

LA MEDECINE D'URGENCE PREHOSPITALIERE EN TUNISIE : REALITE ET PERSPECTIVES

*Auteurs : Dr N.Somrani, Dr H. Chebbi, Dr H. Achour
Direction générale de la santé (M.S.P)*

1. Introduction

Le secteur des urgences médicales figure parmi les toutes premières priorités de la politique sanitaire de notre pays. Depuis la tenue du conseil supérieur de la santé, plusieurs réunions ont été organisées afin d'étudier ce dossier et de trouver les solutions appropriées au succès de la mise à niveau de ce secteur. Cette dynamique a été couronnée par deux conseils ministériels restreints (CMR) présidés par le Chef de l'Etat au cours des quels des décisions importantes ont été prises visant à promouvoir le secteur de la médecine d'urgence en Tunisie. Tout ceci a abouti à l'élaboration de la stratégie nationale de développement des urgences (SNDU) dont la mise en œuvre a débuté en mai 2002.

Le secteur des urgences préhospitalières constitue l'un des trois axes principaux de la SNDU à côté du secteur hospitalier et de la formation.

Au cours de ces dernières années ce secteur a bénéficié d'un essor remarquable et les efforts se poursuivent pour aboutir à la réalisation d'un réseau de soins d'urgence assurant la meilleure prise en charge au patient.

2. La stratégie nationale de développement des urgences.

Afin d'évaluer la situation et de présenter des propositions d'ordre organisationnels et budgétaires une enquête nationale sur l'organisation et le fonctionnement des services d'urgence ainsi qu'une étude économique sur les urgences ont été réalisées avant la mise en exécution de la stratégie. Ces études ont permis de dresser un tableau exhaustif de la situation et d'orienter vers les choix à adopter en matière d'exécution de la stratégie.

La SNDU élaborée par le ministère de la santé publique, grâce à la collaboration des professionnels de la santé, énonce les orientations du ministère en matière d'organisation de la médecine d'urgence dans notre pays.

L'objectif principal de cette stratégie est la mise en place d'un réseau de soins d'urgence qui permettra d'assurer une meilleure accessibilité au citoyen aux soins d'urgence, d'augmenter l'efficacité des prestations, d'en améliorer la qualité et de garantir la continuité du service.

Cette stratégie comporte trois axes principaux à savoir le secteur pré hospitalier, le secteur hospitalier et la formation.

La promotion du secteur hospitalier concerne la fixation de normes pour les services d'urgence afin de permettre une uniformisation des pratiques susceptibles de favoriser une performance accrue de l'urgence. La mise à niveau des structures d'urgence et du personnel concerné est un aspect fondamental conditionnant le succès de la SNDU. Un autre volet important est celui de la mise en application des mesures organisationnelles du fonctionnement interne des services d'urgence. L'institution de ces mesures permettra l'amélioration de la qualité de la prise en

charge des urgences sans un apport financier important. Néanmoins, leur application exige l'implication et l'adhésion de tout le personnel des structures d'urgence mais aussi de tout le système de santé.

Le renforcement de la formation en médecine d'urgence revêt plusieurs aspects sur lesquels il faudrait agir pour améliorer les performances des médecins exerçant dans ce domaine. Ce renforcement concerne aussi bien la formation de base, que la formation diplômante mais aussi la formation continue pour tous les professionnels de la santé directement impliqués dans la prise en charge des urgences. Il ne faut pas oublier le citoyen, premier maillon des secours, qui doit être initié aux gestes élémentaires de secourisme.

L'axe pré hospitalier de la SNDU, sera détaillé dans ce qui suit.

3. Le secteur des urgences préhospitalières

Ce secteur peu priorisé il y a quelques années bénéficie actuellement d'une attention particulière de la part du ministère de la santé publique vu son importance dans l'amélioration de la prise en charge des cas urgents. Sa particularité, est la nécessité de la collaboration de plusieurs autres Départements et intervenants dans sa promotion.

En effet, en plus du ministère de la santé publique, le ministère de l'intérieur (en particulier par le biais de l'office national de la protection civile) et le ministère de la défense nationale participent activement dans la prise en charge des urgences préhospitalières (ou encore extrahospitalières). Le secteur privé est en expansion avec la création de plusieurs sociétés de transport sanitaire et participe pleinement dans ce secteur.

Afin de promouvoir ce secteur, la SNDU a fixé des axes prioritaires à mettre et à développer :

- L'implantation des SAMU dans les grandes régions du pays
- Le renforcement des unités SMUR rattachées aux SAMU
- La consolidation des moyens de transport sanitaires urgents
- La modernisation des moyens de télécommunications
- L'établissement et le renforcement de la coordination entre les différents intervenants
- L'intensification de la sensibilisation et de l'information du public en ce qui concerne les secours urgents.

a. L'implantation des SAMU et des SMUR :

Les SAMU ou services d'aide médicale urgente, sont les gérants des urgences médicales préhospitalières. Leur rôle est de donner la réponse la plus adaptée à la nature de chaque appel afin d'assurer une prise en charge globale du patient.

Le rôle des SAMU est de :

- Assurer une écoute médicale permanente
- Déterminer et déclencher dans le délai le plus rapide la réponse la mieux adaptée à la nature des appels
- Organiser le transport des patients

- S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation adaptés
- Assurer l'enseignement et la formation

Il est à rappeler que toute l'organisation française de l'aide médicale urgente s'articule autour des SAMU dont la mission est d'assurer la coordination de la médecine préhospitalières. Il y a un SAMU par département français (en moyenne 500.000 habitants par département) soit une centaine au total et environ 350 SMUR répartis sur l'ensemble du territoire. Ce maillage permet une bonne couverture des urgences préhospitalières.

Les deux principaux systèmes de secours pré hospitalier dans le monde est le système français, dénommé : « stay and stabilize », c'est à dire c'est l'hôpital qui se déplace vers le malade et assure sa prise en charge la plus complète possible avant son transfert vers les structures sanitaires. Ce système est médicalisé ; et le système anglo-saxon, dénommé « scoop and run » qui est un système para-médicalisé basé sur l'intervention et le transfert rapides vers les départements d'urgences. Sur les lieux de l'intervention, seuls les premiers gestes de secours (basic life support) sont effectués.

