

SAMU MAGAZINE

PUBLICATION OFFICIELLE DES ASSISTANTS DE RÉGULATION MÉDICALE DES SAMU



QUI SAUVE UNE VIE SAUVE UN MONDE

EDITION GRAND EST



Taxe d'Apprentissage 2026

Soutenez l'avenir de l'industrie et de la santé

En versant votre taxe à Arts et Métiers – ENSAM Metz,
vous investissez dans les talents et l'innovation de demain.



ENSAM Metz : un campus d'ingénierie au service de l'industrie et de la santé de demain



Au cœur de la région Grand Est, le campus Arts et Métiers de Metz s'impose comme un acteur stratégique du développement industriel et territorial. Porté par une ambition claire – accompagner les mutations de l'industrie vers des modèles plus innovants, durables et humains – il conjugue excellence en formation, recherche de pointe et partenariats industriels au bénéfice de l'ensemble des filières.



Former les ingénieurs de l'industrie du futur

À Metz, les ingénieurs Arts et Métiers sont formés pour répondre aux grands défis contemporains : transformation numérique, transition écologique, industrialisation agile et systèmes complexes. Cette approche globale, intégrant modélisation avancée, fabrication intelligente et ingénierie des matériaux, permet de former des professionnels capables d'intervenir dans des secteurs à forte exigence technologique... dont le domaine médical.



Une recherche au service de l'innovation industrielle et médicale

Co-tutelle du laboratoire LEM3 avec l'université de Lorraine et le CNRS (Laboratoire d'Étude des Microstructures et de Mécanique des Matériaux), reconnu internationalement, les équipes du campus développent des travaux au croisement de la mécanique, de la structuration intelligente de matériaux et de systèmes complexes. Ces recherches trouvent des applications directes dans les dispositifs médicaux, la biomécanique, la compréhension des phénomènes physiques du vivant ou encore l'optimisation de procédés pour la santé.

L'ENSAM Metz contribue ainsi activement à l'émergence de solutions innovantes pour améliorer les équipements, les diagnostics et les pratiques médicales, en lien étroit avec les besoins des acteurs du territoire.



Innovation et entrepreneuriat : des solutions concrètes pour la santé

Cette dynamique se traduit également par l'accompagnement de projets entrepreneuriaux à fort impact. La startup PINT (<https://pint.fr/>), issue de cet écosystème, illustre parfaitement la capacité du campus à faire émerger des solutions innovantes à l'interface entre industrie et médical.

En mobilisant les compétences en science des données, simulation et ingénierie, ces initiatives participent à l'évolution des outils au service des professionnels de santé et des patients.



Un ancrage territorial fort au service des filières

En partenariat avec les acteurs industriels, les collectivités et les établissements de santé, le campus de Metz joue un rôle moteur dans le développement économique régional. Il contribue à structurer des filières stratégiques, à renforcer la compétitivité des entreprises et à accompagner la transformation des organisations vers l'industrie du futur.

Cet engagement s'inscrit dans une vision globale : faire converger innovation technologique, performance industrielle et impact sociétal, notamment dans le domaine de la santé.



Campus Arts et Métiers – Metz
4 rue Augustin Fresnel
57078 METZ Cedex 03



03 87 76 47 47



contact.metz@ensam.eu

**Ingénierie
pour une industrie
innovante, durable
et humaine.**

Arts et Métiers Metz, un partenaire d'avenir

À la croisée des enjeux industriels et médicaux, le campus Arts et Métiers de Metz incarne une ingénierie tournée vers l'action, l'innovation et le progrès. En formant, en recherchant et en innovant au plus près des besoins du territoire, il contribue pleinement à bâtir une industrie plus résiliente, plus responsable...
et au service de la vie.



<https://artsetmetiers.fr/fr/campus/metz>



afarm.fr

**Publication Officielle de l'Association Française des
Assistants de Régulation Médicale des SAMU**

EDITION GRAND EST

SOMMAIRE

1

AU CŒUR DE L'URGENCE MÉDICALE

PREFACE

STRUCTURER, CONSOLIDER,
PROJETER LA PROFESSION VERS DEMAIN

6

ENJEUX NATIONAUX 2026

EDITO

ARM 2026 :
SÉCURISER L'AVENIR DE LA RÉGULATION

8

MISSION DE SERVICE PUBLIC

LE SAMU

ORGANISATEUR DE LA RÉPONSE
AUX SOINS URGENTS

10

STRUCTURATION NATIONALE

ANALYSE

CERTIFICATION, QUALIFICATION ET
EXPERTISE AU SERVICE DE LA SPÉCIALITÉ

14

TRANSFORMATION DE L'URGENCE

ORGANISER L'URGENCE

COMMENT LES ARM STRUCTURENT L'ACCÈS
AUX SOINS URGENTS ET NON PROGRAMMÉS

18

CONGRES NATIONAL

LES JOURNEES DE L'AFARM

PARTAGER, INNOVER ET FAIRE PROGRESSER
LA RÉGULATION MÉDICALE

20

AVENIR DE L'URGENCE

PREPARER DEMAIN

LA FORMATION DEVIENT UN LEVIER
STRATÉGIQUE

24

SYSTEME DE SANTE

L'URGENCE FACE A SES DEFIS

POURQUOI LA CONSOLIDATION DE LA
RÉGULATION MÉDICALE ET DE L'HÔPITAL
PUBLIC RESTE DÉTERMINANTE

26

CRISES SANITAIRES

PREPARER COORDONNER SECURISER

LA CAPACITÉ DE RÉPONSE DES SAMU FACE AUX
SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

30

HISTOIRE ET PERSPECTIVES

UNE MEDECINE DE L'INSTANT & DE LA DECISION

DÉFIS CONTEMPORAINS D'UNE SPÉCIALITÉ DEVENUE CEN-
TRALE DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ

34

RÉGULATION MÉDICALE

INTERVENIR PLUS VITE, PLUS LOIN

DANS LES SITUATIONS CRITIQUES, L'HÉLICOPTÈRE SANITAIRE
RÉDUIT LES PERTES DE CHANCE ET AMÉLIORE L'ACCÈS
AUX STRUCTURES SPÉCIALISÉES

38

INNOVATION

L'AMBULANCE CONNECTEE

TÉLÉMÉDECINE, MONITORAGE AVANCÉ ET
INTELLIGENCE ARTIFICIELLE TRANSFORMENT
LA MÉDECINE PRÉHOSPITALIÈRE

42

HOPITAL PUBLIC

LA FORCE DES TERRITOIRES

ADAPTATION RÉSILIENCE ET ENGAGEMENT DES PROFES-
SIONNELS AU SERVICE DE L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE
SANTÉ

46

FORMATION

FORMER POUR SECURISER L'URGENCE

RENFORCER LA QUALITÉ DE LA RÉGULATION MÉDICALE ET
LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

50

REGULATION MEDICALE

UNE ECHELLE POUR PRIORISER L'URGENCE

HARMONISER LES PRATIQUES ENTRE ARM ET MÉDECINS RÉGULATEURS

52

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES URGENTISTES

LA CUMP DU SAMU 73

SOUTENIR LES ÉQUIPES AU QUOTIDIEN

54

ENGAGEMENT BENEVOLE

LA PROTECTION CIVILE AUX CÔTÉS DU SAMU

DES ÉQUIPES MOBILISÉES POUR RENFORCER LA RÉPONSE AUX URGENCES SUR LE TERRAIN

56

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE D'URGENCE

ENSEMBLE FACE AU TRAUMATISME

SOUTENIR LES VICTIMES DES LES PREMIÈRES HEURES

60

GESTION DES CRISES SANITAIRES

LE CENTRE DE CRISES SANITAIRES

AU CŒUR DU PILOTAGE NATIONAL DES ALERTES ET DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

64

MEDECINE D'URGENCE EN TERRITOIRE ISOLÉ

LES MÉDECINS DU TERRAIN

EN ZONE ALPINE UN MODÈLE FONDÉ SUR LA PROXIMITÉ ET LA COOPÉRATION POUR RÉDUIRE LES DÉLAIS DE MÉDICALISATION

66

REGARDS INTERNATIONAUX

LE MODÈLE DANOIS

ORGANISATION, RÉGULATION ET EFFICACITÉ DU SYSTÈME D'URGENCE AU DANEMARK

74

MEDECINE DE CATASTROPHE

ANTICIPER LES CRISES

FORMER ET FÉDÉRER FACE AUX CRISES SANITAIRES

76

ANTICIPATION STRATÉGIQUE

L'HYPOTHÈSE D'ENGAGEMENT MAJEUR

PRISE EN CHARGE DE BLESSÉS ISSUS DE CONFLITS DE HAUTE INTENSITÉ

78

ANTICIPER L'URGENCE

LES ARM EN PREMIÈRE LIGNE

AU CŒUR DE L'URGENCE LES ARM ANALYSENT ET DÉCLENCHENT LA RÉPONSE

80

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE

EMBOLIE PULMONAIRE GRAVE

ORIENTATION VERS LES CENTRES EP ET STRATÉGIES DE REPERFUSION

82

ARRÊT CARDIAQUE RÉFRACTAIRE

ECPR

QUAND LA RÉANIMATION DEVIENT UNE STRATÉGIE ORGANISATIONNELLE.

84

PRATIQUE AVANCÉE

LES IADE RECONNUS

LES IADE ACCÈDENT ENFIN AU CHAMP DE LA PRATIQUE AVANCÉE

86

URGENCES PREHOSPITALIÈRES

IADE EN PREMIÈRE LIGNE

AVENIR DE LA PRATIQUE AVANCÉE EN URGENCE PRÉHOSPITALIÈRE

90

CHAÎNE DE SURVIE

CHAQUE SECONDE COMPTE

L'EFFICACITÉ DE LA CHAÎNE DE SURVIE.

PREFACE

STRUCTURER, CONSOLIDER, PROJETER LA PROFESSION VERS DEMAIN



YANN ROUET

Co-Président de l'Association
Française des Assistants de
Régulation Médicale des SAMU



ALEXANDRE MALUCA

Co-Président de l'Association
Française des Assistants de
Régulation Médicale des SAMU



afarm.fr

L'Assistant de Régulation Médicale (ARM) occupe aujourd'hui une place centrale et stratégique dans l'organisation des soins urgents en France, au cœur des SAMU.

L'ARM est le premier professionnel de santé à entrer en contact avec le patient ou son entourage lors d'un appel au 15. À ce titre, il assure une mission d'accueil, d'identification et de hiérarchisation des demandes de soins. Son intervention s'inscrit dans un processus de régulation médicale structuré, reposant sur une analyse rapide, méthodique et sécurisée des informations recueillies. En quelques secondes, l'ARM doit évaluer le degré d'urgence, qualifier le motif d'appel, apprécier le contexte clinique et environnemental, puis orienter la situation vers la réponse la plus adaptée : conseil médical, consultation différée, envoi d'un médecin, déclenchement d'un SMUR, autres moyens de secours. Cette phase initiale est déterminante, elle conditionne la pertinence de la prise en charge ultérieure.

En situation d'urgence vitale arrêt cardio-respiratoire, détresse respiratoire, accident vasculaire cérébral, traumatisme grave, la qualité du recueil d'informations et la transmission immédiate au médecin régulateur peuvent influencer directement le pronostic fonctionnel et vital du patient. L'ARM participe ainsi activement à la chaîne de survie, en coordonnant les premières étapes de la réponse sanitaire.

Au-delà de l'urgence absolue, l'ARM joue également un rôle majeur dans l'organisation de l'accès aux soins non programmés. Dans un contexte marqué par la tension des services d'urgences hospitaliers, la démographie médicale fragile et l'augmentation constante des sollicitations, la régulation médicale constitue un outil essentiel d'orientation et de rationalisation des flux de patients. Les ARM contribuent à éviter les passages inappropriés aux urgences en dirigeant les appelants vers des solutions adaptées : permanence des soins ambulatoires, maisons médicales de garde, téléconsultations ou conseils médicaux sécurisés.

L'actualité récente des SAMU met en lumière l'importance croissante de cette profession. La mise en place et la généralisation du Service d'Accès aux Soins (SAS), la montée en charge des plateformes de régulation, ainsi que les enseignements tirés de la crise sanitaire liée à la COVID-19 ont profondément renforcé le rôle des ARM. Ces professionnels ont été en première ligne face à l'afflux massif d'appels, démontrant leur capacité d'adaptation, leur résilience et leur expertise organisationnelle. De ce fait cela souligne la nécessité de renforcer l'attractivité de la profession, d'accompagner sa structuration par une formation diplômante spécifique et de consolider son positionnement au sein des équipes pluridisciplinaires de régulation.

Les ARM constituent le pivot de la chaîne de soins préhospitalière. Leur mission repose sur des compétences techniques, relationnelles et organisationnelles de haut niveau : écoute active, gestion du stress, communication adaptée, capacité d'analyse rapide



et maîtrise des protocoles. Chaque appel représente une situation singulière, souvent empreinte d'anxiété ou de détresse, nécessitant une réponse à la fois rigoureuse, empathique et efficiente.

En orientant avec discernement les patients dans leur parcours de soins, en optimisant les délais de prise en charge et en mobilisant les ressources adaptées, les ARM contribuent quotidiennement à la qualité, à la sécurité et à l'équité de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Leur action participe directement à la sauvegarde de vies humaines et au bon fonctionnement du système de santé.

