



SAPEURS-POMPIERS
DE LOIRE-ATLANTIQUE

PEX N°2019-3
Prise en charge
d'une personne
alitée



PARTAGE D'EXPÉRIENCE

CONTEXTE ET TRAITEMENT DE L'ALERTE



Intervention: Autre intervention diverse / Blessé domicile, rue Rosa Luxembourg à St Herblain, le 10 Juillet 2019

► **1^{er} Appel à 13h46:** La requérante (mère de la victime) demande l'hospitalisation de son fils pour plaies aux bras et au dos. L'appel est transféré au SAMU qui décide d'engager une ambulance privée

► **2^{ème} appel à 14h45:** Le SAMU demande une aide au brancardage d'une personne supposée obèse en renfort de l'ambulance privée. L'opérateur reprend l'adresse et crée une nouvelle intervention. Le chef de Salle CODIS décide d'engager un FPT car « besoin de bras ».



Ensemble des moyens engagés



1^{er} engin engagé par le SAMU



Ambulance privée

1^{er} engin SP



FPT

Engins en renfort



VSAV / VLI / VGRIMP/ VCDG / SMUR

Situation à l'arrivée des secours

► Présence d'une ambulance privée armée de 2 ambulanciers privés. Ces derniers s'étonnent de la présence d'un FPT et indiquent qu'ils s'attendaient à voir arriver un VSAV compte tenu de l'état de santé de la victime.

► La victime en condition d'incurie, un homme de 43 ans, est alité depuis 3 ans suite à un choc psychologique. L'homme est littéralement collé et incrusté au matelas. Pavillon isolé R+1.

Actions immédiates



► Compte tenu de l'état de la victime, Le Chef d'agrès FPT demande au Chef de Salle CODIS de prendre contact avec le Médecin Régulateur du SAMU afin d'exprimer le besoin d'une équipe SMUR pour la gestion de la douleur. Il demande également en renfort un VSAV et l'équipe GRIMP (exiguïté de l'escalier).

Bilan Médical de la Victime



- A** Voies aériennes libres
- B** Polypnéique à 30 mouvements par minute, pas de cyanose
- C** Tachycarde à 150 bpm, pas de signe de choc
- D** Glasgow à 15, ralentissement psychomoteur, pas de traumatisme crânien ni de PCI
- E** Plaies suintantes multiples, douleur insupportable à la mobilisation, Incurie Majeure

Chronogramme de l'intervention

14h45 **Début d'intervention**

15h05



CA FPT: Demande de renfort d'un VSAV et du VGRIMP. Expression également du besoin d'une équipe SMUR sur le lieux
Plusieurs échanges Chef de salle CODIS / CA FPT et SAMU pour évaluer les moyens les plus adaptés à la situation. Le Chef de salle appuie également la demande de renfort d'un SMUR auprès du SAMU. Confirmation du CRRRA 15 qu'ils n'engagent pas d'équipe.

15h33

Décision Chef de salle: Retour FPT au CIS pour armer le VGRIMP. Décision d'engager un VCDG et un VLI (pour cet engin, la décision est concertée avec l'officier santé CODIS présent en salle).

15h50

CA VSAV: bilan régulé avec demande équipe SMUR. Demande refusée par le médecin régulateur car VLI engagé.



Compte tenu de la situation de blocage, le chef de groupe tente d'appeler le MAD à plusieurs reprises. Ce dernier, joint finalement par l'infirmière VLI, précise que l'aide médicale urgente ne fait pas parti de ses missions. Il demande à l'infirmière de rappeler le SAMU pour réitérer la demande d'un SMUR.

16h27

1er Bilan Régulé de la VLI: L'infirmière fait part au médecin régulateur de l'état de délabrement de la victime. Le médecin ne souhaite pas mobiliser un SMUR. Le médecin valide la proposition de l'infirmière pour deux remplissages vasculaires de 500 ml. Le médecin lui demande de le rappeler avant transport pour un bilan intermédiaire.

16h45

2ème Bilan Régulé de la VLI: L'infirmière fait part au médecin régulateur que la victime est immobilisable malgré son remplissage, elle indique également que ses antalgiques ne sont pas adaptés a la situation. Le médecin, sceptique sur une médicalisation compte tenu des constantes vitales transmises, décide finalement par envoyer un SMUR.

17h35

Arrivée SMUR: Le médecin sur place, qui ne comprend pas pourquoi il a été engagé dans un premier temps, prend rapidement en compte la gravité de la situation et décide de médicaliser la victime. Les SP sont obligés de couper une partie du matelas pour conditionner la victime sur le brancard.

17h58

Message du CDG: Victime médicalisée et transportée vers le bloc opératoire

18h55 **Fin ITV**

Analyse de l'intervention

Cette intervention met en évidence un délai très long d'engagement d'une équipe SMUR, alors même que la demande est exprimée dès le départ par le premier COS, et ensuite de manière successive à travers les bilans régulés du CA VSAV et de l'infirmière VLI.

La victime, **non mobilisable sans médicalisation** (risque de décompensation), ne peut donc être évacuée sans la présence d'une équipe SMUR sur place (confirmé par le médecin SMUR sur place, à postériori).

De son côté, le médecin régulateur s'appuie sur les **constantes vitales stables** de la victime pour justifier le non engagement d'une équipe SMUR, il ne prend pas en compte les **informations contextuelles sur l'état de la victime** qui lui sont remontées au fil de l'intervention.