En Tunisie, parmi les décisions importantes prises lors des CMR consacrés à la médecine d'urgence, est la généralisation dans un avenir proche des SAMU inter-régions.

Sur les cinq SAMU initialement prévus quatre sont actuellement fonctionnels. Il s'agit du SAMU du Nord-Est, du SAMU du Centre-Est, du SAMU du Sud-Est et du SAMU du Centre Ouest. Le cinquième SAMU à réaliser est celui de Nord Ouest dont les études de construction ont déjà démarré.

Ce choix a été orienté par l'importance de la pathologie accidentelle qui est responsable chaque jour de plus de 33 accidents de la route occasionnant 4 décès et plus de 45 blessés

Par ailleurs, plus de la moitié des décès surviennent sur la route ou au cours du transport des victimes. Ajoutés à ceci, le nombre des accidents de travail en constante augmentation ainsi que la pathologie médicale (tel que les infarctus...) en nette augmentation.

b. Le SAMU du Nord-Est : SAMU 01

Le SAMU 01, dont le siège est à Tunis au Centre d'assistance médicale urgente (CAMU), est le premier SAMU en Tunisie puisqu'il a été mis en place depuis le début des années quatre vingt. Ce SAMU qui couvre actuellement le District de Tunis, devra voir au cours, des années à venir, son champs d'action s'élargir aux régions avoisinantes à savoir, Nabeul, Zaghouan et Bizerte.

Après avoir fonctionné pendant presque vingt ans avec un seul SMUR localisé au CAMU, un deuxième SMUR a été créé au début de l'année 2000 à l'hôpital La Marsa ce qui lui a permis de renforcer sa couverture pour la banlieue nord de Tunis, zone en pleine expansion.

L'activité de ce SAMU est en croissance permanente. En effet, en 2001 le SAMU 01 a régulé 9485 appels soit un accroissement de 13% par rapport à l'année précédente. En plus de cette activité de régulation des appels et d'intervention médicale, le SAMU 01 assure aussi les couvertures médicales des grands rassemblements ainsi qu'une activité d'enseignement par le développement récent de son centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU).

Logé dans les locaux du CAMU, qui sont exigus, le SAMU 01 ne peut plus accomplir son rôle dans les meilleures conditions. Pour cela, un projet de construction d'un nouveau siège pour le SAMU 01 à l'hôpital La Rabta, a été retenu et le début des travaux est prévu avant la fin de l'année. Ce projet est soutenu par une association non lucrative : Association d'aide médicale urgente.

c. Le SAMU du Centre-Est ou SAMU 03

Considéré comme un modèle pour les autres SAMU, le SAMU 03 dont le siège est à l'hôpital Sahloul, à Sousse, couvre actuellement les régions de Sousse, Monastir et Mahdia. Ce SAMU, gère actuellement quatre SMUR dont deux à Sousse (à l'hôpital Sahloul et à l'hôpital Farhat Hached), un à Monastir (à l'hôpital Fatouma Bourguiba) et le dernier né à l'hôpital régional de Mahdia.

C'est en 1994 qu'une jeune équipe met en place ce SAMU avec le soutien de l'association pour le développement et la formation aux secours d'urgence.

Le Centre d'enseignement des soins d'urgence du SAMU 03 (CESU 03) vient d'être doté d'un local moderne. Il est à rappeler que ce centre est le premier de ce genre créé en Tunisie dans un SAMU et qu'il assure des formations en soins d'urgence destinées aussi bien aux professionnels de la santé mais aussi à tous ceux qui veulent bénéficier de formations de formateurs dans ce domaine.

d. Le SAMU du Sud-Est ou SAMU 04

Ce SAMU a démarré en juin 1999. Son siège est isolé d'une structure hospitalière mais il est rattaché administrativement à l'hôpital universitaire Habib Bourguiba, à Sfax. Il fonctionne actuellement avec deux SMUR, un à l'hôpital Habib Bourguiba et couvre la région de Sfax Nord, le deuxième situé au local du SAMU 04 et assure la couverture de la région Sfax Sud.. Il couvre actuellement la région de Sfax mais son champs d'action doit s'étendre dans les années à venir à la région de Sidi-Bouزيد. Au cours de l'année 2001, le SAMU 04 a régulé 5975 appels.

e. Le SAMU du Centre-Ouest ou SAMU 06

En janvier 2001, est né le SAMU 06 grâce à la contribution de l'association de soutien des secours urgents de Gafsa. Le siège du SAMU 06 est à Gafsa dans une structure isolée d'un établissement hospitalier. Ce SAMU a la particularité d'être la première structure de ce genre dans une région non universitaire. Cette particularité a imposé un mode de fonctionnement spécifique pour ce SAMU. En effet, les unités mobiles hospitalières gérées par le SAMU 06 ont actuellement à leur bord un personnel paramédical qui intervient en cas d'appel, à l'instar des expériences anglo-saxonnes dans ce domaine. En cas de besoin, un renfort médical pourra être envoyé. La régulation des appels est toujours du ressort des médecins.

Le choix pour le personnel paramédical a été fait pour les techniciens supérieurs en anesthésie qui ont le profil qui s'accommode le plus pour l'accomplissement des missions des SAMU.

Cette expérience a montré son succès dans cette région. Elle sera appliquée dans les régions identiques à Gafsa.

Couvrant actuellement une partie du gouvernorat de Gafsa, le SAMU 06 sera renforcé au cours des années prochaines par d'autres SMUR dans les zones avoisinantes à savoir Kasserine, Tozeur...

f. Le SAMU du Nord-Ouest : SAMU 08

Les études de réalisation de ce SAMU ont démarré il y a presque une année. Cette structure sera édifiée dans l'hôpital régional de Jendouba. Elle assurera la couverture des régions de Jendouba, Béja, Le Kef et Siliana.

L'association de soutien des secours urgents de Jendouba, s'est proposée pour participer à la réalisation de ce projet.

g. D'autres SAMU ?

En se basant sur les études faites dans ce domaine et afin d'assurer la meilleure couverture du territoire du pays par les centrales de réception et de régulation des appels, la création d'un sixième SAMU est nécessaire. Ce SAMU assurera la couverture de la région Sud de notre pays, c'est à dire les régions de Gabes, Médenine et Tataouine.

