



FICHE D'ENSEIGNEMENTS SUAP 2021-4: Détresse et demande d'équipe médicale

20/04/2021

TROIS SITUATIONS OPÉRATIONNELLES INAPPROPRIÉES LA MÊME NUIT

Un VSAV intervient pour une F 43 avec difficultés respiratoires. **Contact en non urgent 20 min après la présentation + 5'45" avant décroché:** tirage, crépitants, crachats rosâtres, SpO₂ 78% AA 86% sous 15 l/min, FR, FC 130, PA 150/120, enlève son masque. **Envoi d'un SMUR à 12 min du contact, 32 min après la présentation.**

ACR avant l'arrivée du SMUR. Transport UA.

Un VSAV intervient pour une F 63 ans qui a chuté. **Contact en non urgent 15' après la présentation + 3'10" avant décroché:** malaise avec faiblesse et difficulté respiratoire SpO₂ 84% et panique, 100% avec O₂ 12 l/min au MMC, panique quand enlève l'O₂, pâleur, vertiges, FR 24, FC 148, PA 97/60, T° 36°C, nausées et vomissements.

Envoi d'un SMUR à 10'30" du contact, 25 ' après la présentation. ACR avant arrivée du SMUR. Transport sous planche à masser. DCD hôpital.

Un VSAV intervient pour un H 64 ans avec difficultés respiratoires. **Demande d'un DGT7 après 5 ' car batterie HS. Contact en non urgent 20 ' après la présentation + 2'20" avant décroché:** détresse respiratoire, sueurs, BTA, FR 55, FC 150, SpO₂ 100% sous O₂, PA 189/116. Même tableau la veille et ressorti des urgences. Propose TNM hôpital de proximité. **Envoi d'un SMUR à 8'50" du contact, 30' après le présentation.** Transport UA vers réa hôpital plus éloigné.

PROBLÉMATIQUE

- La formation initiale des C/A (**BARRIÈRE DE PRÉVENTION**) s'applique
 - à leur faire **reconnaitre les détresses vitales**
 - à **effectuer des demandes de renfort médical** par des contacts CM adaptés avec les justifications et visant l'efficacité de la demande en ne donnant pas le superflu.
- On constate régulièrement :
 - soit que certaines détresses vitales ne sont pas reconnues
 - soit qu'elles sont reconnues mais qu'il n'y a pas de demande de renfort médical.
- Dans ce dernier cas, les C/A expliquent que:
 - souvent ils doivent donner quand même un bilan complet
 - parfois on ne leur envoie pas de renfort médical et qu'ils ont renoncé à faire le N° urgent.

POINTS D'ATTENTION

- Les détresses respiratoires sont évidentes et s'imposent aux C/A dès le bilan primaire.** **CONSCIENCE DE SITUATION**
- Il existe déjà des conséquences sur les autres fonctions: circulatoire** (tachycardie pour essayer de compenser le manque d'O₂) et **neurologique** (enlève son masque, panique).
- Pourtant ils contactent tardivement sur le N° non urgent** (20 min après leur présentation). **ÉCART A LA PROCÉDURE**
 - Avec un bilan complet (identité, antécédents, traitements complets// SpO₂ pour le cas N°3 alors que les signes suffisaient)
 - Avec des interprétations (le C/A N°1 pense que SpO₂ reste basse car la F enlève son masque // le C/A N°3 pense qu'il peut transporter car même épisode que la veille)
- Le retard à l'envoi du renfort médical est préjudiciable aux victimes**

BONNES PRATIQUES

- La CM récupère les erreurs des C/A et envoie une équipe médicale.
BARRIÈRE DE RÉCUPÉRATION

CE QU'IL FAUT RETENIR

- La reconnaissance d'une détresse vitale au bilan primaire impose les gestes de sauvegarde et une demande rapide** (< 5 min) de l'équipe médicale (BSP 200.2 chap. 4.8 D) avec les éléments nécessaires et suffisants à la décision médicale. Un complément d'informations peut être donné après l'envoi du renfort.
- Le numéro urgent est dédié à la demande d'équipe médicale.** Il est décroché rapidement. En cas d'occupation des postes dédiés, l'appel est basculé à un opérateur et passe en tête de file des appels non urgents pour être décroché en priorité.
- La décision médicale de médicaliser ou non l'intervention repose sur l'analyse de plusieurs éléments (plus-value de la médicalisation en fonction du contexte, disponibilité des équipes, proximité du service de destination...). La non médicalisation d'une intervention ne doit pas impacter les demandes futures d'équipe médicale par le C/A.