a identifié des troubles ou un déficit neurologique, a compris que c'était urgent, et il appelle IMMÉDIATEMENT le 15 et UNIQUEMENT LE 15, pas son médecin traitant.

Prise d'appel / Binôme ARM+ Régulateur :

Penser à un possible AVC si on retrouve des signes de l'ASA (American Stroke Association), cf ci-dessus, sachant que d'autres outils beaucoup moins intéressants peuvent être utilisés (FAST = Face Arm Speech Time).



À la réception du bilan :

Vérification des éléments de la prise d'appel à compléter si tous n'avaient pas été recueillis
Évolution neurologique (attention la position allongée peut faire régresser transitoirement le déficit)
TA D+G, pouls, fréquence respiratoire, température, glycémie
Prendre les cartes de PM/ DAI ou de valve cardiaque le cas échéant.

À rappeler aux transporteurs :

- Pas d'O2 si bonne saturation en oxygène (« toxicité » cérébrale dans le territoire de l'AVC)
- Position allongée à plat dos strict, tête seule à 25-30° conseillée (sauf si vomis ou inconscient=PLS)
- Et comme d'habitude bilan complémentaire à passer au Centre 15 si évolution péjorative.

Décision d'orientation

Le régulateur doit/devrait la faire valider par le neurovasculaire du secteur géographique concerné.
En effet, selon la présentation clinique (donnant une idée certes approximative de l'importance de l'artère concernée dans le cas d'une ischémie), le délai présumé d'arrivée, la nécessité de tel type d'imagerie, les antécédents, les limitations de chaque destination possible (tests d'anticoagulants spécifiques, imagerie, voire horaires), ...

La destination peut être un établissement avec :

- un SAU avec activité de télé-médecine AVC
- une UNV « classique »

- une UNV « de recours »
 - un SAU de proximité si pas d'alerte retenue
- Le service d'admission dans cet établissement (SAU ? Déchocage ? Radiologie ? ...) dépendra des protocoles préétablis de la filière AVC, rédigés en concertation avec tous les acteurs impliqués, de même que « qui prévient qui de l'arrivée du patient », et « à quel moment ».

Possibilité d'orientation : télé-médecine AVC / UNV / UNV de recours / ... SAU de proximité ?

Comme noté ci-dessus, cette décision revient normalement au neurovasculaire joint par la régulation, sur la proposition éventuelle du régulateur, sauf organisation locale validée.

Les différents types de structure :

SAU avec activité de Télé-médecine AVC :

L'objectif est de diminuer le temps d'accessibilité aux sites permettant de mettre en œuvre le traitement urgent pour les patients, sachant que la ressource en neurovasculaire est pauvre. L'autorisation est donnée par l'ARS à certains SAU qui répondent à de nombreuses conditions, dont de formation des équipes, d'accessibilité rapide à l'imagerie, et du conventionnement avec une UNV.

Certaines structures peuvent être limitées (horaires/ jours

scanner et absence d'IRM, pas de possibilité de réaliser certains tests spécifiques sur les anticoagulants directs, etc.). Ces limitations doivent être connues du régulateur et du neurovasculaire pour une orientation adaptée.

En pratique l'urgentiste examine le malade, procède à l'imagerie, et transmet les données du dossier clinique, les images en haut débit et a la possibilité de «co-examiner» le patient par vidéo.

Dans ces conditions le neurovasculaire de l'UNV avec qui ce SAU est conventionné donne ou non l'autorisation concernant ce patient pour la thrombolyse.

UNV / UNV de recours

Les UNV sont des unités de neurologie, dédiées exclusivement à la prise en charge de la pathologie neurovasculaire (AVC ischémiques, hémorragiques, thrombophlébites, dissections des artères cérébrales, sauf cas particuliers locaux), tant pour le traitement aigu dont la thrombolyse, que la surveillance immédiate et de l'aggravation. Le bilan étiologique y sera entrepris et le programme de rééducation discuté.

Leur efficacité a été étudiée comme peut l'être un nouveau médicament.

Elles sont plus efficaces en termes de mortalité et de morbidité que les services de neurologie qui font déjà mieux que les services de médecine. Et ceci que le patient soit thrombolysé ou non thrombolysé, en raison de la spécialisation des intervenants médicaux et paramédicaux, de la présence de professionnels en nombre (kinésithérapeutes, orthophonistes, rééducateurs...).

Dans l'idéal chaque patient faisant un AVC devrait être hospitalisé en UNV, mais pas forcément immédiatement, la priorité étant donnée au lieu le plus proche où le traitement urgent pourra être proposé.

UNV de recours

Ce sont des UNV au sein d'établissements disposant de la possibilité de mettre en œuvre des traitements ultras spécialisés (traitement endovasculaire notamment) qui nécessitent un plateau technique de radiologie interventionnelle et des radiologues spécialisés. En pratique en province il s'agit uniquement des CHU.

Décision de non alerte

Il arrive aussi qu'au vu de la situation, l'orientation se fasse vers un SAU de proximité lorsqu'une perspective de désobstruction urgente n'est pas retenue, soit que le diagnostic d'AVC est formellement exclu, soit que le contexte pathologique ne rend pas cette décision pertinente. Cela reste un cas particulier.



Dr Philippe LEMMEL

SAMU 51





Une coordination étroite entre entités de secours est essentielle pour garantir une réponse rapide et efficace.

La prise en charge par le SAMU

Un maillon crucial dans le système de Santé

Tout commence par un appel au numéro d'urgence 15. Les Assistants de Régulation Médicale hautement formés répondent à ces appels et évaluent la situation en posant des questions ciblées. Cette étape cruciale permet de déterminer la gravité de l'urgence, le type d'intervention nécessaire et les ressources médicales requises.

Ils peuvent prodiguer des conseils médicaux par téléphone, notamment les premiers gestes à effectuer en attendant l'arrivée des équipes sur place. Cette étape peut s'avérer vitale dans le cas de situations comme les arrêts cardiaques, les étouffements ou les hémorragies.

Selon la gravité de la situation, le SAMU décide des ressources médicales nécessaires pour l'intervention comme les véhicules médicalisés SMUR.

Une fois sur les lieux, les équipes du SAMU évaluent rapidement l'état du patient. Elles prodiguent les premiers soins, stabilisent les fonctions vitales et effectuent les gestes médicaux d'urgence. Selon la situation, elles peuvent administrer des médicaments, pratiquer des gestes de

réanimation, immobiliser des traumatismes, ou gérer d'autres conditions médicales aiguës.

Une coordination étroite entre entités de secours est essentielle pour garantir une réponse rapide et efficace, notamment dans les accidents de la route, les catastrophes naturelles ou les situations de violence.

Ce processus de transfert médicalisé est un processus minutieusement orchestré, une étape fondamentale dans la chaîne de secours médical, permettant d'assurer une prise en charge rapide et adaptée, souvent en situation critique. Les équipes du SAMU restent en contact avec les établissements de soins de destination, en fournissant toutes les informations sur l'état du patient et en préparant le personnel hospitalier à recevoir le patient dans les meilleures conditions possibles pour garantir une transition en douceur et une continuité optimale des soins.

Les SAMU sont en constante évolution grâce aux nouvelles avancées médicales et aux défis émergents. Ils participent



L'engagement du SAMU incarne le professionnalisme et la compassion qui caractérisent les soins de santé de haute qualité.

activement à la recherche clinique, contribuant ainsi à l'amélioration continue des protocoles de prise en charge d'urgence. De plus, ils évaluent régulièrement leurs performances et recueillent des données pour identifier les domaines à améliorer et renforcer davantage la qualité des soins.

La qualité des soins apportés repose sur une combinaison de coordination efficace, de compétences performantes. Ces équipes dévouées jouent un rôle vital dans le système de santé en assurant une réponse rapide et experte. Leur engagement indéfectible envers la santé publique incarne le professionnalisme et la compassion qui caractérisent les soins de santé de haute qualité.



Un engagement indéfectible envers la Santé publique

Les Services d'Aide Médicale d'Urgence représentent l'épine dorsale des services médicaux d'urgence à travers le monde. Ces équipes médicales dévouées sont souvent les premières intervenantes, jouant un rôle crucial dans la stabilisation et le traitement des patients en détresse. La qualité des soins apportés est un élément essentiel pour garantir des résultats optimaux et pour sauver des vies.

L'un des piliers de la qualité des soins prodigués par les SAMU réside dans leur capacité à coordonner rapidement et efficacement une réponse médicale. Chaque seconde compte dans une situation d'urgence, et les SAMU sont spécialement formés pour évaluer rapidement la situation, mobiliser les ressources nécessaires et prendre des décisions médicales éclairées. La communication fluide entre les différents membres de l'équipe et la coordination avec d'autres services d'urgence, tels que les pompiers, la sécurité publique, la gendarmerie et la police, sont essentielles pour assurer une prise en charge optimale des patients.

Les professionnels de santé sont hautement qualifiés et formés pour faire face à une multitude de situations complexes. Les assistants de régulation médicale, les médecins, les infirmiers

et les ambulanciers paramédicaux qui composent ces équipes sont tenus de maintenir leurs compétences à jour et de suivre régulièrement des formations continues pour être préparés à intervenir dans des scénarios d'urgence variés. Ce suivi garantit que les patients reçoivent des soins basés sur les dernières avancées médicales et les meilleures pratiques.

Les SAMU sont équipés de matériel médical de pointe qui permet aux équipes de diagnostiquer et de traiter les patients sur place, avant même leur arrivée à l'hôpital. Des équipements tels que les défibrillateurs, les monitorings cardiaques, les dispositifs

de ventilation et les médicaments d'urgence sont essentiels. Des technologies de communication avancées leur permettent de consulter à distance des spécialistes hospitaliers.

Les SAMU sont en constante évolution grâce aux nouvelles avancées médicales et aux défis émergents. Ils participent activement à la recherche clinique, contribuant ainsi à l'amélioration continue des protocoles de prise en charge d'urgence. De plus, ils évaluent régulièrement leurs performances et recueillent des données pour identifier les domaines à améliorer et renforcer davantage la qualité des soins.

La qualité des soins apportés repose sur une combinaison de coordination efficace, de compétences performantes. Ces équipes dévouées jouent un rôle vital dans le système de santé en assurant une réponse rapide et experte. Leur engagement indéfectible envers la santé publique incarne le professionnalisme et la compassion qui caractérisent les soins de santé de haute qualité.



Les SAMU sont équipés de matériel médical de pointe qui permet aux équipes de diagnostiquer et de traiter les patients sur place, avant même leur arrivée à l'hôpital

Le SAMU à l'ère de la téléconsultation

Dans un monde en constante évolution technologique, les services s'adaptent pour offrir des soins plus efficaces et accessibles. Parmi les avancées les plus notables, se trouve l'intégration croissante de la téléconsultation médicale au sein du SAMU. Cette alliance, entre les outils numériques et les urgences médicales, ouvre de nouvelles perspectives pour la prestation des soins d'urgence, améliorant ainsi la rapidité, la qualité et la pertinence des interventions.

Cette approche révolutionnaire permet aux médecins du SAMU de diagnostiquer, de conseiller et de prescrire des traitements aux patients sans nécessiter de déplacement physique.

Ainsi les populations éloignées ou disposant d'un accès limité aux services médicaux traditionnels, peuvent bénéficier aujourd'hui de consultations médicales de qualité.

Des plateformes dédiées : les Centres de Réception et Régulation des appels mettent en place des systèmes de téléconsultation spécifiques, permettant aux médecins d'interagir avec les patients par le biais de vidéoconférences sécurisées.

La protection des informations médicales confidentielles reste un enjeu majeur, nécessitant des protocoles de sécurité renforcés.

Certaines situations médicales exigent un examen physique approfondi, ce qui réduit l'applicabilité de la téléconsultation. Tous les patients ne disposent pas nécessairement des dispositifs technologiques requis pour la téléconsultation, créant ainsi des disparités potentielles dans l'accès aux soins.

La téléconsultation médicale est un outil numérique puissant, transformant la façon dont les urgences médicales sont gérées et offrant des avantages considérables.



Le rôle des SAMU de Zone

Introduction

L'organisation des SSE s'appuie sur les ESR (établissements de santé de référence), avec comme « chef d'orchestre » le SAMU zonal. En effet, celui-ci a un rôle polyvalent d'appui, d'expertise et de coordination au sein de la zone de défense. Nous allons aborder les enjeux, les tendances actuelles des évolutions concernant les SAMU de zone.

2. Enjeux :

2-1. Enjeux opérationnels :

Le SAMU de zone fonctionne H24, 7 jours sur 7.

Les situations opérationnelles sont diverses et variées, elles sont liées aux risques naturels, technologiques, accidentels, malveillants et parfois terroristes.

Les risques NRBC sont à prendre en compte.

Risque NR nucléaire et radiologique

C'est un risque réel, que l'actualité ukrainienne a fait ressortir au grand jour.

Les zones CNPE (centre national de production énergétique) possèdent des PPI (plans particuliers d'intervention) dans un rayon de 20 kms.

En cas d'incident radiologique, le plan Iode existe, avec une potentielle course contre la montre pour distribuer les comprimés à la population touchée. Plus les étapes intermédiaires sont nombreuses, plus complexe est la tâche. Le SAMU de zone peut être un levier de coordination précieux même s'il ne peut suppléer l'échelon « terrain » naturel. Il doit y avoir au maximum le respect du principe de subsidiarité dans la planification.

Risque chimique

Les risques technologiques sont très présents dans certains endroits en France, dans les grandes régions industrielles comme l'Île de France ou l'Auvergne Rhône-Alpes notamment.

La catastrophe de Lubrizol, près de Rouen, est un exemple marquant français récent.

Les exercices inter services obligatoires pilotés par le SIDPC

(service interministériel de protection civile) des préfetures montrent que le sujet est pris au sérieux.

Risque REB (risque épidémique et biologique)

L'émergence d'agents infectieux comme en 2003 le SRAS, en 2009 la grippe pandémique H1N1, le risque d'importation de maladie Ebola en 2014-2015, et la bien plus impactante récente pandémie COVID 19, doivent nous rappeler la nécessité d'intégrer cela dans nos fonctionnements en santé et de société. Ainsi que le risque de bioterrorisme, comme l'ont montré les attaques au charbon aux Etats-Unis en 2001, ou à la ricine en Allemagne en 2018.

L'outil préexistant SAMU et son concept unique de régulation médicale est une force.

Souvenons-nous par exemple qu'en 2009 la régulation des SAMU avec isolement des cas possibles et hospitalisation des cas avérés a permis de repousser la vague pour avoir le temps de bénéficier d'un vaccin.

Plus récemment, lors de la première vague COVID en mars-avril 2020, la régulation du SAMU a supporté tout le dispositif, puisqu'il a fallu éviter de consulter ou d'aller à l'hôpital sans avis du 15, et conseiller les professionnels de santé pour classer les patients suspects en cas possibles afin de les orienter dans la bonne filière de soins.

Sur les autres vagues, la régulation des SAMU a été le pivot avec le support des ARS (Agence Régionale de Santé) des évacuations sanitaires multiples, complexes et lointaines.

Le SAMU zonal a cette mission, autour de l'ESR, de mettre à disposition l'expertise REB pour du conseil, et/ou l'organisation des transports des patients hautement contagieux.

2-2. Enjeux de régulation et de coordination

Pour reprendre les enjeux opérationnels, citons par exemple :

- L'importance des phases initiales des SSE, où le calage entre les services SDIS, SAMU, forces de l'ordre est très important. Il y a en effet toujours de la confusion, le « brouillard de la guerre » cité par le Général Vincent Desportes. Les services de l'État doivent en amont des crises travailler à rapprocher leurs informations. A ce titre, dans le Rhône, les centres opérationnels 15, 17, 18 utilisent une fréquence radio inter services permettant



d'échanger les informations parfois différentes reçues. La 1ère demi-heure est assez cruciale pour comprendre la situation. Les enjeux stratégiques en découleront. Précisons qu'outre les informations descendantes, du terrain vers le SAMU, des informations ascendantes existent aussi. C'est à dire celles émanant des établissements de santé vers le SAMU. Lors des attentats, l'arrivée inopinée non régulée des patients dans les structures d'urgence représentent communément facilement la moitié des patients. Celle-ci sont par ailleurs souvent très précoces, dans les 20 minutes suivant un

événement pour les zones urbaines. La place des réseaux sociaux interfère beaucoup et précocement, ils doivent idéalement être veillés depuis les centres dont le 15, surtout dès une alerte donnée.

- La cellule de crise hospitalière doit être étroitement liée au niveau technique et communication au SAS-CRRA lorsqu'il est créé SSE. Certains outils numériques partagés font gagner du temps. Les tableaux type VELEDA restent toujours utiles pour « poser » et partager des situations tactiques (lieux, renforts, moyens...).



Les centres opérationnels 15, 17, 18 utilisent une fréquence radio inter services permettant d'échanger les informations parfois différentes reçues.



2-3. Enjeux de formation

Les CESU (centres d'enseignement des soins d'urgence) sont depuis longtemps les outils bien connus de la formation au sein des SAMU, avec un rôle de mise en lien global de l'ANCESU (association nationale).

Le SAMU de zone est le lieu du CESU de zone. Celui-ci exerce un rôle de coordinateur et de facilitateur en réseau au sein de sa zone.

La pédagogie active et interactive des CESU a fait ses preuves, la dimension du CESU de zone est une marche supplémentaire, dont les SSE font partie.

La spécificité et les missions des SAMU de zone enrichissent leur potentiel de sensibilisation dans certaines SSE.

La place de la simulation et l'art du débriefing sont des outils modernes et adaptés. Il est nécessaire de former les formateurs à ces techniques.

3. Axes actuels

3-1. L'existant

Les SAMU de zone évoluent potentiellement à vitesses variables selon les thématiques (attentats, risques NRBC, ...) et le réseau naturel existant entre les établissements de santé. Le rôle des SSE est prépondérant puisque celles-ci nécessitent particulièrement de la coordination : alerte précoce du ou des départements au SAMU zonal, en cas de situation NOVI (nombreuses victimes).

A Lyon, nous avons mis en place depuis quelques mois, une procédure « SAS-CRRA jaune » et « SAS-CRRA rouge » (SAS, service d'accès aux soins), permettant 2 niveaux de réponse en fonction du niveau d'alerte. En configuration d'alerte du SAMU zonal, celui-ci pourra alerter tous les autres SAMU et recenser l'état des renforts SMUR possibles dont, par exemple, les moyens hélicoptérés hélismur, l'état des lits de réanimation. Cette synthèse de moyens disponibles sera mise à disposition du SAMU du département touché (avec respect de la subsidiarité).

Le SAMU de zone endossera collectivement également la coordination des renforts extra-départementaux. De même son réseau d'experts, que ce soit pour le risque NR, REB ou C sera précieux.

3-2. Le futur proche

Le portail de gestion de crise SI SAMU doit pouvoir apporter de l'uniformité, entre les SAMU, avec l'ARS ou le ministère de la Santé (CORRUSS).

Cet outil dont le principe existe côté ministère de l'Intérieur (Synergi) serait certainement très utile pour les SSE. Son déploiement est normalement prévu pour 2023.

De même le projet de RRF, réseau radio du futur, pourrait dès 2024 remplacer l'actuel système ANTARES, de technologie plus ancienne, ne permettant pas ou peu d'échanges de data.

La réforme des ESR (Établissements de santé de référence), qui est en cours, nous confirmera ou pas la régionalisation



accrue des fonctions ESR selon les zones de défense, sans oublier les DOM-TOM.

Les sites pilotes SAS-SAMU dont fait partie le SAMU de Lyon montrent que l'organisation multi partenariats autour de la permanence des soins est aussi un plus pour la fonction zonale du même SAMU. Le ministère travaille à intégrer la médecine de ville plus encore dans le schéma ORSAN (organisation de la réponse sanitaire).

Au niveau des ressources humaines, globalement en tension ces temps-ci, l'une des clés est d'avancer rapidement sur le travail délégué aux paramédicaux, y compris aux ARM qui jouent un rôle clé au quotidien et en cas de SSE. La professionnalisation des ARM avec les CFARM (centres de formation) intègre les SSE dans la formation initiale.

4. Conclusion

La fonction SAMU de zone est une fonction multi facettes, centrée sur les SSE. La formation des ARM et médecins doit intégrer les SSE et dans les CRRA de zone, une formation concrète avec entraînements réguliers doit être intégrée.

Des ressources matérielles et humaines sont indispensables aux SAMU de zone si l'on veut pouvoir répondre aux crises de demain, puisqu'il faut « se préparer à être surpris » (P. Lagadec).

De même, une formation transversale à la gestion de crise au sein des établissements de santé mais aussi avec les partenaires naturels des SAMU que sont les SDIS, police, gendarmerie, militaires (notamment service de santé des armées) est indispensable.



Dr Laurent GABILLY

Responsable médical de l'Unité de Médecine de Catastrophe et Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE)
Réfèrent zonal SSE, HCL
SAMU 69 – SAMU de Zone Sud-Est
Hôpital Edouard Herriot, Lyon

I.A au SAMU

Un défi collectif

De l'intelligence vraiment ?

Ces dernières années, il est rarement question d'innovation médicale sans évocation des promesses offertes par l'intelligence artificielle (IA). Le champ de la régulation médicale apparaît lui-même de plus en plus favorable à l'adoption de systèmes fondés sur un traitement algorithmique. Mais que recouvre véritablement le terme « Intelligence Artificielle » ?

Dans sa définition la plus classique, on appelle I.A un ensemble de techniques qui permettent d'automatiser des tâches complexes. On parle souvent de simulation de l'intelligence humaine. Mais ces programmes informatiques relèvent-ils vraiment « d'intelligence » ? Si l'on se penche sur les travaux des pères fondateurs de l'informatique, il semble que ceux-ci se soient toujours méfiés du terme « intelligence ». Dans les travaux fondateurs du mathématicien Alan Turing en 1948, inventeur de l'ordinateur et pionnier de l'intelligence artificielle, le mot « intelligence » n'apparaît que dans le titre. Le chercheur se focalise plus sur l'idée

d'une machine pensante (thinking machine). Lors de conférence de Dartmouth, un atelier scientifique organisé durant l'été 1956 et qui est considéré comme l'acte de naissance de l'intelligence artificielle, apparaît l'idée d'un apprentissage de machine (machine learning). À la même époque, le spécialiste des systèmes d'informations Norbert Wiener est un des premiers à signaler explicitement que le terme intelligence est problématique. Il préfère parler d'autonomie que d'intelligence. Aujourd'hui le terme « intelligence » convainc de moins en moins de monde, on y préfère les termes d'apprentissage machine ou de « super-automatismes ».

Alors, au lieu de focaliser sur l'intelligence comment mieux décrire les aptitudes de ces programmes informatiques apprenants ? Tout d'abord, établissons ce que sont ces systèmes de traitement algorithmique. Il s'agit d'une activité informatique reposant sur des modèles observés dans des données (des images, des textes, des conversations...). Le programme informatique apprend en observant un grand nombre de données. Grâce à ces nombreux exemples,



le programme comprend comment résoudre certains problèmes. On dit que les algorithmes d'apprentissage automatique fonctionnent en apprenant par expérience. Par exemple, après avoir vu un grand nombre d'occurrences d'un phénomène dans un appel urgent, le système doit être capable de le reconnaître, même dans une situation qu'il n'a pas encore vue. C'est ainsi que fonctionnent déjà certains programmes, particulièrement focalisés sur l'aide à l'identification des arrêts cardio-respiratoires dans les appels urgents. Il s'agit d'allier l'automatisation du raisonnement médical complexe avec la détection des signaux verbaux et non verbaux tels que le rythme de respiration, l'intonation de la voix, des mots-clés et l'environnement sonore. De véritables systèmes d'interprétation en temps réel. Comment leur permettre d'atteindre le niveau d'exigence qu'implique une activité aussi sensible que la régulation médicale ? Ces systèmes gagneraient à faciliter véritablement l'extraction d'appels à des fins de recherche et de formation. Cela permettrait à des groupes de travail de se consacrer à des thématiques précises, qu'elles soient médicales ou communicationnelles. Par exemple, nous pourrions chercher à mieux comprendre comment se déroulent les appels conflictuels, des appels de proches-aidants ou encore les appels en situation de crise exceptionnelle. Les possibilités ouvertes seraient énormes ! Un des grands intérêts de l'extraction par l'analyse automatisée des conversations, c'est que la catégorisation des appels ne se fait pas uniquement à partir des comptes-rendus d'appels. L'objectif étant de trier les appels à partir de ce qu'il s'est vraiment passé dans le cours de la communication. Le système serait

non seulement capable d'analyser la conversation dans son intégralité, mais également de la mettre en relation avec des événements antérieurs. Une prise en compte de la « chaîne des appels » incluant par exemple l'échange avec les pompiers ou les appels déjà adressés au SAMU dans les jours précédents.

Aide à la décision : où en sommes-nous ?

Aujourd'hui, l'apprentissage automatisé pour les systèmes d'aide à la décision génère des milliards d'investissements en médecine mais est confronté à une crise de crédibilité. Il est reproché à beaucoup de projets de travailler à partir de données de faible qualité. Ce problème s'explique notamment par les restrictions en matière de protection des données plus affirmées dans le domaine de la santé que dans d'autres domaines et la difficulté d'obtenir des données provenant de plusieurs institutions. Le fait de pouvoir travailler sur des données diversifiées apparaît comme un enjeu majeur. En complément, de plus en plus d'experts préconisent qu'il faut commencer par travailler sur un nombre réduit de données de très haute qualité, dans une approche qualitative. C'est là une méthodologie qui va à l'encontre du Big Data (données massives) en considérant qu'il vaut mieux d'abord travailler avec moins de données, un plus petit nombre d'échantillons (Small Data) plus qualitatif. Des approches rigoureuses qui peuvent être coûteuses, mais qui demeurent toutefois nécessaires si l'on veut mettre au point des systèmes adaptés à la complexité de l'activité de régulation médicale et aux enjeux de sécurité des patients.