3.2 La consolidation des moyens de transport sanitaires

Au cours de ces dernières années, le parc des véhicules de transport sanitaire a bénéficié d'un renfort important. Le ministère de la santé publique a établi de nouveaux cahiers de charge pour l'achat des ambulances de type A ou B en se basant sur les nouvelles évolutions techniques et les exigences scientifiques lors des transports des malades.

Il est important de rappeler que le secteur privé et les services de l'Office national de la protection civile ont aussi consolidé leur parc ambulancier.

Parmi les décisions importantes prises par le Chef de l'Etat dans ce domaine est la mise à la disposition des structures du ministère de la santé publique de cinq hélicoptères relevant du ministère de la défense nationale pour le transport des blessés graves. Cette opération, démarrée en 1997, et qui se poursuit chaque année au cours de la saison estivale, a permis de sauver plusieurs vies. Il est souhaité que ce transport sanitaire hélicoptère soit opérationnel toute l'année et que les mécanismes de son déclenchement soient assouplis.

3.3. La modernisation des moyens de télécommunication

Afin de moderniser le réseau de télécommunication relevant des SAMU, qui constitue les « nerfs » de ces structures, et pour être au diapason des évolutions technologiques, le ministère de la santé publique a établi une convention cadre avec l'office national de la télédiffusion. Cette convention a permis la mise à niveau des systèmes de communication des SAMU 01 et 03 et l'installation de ceux des SAMU 04 et 06.

Actuellement les études sont en cours pour assurer la couverture de tout le territoire du pays par le système de radiocommunications relevant des SAMU. De

plus, le système numérique de radiocommunication, qui constitue l'une des dernières évolutions dans ce domaine, va être bientôt opéré dans le District de Tunis.

3.4. L'établissement et le renforcement de la coordination avec les différents intervenants

Les services de secours de la Protection Civile sont considérés parmi les partenaires les plus importants dans la gestion aussi bien des urgences quotidiennes que collectives. Depuis quelques années, les contacts entre les structures du ministère de la santé publique et les services de la Protection Civile se sont intensifiés. Des rencontres sont organisées de façon périodique afin de renforcer la collaboration entre les différents intervenants pour une meilleure utilisation des moyens existants, une meilleure qualité et un coût acceptable.

Des ententes existent actuellement entre les différents SAMU et les services de la Protection Civile dans les régions correspondantes.

3.5. L'intensification de la sensibilisation et de l'information du public en ce qui concerne les secours urgents.

Le premier témoin d'un accident est dans la majorité des cas un citoyen qui se trouve parfois dans le désarroi ne sachant quoi faire.

Dans les pays Anglo-saxons, un cinquième de la population sait pratiquer le massage cardiaque externe. En France, seul 4% de la population sait faire les premiers gestes de secours. En Tunisie, il n'existe pas d'étude dans ce sens mais la situation ne paraît pas meilleure que celle en France.

La SNU consacre un intérêt particulier à cet aspect en insistant sur la nécessité de renforcer la sensibilisation et l'information du public dans ce domaine. Les CESU jouent un rôle important dans la formation aux premiers secours mais leur prérogative est essentiellement la formation des formateurs. Les services de la Protection Civile ainsi que les organismes non gouvernementaux, tel que le Croissant Rouge Tunisien, participent de façon importante dans l'accomplissement de cette tâche.

Mais l'absence de textes réglementaires, l'existence de plusieurs « écoles de formations », font que les actions menées ne sont pas harmonisées.

Des commissions regroupant des participants des différents intervenants dans ce domaine sont en train d'étudier ce dossier afin de proposer des textes réglementaires.

3.6. Que reste-t-il à Faire ?

Afin d'améliorer la prise en charge des urgences préhospitalières, il est important de consolider encore plus les différents maillons de la chaîne de secours.

Parmi ces maillons, les SAMU constituent un effecteur important dans ce domaine. Pour cela, il est nécessaire de renforcer ces structures afin d'assurer la couverture la plus rapprochée de tout le territoire, de multiplier l'implantation des SMUR qui sont les bras effecteurs des SAMU, de mettre à niveau nos moyens de télécommunications en utilisant les technologies les plus modernes, d'assurer la meilleure coordination entre les différents intervenants et de veiller à l'intégration des partenaires du réseau au fonctionnement des SAMU.

L'élaboration d'une législation fixant l'organisation et les prérogatives des SAMU est l'une des actions urgentes à établir dans les mois prochains.

Nous espérons que dans un avenir proche, tous les intervenants dans le secteur pré hospitaliers s'intégrant dans des centres de réceptions et de régulations des appels santé (CRRRA) afin de mieux coordonner leur actions.

4. Conclusion

Maillon essentiel de la chaîne des secours, les SAMU constituent la véritable plaque tournante des urgences médicales préhospitalières.

La couverture de tout le territoire par ces structures est un défi que le ministère de la santé publique est en train de relever de façon progressive mais sage afin d'assurer son intégration dans le réseau de soins d'urgence.

Plusieurs projets ont été réalisés au cours du IXème plan de développement socio-économique d'autres le seront au cours du Xème plan. Mais la réussite de tous ces projets ne peut être assurée que s'il y a collaboration de tous les intervenants dans ce domaine.

2) Historique :

Dans son évolution, au cours de l'histoire, du lieu d'isolement des malades contagieux au lieu d'administration des soins efficaces, l'hôpital a progressivement pris en compte les maladies se présentant à sa porte en état de détresse. En effet, après les avoir longtemps confiés aux hommes de religion, on a commencé par prendre en charge ces malades urgents dans des salles de soins placées à la porte de l'hôpital où ils devaient attendre l'arrivée des soignants disponibles de différents services de l'hôpital.

En suite, on a réalisé que pour améliorer la qualité de la prise en charge, il fallait mettre en place des services « porte » dédiés à la prise en charge spécialisée des malades urgents avec le souci d'en tirer les plus graves à l'arrivée ce qui a, du reste, démotivé un grand nombre de soignants des autres services de l'hôpital de la prise en charge de ces malades amenant dans un troisième temps et à l'époque contemporaine de parler d'un « réseau des soins urgents ». Celui-ci implique dans l'urgence, qu'elle soit médicalement réelle ou ressentie, par le recours aux différents paliers de :

- L'information et l'orientation ciblées des malades
- Soins de proximité
- Transport sanitaire simple ou médicalisé
- Traitement étiologique médico-chirurgical dispensé dans les structures de soins
- L'éducation sanitaire prophylactique qui doit toujours être omniprésente.

