



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Coordinateur des opérations médicales : « le DSM 2.0 »

Director of Medical Emergency Care (DSM)

F. Braun^a, P. Carli^{b,*}

^a Service des urgences, Samu 57, CHR Metz-Thionville, 57000 Metz cedex, France

^b Anesthésie réanimation SAMU, hôpital Necker–Enfants-Malades, AP–HP, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris, France

MOTS CLÉS

Médecine de catastrophe ;
Parcours de soins

Résumé Le concept de directeur des secours médicaux (DSM) doit être revisité à l'aune des récents attentats commis en France et à l'étranger. La mise en œuvre de parcours de soins d'urgence individuels et collectifs est la pierre angulaire de la prise en charge des victimes de situations sanitaires exceptionnelles. Cette stratégie médicale, allant du terrain jusqu'à l'hôpital, et au-delà la réhabilitation, ne peut être définie et mise en œuvre que par un médecin dont c'est le travail quotidien et qui maîtrise à la fois techniques de soins, régulation médicale et offre de soins d'un territoire. Le directeur médical du Samu est le médecin, hospitalier, qui regroupe l'ensemble des compétences et outils nécessaires. Sur le terrain, les décisions stratégiques doivent être prises sous l'autorité du Préfet, par un triumvirat associant le COPG (commandant des opérations de police-gendarmerie), nécessairement issu des forces de l'ordre, le COS (commandant des opérations de secours) sapeur-pompier, et le COM (coordinateur des opérations médicales) médecin du Samu.

© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Disaster medicine;
Care pathway

Summary The concept of Director of Medical Emergency Care (DSM) must be revisited in light of the recent terrorist attacks committed in France and abroad. The implementation of the emergency individual and collective health care pathway is the cornerstone of the management of victims of mass casualty situations. This medical strategy from the site to the hospital can

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : valerie.fouquet@nck.aphp.fr (P. Carli).

only be defined and implemented by a physician whose daily work it is and who simultaneously masters treatment and stabilization techniques, medical dispatching, and the healthcare available in the area and region. The SAMU Medical Director is the hospital-based physician, who brings together all of the necessary skills and tools. In the field, the strategic decisions must be taken under the authority of the prefect, by a triumvirate of the law-enforcement (police-gendarmerie) commander (COPG), the commander of rescue operations (firefighters-rescuers) (COS), and the coordinator of medical operations (COM), a SAMU physician.

© 2017 Published by Elsevier Masson SAS.

Plan Rouge et DSM

Depuis plus de 30 ans, le Plan rouge puis le Plan « Nombres Victimes » (NOVI) considèrent que la prise en charge de victimes multiples dans le cadre d'un accident catastrophique à effet limité (ACEL), y compris dans le cas d'un attentat terroriste, repose sur un chef unique, le COS, commandant les opérations de secours, auquel est associé un directeur des secours médicaux, le DSM. Classiquement ce DSM est chargé la gestion des équipes médicales (renfort, positionnement sur le site), de la coordination des secouristes sur le site, de la mise en place d'un poste médical avancé (PMA) et de l'attribution des destinations et des places hospitalières transmises par la régulation médicale du Samu. Initialement conçu comme l'incarnation du médecin du Samu le plus compétent sur le site de l'ACEL, la fonction de DSM s'est technocratisée et spécialisée dans l'exécution du plan Rouge et NOVI, et non plus dans la régulation médicale au plus tôt des parcours de soins des patients. Dans certains départements le DSM est même exclusivement ou en alternance un médecin du service de soins et secours médicaux des sapeurs pompiers (SSSM-SP), sans exercice hospitalier, ni compétence en régulation médicale, ni connaissance des plateaux techniques disponibles sur le territoire. Parallèlement, au fil des années d'autres fonctions médicales se sont intégrées à la chaîne de secours pour y apporter des compétences médicales particulières : médecin chef du PMA, médecin régulateur Samu sur site, etc., complexifiant les échanges entre acteurs.

L'évolution du concept

À la lumière des événements actuels mais aussi de l'évolution de notre système de soins hospitalier et pré-hospitalier, le concept de DSM nécessite d'être revisité et recentré sur une fonction stratégique/tactique. Il ne s'agit plus d'évacuer au plus vite les victimes dans un service d'urgences, mais orienter les patients dès l'événement dans un parcours de soins adapté à leurs besoins propres dans une logique individuelle mais aussi collective.

Au quotidien, la présence d'un médecin SAMU-SMUR expérimenté, sur place et à la régulation médicale du Samu est essentielle. En effet le système pré-hospitalier SAMU/SMUR est fortement intégré à la prise en charge hospitalière : il construit pour chacun des patients nécessitant des soins complexes un véritable parcours de soins qui commence sur les lieux de la détresse et va jusqu'à sa prise en

charge dans le service spécialisé adéquat. Le contact initial avec le médecin régulateur du Samu-Centre 15 marque la porte d'entrée de ce parcours de soins. Sur place les soins ne se limitent donc pas à l'application d'un protocole univoque marqué par la réalisation de gestes techniques mais par une adaptation des soins intégrant l'analyse bénéfice-risque des moyens et des options choisies. Les exemples sont nombreux et internationalement reconnus : filière du syndrome coronarien aigu, de l'accident vasculaire cérébral, du traumatisé grave...

Dans les circonstances exceptionnelles avec un afflux de victimes, ce principe de définition du parcours de soins reste plus que jamais pertinent.

Il se décline dans deux dimensions, qualitative et quantitative.

Dimension qualitative

Il appartient au responsable médical de terrain de mettre en place un protocole de soins spécifique à la situation rencontrée. Pour cela il s'aide :

- du mécanisme causal qui est à l'origine des lésions des victimes (unicité ou multiplicité) ;
- de la balance bénéfice-risque des choix thérapeutiques ;
- des ressources pré-hospitalières et surtout hospitalières disponibles, ce qui impose une parfaite connaissance du tissu hospitalier (établissements publics et privés, soins ambulatoire), de son potentiel (plateaux techniques, accessibilité, disponibilité, services spécialisés...) et des outils permettant de solliciter ces ressources techniques (répertoire opérationnel des ressources, dossiers médicaux partagés, etc.).

Dimension quantitative

Il s'agit d'appliquer ce parcours de soins non pas seulement à une victime individuelle mais à un flux de victimes. Créer le parcours de soins d'un afflux diffère de la recherche de « places hospitalières » qui est une action statique. En effet le flux de patients nécessite un traitement dynamique avec des capacités d'accueil évolutives au cours de l'événement qu'il faut maîtriser pour optimiser l'utilisation des ressources hospitalières, humaines et des vecteurs de transport. Ceci nécessite un relationnel très fort, basé sur des principes communs, et une information réciproque permanente des besoins et de l'évolution de la réponse entre le spécialiste hospitalier et l'organisateur des soins sur le terrain.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8719967>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8719967>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)