Les intervenants se retrouvent donc face à une situation de blocage. A cet égard, ils sollicitent le MAD pour son **rôle et sa mission d'expertise et de conseil technique**. Ce dernier ne souhaite pas intervenir auprès du médecin régulateur. La situation ne sera débloquée qu'après un 3ème bilan régulé.

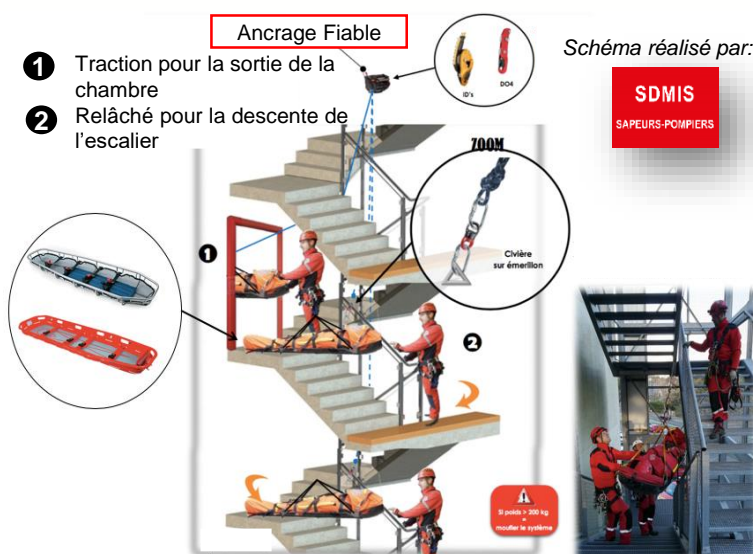
Le GRIMP: une équipe mobilisable pour d'autres brancardages que celui des personnes obèses

Le CA FPT qui est aussi l'IMP3 d'astreinte va très rapidement exprimer le besoin de l'engagement d'une équipe GRIMP pour une sortie facilitée de la victime.

Cette « **manœuvre d'évacuation par la cage d'escalier** » permet une sortie horizontale du brancard afin d'éviter tous mouvements de volumes sanguins de la victime qui pourraient avoir des effets aggravants sur sa santé.

Les critères de faisabilité de la manœuvre:

- ▶ présence d'un jour de cage d'escalier permettant le passage des cordes (20 cm minimum),
- ▶ point d'ancrage fiable en partie supérieure,
- ▶ largeur d'escalier permettant le passage du brancard.





PEX Prise en charge d'une personne alitée



ÉLÉMENTS DÉFAVORABLES

- ▶ Manque d'information sur l'état de la victime lors du 2eme appel SAMU pour l'aide au brancardage. Compréhension d'une notion d'obésité de la victime conduisant à l'engagement d'un moyen SP inadapté à la situation.
- ▶ Activité opérationnelle importante en salle. Un autre Chef de salle, n'ayant pas l'historique de l'intervention, reprend le suivi de l'intervention ce qui a pour conséquence un retard dans l'alerte du MAD.
- ▶ Tension MAD/MR suite à une Intervention pour feu le matin qui le conduit à ne pas appeler le MR.
- ▶ Non prise en compte de la criticité de l'état de la victime par le SAMU suite aux différentes remontées d'information des COS successifs



ÉLÉMENTS FAVORABLES

- ▶ Relation Pompiers / Ambulanciers
- ▶ Remontées d'informations successives permettant de mettre en évidence la criticité de la situation.
- ▶ Bonne prise en compte de la situation du 1^{er} COS qui évalue rapidement le besoin d'une médicalisation dans la prise en charge de la victime / Anticipation sur la mise en place d'un dispositif GRIMP.
- ▶ Evacuation de la victime dans de bonnes conditions et de manière très rapide à partir du moment où la victime a été médicalisée (équipe GRIMP avec le SMUR sur place).
- ▶ Plus value de l'Officier Santé CODIS en salle pour décider de l'engagement du VLI en lien avec le chef de salle.

CE QU'IL FAUT RETENIR



▶ Rappel sur les Missions du MAD:

- coordonner les moyens du SSSM, en lien avec l'officier CODIS, le chef de salle et l'officier santé CODIS, en particulier pour le soutien santé opérationnel,
- s'engager en soutien santé opérationnel de niveau 2 et 3,
- être informé des accidents en service et de s'assurer si besoin de la bonne prise en charge,
- apporter une réponse aux questions en lien avec les missions du SSSM (transport de victime contagieuse, problème en lien avec le matériel médico-secouriste, expertise et conseil technique aux intervenants...),
- prendre la fonction de DSM en cas d'activation d'un dispositif ORSEC NOVI (semaines paires).

Sur des Interventions complexes comme celles-ci, il apparaît important que le MAD puisse intervenir auprès du MR pour tenter de débloquer la situation.

- ▶ Plus value de l'équipe GRIMP pour des évacuations difficiles (exiguïté de la cage d'escalier) et délicates pour la victime (importance d'un brancardage horizontal).

DOCUMENT RESSOURCE



NO-A-SAP-0017 SUAP / AMU / SSO :
Conditions d'alerte et d'engagement des
moyens du SSSM

GED:

http://intranet.sdis44.fr/intranet/jcms/TB090315_288620/fr/operationel

RETEX:

http://intranet.sdis44.fr/intranet/jcms/prod_517944/fr/retours-d-experience-departemental-retex

REFLEXION ENGAGEE



- ▶ Utilisation de ce PEX dans le cadre des échanges interservices SDIS et SAMU sur les dysfonctionnements SAP-AMU afin d'élaborer des axes d'amélioration communs.