L'URGENCE MEDICALE EVOLUTION DU CONCEPT ET DEVELOPPEMENT DES MOYENS ET DES ACTEURS

Auteurs : Nabil Ben Salah

SAMU 01 Centre d'assistance Médicale Urgente – Tunis

1/ Introduction :

En moins de 50ans la notion d'urgence médicale a subi une transformation radicale tant aux yeux des soignants que dans le vécu des soignés, et ce en grande partie grâce aux progrès extraordinaires de la médecine qui ont conditionnée l'adhésion la plus large aux soins curatifs et préventifs des usagers des soins . Si bien qu'en 2002, le terme d'urgence médicale, loin de se limiter aux affections engageant objectivement à court terme le pronostic vital , inclut toute détresse physique ou psychique ou même tout sentiment pouvant être vécu comme une détresse : il s'agit de l'urgence ressentie ayant colporté trop longtemps les nombreuses « fausses urgences » selon l'expression actuellement abandonnée des soignants qui sont souvent obnubilés par la hantise de passer à côté d'une affection organique .

Cette évolution conceptuelle de l'urgence a d'ailleurs été favorisée par l'élargissement de la définition de l'état de santé, considéré par l'OMS comme un état de « bien être physique, psychique et social » et par les développements corollaires des cadres éthique, déontologique et juridique enserrant les professionnels de santé .

2/ Historique :

Dans son évolution, au cours de l'histoire, du lieu d'isolement des malades contagieux au lieu d'administration des soins efficaces, l'hôpital a progressivement pris en compte les maladies se présentant à sa porte en état de détresse . En effet, après les avoir longtemps confié aux hommes de religion, on a commencé par prendre en charge ces malades urgents dans des salles de soins placés à la porte de l'hôpital où ils devaient attendre l'arrivée des soignants disponibles de différents services de l'hôpital .

En suite, on a réalisé que pour améliorer la qualité de la prise en charge, il fallait mettre en place des services « porte » dédiés à la prise en charge spécifique des malades urgents avec le souci d'en trier les plus graves à l'arrivée ce qui a, du reste, démotivé un grand nombre de soignants des autres services de l'hôpital de la prise en charge de ces malades amenant dans un troisième temps et à l'époque contemporaine de parler d'un « réseau des soins urgents » . Celui-ci implique dans l'urgence, qu'elle soit médicalement réelle ou ressentie, par le recours aux différent paliers de :

- L'information et l'orientation ciblées des malades
- Soins de proximité
- Transport sanitaire simple ou médicalisé
- Traitement étiologique médico-chirurgical dispensé dans les structures de soins
- L'éducation sanitaire prophylactique qui doit toujours être omniprésente .

3/ Perspectives d'avenir :

C'est ainsi que nous vivons actuellement l'ère où le soignant franchit la porte de l'hôpital (ou la structure de soins) réellement ou virtuellement (télé-médecine : SAMU) pour aller offrir ses services à l'usager des soins dans les plus brefs délais et avec les moyens embarqués les plus sophistiqués (SMUR) .
Tout cela génère bien sûr, de nouveaux acteurs et de nouveaux moyens de soins :

Acteurs :

- Permanenciers d'aide à la régulation médicale
- Médecin régulateur AMU
- Médecin régulateur SAMU
- Ambulanciers libéraux
- Secouristes croissant rouge
- Infirmier et médecin trieurs dans les services d'urgence
- Comité intra-hospitalier de coordination des urgences

Moyens :

- SAMU
- SMUR
- SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales

4/ Conclusions :

Lorsque on place le malade au centre de nos préoccupations on laisse peu de place à l'erreur en matière d'organisation des urgences .

(II) CREATION DU SAMU 06

Face à l'explosion démographique et développement corollaire des villes du Sud Ouest, ainsi que les grandes distances parcourues par le citoyen en détresse pour atteindre les services d'urgences hospitaliers et l'éloignement important des hôpitaux de la région de la création d'un SAMU et des SMUR s'est vivement imposé dans l'objectif de porter secours urgents aux blessés et d'assurer un transfert dans des bonnes conditions vers les services hospitaliers spécialisés. C'est ainsi que L'ASSMU s'est créé pour construire ce local, les fonds et les subventions ont été recueillies à travers des dons des entreprises, des sociétés et des particuliers. Le coût de ce projet a atteint les 1 Million 200 mille dinars.

LE S.A.M.U 06 ORGANISATION ET MODE DE FONCTIONNEMENT

Auteurs : Mnari Adel , Hahoui n , Sabri . K , Hamdi.H , Gouider.i ,
Boughanmi.t

Service d'aide médicale urgente SAMU 06
Hôpital Régional de Gafsa.

I) INTRODUCTION :

Dans le but de développer la médecine pré hospitalière, la médecine d'urgence et l'organisation des secours en situation d'exception, la Tunisie ne cesse de mettre en place des plans d'actions et des structures d'intervention sur le terrain et c'est dans ce cadre que vient s'ajouter un nouveau service d'Aide médicale Urgente S.A.M.U 06 du Sud Ouest.

Le S.A.M.U 06 a vu le jour le **22 Janvier 2001**, assurant la couverture de trois Gouvernorats, Gafsa- Kasserine et Tozeur, représentant **13%** de la superficie du pays et **10 %** de sa population qui sont à vocation fortement industrielle (C.P.G ,I.C.G ,Usine de cellulose) touristique (Tozeur, Nefta) et agricole.

Cette région compte deux Aéroports civiles et une base militaire, des gares.

Elle est également traversée par un important réseau routier(GP3. GP 14 et GP 15) et aussi le passage du gazoduc Algero-Italien.

En plus la ville de Gafsa avec son nouveau campus est devenue un pôle universitaire important.

Le S.A.M.U 06 , Service de la Santé publique , fortement inspiré du S.A.M.U 03 et S.A.M.U 93 de Bobigny est le quatrième en son genre après le S.A.M.U 01 de Tunis et SAMU 03 du centre Est et du SAMU 04 de Sfax à la différence de quelques particularités.