Félicitations à l'ensemble des équipes mobilisées, aux partenaires institutionnels et opérationnels qui collaborent à cette mission de service public.

Remercîment à notre partenaire officiel IDA Editions, ainsi qu'aux annonceurs engagés dans la valorisation et la pérennité de SAMU Magazine.

EDITO

ARM 2026 : SÉCURISER L'AVENIR DE LA RÉGULATION



DR YANN PENVERNE
Président de SAMU
Urgence de France



samu-urgences-de-france.fr

Ce début d'année aura une nouvelle fois démontré le rôle central des SAMU-SAS dans l'accès aux soins urgents et non programmés et dans la capacité à intégrer les patients dans des filières de soins malgré une augmentation moyenne d'activité de 24% à l'échelle nationale.

Après la crise COVID, la pression sur nos centres de réception et de régulation des appels n'a cessé de croître, révélant une fois encore l'indispensable maillon que représentent les ARM. La mission de ces professionnels de santé (accueillir, évaluer, prioriser et orienter les demandes de soins, engager les gestes de survie, les moyens opérationnels adaptés) est la première étape d'une chaîne de survie et de soins d'urgence où chaque seconde compte.

Pourtant, les ARM exercent encore trop souvent dans des conditions qui les fragilisent : charge mentale accrue, pression des appels et responsabilité dans un système en tension permanente. Sur le terrain, ces constats sont partagés par les médecins urgentistes et soignants. La qualité de leur travail conditionne directement l'efficacité de la décision et de l'intervention au décours.

La qualité de la régulation est un enjeu majeur. Une orientation précise et rapide par les ARM permet de gagner un temps précieux, d'optimiser les ressources et d'améliorer la prise en charge des patients.

L'instruction DGOS/RH1/2025/179 du 29 décembre 2025 a permis de préciser le cadre pour les ARM non certifiés, face à l'exigence de certification à la date du 1 janvier 2026. Le texte est arrivé tardivement et a impacté certaines organisations professionnelles mais a permis de garantir la poursuite des missions des ARM non certifiés sur des activités complémentaires hors primodécroché, évitant une rupture brutale de l'activité. Une avancée, mais qui ne doit pas masquer l'enjeu de la certification : celle-ci reste un gage de compétences pour une profession en pleine structuration. Il conviendra pour cette année de sécuriser le maintien en condition opérationnelle des salles de régulation et d'assurer le capacitaire en ARM.

Intégrer la régulation aux réflexions nationales : la régulation médicale est un maillon central de l'organisation des soins urgents. Nous portons cette vision auprès des pouvoirs publics pour qu'elle soit pleinement intégrée tant les évolutions récentes sont impactantes notamment au travers de la régulation à l'accès aux structures d'urgence, régulation à l'accès aux maisons médicales de garde ou de la généralisation des SAS. Adapter les ressources humaines aux besoins des SAMU-SAS : SAMU-Urgences de France mettra prochainement à disposition un outil inédit permettant de calculer les besoins en ARM en fonction de la volumétrie d'appels, des spécificités locales et des indicateurs qualité. Parce que défendre les ARM, c'est aussi leur donner les moyens concrets d'agir efficacement.

Ce début d'année est également marqué par une mobilisation de la Santé dans ses différentes composantes pour protéger l'urgence médicale : SUDF est pleinement mobilisé aux côtés des autres entités de la médecine d'urgence et des ambulanciers privés sur le projet de loi de décentralisation afin de garantir une réponse sanitaire de qualité et pour que la régulation médicale ne devienne pas une variable d'ajustement des politiques territoriales. Les ARM, comme l'ensemble des professionnels de l'urgence, doivent parfaitement mesurer les enjeux.

Aujourd'hui, le constat est clair et appelle à des mesures structurelles fortes (adaptation des effectifs, reconnaissance statutaire, sécurisation des conditions de travail), afin de garantir le service rendu à la population. L'épuisement des ARM n'est pas une fatalité, sans décision poli-

tique forte, le risque continuera de peser sur le bon fonctionnement des SAMU-SAS alors qu'il s'agit d'une priorité nationale.

Les professionnels de Santé seront force de propositions, le Ministère de la Santé a été saisi en ce sens et SAMU-Urgences de France restera aux côtés des ARM pour vous accompagner et faire de la régulation médicale un levier d'amélioration continue de notre système de santé.

Merci pour votre engagement quotidien, si précieux pour nos patients et pour la défense de cette mission essentielle.





651, rue Guy Pernin
Pôle Industriel Toul Europe
Secteur A
54 200 TOUL
Tel. 03 83 64 57 57
Site : jeunes.terresdelorraine.org





ON N'A PAS BESOIN DE PÉTROLE POUR AVANCER.

Rouler à l'électrique,
c'est 5 fois moins d'émissions de CO₂*
qu'avec un moteur thermique.



L'ÉLECTRICITÉ, ÇA NE FAIT QUE COMMENCER

* Étude Transport & Environnement, 2022, page 1. Moyenne sur l'ensemble du cycle de vie du véhicule. Plus d'informations sur [edf.fr/mobilite-electrique](https://www.edf.fr/mobilite-electrique)
L'énergie est notre avenir, économisons-la!

LE SAMU

ORGANISATEUR DE LA RÉPONSE AUX SOINS URGENTS



PR SANDRINE CHARPENTIER
Présidente de la Société française
de Médecine d'Urgence.



sfmu.org

Dans un système de Santé de plus en plus sous tension, le SAMU est le pivot dans l'organisation des soins urgents. Il a une mission de service publique et comme l'article L.6112-5 du Code de santé publique le rappelle, l'Aide Médicale Urgente (AMU) a pour objet d'assurer, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, la prise en charge des malades, blessés et parturientes nécessitant des soins urgents, en tout lieu où ils se trouvent.

Ces missions sont :

- la réception permanente des appels de demandes d'AMU;
- la régulation médicale de ces appels ;
- la détermination, le déclenchement et la coordination des moyens nécessaires ;
- l'orientation des patients vers les structures adaptées à leur état de santé.

Le SAMU exerce une véritable autorité médicale dans la gestion des soins urgents. Ces éléments sont fondamentaux car ils permettent ainsi d'organiser et de sécuriser le parcours des patients et la sécurité des prises en charge des patients nécessitant des soins urgents. Le SAMU est le garant du juste au soin au bon endroit et a un rôle fondamental dans la régulation de l'offre de soins urgents dans son territoire. S'il n'évite pas les tensions dans les structures d'urgence, il permet de les limiter par une gestion rigoureuse et raisonnée des orientations et en proposant des alternatives à l'admission aux urgences. La régulation préalable à l'admission aux urgences est un outil indispensable dans certains territoires pour éviter l'effondrement de structure d'urgence et dont la pratique est maintenant autorisée et encadrée par des textes réglementaires. Le SAMU a une vision globale et une coordination de l'ensemble des acteurs qui concourent à la prise en charge des soins urgents.

Il s'articule avec la médecine générale dans le cadre du Service d'Accès aux Soins mais aussi les psychiatres, les gériatres, les pédiatres, avec les Services départementaux d'Incendie et de Secours, avec les transporteurs sanitaires et les associations agréées de sécurité civile.

Médecin urgentistes, assistants de régulation médicale, infirmiers ou infirmier de pratique avancée sont formés pour répondre aux missions spécifiques du SAMU. Ils ont développé une expertise qui en font des spécialistes dans la régulation médicale de l'AMU.

La Société Française de Médecine d'Urgence et SAMU-Urgences de France publient cette année un guide d'organisation des SAMU-SMUR qui rappelle les missions des SAMU-SMUR et l'organisation mise en place pour apporter les meilleurs soins urgents aux patients.



ANALYSE

CERTIFICATION, QUALIFICATION ET EXPERTISE AU SERVICE DE LA SPÉCIALITÉ



PR DOMINIQUE PATERON

Président du Collège Français de
Médecine d'Urgence



DR CATHERINE PRADEAU

Secrétaire générale du Collège
Français de Médecine d'Urgence



cfmu.fr

Qu'est-ce que le conseil national professionnel de médecine d'urgence ?

Les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) des spécialités médicales sont des structures fédératives régies par une double gouvernance scientifique et professionnelle, qui réunissent les professionnels issus des différents organismes représentatifs de chaque spécialité (sociétés savantes, collèges, syndicats, structures universitaires). Ils sont définis nationalement pour toutes les spécialités médicales.

Les CNP ont été instaurés officiellement en 2011, dans le cadre de la réforme du système de santé et sont actuellement régis par le code santé publique, Titre II, Articles R4021-1 à D4022-5. Il existe aujourd'hui 41 spécialités médicales ayant chacune un CNP.

Les CNP ont un rôle important dans le développement et le maintien de l'excellence dans leur spécialité médicale respective, particulièrement en permettant les échanges et en favorisant la convergence entre les différentes composantes de la spécialité. Les CNP jouent le rôle d'intermédiaire entre la spécialité et les autorités publiques ainsi que d'autres institutions impliquées dans le domaine de la santé (HAS, CNOM, Agences de l'état...). Ils représentent les intérêts de la spécialité et contribuent à l'élaboration des politiques de santé nationales. Le CNP s'engage à maintenir son indépendance scientifique, à assurer la transparence financière vis-à-vis des industries des produits de santé et des assurances, et à mettre en place une politique claire de

gestion des conflits d'intérêts. Leur mode de financement public est un élément important de leur indépendance.

A ce titre le Conseil National Professionnel (CNP) de Médecine d'Urgence (MU) réunit les compétences pour la promotion de la qualité de l'exercice professionnel en MU. Il défend la reconnaissance de la MU comme spécialité. Il est membre de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM), où il représente la MU.

Qui siège au CNP de Médecine d'Urgence ?

Ses membres sont des représentants des différents organismes représentatifs de la médecine d'urgence, ils sont issus de :

- La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU),
- La Société Française de Médecine de Catastrophe (SFMCC),
- Le Collège National des Universitaires de Médecine d'Urgence (CNUMU),
- La Fédération des Collèges Régionaux de Médecine d'Urgence (FEDECMU),
- SAMU-Urgences de France (SUDF),
- L'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF)
- Le Syndicat National des Urgentistes de l'Hospitalisation Privée (SNUHP).

Quelles sont les missions du CNP de MU ?

Les missions du CNP MU sont :

- L'accompagnement des parcours de Développement Professionnel Continu (DPC) et la certification périodique des médecins de la spécialité.
- La définition des règles de la certification en médecine d'urgence
- L'élaboration de référentiels professionnels.



- La veille technologique et le suivi des pratiques. Dans ce contexte, les CNP peuvent mettre en place des registres de pratiques pluridisciplinaires et mener une réflexion sur des sujets transversaux.
- La désignation d'experts à la demande des administrations et agences de l'état comme :
 - La Haute Autorité de Santé (HAS),
 - La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS),
 - Jury d'appel à projet: Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC), Programme Hospitalier de Recherche Infirmier (PHRI), ...

Comment va se dérouler la certification d'un médecin urgentiste ?

Dans le cadre de la certification périodique des médecins urgentistes, le CNP de Médecine d'Urgence définit un portefeuille d'actions adaptées aux besoins de la spécialité et qui sert de base pour la recertification des médecins urgentistes. Dans ce cadre, le CNP définit les orientations prioritaires du DPC de la spécialité et le parcours de recertification. La certification périodique (tous les 6 ans) mise en place au 01/01/2023 concerne, à échéance 2029 les médecins DES MU et à échéance 2031 les médecins titulaires d'une CAMU, d'une CMU ou d'un DESC.

- La recertification repose sur 4 types d'actions principales :

- Des actions autour de la formation continue (dont le DPC fait partie)
- Des participations à des actions d'évaluation de la qualité des soins (RETEX, RMM, CREX, critères HAS) ;
- Des actions d'amélioration de la relation soignant/patient (Prévention des conflits avec les patients, alimentation du Dossier Médical Partagé du patients...)
- Des actions en lien avec la prise en compte de la santé personnelle du praticien (suivi Médecine du Travail, vaccinations, avoir un Médecin Traitant...).
- A l'issue de leur parcours de recertification, celle-ci sera validée pour chaque praticien par le conseil de l'Ordre des Médecins. L'absence de validation peut entraîner des conséquences disciplinaires et des contraintes assurantielles potentielles.

Quel praticien relève de la certification d'un médecin urgentiste ?

- Les DES MU sont inscrits à l'Ordre en MU et relèvent automatiquement du CNP MU pour leur recertification. Les médecins ayant un diplôme antérieur (CAMU, CMU, DESC) doivent demander une qualification en médecine d'urgence ordinale à leur CDOM. A défaut de cette qualification, ils devront être recertifiés dans leur spécialité d'origine. Il s'agit de celle dans laquelle ils sont inscrits à l'Ordre, le plus souvent la Médecine Générale (MG).
- Lorsque les médecins exercent effectivement les deux

spécialités, ils devraient pouvoir bénéficier d'une double certification, position que défend et demande notre CNP. Ce sujet est actuellement en cours de réflexion, avec les autres CNP.

Que faire pour être qualifié comme médecin spécialiste en médecine d'urgence ?