Vers plus de transparence de l'IA

Il faut également prendre en compte que de nombreux citoyens redoutent le déploiement de la santé numérique, envisagée comme une forme de surveillance sanitaire. Si des algorithmes d'aide à la régulation médicale sont adoptés au SAMU, il faudrait garantir que les modes de recommandation de ces systèmes soient compréhensibles à la fois pour les professionnels du SAMU et pour les patients. En effet, la relation médicale repose sur la notion de consentement éclairé et la compréhension des raisons sous-jacentes aux décisions qui nous concernent. Les futures technologies de l'accès aux soins doivent être fondées sur une reconsidération de ce qu'est la transparence des technologies. Il ne s'agit pas simplement d'offrir aux citoyens le contrôle de l'accès à leurs données. Dans les systèmes actuels, l'utilisateur demeure généralement un acteur passif du traitement de ses données. Devons-nous nous contenter de répondre à la question « accepte / n'accepte pas » lorsqu'il s'agit du traitement de nos données personnelles ? Ou pouvons-nous mettre en place des dialogues plus profonds, ouvrant des possibilités plus riches ?

Côté réglementation de ces systèmes, c'est encore en construction. En Avril 2022, un nouveau Digital Services Act (DSA) européen encadre la pratique de l'IA et impose notamment à chaque État de désigner un coordinateur des services numériques (CSN) : « Ces CSN devront pouvoir agir de manière impartiale et transparente. Ils disposeront de ressources suffisantes pour mener à bien leur mission. Ils seront indépendants, et ne recevront donc d'instructions d'aucune autre autorité ou personne privée. ». Le gouvernement a nommé notre CSN en janvier 2023. En parallèle, des professionnels français de la santé numérique ont mis au point le dispositif Ethik-IA qui propose d'accompagner les acteurs de l'IA en santé pour que leurs technologies soient en conformité avec les règlements français et européens. Leur approche s'articule autour du concept de « Garantie Humaine » qui désigne la mise en œuvre d'un contrôle humain systématisé. L'objectif est d'établir des points de supervision humaine, en amont et en aval de l'utilisation du système IA. L'idée sous-jacente est que la responsabilité de ces systèmes soit toujours celle des professionnels qui les développent et qui sont chargés de leur contrôle et de leur maintenance. Toute décision demeure une décision humaine.

Une prise de conscience de la pollution numérique

Autre point fondamental qui ne peut pas être ignoré : la régulation médicale, dans ses transformations technologiques à venir, ne pourra se soustraire aux contraintes écologiques.

En effet, à chaque fois que nous déployons un dispositif numérique nous opérons un choix à fort impact écologique. Lorsque nous utilisons un dispositif numérique, quel qu'il soit, nous activons un système extractiviste en termes de matériaux et de stockage de données. Le numérique c'est déjà 2,5% du total des émissions de gaz à effet de serre en France (16,9 millions de tonnes de CO2e). Au niveau mondial, c'est même 4% et on prévoit une augmentation de l'ordre de 6% par an. L'IA étant en plein essor, cette perspective est inquiétante. C'est pourquoi il faut questionner la pertinence de chaque projet technologique en tenant compte des limites de nos ressources naturelles, étant de plus désormais acquis que la crise écologique est une source majeure de problèmes en matière de santé.

Des outils à construire collectivement

Ces systèmes pourraient-ils bientôt venir outiller la régulation médicale au quotidien ? Des leçons doivent être tirées de décennies de déceptions face à l'introduction du numérique à l'hôpital. Aujourd'hui, les voix sont de plus en plus nombreuses à réclamer de nouveaux modes de conception des technologies, moins éloignés de la réalité du travail médical. La technologie est un sujet trop important pour être laissée aux seuls techniciens, ingénieurs et industriels. Le développement doit se faire en co-construction avec des acteurs de terrain issus de tous les métiers de la régulation médicale. Un travail pluridisciplinaire à mener avec les associations de patients, des sociologues, des linguistes, des juristes. Oui cela peut être fastidieux, mais il faut en passer par là si nous souhaitons être parties prenantes de la création des outils technologiques de demain et non plus, comme c'est trop souvent le cas, devoir adapter nos pratiques professionnelles aux technologies qui nous sont imposées. C'est une des conditions sine qua non pour produire des outils avec lesquels nous aurons une relation de confiance.



Louise ROBERT

*Ingénieure de recherche
technologique au CHU de
Montpellier
Docteure en Sciences du Langage
Auteure en 2022 d'une thèse sur le
SAMU*

MCS FRANCE



mcsfrance.org

Le Médecin Correspondant de SAMU

Les Médecins Correspondants du SAMU (MCS) sont des collaborateurs occasionnels du service public. Médecins généralistes volontaires installés à plus de 30 minutes des SMUR, en territoires isolés, ils interviennent sur des urgences vitales à la demande des SAMU. Ils adhèrent à un dispositif coordonné par une structure de pilotage et soutenu financièrement par les Agences Régionales de Santé (ARS). Les dispositifs MCS sont des réponses appropriées aux objectifs fixés par la stratégie nationale de santé qui est de vaincre les inégalités territoriales d'accès aux soins.

Un véritable lien «ville/hôpital»

Dans la majorité des cas, le Médecin Correspondant de SAMU (MCS) est d'abord et avant tout un médecin généraliste volontaire installé à plus de 30 minutes des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Le MCS est formé et équipé pour assurer ses missions, qui sont toujours en lien avec le SAMU Centre 15. Son rôle est d'assurer des soins urgents optimaux dans ces zones éloignées en garantissant une qualité et une sécurité des soins égale pour tout citoyen.

Médecin de premier recours, il intervient sur des urgences vitales ou potentiellement vitales en attendant les SMUR.

Le Médecin Correspondant de SAMU arrive en moyenne en 11 mn sur les lieux d'intervention quand les SMUR mettent entre 35 et 55 mn pour atteindre ces zones isolées.

Appartenir à un tel réseau est aussi levier d'installation en territoires isolés pour de jeunes médecins répondant ainsi à un double objectif de santé publique :

- répondre à l'urgence vitale ou potentiellement vitale en attendant les SMUR et de manière raisonnée et organisée par les SAMU, afin de déployer la ressource médicale raréfiée à bon escient,
- et procurer aux territoires isolés des médecins généralistes traitants pour leur bassins populationnels.

La notion de Médecin Correspondant de SAMU est née dans les années 90 puis va se structurer au fil des ans

En Moselle, tout d'abord sous l'impulsion de médecins généralistes motivés dans les territoires isolés et d'un responsable de SAMU le Dr François BRAUN !

Le dispositif des Médecins Correspondants du Samu de la

région Auvergne-Rhône- Alpes (MCS AURA), au travers de son association de coordination et de pilotage, Médecins de Montagne Rhône-Alpes (MdeM RA), est présent dans la chaîne des soins de premier recours et dans le paysage de l'Aide Médicale Urgente (AMU) depuis 2003. La création de ce dispositif a été impulsé par l'association Médecins de Montagne nationale (MdeM) et le Réseau Nord Alpin des Urgences grâce à des années de travail collaboratif et de la vision commune d'une médecine d'urgence de proximité qui favoriserait une alliance ville/hôpital. Il faudra attendre les modifications du Code de la santé publique de 2006 pour finalement voir paraître un arrêté du 12 février 2007 relatif aux MCS avec cette notion d'intervention de médecin à plus de 30 mn des SMUR.

En 2012, le Pacte territoire santé, qui devait permettre l'égalité d'accès aux soins urgents et le recul de la désertification médicale, prévoyait dans son engagement n° 9 la promotion et le développement des réseaux de Médecins Correspondants de SAMU sur tout le territoire ; l'objectif était d'atteindre au moins 700 MCS dans les territoires isolés d'ici 2017.

En 2013, le train est en marche au niveau national. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) édite un guide de déploiement des MCS.

En juin 2021, les premiers référentiels nationaux MCS sont sortis grâce au travail mené par MCS France et les sociétés savantes, notamment la SFMU, SUDE, le Collège des enseignants de médecine générale, l'ANCESU.

Au sein des territoires, les réseaux MCS se développent mais inégalement au plan national

Le réseau MCS Alpes du Nord s'élargit à l'ensemble de la région Auvergne Rhône-Alpes pour ne former qu'un seul réseau de plus de 320 médecins très actifs, avec plus de 4 000 interventions annuelles, une base de données exhaustive depuis 2003, une organisation très structurée : référente ARS régionale, chargées de mission, Comités de Pilotage, formations continues encadrées par les CESU, pharmacien et ingénieur biomédical coordonnateurs, plateforme numérique permettant la gestion automatisée de l'activité des médecins : du renouvellement de la dotation en matériel et médicaments, des plannings d'astreinte, des pré-inscriptions aux formations et bien sûr à l'enregistrement des données d'intervention.





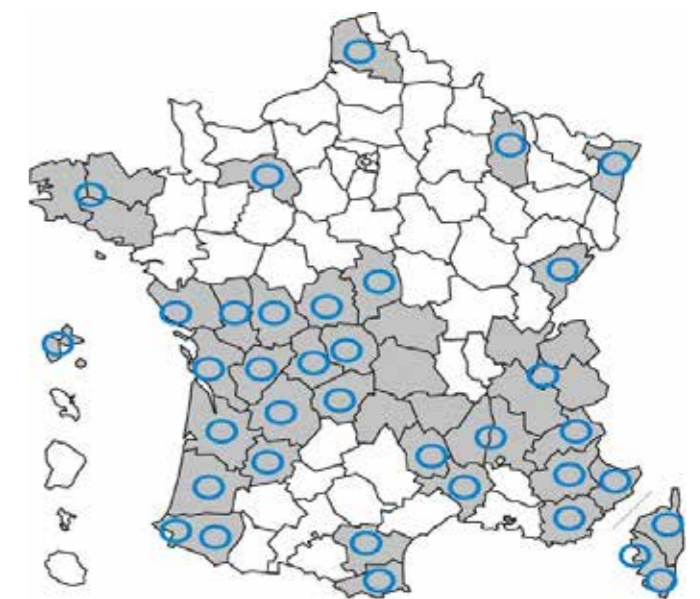
En PACA, le deuxième réseau en France avec 74 MCS, est également en développement. Avec une poignée de médecins de montagne et de médecins ruraux dans les Hautes-Alpes, l'organisation se structure autour du SAMU 05 et de ses 3 SMUR dès 2012. Leur dynamisme a retenu l'attention de l'ARS PACA permettant l'élargissement du dispositif aux autres départements de la région. Les médecins généralistes volontaires et les acteurs du pré hospitaliers urgentistes coordinateurs de réseaux MCS, smuristes, régulateurs, ARM, les CESU, les pharmaciens des CH et CHU, et les services biomédicaux travaillent de concert pour optimiser les réseaux MCS en PACA.

Depuis 2021, les associations de MCS en AURA et en PACA, interviennent dans les formations du CFARM à Grenoble et à Marseille. C'est une évidence pour les MCS, comme pour les acteurs du SAMU C15 de contribuer à la mise en place d'un lien solide entre ces médecins sur le terrain, les ARM et les urgentistes qui sont leurs principaux interlocuteurs lors des appels et bilans au SAMU. Au sein des C15, ce sont les ARM qui vont pouvoir informer les médecins régulateurs de la présence d'un MCS sur le territoire d'intervention concerné par une urgence vitale. Ils ont cette connaissance spécifique du terrain et des moyens existants.

Quel est le nombre de MCS en France et comment sont-ils répartis ?

Actuellement, on dénombre 632 Médecins Correspondants de SAMU inégalement répartis sur le territoire.

Répartition des différents dispositifs MCS en 2020 en France métropolitaine et dans les DROM (Départements et Régions d'Outre-Mer)



Les deux régions qui affichent le meilleur taux de répartition sont Auvergne Rhône-Alpes (320 MCS) et Provence Alpes Côte d'Azur (74 MCS). D'autres régions ont très peu, voire aucun MCS (les Hauts-de-France, une partie de l'Occitanie, le Grand Est, la Bourgogne-Franche-Comté, l'Ile-de-France) alors que des médecins généralistes installés à plus de 30 mn des SMUR sont bien présents dans ces zones-là.





et ce n'est pas par hasard ! Car il s'agit de structures départementales, dont les formateurs et les enseignants sont eux-mêmes en activité et issus de services d'urgences SAMU/SMUR, de réanimation, de bloc opératoire... une combinaison de professionnels de santé qui travaillent au quotidien côte à côte et qui participent au déploiement de compétences en totale cohérence avec la pratique des MCS.

Le Médecin Correspondant de SAMU est à la frontière entre la médecine générale et la médecine d'urgence... Il n'est pas question d'en faire des urgentistes ; le but est d'acquérir des compétences propres qu'ils puissent mettre en œuvre en intervention dans l'attente des SMUR.

Les méthodes pédagogiques se déclinent en ateliers pratiques, en mises en situation dans des centres de simulation, en stages pratiques...

Les pathologies cardio-vasculaires et respiratoires (arrêt cardiaque, infarctus, œdème aigu du poumon, asthme sévère...) sont ciblées en priorité, puis la traumatologie (le traumatisme sévère, l'analgésie/sédation...) et les compétences développées au fil des années d'intégration aux réseaux MCS.

Quelle est la typologie des interventions ?

Les MCS interviennent sur de l'urgence vitale ou potentiellement vitale. Ils sont des experts de 1er recours et dans les soins non programmés dont les compétences sont une réelle plus-value.

Ils peuvent être appelés pour diverses raisons : pathologies cardio-vasculaires, traumatologie d'urgence, détresses respiratoires, problèmes neurologiques, voire même un accouchement inopiné...

Le matériel dont ils disposent leur permet de poser des voies veineuses, des intra-osseuses, de réaliser une défibrillation, de pratiquer la thrombolyse des syndromes coronariens...

Qui déclenche les interventions MCS ?

Ce sont les SAMU-Centre 15 qui déclenchent les MCS. ARM et médecins régulateurs y travaillent de manière conjointe.

Pour la mise en place de planning d'astreinte assurant une visibilité sur la couverture médicale programmée des territoires, cela dépend des réseaux. Dans tous les cas, les médecins sont contactés en fonction de leur zone d'installation.

Mais l'urgence, même vitale, n'est pas toujours régulée et le patient peut se présenter d'emblée dans le cabinet médical. Dans ce cas, le MCS peut aussi «s'auto-déclencher» et appeler la régulation, qui validera l'intervention.

Les réseaux de MCS sont-ils amenés à se développer ?

Le besoin en MCS est donc bien fonction des zones d'installation des SMUR et les territoires montagneux ne sont pas les seuls territoires isolés concernés par un temps d'accès d'un SMUR indispensable à la prise en charge des urgences vitales, souvent bien supérieur à 30 minutes.

Le remède à cette inégalité est entre les mains de différents acteurs (les ARS, les regroupements de médecins généralistes, les SAMU, les CESU...) qui donneront l'impulsion de s'investir dans la création de nouveaux réseaux pour continuer à développer ce lien fort ville/hôpital et cette attractivité d'installation.

C'est pour cela que MCS France a pour objectif de promouvoir les réseaux existants pour permettre des retours d'expérience concrets et de favoriser la création de nouveaux réseaux.

Ainsi, et à l'aide des récents référentiels nationaux, chaque territoire pourra s'approprier les outils nécessaires pour créer son propre modèle en fonction des spécificités et des besoins qui lui sont propres.

Quel organisme dispense la formation des MCS et en quoi consiste-t-elle ?

Il s'agit d'une formation obligatoire et renouvelée chaque année qui porte sur la prise en charge des urgences vitales auxquelles les MCS sont confrontés.

C'est une formation qui se veut très pratique. Elle est assurée par les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU)

Quel type de contraintes rencontre le MCS ?

L'intervention d'un Médecin Correspondant de SAMU dure entre 60 et 80 mn dans les zones éloignées, à raison de 7 à 15 interventions en moyenne par an.

Mais il ne faut pas oublier que le MCS est avant tout un médecin généraliste. Pendant qu'il est en intervention, le MCS laisse des patients dans sa salle d'attente et il doit rattraper son retard à son retour.

Pour pallier à cette contrainte, il peut être intéressant d'exercer au sein d'un cabinet de groupe.

Quel est le matériel spécifique dont disposent les Médecins Correspondants de SAMU ?

Ils sont équipés d'une dotation comportant des médicaments délivrés uniquement par les pharmacies hospitalières, des dispositifs médicaux stériles et non stériles (matériel de perfusion voie veineuse, intra osseuse, matériel de ventilation, ...) et un équipement biomédical (moniteur scope, ECG et DSA).

Ces médicaments et matériels sont réévalués et mis à jour chaque année en Comité de Pilotage, afin de s'adapter à l'évolution des pratiques professionnelles des SAMU SMUR, et aux formations des MCS.

Cette dotation s'appuie maintenant sur les référentiels nationaux MCS.

Qu'en est-il du statut et de la responsabilité du MCS en intervention ?

Le Médecin Correspondant de SAMU intervient en tant que collaborateur occasionnel du service public.

Il est donc assuré par l'établissement de santé, siège du SAMU, à compter du déclenchement par le régulateur jusqu'au retour au cabinet ou au domicile.

Pour ce faire, il signe une convention avec le directeur de l'établissement de santé ou de l'association qui coordonne les MCS et l'ARS.

Quid de la ligne d'action de MCS France pour 2022 ?

MCS France aspire à continuer de fédérer les comités de pilotages des réseaux de MCS régionaux (financés et supervisés par les ARS) et de dynamiser les liens avec les filières d'urgence pour une notion plurielle des acteurs, qui est fondamentale.

C'est élaborer des référentiels d'appui pour évaluer les réseaux par des indicateurs de suivi nationaux, optimiser, développer, créer, pérenniser, les organisations territoriales de MCS avec des registres communs et, à terme, mutualiser via une plateforme numérique dédiée à la pratique de MCS en France.

Dans les deux régions AURA et PACA, au travers de leurs stages chez les praticiens, par des sensibilisations, à l'université (DMG de Marseille), lors de la journée des internes organisée par Médecins de Montagne chaque printemps à Chambéry, les internes sont de plus en plus attirés par cet exercice en milieu isolé grâce à l'organisation mise en place par le dispositif MCS dans ces deux régions. Il y a quelques années les internes hésitaient à s'installer dans des zones isolées par crainte des urgences. Aujourd'hui le discours des jeunes médecins est « je veux m'installer dans une zone





- Promouvoir une plateforme numérique commune tout en préservant les spécificités territoriales.
- Trouver des interlocuteurs en vue de la création des réseaux MCS (DG ARS, regroupements de médecins généralistes, directeur d'établissements de santé et de SAMU, responsables de CESU, urgentistes coordinateurs de réseaux MCS, ARM, structures autres de pilotages...)
- Valoriser les activités par des indicateurs de pertinence sur l'efficacité des réseaux
- Trouver des financements (mécénat, sponsors, collectivités territoriales...).
- Impliquer les acteurs du pré hospitalier pour optimiser les organisations territoriales
- Poursuivre nos travaux scientifiques (thèses de médecine, communisations en congrès...)
- Promouvoir les travaux de l'association lors de congrès.
- ...



Les membres du bureau du MCS France

Dr HIDOUX MA

présidente et urgentiste coordonnateur MCS en PACA

Dr AUDEMA Bernard

vice-président et MCS 74

Mme COTTAREL Marie

secrétaire MCS France et chargée de missions MCS AURA

DR QUINSAC Némo

trésorier et MCS Ardèche

isolée car je veux pratiquer la Médecine Générale, et prendre en charge les Urgences car je serai formé, équipé, et que je vais partager ces responsabilités avec d'autres confrères sur un même territoire, avec le soutien des équipes du SAMU C15 (régulateurs et ARM), et le partenariat des collègues du SMUR de proximité ».

Les ambitions de l'association pour 2022 sont nombreuses :

- Participer de manière active aux créations de nouveaux réseaux MCS en France
- Actualiser le recensement des MCS en France à plus de 30 mn des SMUR.
- Chiffrer avec exactitude les populations qui vivent dans les territoires isolés.
- Proposer une méthodologie pour filtrer efficacement et recruter de futurs médecins généralistes.
- Elaborer, avec les sociétés savantes, un référentiel de compétences intégré MCS. Pour délimiter clairement la frontière entre l'exercice de la médecine générale et celui de la médecine d'urgence et fournir le socle pour la transposition pédagogique.
- Poursuivre l'élaboration d'outils à partager dans tous les réseaux
- Partager de indicateurs d'évaluation des réseaux MCS





Capucine TEDESCO
Présidente de l'Association des
Jeunes Médecins Urgentistes



Les Urgentistes

Un médecin urgentiste intervient lors d'urgences vitales ou lors d'urgences plus relatives. Son rôle est de repérer le patient le plus grave, de diagnostiquer sa pathologie puis de la traiter. Sa capacité à prendre en charge toutes les pathologies au stade initial est indispensable pour exercer cette spécialité. Les échographies et les gestes techniques (sutures, ponctions pleurales, accouchements à domicile inopiné et réductions de luxation ...) font partie de son quotidien. Son métier allie polyvalence, adrénaline et réactivité. Il s'occupe de patients pour divers motifs d'appel ou de consultation. Ils peuvent être multiples mais toujours inattendus : un patient en gêne respiratoire, un accidenté de la route ou encore une personne ayant une douleur thoracique. L'urgentiste prend soin de tous les âges de la vie : du nouveau-né aux personnes les plus âgées.

Un médecin urgentiste peut exercer dans des structures de soins non programmées, aux urgences, en soins continus, en unité d'hospitalisation de courte durée ou de soins post-urgences, en régulation au centre 15 SAMU, en préhospitalier dans les ambulances de réanimation du SMUR, faire du

rapatriement sanitaire, de la médicalisation d'évènement sportif et bien d'autres choses.

Cependant, la prise en charge d'un patient est possible, avant tout, grâce à un travail d'équipe. En SMUR, l'équipe est dite « réduite » : ambulancier ou ambulancière, infirmier ou infirmière et médecin. Aux urgences, l'équipe plus nombreuse est aussi en lien avec les autres services de l'hôpital, le SAMU, les SMUR, les soignants du territoire...

Le point commun de tous les professionnels travaillant dans un contexte d'urgence est de pouvoir réagir en toute situation de manière calme, réfléchi et approprié. Dans un contexte où les conditions de travail à l'hôpital se dégradent, les soignants n'ont qu'un objectif : prendre soin.



Place des pratiques écoresponsables dans les services d'urgence

A l'heure de la crise climatique et de l'urgence à la transition écologique, il est important de se pencher sur l'hôpital et de réfléchir à des moyens de le rendre moins polluant, moins délétère pour l'environnement. Je vous propose quelques pistes dans ce dossier pour réfléchir aux différents leviers et pratiques pouvant rendre l'hôpital, et notamment les urgences, plus écoresponsables.

Ecologie en médecine... fantasme ou réalité ?

Face à l'urgence climatique et alors que la transition écologique se fait de plus en plus pressante, l'hôpital semble à la traîne. En France, l'hôpital représente 12% de la consommation énergétique du secteur tertiaire. Fin 2021, le Ségur de la Santé déclare vouloir mettre en place une politique de développement durable dans les établissements de santé, et s'inscrire dans un dispositif d'« Eco-énergie tertiaire ». L'objectif est actuellement d'une réduction des consommations énergétiques de 40% d'ici 2030.

Nous vous proposons ci-dessous quelques pistes de réflexion et différents secteurs d'action.

Pratiques éco-responsables à l'hôpital, appliquées au SAU

Gestion des déchets

La gestion des déchets est une question centrale à l'hôpital, d'autant plus depuis la crise du COVID-19 et l'explosion de l'usage de matériel à usage unique.

Il est estimé qu'un hôpital produit à lui seul 700 000 tonnes de déchets par an. Parmi ces déchets, les déchets de soin à risque infectieux (DASRI) représentent 170 000 tonnes. Sur un budget total de 600 millions d'euros estimé pour la gestion des déchets hospitaliers, la gestion des DASRI représente à elle-seule 40% soit 238 millions d'euros.

En effet, le protocole d'acheminement des DASRI nécessite un tri, conditionnement et transport routier spécifique et onéreux.

(Guide pratique ; ministère des Affaires Sociales et de la Santé 2016)

Souvent mal connu à l'hôpital, le tri des déchets se fait souvent de manière exagérée vers le sac DASRI par excès de prudence.

Mais alors que met-on vraiment dans un sac DASRI?

Chaque déchet avec présence d'un micro-organisme potentiellement pathogène ET existence d'une voie de pénétration (= contamination par air, gouttelettes, contact) chez l'homme.

Beaucoup d'entre nous avons en tête : « sang, liquide biologique = DASRI ». Ce n'est pas le cas ! Seuls les matériels dit « 100 rouges » (compresse ou champ imbibés, tubulure remplie de sang), les prélèvements biologiques sans contenant ou les déchets à risque pathogène et contaminants comme vu plus haut sont à mettre dans un sac DASRI.

Quelques exemples (liste non exhaustive) :

DAS (Poubelle transparente)	DASRI (poubelle jaune)
<ul style="list-style-type: none"> Déchets liés à la toilette (protection, gants, alèse...) sauf si diarrhée à C.Diff Sondes urinaires vidées Abaisse langue, compresses et pansements peu souillés, seringues sans aiguille, matériel de perfusion, masques, surblouses, gants... Tubes et flacons de liquide biologique incassables 	<ul style="list-style-type: none"> Déchets à risque d'écoulement ou très souillés (compresses ou pansements imbibés de sang, PSL) Déchets anatomiques humains non aisément identifiables ou prélèvements biologiques sans contenant Déchets d'isolement infectieux de groupe 3 ou 4* (donc pas le Sars-Cov2!) Matériel avec résidu médicamenteux sauf hydratation

* Classement des agents biologiques INRS 2018 :

« La liste des agents biologiques pathogènes a été fixée par l'arrêté du 18 juillet 1994 puis modifiée par les arrêtés du 17 avril 1997 et 30 juin 1998 et complétée par l'arrêté du 27 décembre 2017. Selon l'article R4421-3 du Code du travail, les agents biologiques sont classés en 4 groupes en fonction de l'importance du risque d'infection qu'ils présentent :

- Le groupe 1 comprend les agents biologiques non susceptibles de provoquer une maladie chez l'homme ;
- Le groupe 2 comprend les agents biologiques pouvant provoquer une maladie chez l'homme et constituer un danger pour les travailleurs. Leur propagation dans la collectivité est peu probable et il existe généralement une prophylaxie ou un traitement efficace ;
- Le groupe 3 comprend les agents biologiques pouvant provoquer une maladie grave chez l'homme et constituer un danger sérieux pour les travailleurs. Leur propagation dans la collectivité est possible, mais il existe généralement une prophylaxie ou un traitement efficace ;
- Le groupe 4 comprend les agents biologiques qui provoquent des maladies graves chez l'homme et constituent un danger sérieux pour les travailleurs. Le risque de leur propagation dans la collectivité est élevé. Il n'existe généralement ni prophylaxie ni traitement efficace. »

Et que penser du matériel à usage unique ?