Mais l'histoire des S.A.M.U ne s'arrêtera pas là, des perspectives d'avenir s'offriront à la région du Nord Ouest, avec la création du S.A.M.U 08 de Jendouba et SAMU 05 A Gabès.

II) CREATION DU SAMU 06

Face à l'explosion démographique et développement corollaire des villes du Sud Ouest, ainsi que les grandes distances parcourues par le citoyen en détresse pour atteindre les services d'urgences hospitaliers et l'éloignement important des hôpitaux de la région des C.H.U ,la création d'un SAMU et des SMUR s'est vivement imposé dans l'objectif de porter secours urgents aux blessés et d'assurer un transfert dans des bonnes conditions vers les services hospitaliers spécialisés. C'est ainsi que L'ASSMU s'est crée pour construire ce local, les fonds et les subventions ont été recueillies à travers des dons des entreprises , des sociétés et des particuliers. Le coût de ce projet a atteint les 1 Million 200 milles dinars.

Descriptif du local :

Le bâtiment est élevé sur deux étages plus un rez de chaussée.

*Le rez de chaussée comprend un hall d'accueil, un bureau hébergeant les locaux de l'association fondatrice du SAMU et le local SMUR proprement dit.. Celui ci comporte des sanitaires, un garage de quatre places et un quai de chargement donnant accès à la réserve du matériel, à une pièce atelier permettant la recharge des batteries et à une pièce dédiée au nettoyage et à deux bureaux.

*Le premier étage héberge la salle de détente des médecins, une salle de conférence et les chambres de garde.

*Le deuxième étage abrite la salle de régulation comprenant deux consoles de travail, une salle de crise et la chambre de garde de médecin régulateur. Le reste de l'étage est composé de bureaux de médecins.

III) ROLE ET ORGANISATION :

Le S.A.M.U 06 a été souvent assimilé, non seulement dans l'esprit du public, mais aussi dans celui de nombreux professionnels de santé, à une << ambulance équipée >>. Tel malade a été transporté << dans le S.A.M.U >> ; << envoyez- nous le S.A.M.U >> ...

Des phrases qui témoignent de cette image quelque peu réduite du S.A.M.U par rapport à ses rôles réels.

Quels sont les attributs du S.A.M.U et ses domaines de responsabilité ?

Et comment s'organise - t'il pour y faire face ?

HISTORIQUE :

En 1955 furent créées les premières équipes mobiles de réanimation Françaises .Leurs missions étaient initialement d'assurer le secours médicalisés aux accidentés de la routes ainsi que les transferts inter hospitaliers pour les malades atteints de paralysie respiratoire.

-En 1968 naissent les SAMU qui comportent un centre de régulation afin de coordonner l'activités des SMUR .

-Le 15, numéro gratuit d'appel national pour les urgences médicales est créé en 1978.

DATES IMPORTANTES DANS L'HISTOIRE DES SAMU ET DES SMUR DE TUNISIE

Mars 1980 :

Création du centre d'assistance Médicale Urgente (CAMU)

Abritant le 1^{er} S.A.M.U de Tunisie. Coupole de Bab Saadoun.

Octobre 1983 :

Transfert du CAMU à Mont Fleury

Mars 1994 :

Création de SAMU de Sousse qui regroupera les SMUR du Sahel

Juin 1999

Création de SAMU de Sfax.

Janvier 2001 :

Création de SAMU 06 du Sud Ouest.

Perspectives d'avenir : Implantation de plusieurs S.M.U.R. à travers le pays et projet de création de SAMU 08 de Jendouba et S.A.M.U 05 de Gabès .

1-LE ROLE DU S.A.M.U :

Le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) est une unité hospitalière dont le champ d'action est habituellement le gouvernorat. Le SAMU ne se déplace pas, il constitue la partie immobile de cette organisation médicale .

Son activité principale est la régulation médicale qui s'occupe de toutes les affaires de santé en particulier tous les secteurs de l'urgence médicale :

- Cardiologie avec le traitement précoce de la thrombose coronaire.
- Traumatologie avec le relevage et la mise en condition des polytraumatisés .
- Toxicologie avec les premiers gestes de survie dans les intoxications diverses
- Le Coma diabétique, etc. ...

Le SAMU est constitué par la régulation médicale avec son numéro d'appel d'urgence 190, ses permanenciers, son médecin régulateur, ses moyens de télécommunication filaires et radio-électriques, et son réseau de partenaires de l'aide médicale urgente.

Le SAMU est donc le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) d'urgence santé .

Il constitue une écoute médicale permanente dont la tâche est de gérer 24 h/24 les appels « santé » ce qui implique la présence d'un médecin « régulateur » constamment présent et disponible pour cette fonction.

Il permet de déterminer la réponse à la nature des appels ; ce qui implique l'analyse de cet appel, et la possibilité de faire assurer la réponse par différents moyens classés suivant des critères de gravité . En allant du plus grave au moins grave .

Pour s'acquitter de cette tâche, le SAMU dispose d'une série de réponses possibles qui peuvent aller du simple renseignement au conseil médical jusqu'à l'envoi d'une équipe médicale en ambulance de réanimation, en passant par l'envoi d'un médecin de libre pratique ou d'un moyen de transport sanitaire standard .

Le SMUR (service mobile d'Urgence et de réanimation) représente l'effecteur le plus connu du SAMU . Il est doté des équipes médicales et des moyens d'intervention lourds . Ses interventions sont régulées en amont (décision de mission) et en aval (soutien au médecin d'intervention, recherche de place hospitalière et décision de destination)

Le SAMU doit aussi :

- S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics et privé adaptés à l'état du patient, ce qui implique de connaître l'état réel non seulement en lits vacants, mais aussi en disponibilité des équipes médicales ou chirurgicales .
- Organiser le transport vers un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou privé de transport sanitaire .
- Veiller à l'admission du patient, ce qui implique un relais entre les soins prodigués par l'équipe et le service d'accueil hospitalier .

A côté de ces missions principales, qui concernent les soins quotidiens à la victime unique, blessé ou malade, le SAMU a un rôle de jour en jour mieux précisé dans les soins aux victimes multiples (situation de catastrophe ; accidents de la route à plusieurs victimes, accident de chemin de fer, d'avion ...) en suivant des plans de secours bien déterminés .