Dans le cadre de son dialogue avec le CNOM pour la qualification, le CNP MU propose les critères devant permettre à un praticien d'être reconnu comme Médecin Urgentiste :

- Avoir eu une formation initiale universitaire : CAMU, CMU, DESC de MU ou DES de MU
- Exercer dans une structure de MU hospitalière, publique ou privée, labélisée par l'ARS, la majorité de son temps de travail avec un minimum de 50% d'un équivalent plein temps ou avoir été médecin dans une structure de MU, labélisée par l'ARS, au minimum à mi-temps, pendant au moins cinq ans et être détaché ou en disponibilité, en totalité ou en partie, sur une activité ayant trait à la MU.
- Suivre un parcours de formation continue équivalent aux exigences de la recertification.

De même dans le cadre de son dialogue avec le CNOM pour la qualification, le CNP MU propose et défend les critères devant permettre à un praticien étranger d'être reconnu comme Médecin Urgentiste sur des critères de qualification qui dépendent de la procédure dont ils relèvent.

Pourquoi sur le logo il apparaît CFMU en plus de CNP MU ?

Le Conseil National Professionnel de Médecine d'Urgence a été reconnu par arrêté en 2019 est issu du Collège Français de Médecine d'Urgence (CFMU) créé dès 2006 et dont l'appellation est encore parfois utilisée. En fait il s'agit du même collège. Pour éviter toute confusion l'appellation de CNP de MU sera désormais privilégiée et son logo va être refait.

Quelles ont été les actions du CNP MU au cours de l'année 2025 ?

Un gros travail a été fait pour la définition des éléments du parcours de recertification et la détermination des actions prioritaires du DPC. Ce travail a été effectué au sein d'un groupe spécifique du CNP et aussi en lien avec la Fédération des Spécialités Médicales (FSM) qui coordonne l'ensemble des spécialités médicales. Nous avons échangé avec nos collègues sur d'éventuelles actions communes notamment autour de la santé des praticiens.

Avec le conseil de l'ordre nous travaillons également sur les critères de qualification en médecine d'urgence des médecins formés à l'étranger en Europe ou hors union européenne.

La fin de l'année 2025 a été marquée par la publication 2 décrets portant sur la certification. (Décret no 2025-1336





du 26 décembre 2025 relatif aux conditions de la saisine pour avis de la Haute Autorité de santé sur les projets de référentiels de certification périodique élaborés pour chacune des professions à ordre, par les conseils nationaux sur la certification et Décret n° 2025-1335 du 26 décembre 2025 relatif aux modalités de contrôle et au système d'information de la certification périodique de certains professionnels de santé NOR : SFHH2514575D).

Nous avons été sollicités pour de nombreux avis notamment :

- auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins :
 - Sur une proposition de loi visant à la modernisation de la kinésithérapie,
 - Sur la tarification de l'unité d'hospitalisation de courte durée dans les établissements de soins
 - Sur l'intérêt d'administrer du paracétamol en intraveineux hors établissement de soins
- par l'HAS
 - Pour identifier des experts urgentistes sur la technique d'amplification des acides nucléiques
- avec d'autres CNP :
 - Avec le Conseil National Professionnel de cardiologie nous avons participé à rédaction de la prévention cardiovasculaire chez les femmes, ce document sera adressé à tous les médecins afin de les sensibiliser à ces prises en charge parfois difficiles.

-Avec le Conseil National Professionnel d'allergologie, nous avons identifié un expert urgentiste pour participer à la rédaction d'un document sur la bonne pratique mettre en œuvre chez un patient suspecté d'allergie aux antibiotiques.

Nous sommes présents chaque année aux journées de la Fédération Des Spécialités Médicales où tous les CNP sont représentées ce qui nous permet d'échanger sur nos modalités de certification notamment.

Nous participons également à de nombreuses manifestations scientifiques notamment au congrès Urgence (SFMU et SUDF) (nous étions au congrès urgence 2025) et à d'autres manifestations régionales comme celle du collège de la région Provence Alpes cote d'azur (COPACAMU).

Opéra-théâtre
EURO-MÉTROPOLE DE METZ

Saison
26/27
Hors les murs

**EURO-MÉTROPOLE
METZ**

BILLETTERIE DE L'OPÉRA-THÉÂTRE À L'OFFICE DE TOURISME
2, place d'Armes - METZ / Réservations 03 57 88 36 66 / opera.eurometropolemetz.eu
Facebook: OperaTheatreEuroMetropoleMetz Instagram: OperaMetz

unesco
Membre du
Réseau du Patrimoine

Création graphique : Chloé Hommel-Redeler / Direction de la communication Ville de Metz et Euro-Métropole de Metz 2026 / Photos : Luc Bertau, Philippe Givrelbrecht. Licence d'entrepreneur de spectacles de 2^e et 3^e catégories / 2-013173, 3-013222.

Conforama

IVECO EST



EN ROUTE POUR LE CHANGEMENT

IVECO
BUS

IVECO

IVECO EST - 355 Rue du Pré Le Loup 57280 Hauconcourt
03 87 80 24 22 - contact@ivecoest.com



Mairie d'Augny



M. le Maire François HENRION

3 Rue de la Libération – 57685 AUGNY

Tél : 03 87 38 32 94

Mail : direction@augny.fr

www.augny.fr

FB : Mairie-d-AUGNY

Panneau Pocket et instagram



Mairie d'ENNERY



6, place Robert Schuman
57365 ENNERY

03 87 73 91 48

Site : ville-ennery.fr

Contact : accueil@ennerymoselle.fr

www.facebook.com/MairieEnnery57

orangeTM

ORGANISER L'URGENCE SECURISER LE PARCOURS

COMMENT LES ARM STRUCTURENT L'ACCÈS AUX SOINS URGENTS ET NON PROGRAMMÉS

Les Assistants de Régulation Médicale au cœur de la transformation de l'urgence

Le SAMU connaît une mutation profonde de son organisation et de ses missions. Au centre de cette évolution se trouve une profession désormais incontournable : l'Assistant de Régulation Médicale (ARM) est aujourd'hui reconnu comme un acteur stratégique de la chaîne de soins préhospitalière, pivot opérationnel entre l'appelant, le médecin régulateur et les moyens engagés sur le terrain.

Une première ligne décisive face à l'explosion des sollicitations

Le centre 15 demeure la porte d'entrée principale de l'urgence médicale en France. Toutefois, l'augmentation continue des appels traduit une évolution des besoins : difficultés d'accès à la médecine de ville, vieillissement de la population, pathologies chroniques complexes, demandes de soins non programmés.

Dans ce contexte, l'ARM n'est plus seulement un agent d'accueil téléphonique, il est le premier maillon clinique et organisationnel du processus de régulation.

En quelques secondes, il doit :

- Identifier précisément l'appelant et localiser la situation.
- Qualifier le motif d'appel.

- Repérer les signes de gravité potentielle.
- Prioriser l'urgence.
- Transmettre au médecin régulateur des éléments structurés et pertinents.

Cette phase initiale conditionne l'ensemble de la prise en charge ultérieure. Une évaluation rigoureuse optimise l'allocation des ressources.

Le Service d'Accès aux Soins : une responsabilité élargie

La généralisation du Service d'Accès aux Soins (SAS) renforce encore le rôle des ARM.

Le centre de régulation ne traite plus uniquement l'urgence vitale, mais également une part croissante des soins non programmés.

L'ARM participe ainsi à l'orientation vers :

- Une consultation libérale disponible.
- Une maison médicale de garde.
- Un conseil médical sécurisé.
- Une équipe SMUR.
- Un vecteur hélicoptère si nécessaire.

Cette diversification des réponses impose une connaissance fine du maillage territorial, des disponibilités en temps réel et des filières spécialisées. L'ARM devient un véritable coordinateur de parcours de soins, garant de la fluidité et de la pertinence des orientations.



Expertise, technicité et gestion du risque

Le métier d'ARM s'appuie sur une formation diplômante reconnue et sur des protocoles structurés. L'usage d'outils numériques d'aide à la décision, la traçabilité informatisée et l'interopérabilité des systèmes renforcent la sécurisation des pratiques.

Toutefois, la technologie ne remplace pas l'expertise humaine. L'analyse d'un appel repose sur :

- L'écoute active.
- La capacité à détecter l'implicite.
- L'évaluation du contexte émotionnel.
- La gestion du stress et de l'agressivité éventuelle.

Chaque appel constitue une situation singulière, parfois dramatique, nécessitant discernement et sang-froid. L'ARM évolue dans un environnement où la pression temporelle est constante et où la responsabilité décisionnelle est immédiate.

Un rôle stratégique dans la gestion des tensions hospitalières

La tension persistante des services d'urgences modifie en profondeur la régulation médicale. L'orientation d'un patient dépend non seulement de son état clinique, mais également de la capacité d'accueil des établissements. L'ARM participe activement à cette régulation dynamique

en intégrant les informations relatives :

- À la disponibilité des lits.
- Aux fermetures temporaires de services.
- À la saturation des filières spécialisées.
- Aux délais d'intervention des effecteurs.

Il contribue ainsi à un équilibre territorial complexe, visant à garantir l'équité d'accès aux soins tout en évitant la surcharge des structures.

Une dimension humaine majeure

Au-delà des compétences techniques, l'ARM est souvent confronté à la détresse, à l'anxiété, voire au drame. Il doit rassurer sans, questionner, guider parfois des gestes de premiers secours à distance.

Dans les situations d'arrêt cardio-respiratoire, d'accouchement inopiné, de détresse respiratoire aiguë ou de tentative de suicide, l'ARM joue un rôle actif dans la chaîne de survie. Ses instructions téléphoniques peuvent initier les premiers gestes salvateurs avant même l'arrivée des secours.

Cette responsabilité, exercée en continu, implique une résilience psychologique et un accompagnement institutionnel adapté. La qualité de vie au travail et la prévention des risques psychosociaux constituent des priorités pour préserver l'engagement des équipes.

Reconnaissance et attractivité : des enjeux toujours présents

Si la profession a gagné en visibilité et en reconnaissance institutionnelle, le défi de l'attractivité demeure. Horaires décalés, charge émotionnelle élevée, intensité décisionnelle : exercer au SAMU exige un engagement fort.

La valorisation du métier d'ARM passe par :

- La reconnaissance statutaire.
- La formation continue.
- L'évolution professionnelle.
- La mise en lumière de son rôle stratégique.

Dans un système de santé en transformation, l'ARM n'est plus un acteur périphérique : il est le pivot organisationnel de la régulation médicale.

incarne la première réponse du système de santé face à l'urgence.

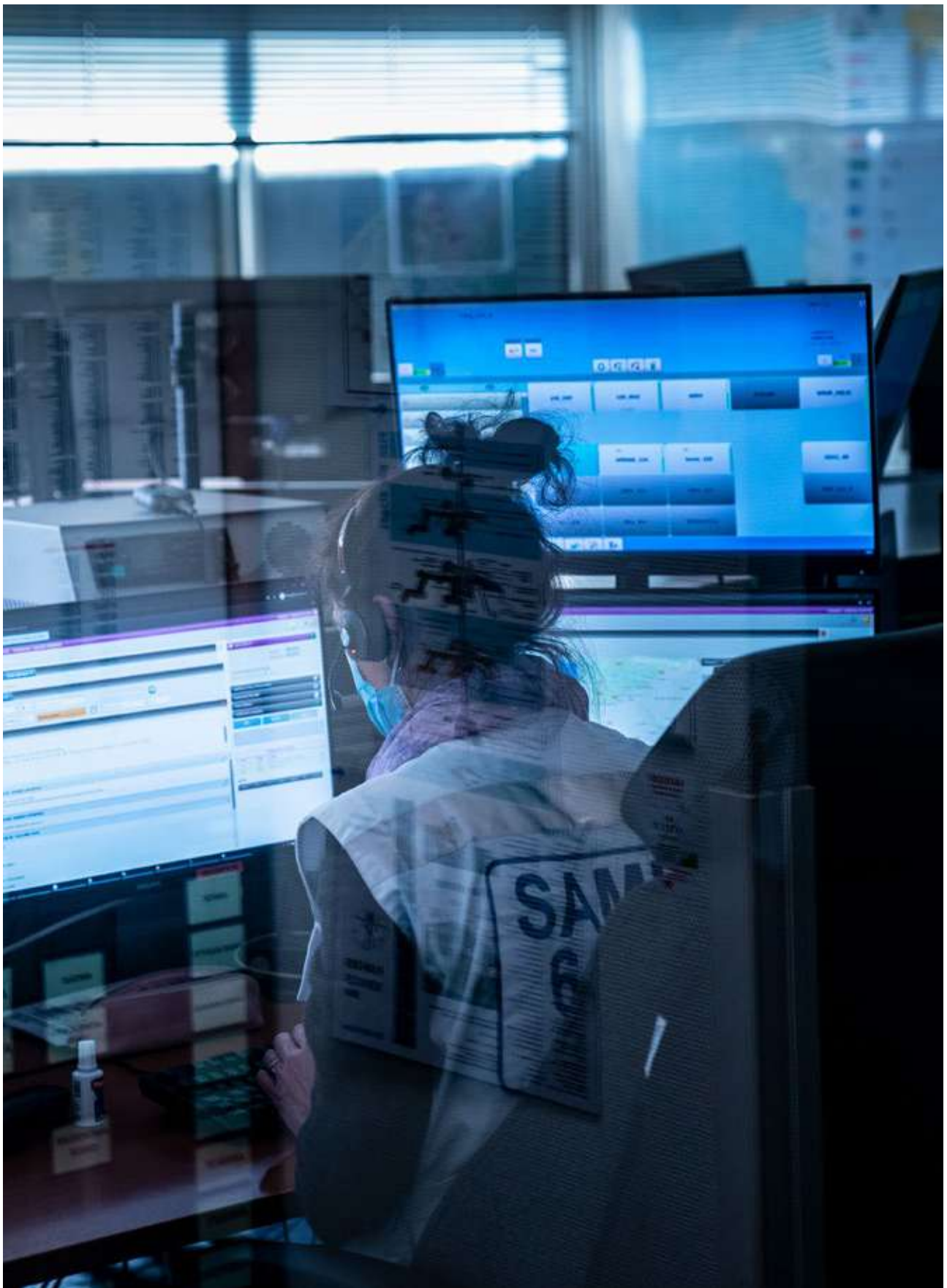
Chaque jour, derrière le numéro 15, des professionnels assurent une mission essentielle : analyser, prioriser, orienter et déclencher la réponse adaptée, dans des délais souvent comptés en secondes.