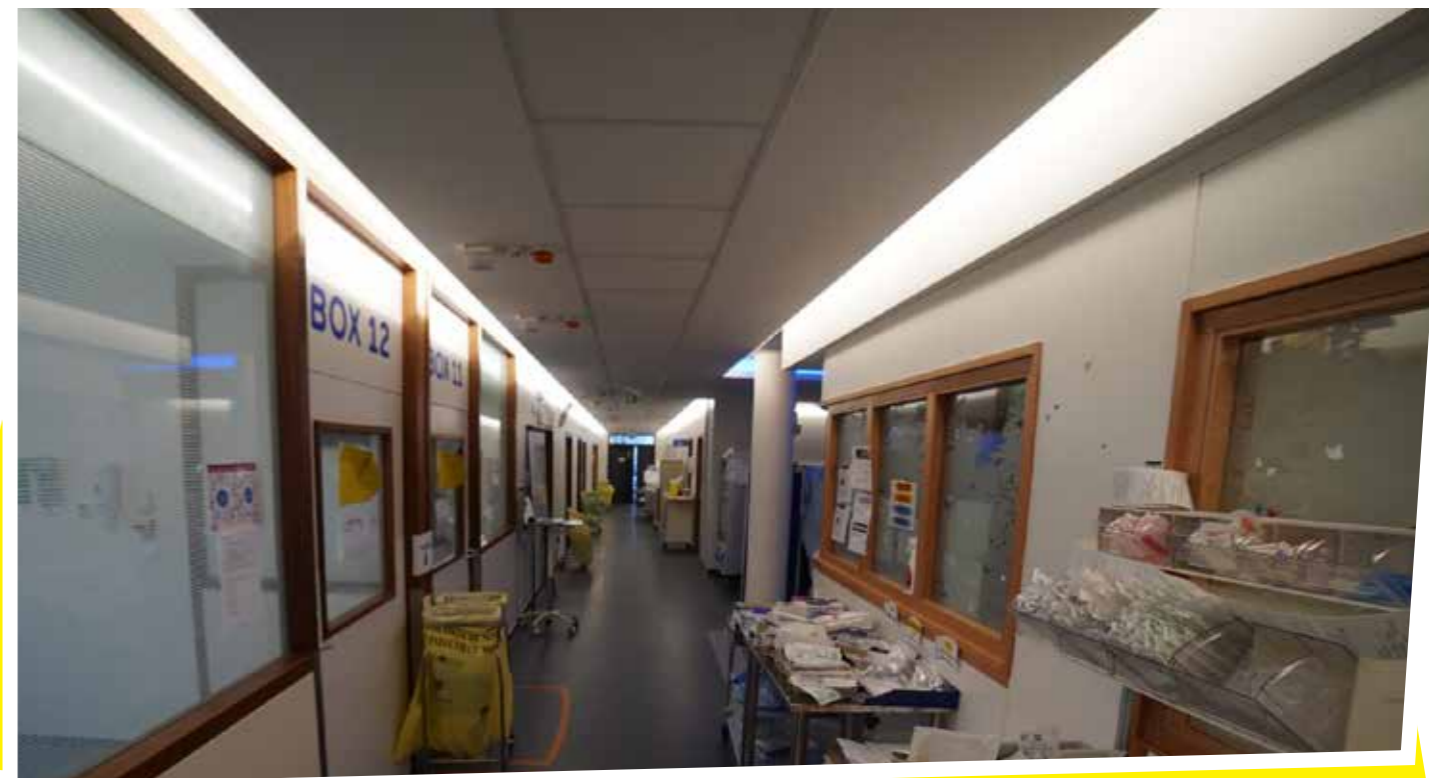
De nombreuses situations ne le justifient pas :

- Draps et blouses jetables versus lavable
- Kits de sutures jetés et donc instruments métalliques parfaitement stérilisables aussi
- Plastique sur les plateaux-repas : couverts, gobelets, ...
- Les bouteilles d'eau en plastique dans les services vs fontaine à eau et gourdes pour les soignants...

Médicaments et dispositifs médicaux

Nous ne sommes pas sans savoir que l'impact écologique des prescriptions est majeur et doit nous inciter à une gestion économe des médicaments, notamment des antibiotiques (Amoxicilline-acide clavulanique, céphalosporine de 3ème génération, Fluoroquinolone). Les nouvelles recommandations sont globalement en faveur d'une réduction des durées d'antibiothérapies (exemple : traitement de la pneumopathie acquise communautaire de 5 jours au lieu de 7 sur certains critères).

Mais il n'y a pas que les résistances bactériennes ! A titre d'exemple, les déchets à type de stupéfiants sont soumis à une réglementation particulière avec dénaturation par



produits chimiques (Javel, détergent, ...) puis incinération ou enfouissement par centre qualifié. Un gros impact environnemental donc !

Concernant l'épargne antibiotique, ci-dessous les recommandations HAS 2014 :

- « L'utilisation de test rapide d'orientation diagnostique (TROD) permet d'éviter des traitements antibiotiques inutiles quand il est négatif : test de diagnostic rapide (TDR) dans l'angine, bandelette urinaire dans la cystite.
- La présence de bactéries sur un prélèvement n'est pas synonyme d'infection.
- L'aspect purulent ou muco-purulent des sécrétions nasales n'est pas synonyme d'infection bactérienne.
- En l'absence de signe de gravité ou de terrain à risque le traitement antibiotique n'est pas urgent.
- En cas de doute sur l'utilité d'une prescription d'antibiotique, il est préférable de surseoir et de réévaluer à 48 heures.
- Certaines infections bactériennes ne relèvent pas d'une antibiothérapie mais d'une intervention chirurgicale, par exemple le drainage d'un abcès.
- Il n'y a pas lieu de prescrire un antibiotique dans les infections suivantes, en majorité virales :
 - › rhinopharyngite aiguë, angine virale ;
 - › épisode grippal ;
 - › otite moyenne aiguë (OMA) de l'enfant de plus de 2 ans ;
 - › otite moyenne aiguë congestive et otite séromuqueuse ;
 - › otite externe (en dehors de l'otite externe maligne du diabétique) ;
 - › otorrhée sur drain ;
 - › bronchite aiguë de l'adulte sain, y compris chez le fumeur ;

- › exacerbation aiguë d'une bronchite chronique simple (sans obstruction) ;
- › exacerbation aiguë d'une bronchite chronique obstructive légère ou modérée, en l'absence de sécrétions purulentes ;
- › bronchiolite ou trachéobronchite d'évolution favorable dans les 72 heures, en l'absence d'OMA associée ;
- › sinusite maxillaire de l'enfant ou de l'adulte quand l'évolution sous traitement symptomatique est favorable.
- › Il n'y a pas lieu de prescrire un antibiotique dans les bactériuries asymptomatiques (colonisation urinaire) en dehors de la grossesse, y compris sur sonde »

Et l'impact économique ?

Depuis plusieurs années, la prescription des génériques est rentrée dans les mœurs, et est de mieux en mieux acceptée par les médecins comme les patients. Par ailleurs, beaucoup de logiciels de prescription affichent maintenant le coût des médicaments prescrits. De quoi se rendre compte de l'impact de ses prescriptions !

Quelques comparaisons de prix :

- SIKLOS 315.6€ la boîte de 30cp vs HYDREA 500mg 3.90€ la boîte de 20
- DUPHALAC 1.64€ la boîte de 20 sachets vs MOVICOL 3.24€ la boîte de 20

En conclusion : toujours peser ses prescriptions et leur impact, à tous les niveaux !





Dématérialisation

A l'heure du « tout numérique », la tendance à l'hôpital comme en médecine de ville est de dématérialiser les dossiers médicaux et les prescriptions.

Si l'abandon du papier est une bonne nouvelle pour l'environnement, notamment pour les prescriptions papier de bilans, traitements et examens d'imagerie encore faites dans certains SAU, il est nécessaire de nuancer l'impact écologique du tout numérique. En effet, les émissions de gaz à effet de serre (GES) du secteur numérique ne sont pas nulles et continuent d'augmenter.

Un extrait du rapport ministériel sur l'impact environnemental du numérique en santé :

« À titre d'exemple, les seuls postes de travail informatiques utilisés dans les établissements publics de santé en France sont estimés à plus de 470 000 unités. Les émissions de GES de l'informatique interne (ceci exclut les dispositifs médicaux connectés et les équipements informatiques extérieurs à l'établissement comme ceux du cloud par exemple) de l'ensemble des établissements publics de santé (soit 875 en 2018) sont estimées à plus de 190 000 tCO₂e par an, soit l'équivalent de plus de 1 million d'allers/retours Paris-Marseille en avion pour une personne. »

De quoi se poser la question : qu'est-il pertinent de stocker dans un dossier médical informatisé ? Est-il réellement nécessaire de tout archiver ? Comment stocker les données de manière efficace avec le moins d'impact écologique négatif ?

Déplacements : transport en ambulance des patients, mais aussi unité mobile hospitalière (UMH), héliSMUR, véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV)...

En 2020, 61 millions de transports au titre sanitaire ont été effectués, représentant pour l'Assurance Maladie un budget passé de 2.3 milliards d'euros en 2003 à 4.3 milliards en 2020. Plusieurs explications à cela : vieillissement de la population, élargissement des droits au transport sanitaire, développement des hôpitaux de jour, raréfaction des centres hospitaliers (CH) de proximité, ...

Il est estimé qu'une réponse d'ambulance à une demande patient produit en moyenne 31kg de CO₂ (*Scoping ambulance emissions : recommendations for reducing engine idling time, Amber Sheldon, 2019*).

Un bilan rapidement très lourd pour l'environnement, qui pousse à l'épargne des transports sanitaires.

Quelques questions à se poser aux urgences et à la régulation du 15 :

- Le patient qui appelle le 15 et demande une ambulance est-il capable de se déplacer seul, est-il véhiculé, peut-il être amené par un proche ?
- Le patient venu sur ses pieds aux urgences a-t-il réellement besoin d'un retour à domicile en transport sanitaire ?
- Puis-je privilégier un taxi conventionné (tarif moyen 55€) ou un véhicule sanitaire léger VSL (tarif moyen 34€) à une ambulance (tarif moyen 100€ et émission GES plus élevée) pour ce patient ?

Initiatives : le transport partagé et les salons de sortie

Le transport partagé consiste en un transport sanitaire simultané de plusieurs patients, permettant une épargne écologique et financière de transport. Il représentait en 2019 15% du total des dépenses de transport en VSL.

La création des salons d'entrée et de sortie aux urgences est également une initiative intéressante en termes de régulation des flux de patients, donc utilisation optimisée des transports sanitaires et par la même occasion optimisation des espaces et brancards.

Il convient aussi de ne pas oublier le coût économique et écologique des transports préhospitaliers de l'urgence type VSAV, UMH, héli-SMUR, ...

Difficile de diminuer le nombre de transports de ceux-ci mis à part en investissant davantage dans la régulation du SAMU et l'éducation de la population vis-à-vis de la consommation des soins. Mais il existe quelques pistes comme le carburant électrique pour les véhicules roulants, l'allègement du poids des véhicules, l'épargne des sirènes la nuit dès que possible (pollution sonore).

Infrastructures

Quelques mots sur la consommation énergétique de l'hôpital liée à ses infrastructures, souvent en mauvais état.

Au total sur le secteur de la santé en France, la consommation d'énergie annuelle est de 21.5 TWh soit 2% de la consommation nationale. Le chauffage et la climatisation représentent environ 60% de la consommation totale énergétique du milieu hospitalier. (Source : Agence de la transition écologique)

Autant de perspectives de rénovation et optimisation des infrastructures afin de réduire le coût énergétique de l'hôpital !

Focus sur la médecine « défensive »

Connaissez-vous le concept de médecine défensive ?

Il émerge de la judiciarisation des soins, notamment aux Etats-Unis, et par conséquent l'apparition depuis les années 70 d'une médecine « de couverture » avec la prescription d'exams abusifs à but de protection médicolegale.

Concept largement critiqué mais toutefois intéressant et pertinent face à un sujet tel que les pratiques médicales éco-responsables, voici un petit focus sur celle-ci.

La médecine défensive peut se résumer comme le fait de penser la médecine en termes de risque judiciaire. C'est donc une médecine coûteuse sur le plan écologique comme économique, de sélection (évitements des patients ayant facilement recours au contentieux), avec une perte de chance pour le patient montrée dans certaines études (cf travaux de Kessler et MacClellan en 1996) car frilosité du médecin à pratiquer des techniques innovantes avec un risque d'échec.

Pratiquons-nous la médecine défensive aux urgences ?

A l'évidence : oui !

Nous l'avons tous entendu : « il n'a pas besoin de l'examen et il sera normal mais fais-le pour te couvrir s'il se retourne contre toi plus tard ». Scanners non indiqués, bilans biologiques « au cas-où », les examens de cinq heures du matin sur une garde de 24h où on n'arrive plus trop à réfléchir, ...

La difficulté du travail de l'urgentiste avec les fréquences de passages élevées et la peur de passer à côté de LA fois où ce sera grave nous amène rapidement vers ce type de médecine. Afin de l'éviter, en plus des compétences et sens clinique de chacun, les recommandations et les scores sont de bons outils pour ne pas sur-prescrire (ex : critères de Masters pour l'indication du scanner cérébral dans le traumatisme crânien, score de Wells dans la suspicion d'embolie pulmonaire, ...).

Références :

- *Guide pratique : pour une bonne gestion des déchets médicaux produits par les établissements de santé et médico-sociaux. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (2016)*
- *Rapport parlementaire sur les transports sanitaires. Assemblée nationale, Commission des affaires sociales. Février 2022*
- *The Effects of the U.S. Malpractice System: A Review of the Empirical Literature Daniel P. Kessler, 1996*

À ciel ouvert et à cœur ouvert!

Une unité spéciale du SAMU effectue une opération en pleine rue

Une première historique et audacieuse, le Service d'Aide Médicale d'Urgence a réalisé une intervention cardiaque en pleine rue. Cette prouesse médicale a eu lieu lors d'une situation critique où chaque seconde comptait pour sauver une vie. Cette avancée médicale a ouvert de nouvelles perspectives dans le domaine des secours d'urgence et a marqué un tournant décisif dans l'histoire de la médecine d'urgence.

Le SAMU est réputé pour son expertise dans les interventions d'urgence et les soins médicaux sur les lieux d'accidents et d'urgences médicales. Cependant, la situation de cette opération s'est révélée être un véritable défi. Une personne souffrant d'une grave crise cardiaque s'est effondrée au milieu d'une rue animée, rendant difficile son transfert rapide vers l'hôpital le plus proche.

Face à cette situation critique, une équipe de haut niveau est entrée en action. Composée de médecins, d'infirmiers et de techniciens hautement qualifiés, spécialement formée pour gérer les situations les plus complexes et les plus dangereuses. Équipés d'un matériel médical de pointe, permettant d'effectuer des interventions avancées directement sur les lieux de l'urgence.

Une Course Contre la Montre :

Chaque seconde était vitale pour le patient. Il fallait agir avec précision pour stabiliser la situation et préparer l'opération. Un périmètre de sécurité a été mis en place pour garantir la sérénité de l'intervention et éviter toute interférence extérieure.

Une fois le patient stabilisé, l'équipe a pris la décision audacieuse d'effectuer l'opération cardiaque sur place. Cette intervention, normalement réalisée dans un bloc opératoire d'hôpital, a été rendue possible grâce à la disponibilité d'équipements médicaux sophistiqués et à la compétence de ces femmes et hommes exemplaires. La procédure a été minutieusement exécutée, témoignant de leur maîtrise et de leur professionnalisme.

L'opération a été couronnée de succès, et le patient a été rapidement transporté à l'hôpital pour des soins de suivi. Cette prouesse médicale restera gravée dans les annales de l'histoire du SAMU et de la médecine d'urgence. Cette réussite démontre l'importance de l'efficacité, de la coordination et de la formation dans le domaine des secours d'urgence. Elle inspire également l'espoir que des vies supplémentaires puissent être sauvées grâce à des interventions médicales avancées, réalisées directement sur les lieux d'urgence.



Une unité spéciale du SAMU effectue une opération en pleine rue. L'opération a été couronnée de succès, et le patient a été rapidement transporté à l'hôpital pour des soins de suivi.

Enquête de la FHF sur le déploiement du Service d'Accès aux Soins (SAS)

Des enseignements pour faciliter sa généralisation



Le 17 avril dernier, le président de la République a appelé à la désaturation des services urgences d'ici à la fin de l'année 2024. Le service d'accès aux soins (SAS) constitue une opportunité majeure pour parvenir à atteindre cet objectif. Afin de mesurer les prérequis nécessaires pour garantir le succès du dispositif, la FHF a mené une enquête auprès des sites déjà déployés.

L'objectif du SAS est de rendre plus lisible et plus accessible l'offre de soins en orientant les usagers vers l'interlocuteur le plus pertinent au regard du besoin de prise en charge. En permettant l'accès téléphonique immédiat à un médecin, il garantit la prise en charge des soins non programmés, des soins urgents et des urgences vitales. Le SAS favorise ainsi l'inscription des patients dans le cadre d'un accès aux soins non programmés et participe au désengorgement des services d'urgences.

Dans le cadre de la phase de déploiement du SAS, une vingtaine de sites pilotes ont été identifiés pour mettre en œuvre le SAS avant sa généralisation. Afin de faire le bilan de cette première phase, la FHF a proposé une enquête dont l'objectif est d'identifier les apports et les limites du dispositif. Lors de cette enquête, adressée au mois de mars 2023, 31 SAS étaient d'ores et déjà actifs et ont été destinataires, parmi lesquels 20 établissements. Cette enquête portait sur quatre aspects du SAS : gouvernance, organisation, ressources humaines et financement.

La convention entre acteurs, mode de gouvernance privilégié

Sur le plan de la gouvernance, 80% des établissements répondant ont choisi de passer par une convention entre acteurs, forme plus souple que la constitution d'un Groupement de coopération sanitaire (GCS). Le comité de pilotage est systématiquement composé de l'établissement siège du centre 15, de l'association des médecins régulateurs et de l'ARS. En fonction des contextes locaux, certains

comités de pilotage intègrent le conseil de l'ordre, les CPTS ou inter-CPTS et parfois d'autres membres comme l'URPS, SOS médecins ou des représentants d'usagers.

L'adoption d'un numéro commun préférée dans 7 cas sur 10

Pour la gestion des appels pour soins non programmés, une large majorité des répondants a indiqué qu'un numéro commun avait été défini, contre 30% qui ont conservé le 116/117 ou des numéros locaux. Près de 9 sites sur 10 ont également mis en place une démarche continue d'amélioration de la qualité à travers le suivi d'indicateurs nationaux et locaux, la gestion des événements indésirables, des cartographies etc. Concernant l'appui reçu par ces sites dans la mise en œuvre du SAS, l'accompagnement de l'ARS à la mise en œuvre du projet a été jugé positif ou très positif par 75% des répondants. La moitié des répondants juge positive ou très positive l'implication du Conseil de l'ordre.

La CPTS et les relations ville-hôpital, facteurs de réussite

Les relations entre la ville et l'hôpital avant le démarrage du projet, jugées positives par 3 répondants sur 4, ont créé un terreau propice à la mise en place du SAS. En ce qui concerne les CPTS, seuls 20% des établissements disposaient d'une CPTS sur tout le territoire couvert par le centre 15, contre 80% où les CPTS ne couvraient qu'une partie. Globalement, les répondants ont estimé que la présence de CPTS sur le territoire est un élément essentiel du succès du dispositif. Le fait qu'elles ne soient pas constituées partout a été perçu comme une difficulté qu'il a fallu contourner. Au global, pour 85% des répondants, la mise en place du SAS a été un facteur d'amélioration des échanges avec les professionnels de ville.



Le développement de nouvelles activités et filières spécialisées

Concernant les filières spécialisées, 60% des SAS avaient démarré une nouvelle activité. C'est la psychiatrie qui fait l'objet d'un développement plus important ainsi que le dentaire. La pédiatrie et la gériatrie sont également développées dans quelques établissements. Les établissements ont néanmoins noté une véritable implication des professionnels de ville sur ces filières, notamment sur le dentaire. Pour autant le constat est celui d'une implication variable en fonction des professionnels. Une plus grande implication de l'ARS ou une valorisation des soins non programmés spécialisés ont été identifiées comme des leviers potentiels de développement.

Deux freins majeurs identifiés : les difficultés de recrutement et les crédits de fonctionnement jugés insuffisants

Concernant le financement, si 9 répondants sur 10 ont jugé les crédits d'amorçage comme suffisants, seuls 50% estiment suffisants les crédits de fonctionnement. Pour fonctionner correctement, le SAS nécessite aussi un nombre important de médecins généralistes participant à la

régulation afin de garantir la couverture de l'ensemble des plages et le partage de cette mission. Pour autant, 45% des établissements estiment « tout juste suffisant » le nombre de médecins y participant, et 40% insuffisants. Concernant le recrutement des Assistants de régulation médicale (ARM), 7 établissements sur 10 indiquent avoir éprouvé des difficultés à pouvoir recruter l'ensemble des personnels nécessaires.

Une plateforme numérique perçue comme perfectible

Enfin, 4 répondants sur 5 ont estimé perfectible la plateforme numérique SAS, ainsi que l'accompagnement à la prise en main. Les améliorations à prévoir sont de plusieurs ordres : un meilleur interfaçage avec les outils métiers SAS ou avec les logiciels de rendez-vous, une fiabilisation de la disponibilité des créneaux qui n'apparaissent pas systématiquement, des problèmes techniques réguliers (perte des accès par exemple), une ergonomie de l'affichage à revoir ou encore un outil d'extraction pour réaliser des requêtes statistiques. Les répondants identifient également des difficultés locales





Les résultats de cette enquête démontrent un soutien important des établissements à la mise en place du SAS qui doit s'inscrire dans une logique territoriale de gestion des soins non programmés. Il constitue ainsi un outil fondamental à la structuration de la gestion des urgences et des soins non programmés. Pour autant, plusieurs vigilances sont à prendre en compte, portant sur la subsidiarité et la complémentarité entre les professionnels, qui garantiront le succès du dispositif.



où coexistent plusieurs outils en plus de la plateforme SAS, ce qui génère une perte de temps. Au global, 60% des établissements déclarent rencontrer des difficultés pour accéder aux plages de soins non programmés.

Cette enquête menée par la Fédération hospitalière de France révèle qu'une grande majorité de répondants jugent le SAS positif voire très positif. **Pour 85% des établissements, le SAS a permis d'améliorer la réponse aux besoins de soins non programmés sur leur territoire.** Au-delà des solutions révélées par cette enquête, plusieurs propositions ont été exprimées pour garantir le succès du déploiement du SAS dans l'ensemble du territoire : clarifier le cadre de gouvernance du dispositif, poser des obligations aux médecins régulateurs d'assurer leur planning, assurer le recrutement des Organismes de soins non programmés (OSNP) par un seul acteur pour faciliter la gestion quotidienne, ou encore renforcer la communication sur les missions du SAS.





Antoine PEREIRA
Président de l'Association
Française des Ambulanciers
SMUR et Hospitaliers



afash.fr

Les Ambulanciers SMUR

L'année 2023 est, à l'heure, en cours d'écriture !

Je rappellerai donc que la fin de l'année 2022 a marqué un virage historique pour les ambulanciers de la fonction publique hospitalière avec la création du corps des ambulanciers de la fonction publique hospitalière au sein de la filière soignante. Cette réforme était attendue depuis plus de quinze ans par l'ensemble de nos pairs. Ce sont les négociations engagées par notre association, aux côtés des organisations syndicales représentatives, qui ont permis de faire évoluer le statut des ambulanciers hospitaliers, qui sont désormais reconnus comme des professionnels de santé à part entière. La publication du décret (n°2022-1658) le 26 décembre 2022 l'officialise.

Ce qui change : le mot « conducteur », injustement rattaché à notre ancien statut a été supprimé. Désormais notre statut nous décrit comme « ambulanciers » et non plus, comme « conducteurs ambulanciers ».

Malgré cette évolution statutaire positive, notre profession attend toujours la reconnaissance de sa pénibilité et son intégration à la catégorie active. Enfin, nous avons un regret : la rémunération des ambulanciers hospitaliers n'a pas évolué à la suite de la publication de ce nouveau décret, ajouté à celui des nouvelles compétences acquises grâce à l'évolution du diplôme d'ambulancier d'État en 2022 également.

J'ajouterai que cette année 2023 a marqué la treizième édition d'un événement national organisé par notre association : les JEF (journées d'étude et de formation). Elles permettent à tous les ambulanciers - hospitalier, SMUR et du secteur privé - ainsi qu'à toutes les personnes impliquées dans le dispositif de l'aide médicale urgente de se retrouver et de bénéficier d'une formation de haute qualité. A ce titre, l'AFASH (Association française des Ambulanciers SMUR et Hospitaliers) est certifiée QALIOPI.

Pour finir, je rappelle que l'AFASH est la seule association en France à représenter les ambulanciers SMUR et hospitaliers et à les valoriser comme un corps de métier indispensable de l'offre de soins en milieu hospitalier et dans le cadre des Urgences. Être ambulancier hospitalier est unique et spécifique ! Notre nouvelle reconnaissance en est la preuve.



Évolution du statut de l'ambulancier hospitalier : enfin reconnu comme un soignant

Décembre 2022 marque un virage historique pour les ambulanciers de la fonction publique hospitalière !

Avant 2022, tous les ambulanciers ayant obtenu leur diplôme - le diplôme d'État d'ambulancier (DEA) - étaient considérés par la loi comme des professionnels de santé, c'est-à-dire des soignants travaillant au contact du patient. Néanmoins, depuis toujours, lorsqu'un ambulancier décidait de travailler dans le secteur public, en intégrant la fonction publique hospitalière, il était relégué dans une filière ouvrière et technique de la catégorie C, qui ne correspondait ni à sa formation, ni à ses compétences, encore moins à ses missions.