Outre ces missions « traditionnelles », Le SAMU assure à la demande, des couvertures sanitaires de manifestations diverses (sportives, culturelles ...)

Le SAMU assure enfin une mission importante qui consiste en l'enseignement de la formation dans le domaine de la médecine d'urgence et des secours en général, pour différentes catégories de personnels (Ambulanciers, Secouristes, Infirmiers, Médecins ...).

2) ORGANISATION :

La réussite d'un SAMU est essentiellement tributaire de son organisation, à coté bien entendu des qualifications professionnelles techniques des personnels d'intervention ;

Comment s'organise alors le SAMU ?

1-La Salle de régulation :

Plaque tournante du SAMU et élément fondamental de toute son activité, elle constitue le poste de commandement dont dépendent toutes les activités de ce service . Elle est dirigée par le médecin régulateur, assisté par des permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) ceux-ci assurent la réponse téléphonique, l'information, le suivi des équipes d'intervention et des véhicules en mission, les contacts avec les partenaires ... c'est le centre nerveux qui gère les différents effecteurs du SAMU .

Qu'ils soient ses propres effecteurs (les SMUR) ou partenaires (protection civile, médecins de libre pratique, ambulanciers privés ...) .

Cette salle de régulation dispose pour ces missions de base de données comprenant les structures hospitalières et de soins de la région et les médecins hospitalières et de libre pratique, les ambulances publiques et privées, les structures de la garde nationale, de la police, de la protection civile ...

Les télécommunications sont l'outil principal de cette structure . Elle dispose pour cela d'un autocommutateur propre (standard) comprenant des lignes réseau et des lignes d'urgence (190) .

En outre, tous les véhicules et les équipes d'intervention sont reliés sur tout le territoire de couverture par les liaisons radio, par les mobiles dans les véhicules et par les postes portatifs . Ainsi, tous les déplacements des véhicules sont constamment suivis par les postes portatifs (PARM) . Les demandes de renfort, les bilans médicaux, sont passés par radio sur les fréquences du SAMU .

En fin des télé - avertisseurs (bip) équipent certains membres des équipes pendant leur repos et nous permettent de les rappeler en urgence au besoin en cas d'événement important .

1-Les effecteurs propres :

SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation)

Bras armés du SAMU, les SMUR constituent le recours choisi dans les cas où une intervention médicale lourde est justifiée soit par la gravité présumée du cas

nécessitant une réanimation médicale initiale avant transport, soit par un potentiel évolutif important nécessitant une surveillance médicale jusqu'à la structure hospitalière d'accueil .

Une équipe SMUR est constituée d'un médecin, d'un infirmier, et d'un ambulancier . Elle est transportée soit en ambulance de réanimation (AR) si le transport est quasiment assuré ou très probable, soit en véhicule léger (VL) lorsque (VL) lorsque la mission est d'abord d'exploration ou lorsqu'il y a besoin d'abord de rapidité sur les sites relativement éloignés . Le VL transporte l'équipe et un matériel médical identique à celui d'une AR, à la seule différence qu'il ne transporte pas de malade .

Le matériel dont disposent les équipes SMUR est en principe léger, peu encombrant, fiable, et fonctionnant de manière autonome . Il peut être classé en :

- Matériel d'assistance ventilatoire
- Matériel d'assistance circulatoire
- Matériel de contention
- Matériel de surveillance cardiologique
- Matériel divers

Le SAMU régule alors des SMUR répartis dans la région . l'équipe la plus proche étant missionnée en priorité .

1- Les partenaires :

a – La protection civile (PC) :

La protection civile est le principal partenaire du SAMU (à coté des forces de l'ordre) dans les interventions sur la voie publique . La régulation la sollicite dans les interventions qui semblent ne nécessiter que des secouristes et un transport allongé simple, ou en cas de nécessité de désincarcération ou de dégagement de la voie publique . Elle est également sollicitée dans des interventions conjointes en cas de plusieurs blessés ou pour des transports communs avec véhicule de la PC et équipe médicale SMUR .

b – Les médecins de libre pratique :

Il sont sollicités par le SAMU pour une visite à domicile lorsque la nature de l'appel l'exige et lorsque l'appelant le demande ou accepte la proposition . Ils rendent compte par la suite à la régulation médicale de l'état du patient et demandent au besoin la contribution du SAMU . leurs honoraires leur sont réglés directement par la famille .

c – Les ambulanciers privés :

Ils sont théoriquement sollicités par le SAMU en cas demande de transport simple (cas d'orthopédie, impotence ...)

IV)RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES :

1.LE PERSONNEL :

*** Médical**

Est constituée de six médecins plein temps qui assurent la régulation et en même temps le transport et la Garde Astreinte (trois d'entre eux ont déjà travaillé au SAMU et SMUR 03) .

*** Paramédical**

-PARM : au nombre de cinq, recrutés au niveau infirmier car il n'est pas exclu qu'ils soient seuls en régulation en cas de sortie du médecin régulateur.

Leur culture paramédical , facilitera leur adaptation.

-Techniciens supérieurs en anesthésie : au nombre de sept, formés à Sousse en secourisme .

-Ambulanciers et secouristes : au nombre de quatorze, ils ont suivi une formation courte en secourisme au SAMU de Sousse.

2.LE MATERIEL :

Les ambulances et le matériel de réanimation :

Le SAMU 06 possède 6 ambulances dont deux sont offertes par la compagnie des phosphates de Gafsa et une provenant d'un don présidentiel

Le matériel équipant ces ambulances provient également des dons, le reste du matériel dont une grande partie est déjà livrée par le ministère de la santé.

LES SMUR :

Le SAMU 06 compte en principe sous sa régulation 3 services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) situés dans les hôpitaux régionaux de Kasserine, de Tozeur et de Metlaoui tous équipés de moyens de radiocommunication et certains sont totalement aménagés.

V)Particularités du SAMU 06 :

En raison des distances énormes qui séparent le citoyen en détresse et les services des urgences et le trafic automobile important générateur de nombreux accidents de la voie publique ainsi que les missions secondaires qui sont presque quasi quotidiennes le SAMU 06 fonctionne d'une façon un peu plus particulière par rapport aux autres SAMU.