À l'heure où les enjeux d'accès aux soins et de soutenabilité du système sont plus prégnants que jamais, les Assistants de Régulation Médicale s'affirment comme des acteurs clés de la modernisation de l'urgence en France. Leur expertise organisationnelle et humaine constitue l'un des piliers de la sécurité des patients et de l'efficacité du SAMU.

Garantir la sécurité et l'équité

Le SAMU demeure un modèle singulier fondé sur la régulation médicale centralisée. Au cœur de ce modèle, l'ARM







19
communes

18 582
habitants

Beinheim, Buhl, Croettwiller, Eberbach-Seltz, Kesseldorf,
Lauterbourg, Mothern, Munchhausen, Neewiller-près-Lauterbourg,
Niederlauterbach, Niederroedern, Oberlauterbach, Salmbach,
Schaffhouse-près-Seltz, Scheibenhard, Seltz, Siegen, Trimbach et
Wintzenbach.



☎ 03.88.53.08.20 | ✉ contact@cc-plaine-rhin.fr | 🌐 cc-plaine-rhin.fr
📍 Communauté de Communes de la Plaine du Rhin
3 rue Principale 67930 BEINHEIM



Communauté de communes du Pays de Wissembourg

Un territoire d'exception,
entre patrimoine, nature et dynamisme



Un cadre
de vie préservé



Un patrimoine
remarquable



Des services
de proximité

📍 4, quai du 24 novembre
📦 BP80023
✉ 67161 Wissembourg Cedex
☎ 03 88 05 35 50
@ infos@cc-pays-wissembourg.fr



Crédit photo :
Communauté de communes Pays de Wissembourg

DECATHLON

A Bischheim, les trains ont le droit à une seconde vie

Aux portes de Strasbourg, un atelier vieux de près de 150 ans redonne leur jeunesse aux trains de toute la France et vient lui-même d'entrer dans l'ère de l'usine du futur.



Le grand check-up des trains

Les trains, ça ne vieillit pas tout à fait comme nous. Au bout de dix à quinze ans de service, plutôt que de finir à la casse, ils s'offrent une cure de jouvence au **Technicentre Industriel de Bischheim**. Là, depuis 1879, on démonte les rames, on les ausculte pièce par pièce, on rénove chaque élément et on les remonte. Ils arrivent fatigués ; ils repartent comme neufs !

Une ville dans la ville

Le site a tout d'une petite ville : 24 hectares, 86 000 m² de surface couverte, et plus de 1 000 cheminots qui en font le premier employeur de la commune. Chaudronniers, soudeurs, électriciens, peintres, spécialistes de l'aménagement intérieur... autant de mains expertes qui, ensemble, redonnent une seconde vie aux trains pour vous offrir la meilleure expérience de voyage.

Une métamorphose à 50 millions d'euros

L'atelier lui-même s'est transformé. Après 7 années de travaux et 50 millions d'euros d'investissement, c'est en juin 2025 que le Technicentre a inauguré son « Usine du Futur ». Des chariots y déplacent désormais les remorques de train en totale autonomie, pilotés à distance ; le décapage et la mise en peinture s'automatisent ; chaque flux est optimisé... De quoi remettre une rame TER à neuf en moins de 90 jours. Longtemps dédié aux TGV, le site traite également vos trains régionaux : 106 rames TER à rénover pour la région Grand Est d'ici 2030, sans compter 25 rames OUIGO d'ici 2029.

Bientôt sur vos quais

La prochaine fois que vous monterez à bord d'un OUIGO ou d'un TER à Strasbourg, songez que sa jeunesse retrouvée s'est jouée ici, au **Technicentre Industriel de Bischheim** ! Petite fierté maison : c'est ici qu'ont été préparés plusieurs trains de records, dont la rame qui détient toujours le record du monde de vitesse sur rail avec 574,8 km/h.



Retrouvez-nous sur notre page LinkedIn !

OSTWALD



Toute l'actualité de la Ville d'Ostwald sur

les réseaux sociaux

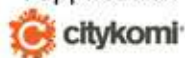
villeostwald



le site web

www.ville-ostwald.fr

l'application



en mairie

3 rue Albert Gerig

67540 Ostwald • 03 88 66 30 34



DRAISY



Systèmes de transports



AUTOMOTIVE



NEW MOBILITIES



DEFENSE & SECURITY

Des solutions innovantes pour vos besoins de mobilité.

Une implantation industrielle globale avec 6 usines réparties sur 3 continents, 2000 collaborateurs et un pôle de recherche et développement, pour des solutions de transports propres et connectées.

Avec ses 60 années d'existence, **Lohr** continue d'assurer sa position de leader mondial des véhicules de **porte-voitures**, à développer son activité de **ferroviarité**, et à promouvoir des projets au service de la **mobilité durable** et **sécurisée**.

29 rue du 14 juillet
CS 10 191
F-67000 HANGENBUTTEN
Tel. +33 (0)3 88 38 99 00

www.lohr.fr



© Lohr - RCS STRASBOURG 411 117 344 - 07/2024 - 0488-0000-0000

NATURALIA



ELSAN
CLINIQUE SAINTE ODILE

**100 ANS
D'ENGAGEMENT
POUR VOTRE
SANTÉ À
HAGUENAU.**

Chirurgie spécialisée

- Ophtalmologie
- Orthopédie
- Urologie
- ORL
- Gastro-entérologie
- Esthétique & reconstructrice
- Digestive

Médecine du sommeil

Radiologie interventionnelle

ELSAN
CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE SAINTE ODILE

Nouveau pôle d'imagerie médicale

- 1 scanner dernière génération
- 2 IRM haute performance

6 rue des Prémontrés - 67500 HAGUENAU
Tél : 03 88 63 48 48
www.elsan.care/fr/clinique-sainte-odile

biocoop
LA BIO NOUS RASSEMBLE

CONGRES NATIONAL

LES JOURNEES DE L'AFARM

UN RENDEZ-VOUS NATIONAL POUR PARTAGER, INNOVER ET FAIRE PROGRESSER LA RÉGULATION MÉDICALE



Créée pour promouvoir, informer et défendre la profession des Assistants de Régulation Médicale, l'AFARM s'impose aujourd'hui comme une voix essentielle dans la chaîne de l'urgence médicale. Depuis 2023, l'association organise chaque année « Les Journées de l'AFARM », un congrès national à destination de l'ensemble des professionnels de l'urgence — ARM, cadres de santé, IDE, médecins, ambulanciers ou encore Opérateurs de Soins Non Programmés — autour d'un même objectif : échanger, innover et progresser ensemble.

Après Vannes en 2023, Toulouse en 2024, Lille en 2025 c'est Bordeaux qui accueillera ces journées en 2026 !

Un lieu de rencontre et de partage

Participer au congrès de l'AFARM, c'est bien plus qu'assister à un événement : c'est vivre un moment de convivialité et de cohésion entre collègues venus de toute la France, y compris des DOM-TOM. Ces journées sont l'occasion de

comparer les pratiques, partager les expériences et tisser des liens durables entre les acteurs du terrain.

Elles favorisent également les rencontres inter-SAMU et la création de nouveaux partenariats, dans une ambiance dynamique et chaleureuse.

Des contenus riches et variés

Le programme des Journées de l'AFARM s'articule autour de sessions scientifiques, de tables rondes et d'ateliers pratiques.

Les thématiques abordées couvrent un large éventail de sujets : régulations spécifiques (CROSS, CCMM, secours en montagne...), présentation d'organismes partenaires tels que le 3114 ou le 114, ou encore innovations technologiques au service de la régulation médicale.

Certaines discussions marquantes ont porté sur des sujets structurants pour l'avenir de la profession : mise en place du superviseur et du coordinateur en salle de



régulation, régulation supra-départementale, ou encore intégration des nouveaux outils numériques.

Ces échanges contribuent à renforcer les compétences des ARM et à améliorer la prise en charge des patients en situation d'urgence.

Des ateliers tournés vers la pratique

Les ateliers, cœur battant du congrès, permettent aux participants de manipuler, tester et échanger directement avec les professionnels et les éditeurs de solutions.

Grâce à des partenaires fidèles qui nous soutiennent depuis la création de l'association, les ARM ont pu s'initier à de nouveaux outils de régulation ou à la mise en œuvre du Système d'Information SI-SAMU.

La simulation de prise d'appels a rencontré un franc succès auprès des participants, renouant avec le cœur du métier d'ARM.

Les ateliers sur le SSE permettent de confronter nos pratiques et de partager les expériences de chacun favorisant l'acculturation nécessaire à la pratique de « l'exceptionnel ».

Une dynamique collective

Le succès des Journées de l'AFARM repose aussi sur le soutien indéfectible des SAMU, CESU et directions hospitalières, qui apportent leur aide logistique et mettent leurs locaux à disposition.

L'implication des équipes locales, qui proposent chaque année des thématiques et démonstrations innovantes — VPC, drones, vidéos, challenges de massage cardiaque — témoigne de l'énergie et de la passion qui animent la profession.

Bien plus qu'un congrès

Au fil des éditions, les Journées de l'AFARM sont devenues un véritable catalyseur pour l'amélioration des pratiques en régulation médicale.

En rassemblant les acteurs clés du secteur, cet événement contribue à façonner l'avenir de l'urgence en France tout en valorisant le rôle essentiel des Assistants de Régulation Médicale, maillon central de la chaîne de secours.

Nous sommes ravis de vous voir toujours plus nombreux chaque année : c'est la preuve que ces journées répondent à un véritable besoin de partage et d'échange. Elles sont pensées pour tous les acteurs de l'urgence, et notamment pour les cadres de santé, dont le rôle est central dans l'organisation des services.

Les thématiques abordées, telles que le management, la supervision ou encore la régulation supra-départementale, prennent tout leur sens lorsqu'elles sont discutées collectivement. Confronter les points de vue, croiser les expériences et débattre des pratiques permet non seulement d'enrichir la réflexion, mais aussi d'améliorer concrètement nos façons de travailler ensemble. C'est cette diversité qui fait la richesse et la force de ces journées.

Vous souhaitez proposer une idée d'atelier, de conférence ou encore vous porter volontaire pour accueillir notre prochain congrès, n'hésitez pas à nous écrire : congres@afarm.fr

Au plaisir de vous rencontrer lors de nos prochaines journées de formation !

PREPARER DEMAIN

FACE AUX MUTATIONS DE LA RÉPONSE
PRÉHOSPITALIÈRE ET AUX RISQUES
SANITAIRES MAJEURS, LA FORMATION
DEVIENT UN LEVIER STRATÉGIQUE



Dr Gaël GHENO

Président de l'Association Nationale
des Centres d'Enseignement
des Soins d'Urgence



ancesu.fr

En ouvrant ce nouveau numéro de SAMU MAGAZINE, l'ANCESU souhaite revenir sur ce qui constitue l'essence même de nos Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence : transmettre, structurer, harmoniser et préparer.

Les CESU sont nés d'une conviction simple mais exigeante : la qualité de la réponse en médecine d'urgence repose d'abord sur la qualité de la formation. Formation initiale, formation continue, formation en équipe, formation en situation sanitaire exceptionnel. Depuis plus de quarante ans, notre maillage territorial permet de diffuser une culture commune de l'urgence, partagée par l'ensemble des professionnels de santé, hospitaliers comme libéraux. Cette culture commune est notre socle. Elle est aussi notre responsabilité.

Un contexte en mutation : vigilance sur la réponse préhospitalière

L'actualité institutionnelle, notamment à travers les travaux du Beauvau de la sécurité, interroge l'organisation de la réponse aux urgences préhospitalières. Si la volonté d'améliorer la coordination entre services est légitime, certaines orientations pourraient fragiliser l'équilibre subtil de la régulation médicale et, à terme, impacter la qualité de la prise en charge des patients en préhospitalier.

La régulation médicale française constitue un modèle structurant, garant d'une réponse graduée, adaptée et sécurisée. Toute évolution organisationnelle doit préserver ce principe fondamental : l'accès à une expertise médicale précoce pour chaque patient que ce soit lors de la



régulation ou de la prise en charge sur le terrain. Dans ce contexte mouvant, la formation reste un levier essentiel pour maintenir un haut niveau d'exigence et d'homogénéité des pratiques.

Le référentiel métier ARM coordinateur et superviseur : une étape structurante

La publication du référentiel métier d'ARM coordinateur et superviseur, fruit d'un travail conjoint entre la SFMU, SUDF, l'ANCESU et l'AFARM, marque une avancée majeure. Elle traduit la maturité et la professionnalisation croissante de la régulation médicale.