Ainsi, après plus de quinze ans d'attente et un rendez-vous au ministère avec l'ensemble des organisations syndicales le 14 janvier 2022 pour discuter de la seule profession non revalorisée dans le cadre du Ségur de la santé, un décret a enfin été publié, en décembre 2022.

Le décret n° 2022-1658 du 26 décembre 2022 porte sur la création du corps des « ambulanciers » de la fonction publique hospitalière au sein de la filière soignante. Il modifie ainsi diverses dispositions applicables à la fonction publique hospitalière.

Avec ce décret le mot « conducteur » qui était associé à celui d'« ambulancier » pour qualifier la profession disparaît ! Et c'est heureux, car les ambulanciers SMUR et hospitaliers étaient évidemment chargés d'assurer le transport de toute personne nécessitant une prise en soins et la conduite des véhicules affectés à cet usage, donc forcément au contact du patient mais, en plus, la formation qu'ils étaient obligés de suivre prouvaient sans aucun doute qu'ils participaient activement aux soins des patients. Par exemple, la réalisation

d'une réanimation cardio pulmonaire, l'administration d'oxygène ou les soins sur des plaies.

Avec la réforme de la formation et des compétences des ambulanciers qui prévoit de nouveaux actes médicaux dans le cadre de l'aide médicale urgente inscrits dans un décret datant de la même année, en avril, la création du nouveau corps des « ambulanciers » et son intégration à la filière soignante est encore plus justifiée... En effet, l'ambulancier est apte, par exemple à enregistrer et à transmettre des électrocardiogramme à visée diagnostique à l'aide d'un outil automatisé ou encore administrer par voie orale ou intra-nasale des produits médicamenteux : des soins !

Les ambulanciers hospitaliers sont donc désormais pleinement reconnus comme des soignants. Toutefois, ils sont considérés comme des soignants de la catégorie C car leur formation n'est pas reconnue comme équivalente à un baccalauréat. Ils sont toujours rémunérés comme des ouvriers. Ce fait ne leur permet pas non plus de faire reconnaître la pénibilité de leur profession. A cette problématique, il reste quelques solutions : obtenir la reconnaissance du DEA au niveau BAC, obtenir du ministère que les ambulanciers passent en catégorie B tout comme les aides-soignants ou les auxiliaires de puériculture ou encore, mettre en place une mesure pour qu'ils puissent bénéficier d'une revalorisation de salaire que les ambulanciers hospitaliers méritent puisqu'ils sont amenés à travailler dans des structures de soins au même titre qu'un aide-soignant ou enfin, imposer de recruter tous les ambulanciers au minima au grade « d'ambulancier », ce qui n'est pas le cas dans tous les établissements de santé publics.

L'association française des ambulanciers SMUR et hospitaliers (AFASH) s'y emploie alors que cette fin d'année 2022 a marqué un très beau virage pour la profession !





Les JEF 2023 de l'AFASH

Depuis 2009, l'association française des ambulanciers SMUR et hospitaliers (AFASH) organise chaque année un événement national appelé les journées d'étude et de formation (JEF).

Les JEF de l'AFASH sont destinées aux ambulanciers de la fonction publique hospitalière, ambulanciers hospitaliers et SMUR mais elles sont également ouvertes aux ambulanciers du secteur privé et à toute personne ayant une activité en lien avec le dispositif de l'aide médicale urgente (AMU). Globalement, si les JEF permettent d'aborder et de revoir les pratiques professionnelles de l'ambulancier et de suivre l'évolution de la profession, ces journées permettent aussi de faire un point sur les avancées des travaux en cours au sein de la seule association française consacrée aux ambulanciers hospitaliers et SMUR.

Depuis 2022, l'AFASH est certifiée QUALIOPi, en retour de ses efforts et de son investissement dans des formations de qualité. Grâce à cette certification, les établissements des ambulanciers participants, peuvent bénéficier de la prise en charge des frais de formation par les organismes financeurs ANFH (Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier), notamment.

Après Beaune, Béziers, Chambéry, Le Mans, Lens, Lyon, Nîmes, Périgueux, Ploërmel, Strasbourg, Toulouse, Valenciennes, les JEF 2023 ont eu lieu à Rouen, dans le département de la Seine-Maritime.

Du 23 au 25 mai 2023, sur trois jours, représentant vingt heures en présentiel, une centaine de participants ont suivi

la formation. Ils ont assisté à des présentations, des retours d'expérience et participé à des ateliers.

L'AFASH a été très heureuse d'accueillir des ambulanciers venus de Martinique, Mayotte et de la Réunion, accompagnés de leurs valises chargées de soleil et de bonne humeur. Tous les stagiaires ont été informés sur les textes de loi les plus récents, se sont penchés sur de nouvelles techniques de prises en soin des patients et découvert des innovations matérielles.

Au cours du premier jour, le SAMU 76A, ainsi que l'association SOS Préma, une association d'aide aux familles d'enfant prématuré ont été amenés à se présenter. Ensuite, l'histoire du SAMU a été retracée. Puis des innovations ont été dévoilées dans le cadre de l'arrêt cardio-respiratoire. A cette occasion le SAMU de Rouen a livré les gestes techniques d'un ambulancier lors d'une ECMO (extracorporel membrane oxygenation) et une vidéo montrant le largage d'un défibrillateur par un drone a été projetée. Les questions de la signalétique, de l'anesthésie préhospitalière, des pratiques de l'ECG

(électrocardiogramme) et de la sécurité des interventions de secours routier ont été enfin abordées.

Le deuxième jour, un atelier a permis de présenter le matériel pour les ECG. Puis, le SAMU 76 a livré son retour d'expérience de la gestion de l'incendie de Lubrizol. Quant au SAMU 72 du Mans, lui aussi représenté, il a partagé son expérimentation du binôme ambulancier-infirmier en équipe paramédicale de médecine d'urgence (EPMU). La question des entraînements interministériels zonaux (EIZ) a été vue, ainsi que le rôle de l'ambulancier en tant que Liftier en situation NRBC-E (nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosifs). Le rôle de l'ambulancier au sein d'une SMUR, d'un centre hospitalier spécialisé, notamment au contact de patients atteints de troubles psychiatriques ou de patients placés sous main de justice a été expliqué. La sophrologie et la réanimation cardio-pulmonaire étaient aussi au programme. Enfin, pour des questions éthiques, le principe de laïcité, ainsi que l'attitude à adopter en fonction des croyances des patients ont été éclairés.

Le troisième jour, la formation a été consacrée au rôle et aux missions des ambulanciers SMUR du SAMU 972 (Martinique) lors des évacuations sanitaires transatlantiques. Puis une

présentation de l'association humanitaire internationale d'aide médicale Médecins sans Frontières est intervenue pour dérouler son expérience en mission extrahospitalière. Enfin, le SAMU 76A s'est penché sur la conduite à tenir et ses contraintes à bord d'un hélicoptère de secours à la suite de sa dernière acquisition, le Viking.

Chaque participant a pu bénéficier de méthodes dynamiques, participatives et de supports techniques. Les évaluations ont été constructives et les participants sont repartis satisfaits de ces JEF 2023 !





Ingrid Boinet, ancienne chargée de mission transport sanitaire (à la Direction générale de l'offre de soins) au ministère des Solidarités et de la Santé (de septembre 2013 à décembre 2020). Ingrid Boinet a élaboré la réforme de l'organisation et du financement des transports sanitaires urgents. Aux côtés de l'ARS Bourgogne Franche Comté, elle a participé aux travaux de conception du simulateur de l'organisation et du financement de la garde ambulancière et a contribué aux différents scénarios pour la réforme des transports sanitaires urgents. Depuis janvier 2021, Ingrid Boinet travaille à l'ARS Île-de-France, à la délégation départementale des Yvelines de l'ARS IDF : sur les missions de soins non programmés, de permanence des soins ambulatoires, du SAS et des transports sanitaires urgents.

Qui sont-ils et que font-ils ?

Les coordonnateurs ambulanciers assurent une fonction clef : ils contactent les ambulanciers privés et les mobilisent pour des interventions de transport sanitaire urgent. Fins connaisseurs du territoire (de sa géographie) et des acteurs de terrain, ils mobilisent le niveau de transport adapté en fonction des délais et conditions requises par le médecin régulateur du SAMU (le matériel exigé, le type d'ambulance nécessaire).

Afin de les rendre plus opérationnels, certains SAMU et ATSU envoient leurs coordonnateurs ambulanciers en stages immersifs de quelques jours, auprès du SAMU ou des sociétés de transport sanitaire du territoire pour leur permettre de bien connaître l'environnement des interlocuteurs avec lesquels ils sont amenés à interagir au quotidien.

Certains coordonnateurs ambulanciers travaillent avec des logiciels ou des systèmes d'information ambulancier de géolocalisation (mis en place par les ambulanciers) ce qui leur permet d'avoir une visibilité en temps réel des moyens ambulanciers disponibles et d'optimiser l'organisation.

Depuis quand existent-ils ?

Les coordonnateurs ambulanciers existent déjà depuis une vingtaine d'années. À l'origine, les ambulanciers privés ont mis en place ces coordonnateurs ambulanciers et les ont autofinancés.

En 2019, suite à une mission commune des inspections (IGAS et IGA) sur l'articulation entre secours d'urgence à personne et aide médicale urgente, le ministère de la Santé a décidé de donner une nouvelle impulsion à ces coordonnateurs ambulanciers : en

les finançant en priorité sur les territoires sans coordonnateur ambulancier. En 2019, le ministère de la Santé préparait la réforme de l'organisation de la garde ambulancière et de son financement. En 2020, le ministère de la Santé a généralisé le dispositif en les finançant pour la quasi-totalité des départements.

Le ministère de la Santé a laissé aux acteurs locaux la liberté et responsabilité de définir collectivement avec le SAMU, les sociétés de transport sanitaire, l'ATSU et l'ARS les règles de recrutement, le profil et le rattachement et positionnement géographique de ces coordonnateurs ambulanciers. Des financements publics ont été délégués via les fonds d'intervention régionaux des ARS pour les mettre en place ou verser ces financements aux ATSU qui les avaient déjà instaurés.

Sur le profil de ces coordonnateurs ambulanciers :

Plusieurs modèles existent : certains ont fait le choix de positionner ces coordonnateurs au sein des SAMU et d'en faire des agents de droit public (assistants de régulation médicale - ARM ou des logisticiens) et de les rattacher fonctionnellement et hiérarchiquement aux SAMU. D'autres ont privilégié les coordonnateurs portés, recrutés et rattachés aux ATSU (salariés des ATSU) mais payés par le FIR. Dans cette configuration, bien que rattachés aux ATSU, les coordonnateurs ambulanciers sont sous l'autorité fonctionnelle du SAMU et doivent être interconnectés avec celui-ci. En 2020 : les 2/3 des coordonnateurs



Les coordonnateurs ambulanciers assurent une fonction clef, ils contactent les ambulanciers privés et les mobilisent pour des interventions de transport sanitaire urgent.



ambulanciers étaient portés et rattachés aux ATSU et 1/3 étaient portés par les SAMU.

Lorsqu'ils sont mis en place, les coordonnateurs ambulanciers permettent d'accroître de façon très marquée l'activité des ambulanciers privés et en conséquence de diminuer de façon importante la mobilisation des SIS en carences ambulancières.

Quels sont les objectifs poursuivis par ces coordonnateurs ambulanciers ?

L'objectif principal de la mise en place d'un coordonnateur ambulancier est de parvenir à une **diminution du nombre d'indisponibilités ambulancières**, en fournissant une visibilité en temps réel sur les moyens ambulanciers disponibles.

Le second objectif est de **suivre la bonne réalisation de l'activité des transports sanitaires urgents par les ambulanciers** ce qui implique de communiquer régulièrement avec les sociétés ambulancières, de se renseigner et d'alerter en cas de problème (ex : absences de nouvelles dans un délai anormalement long). Le coordonnateur doit également en partenariat avec l'ATSU faire respecter les bonnes pratiques durant les transports sanitaires urgents et les gardes ambulancières au quotidien (s'assurer que les ambulanciers privés réalisent leurs bilans cliniques, qu'ils signalent tout retard d'arrivée sur les lieux d'intervention, etc.).

Le troisième objectif assigné aux coordonnateurs ambulanciers est de **pouvoir assurer une traçabilité de**

l'activité des ambulanciers par les outils de géolocalisation installés à bord des véhicules et de remontée des statuts. La réforme des transports sanitaires urgents doit en principe s'accompagner du déploiement de ces outils de géolocalisation pour rendre l'organisation plus performante.

Enfin, les coordonnateurs ambulanciers doivent assurer le reporting de l'activité des ambulanciers privés concernant les transports sanitaires urgents et contribuer à l'évaluation de cette activité.

À cet effet, les coordonnateurs ambulanciers doivent renseigner des fichiers de données statistiques qui sont communiqués à l'assurance-maladie (CPAM) pour rémunérer les ambulanciers privés (ex de données recueillies : nombre de transports sanitaires urgents par secteur et par horaire, nombre de sorties blanches, nombre et motifs d'indisponibilités ambulancières par secteur, etc.).

Les coordonnateurs ambulanciers contribuent à l'analyse et au pilotage de l'activité de transport sanitaire urgent grâce au renseignement de tableaux de bord et d'indicateurs de mesure. L'objectif étant pour les partenaires du transport sanitaire urgent, du SUAP et de l'AMU de pouvoir évaluer l'organisation et le financement de la garde ambulancière et de pouvoir la faire évoluer en fonction des besoins, contraintes et enjeux du territoire, sur une temporalité régulière.

Les coordonnateurs ambulanciers ont vu leur rôle se renforcer et s'enrichir sous l'effet de plusieurs évolutions récentes :

- L'entrée en vigueur de la réforme de l'organisation de la garde ambulancière et des transports sanitaires urgents (en juillet 2022 pour la plupart des territoires)
- La circulaire relative à la temporisation des carences ambulancières afin de systématiser le recours aux sociétés de transport sanitaire par le SAMU via le coordonnateur ambulancier avant de constater une carence ambulancière et de solliciter une intervention du SIS
- La définition légale de la carence ambulancière posée par la loi Matras
- Le tarif rehaussé de la carence ambulancière

Le déploiement du coordonnateur ambulancier s'inscrit ainsi dans un cadre plus large rénové avec la mise en œuvre de la réforme de la garde ambulancière et des transports sanitaires urgents et le renforcement de la représentativité et des missions des associations de transport sanitaire urgent (ATSU). Ces différentes politiques publiques et bonnes pratiques organisationnelles devant conduire à professionnaliser la participation des ambulanciers privés aux transports sanitaires urgents demandés par les SAMU.

Dans cette même tendance de fond, on peut citer également les avancées récentes avec le renforcement **de la formation de l'ensemble des acteurs de l'aide médicale urgente et du secours d'urgence à personne** : avec notamment le nouveau référentiel de formation du Diplôme d'État d'Ambulancier¹

¹Arrêté du 11 avril 2022 instituant le nouveau référentiel de formation du diplôme d'état d'ambulancier et des auxiliaires ambulanciers

ainsi que le décret du 22 avril 2022 instituant les nouveaux gestes professionnels autorisés aux ambulanciers diplômés d'État, sous condition de réalisation d'une formation ad hoc et d'un entretien régulier de ses connaissances via la formation continue. Il convient également de noter le renforcement de la formation et du périmètre des actes reconnus aux sapeurs-pompiers avec le décret du 22 avril 2022 relatif aux actes de soins d'urgence relevant de la compétence des sapeurs-pompiers.

Désormais, il appartient aux acteurs de terrain de s'approprier ces nouveaux dispositifs, de les mettre en œuvre et de les évaluer. Il est de la responsabilité des parties prenantes locales de les faire vivre sur la durée mais également de les ajuster au besoin et d'en améliorer le fonctionnement si nécessaire (coordination ambulancière, organisation de la garde ambulancière, dispositif de géolocalisation des ambulances, mise en place d'action de formation initiale et continue pour les ambulanciers privés, mise en place des actions de formation pour les actes de soins d'urgence des sapeurs-pompiers, élaboration des conventions tripartites SAMU-SDIS-ATSU, etc.).

Il importe également que les pouvoirs publics (ministères de la Santé et de l'Intérieur, Caisse Nationale d'Assurance-Maladie) et les parties prenantes locales : ambulanciers privés, SAMU, SDIS, ARS et CPAM continuent la transformation de l'organisation de notre système de santé dans un objectif constant d'amélioration du service rendu aux patients.



Les HéliSMUR sont dotés d'installations médicales de dernier cri garantissant une prise en charge complète en plein vol.



Les HéliSMUR sont équipés de systèmes de navigation avancés, de capteurs de haute précision et de communications en temps réel, permettant une coordination efficace avec les équipes au sol.

HéliSMUR

L'évolution

L'évolution des soins aériens d'urgence, combinés à une expertise médicale de pointe, réinvente la manière dont les soins médicaux d'urgence sont dispensés dans des situations critiques.

Les HéliSMUR spécialement équipés et aménagés pour fournir des soins intensifs en vol sont capables de franchir rapidement de grandes distances, de surmonter les obstacles géographiques et d'atteindre des lieux difficiles d'accès, où chaque minute compte.

Ces hélicoptères sont équipés de systèmes de navigation avancés, de capteurs de haute précision et de communications en temps réel, permettant une coordination efficace avec les équipes au sol. Ces hélicoptères sont dotés d'installations médicales

de dernier cri, y compris d'équipements de surveillance, de défibrillation, de ventilation et de traitement des traumatismes, garantissant une prise en charge complète en plein vol.

Les conceptions de ces appareils de nouvelle génération offrent un espace plus ergonomique et aisé pour l'équipe médicale et le patient, favorisant ainsi les soins, dans des conditions optimales.

Les opérations aériennes en milieu médical nécessitent une conformité stricte avec les réglementations de l'aviation civile et des protocoles de sécurité rigoureux. Ces interventions exigent une coordination précise entre les équipes médicales, les pilotes et les centres de régulation du SAMU. La communication en temps réel est essentielle pour assurer un transfert fluide des informations vitales et pour garantir une intervention rapide et efficace.



Les interventions des Hélicoptères Médicaux (Hélicoptères Médicaux) exigent une coordination précise entre les équipes médicales, les pilotes et les centres de régulation du SAMU.



Les opérations aériennes en milieu médical nécessitent une conformité stricte avec les réglementations de l'aviation civile et des protocoles de sécurité rigoureux.

Les Hélicoptères Médicaux sont capables de franchir rapidement de grandes distances et d'atteindre des lieux difficiles d'accès, où chaque minute compte.



UMS

Unité Moto SAMU

Récemment, le SAMU a introduit un nouveau service qui permet une intervention encore plus rapide : le SAMU en moto 2 roues.

Cela permet d'optimiser le temps de réponse lors des interventions médicales d'urgence. Les motos 2 roues sont des véhicules légers et agiles qui peuvent facilement se faufiler dans la circulation dense et arriver rapidement sur les lieux de l'urgence ce qui permet en un temps record de sauver une vie. Ces équipes sont spécialement formées pour intervenir en première ligne et apporter les premiers soins d'urgence en attendant l'arrivée des équipes de secours plus lourdes.



L'UMS (Unité Moto SAMU), seule équipe moto médicalisée de France type SMUR, existe depuis 13 ans maintenant !

Un ensemble, toujours composé de 3 motos (1 fonction par moto : 1 ambulancier 1 médecin 1 infirmier)

Créée pour répondre aux interventions lors de DPS (Dispositif Prévention Secours) à forte densité afin de stopper le retard de PEC avec véhicule standard dans la foule.

Médicalisation de tout DPS en IDF (marathon, commémoration, manifestations sportives ou festives, Tour de France, salon du Bourget, ecotrail, fête de la musique, feux d'artifice 14 juillet) Sur les 3 motos on retrouve le matériel d'un UMH (scope, respirateur, O2, immobilisation, IntraOs, perf, intubation, sécurisation, PSE, AMS...)

On médicalise le DPS en direct, d'où 1 temps de présentation sur intervention très court (3min) pour avoir une équipe médicale auprès de la victime (sur un ACR y a pas mieux!!!)

Vitesse moyenne 40km/h (quand on remonte les coureurs), avec la possibilité de couper un parcours, passer par route, chemin ou bois (car moto Trail : BMW GS800)

Pour postuler dans l'UMS :

Formation : minimum 5 ans de permis moto, pratique quotidienne, formation moto Police (1 semaine à Rungis), travailler dans un SAMU de l'APHP.

Les personnels qui composent l'équipe travaillent en plus de leurs gardes standards au SAMU 75/92/93/94

Dans l'objectif de la CM de rugby ou les JO 2024, nous espérons un développement de l'Unité et un renouvellement des motos.



Guillaume NAVELLIER

L'UMS fonctionne en trio, 1 fonction par moto : 1 ambulancier, 1 Médecin, 1 infirmier.



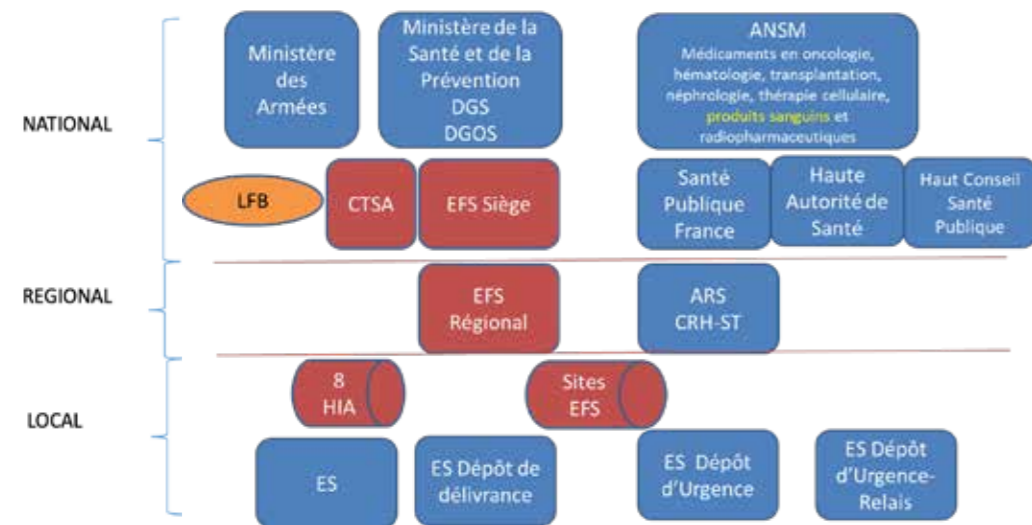
Que faut-il connaître en Centre 15 sur la transfusion ?

La transfusion préhospitalière : est une pratique rare, elle ne concerne que 0.1 à 1% des interventions. La mise en application des recommandations sur la réanimation du choc hémorragique (SFAR-SFMU-SRLF de 2014) et sur les indications de transfusion de plasmas lyophilisés (PLYO) chez un patient en choc hémorragique ou a risque de transfusion massive en milieu civil (SFAR-SFMU de 2020) devrait conduire à une augmentation du recours aux produits sanguins labiles (PSL).

Dans ce cadre, un certain nombre de notions doivent être connues et/ou accessibles :

1. La transfusion sanguine en France : organisation en 3 niveaux

B. National :



L'organisation de la transfusion sanguine en France est pilotée par deux ministères, selon qu'elle concerne le milieu civil ou le milieu militaire.

S'y ajoutent les sièges nationaux des 2 opérateurs (ou fabricants de PSL) : l'Établissement Français du Sang (EFS) et le Centre de Transfusion Sanguine des Armées (CTSA). A noter que le Laboratoire Français des Biotechnologies (LFB) fabrique des médicaments dérivés du sang, à partir des PSL.

S'y associent des structures de surveillance et de vigilances :

1. L'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) est responsable de l'évaluation scientifique et technique des médicaments et des produits

biologiques, délivre les autorisations de mise sur le marché et contribue aux travaux européens pour les procédures dites centralisées ou de reconnaissance mutuelle. Elle assure une réévaluation constante et régulière, du rapport bénéfice / risque via une surveillance continue des effets indésirables prévisibles ou inattendus des médicaments et des produits de santé.

2. Santé Publique France a pour mission d'améliorer et de protéger la santé des populations, en particulier celle des donneurs de sang, dont elle assure le suivi épidémiologique.

3. Le Haut Conseil de la Santé Publique contribue à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la Stratégie nationale de santé ; il fournit aux pouvoirs publics, en lien avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire : il pilote ainsi l'organisation de la transfusion sanguine dans le cadre de la survenue d'épidémies à risque transfusionnel (dengue, chikungunya...).

4. La Haute Autorité de Santé a pour rôle en particulier de mesurer et d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé, d'évaluer les produits de santé et de

recommander les bonnes pratiques (recommandations sur la transfusion des globules rouges, du plasma et des plaquettes par exemple).

B. Régional :

A l'échelon d'un centre 15, il est important de connaître les coordonnées de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de l'EFS référent des établissements de santé (ES) de votre région sanitaire. Ces données doivent figurer dans vos contacts privilégiés.

Vous disposez d'un interlocuteur spécifique à l'ARS : le Coordonnateur Régional d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle, médecin qui participe à l'organisation



régionale de la transfusion sanguine et qui veille à la qualité, la fiabilité et la cohérence des informations relatives au dispositif d'hémovigilance

Le découpage régional de l'EFS, avec 13 Etablissements de Transfusion Sanguine (ETS) régionaux, n'est pas superposable au 18 régions sanitaires. C'est ainsi qu'une région sanitaire peut ainsi être approvisionnée par 2 ETS régionaux :



Source : Rapport activité Conférence Nationale des Coordonnateurs Régionaux d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle

C. Local :

Le centre 15 doit connaître cet échelon, car il permet de préjuger de la répartition des PSL disponibles. Huit hôpitaux d'instruction des armées (HIA) participent ainsi à l'offre de soins en France (Ile de France, Nouvelle Aquitaine, Bretagne, Provence Alpes Côte d'Azur et Grand Est).

Chaque ETS régional dispose de sites transfusionnels dans lesquels sont stockés des concentrés de globules rouges (CGR), du plasma et des concentrés de plaquettes (CP). Leur répartition n'est pas homogène sur le territoire, et certains départements n'en disposent pas. Ces différents sites (référents) approvisionnent en PSL les établissements de santé. Chaque ES dispose du libre choix de l'ETS qui l'approvisionne.