1-Les missions primaires ne sont pas toutes médicalisées, les techniciens supérieurs interviennent pour les cas où il n'y a pas une gravité potentielle pour le malade ou le blessé, et ça rejoint en fait le système de travail des anglo-saxons (scoop and run) avec les paramédicaux .

2- Les missions secondaires, pour des malades qui sont bien conditionnés et stables et qui posent pas de problèmes lors du transport, sont assurées aussi par des paramédicaux .

3-Les autres SMUR des hôpitaux régionaux ne sont pas médicalisés et le transport des malades et blessés est obligatoirement assuré par les paramédicaux .

4-Une équipe para médicalisée est composée, selon un niveau de formation et de qualification d'un technicien supérieur en anesthésie, un secouriste et un ambulancier.

5-Les PARM sont des infirmiers qui travaillaient aux urgences et qui possèdent efficacité en régulation lorsqu'ils se trouvent seuls lors de la sortie du médecin régulateur sur le terrain.

VI) Difficultés et problèmes relevés :

Difficultés liées à la régulation :

Cette jeune structure est encore largement méconnue par le public, surtout en ce qui concerne ses différents rôles. Le public n'est pas familiarisé avec ce genre de service qu'il prend pour un service d'ambulance tout court. C'est pourquoi les aspects du conseil, information, renseignement et envoi d'un médecin de libre pratique restent largement sous-exploités.

Dans un grand nombre de cas, la personne demandeuse d'aide est paniquée, difficile à calmer et à interroger. Pire encore, lorsqu'on veut le faire, elle devient mécontente, déniait au médecin le droit de demander des renseignements un peu plus précis sur le cas et l'empêchant de réguler correctement les appels. De plus en raison du niveau socio-éducatif que l'on rencontre parfois, il est difficile de demander et de recevoir des renseignements à peu près corrects sur les antécédents et l'état actuel de la santé du patient.

Difficultés dues au matériel :

Le problème principal reste la multiplicité et la disparité du matériel livré

On note des respirateurs de marques différentes, ainsi que des scopes défibrillateurs et de pousses seringues différentes.

Les brancards des quatre ambulances sont de conception totalement différentes (Sortie et verrouillage des roues) risquant d'entraîner au début une difficulté d'adaptation des personnels à ces matériels .

L'absence de contrat d'entretien sur ces dispositifs médicaux et l'absence de représentant dans la région entraînera le problèmes tant préventif que d'entretien et de réparation .

L'absence de véhicule de liaison à la disposition du médecin régulateur pose le problème de l'acheminement de celui ci sur les lieux d'intervention pour renforcer une équipe.

On note aussi un problème de couverture réseau par liaison radio surtout sur la route séparant Gafsa de Gabès.

Difficultés géographiques :

Des contraintes particulières au SAMU 06 (géographique, disponibilités d'équipes SMUR) peuvent présenter un facteur limitant à une prise en charge rapide de patient nécessitant un transport inter hospitalier.

La position géographique des différentes délégations appartenant aux trois gouvernements par rapport à la ville augmente les délais d'intervention.

La distance moyenne qui doit être parcourue par une équipe SMUR pour atteindre un service spécialisé dans un C.H.U EST ENVIRON 250 Km.

Certes la restructuration en cours des hôpitaux et des services d'urgences renforce le rôle du SAMU pour les transports inter hospitaliers mais le manque des services spécialisés tel que la neurochirurgie ainsi que le manque de plateau technique pour les examens complémentaires ne font qu'augmenter les demandes de transport secondaires.

Conclusion :

Le SAMU 06 est sans doute un acquis pour la région et le pays dans le domaine de la médecine d'urgence pré hospitalière. Fortement inspiré des deux systèmes français et anglo-saxon, avec ses particularités et son nouveau mode de fonctionnement il s'active actuellement à développer son action de secours pour rendre fonctionnel un réseau de soins urgents au niveau régional en s'adaptant aux réalités du pays.

← Définition de la mission du service : Fournir des soins :

- Accessibles
- Rapides
- Efficaces
- Continus
- Satisfaisants

LE DEVELOPPEMENT DE LA « QUALITE DE SERVICE » DANS LES STRUCTURES DES URGENCES.

Auteurs : DR Jelliti Mounir et collaborateurs

SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL REGIONAL DE KASSERINE

INTRODUCTION

Le Service des urgences représente la « vitrine » de l'hôpital, cette façade est particulièrement sensible par les spécificités de sa « clientèle » et par les difficultés inhérentes à son mode de fonctionnement et d'organisation .

La problématique des urgences demeure un sujet de débat et parfois même d'inquiétude aussi bien pour les autorités et les professionnels que pour le citoyen , d'où la concrétisation de la stratégie Nationale de développement des urgences décrétée en Mai 1998.

La notion « d'assurance de la qualité de service » dans nos structures n'obéissait pas à des normes ou à un système d'accréditation jusqu'à l'avènement de cette stratégie qui a fixé les axes de développement de cette discipline. L'amélioration de la situation a besoin de la concrétisation des objectifs fixés et surtout de la volonté et de l'enthousiasme des équipes de santé quant à la réussite de la mission des structures des urgences.

L'équipe de santé du service des urgences de l'hôpital régional de Kasserine rapporte dans ce travail le fruit d'une approche visant « l'assurance de la qualité de service » et ce depuis Décembre 1996.

LA DEMARCHE QUALITE

La planification stratégique :

Les préalables

➔ Définition de la mission du service : Fournir des soins :

- accessibles
- Rapides
- Efficaces
- Continus
- Satisfaisants

- ➔ **Sensibilisation et mobilisation de tous les acteurs quant à l'importance du développement de ces services (échelles locale et régionale : commission régionale) .**
- ➔ **Développement du sentiment d'appartenance.**
- ➔ **Développement du travail en équipe.**
- ➔ **Identification et soutien du premier responsables**

Les préalables : diagnostic de la situation

(Diagnostic de la situation) :

Exemple : urgences de l'HRK

- Depuis sa création jusqu'à 1995, le service n' a jamais bénéficié d'une action visant à améliorer la qualité des prestations .
- En terme de vraies urgences : le service était un lieu de transit (exp. : jusqu'à Décembre 1995 aucune sonde d'intubation n'a été commandée...)
- Absence d'organisation
- Absence de protocoles thérapeutiques
- Insuffisance du recueil et du traitement des informations
- Absence de formation continue
- Fréquence des conflits...
- Tenir compte de la spécificité de chaque service.