Au-delà de la reconnaissance fonctionnelle, ce référentiel engage un enjeu central : celui de la formation. Définir des compétences, c'est définir des parcours pédagogiques exigeants, structurés et évalués. Les CESU auront toute leur place dans l'accompagnement de ces évolutions, en lien étroit avec les CFARM et l'ensemble des acteurs concernés. La montée en compétence des ARM coordinateurs et superviseurs constitue une étape importante pour sécuriser les organisations et soutenir les équipes confrontées à une pression opérationnelle croissante.

**FORMER
AUJOURD'HUI
C'EST ANTICIPER LES
CRISES SANITAIRES
DE DEMAIN.**

Former massivement aux Situations Sanitaires Exceptionnelles : une nécessité stratégique

L'actualité internationale nous rappelle avec force que les crises majeures — sanitaires, climatiques, technologiques ou sécuritaires — ne relèvent plus de l'exceptionnel mais du probable. Dans ce contexte, la formation aux Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) ne peut rester cantonnée à un cercle restreint de professionnels spécialisés.

Former tous les professionnels de santé des établissements de santé et des structures de villes aux fondamentaux des SSE devient un impératif stratégique national. Comprendre les chaînes décisionnelles, savoir s'intégrer dans une organisation de crise, maîtriser les principes de tri, de gestion d'afflux massif de victimes ou de communication en situation dégradée : ces compétences doivent être diffusées largement.

Les CESU, par leur ancrage territorial et leur expertise pédagogique, ont un rôle central à jouer dans cette montée en puissance.

L'enjeu n'est pas seulement technique ; il est culturel. Il s'agit d'ancrer durablement la préparation aux crises dans l'ADN de notre système de santé.

Préserver le sens

Dans un environnement en tension permanente, où les réformes s'enchaînent et où les ressources humaines sont fragilisées, il est essentiel de revenir à ce qui nous unit : garantir à chaque patient une réponse adaptée, sécurisée et équitable.

La formation est notre colonne vertébrale. Elle est aussi notre capacité d'anticipation. Préparer aujourd'hui les professionnels aux défis organisationnels, technologiques et géopolitiques de demain, c'est préserver la qualité de la médecine d'urgence française.

Plus que jamais, travailler ensemble, structurer ensemble et former ensemble restent les clés de notre engagement collectif.



L'URGENCE FACE A SES DEFIS

POURQUOI LA CONSOLIDATION DE LA RÉGULATION MÉDICALE ET DE L'HÔPITAL PUBLIC RESTE DÉTERMINANTE



ARNAUD ROBINET
Président de la Fédération
Hospitalière de France



fhf.fr

Les services d'urgences demeurent, année après année, l'un des révélateurs les plus sensibles des tensions qui traversent notre système de santé. Cet hiver en a encore été la démonstration et l'été 2025 n'a pas fait exception. L'enquête flash conduite par la Fédération hospitalière de France met en évidence une situation globalement stable par rapport à l'été précédent, mais à un niveau de pression toujours très élevé : près de 30 % des établissements déclarent une dégradation de la situation de leurs urgences, quand seuls 20 % observent une amélioration. Cette stabilité apparente ne doit pas masquer un niveau de sollicitation durablement élevé, lié notamment aux difficultés d'accès aux lits d'aval et aux contraintes persistantes en ressources humaines médicales.

Les faits sont clairs : l'hôpital public est l'acteur central de la prise en charge des urgences. Il réalise plus de 80 % des passages aux urgences, assure l'essentiel des services et la quasi-totalité des lignes de SMUR. Plus largement, l'hôpital public assure près de 85 % de l'activité de permanence et de continuité des soins, alors qu'il ne porte que 69 % des lignes de garde et d'astreinte. En période

de tension, notamment l'été ou durant les fêtes de fin d'année, il reste en première ligne, avec un appui encore très limité du secteur privé.

Cette situation n'est ni nouvelle ni conjoncturelle. Comme l'a souligné la Cour des comptes, les services d'urgences sont devenus le réceptacle des insuffisances de régulation de notre système de santé. Le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques, l'aggravation de certaines situations sociales et les difficultés persistantes d'accès aux soins non programmés en ville ont profondément modifié la nature et le volume des recours à l'urgence. Le nombre de passages aux urgences a ainsi doublé depuis les années 1990.

Dans ce contexte, le rôle des SAMU et des centres 15 est absolument déterminant. La régulation médicale qu'ils assurent constitue le socle de la réponse aux situations d'urgence et de l'orientation pertinente des patients. Cette mission, profondément ancrée dans le service public hospitalier, ne peut souffrir d'aucune défection ni d'aucune remise en cause de son fondement sanitaire. On ne consolidera pas l'urgence en la déplaçant

hors du champ sanitaire, mais en renforçant la régulation médicale, la cohérence territoriale et les capacités de l'hôpital public.

C'est dans cet esprit que la Fédération hospitalière de France a soutenu, dès l'origine, le déploiement du Service d'accès aux soins. Désormais généralisé sur l'ensemble du territoire métropolitain, le SAS constitue un levier essentiel pour organiser une réponse rapide aux demandes de soins et orienter les patients vers la prise en charge la plus adaptée. L'enjeu est aujourd'hui celui de sa montée en puissance, notamment à travers le renforcement des organisations locales et le développement de SAS spécialisés, en particulier en psychiatrie.

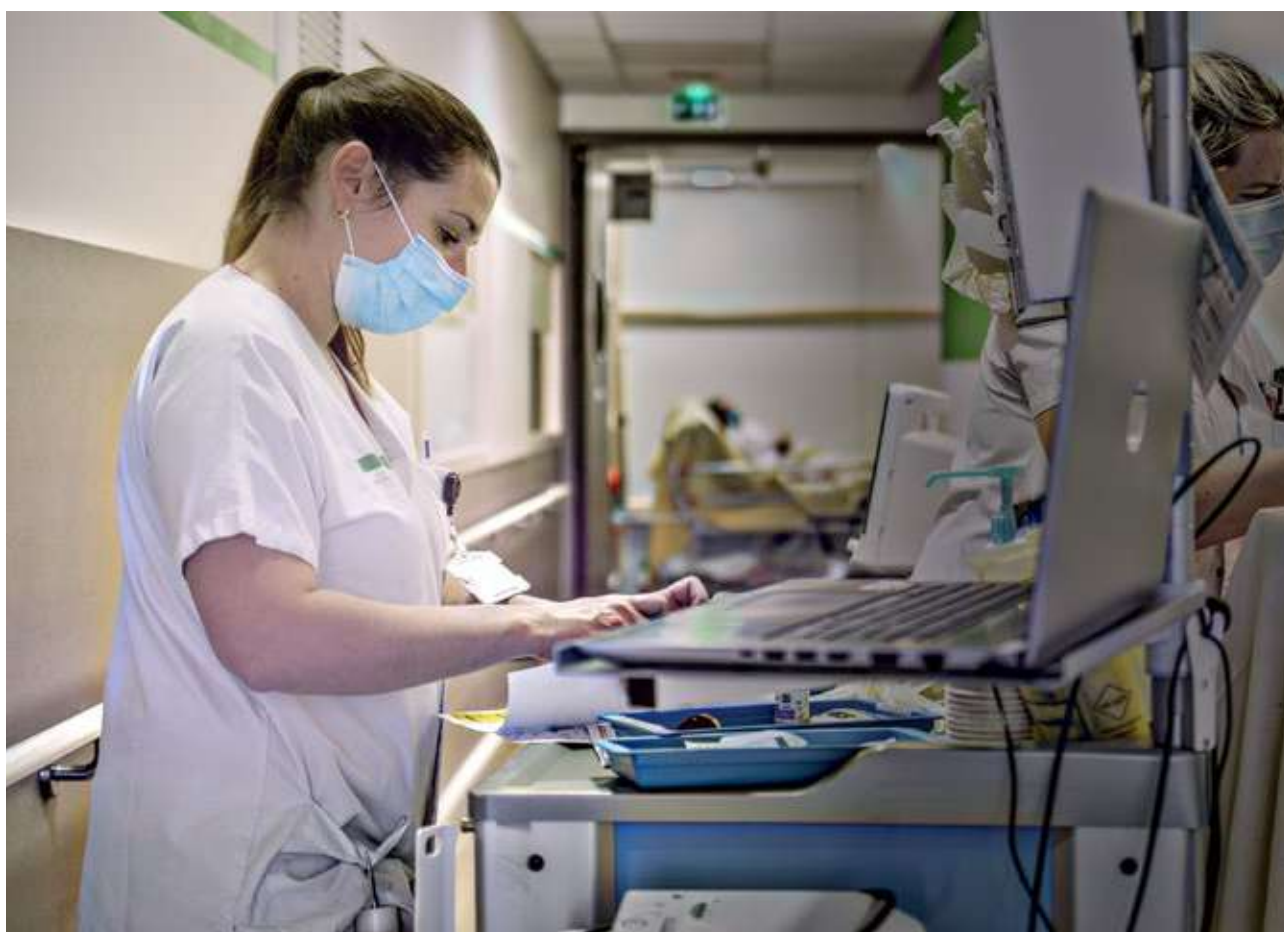
La psychiatrie constitue en effet un enjeu majeur. La hausse marquée des passages aux urgences pour motif psychiatrique traduit la saturation des dispositifs de première ligne et l'insuffisance des réponses en amont. Le renforcement des centres médico-psychologiques et la structuration de parcours territoriaux adaptés sont indispensables pour éviter que les urgences ne deviennent, par défaut, la principale porte d'entrée dans les soins.

La réflexion sur l'urgence doit enfin s'inscrire dans une approche globale des parcours, intégrant pleinement les filières d'aval. L'évitement des hospitalisations évitables,

le développement de l'hospitalisation à domicile ou les accès directs à des unités dédiées ont démontré leur efficacité, en particulier pour les personnes âgées, à condition de s'appuyer sur une coordination étroite entre les acteurs.

Les débats engagés dans le cadre du Beauvau de la sécurité civile rappellent, à cet égard, la nécessité de préserver une gouvernance respectueuse des compétences de chacun. Dissocier la régulation médicale de l'organisation des secours ou multiplier les intermédiaires ne saurait constituer une réponse adaptée aux enjeux de l'urgence sanitaire. Les organisations existantes, fondées sur l'expertise médicale des SAMU et sur des standards nationaux éprouvés, doivent au contraire être confortées, tout en poursuivant les coopérations opérationnelles là où elles font sens.

Au nom de la Fédération hospitalière de France, je souhaite saluer l'engagement, le professionnalisme et la résilience des équipes des SAMU, des centres 15 et des services d'urgences. La FHF restera pleinement engagée à leurs côtés pour défendre et renforcer un service public de l'urgence à la hauteur des besoins de la population, sur tous les territoires.



PREPARER COORDONNER SECURISER

LE PHARMACIEN RÉFÉRENT ZONAL ET LES ÉQUIPES HOSPITALIÈRES RENFORCENT LA CAPACITÉ DE RÉPONSE DES SAMU FACE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Introduction

Les situations sanitaires exceptionnelles (SSE), qu'il s'agisse d'événements NRBC, d'accidents collectifs, d'actes de malveillance, de catastrophes naturelles ou de crises sanitaires, peuvent nécessiter la mobilisation de moyens territoriaux tactiques (postes sanitaires mobiles 1 et 2, pédiatriques, équipements de protection individuelle, ...) positionnés dans les établissements sièges de SAMU et/ou de SMUR.

Ces moyens de réponse à une SSE ont principalement 3 finalités :

- Renforcer le potentiel d'intervention des SMUR en préhospitalier ;
- Renforcer les stocks de produits de santé d'un établissement de santé dans le cadre de l'activation du plan blanc ;
- Être pré-positionnés dans le cadre de grands événements.

La mobilisation de ces moyens est pilotée par le SAMU territorialement compétent, en concertation avec l'établissement de santé et l'ARS. Les SMUR assurent ensuite le déploiement et l'utilisation des moyens tactiques sur le terrain. À un niveau élargi, la coordination zonale est assurée par le SAMU de zone (SAMUz) en lien étroit avec

l'ARS de zone (ARSz), afin d'optimiser la répartition des ressources et la cohérence de la réponse opérationnelle.

L'organisation de la réponse aux SSE s'appuie sur les établissements de santé de référence (ESR) et l'ensemble des établissements sièges de SAMU. Les équipes pharmaceutiques hospitalières, en lien étroit avec les SAMU et SMUR, jouent en effet un rôle indispensable dans la planification, le maintien en condition opérationnelle et l'utilisation sécurisée de ces ressources dans un tel contexte. Cet article vise à exposer leurs missions, à partir des retours d'expérience et de l'organisation déployée à Lyon, établissement de santé de référence siège du SAMU 69.

1. Maintien en condition opérationnelle des moyens tactiques

Dans un objectif d'harmonisation et d'opérationnalité, la composition de ces moyens tactiques est décidée au niveau national. Le maintien en condition opérationnelle repose sur un travail conjoint SAMU et équipes pharmaceutiques selon les pratiques SAMU. Les équipes pharmaceutiques assurent la gestion des produits de santé intégrés dans les moyens tactiques, tels que les postes

sanitaires mobiles (PSM). Leurs missions comprennent :

- Veille et application des vigilances ;
 - les malles selon le référentiel national, les pratiques SAMU, les péremptions et l'intégrité des produits de santé stockés ;
 - Mise à jour informatique dans le logiciel SIGESSE,
 - Mise à jour de la documentation opérationnelle,
 - Contrôle qualité de certains dispositifs,
 - Relevé des températures des conditions de stockage ;
 - Stérilisation des Dispositifs Médicaux Re-Stérilisables
- Afin d'éviter les pertes, ces produits de santé sont ensuite intégrés avant péremption dans le stock courant de l'établissement de santé en prenant en compte les contraintes de marché et circuits institutionnels.