Les établissements de santé (ES) sont, de ce fait, organisés pour permettre d'assurer une disponibilité en produits sanguins adaptée à leur activité (Articles R1221-17 à R1221-21 du code de santé publique) :

- En **dépôts d'urgence (DU)** qui conservent des concentrés de globules rouges (CGR) de groupe O et si besoin du plasma de groupe AB ou du plasma lyophilisé distribués par l'établissement de transfusion sanguine référent et les délivrent en urgence vitale pour un patient hospitalisé dans l'établissement de santé.
- En **dépôts de délivrance (DD)**, qui conservent les PSL distribués par l'établissement de transfusion sanguine référent et les délivrent pour un patient hospitalisé dans l'établissement de santé. Ils disposent exceptionnellement de plaquettes. Leur action pour la délivrance de PSL est quasi superposable à celle de l'EFS.

- En **dépôts relais (DR)** qui conservent des CGR délivrés nominativement par l'établissement de transfusion sanguine référent en vue de les transférer à un patient donné hospitalisé dans l'ES.

Chaque ES est organisé, avec des procédures spécifiques, pour la gestion de la transfusion en urgence. Le cas particulier du transfert d'un patient avec ses PSL est décrit dans une procédure : ce transfert est obligatoirement médicalisé.

Pour la prise en charge des urgences hémorragiques avérées ou potentielles, vous pouvez être amenés à solliciter les DD et DU des ES, au même titre que les sites transfusionnels EFS.

La cartographie de la répartition de ces structures est un outil utile, que vous pouvez obtenir auprès de(s) EFS et/ou de l'ARS de votre région.

Cette cartographie est mise à jour régulièrement, en particulier dans le cadre des révisions tous les 5 ans du schéma directeur national de la transfusion sanguine préparé par l'Etablissement français du sang (article L. 1222-15 du code de la santé publique)

2. Les produits sanguins : ils sont de deux types : labiles et stables

- **Labiles** : le sang est constitué de trois éléments majeurs baignant dans le plasma : liquide qui contient les globules blancs et rouges et les plaquettes. Sur le plan thérapeutique sont principalement utilisés :
 - › Les globules rouges pour leur apport en oxygène aux tissus,
 - › Le plasma pour son apport de protéines permettant la coagulation du sang,
 - › Les plaquettes pour leur participation à la formation des caillots.

Ces éléments, issus d'un don de sang et destinés à être transfusés à un patient constituent les produits sanguins labiles, après la réalisation d'un certain nombre de traitements : centrifugation pour séparer les éléments figurés (globules et plaquettes) du plasma, traitement pour atténuation des agents pathogènes, retrait des globules blancs (déleucocytassions)... On distingue ainsi :

- Les concentrés de globules rouges : CGR, de disponibilité immédiate si besoin
- Les concentrés de plaquettes : CP caractérisés par une durée de vie courte de 7 jours,
- Les plasmas :
 - › Frais congelés produits par l'EFS : nécessitant un délai incompressible de 15-20mn pour leur décongélation
 - › Lyophilisés produits par le CTSA : uniquement disponibles au sein des DU. Il s'agit de plasmas universels, de reconstitution quasi instantanée.

- **Stables** : ce sont des médicaments dérivés du sang, fabriqués pour la plupart par le LFB et obtenus par fractionnement des protéines contenues dans le plasma : immunoglobulines polyvalentes ou spécifiques (anticorps antitétaniques), albumine, facteurs de coagulation, OctaplasLG® (plasma médicament obtenu par un processus industriel).

3. Les groupes sanguins :

Ils sont déterminés par la présence de substances spécifiques présentes à la surface des globules rouges (GR), appelées antigènes. Les groupes sanguins sont décrits en systèmes (44 à ce jour). Deux de ces systèmes revêtent une importance majeure en transfusion sanguine :

- Le **Système ABO** : qui définit quatre groupes sanguins possibles : A, B, O et AB. Chaque antigène A et B, s'il est administré dans un organisme qui ne le contient pas, provoque immédiatement l'apparition d'une destruction de globules rouges, appelée hémolyse, liée au conflit antigène-anticorps. Naturellement, il existe dans le plasma : des anti-A chez les patients B et des anti-B chez les patients A. Cette réaction est à la base de phénomènes d'incompatibilité qui peuvent entraîner la destruction du composant sanguin transfusé et une aggravation de l'état du malade



- Le **Système Rhésus** : dans lequel la présence ou l'absence de substance « D » à la surface du globule rouge détermine si on est Rh positif (+) ou négatif (-). Les anticorps sont produits de façon non systématique, suite à un premier contact avec l'antigène, et ne s'expriment que lors d'une transfusion incompatible ultérieure.

Ces 2 principaux systèmes ont une répartition variable selon les populations. En France, elle est la suivante : Ainsi, dans le système ABO, 2 groupes revêtent un intérêt particulier en transfusion :

	A	B	AB	O
RH positif	38	8	3	36
RH négatif	7	1	1	6

- Le **groupe O** qui se caractérise par l'absence d'antigènes à la surface des globules rouges (Ohne = sans en allemand) : en simplifiant, les GR O et de groupe Rhésus négatif peuvent être administrés à tous : O ; RH négatif = « **donneur universel** »
- Le **groupe AB** : le plasma des donneurs AB ne contient pas d'anticorps anti-A ni anti-B : le **plasma de donneur de groupe AB peut être administré à tous**. Les patients de groupe AB peuvent eux recevoir du sang de tout le monde : « **receveur universel** ».

C'est la raison pour laquelle les DU ne peuvent contenir que ces 2 types de PSL : CGR O et plasma AB.

4. Les impératifs à respecter en transfusion :

Ils sont mis en place réglementairement afin d'assurer la sécurité transfusionnelle, il s'agit de :

- Disposer du phénotypage érythrocytaire (**groupe sanguin**) du patient :
 - › Hors urgence : 2 déterminations sont nécessaires
 - › **En urgence** : il est impératif de prélever **au moins 1 tube** pour déterminer le phénotype sanguin du patient, et ce, **avant transfusion**. Sans cela, la détermination ultérieure du groupe sanguin du patient peut s'avérer difficile, du fait de la coexistence des GR du donneur et du receveur, qui peuvent être de groupe différent.
- Disposer d'une **recherche d'anticorps anti-érythrocytaire** ou anticorps irréguliers (RAI) de moins de 72h. **En urgence, prélever le tube** permettant cette recherche **avant transfusion**.
- Disposer de critères **d'identification stricts du receveur** (procédure d'identification, en particulier du patient « inconnu »).
- Réaliser une **épreuve de compatibilité ultime (CULM)** à l'aide d'un dispositif spécifique immédiatement avant la transfusion de GR,





- **Transporter** les PSL dans des conditions définies : **procédure de transport** réalisée en collaboration avec l'EFS dans le cadre des sous commissions de Commission Médicale d'Etablissement consacrées à l'hémovigilance et à la sécurité transfusionnelle. Le transport ne peut se faire que dans un container qualifié, permettant de conserver les PSL entre 2 et 6°C tout au long du transport. Idéalement, les PSL pourraient disposer d'un système de contrôle de température, garant de leur bonne conservation. La taille du container est adaptée au nombre de produits transportés.
- Transfuser : dans un **délai de 6h** à partir de l'heure de remise des PSL dans le service, notifiée sur le bordereau de transport
- Assurer la **traçabilité** des PSL transfusés : nous l'avons vu récemment, l'apparition d'un nouvel agent pathogène est toujours possible, de même que sa transmission éventuelle par le sang. Dans ce cadre, il est impératif que le lien entre le(s) donneur(s) de PSL et le receveur puisse être conservé : c'est le rôle du **bordereau de délivrance** qui accompagne tout PSL, qu'il soit délivré par l'EFS ou par un dépôt de PSL. Il est impératif que ce bordereau soit **retourné à l'EFS ou au dépôt**.

Avant transfusion : **Prélever au moins 2 tubes EDTA** pour détermination du groupe sanguin et recherche anticorps anti-érythrocytaires

Vérifier l'adéquation patient / PSL

6h maximum de conservation des PSL à T° ambiante

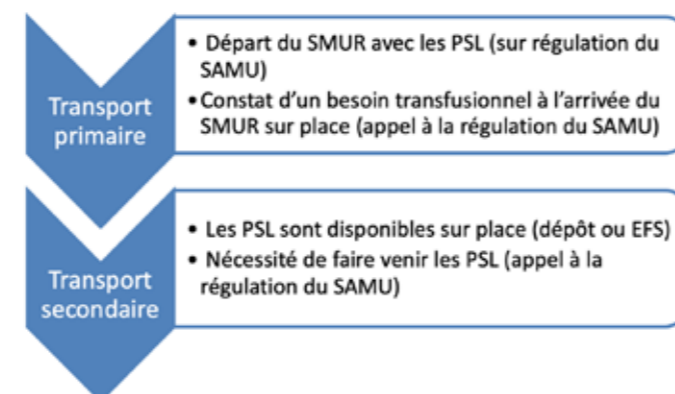
Après transfusion : **Tracer** : retour de la fiche ou du bordereau de délivrance des PSL vers le site de délivrance (EFS ou dépôt)

Les PSL sont des produits précieux. Il est regrettable, chaque année, de voir un certain nombre d'entre eux détruits par suite de transports non conformes, de perte de bordereaux de délivrance, par absence de communication entre le service transporteur (SMUR) et le service receveur sur les conditions de conservation des PSL pendant le transport et le temps restant avant la fin des 6h de délai avant utilisation.

Comment et quoi faire en salle de régulation :

- Alerte de l'ARM : en cas de choc hémorragique avéré ou suspecté
 - › Hémorragie de la délivrance
 - › Anévrisme aortique
 - › Traumatologie routière, de guerre (attentats, plaie par arme à feu ou engin explosif) ...

2 cas peuvent alors se présenter :



- Connaître les possibilités locales et les proposer au médecin régulateur : intérêt de disposer d'une cartographie et des coordonnées (nom du responsable, téléphone, adresse mail) des sites de délivrance
 - › En PSL : les seuls produits disponibles en contexte d'urgence vitale immédiate sont :
 - ◊ Les concentrés érythrocytaires de groupe O RH positifs (et négatifs pour les femmes en âge de procréer)
 - ◊ Les plasmas de groupe AB, qui avant d'être disponibles doivent être décongelés (temps incompressible de 20-30 mn)
 - ◊ Possibilité, dans certains trauma centers importants, de disposer de plasmas pré-décongelés (conservation à 4°C, 24h après décongélation)
 - ◊ Le plasma lyophilisé : uniquement dans certains dépôts d'urgence et en quantité limitée.
 - › En structures disposant de PSL :
 - ◊ **Site EFS** : en prenant attache auprès du responsable du site de délivrance
 - ◊ **Dépôt de sang** : en prenant contact avec le responsable du dépôt de sang, le correspondant d'hémovigilance de l'ES disposant d'un dépôt de sang, le président de CME et la sous-commission de CME consacrée à l'hémovigilance et à la sécurité transfusionnelle (sCSTH).

Nécessité de mettre en place au préalable une réflexion avec les entités (EFS-ES) disposant de PSL dans la zone d'activité du SAMU et des SMUR :

Définition des modalités de collaboration, conventions éventuelles

Mise en place de procédures de délivrance rapide et de pack transfusionnel UVI disponible à la demande.

Rédaction d'une procédure de transport de patient avec ses PSL: en lien avec la sCSTH de l'ES

- En fonction de la décision prise par le médecin régulateur:
 - › Faxer ou transmettre par voie informatique l'ordonnance de PSL au site de délivrance des PSL ; doubler la demande par un appel téléphonique au site de délivrance des PSL (dépôt ou site EFS) pour l'informer de la nécessité de mise à disposition immédiate des PSL.
 - › S'assurer du respect, pour l'utilisation du PSL, du délai des 6h à réception dans le service, ce délai partant de l'heure de délivrance figurant sur le bordereau de délivrance (si les délais avant utilisation sont variables).
- Au retour de l'équipe :
 - › S'assurer de la retransmission du bordereau de délivrance complété au site de délivrance des produits sanguins (traçabilité permettant le lien donneur/receveur).
 - › S'assurer de l'absence de survenue d'évènement indésirable en cours de transfusion, évènement dont il faudrait informer les correspondants d'hémovigilance des établissements concernés (site de délivrance et ES destinataire du patient pris en charge).

La transfusion de produits sanguins est un acte médical, auquel participent de nombreux intervenants. Sa réalisation en SMUR est rare, puisqu'elle concerne moins de 5% des produits sanguins transfusés en France. A l'image d'une chaîne de survie, les différents maillons de la chaîne transfusionnelle sont articulés autour d'une organisation fixée par voie réglementaire et toute rupture au niveau de cette chaîne peut être à l'origine d'évènements indésirables graves.

Cet acte doit donc être réalisé avec la plus grande rigueur, dans chacune de ses étapes, afin que le patient puisse bénéficier de tous les avantages de la transfusion sans risquer la survenue d'évènement indésirable.

Dr Monique CARLIER
ARS GRAND EST

SMUR Pédiatrique

A la création du SAMU en 1967, les SMUR pédiatriques n'existaient pas. Devant des problématiques croissantes de transport de nouveau-nés, l'idée de créer les SMUR pédiatriques est née et le premier SMUR pédiatrique autonome a pris naissance en 1976.

Depuis, les SMUR pédiatriques n'ont cessé de croître et d'évoluer. Le SMUR pédiatrique de Robert Debré a vu le jour en 1989.

Les SMUR pédiatriques ont une mission spécifique mais vaste: prendre en charge les enfants de 0 à 15 ans révolus (spécificité de certains SMUR pédiatriques comme les parisiens en Ile de France). 50% de leur activité concerne les nouveau-nés à terme et prématurés. Ils interviennent en assistance des maternités, avant ou après la naissance, ou pour assurer le transfert des nouveau-nés vers la structure la plus adaptée pour la poursuite de leur prise en charge. Hormis l'activité néonatale, ils interviennent auprès des enfants pour les transferts interhospitaliers requérant une présence médicale sur le trajet, et pour les prises en charge en dehors de l'hôpital (à la maison, école, crèche, voie publique, etc.). Cette dernière s'appelle l'activité « primaire » dans notre langage. Cependant, il est important de souligner qu'en pédiatrie, une demande de transfert à la naissance peut revêtir un aspect plus urgent qu'une intervention au domicile. L'urgence vitale entre en ligne de compte: un nouveau-né présentant un arrêt cardiorespiratoire à la naissance nécessite l'intervention d'une équipe le plus rapidement possible et le pronostic vital y est plus engagé que sur une crise d'asthme modérée à l'école par exemple.

Les équipes de SMUR pédiatriques, tout comme les SMUR adultes, sont composées de trois personnes au moins: un(e) ambulancier(e) diplômé(e) d'état (ADE), un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) ou un(e) infirmier(e) puériculteur(trice)

diplômé(e) d'état (IPDE) ou aussi un(e) infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'état (IADE) et d'un médecin, en l'occurrence un(e) pédiatre. Des internes, externes, stagiaires infirmiers ou sages-femmes ou autres peuvent aussi faire partie de l'équipe.



L'enfant n'étant pas un petit adulte, la pédiatrie ne s'improvise pas. Ainsi, une expertise pédiatrique, même mieux néonatale en plus, est requise pour assurer la meilleure prise en charge de l'enfant.

Du fait de cette spécificité, un pédiatre régulateur est plus apte à assurer une bonne régulation des situations touchant l'enfant. Rares sont les régions où cette spécificité existe en régulation. Toulouse était le premier SAMU à avoir des pédiatres en régulation. Paris et donc le SAMU 75 en est une. Son rôle n'est pas seulement de poser des questions pour envoyer des moyens, mais aussi de conseiller, guider, écouter selon les situations. De ce fait, la régulation est un métier à part entière, plus particulièrement pour la pédiatrie. Ainsi, le régulateur pédiatre, à la réception de l'appel, recueille toutes les informations requises pour juger de l'urgence de la situation. A l'issue de son

interrogatoire, il prendra la décision de déclencher ou non l'intervention d'une équipe de SMUR. Les antécédents médico-chirurgicaux, la symptomatologie, les signes de gravité entourant l'appel entrent en compte dans la décision. Le déclenchement se fait par des lignes d'appel directes aux différents SMUR pédiatriques, fixes ou portables. Les renseignements sont donnés oralement par le régulateur notamment quand il s'agit de transfert interhospitalier, ou par l'Assistant de Régulation Médicale (ARM) pour certains départs primaires et une fiche d'intervention est envoyée instantanément à la base du SMUR contenant les détails nécessaires (adresse détaillée, motif de départ, détails de l'appel téléphonique avec le régulateur, numéro de l'appelant, etc.). A noter que depuis la création de la Régulation

Régionale Pédiatrique d'Ile de France, plusieurs pédiatres transporteurs se sont mis à la régulation (après avoir effectué une formation que j'assure avec deux de mes collègues) pédiatrique. Ainsi, ils assurent l'activité préhospitalière pédiatrique de la régulation jusqu'au transport, un continuum d'activités très intéressant puisqu'il englobe tous les aspects de la pédiatrie.

Au SMUR de Robert Debré, nous avons une spécificité supplémentaire, qui nous caractérise parmi tous les SMUR pédiatriques actuellement: le transport des patients en assistance circulatoire (UMAC), partenariat avec l'équipe de réanimation médico-chirurgicale pédiatrique de l'hôpital Armand Trousseau. Ceci permet le transfert de patients graves en circulation extracorporelle, après avoir canulé leurs vaisseaux, vers les réanimations pédiatriques parisiennes qui prennent en charge ce type de pathologies. Il s'agit de transports difficiles, qui nécessitent beaucoup d'expertise pour assurer l'arrivée de l'enfant à bon port.

La problématique principale des SMUR pédiatriques en Ile de France: convaincre les collègues qui pratiquent la médecine d'adulte et les équipes médicales de la Brigade



des Sapeurs-Pompiers de Paris que l'enfant n'est pas un petit adulte comme mentionné plus haut et justifier de leur nécessité sur les interventions touchant l'enfant. A 7 ans, on n'est pas encore adulte. Les particularités pédiatriques y sont. Et une prise en charge spécifique et adaptée s'impose, les pathologies pédiatriques étant différentes de celles de l'adulte.





Par ailleurs, la problématique principale sur le plan national est la rareté des SMUR pédiatriques. Beaucoup de zones ne possèdent pas de SMUR pédiatriques. Dans la majorité des régions, les SMUR pédiatriques ont une activité limitée aux transferts néonataux interhospitaliers. Ceci met d'une part les collègues transporteurs adultes en difficulté, puisqu'ils ne maîtrisent pas la pathologie pédiatrique et surtout empêche le patient pédiatrique d'accéder à la prise en charge la plus optimale possible. Certes, la densité du bassin de population est l'un des éléments sur lesquels les budgets sont répartis et les autorisations pour créer des SMUR pédiatriques sont données. Cependant, pour une telle mission où l'égalité entre tous les patients doit primer, aucune région ne devrait être privée de SMUR pédiatrique autonome.



Dr Christelle ELHAGE

*Pédiatre au SMUR pédiatrique 75 Robert Debré
Participant à la Régulation Régionale Pédiatrique
d'Île de France*





Qu'est-ce que la Cellule des Transferts ?

C'est une Hotline téléphonique qui permet d'aider aux transferts des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Quel est l'objectif principal de la Cellule ?

C'est d'aider les professionnels de la périnatalité pour que les femmes enceintes et les nouveau-nés qui sont dans une situation urgente soient pris en charge dans le type de maternité adapté à leur terme et à leur poids (cf. Tableau I).

Combien y a-t-il de types de maternités en France ?

Le tableau I donne les caractéristiques de chaque type de maternité.

	Type I	Type IIA	Type IIB	Type III
Unité de néonatalogie ?	NON	OUI	OUI	OUI
Unité de soins intensifs néonataux ?	NON	NON	OUI	OUI
Unité de réanimation néonatale ?	NON	NON	NON	OUI
Terme Minimum de prise en charge en semaines d'aménorrhée (SA)	36 SA	32 SA	30 SA	24 SA
Poids ou EPF* minimum de prise en charge	2000 gr	1500 gr	1300gr	500 gr

EPF* = Estimation de poids fœtal = cette estimation est réalisée par échographie en quelques minutes par l'obstétricien

Les critères de poids et de terme indiqués dans ce tableau sont donnés à titre indicatif. Ils peuvent légèrement changés en fonction des maternités.

Tous les professionnels de santé peuvent-ils appeler la Cellule ?

Non, la cellule est destinée aux Gynécologues Obstétriciens et aux Pédiatres des maternités et des services de néonatalogie. Les appels doivent émaner d'une maternité ou d'une unité de néonatalogie.

Quels sont les Horaires de la Cellule ?

La Cellule fonctionne 24 Heures sur 24, 365 jours par an.

Qui répond aux appels de la Cellule ?

C'est une sage-femme

Quels sont les motifs d'appels à la Cellule ?

- Les transferts de femmes enceintes encore appelés « TIU = Transferts In Utero ».
- Les transferts de nouveaux nés encore appelés « TNN ».

Quel est la nature du lien entre la Cellule et le SAMU ?

La cellule est une structure indépendante qui est sous l'autorité de l'Agence Régionale de la Santé et qui est dirigée par un Professeur de Gynécologie Obstétrique.

Sa localisation au sein du centre 15 permet aux sages-femmes de la cellule d'être au contact des régulateurs du SAMU et des médecins néonatalogues du SAMU.

Les appels à la Cellule passent ils par le « 15 » ?

En temps normal les appels ne passent pas par le « 15 ».

Mais si la sage-femme de la Cellule a plusieurs transferts à gérer et ne peut répondre immédiatement, l'appel à la cellule bascule sur le « 15 » et l'appelant est alors en contact avec un ARM qui devra prendre le nom, le numéro de téléphone et le nom de la maternité appelante pour que la sage-femme puisse rappeler l'appelant dès que possible.



Quel est le mode de fonctionnement de la Cellule ?

Le tableau II précise le fonctionnement de la cellule en fonction du degré de complexité du transfert. Et indique le nombre d'étapes pour l'appelant.

Degré de complexité du Transfert	Une Etape	Deux Etapes	Trois Etape	Quatre Etapes
*	Appel à la SF de la cellule			
**	Appel à la SF de la cellule	La SF de la cellule réalise une conférence téléphonique entre les médecins demandeurs et receveurs		
***	Appel à la SF de la cellule	La SF de la cellule réalise une conférence téléphonique entre les médecins demandeurs et receveurs	La SF de la cellule appelle le médecin référent du réseau	
****	Appel à la SF de la cellule	La SF de la cellule réalise une conférence téléphonique entre les médecins demandeurs et receveurs	La SF de la cellule appelle le médecin référent du réseau	La SF de la cellule appelle le médecin coordinateur de la cellule

Transfert * La sage-femme de la cellule va appeler le receveur et elle rappellera ensuite le demandeur pour lui indiquer la structure de destination.

Transfert ** La sage-femme met en conférence le médecin demandeur et le médecin receveur pour trouver un accord sur l'opportunité du transfert et les modalités du transport.

Transfert *** Le transfert est complexe : parfois les médecins hésitent entre un transfert in utéro ou une extraction du nouveau-né sur place ou les protocoles de la cellule ne sont pas respectés : dans ce cas la sage-femme appelle le **médecin référent**. **Ce médecin référent est pour les transferts de femme enceinte l'obstétricien de garde du CHU du réseau, et est pour les transferts de nouveau-nés le pédiatre néonatalogue de garde du CHU du réseau.**

Transfert **** Dans ces cas le transfert paraît particulièrement risqué, la sage-femme appelle le coordinateur de la cellule pour prendre une décision de transfert de la femme enceinte ou à l'inverse prendre une décision d'extraction du nouveau-né sur place et le transférer secondairement. Dans ces cas le SAMU néonatal est parfois adressé avant que l'enfant soit né.



Qui appelle le vecteur pour réaliser le transfert ?

Quand le transfert est effectué par un SAMU c'est la sage-femme de la cellule qui contacte le SAMU. Quand le transfert est réalisé par une ambulance privée c'est le demandeur qui appelle la société d'ambulance.

Certains transferts sont-ils exclus de la Cellule des transferts ?

Oui

Les appels pour hémorragies du post partum ne sont jamais gérés par la Cellule.

La dangerosité de ces transferts est telle (risque de mort maternelle) que ces appels font l'objet d'un protocole direct entre le SAMU et une maternité de référence.

Existe-t-il des contre-indications aux transferts de femmes enceintes ?

Oui

Si le fœtus présente des anomalies du rythme cardiaque fœtal, si la mère a des saignements vaginaux en cours ou une hypertension artérielle non contrôlée ou une dilatation du col avancée le transfert est contre indiqué ou différé afin que la situation soit stabilisée (TA contrôlée, arrêt du saignement).



Professeur Olivier DUPUIS LEBRETON

Aides Soignants(es)



Du sens, de la valeur et des actes

Notre société ne cache rien ou presque. Il suffit de rentrer dans des établissements pour savoir comment fonctionne notre modèle de santé. Il regroupe bon nombre de professionnels engagés. Les droits humains nous rappellent l'importance de nos actions. La solidarité nationale apporte des réponses concrètes. Nous en faisons partie intégrante. Et les patients et les résidents en sont les bénéficiaires. Le métier d'aide-soignant est un engagement. Les soins demandent une approche propre à chaque personne soignée.

Les soignants doivent être bien dans leur peau avant tout. C'est une condition sine qua non. Les prises en soins se basent sur la confiance, la vérité et le respect. Un état d'esprit et une vision d'ensemble élaborent la réussite et l'échec des soins tel un courant sinusoïdal. Nous agissons sur le visible et l'invisible. Cette alternance ne peut trouver support que dans le travail en équipe et l'autonomie. Nous sommes avant tout tournés vers soi et vers les personnes pour ne former qu'un tout indivisible, le système de santé.

Article mission et rôle de l'aide-soignant(e)

La collaboration infirmier – aide-soignant : véritable travail d'équipe au bénéfice de la personne

Travailler de manière collaborative est un paramètre important dans la prise en soins du patient en tant que professionnel de santé, l'aide-soignant est habilité à dispenser des soins de la vie quotidienne ou des soins

aigus en collaboration avec l'infirmier. L'infirmier confie à l'aide-soignant certains actes qui relèvent de sa compétence permettant d'assurer la continuité des soins et une qualité optimale de la prise en soins du patient. Lorsque l'infirmier confie des tâches à l'aide-soignant, il doit s'assurer qu'ils sont conformes aux référentiels de compétences et d'activités du métier aide-soignant.