Les préalables : les Objectifs

- Mise à niveau de l'infrastructure
- Mise à niveau des équipements
- Améliorer la gestion des ressources
- Actualisation de l'arsenal thérapeutique
- Assurer une formation continue pour toute l'équipe
- Standardisation des conduites à tenir
- Satisfaire le citoyen
- Acquérir des outils d'évaluation

Les axes de développement de la qualité

➔ **Les ressources matérielles :**

- La structure
- Les équipements
- Médicaments et accessoires

➔ **Les ressources humaines :**

- Identification de l'équipe médicale autonome
- La sélection de l'équipe para médicale
- Le renforcement qualitatif de l'équipe (TA)

➔ **La formation continue :**

- programme de formation continue pour toute l'équipe
- Le staff hebdomadaire
- Le DESS de médecine d'urgence
- Les activités scientifiques(travaux)

➔ **La satisfaction du citoyen :**

- Amélioration des conditions d'accueil
- Facilitation de l'accès
- L'humanisation de l'accueil(cadre+qualité)
- Meilleure orientation
- La sensibilisations du citoyen

LES ASPECTS DE DEVELOPPEMENT DE LA QUALITE DANS LE SERVICE

Aspects organisationnels

1/ Organisation de l'équipe médicale :

- Rupture avec l'esprit du << Médecin visiteur >> :

Organisation du travail en trois postes avec un roulement obligatoire.

- Responsabilisation des médecins :

- Implication dans l'organisation et le fonctionnement du service.
- La création de certaines unités de développement de la qualité de services (soins primaire , transferts , gestion des médicaments et accessoires)

- Disponibilité des médecins en cas de besoin (médecin de recours) .

2 / Organisation de l'équipe para médicale:

- Organisation en quatre équipes avec un roulement obligatoire sur trois séances de travail (équipes de nuit++)

- Organisations à la tâche (poste) :

- Roulement obligatoire
- Eviter la dilution de la responsabilité
- Permet un affrontement de l'agent aux différents aspects de l'activité du service

- Implication dans les aspects d'organisation et de gestion
- Responsabilisation : unité de développement de soins primaires , unité de développement des transferts ...

- Equipe de 6 techniciens Anesthésistes :

- Formés
- Rôle important dans la prise en charge des urgences graves
- Rôle important dans l'amélioration des conditions de transfert des malades
- Rôle important dans l'encadrement du personnel
- Utilisation et entretien des équipements.

3/Réglementation des documents médicaux

- Entretien du dossier médical par le médecin
- Dossier médical pour toutes les admissions
 - Certificats médicaux nominatifs
 - Archivage des documents
 - Informatisation du recueil des données

Développement des ressources matérielles

1/ -Infrastructure :

- Un nouveau bâtiment techniquement bien conçu
- Facilement accessible(façade de l'hôpital)
- A proximité du plateau technique
- Identification d'un grand espace d'accueil (bien équipé , décoré...)
- Quatre grands compartiments : accueil , chirurgie , médecine , administratif
- Séparation entre soins septiques et soins aseptiques
- Salle de déchoquage : de deux lits avec équipements nécessaires
- Climatisation : chaud – froid dans tout le service
- Choix des couleurs++ .

2/-Equipements :

- Equipements sont neufs
- Le choix de la qualité du meuble
- Equipements par les fluides médicaux : (11 prises murales d'O2 , vide et air comprimé)

- Equipements de deux lits de déchoquage (cardioscope , défibrillateur , dynamap , Seringue électrique , respirateur artificiel ECG trois piste + matériels nécessaires pour la R C P ...)

LES ASPECTS SCIENTIFIQUES :

1/ La formation continue :

***Les staffs (hebdomadaires)**

les mercredis des urgences:

- R D V sacré pour toute l'équipe
- Présence obligatoire
- Envergure régionale (400 participants en 2001)
- Discussion des évènements critiques (décès, transferts , problèmes organisationnels et conflits)
- Programme de formation continue par module impliquant tous les spécialistes de la région
- Programme de formation continue pour les para-médicaux :
 - assuré par les médecins du service
 - suivi par un comité : un médecin deux infirmiers et deux techniciens anesthésistes
 - implique le personnel du service de réanimation.
 - DESS de médecine d'urgence : 4 médecins (1/an)

2/ Standardisation des conduite à tenir :

- ➡ se fait à travers la formation continue
- ➡ fiches techniques (classeur)
- ➡ actualisation et renforcement de l'arsenal thérapeutique
- ➡ objectif :diffusion des protocoles en amont

3/ La maîtrise du recueil et du traitement des informations :

- Un registre pour chaque spécialité(dossier ?)
- Fiche médicale pour le malade référé
- Informatisation des activités du service
- Travaux et communications : moyenne de 8 par an

- Evaluation continue de la qualité des prestations et des activités (questionnaire...)

- Information régulière de toute l'équipe (affichage) .

AMELIORATION DE LA GESTION DES RESSOURCES :

1/ Ressources humaines :

- L'organisation des équipes, médicales et para médicales
- Responsabilisation
- Répartition des tâches

2/Ressources matérielles :

- Contrôle continu de l'état des locaux(intervention immédiate)
- Inventaire et passation des équipements (responsabilisation des équipes)
- Gestion des médicaments et accessoires :
 - * Un agent par équipe
 - * Tout se livre sur prescription médicale
- Gain considérable : 15 % sur le coût moyen d'une prescription en 1997(disponibilité++)

Impact sur la satisfaction du citoyen

- Structure plus attractive :
 - 34000 consultants en 96 /44 000 consultants en 2001
- Délai moyen d'attente (sauf urgences graves)
- Recueillir périodiquement l'avis des utilisateurs :questionnaire (malade et accompagnant) concernant les prestation.
- 58,5 % très satisfaits
- 37 % satisfaits
- 4,5 % non satisfaits

- autres paramètres : conflits et plaintes

avant 1996 : * intervention des forces de l'ordre 3 fois par semaines

* plainte P → C : 7

C → P : multiples

2000 : une fois / mois

* plainte P → C 0

C → P 0