Dans le contexte actuel de tensions d'approvisionnement, l'opérationnalité des moyens tactiques 7 jours/7 H24 reste un challenge et nécessite une veille sur la disponibilité de l'ensemble de ces produits de santé.

2. Sécurisation des circuits de produits de santé en contexte SSE

Ces équipes pharmaceutiques contribuent à l'organisation sécurisée du circuit des produits de santé lors de la mobilisation tactique en SSE, en collaboration avec les équipes médicales référentes.

On peut citer par exemple :

- La rédaction de modes opératoires d'installation d'une « zone Pharmacie » en ORSEC-NOVI, et d'organisation de la délivrance des produits de santé à partir des PSM,
- La standardisation de modes opératoires de préparation des antidotes en préhospitalier en contexte NRBC NOVI,
- L'élaboration d'aides cognitives pour optimiser la délivrance des produits de santé dans un tel contexte,

En opérationnel, c'est le responsable médical du PMA (DSM ou médecin SMUR) qui supervise l'ensemble de la prise en charge médicale. La préparation et la délivrance peuvent relever du personnel pharmaceutique formé lorsqu'il est engagé, ou des équipes SMUR formées selon les procédures validées conjointement.

Ces circuits sont testés lors d'exercice plan blanc, d'exercices préfectoraux ou lors d'entraînement interministériel de zone afin d'optimiser la mobilisation des moyens tactiques et de tester l'interopérabilité des moyens en interservices. Ils permettent également de travailler de manière pluridisciplinaire et d'apprendre à s'adapter en fonction du contexte et des contraintes.

3. Engagement préhospitalier lors d'évènements de grande ampleur





La circulaire interministérielle de 2013 relative à l'élaboration du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires rappelle qu'«au regard de la dotation pharmaceutique, la mise à disposition du contenu du PSM doit être assurée en lien avec un pharmacien. Du personnel formé est également requis pour l'utilisation de la dotation».

A Lyon, les équipes pharmaceutiques formées et habilitées peuvent être engagées par le SAMU en préhospitalier pour renforcer l'AMU dans le déploiement des moyens tactiques (Postes sanitaires mobiles notamment) dans le cadre d'un événement de grande ampleur.

Sur le terrain, en collaboration avec les autres professionnels de santé SMUR engagés et formés, ils sont intégrés sous l'autorité du DSM au sein du PMA. Leurs missions sont de :

- Renforcer les équipes SMUR dans la délivrance des produits de santé à partir des moyens tactiques,
- Anticiper les renforts en produits de santé nécessaires en lien avec le DSM ;
- Transmettre les conseils de bon usage des thérapeutiques

4. Expertise zonale et appui au pilotage stratégique

Le pharmacien référent zonal rattaché au SAMUz, apporte son expertise dans la prévention, la préparation et la réponse aux SSE, notamment dans son domaine d'expertise pharmaceutique.

Ses missions comprennent :

- L'appui à l'ARSz dans la planification stratégique
- Le conseil au SAMUz sur des aspects opérationnels
- Le conseil technique auprès de l'ESR et des établissements de la zone notamment sur la mise en œuvre locale des doctrines SSE. Par exemple à Lyon, pendant la crise COVID, il a intégré l'équipe de l'ESR en charge de la mise en place et l'organisation d'un centre de vaccination grande capacité (2021-2022). Il a été également en appui dans la gestion des approvisionnements en produits de santé en tension et dans la mise en place d'outils d'aide à la décision, notamment lors de la 1ère vague.
- La participation aux groupes de travail régionaux et nationaux en lien avec les autres professionnels de santé impliqués et en partenariat avec ses autres confrères référents.

5. Animation du réseau SSE

Le pharmacien référent zonal sur les SSE participe activement à l'animation du réseau en lien avec le SAMUz et l'ARSz.

6. Formation et développement des compétences

La conception des formations SSE est assurée conjointement par les équipes médicales du SAMU, le CESU et le pharmacien référent, garantissant un socle pédagogique commun et pluridisciplinaire. Le pharmacien s'assure

d'intégrer les problématiques liées au circuit des produits de santé.

Le pharmacien référent zonal, rattaché au CESU de zone :

- Intervient dans les formations zonales des référents et formateurs SSE et les formations aux gestes et soins d'urgence (FGSU) initiales et spécifiques SSE
- Construit des modules de formation dédiés aux équipes pharmaceutiques
- Utilise des pédagogies immersives telles que la simulation

Depuis 2025, la Faculté de Pharmacie – ISPB de Lyon propose un nouveau diplôme universitaire : Pratiques pharmaceutiques en situation d'urgence, destiné aux professionnels impliqués dans les SSE.

Conclusion : Vers une reconnaissance nationale de l'expertise pharmaceutique en SSE

Face aux enjeux croissants liés aux crises sanitaires, à la menace NRBC et aux tensions d'approvisionnement, il apparaît nécessaire, en collaboration avec les SAMU et équipes soignantes impliquées, de :

- Valoriser l'expertise pharmaceutique en SSE, au même titre que les autres acteurs de l'AMU ;
- Structurer un réseau national des pharmaciens référents SSE, animé par les pharmaciens zonaux des ESR ;
- Capitaliser les RETEX pour harmoniser les pratiques ;
- Proposer un appui pharmaceutique collectif aux instances nationales et sociétés savantes
- Homogénéiser la formation

La contribution pharmaceutique constitue aujourd'hui une composante essentielle de la résilience sanitaire et un levier stratégique pour la qualité et la sécurité des soins en contexte de crise. Cette reconnaissance devrait s'accompagner d'une structuration claire des interfaces avec le SAMU, les SMUR et l'ARS afin de renforcer l'efficacité collective lors d'une activation NOVI.

Aurélien Le Bagousse, Pharmacien référent zonal sur les SSE zone sud est, Praticien Hospitalier, Pharmacie centrale des Hospices Civils de Lyon

Pablo Mauvecin, Pharmacien adjoint référent zonal sur les SSE - zone sud est, Praticien Hospitalier, Pharmacie centrale des Hospices Civils de Lyon

Laurent Gabilly, Médecin responsable de l'unité de médecine de catastrophe, référent zonal sur les SSE zone sud est, SAMU 69



Collège-Lycée Episcopal de ZILLISHEIM

" Former le coeur, le corps et l'esprit "



Etablissement catholique privé sous contrat d'association avec l'Etat, le collège Episcopal de Zillisheim accueille des élèves du CM2 à la Terminale.

Contact

Collège –Lycée Episcopal de Zillisheim
5 rue du Séminaire, 68720 ZILLISHEIM
Tél. : 03.89.06.50.11
secretariat@college-zillisheim.com

ALSACE RHIN BRISACH:

Place à l'audace !

La Communauté de Communes Alsace Rhin Brisach est née de la fusion des Communautés de Communes du Pays de Brisach et de l'Essor du Rhin le **1^{er} janvier 2017**.

La collectivité compte près de 140 agents qui appliquent les politiques publiques décidées par le Conseil Communautaire afin de répondre aux besoins économiques, sociaux, culturels, éducatifs, etc., des habitants du territoire.

**CHIFFRES
CLÉS**

 **29**
COMMUNES

 **34 200**
HABITANTS

 **329**
KM²

ALSACE RHIN BRISACH 2030:

un projet de territoire ambitieux

INNOVER, en mettant en valeur les atouts spécifiques, en renforçant l'identité et l'attractivité du territoire et en aidant les entreprises à se développer.

RELIER, en développant une politique culturelle commune autour du centre culturel franco-allemand Art Rhena et en faisant de l'île du Rhin le symbole des liens entre les deux rives du nouvel espace transfrontalier.

VALORISER, en préservant l'environnement, en prévenant les risques, en diversifiant l'offre énergétique et en renforçant les liens avec les associations environnementales.

<https://cc-alsacerhinbrisach.fr/>






Crédit photo : à vue de coucou - Tristan Vuzeau



Institution Marcellin Champagnat

École, Collège et Lycée privés sous contrat

1 rue St Marcellin Champagnat
68500 ISSENHEIM
Tél : 03 89 76 86 61

www.maristes-champagnat68.com

Grandir, Apprendre, *Devenir acteur de demain*

-  **Un parcours complet de la maternelle au lycée**
 Un enseignement de qualité fondé sur des valeurs humaines et chrétiennes.
-  **Un accompagnement personnalisé**
 Pour révéler les talents de chaque élève et construire la confiance en soi.
-  **Ouverture et citoyenneté**
 Projets internationaux, interventions, actions solidaires et éducation à la responsabilité.
-  **Réussite et épanouissement**
 Des résultats solides et un épanouissement personnel au cœur de notre projet éducatif.











Un cadre bienveillant et sécurisant



Des enseignants engagés



Une communauté soudée

*Maristes aujourd'hui,
acteurs de demain.*

 1 rue St Marcellin Champagnat - 68500 ISSENHEIM

 03 89 76 86 61

 accueilchampagnat68@gmail.com

 www.maristes-champagnat68.com



En tant que Maire de Pfastatt, Conseiller Communautaire délégué de Mulhouse Alsace Agglomération et président du Conseil de Surveillance de l'hôpital de Pfastatt, je mesure chaque jour l'importance essentielle de notre système de santé et la nécessité vitale des services d'urgence.

Le SAMU représente un pilier fondamental du service public. Derrière le numéro 15, il y a des femmes et des hommes engagés, capables de prendre des décisions rapides et précises dans des situations où chaque minute compte. Cette efficacité repose sur une coordination exemplaire entre les équipes de régulation, le SMUR, les sapeurs-pompiers, les professionnels hospitaliers et l'ensemble des acteurs de santé.

À l'échelle de notre territoire, cette coopération est indispensable. La complémentarité entre les structures hospitalières, les services d'urgence et la médecine de proximité permet d'assurer une prise en charge adaptée et continue pour nos concitoyens.

La présence d'un hôpital à Pfastatt constitue à ce titre un atout majeur. En tant que président du conseil de surveillance, je mesure pleinement l'engagement quotidien des équipes soignantes et administratives au service des patients et de la qualité des soins.



Le Centre hospitalier de Pfastatt, hôpital de proximité

Je suis également particulièrement sensible et attaché au monde médical, ayant des membres de ma famille engagés professionnellement au sein du GHR Mulhouse Sud Alsace. Cette proximité me permet de mesurer, avec encore davantage de respect, l'investissement humain, les contraintes et l'engagement quotidien de celles et ceux qui font vivre notre système de santé.

Je souhaite saluer avec reconnaissance l'ensemble des professionnels du SAMU et des services d'urgence. Leur dévouement, leur sang-froid et leur sens du service public forcent le respect.

Dans un contexte de fortes tensions sur notre système de santé, nous devons collectivement continuer à soutenir ces femmes et ces hommes qui, chaque jour, protègent et sauvent des vies.

Mairie de Pfastatt

18 rue de la Mairie
68120 Pfastatt
03 89 52 46 10
mairie@pfastatt.fr

Nicolas ZIMMERMANN

Maire de Pfastatt
Conseiller Communautaire délégué m2A



SUD ALSACE LARGUE
communauté de communes

Vos communes connectées aux Secours hélicoptérés.

Parce que chaque minute compte, La Communauté de communes investit pour le secours d'urgence aux habitants.



His e-bou
www.sudalsace-largue.fr

f i l



PEUGEOT
MOTOCYCLES

Le CDG 68, partenaire de confiance Ressources Humaines des collectivités locales

Le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Haut-Rhin - CDG 68 est un établissement public dédié à l'accompagnement des collectivités locales dans tous les aspects de la gestion des ressources humaines.

Tiers de Confiance, nous exerçons de nombreuses missions pour répondre aux besoins des collectivités locales :

- Emploi
- Recrutement
- conseil statutaire
- protection sociale
- santé et sécurité au travail
- dialogue social
- missions temporaires
- paie
- archivage
- Référent Déontologue
- Médiation Préalable Obligatoire
- Appui au Règlement Général de la Protection des Données (RGPD)

Partenaire de proximité, le CDG 68 met son expertise et son expérience au service des collectivités

Contactez le CDG 68 pour en savoir plus sur nos missions et découvrir comment nous pouvons vous accompagner

22 rue Wilson 68027 COLMAR CEDEX
Tel : 03.89.20.36.00
Email : Cdg68@cdg68.fr

www.cdg68.fr

UNE MEDECINE DE L'INSTANT & DE LA DECISION

HISTOIRE, ORGANISATION ET DÉFIS CONTEMPORAINS D'UNE SPÉCIALITÉ DEVENUE CENTRALE DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ

La médecine d'urgence occupe une place centrale dans l'organisation des systèmes de santé. Discipline transversale par excellence, elle associe la médecine préhospitalière avec la régulation médicale et la médecine hospitalière. Elle s'exerce dans l'incertitude, sous la contrainte du temps et dans la nécessité d'une décision immédiate. Contrairement à d'autres spécialités, le raisonnement médical en urgence est probabiliste et orienté vers l'exclusion des diagnostics graves.