L'exercice sous la responsabilité de l'infirmier

Pour qu'une action de soins soit de la compétence des AS, seuls les aides-soignants, auxiliaires de puériculture et accompagnants éducatifs et sociaux peuvent collaborer aux soins avec l'infirmier dans le cadre du rôle propre de ce dernier. Il ne s'agit pas d'une délégation de compétences, qui suppose le transfert à la fois de la réalisation de l'acte et de la responsabilité qui peut en découler.

Ce qu'il faut retenir après la mise en application des nouveaux référentiels du métier d'aides-soignants pour l'ensemble du groupe de travail, les objectifs ont été les mêmes :

1. faire évoluer le métier par la construction d'un référentiel de compétences et d'activités adapté aux besoins de notre société
 2. le rendre plus attractif par la diversité des lieux d'exercice et la satisfaction à accompagner une personne dans son parcours de vie
 3. faire participer l'AS au raisonnement clinique pour lui permettre d'adapter la prise en soins d'une personne à tout âge de la vie, à savoir :
- L'AS recherche les informations et évalue le degré d'autonomie, les fragilités et ressources, les capacités physiques et psychiques de la personne et de ses besoins



- L'AS identifie les signes permettant d'apprécier les changements de l'état clinique de la personne en fonction des observations réalisées et des informations recueillies
 - L'AS identifie les situations à risque lors de l'accompagnement de la personne pour mettre en œuvre les actions de prévention adéquates. Le rôle et la place de l'aide-soignant dans le repérage et la prévention des risques sont abordés dans le cadre d'un travail en équipe interprofessionnelle.
 - L'AS recherche les informations sur les précautions particulières à respecter lors du soin et fera la différence entre soins aigus et soins courants
 - Au regard des activités pratiquées au quotidien par les AS dans les services de soins, la prise des constantes est souvent le premier contact avec les patients. Les mesures quantitatives et qualitatives permettent à l'AS d'apprécier l'état de santé des patients
 - ainsi, tous les actes réalisés permettent à l'AS d'évaluer et de réajuster la prise en soins du patient.
- Exemples d'actes de soins courants : Le lavage oculaire et l'instillation de collyre : dans de nombreux services les collyres sont « à portée de main » dans les chambres des patients ou résidents. L'AS procède à l'instillation des collyres selon le protocole établi par l'IDE. Le contrôle de la glycémie des patients diabétiques est réalisé par l'AS, par captation capillaire ou par lecture instantanée transdermique, avec transmission des données à l'IDE.



L'AS intervient pour le premier lever en collaboration avec l'infirmier et/ou avec le kiné selon la situation et les besoins du patient. Informer et former les pairs, les personnes en formation et les autres professionnels est souvent une lourde charge pour l'AS, par manque de temps, mais l'AS a également sa place dans les IFAS pour transmettre aux futurs professionnels ses savoirs- faire et savoir-être. En conclusion : n'oublions pas que les métiers AS et IDE sont complémentaires.



L'Infirmier(ère) Gériatrique aux Urgences

Les services d'urgence hospitaliers sont souvent associés à l'agitation, à la précipitation et à l'urgence vitale. Cependant, au cœur de ce tumulte médical, les infirmiers(ères) gériatriques jouent un rôle vital et souvent méconnu en fournissant des soins spécialisés et une compassion exceptionnelle aux patients âgés. Leur engagement envers cette population vulnérable garantit que les personnes âgées reçoivent l'attention et les soins adaptés à leurs besoins uniques. Ils ont souvent des besoins médicaux complexes et multiples, dus aux changements physiologiques liés à l'âge et aux conditions médicales sous-jacentes. Ils sont spécialement formés pour gérer ces défis. Leur expertise couvre une gamme de domaines, notamment la démence, les problèmes de mobilité, la polypharmacie (utilisation de multiples médicaments), les chutes fréquentes et la gestion de la douleur chez les personnes âgées.

Ils sont capables d'évaluer rapidement et avec précision les patients gériatriques, de reconnaître les signes de détérioration de leur état de santé et de coordonner les soins avec d'autres membres de l'équipe médicale. Elles jouent un rôle central dans la prise de décisions concernant les traitements appropriés, en prenant en compte la fragilité et les conditions préexistantes des patients.

Au-delà des compétences techniques, elles excellent dans la communication empathique. Elles comprennent les défis émotionnels et mentaux auxquels sont confrontés les patients âgés et leurs familles en situation de crise. Ils prennent le temps d'expliquer les procédures, de répondre aux questions et d'apaiser les inquiétudes, créant ainsi un environnement de confiance et de réconfort.



Les personnes âgées sont parfois plus susceptibles de se sentir confuses ou anxieuses lorsqu'elles sont aux urgences. L'infirmier(e) gériatrique est formé pour repérer ces signes et y répondre de manière appropriée, réduisant ainsi le stress et améliorant le bien-être général du patient.

Après avoir évalué l'état du patient, l'infirmière gériatrique peut recommander des services de suivi appropriés, tels que des soins à domicile, des soins de réadaptation ou des consultations spécialisées en gériatrie. Cette approche globale assure une transition en douceur entre l'hôpital et le domicile, minimisant le risque de rechute ou de complications. Leur présence garantit que les personnes âgées reçoivent les soins appropriés dans des moments de vulnérabilité, contribuant ainsi à améliorer la qualité de vie et le bien-être de cette population précieuse.



L'Assistant(e) Sociale aux Urgences : Un soutien inestimable en temps de crise

L'assistant(e) sociale aux urgences est un maillon essentiel de l'équipe de soins d'urgence. Son rôle ne se limite pas à la prestation de soins médicaux, mais s'étend à un soutien social aux patients et à leurs proches. Dès l'arrivée d'un patient, l'assistante sociale évalue rapidement la situation pour identifier les besoins spécifiques. Elle peut travailler avec diverses parties prenantes, notamment les médecins, les infirmières, les psychologues et les travailleurs sociaux externes, pour garantir une approche globale et coordonnée.

Souvent, les situations d'urgence mettent en lumière des problèmes sociaux sous-jacents tels que l'insécurité alimentaire, le logement précaire ou les défis financiers.

L'assistant(e) sociale y travaille en ce sens avec les patients pour identifier ces besoins et mettre en place un plan d'action pour y remédier. C'est l'orientation des patients vers des programmes d'aide sociale, des organismes de bienfaisance locaux ou des services de soutien communautaire.

Cette approche proactive vise à garantir que les patients reçoivent l'aide dont ils ont besoin pour surmonter les obstacles qui pourraient entraver leur rétablissement, elle incarne l'essence même des soins holistiques.



La mission du psychologue aux urgences: Soutien et rétablissement émotionnel



Lorsque l'on pense aux services d'urgence médicale, il est facile d'imaginer une équipe de professionnels en blouse blanche travaillant diligemment pour sauver des vies. Cependant, au-delà de la médecine traditionnelle, un autre groupe de professionnels joue un rôle essentiel dans ces situations stressantes et souvent chaotiques : les psychologues spécialisés dans les services d'urgence. Leur mission cruciale est de fournir un soutien émotionnel, psychologique et mental aux patients, aux familles, contribuant ainsi de manière significative à la gestion globale des urgences médicales. Les situations sont invariablement accompagnées de stress et d'anxiété. Les patients et leurs familles peuvent être confrontés à un tourbillon d'émotions allant de la peur à la colère en passant par le désespoir. Dans de tels moments, les psychologues spécialisés aux urgences deviennent des acteurs clés pour apaiser ces émotions tumultueuses et aider les individus à faire face à la crise.

Le soutien psychologique ne se limite pas seulement aux patients et à leurs proches mais intervient également pour le personnel médical en leur offrant un espace sécurisé, pouvant exprimer ainsi leurs propres émotions et réduisant le risque de burn-out et de troubles psychologiques à long terme.

Parmi les fonctions principales :
Évaluation psychologique : Lorsqu'un patient arrive aux urgences, le psychologue peut effectuer une évaluation rapide de son état émotionnel et psychologique. Cette évaluation aide à identifier les besoins et à planifier une intervention appropriée.

Interventions de Crise : Les psychologues sont formés pour gérer les crises, ils offrent un soutien immédiat aux individus en détresse, en utilisant des techniques de gestion du stress et de la détresse.

Soutien familial : Les membres de la famille peuvent également être profondément affectés par une urgence médicale. Les psychologues fournissent un soutien et des conseils pour aider les familles à faire face à la situation.

Gestion du traumatisme : En cas de traumatisme grave, les psychologues interviennent pour atténuer les effets psychologiques à long terme, tels que le trouble de stress post-traumatique.





urgences114.fr

Le Centre National Relais 114 (CNR 114)



Qu'est-ce que le 114 ?

Le 114 est le numéro national d'appel d'urgence unique et gratuit qui permet, aux personnes sourdes, malentendantes et aphasiques d'accéder à l'ensemble des centres d'appels urgents français (15, 17, 18, 112, ...) en France Métropolitaine et Outre-Mer.

Il est accessible 24h/24, 7j/7 par l'application smartphone Urgence 114 (iOS ou Android), le site Internet : www.urgence114.fr, par SMS et par fax.

Le 114 répond à l'obligation légale d'accessibilité faite aux services publics de l'urgence (15, 17, 18), dans le cadre de la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Placé sous l'égide du Secrétaire Général du Comité Interministériel du Handicap (SG-CIH), le 114 est cofinancé par le Ministère de l'Intérieur et par le Ministère de la Santé, sa mise en œuvre est assurée par le Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble Alpes (CHUGA).

En France, 6 millions de personnes sont déficientes auditives (dont 450 000 personnes qui ne peuvent pas téléphoner). Un chiffre qui recouvre des réalités de vie très différentes : sourds profonds, devenus sourds, malentendants, personnes âgées atteintes de presbycusie... Ces personnes n'utilisent pas toutes la Langue des Signes, leurs modalités de communication sont différentes.

Le 114, un service public pionnier et sans équivalent en Europe depuis 10 ans

La France, pays pilote d'un projet d'expérimentation européen (Espagne, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Suède) nommé REACH 112 et porté par l'European Emergency Number Association (EENA), de 2009 à 2012, est le premier pays à avoir mis en place un numéro d'urgence unique et gratuit.

<https://eena.org/our-work/eu-projects/reach-112/>

Depuis le 14 septembre 2011, toute personne ayant des difficultés à entendre ou à parler, qu'elle soit victime ou témoin d'une situation d'urgence, a la possibilité d'alerter les services de secours comme tout citoyen, par SMS ou fax envoyé au 114.

Pour s'adapter au plus grand nombre, le 114 a développé une plateforme multimédia permettant l'accessibilité à tous les usages pour communiquer simultanément par visio, Texte en Temps Réel (TTR) et voix retour texte.

Les dates clefs

2002 : Livre blanc FNSF : Accès des personnes sourdes à la citoyenneté. Proposition n°86 : « Un numéro national d'appel d'urgence à deux ou trois chiffres, accessible à tout moment par tout type de Minitel, voire par fax ou par sms, doit être mis en place. »

11 février 2005 : Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (Art. 78 : [...] Un décret prévoit également des modalités d'accès des personnes déficientes auditives aux services téléphoniques d'urgence).

14 avril 2008 : Décret n°3088-346 relatif à la réception et à l'orientation des appels d'urgence des personnes déficientes auditives, prévoit la mise en place d'un centre national de relais.

1er février 2010 : Arrêté désignant l'établissement de santé assurant les missions du centre national de relais mentionné à l'article D. 98-8-1 du code des postes et des communications électroniques.

31 janvier 2011 : Arrêté attribuant au service le numéro court 114.

14 septembre 2011 : Ouverture du 114 par SMS et fax.

19 novembre 2018 : Lancement de la Conversation Totale (CT).

15 juin 2021 : Lancement des nouvelles versions des applications.

Le Système de Gestion des Appels – Un outil multimédia unique

La Conversation Totale répond au besoin de la population sourde et malentendante : elle utilise simultanément l'audio, la vidéo et le texte en temps réel ou de n'importe quelle combinaison des trois.

Le logiciel a été pensé en interne, avec la collaboration de gendarmes, de policiers, de pompiers, du SAMU et d'utilisateurs en partant d'une page blanche pour répondre au plus près des besoins.

Il permet aux agents de régulation :

- De communiquer avec les requérants et les effecteurs dans tous les médias pris en charge.
- De saisir toutes les informations pour le traitement du dossier (identité, localisation, qualification).
- D'assurer les suivis des dossiers.
- D'accéder aux annuaires et aux procédures.

Il est interfacé avec :

La PFLAU, Plateforme de Localisation des Appels d'urgences, permettant d'obtenir l'identité et l'adresse de facturation d'un numéro ;

- L'AML, Advanced Mobile Location, permettant de récupérer des données de localisation précises du smartphone ;
- La Base d'adresse Nationale (<https://adresse.data.gouv.fr/>) pour la recherche et l'autocomplétion des adresses ;
- Google Maps, pour l'affichage des adresses ;
- Géoportail, pour l'affichage avancé des adresses et la recherche d'adresses particulières comme les points kilométriques autoroutiers ...
- Géoloc 18/112, outil permettant, entre autres, d'envoyer un SMS contenant un lien url pour aider à localiser les requérants ;
- Le système RAMSES, permettant la saisine des forces de Police pour une demande d'intervention.

Il permet également :

- La recherche des dossiers archivés.
- L'enregistrement des appels téléphoniques, des SMS, des fax et des courriels.
- De paramétrer les listes (qualifications, phrases types, etc.)

L'écosystème repose sur une architecture décentralisée,

redondée et sécurisée permettant une reprise d'activité en cas de sinistre majeur.

Une nouvelle version de son application « URGENCE 114 » sortie en juin 2021

Le 114 doit sans cesse s'adapter à l'évolution des technologies de communication utilisées par la population. Par sa pratique, le 114 est donc un observatoire fonctionnel permettant d'évaluer et d'améliorer de nouveaux processus dans le traitement de l'appel d'urgence et de l'accessibilité. Les équipes du 114 ont donc fait appel à un panel d'utilisateurs pour améliorer l'ergonomie et l'accessibilité, notamment pour les personnes déficientes visuelles.

En plus des fonctionnalités disponibles sur la première version - affichage du TTR lors de l'échange (pas besoin d'appuyer sur « envoyer » pour l'utilisateur lorsqu'il écrit), « voix retour texte » (le requérant s'exprime à l'oral et l'opérateur répond instantanément par texte), des fonctionnalités telles que la géolocalisation instantanée, le contraste pour les personnes dont le champ de vision est réduit, la taille des textes, la compatibilité avec les dispositifs Braille ont été améliorées.

La géo-restriction a également été étudiée : désormais les requérants étrangers présents sur le territoire Métropolitain et d'Outre-Mer peuvent appeler le 114.

L'efficacité du travail des agents a été améliorée par la mise en place de nouvelles fonctionnalités : la fonction rappel du requérant, l'envoi de notifications, la remontée du niveau de batterie, la possibilité de retourner la caméra de l'utilisateur à distance...

Le travail se poursuit avec notamment la mise en accessibilité du service aux personnes aphasiques.

Depuis juillet 2022, le parcours aphasique est accessible via l'application et le portail web avec l'ajout d'un 3ème bouton d'appel spécifique.

Les pictogrammes sont en cours d'intégration dans les outils numériques afin d'aider à la communication et la compréhension.

Une équipe mixte entendants/sourds

Les appels sont traités par une équipe composée de 22 agents - 9 sourds et 13 entendants - maîtrisant la LSF.

Tous les agents sont formés à la prise d'appel de tout type d'urgence (Police – gendarmerie, sapeurs-pompiers, urgences médicales) et à la communication multimédia.

Les agents sourds dont la Langue des Signes Française (LSF)



est la langue naturelle sont les plus compétents pour prendre en charge une relation d'aide dans la dimension linguistique mais aussi socio-culturelle :

- Capacité à prendre en charge les particularités linguistiques (les régionalismes, les différents niveaux de LSF (débutants, experts...), FESO (Français Écrit des Sourds),
- Capacité à reformuler (même en langue des signes étrangère),
- Capacité à communiquer même lorsque les conditions techniques ne sont pas favorables (peu de réseau et visio saccadée, requérant qui bouge, qui signe en dehors du champ de la caméra, ambiance nocturne ...).

Formés comme les collègues entendants à la prise en charge de tous les types d'urgences, ils reçoivent prioritairement les appels des requérants qui choisissent l'appel LSF.

Les agents entendants sont tous formés à la LSF :

- Pour permettre une communication la plus fluide possible entre tous les membres de l'équipe,
- Prendre en charge tous les modes de communication, LSF y compris afin de ne pas faire attendre, dans les situations de forte activité, des requérants avec des demandes potentiellement urgentes.

Ils prennent les appels textes et spécifiquement les appels « voix retour texte ».

Ils sont de plus chargés de transmettre téléphoniquement les demandes d'interventions aux différents effecteurs (15, 17, 18), dans chaque département concerné.

Tous les agents sont également en mesure d'orienter des appels vers d'autres services tels que le 119, le 3919, le 116006 ...

La Formation

Les agents de régulation 114 sont des professionnels sourds et entendants spécifiquement formés à la prise d'appel 15, 17, 18, en texte adapté, et en Conversation Totale.

La Formation Initiale :

- Elle dure 5,5 semaines.
- Elle vise à permettre au nouvel agent de prendre les appels, en autonomie.
- Elle est axée dans un premier sur temps les notions générales et administratives.
- La prise en main de l'outil numérique, l'appropriation des procédures spécifique se fait graduellement, sous forme d'observation, d'ateliers puis de prise d'appels réels supervisés.
- Toutes les situations de formations, puis de travail peuvent être l'occasion de débriefing.
- Le 114 dispose d'outils permettant la relecture d'échanges SMS et de montage des flux sons, textes et vidéos.
- Centres d'appels 15, 17, police et gendarmerie, 18 :
 - ◊ découverte des plateformes
 - ◊ double écoute
- Certaines thématiques sont traitées dans un second

temps : appels visio, Violences Intra Familiales, Appels des personnes aphasiques...

Les formations continues :

- AFGSU niveau 2.
- LSF en formation initiale.
- LSF sous forme d'ateliers continus (formatrice Université Grenoble Alpes).
- Ateliers bi-mensuels : avec un médecin régulateur, urgentiste signant et ayant la connaissance de la culture sourde : approfondissement de sujets médicaux à partir de dossiers de régulation.
- Ateliers bi-hebdomadaires : avec un interprète en Langue des Signes Françaises, pour permettre à chacun de choisir sa langue naturelle : revues de dossiers à la demande des agents et/ou de l'encadrement, échanges sur les nouvelles ou sur les modifications de procédures ...
- Formation Aphasie (e-learning, expérimentations...)

Autres formations :

- VAE ARM
- Préparations concours
- ...

Le 114, comment ça marche ? Liens avec les CRRA

Les appels 15 représentent pour le 114 plus de la moitié de



son activité et confèrent un lien privilégié avec les SAMUs et leurs homologues ARM.

L'agent Niveau1 (N1) réceptionne l'appel en fonction de ses compétences :

- l'agent sourd reçoit prioritairement les appels LSF,
- l'agent entendant reçoit en priorité les appels « voix retour texte » (ou « texte retour voix ») et les appels de personnes aphasiques.

En fonction du motif et de la gravité, l'agent N1, pose les questions liées à l'identité et la localisation.

Il invite 1 collègue N2 dans une conférence spécifique :

- L'agent N1, voit l'agent N2 en plus du requérant
- L'agent N2, voit l'ensemble des échanges de l'agent N1 avec le requérant
- L'agent N2 voit et entend l'environnement du requérant
- Le requérant ne voit que l'agent N1, pour éviter les interférences dans la communication.

En cas d'urgence vitale, l'agent N2 peut appeler un effecteur, dès lors qu'une localisation précise et une qualification sont validées.

L'agent N1 recueille le maximum d'informations pertinentes pour permettre aux effecteurs de prendre leur décision quant aux suites à donner.

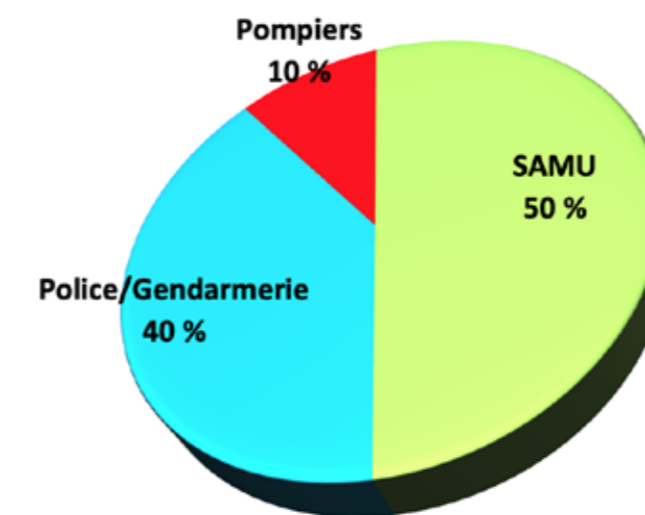
L'agent N2 transmet au téléphone toutes les informations à l'ARM des C15, (identité, adresse et informations de localisation) qui le transfère au médecin régulateur. Pendant toute la régulation, le 114 reste en lien avec le requérant afin de faire le relais entre le médecin régulateur et le requérant.

Le 114 en chiffre

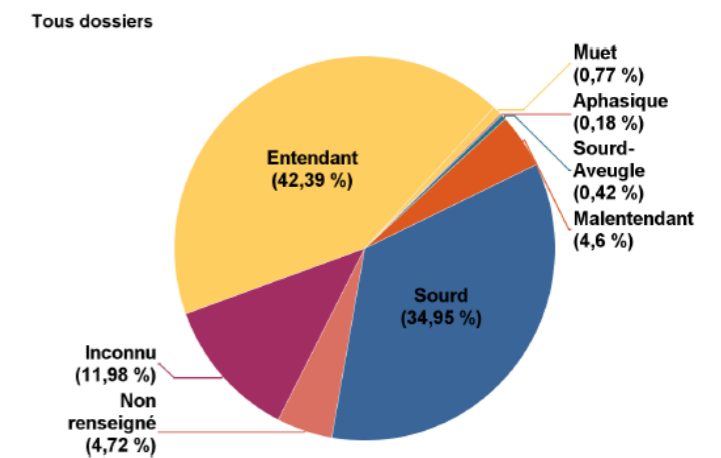
L'activité est en hausse depuis sa création.

Alors qu'à son lancement le 114 traitait 20 dossiers par jour dont 4 dossiers relayés vers le 15, le 17 ou le 18, aujourd'hui 70 dossiers dont 20 relayés sont reçus chaque jour.

La moitié des dossiers sont relayés vers le SAMU, 40% vers la Police/Gendarmerie et 10% vers les Pompiers. 60 % des dossiers sont en SMS et 40% en Conversation totale (visio/tchat).



Répartition par type de requérants.



Les appels discrets et les violences intra-familiales

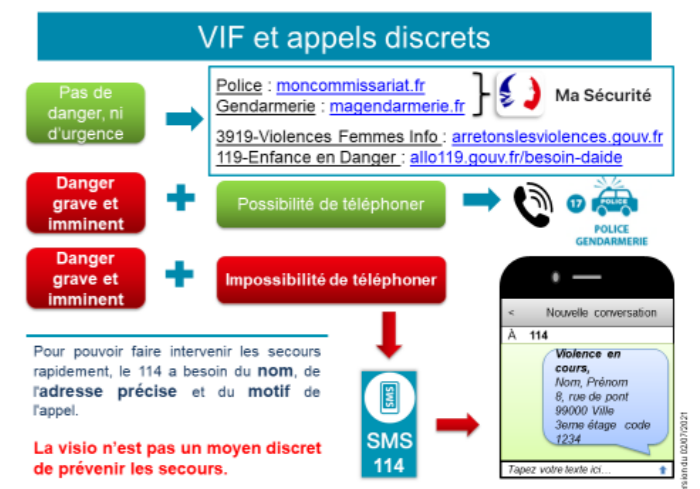
Depuis sa création, le 114 est régulièrement utilisé par des personnes en danger imminent dont la situation impose la discrétion de l'appel (proximité de l'agresseur).

Lors de la mise en place du 1er confinement, en mars 2020, les inquiétudes ont commencées à apparaître. En effet, en temps normal, une femme victime trouve des moments d'accalmies, notamment lorsque son agresseur quitte le domicile : pour son travail ou toutes autres activités.

Confinée à la maison, sans pouvoir alerter, de nombreuses femmes se sont retrouvées ainsi piégées. Le gouvernement a rapidement cherché et proposé des solutions pour prévenir les secours sans alerter l'agresseur.

Le 1er avril, dans les médias, la communication grand public donnait à l'ensemble de la population, la possibilité de contacter le 114 d'un « simple texto », et ainsi faire intervenir les forces de l'ordre.

Cette possibilité répond au besoin de certaines personnes, privées de la possibilité d'appeler les secours directement au téléphone, et ne disposant pas d'outils numériques.



Avant le 114

Avant le 114, certains centres d'appel d'urgence ont mis en place des mesures pour permettre aux personnes sourdes et malentendantes de contacter les secours. Ces mesures n'étaient pas uniformes mais propre à chaque centre d'appel départemental :

- formulaire fax sur un numéro à 10 chiffres,
- utilisation du minitel,
- pré-inscription sur liste,
- utilisation de bandes sonores pré-enregistrées,
- usage du sms sur un numéro à 10 chiffres,
- application mobile permettant de pré-formater des sms (IRAUDA),
- ...

Certaines personnes étaient dépendantes de leur entourage (famille, voisin) pour pouvoir contacter les services d'urgence avec toutes les conséquences imaginables : retards de prise en charge et les préjudices possibles, non-respect de la confidentialité (obligation de demander à un tiers), dépossession de citoyenneté (impossibilité d'être témoin et de déclencher une demande d'urgence)

Les associations et leurs membres sont très concernés et œuvrent pour faire reconnaître cet état de fait. La création puis le développement des UASS, fin des années 1990, début 2000, va accélérer la réflexion.

