



ELSEVIER

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.

Plusieurs éléments plaident donc en faveur de l'attribution de la fonction de responsable médical sur le terrain à un médecin hospitalier, qui est le plus à même de concentrer la connaissance du tissu hospitalier et les connaissances médicales nécessaires à la construction du ou des parcours de soins adaptés. C'est la traduction de l'adage « on ne fait bien en cas de crise que ce que l'on fait souvent au quotidien ». Il paraît difficile de confier dans les circonstances les plus difficiles, la construction d'un parcours de soins à un médecin qui n'aurait ni cette compétence au quotidien, ni les outils pour le faire. Le directeur médical du Samu est la personne qui regroupe l'ensemble des compétences nécessaires.

Application au « Damage control » et aux attentats terroristes

L'exemple de la mise en place du Damage Control pour la prise en charge des victimes des attentats terroristes illustre ce constat.

Le concept de Damage Control et de ses 3 volets (pré-hospitalier, réanimation et chirurgie), développé pour la prise en charge de victimes d'actes de guerre, est mal compris et mal utilisé par des médecins ou par des responsables de secours qui ne connaissent pas le parcours de soins des blessés graves atteint de choc hémorragique. Cette méconnaissance a conduit à l'assimiler le *Damage Control* à un vulgaire « scoop and run » qui se révèle inadapté et dangereux dans le système de soins hospitaliers français :

- absence de prise en charge médicale pré-hospitalière ;
- triage sommaire ou absence de triage ;
- évacuation non contrôlée vers des structures de proximité, avec les risques de désorganisation des soins à l'arrivée à l'hôpital, de plateau technique inadapté ou saturé, induisant in fine une perte de chance pour les morts évitables.

À l'opposé, un médecin hospitalier expérimenté est responsable, sur le terrain :

- du choix de la stratégie médicale ;
- de la qualité du triage, de la pertinence des soins délivrés et du temps qui leur sont impartis ;
- de l'organisation des soins au point de rassemblement des victimes (PRV), au PMA ;
- de leur intégration dans le parcours de soins par l'intermédiaire de la régulation médicale, utilisant de manière dynamique les ressources disponibles.

L'objectif du *Damage Control* est d'atteindre :

- une identification rapide dès le triage des victimes graves présentant un saignement actif (urgence absolue dont l'hémodynamique est instable ou potentiellement instable). Pour les « Urgences Relatives », la prise en charge est différente, elle n'interfère pas le parcours des UA instables ;
- la nécessité d'une admission rapide et prioritaire des UA instables pour une hémostase chirurgicale au bloc opératoire. Leur parcours de soin peut faire appel à un Trauma Center ou à d'autres services spécialisés en fonction des lésions observées et des ressources hospitalières

disponibles. Un parcours des soins différent est mis en place pour les UR ne nécessitant pas cette stratégie ;

- cette organisation s'étend aussi à la prise en médico-psychologique initiale. Des exemples récents montrent la difficulté de la coordination des ressources non hospitalières et hospitalières dans ce domaine si une autorité médicale, le médecin responsable de la cellule d'urgence médicopsychologique (CUMP), ne l'organise pas immédiatement.

Il est alors possible d'adapter le parcours de soins à la réalité — et à la dynamique — de l'événement au lieu d'appliquer un schéma pré-établi, simpliste, uniquement basé sur une évacuation des victimes dans les SU de proximité !