L'objectif premier n'est pas d'établir immédiatement un diagnostic exhaustif, mais d'identifier et de stabiliser les détresses vitales réelles ou potentielles. Cette approche nécessite une capacité d'analyse rapide, une priorisation rigoureuse et une parfaite maîtrise des protocoles de réanimation.

Origines et évolution de la médecine d'urgence

L'histoire de la médecine d'urgence est articulée autour des grandes crises sanitaires depuis l'époque napoléonienne. Les guerres napoléoniennes voient apparaître les premières « ambulances volantes » sous l'impulsion du chirurgien militaire Dominique-Jean Larrey, qui conceptualise l'évacuation rapide des blessés du champ de bataille vers des structures de soins organisées. Cette innovation marque un tournant majeur : la prise en charge

précoce conditionne le pronostic. Au XXe siècle, les deux guerres mondiales accélèrent le développement des techniques de triage, de réanimation et de transport médicalisé. Les progrès en anesthésie, en transfusion sanguine et en chirurgie de guerre posent les bases de la médecine d'urgence moderne.

En France, la création des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) dans les années 1960 marque une étape déterminante. Le modèle français repose sur la médicalisation précoce de l'intervention et sur la régulation médicale centralisée. La structuration officielle du dispositif avec le numéro d'appel unique 15 et l'organisation territoriale des centres de réception et de régulation des appels consacrent la reconnaissance institutionnelle de la discipline. La médecine d'urgence devient progressivement une spécialité à part entière, intégrée au cursus universitaire et hospitalier. L'évolution ne se limite pas à la France. Aux États-Unis, la structuration des Emergency Departments dans les années 1970, soutenue par l'American College of Emergency Physicians, contribue à formaliser les standards de prise en charge.

Défis contemporains de la médecine d'urgence

La médecine d'urgence est également une discipline collective. Elle repose sur la coordination d'équipes pluri-



disciplinaires associant médecins, infirmiers, aides-soignants, ambulanciers et personnels administratifs. La qualité de la communication interne conditionne la sécurité des soins. La médecine d'urgence fait face à des tensions croissantes : augmentation continue du nombre de recours, vieillissement de la population, complexification des pathologies chroniques, saturation hospitalière. Les services d'urgences connaissent un afflux parfois disproportionné de patients relevant de soins non programmés, révélateurs des fragilités de l'organisation globale du système de santé.

La pandémie de COVID-19 a illustré la capacité d'adaptation des structures d'urgence mais également leurs limites. La régulation médicale a joué un rôle déterminant dans la gestion des flux, l'orientation vers les structures adaptées et la diffusion des consignes sanitaires. Cette période a mis en lumière l'importance d'une coordination fine entre médecine de ville, établissements hospitaliers et autorités sanitaires.

Les modes d'exercice de la médecine d'urgence

La médecine d'urgence se distingue par la diversité de ses lieux et modalités d'exercice, qui forment un continuum allant de la régulation médicale à la prise en charge hospitalière spécialisée.

1. La régulation médicale

La régulation médicale constitue le premier maillon de la chaîne. En France, elle s'organise au sein des centres du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), accessibles via le numéro 15. Elle repose sur un principe fondamental : orienter la bonne ressource, au bon moment, vers le bon patient. Cette mission s'exerce au sein des centres de réception et de régulation des appels (CRRAs), où médecins régulateurs et assistants de régulation médicale collaborent étroitement. La régulation ne constitue pas un simple tri téléphonique. Le médecin régulateur évalue à distance la gravité d'une situation et déclenche les moyens adaptés : conseil médical, orientation vers un médecin de garde, envoi d'une ambulance ou d'une équipe de réanimation. Ce modèle repose sur la médicalisation précoce de la décision. Il permet d'optimiser l'utilisation des ressources et de prioriser les urgences vitales. La régulation est un acte médical à part entière, engageant la responsabilité du praticien.

2. L'intervention préhospitalière

L'exercice préhospitalier s'effectue notamment au sein des équipes mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), qui interviennent par exemple au domicile du requérant, sur la voie publique ou en établissement de santé. L'objectif

est d'apporter sur place des compétences de réanimation avancée : intubation, ventilation mécanique, traitement des états de choc, thérapeutiques adaptées (thrombolyse par exemple).

3. Le service d'accueil des urgences (SAU)

Le service d'accueil des urgences constitue le cœur hospitalier de la discipline. Il assure l'accueil 24 heures sur 24 de tout patient se présentant pour un problème de santé aigu. Le triage initial, majoritairement réalisé par un infirmier formé, permet de hiérarchiser les priorités selon la gravité.

Le SAU gère à la fois les urgences vitales, les urgences somatiques, psychiatriques et sociales et une part croissante de soins non programmés. Cette diversité représente un défi organisationnel majeur, notamment dans un contexte de tension hospitalière et de saturation des lits d'hospitalisation.

4. Les structures spécialisées

La médecine d'urgence s'articule également avec des filières spécialisées : unités de soins intensifs, déchocage, filières traumatiques, filières neurovasculaires. La coordination rapide avec ces structures améliore significativement le pronostic des patients.

Conclusion

La médecine d'urgence est une discipline singulière, régie par l'exigence de rapidité, la gestion de l'incertitude et la transversalité des compétences. Elle s'exerce dans des contextes variés - régulation, préhospitalier, service hospitalier - qui forment un continuum indissociable.





INTERVENIR PLUS VITE, PLUS LOIN

DANS LES SITUATIONS CRITIQUES, L'HÉLICOPTÈRE SANITAIRE RÉDUIT LES PERTES DE CHANCE ET AMÉLIORE L'ACCÈS AUX STRUCTURES SPÉCIALISÉES

La médecine d'urgence occupe une place centrale dans l'organisation des systèmes de santé. Discipline transversale par excellence, elle associe la médecine préhospitalière avec la régulation médicale et la médecine hospitalière. Elle s'exerce dans l'incertitude, sous la contrainte du temps et dans la nécessité d'une décision immédiate. Contrairement à d'autres spécialités, le raisonnement médical en urgence est probabiliste et orienté vers l'exclusion des diagnostics graves.

L'objectif premier n'est pas d'établir immédiatement un diagnostic exhaustif, mais d'identifier et de stabiliser les détresses vitales réelles ou potentielles. Cette approche nécessite une capacité d'analyse rapide, une priorisation rigoureuse et une parfaite maîtrise des protocoles de réanimation.

Origines et évolution de la médecine d'urgence

L'histoire de la médecine d'urgence est articulée autour des grandes crises sanitaires depuis l'époque napoléonienne. Les guerres napoléoniennes voient apparaître les premières « ambulances volantes » sous l'impulsion du chirurgien militaire Dominique-Jean Larrey, qui conceptualise l'évacuation rapide des blessés du champ de bataille vers des structures de soins organisées. Cette innovation marque un tournant majeur : la prise en charge

précoce conditionne le pronostic. Au XXe siècle, les deux guerres mondiales accélèrent le développement des techniques de triage, de réanimation et de transport médicalisé. Les progrès en anesthésie, en transfusion sanguine et en chirurgie de guerre posent les bases de la médecine d'urgence moderne.

En France, la création des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) dans les années 1960 marque une étape déterminante. Le modèle français repose sur la médicalisation précoce de l'intervention et sur la régulation médicale centralisée. La structuration officielle du dispositif avec le numéro d'appel unique 15 et l'organisation territoriale des centres de réception et de régulation des appels consacrent la reconnaissance institutionnelle de la discipline. La médecine d'urgence devient progressivement une spécialité à part entière, intégrée au cursus universitaire et hospitalier. L'évolution ne se limite pas à la France. Aux États-Unis, la structuration des Emergency Departments dans les années 1970, soutenue par l'American College of Emergency Physicians, contribue à formaliser les standards de prise en charge.

Défis contemporains de la médecine d'urgence

La médecine d'urgence est également une discipline collective. Elle repose sur la coordination d'équipes pluri-



disciplinaires associant médecins, infirmiers, aides-soignants, ambulanciers et personnels administratifs. La qualité de la communication interne conditionne la sécurité des soins. La médecine d'urgence fait face à des tensions croissantes : augmentation continue du nombre de recours, vieillissement de la population, complexification des pathologies chroniques, saturation hospitalière. Les services d'urgences connaissent un afflux parfois disproportionné de patients relevant de soins non programmés, révélateurs des fragilités de l'organisation globale du système de santé.

La pandémie de COVID-19 a illustré la capacité d'adaptation des structures d'urgence mais également leurs limites. La régulation médicale a joué un rôle déterminant dans la gestion des flux, l'orientation vers les structures adaptées et la diffusion des consignes sanitaires. Cette période a mis en lumière l'importance d'une coordination fine entre médecine de ville, établissements hospitaliers et autorités sanitaires.

Les modes d'exercice de la médecine d'urgence

La médecine d'urgence se distingue par la diversité de ses lieux et modalités d'exercice, qui forment un continuum allant de la régulation médicale à la prise en charge hospitalière spécialisée.

1. La régulation médicale

La régulation médicale constitue le premier maillon de la chaîne. En France, elle s'organise au sein des centres du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), accessibles via le numéro 15. Elle repose sur un principe fondamental : orienter la bonne ressource, au bon moment, vers le bon patient. Cette mission s'exerce au sein des centres de réception et de régulation des appels (CRRA), où médecins régulateurs et assistants de régulation médicale collaborent étroitement. La régulation ne constitue pas un simple tri téléphonique. Le médecin régulateur évalue à distance la gravité d'une situation et déclenche les moyens adaptés : conseil médical, orientation vers un médecin de garde, envoi d'une ambulance ou d'une équipe de réanimation. Ce modèle repose sur la médicalisation précoce de la décision. Il permet d'optimiser l'utilisation des ressources et de prioriser les urgences vitales. La régulation est un acte médical à part entière, engageant la responsabilité du praticien.

2. L'intervention préhospitalière

L'exercice préhospitalier s'effectue notamment au sein des équipes mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), qui interviennent par exemple au domicile du requérant, sur la voie publique ou en établissement de santé. L'objectif





L'AMBULANCE CONNECTEE

TÉLÉMÉDECINE, MONITORAGE AVANCÉ ET
INTELLIGENCE ARTIFICIELLE
TRANSFORMENT LA MÉDECINE
PRÉHOSPITALIÈRE

L'ambulance médicalisée du SAMU a profondément changé de nature au cours des dernières années. Longtemps perçue comme un simple vecteur de transport vers l'hôpital, elle est désormais une véritable unité de soins critiques mobile, intégrée à un système hospitalier numérique et capable d'initier des stratégies thérapeutiques avancées dès les premières minutes de la prise en charge. Cette transformation n'est pas uniquement technologique. Elle est professionnelle, organisationnelle et humaine. Elle redéfinit les compétences attendues, élargit les responsabilités des équipes et impose une nouvelle culture de la performance préhospitalière.

Aujourd'hui, intervenir en ambulance SAMU signifie exercer une médecine mobile hautement spécialisée dans un environnement contraint, imprévisible et souvent instable. Les équipes ne se contentent plus de stabiliser un patient avant son transfert ; elles diagnostiquent, décident et orientent. La prise en charge d'un syndrome coronarien aigu illustre parfaitement cette évolution. L'électrocardiogramme 12 dérivations est réalisé sur place, transmis instantanément au centre hospitalier, interprété en temps réel, permettant l'activation anticipée de la salle de coronarographie. Le délai entre la douleur thoracique et la reperfusion myocardique se réduit grâce à cette coordination numérique et clinique. Chaque minute

gagnée améliore le pronostic. Chaque compétence maîtrisée devient déterminante.

La montée en puissance des compétences cliniques est l'un des marqueurs les plus significatifs de cette évolution. L'utilisation de l'échographie préhospitalière, notamment dans l'évaluation des traumatismes ou des détresses respiratoires, permet d'orienter rapidement la stratégie thérapeutique. La gestion des voies aériennes difficiles, la ventilation non invasive et invasive, la sédation procédurale ou encore la surveillance capnographique continue font désormais partie du quotidien des équipes médicalisées. L'ambulance devient un espace de décision médicale complexe, où la précision technique doit s'accompagner d'une analyse rapide et pertinente.

Cette évolution clinique s'accompagne d'une mutation numérique majeure. Les ambulances modernes sont équipées de systèmes informatisés permettant la création d'un dossier patient embarqué, la transmission sécurisée des constantes vitales et des comptes rendus d'intervention, ainsi que la géolocalisation optimisée des ressources. Les données circulent avant le patient. Les services receveurs disposent des informations essentielles en amont, anticipent l'accueil et mobilisent les équipes spécialisées. Cette fluidité numérique transforme la chaîne de soins en un continuum intégré. Elle impose également



une nouvelle exigence professionnelle : la maîtrise des outils digitaux devient indissociable de la compétence clinique. Savoir interpréter une donnée ne suffit plus ; il faut savoir la transmettre, la sécuriser et l'intégrer dans un écosystème numérique complexe.

La télémedecine embarquée constitue l'un des piliers de cette transformation. Grâce aux dispositifs de communication sécurisés, un spécialiste hospitalier peut être consulté en visioconférence depuis l'ambulance, analyser un ECG, valider une orientation ou guider une décision thérapeutique. Cette collaboration en temps réel renforce la qualité des soins et réduit les délais critiques, notamment dans les pathologies temps-dépendantes comme les infarctus ou les accidents vasculaires cérébraux. L'ambulance n'est plus isolée sur le terrain ; elle est connectée à l'intelligence collective hospitalière.