Perspectives

Le 114 poursuit son évolution :

- technologique : en restant à l'écoute des changements sociétaux liés aux évolutions du numériques ;
- citoyenne : en prenant en compte les publics ayant des besoins de communication différents : aphasiques (aide à la communication à l'aide de pictogrammes, les personnes victimes de violences (SMS discrets)...
- interopérabilité entre les outils des différents centres d'appel pour les échanges de données,
- réflexion sur la priorisation des appels du 114 vers les centres 15 pour limiter le temps d'attente pour une régulation (en particulier pour la PDS).

Nous suivre

- Site internet
- Réseaux sociaux



+ INFORMATIONS
www.info.urgence114.fr



SERVICE PUBLIC GRATUIT 24H/24, 7J/7

URGENCE 114

SAMU POLICE SAPEURS
GENDARMERIE POMPIERS

Appel d'urgence pour sourds et malentendants

SMS FAX VISIO TCHAT



Nouveau



Application gratuite



Téléchargez sur



Site internet

www.urgence114.fr



+ INFORMATIONS
www.info.urgence114.fr





CTA

Chaque département dispose d'un ou plusieurs centres de traitement de l'alerte (CTA). Ces centres sont des plateformes où sont réceptionnés l'ensemble des appels 18 émis depuis chaque commune du département concerné. Ils reçoivent également le numéro d'urgence européen hormis dans les 14 départements où le 112 est reçu par le SAMU.

Les missions des CTA consistent à assurer le traitement des alertes, déclencher les moyens de secours des unités opérationnelles concernées, réorienter les appels n'entrant pas dans les compétences des Services d'Incendie et de Secours. Dans tous les cas, le CTA travaille en interconnexion avec le SAMU (15 et 112) et les forces de l'ordre (police et gendarmerie – 17). Cette interconnexion montre toute sa pertinence lorsque ces services partagent leurs informations au sein d'une même salle opérationnelle, comme cela est le cas dans 21 départements depuis plusieurs années. Les opérateurs du CTA sont des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires formés à la prise d'appels. En plus de leurs formations d'intégration/initiale et d'avancement de grade, ils reçoivent une formation leur permettant de développer leurs compétences dans la prise d'appels d'urgence et dans la gestion des interventions orientée vers la coordination opérationnelle.

Ils disposent, en outre, d'une réelle expérience de terrain par leur activité de sapeur-pompier et sont dotés d'indéniables qualités d'écoute et de synthèse. En un peu plus de deux minutes (2m21 selon les

INSIS¹ de la Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion de Crise), l'opérateur doit :

- Localiser la victime ou le sinistre ;
- Identifier et qualifier la demande ;
- Engager les moyens de secours adaptés.

Puis, l'opérateur doit :

- Solliciter des citoyens sauveteurs lors d'un arrêt cardiaque ;
- Rassurer et guider l'appelant dans la pratique des bons gestes ;
- Informer et demander l'intervention des services partenaires.

Il est assisté par un outil informatique d'aide à la décision, qui lui propose, en fonction du lieu et de la nature de l'intervention (incendie, secours à personne, accident de la route, interventions spécialisées, opérations diverses...) les moyens à engager.

Les opérateurs sont encadrés par un chef de salle et son adjoint. Ils constituent le binôme de supervision des opérateurs et viennent en appui lors d'interventions complexes. Ils veillent à la pertinence de l'engagement des moyens et à la bonne prise en compte de l'intervention par les unités sollicitées. Par ailleurs, ces superviseurs sont compétents pour pallier un éventuel incident technique.

Lors d'épisodes météorologiques, par exemple, le nombre d'appels au 18/112 augmente rapidement. Les capacités de réception de l'alerte doivent alors être renforcées afin d'optimiser le traitement des demandes de secours. Une salle de débordement est alors activée et une gestion des interventions à caractère multiple (ICM) est mise en place pour éviter de perturber le traitement des appels d'urgence courants qui restent prioritaires.

Cette salle permet de distinguer les appels concernant l'événement à l'origine de l'augmentation des appels, et qui révèlent généralement d'un caractère d'urgence relatif, des appels pour les interventions courantes qui continuent d'être réceptionnés et qui doivent être traités en priorité.

¹ Indicateurs Nationaux des Services d'Incendie et de Secours, Édition 2022





CODIS

Le Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CODIS) est l'organe de coordination de l'activité opérationnelle des services d'incendie et de secours du département.

Il est informé de toutes les opérations en cours et régulièrement renseigné sur l'évolution de la situation jusqu'à la fin des opérations.

Les missions du CODIS consistent à :

- Coordonner les opérations de secours et les moyens en intervention,
- Anticiper et suivre l'évolution des événements,
- Alerter et informer les autorités et organismes concernés.

Lors des opérations d'ampleur, le CODIS monte en puissance et entre dans une configuration

«gestion de crise», afin de traiter une intervention nécessitant l'engagement de nombreux moyens : feu d'établissement industriel, incident impliquant de nombreuses victimes...

Son organisation s'articule alors autour de différentes cellules (action, renseignements, moyens, anticipation) composées d'officiers de la chaîne de commandement et d'experts métiers en fonction de la nature de l'évènement.

Enfin, la plupart de ces centres opérationnels disposent d'un Officier Santé CODIS, maillon indispensable de la relation avec le SAMU, et dont les missions principales résident dans la supervision opérationnelle des interventions exercées dans le cadre des Soins et des Secours d'Urgence Aux Personnes (SSUAP), du Soutien Sanitaire Opérationnel des personnels engagés sur le terrain, et le déclenchement de la chaîne de commandement opérationnelle du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM).



Centre de Consultation Médicale Maritime (CCMM)



Les marins sont les travailleurs les plus exposés aux accidents et maladies en relation avec leur travail ou en activité de loisir. Il n'y a, sauf exception, ni médecin ni personnel paramédical sur les navires. L'Aide Médicale en Mer (AMM) a donc pour objectif de réaliser une prise en charge du patient à bord avec des moyens et des délais semblables à ceux pratiqués à terre grâce notamment à la télé-médecine. Pour cela en France, le CCMM a été créé au sein du SAMU de la Haute-Garonne et du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse par l'Instruction Interministérielle du 29 avril 1983 relative à l'organisation opérationnelle de l'AMM. Il s'agit d'un service, permanent et gratuit, de consultations et d'assistance télé-médicales assuré pour tout navire en mer 24h/24 et 7j/7.

L'appel pour une téléconsultation est décroché par un auxiliaire de régulation médicale (ARM) qui identifie le navire, le patient, le motif d'appel et le degré d'urgence



et passe la communication au médecin du CCMM. Les médecins du CCMM sont des médecins urgentistes. Leur activité est répartie entre le SAMU31 (Médecin Régulateur du Centre 15 et Médecin SMUR), le Service d'Accueil des Urgences (SAU) et le CCMM. Ils réalisent la téléconsultation dans une salle jouxtant la salle de réception et de régulation des appels (CRRA) du SAMU.

Le nombre de téléconsultations assuré par le CCMM est en constante augmentation. En 2021, les médecins du CCMM ont répondu à 5889 appels de consultations télé-médicales pour 2360 patients. 30% des patients naviguent sur des navires de commerce. Les navires de pêche représentent 20% des dossiers, les navires à passagers 13%, les navires de plaisance 12%.

En cas de problème médical en mer, le navire par l'intermédiaire de son responsable des soins à bord, appelle le CCMM dès qu'il le juge nécessaire.

Grâce à sa formation initiale et continue, il sait préparer cette téléconsultation et doit :

- Transmettre l'histoire de la maladie ou de l'accident ;
- Réaliser le Bilan des Fonctions Vitales et mesurer tous les paramètres vitaux ;
- Mettre en œuvre les gestes de Premier Secours si nécessaire ;
- Recenser le maximum d'informations (symptômes, plaintes...) au décours d'un interrogatoire et d'un examen attentif du patient ;
- Remplir la Fiche d'Observation Médicale faisant partie de la Dotation Médicale.

Après transmission de ce recueil de données au médecin du CCMM celui-ci pourra au mieux poser un diagnostic, prescrire une prise en charge et proposer une décision au « Responsable des Soins ». Une fois la décision validée par celui-ci, la responsabilité du patient est assurée par le CCMM jusqu'à la prochaine consultation si le patient est pris en charge à bord et/ou jusqu'à sa prise en charge à terre. Afin de prendre en charge le patient, tout navire de commerce ou de pêche possède en permanence à bord une dotation



médicale composée de matériels, d'objets de pansement et de médicaments, conforme aux dispositions du présent chapitre.

La consultation par le médecin CCMM aboutit dans 73% des cas à un soin à bord, 12% à un débarquement, 5% à un détournement, 6% à une évacuation sanitaire et 4% à une évacuation médicalisée en relation étroite avec nos confrères des SCMM. Les SCMM sont la déclinaison du Samu dans le domaine maritime et sont donc désignés par le ministère des Affaires sociales et de la Santé. Le rôle du SCMM commence là où s'arrêtent les compétences et les possibilités des autres Samu côtiers.

Lors d'une évacuation, l'opération de secours est encadrée par les CROSS répartis sur les façades maritimes. Ils coordonnent, dans leur zone d'action, l'ensemble des moyens maritimes, aériens et terrestres, publics ou privés, les mieux adaptés aux opérations de recherche et de sauvetage en mer. Au total, une intervention d'aide médicale en mer débute en mer et se termine à terre. Elle est basée sur la formation des professionnels de la mer et sur la coordination étroite entre les différents acteurs afin d'obtenir une prise en charge du patient le plus proche possible de celle qui aurait été réalisée à terre.



Le SAMU et les Sauveteurs en Mer



snsms.org

Les Sauveteurs en Mer en France :
Entre engagement bénévole et passion.
La famille SNSM.

La SNSM, créée en 1967, est une association loi 1901 à but non lucratif, reconnue d'utilité publique en 1970 et Grande cause nationale en 2017. Elle est issue de la fusion de deux sociétés bénévoles fondées au XIX^{ème} siècle. La SNSM n'est pas une administration mais elle assure une mission de service public.

Elle a pour vocation de secourir bénévolement et gratuitement les vies humaines en danger en mer et sur les côtes. L'association assure ainsi 50% des sauvetages en mer, en coordination avec différents acteurs de secours, 365j/an, 24h/24.

En complément, la SNSM forme, équipe et affecte chaque année près de 2 000 nageurs sauveteurs qui arment 1/3 des postes de secours sur les plages françaises lors de la saison estivale, sous la responsabilité des maires des communes du littoral. Ces derniers accomplissent aussi bénévolement des missions de sécurité civile, dans le cadre de manifestations



publiques, à terre (manifestations sportives, concerts, matchs de football...) ou en mer (départs de courses nautiques...) tout au long de l'année.

Pour accomplir ses missions, la SNSM s'appuie sur 8 800 bénévoles, hommes et femmes, qui œuvrent à partir de 208 stations de sauvetage sur tout le territoire français (métropole et outre-mer), 32 centres de formation et d'intervention et 250 postes de secours sur les plages.

Vacanciers, plaisanciers, pêcheurs, pratiquants d'activités nautiques, résidents du littoral... nombreux sont ceux qui fréquentent la mer et le littoral. Et même si bon nombre pensent qu'ils n'auront jamais besoin de faire appel aux Sauveteurs en Mer, ils ont pourtant été près de 32 000 à être secourus en 2021 de la plage au large.

Le modèle du sauvetage en mer en France

En France, le sauvetage de la vie humaine est gratuit, les sauveteurs sont bénévoles et le fonctionnement de la SNSM repose principalement sur la générosité du public et des

entreprises mécènes. Les ressources collectées auprès du public représentent 61 % du total des ressources collectées. Le reste du financement est assuré par l'État et les collectivités territoriales (28%). Les 11% restants émanent des entreprises mécènes, legs, manifestations et vente de produits dérivés.

Toutefois, si les sauveteurs sont bénévoles et le secours des personnes gratuit en France, l'entretien et le renouvellement de la flotte de sauvetage et des équipements, ainsi que la formation des sauveteurs représentent un coût important.

De moins en moins issus des professions maritimes, les sauveteurs doivent être formés afin de disposer des compétences en navigation, sauvetage et secourisme leur permettant d'exercer leurs missions dans les meilleures conditions d'efficacité et de sécurité pour tous.

La mobilisation du public qui bénéficie de ce service gratuit de secours aux personnes, assuré par des bénévoles dans un cadre associatif, doit être renforcée, et la SNSM a besoin du soutien de tous pour pérenniser son modèle bénévole et continuer à assurer une mission de qualité au service du public.

Mathieu Coudreuse raconte : Médecin hospitalier au Pays-Basque, Matthieu est également médecin référent bénévole au sein de la SNSM

Bénévoles, les Sauveteurs en Mer, sont issus d'horizons et milieux professionnels variés. Certains retraités, d'autres actifs dans le monde maritime ou hospitalier, mais pas





seulement. Agents immobiliers, mécaniciens, restaurateurs, prêtres, étudiants, professeurs des écoles, et autres bénévoles... rejoignent la SNSM unis par la passion de la mer et du secourisme, au service d'une même cause : le sauvetage en mer ; et répondent présents, 365 jours par an, 24h sur 24.

Matthieu Coudreuse, est l'un d'eux. Enfant d'une Bretagne Nord, il connaissait la SNSM depuis petit. Médecin hospitalier aux services d'urgences SAMU/ SMUR de Bayonne dans les Pyrénées-Atlantiques, il a choisi de rejoindre la SNSM pour créer un pont entre le sauvetage en mer et son métier de responsable de coordination maritime médicale au SAMU. « Fluidifier les opérations entre le SAMU et les sauveteurs, répondre à leurs questions, anticiper les formations au secourisme, l'objectif était d'avoir une expertise dans le domaine du sauvetage ». En effet, il rappelle qu'au sein de la SNSM sont réalisés des exercices sur les canots de sauvetage pour entraîner les équipes du SAMU à aller en mer. Avec sa casquette de médecin du SAMU, il insiste sur le fait que la SNSM apparaît « comme un vecteur de sauvetage et d'accompagnement au soin du patient ».

Accompagné du CROSS Etel (zone atlantique) et d'une trentaine de médecins, Matthieu coordonne les urgences en mer et évalue la dangerosité de la situation afin « d'adapter les moyens en fonction de l'état du patient ». On dépêche des

équipes spécifiquement formées avec une activité pour aller en mer. On peut faire des évacuations par moyens aériens ou maritimes en fonction de ce que propose le CROSS et de la gravité de la situation". L'objectif est clair : anticiper une réponse médicale avec une équipe formée et prête à réaliser des actions de sauvetage délicates.

Matthieu en profite pour raconter une intervention qui l'a marqué : Un homme d'une soixantaine d'années, blessé à bord de son voilier au large de l'île d'Yeu (Vendée) contacte les secours par VHF. Conditions en mer agitée avec des creux de 2 à 3 mètres. Le CROSS intercepte l'appel via la VHF de l'homme à bord et demande au SAMU d'intervenir rapidement sur un fémur cassé. À la vue des conditions météorologiques et de la dangerosité de la situation, le SAMU est forcé d'intervenir avec les Sauveteurs en Mer. Arrivée sur les lieux de l'accident, l'équipe de secouristes comprend que le sexagénaire est sous voile. Décision prise par les sauveteurs : monter à bord du voilier et le remorquer. Ayant réussi à regagner la terre, un médecin spécialisé a pris en charge la victime à quai en lui administrant les premiers soins.

"Nous avons fait un autre choix tactique que de ne pas le médicaliser. On accompagne les sauveteurs et la formation réalisée en amont nous a fait gagner du temps. Une véritable chaîne de secours a été réalisée". Aujourd'hui, Matthieu

continue à pratiquer des exercices avec la SNSM pour optimiser cette chaîne de secours. Le prochain entraînement est prévu en mars 2023 au large de La Rochelle.

La SNSM, association agréée de sécurité civile

La SNSM a pour vocation de secourir toute personne en danger en mer et sur les côtes. Elle est la seule institution qui dispose des compétences et qualifications nécessaires pour intervenir conjointement depuis la plage jusqu'au large.

La SNSM dispose de tous les agréments nationaux de sécurité civile (A-B-C-D) relatifs à son activité opérationnelle :

- Agrément A : Secours aux personnes et sauvetage aquatique ;
- Agrément B : Actions de soutien et d'accompagnement des populations victimes d'accidents, sinistres ou catastrophes ;
- Agrément C : Encadrement des bénévoles dans le cadre des actions de soutien aux populations ;
- Agrément D : Points d'alerte et de premiers secours, dispositif prévisionnel de secours de petite à grande envergure, sécurité de la pratique des activités aquatiques.

COVID-19 : La SNSM a d'ailleurs été très mobilisée pendant la pandémie de COVID-19 et a répondu présente aux sollicitations des préfets, SAMU, EPHAD

et plus largement du personnel soignant et des plus fragiles pour diverses missions : renfort dans les centres médicaux et hospitaliers, livraison de médicaments et de nourriture, transport sanitaire île-continent, accompagnement des malades en TGV médicalisés, renfort dans les centrales d'appels, aide à la vaccination, etc.

Les bénévoles de la SNSM continuent à porter secours et assistance 24h/24h, en mer comme sur terre, au service des populations.



Basée sur un référentiel de certification construit avec les représentants de la profession, les urgentistes, les organisations syndicales de la fonction publique hospitalière et les partenaires institutionnels, la formation d'une année comprend 1470 heures, réparties à parts égales entre l'enseignement théorique et l'enseignement pratique via des stages découverte et des stages métier.

Cette formation, assurée par dix centres agréés par le ministère chargé de la santé, est accessible par la formation initiale, la formation continue et la validation des acquis de l'expérience. L'accès par la voie de l'apprentissage est également prévu.

Elle s'adresse aux bacheliers et aux personnes ayant au moins trois ans d'expérience professionnelle à temps plein.

En première ligne

L'assistant de régulation médicale (ARM) est le premier maillon de la chaîne de secours préhospitalier. C'est le premier interlocuteur de toute personne appelant le 15 en cas d'urgence médicale.

Activités, Compétences et Qualités

L'assistant de régulation médicale participe à l'acte de régulation médicale sous la responsabilité du médecin régulateur, avec lequel il travaille en étroite collaboration. Il accueille, écoute et analyse chaque appel dans les plus brefs délais. Il doit savoir gérer son stress et celui des appelants. Il doit être accueillant au téléphone tout en gérant une situation d'urgence.

Il procède à la hiérarchisation des appels par un interrogatoire précis et dirigé, ce qui fait appel à des bases de vocabulaire médical. Il mobilise les moyens opérationnels nécessaires au traitement de la demande sur décision du médecin régulateur. Il vient en appui dans la gestion des moyens mis en œuvre en situation sanitaire exceptionnelle. La régulation médicale est réalisée dans un environnement équipé de façon appropriée et sécurisée, ce qui conduit l'ARM à travailler, en équipe, dans un milieu clos et sonore nécessitant des capacités d'attention et de concentration.

Ce professionnel doit savoir saisir des informations en temps réel sur un logiciel informatique spécifique. Il maîtrise les outils informatiques et téléphoniques (téléphonie,

informatique et radiocommunication) et assure la maintenance des matériels.

Une formation diplômante

Une formation d'une année est mise en place à partir de 2019.

Elle permet d'obtenir le diplôme d'ARM.

- Voies d'accès possibles : formation initiale, formation continue, VAE, apprentissage
- Conditions d'entrée en formation : être âgé de 18 ans au moins au 31 décembre de l'année d'entrée en formation, être titulaire d'un baccalauréat ou d'un diplôme équivalent ou d'un titre ou diplôme de niveau 4 ou justifier de 3 années d'expérience professionnelle à temps plein
- Modalités de sélection : sur la base d'un dossier et d'un entretien permettant d'apprécier la motivation et les aptitudes du candidat
- Contenu de la formation : 1470 heures réparties à 50% pour la formation théorique et 50% pour la formation pratique. Elle comporte 5 semaines de stages découverte et 16 semaines de stages métiers (centre de réception et de régulation médicale installé dans les SAMU, structure mobile d'urgence, établissement de santé, établissement médico-social, structure de transport de malade, structure d'appel d'urgence)
- Diplôme enregistré au niveau 4 du RNCP auprès de France Compétences

Dispense(s): Des dispenses de suivi de certains enseignements et de certaines évaluations de la formation ARM seront accordées aux titulaires des diplômes ou titres professionnels, entre autres pour les aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, accompagnants éducatif et social, aides médico-psychologique, ... Un arrêté déterminera et fixera prochainement le contenu de ces dispenses. Dans l'immédiat, les personnes concernées peuvent se rapprocher des CFARM.



19 Centres

CFARM – Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (APHM) – 80 Rue Brochier – 13005 Marseille

Contact : secretariat-centre-formation-arm@ap-hm.fr - Site internet : fr.ap-hm.fr

CFARM – Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP) – 33 Boulevard de Picpus – CS 21705 – 75571 Paris Cedex 12

Contact : cfarm.dfc@aphp.fr - Site internet : fdc.aphp.fr

CFARM – Groupement Hospitalier Bretagne Atlantique (GHBA) – 11 Rue André Lwoff – 56000 Vannes

Contact : cfarm@ifsi-vannes.fr - Site internet : ifsi-vannes.fr

CFARM – Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens – 30 Avenue de la Croix Jourdain – 80054 Amiens Cedex 1

Contact : cfarmg4.secretariat@chu-amiens.fr - Site internet : chu-amiens.fr

CFARM – Angers, Rennes, Orléans Hôpitaux Universitaires Grand Ouest (HUGO) Département des Instituts et Écoles de Formation du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers (D.I.E.F) – Centre Hospitalier Universitaire d'Angers – 4 Rue du Larrey – 49933 Angers Cedex 09

Contact : dief@chu-angers.fr - Site internet : chu-angers.fr

CFARM – Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble – CS 10217 – 38043 Grenoble Cedex 9

Contact : centreformationarm@chu-grenoble.fr - Site internet : chu-grenoble.fr

CFARM – Centre Hospitalier Universitaire de Nancy – 9 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 54000 Nancy

Contact : CFARM@chru-nancy.fr - Site internet : chru-nancy.fr

CFARM – Centres Hospitaliers Universitaires de Montpellier, Nice, Nîmes – Place du Professeur Robert Debré – 30900 Nîmes

Contact : cfarm@chu-nimes.fr - Site internet : chu-nimes.fr

CFARM – Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers – 2 Rue de la Miletrie – 86000 Poitiers

Contact : cifarm.nouvelle-aquitaine@chu-poitiers.fr - Site internet : chu-poitiers.fr

CFARM – Centres Hospitaliers Universitaires de Reims et Strasbourg – 45 Rue Cognacq Jay – 51092 Reims Cedex

Contact : formationarm@chu-reims.fr - Site internet : chu-reims.fr

CFARM – Centre Hospitalier Universitaire de Guadeloupe – 97 Antilles Guyane – Site convenance – 97122 Baie Mahault Guadeloupe

Contact : cfarm97@chu-guadeloupe.fr

CFARM – Centre Hospitalier Universitaire de Caen – Avenue de la côte de Nacre – 14000 Caen

CFARM – Centre Hospitalier de Perpignan – 3055 Avenue de Prades – 66000 Perpignan

Contact : redouane.marzouki@ch-perpignan.fr

CFARM – Hospices civils de Lyon – 3, quai des Célestins – 69002 Lyon

Contact : hcl.secretariat-cfarm@chu-lyon.fr

CFARM – CHU Dijon Bourgogne – Campus Paramédical (Institut de formation de professionnels de santé)

12 Bd Mal de Lattre de Tassigny – 21000 Dijon

Contact : cfarmbfc@chu-dijon.fr

CFARM – Centre de formation d'assistant de régulation médicale de Toulouse – 74, voie du Toec – 31300 Toulouse

Contact : cfarm.toulouse@chu-toulouse.fr

CFARM – Centre de formation d'assistant de régulation médicale de Bordeaux – avenue du Haut Lévêque – 33600 Pessac Bordeaux

Contact : cfarm@chu-bordeaux.fr

CFARM – Centre de formation d'assistant de régulation médicale de Lille – 2 rue du Docteur Schweitzer – 59000 Lille

Contact : cfarm@chu-lille.fr

CFARM – Centre de formation d'assistant de régulation médicale de Besançon – 44, Chemin du Sanatorium – 25000 Besançon

Le 061 en Espagne



epes.es

En Espagne, tous les citoyens associent le 061 avec le numéro à appeler en cas d'urgence. Pourtant c'est bien plus encore que cela : il se voue fondamentalement à la régulation médicale préhospitalière des urgences sanitaires autant des ressources que de l'assistance en elle-même.

Un peu d'histoire

La régulation des urgences sanitaires en Espagne a commencé en 1984 avec la Société Espagnole de Médecine Interne qui a élaboré le Plan d'Action Sanitaire d'Urgence (PASU) ; à cette époque-là, nous utilisons les ressources des centres de santé en nous aidant des ambulances basiques et de différentes organisations d'aide humanitaire comme la Croix-Rouge afin de couvrir la demande d'aide sanitaire en dehors des hôpitaux.

En 1990, le 061 est né en Espagne comme numéro d'appel

unique des urgences sanitaires au niveau national d'une manière progressive. En Andalousie, son implantation arrivera en 1992 grâce à l'Entreprise Publique d'Urgences Vitales Sanitaires (EPES).

Cependant, à cause de la décentralisation sanitaire menée par le gouvernement, différents modèles de services d'urgences médicales extrahospitalières (SEMES) coexistent. En plus, le numéro 112 est en train de s'implanter en tant que numéro d'appel unique pour les urgences générales par décision du Conseil des Communautés Européennes ce qui a provoqué en Espagne l'intégration du 061 dans les centres de régulation 112 en maintenant la même structure mais en déplaçant par conséquent le 061 ; par exemple, dans la région de Madrid, en 2004, le 061 et le Service d'Urgences et Sauvetage de la Communauté Autonome de Madrid (SERCAM) ont fusionné pour laisser place au nouveau SUMMA 112 (Service d'Urgence Médicale de Madrid).

Par rapport au 061 Andalousie

Depuis janvier 2022, cette entreprise de service public est nommée Centre d'Urgences Vitales Sanitaires (CES) dont il obtient la titularisation autonome dépendant du Ministère Autonome de la Santé et de la Consommation du Conseil d'Administration de l'Andalousie.

Indépendamment du modèle de gestion que le 061 a eu au cours de son histoire, les médecins, les infirmiers, les ambulanciers et la direction de l'entreprise ont été gérés directement par l'organisme public, mais, une partie des ressources humaines sont externalisés à des entreprises privées dont quelqu'un d'essentiel : l'assistant de régulation médicale des CES.