La notion d'attentats multi-sites confirme la nécessité d'une compétence médicale particulière sur le terrain :

- la gestion dynamique d'un flux de victimes provenant de plusieurs attaques terroristes coordonnées impose l'adaptation opérationnelle de plans qui ne couvriront jamais parfaitement le scénario rencontré. Les réponses possibles (comme la stratégie dite du « camembert » utilisée en Île-de-France) ne peuvent être déclinées que par des médecins maîtrisant les ressources et les parcours de soins nécessaires aux victimes et pouvant travailler en réseau sur une échelle zonale, nationale, voire transfrontalière, avec leurs homologues ;
- dans le contexte de l'attentat, encore plus d'un attentat multi-sites, l'interférence avec les opérations antiterroristes ajoute une dimension supplémentaire au rôle du responsable médical : participer à l'évaluation de la balance bénéfice-risque pour les victimes des opérations de police et de secours en cours. Jusqu'à présent la priorité a été accordée aux opérations antiterroristes sans analyse précise des conséquences pour les victimes nécessitant des soins urgents. L'analyse des attentats de Paris a montré les limites de ce dogme. On voit qu'il est très important qu'un médecin spécialiste puisse évaluer l'urgence de la prise en charge médicale par rapport à la sécurité des équipes de secours qui interviennent (ou pourraient intervenir) au cours d'une opération antiterroriste. La survie des victimes doit être remise au centre des objectifs du dispositif, ce qui n'est pas le cas actuellement, mais cette priorité doit être adaptée à chaque cas de figure.

Élargir le concept de « COM » à toutes les situations sanitaires exceptionnelles

Si la stratégie du damage control rend évidente la nécessité d'un responsable médical des choix tactiques et thérapeutiques, ce concept, in fine, s'applique à l'ensemble des situations sanitaires exceptionnelles. En effet, dans chaque circonstance, la mise en place de parcours de soins individuels et collectifs est la garantie d'une prise en charge optimale des victimes et du maintien de la fluidité des filières. Deux écueils sont particulièrement dangereux car aboutissant à une dégradation des soins :

- diriger des patients vers une structure incapable de les accueillir car elle n'en a pas les compétences, fût-elle à proximité de l'évènement ;

- surcharger un service spécialisé par des patients qui n'en relèvent pas (« over-triage ») ou par une mauvaise répartition temporelle ou spatiale des patients.

C'est donc bien une stratégie médicale basée sur des filières de soins qui doit être choisie par le « COM » et continuellement évaluée et adaptée, en lien avec le Samu-Centre 15.

Le concept de « COM » s'adapte aussi à la gestion de crises sanitaires sans implication obligatoire des secours (et donc sans existence de DSM) comme une épidémie.

Enfin, les attentats de Paris et de Nice nous ont montré l'importance d'un « leadership » médical à l'intérieur de l'hôpital pour coordonner l'ensemble des moyens et des équipes. Le concept de « COM » y prend, là aussi, toute sa place, en lien avec le directeur d'établissement et le Samu-Centre 15 qui assure la connexion entre pré-hospitalier et intra-hospitalier.

Gestion des SSE : binôme « COS/DSM » ou trio « COS/COPG/COM » ?

Avec les retours d'expériences français et internationaux récents, il est facile de se rendre compte que sur le terrain, ce n'est pas un commandant des opérations de secours qui va prendre seul toutes les bonnes décisions opérationnelles mais un triumvirat associant trois compétences :

- le « COS » commandant des opérations de secours responsable de tout ce qui touche aux secours et aux secouristes ;
- le commandant des opérations de police-gendarmerie « COPG » permettant d'intégrer le facteur d'une opération en cours des forces de l'ordre mais aussi des éléments de sécurité qui l'accompagnent : protection des équipes d'intervention, possibilité d'extraction des victimes pendant ou proche d'un assaut des forces de l'ordre, sécurisation des itinéraires d'évacuation, sécurisation des établissements de santé identifiés ;
- le coordonnateur des opérations médicales ou « COM », troisième compétence indispensable, est un médecin de Samu capable de construire des parcours de soins complexes, pertinents pour un afflux de victimes et de s'adapter aux nécessités opérationnelles du terrain jusqu'au traitement définitif des lésions.

Ce triumvirat est placé sous l'autorité du Préfet, directeur des opérations, qui peut ainsi en toute connaissance de cause faire les choix stratégiques pertinents aux différents moments de la gestion de la crise.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.