Les Centres de Coordination d'Urgences 061 (CCUE 061) sont le synonyme espagnol aux CRRA français et ils ont reçu presque 3 millions d'appels pendant 2020 dont 1.5 million ont besoin d'aide sanitaire, sans compter les appels à l'extérieur faites par les ARM pour activer et contacter soit les moyens opérationnels soit l'utilisateur dans le but



de contrôle et suivi de la demande sanitaire. Ces CCUE ne reçoivent pas que d'appels d'urgences voie ligne 061 sinon d'autres témoins : 112, Service Andalou de Téléassistance, Salud Responde, pompiers, police... à part la régulation de transports inter-hospitaliers de patients critiques, des urgences collectives/catastrophes et les dispositifs de risque prévisible (p. ex. un concert ou un événement sportif massif) ou l'enclenchement des alertes épidémiologiques (trop nombreuses pendant les moments les plus durs de la pandémie de Covid-19).

Pour finir, on doit mettre l'accent sur l'engagement social du 061 Andalousie avec les citoyens via les divers programmes créés afin d'améliorer ses services de soins aux personnes dont leurs pathologies sont complexes comme le Programme Cœur (visant les patients ayant des cardiopathies ischémiques), le Programme Air (destiné aux patients ayant asthme grave ou anaphylaxie).

La salle de coordination d'urgences 061 Andalousie

D'abord, il faut souligner la tâche si difficile d'un assistant de régulation médicale au 061. Nous sommes le premier maillon de la chaîne de secours préhospitalier et grâce à nos multiples compétences et qualités (bienveillance, empathie, réactivité, sang-froid, gestion de stress, travail en équipe, etc.) l'aide sanitaire arrive avec efficacité et rapidité à l'utilisateur. L'ARM 061 est accréditée par une certification du ministère d'Emploi et Sécurité Sociale après une formation

spécifique en obtenant la qualification professionnelle de téléopérateur pour la réception, régulation et coordination d'appels d'urgence.

Dans les CCUE 061 Andalousie travaillent environ 400 ARM. Il y a plusieurs médecins régulateurs, un infirmier régulateur, les superviseurs ARM, un coordinateur ARM et des informaticiens. Plus la population ponctuellement augmente, plus le chiffre de ces professionnels augmente. La région de l'Andalousie est très grande donc elle est divisée en deux zones pour améliorer la régulation d'appels sanitaires : la zone orientale (départements de Málaga, Grenade, Jaén et Almería) et la zone occidentale (Cadix, Séville, Cordoue et Huelva). Tous les départements sont interconnectés par un logiciel nommé Système de Réseau dans le but d'éviter des délais, des pertes d'appels ou de résoudre une panne informatique/téléphonique. D'abord le logiciel envoie l'appel au CCUE du département où l'utilisateur appelle ; au cas où l'ARM de ce CCUE soit occupé ou déconnecté, le logiciel le renvoie à une autre CCUE de la zone.

Dès que l'ARM 061 Front Office reçoit l'appel, il doit identifier rapidement la localisation, la prise de coordonnées et classer le type d'urgence ; le logiciel le guide pas à pas avec un interrogatoire spécifique. Si le système informatique détecte qu'il s'agit d'une urgence vitale (priorité 1, rouge) il





mettra en avant immédiatement la priorité de la demande (selon sa gravité il y a un code couleur), le protocole à suivre, la meilleure ressource sanitaire à mettre en route et les conseils à donner en attendant l'arrivée des secours; si la première ressource n'est pas opérationnelle (à partir de PR2), l'ARM binôme aide son collègue pour activer des moyens opérationnels. À tout moment, le logiciel annoncera si on doit envoyer un transfert d'appel « accompagné » au médecin régulateur mais l'arm peut le faire quand même en besoin d'aide médicale.

Pour terminer, l'ARM front office doit s'assurer du suivi de ses dossiers, du décroché de l'appel initial jusqu'à l'arrivée du patient à l'hôpital.

Ressources sanitaires gères par 061 Andalousie

L'ARM est en charge de l'envoi des moyens sanitaires appartenant au Service Andalou de la Santé (SAS) tel que ceux externalisés qui font partie du réseau d'urgences préhospitalières et ils sont les suivants :

- Ambulance Support Vital Avancé (SVA) : un médecin urgentiste, un infirmier, un ambulancier.
- Ambulance Support Vital Intermédiaire/ Équipe Médicale de Coordination Avancée (EMCA) : un infirmier, un ambulancier.
- Ambulance Support Vital Basique (SVB) : un/deux ambulanciers.

- Hélicoptère sanitaire(HEL) : un médecin urgentiste, un infirmier, un pilote, un mécanicien.
- Ambulance de Transport Secondaire Critique (TSC) : un médecin urgentiste, un infirmier, un ambulancier.
- Ambulance de Transport Secondaire Critique Intermédiaire (TSE) : un infirmier, un ambulancier
- Véhicule d'Appui Logistique (VAL) : un médecin urgentiste, un infirmier, un ambulancier (hôpital de campagne mobile pour catastrophes)
- Médecin urgentiste/généraliste (APS)
- Infirmier urgentiste/généraliste (DUE)



J'ÉCORÉNOVE MON LOGEMENT,



TELLEMENT SIMPLE QUE VOUS ALLEZ ENFIN VOUS LANCER.

Estimation des travaux, des aides, des financements, annuaires d'artisans agréés : préparez votre projet en moins de 10 minutes sur j-ecorenové.credit-agricole.fr



J'ÉCORÉNOVE
MON LOGEMENT



La régulation préhospitalière Québécoise



urgences-sante.qc.ca

Urgences-santé débute son histoire au tout début des années 1980. C'est le 22 décembre 1981 plus précisément que le « Centre de coordination des urgences santé » est créé. Ce tout premier service organisé pour toute la région était sous la responsabilité d'une agence régionale. Son premier mandat est de coordonner les transports ambulanciers vers les différentes salles d'urgence des hôpitaux de Montréal et de Laval, son île voisine. Rapidement, le besoin de coordonner la réponse aux appels et la répartition des véhicules ambulanciers des compagnies d'ambulances privées qui se partagent le territoire émerge. Le Centre de coordination des urgences santé développe ses activités par une prise d'appels effectuée par des infirmières, une répartition des véhicules ambulanciers ainsi que quelques véhicules de médecins déployés sur le territoire. Des médecins sont également sur place afin de soutenir le personnel clinique (les infirmières), ainsi que pour autoriser les techniciens ambulanciers à faire des refus de transports si l'intervention ne requiert pas que l'usager soit dirigé vers un hôpital. Finalement, le Centre de coordination dirige les véhicules ambulanciers vers les différentes salles d'urgence du territoire en assurant une fluidité pour éviter les engorgements.

À la fin des années 80, la mise en place d'un système préhospitalier d'urgence s'impose et à la suite de la modification de la Loi québécoise sur la santé et les services sociaux, la Corporation d'urgences-santé voit le jour en tant qu'organisme complètement autonome. Puis en 1993, afin de consolider l'établissement de ce que l'on appelle déjà la chaîne d'intervention préhospitalière, la Corporation met en œuvre un système standardisé de triage des appels afin de limiter l'arbitraire et de normaliser la réponse au

citoyen faisant appel au service d'urgence. Le système Medical Priority Dispatch System™ permet rapidement de traiter les appels d'urgence et en assure la conformité par un processus rigoureux d'assurance de la qualité. Dès ses premières années, la Corporation d'urgences-santé obtient le standard de centre d'excellence accrédité par l'International Academies of Emergency Dispatch, accréditation qu'elle conserve à ce jour.

Un autre jalon important de son évolution est l'apparition d'outils informatiques afin d'augmenter son efficacité. Alors que quelques systèmes avaient vu le jour au milieu des années 90, ce n'est vraiment qu'en 1998 avec la mise en œuvre d'une répartition assistée par ordinateur (RAO) que la Corporation fait un grand bond vers l'avant. La suite logicielle au cœur de la RAO permet d'intégrer les outils de la prise d'appels informatisée, de géolocalisation des adresses, du déploiement dynamique de la flotte ambulancière, d'un système informatisé de désignation des hôpitaux et d'un système de recommandation des ressources selon des algorithmes complexes. La flotte de véhicules d'urgence est également équipée de transmetteurs GPS et d'ordinateurs embarqués. La régulation des véhicules s'effectue toujours par un préposé au triage des appels urgents qui peut compter sur des outils d'aide à la décision évolués pour l'époque et qui permettent une plus grande précision et rapidité dans la recommandation en temps réel de plans de réponse complexes à plusieurs ressources.



Aujourd'hui

La Corporation d'Urgences-santé est une organisation entièrement intégrée dont le rôle consiste à planifier, organiser, coordonner et évaluer les services de la chaîne d'intervention préhospitalière sur son territoire, du premier maillon jusqu'au dernier.



Urgences-santé est une équipe composée de 1600 employés, dont :

- Plus de 1000 techniciens ambulanciers paramédicaux (paramédicaux);
- Plus de 110 répartitrices et répartiteurs médicaux d'urgence (RMU);
- 7 infirmières;
- 125 employé(e)s à la logistique opérationnelle;
- 230 membres du personnel administratif et d'encadrement.

Son territoire géographique comprend les îles de Montréal et de Laval qui comportent une population de 2,5 millions d'habitants établis sur une superficie de 744 km². Ce territoire comprend 18 salles d'urgence, 71 km de métro souterrain, 1 aéroport international, 1 port, 24 ponts et 3 tunnels. Cette diversité et le caractère métropolitain du

territoire desservi génèrent une multitude de défis pour son centre de communication santé (CSS) qui est au cœur des opérations névralgiques de la Corporation.

Le centre de communication santé, là où débute la régulation préhospitalière

Le CCS d'Urgences-santé est le plus grand centre de communication santé au Québec. Il offre une réponse et un accompagnement de qualité à la population et à ses partenaires. Il veille à la répartition efficace des ressources préhospitalières et coordonne les activités de paramédecine de régulation.

Le CCS a reçu 374 186 appels dans la dernière année pour une moyenne de 1 025 appels par jour et 58 % de ces appels sont des appels d'urgence.

Le CCS avec ses RMU, paramédicaux et infirmières de son unité de soutien clinique (USC) assurent :

- La prise d'appels et la répartition des appels urgents, non urgents nécessitant une ambulance et interétablissements nécessitant un transport ambulancier;
- Un support constant aux intervenants de terrain pour la géolocalisation, la logistique, les demandes d'assistance et les demandes d'informations et d'aspects opérationnels;
- Le déploiement efficace des ressources ambulancières et spécialisées (unités de soins avancés, unités médicales tactiques, unité de soutien opérationnel, unités de réponse à communauté) sur le territoire;
- Les liens de communications avec les intervenants et s'assure de la sécurité de ceux-ci;

- Une communication et un échange d'informations avec les agences partenaires (policiers, pompiers, aéroport, société de transport collectif);
- La régulation des ambulances vers les centres hospitaliers et leurs salles d'urgence.

La régulation préhospitalière

Le cheminement d'un appel d'urgence médical peut suivre quelques trajectoires, mais dans 90 % des cas, il s'agit d'appels téléphoniques de la part de citoyens ou d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

En se concentrant sur les appels qui proviennent des citoyens, la trajectoire normale des appels est la suivante :

1. Le citoyen en situation d'urgence signale le numéro d'urgence unique, le 9-1-1 et son appel reçoit un premier triage rapide à un centre primaire afin de déterminer quelle agence aura la responsabilité de l'appel (police, pompiers, ambulance) ou s'il s'agit d'un appel multiagences;
2. Lorsqu'il s'agit d'un appel santé sur le territoire de la Corporation, l'appelant est transféré à Urgences-santé pour une évaluation médicale;
3. Lorsque répondu par un RMU, le triage médical débute à l'aide du protocole de triage MPDS™;
4. La localisation de l'appelant est également transférée par le centre primaire sous forme d'un paquet réseau et, dans la vaste majorité des cas, cette localisation est reconnue par le système RAO et est validée, ce qui évite à l'appelant de devoir répéter sa localisation;
5. Lorsque le RMU a obtenu assez de réponses au protocole de triage des appels, un déterminant et une nature d'appel accompagnés d'une priorité sont générés et un appel est créé dans le système RAO. Le RMU en prise d'appel peut poursuivre les soins immédiats téléphoniques et consigner d'autres détails à la carte d'appel ou terminer l'appel s'il s'agit d'une situation non urgente. Dans les cas urgents (arrêt cardiorespiratoire, accouchement, inconscience...), le RMU restera en ligne jusqu'à l'arrivée des premiers secours et initiera la réanimation ou donnera des directives spécifiques à la condition clinique urgente à l'aide de consignes téléphoniques;
6. Dès que l'appel est créé, un second RMU affecté à la répartition et responsable du territoire de l'appel (il y a un découpage à 5 territoires de répartition), avec les outils d'aide à la décision de la RAO, sélectionnera les ressources les plus appropriées pour répondre à l'appel. Ces plans de réponse varient en complexité selon le déterminant et la nature, ainsi que la priorité de l'appel. Pour un appel non urgent, une seule ambulance pourra être recommandée alors que pour les appels plus urgents et plus complexes, de deux à cinq types de ressources différentes pourraient être nécessaires selon la capacité technique et clinique des équipes terrain.

Pour les appels les plus urgents qui correspondent aux appels de priorité 0 (haut risque d'arrêt cardiorespiratoire) et de priorité 1 (risque immédiat de mortalité) en moyenne, durant la dernière année la performance des RMU était de 2 minutes 30 secondes de temps de traitement interne

qui se découpe en 1 minute 36 secondes pour la détermination de la nature de l'appel et à 54 secondes pour la répartition des ressources.

La dernière étape est la régulation des ressources ambulancières vers les salles d'urgence des hôpitaux du territoire. Il s'agit d'une autre sphère d'activité pour laquelle les RMU bénéficient des outils d'aide à la décision informatiques intégrés à la RAO. Le système de désignation des hôpitaux leur permet de choisir l'hôpital le plus approprié à la condition clinique de l'utilisateur telle que décrite par les paramédics après leur appréciation clinique. Les usagers seront acheminés au bon hôpital selon différents critères et selon les catégories suivantes :

- Cas spécifiques (situation clinique correspondant à des niveaux de soins spécialisés des hôpitaux tels que les cas de traumatologie, d'accident vasculaire cérébral, d'infarctus du myocarde pour ne nommer que ceux-là);
- Cas d'appartenance (cancérologie, hémodialyse, chirurgie récente, etc.);
- Cas médicaux généraux (ces cas sont distribués entre les hôpitaux afin de tendre vers un équilibre de la charge de travail et une meilleure utilisation des ressources hospitalières et préhospitalières.

Pour les appels des autres priorités, ceux-ci sont régulés selon les mêmes règles que les appels les plus urgents, mais en considérant d'autres aspects tels que l'horaire de travail des équipes paramédicales, la capacité clinique et technique des équipes, les délais d'affectation, la couverture territoriale ou encore l'objectif de temps réponses moyen prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La paramédecine de régulation, une initiative prometteuse pour les appels de basse priorité

L'utilisateur est au cœur de tout besoin de santé. Il gagne à ce que les soins et services soient donnés au bon moment, au bon endroit et par la ressource optimale. Il bénéficie également d'une utilisation adéquate des ressources hospitalières et préhospitalières. Ce sont les deux grands objectifs de la paramédecine de régulation. Pour y parvenir, Urgences-santé a su établir des liens avec des partenaires clés.

Au Québec, le réseau de la santé est subdivisé en 22 réseaux territoriaux de services (RTS). Pour chacun de ceux-ci, un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) est responsable de coordonner les services de santé pour la population de son territoire. Les centres hospitaliers sont aussi sous leur gouverne. Urgences-santé dessert la population de cinq CIUSSS et d'un CISSS.



Depuis plusieurs années, certains Québécois rencontrent des difficultés d'accès à un médecin de famille. Cela contribue chaque année à un grand nombre d'appels non urgents et à un fort taux d'occupation dans les salles d'urgence des hôpitaux. Il fallait donc trouver des moyens alternatifs aux salles d'urgence lorsqu'un usager contacte le 9-1-1 pour un besoin de santé non urgent. Depuis mars 2020, des infirmières ont été intégrées au centre de communication santé de la Corporation pour y permettre la naissance de la paramédecine de régulation; d'abord par le triage secondaire et plus récemment par la coévaluation. Ce sont deux mécanismes distincts qui permettent une réévaluation de certains appels. À la suite de celle-ci, certains usagers pourront être référés vers d'autres services de la communauté et éviteront ainsi un transport en ambulance jusqu'à la salle d'urgence d'un centre hospitalier.

Le triage secondaire est effectué à la suite du triage primaire du RMU et lorsque l'appel est considéré non urgent, il communique alors à l'utilisateur l'information que la situation ne nécessite pas l'envoi immédiat d'une ambulance. Il lui explique qu'il sera mis en communication avec une infirmière pour compléter l'évaluation et l'appel est ensuite dirigé vers l'infirmière du centre de régulation. Afin d'effectuer le triage secondaire, l'infirmière de l'unité de soutien clinique utilise un système d'évaluation structuré.

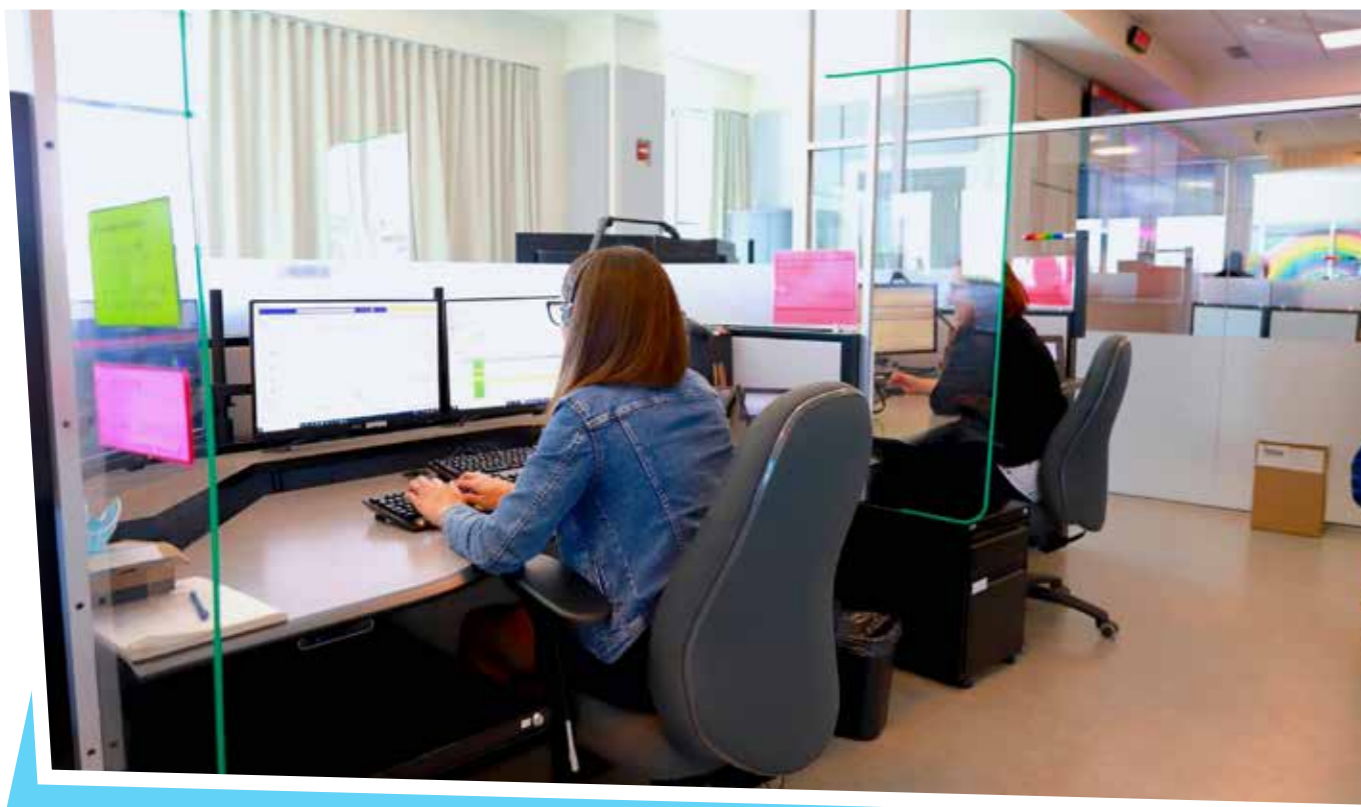
Le Emergency communication nurse system™ (ECNS) comprend un peu plus de 200 protocoles afin de soutenir l'évaluation des appels non urgents. Pour faciliter l'utilisation de l'ECNS, les infirmières d'Urgences-santé utilisent le programme LowCode™. Il est utilisé dans 10 pays et en 5 langues différentes. L'utilisation de protocoles comporte des avantages indéniables. D'abord ils sont basés sur des données probantes, ce qui mène à un processus prévisible, reproductible et vérifiable. Chaque appelant reçoit alors le même niveau de soins, quelle que soit l'expérience du professionnel de la santé. Cela permet aussi de traiter convenablement des situations peu courantes. Cela mène à des évaluations où la sécurité n'est pas compromise. Aussi, comme l'évaluation est structurée, elle est effectuée de manière plus efficace et plus rapide.

À la suite de l'évaluation, l'infirmière détermine :

- Le délai de consultation sécuritaire;
- Le lieu de consultation le plus approprié;
- Les soins à appliquer selon la situation clinique.

Si la situation le permet, l'utilisateur pourra ainsi être référé vers une ressource alternative dans sa communauté comme son médecin de famille, une clinique médicale, le soutien à





domicile, des services en santé mentale, un optométriste, un dentiste ou un pharmacien. Selon la situation, un rendez-vous pourra être pris pour l'utilisateur ou une demande de référence pourra être complétée.

Certaines fois, des directives d'autosoins seront transmises à l'utilisateur, ce qui lui permettra de rester à son domicile. Parfois, l'utilisateur aura tout de même besoin de se rendre à l'urgence, mais d'autres moyens de transport seront explorés tels que l'entourage de la personne, un taxi, un transport adapté, etc. Dans tous les cas, si l'utilisateur est dans l'impossibilité d'appliquer sécuritairement les directives proposées, celui-ci sera conduit en centre hospitalier par l'équipe de paramédics.

La coévaluation est similaire au triage secondaire, mais elle implique un paramédic qui est envoyé sur les lieux de l'intervention. À son arrivée, il procède à une première appréciation de la condition de l'utilisateur et applique ensuite le protocole de régulation préhospitalière afin de déterminer si une coévaluation est possible.

En effet, dans le protocole, certains critères précisent si les paramédics peuvent procéder ou non à la coévaluation. Si elle est réalisable, le paramédic contacte alors une infirmière du centre de communication santé. L'évaluation de l'infirmière est alors bonifiée par toutes les données cliniques transmises par le paramédic. Les premiers résultats, bien que préliminaires, démontrent que le taux de réorientation oscille autour de 70 % lors d'une coévaluation alors qu'il se situe autour de 25 % pour le triage secondaire.

La paramédecine de régulation vise à améliorer l'accès aux professionnels et aux services et elle entraîne une concordance entre le besoin de l'utilisateur et le service offert, ce qui améliore l'expérience vécue par l'utilisateur. La qualité des soins, directement liée à l'expérience patient, est alors plus grande.

En parvenant à diriger les utilisateurs au bon endroit et au bon moment, cela engendre une augmentation des ressources ambulancières disponibles. Ces dernières peuvent alors répondre plus promptement à un autre utilisateur dont la vie est en danger. Par le fait même, cela diminue l'affluence dans les salles d'urgence des centres hospitaliers et favorise une meilleure utilisation des ressources.

La paramédecine de régulation offre l'opportunité d'offrir à un utilisateur le bon service, au bon moment et offert par le bon professionnel de la santé.



Vincent Brouillard

Directeur du centre de communication santé

Julie Nantel B. Sc. inf.

Conseillère en planification, mandat liaison réseau
Direction du centre de communication santé

Article

VOUS VOULEZ UNE PREUVE DU POUVOIR DU COLLECTIF ? EN VOICI CINQ.

- » Soutenir financièrement les entreprises et entrepreneurs touchés par la crise sanitaire au moyen d'un fonds de soutien et d'un report des cotisations dans le cadre d'un plan de solidarité de **150 millions d'euros**.
- » Développer auprès de nos adhérents le service de téléconsultation MesDocteurs* pour lequel les demandes ont été **multipliées par 6**.
- » Apporter du soutien aux entreprises en difficulté pendant le confinement, avec des milliers d'appels téléphoniques auprès de nos **63 394 entreprises clientes**.
- » Activer nos partenaires pour **aider les dirigeants** au niveau professionnel et personnel, en mettant en place des coaching business, des réseaux d'échanges et d'entraides, et des cellules de soutien psychologique.
- » Participer à la sauvegarde et à la création d'emplois dans les régions grâce au Fonds Harmonie Mutuelle Emplois France de **200 millions d'euros**.



Retrouvez nos engagements pour continuer à faire grandir le pouvoir du collectif sur [harmonie-mutuelle.fr/solidaire](https://www.harmonie-mutuelle.fr/solidaire)



Harmonie
mutuelle

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

Crédits Photos

AFARM - ActuSamu - SUDF - @Thomasc.uniforme - CRRA 66 - CRRA 69
Erwan EGRETEAU - Fabrice GHIOTTI - Jonathan MOISSON - @Tanguy-merlin
Julie GUERY - Kevin SMTZ - Khaled HABCHI - M. GONZALEZ -
Pierre ALEX - SAMU 10 - SAMU 22 - SAMU 31 - SAMU 64 - SAMU 74
SAMU 83 - SAMU 69 - AJMU - Thomas MOREAU - Thomas REISCH - SMUR Pédiatrique
Robert Debré



**Publication Officielle de l'Association Française des
Assistants de Régulation Médicale des SAMU**
www.afarm.fr - contact@afarm.fr
Agrément Préfectoral N°W062015560 - Journal officiel N°81



Information - Diffusion - Administration
BP 70011 - 94223 Charenton PDC1 - SIRET : 824 546 220 000 16
contact@samu-magazine.fr - Standard : 09 72 11 75 69