Le monitoring avancé et l'imagerie portable ont également transformé la pratique quotidienne. Les moniteurs multiparamétriques permettent une surveillance continue précise de la saturation en oxygène, de la pression artérielle, de l'activité cardiaque et du CO₂ expiré. Les défibrillateurs connectés enregistrent et transmettent les données en temps réel. Les échographes ultra-compacts tiennent désormais dans une main tout en offrant une qualité

d'image suffisante pour orienter un diagnostic. Ces équipements rapprochent l'ambulance d'un service d'urgences mobile et renforcent l'autonomie décisionnelle des équipes.

L'intelligence artificielle commence elle aussi à s'intégrer progressivement dans l'environnement préhospitalier. Des algorithmes capables de détecter automatiquement des anomalies ECG, d'estimer un niveau de gravité à partir de paramètres vitaux ou d'optimiser les trajets en fonction du trafic apportent un soutien précieux à la prise de décision. Il ne s'agit pas de remplacer le jugement clinique, mais de l'augmenter. L'IA agit comme un outil d'assistance, capable d'alerter, de confirmer ou d'anticiper. Dans un contexte d'urgence où chaque seconde compte, cette capacité prédictive représente un atout stratégique.

Parallèlement, l'innovation logistique ouvre de nouvelles perspectives. Les drones médicaux, déjà expérimentés dans plusieurs pays, permettent d'acheminer un défibrillateur automatisé avant l'arrivée des secours, de transporter des produits sanguins ou d'apporter du matériel en zone difficile d'accès. À terme, la coordination entre ambulance, drone et centre de régulation pourrait optimiser considérablement les délais d'intervention et la couverture territoriale.

Toutefois, l'innovation technologique ne saurait masquer l'importance des compétences humaines. La performance d'une intervention repose autant sur la maîtrise technique que sur la capacité à communiquer, à coordonner et à gérer le stress. Le leadership en situation critique, la cohésion d'équipe, la communication interprofessionnelle et la relation avec les proches du patient sont des éléments déterminants. Les formations en simulation haute-fidélité et en réalité virtuelle se développent pour renforcer ces compétences non techniques, devenues essentielles à la sécurité des soins.

Cette transformation globale soulève également des enjeux stratégiques majeurs. La cybersécurité est désormais une priorité absolue. La multiplication des systèmes connectés expose les données médicales sensibles à des risques accrus. La formation continue doit s'adapter au rythme rapide des innovations technologiques. La traçabilité numérique des actes impose rigueur et éthique. Enfin, la transition écologique engage les services d'urgence dans une réflexion sur l'introduction progressive d'ambulances électriques ou hybrides afin de réduire l'empreinte environnementale.

À l'horizon 2030, l'ambulance pourrait devenir un véritable hub mobile de soins critiques intégrant biométrie continue, maintenance prédictive des équipements, analyse automatisée des données vitales et coordination territoriale intelligente des ressources. L'analyse prédictive des détresses vitales pourrait permettre d'anticiper

certaines décompensations avant même l'arrivée sur les lieux. Les lunettes connectées offriraient une transmission visuelle en direct vers le centre de régulation. L'intégration complète des systèmes d'information hospitaliers assurerait une continuité de soins sans rupture.

Pour autant, au cœur de cette évolution, une constante demeure : la compétence humaine. La technologie ne soigne pas seule. Elle soutient, amplifie et sécurise l'action du professionnel. L'ambulance SAMU du XXI^e siècle est le fruit d'une convergence entre expertise clinique, maîtrise numérique et innovation organisationnelle. Former, sécuriser et intégrer ces avancées dans une vision stratégique cohérente constitue le défi des prochaines années. Au-delà des écrans, des capteurs et des algorithmes, il restera toujours un professionnel face à un patient, dans l'urgence, au moment décisif. C'est là que la compétence fait toute la différence.





LA FORCE DES TERRITOIRES

ADAPTATION RÉSILIENCE ET ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS AU SERVICE DE L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ



VINCENT PRÉVOTEAU
Président de l'Association
des Directeurs d'Hôpital



adh-asso.org

D'aucuns, sans regarder dans le rétroviseur, avancent facilement que l'hôpital public n'aurait pas évolué, serait inerte, statique. Allant même jusqu'à évoquer des chiffres faux, comme celui de 25% « d'administratifs » à l'hôpital alors que la réalité est de 10%... Et pourtant, on ne peut que souligner des évolutions constantes, portées, voire impulsées par l'hôpital public et les communautés hospitalières. Force est de constater sa capacité d'adaptation et sa résilience hors du commun. Et cela est particulièrement remarquable lorsque l'on évoque les services d'urgences et les SAMU, pour les prises en charge, les organisations territoriales ou les liens développés avec les partenaires sur les territoires.

C'est là une force de notre hôpital public et une marque de l'engagement des professionnels, de toutes celles et ceux qui composent la chaîne de soins. Savoir faire face, s'adapter et, avant tout, toujours garder le sens de l'action : la qualité, la

sécurité, la prise en charge de nos concitoyens. C'est une force et le sens de l'action des hospitaliers.

Cette évolution et cette adaptation sont constantes et force est de souligner la place et l'impact de l'expérience et de l'avis des professionnels pour rendre effectives et pérennes ces évolutions, ces adaptations, ces mutations. C'est ce que l'on appelle le terrain et les sachants, le territoire, le bon sens de celles et ceux qui oeuvrent pour bâtir et conserver le sens. Lors de nos 34èmes journées nationales, l'Association des Directrices et Directeurs d'Hôpital a souligné cette réalité que nous ne pouvons pas méconnaître et qu'il s'agit de valoriser : le territoire, l'engagement et le sens comme socles de l'évolution et de l'adaptation.

A l'heure où les enjeux sont majeurs, qu'il s'agisse d'enjeux démographiques, d'évolution des maladies chroniques, de contraintes financières, de difficultés liées



à des inégalités territoriales, il convient de poursuivre l'évolution hospitalière en particulier, celle du système de santé en général, tout en préservant ces valeurs et celles et ceux qui s'engagent.

Des réorganisations engagées (accès aux soins, urgences non programmées, coopérations renforcées entre acteurs hospitaliers et libéraux notamment, initiatives territoriales innovantes, place prise par certains Comités Territoriaux de Santé...) traduisent une évolution vivante. On sait aujourd'hui que d'autres enjeux vont être majeurs tels que le vieillissement de la population, les innovations technologiques avec leur coût initial et leurs enjeux éthiques, des contraintes démographiques médicales et paramédicales ou bien encore la soutenabilité économique ; et qu'il convient de continuer à agir dès à présent. Aussi, et dans ce cadre, plusieurs actions paraissent fondamentales, avec au premier rang desquelles la territorialisation de l'action. Avec un véritable aboutissement des Groupements Hospitaliers de Territoires et, au-delà, le renforcement des liens, coordonnés, entre les acteurs de soins sur les territoires pour construire de véritables parcours gradués de soins et pour renforcer l'accès aux soins.

**L'AMBULANCE DU
SAMU N'EST PLUS UN
SIMPLE MOYEN DE
TRANSPORT.
ELLE EST DEVENUE
UNE VÉRITABLE UNITÉ
MOBILE DE SOINS
CRITIQUES.**

Cela nécessite de pouvoir s'appuyer sur les réalités territoriales et de faire confiance aux acteurs pour bâtir des dispositifs, à partir des objectifs de la politique de santé, qui peuvent être innovants et surtout adaptés aux réalités et spécificités de chacun des territoires. Afin de garantir une pérennité de notre système de santé, il apparaît es-

sentiel de structurer un pilotage du système de santé pour se tourner encore plus vers les réalités territoriales et garantir la subsidiarité dans l'action.

La territorialisation ne constitue alors pas un simple principe d'aménagement. Elle peut être une condition, un levier de soutenabilité, et plus encore, d'efficacité et d'efficience.

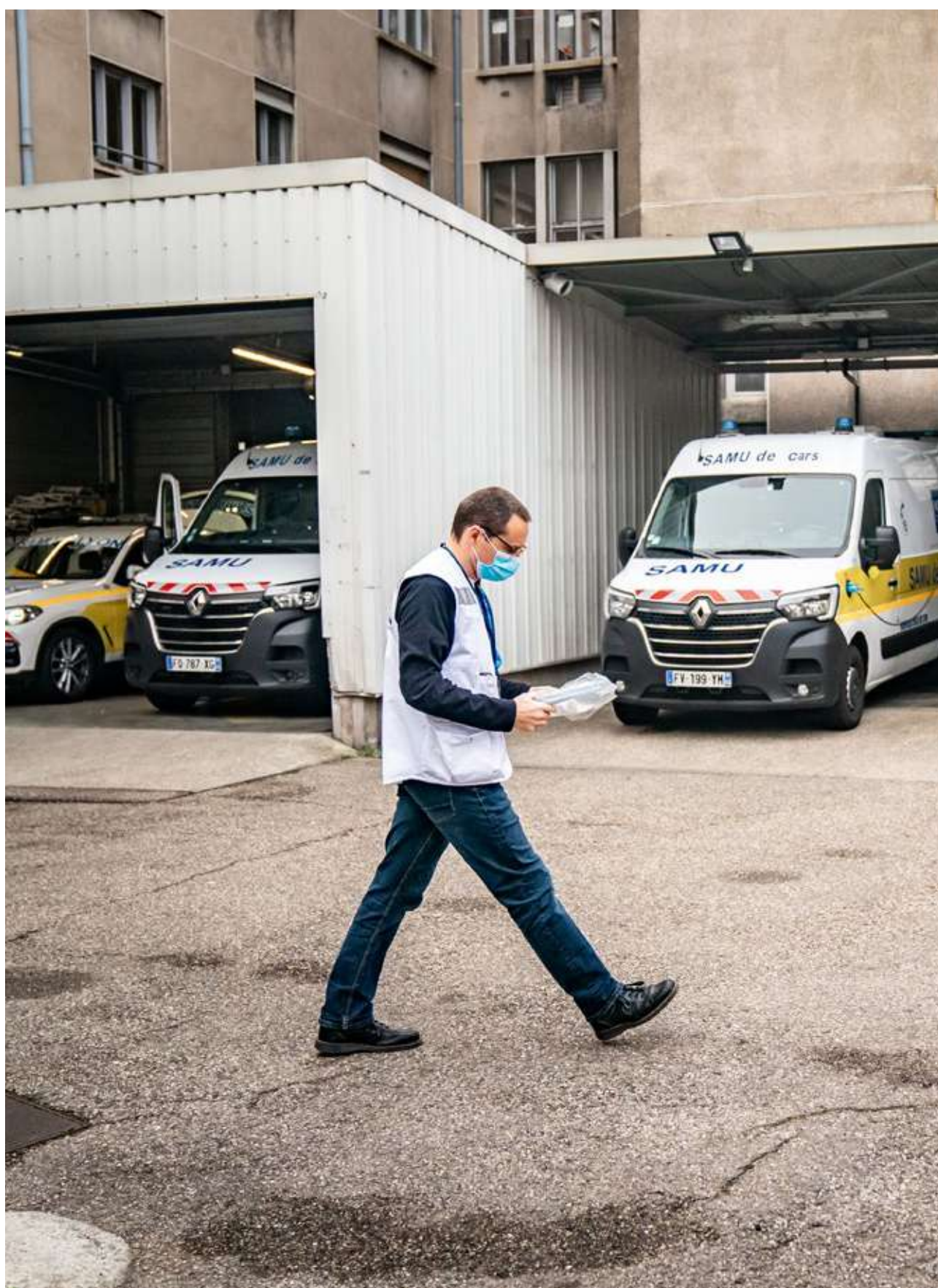
L'action nationale garantit l'équité et fixe le cap stratégique. L'action régionale assure la cohérence et la mise en œuvre coordonnée des politiques publiques. C'est au niveau départemental et parfois même infra-départemental que se jouent l'organisation des parcours et la coordination opérationnelle des acteurs, dont l'hôpital est un des piliers.

Il apparaît alors essentiel que cet échelon départemental, tout comme les services hospitaliers ou les pôles-les services dans le pilotage des établissements, dispose de marges de propositions, de décisions et d'actions. Une telle subsidiarité ne doit pas fragmenter le système, elle doit renforcer la capacité d'action de chacun et assurer des liens solides entre les acteurs, parmi lesquels figurent les élus, notamment les maires, et les présidents des départements. Elle doit dépasser la juxtaposition des initiatives pour construire un projet territorial partagé associant les établissements, les professionnels libéraux, la médecine de ville, les élus, les acteurs médico-sociaux, les représentants des usagers, les patients experts ou bien encore les élus.

Penser l'hôpital de demain, tant à court terme qu'à moyen terme, c'est le penser comme un acteur fondamental d'un écosystème de soins territorial. Pourquoi dès lors ne pas envisager la création de Groupements de Santé de Territoires avec un pilotage au plus près et toujours sous-tendu par la performance des soins ?

Une performance de soins avec des leviers multiples qui peuvent se déployer au niveau territorial : les soins et les parcours gradués, tels que cela avait été évoqué, mais également la formation, y compris la formation des médecins avec le déploiement de premières années de médecine sur les territoires, la recherche, mais également la prévention, dans une dimension interministérielle.

Les enjeux sont majeurs pour notre système de santé afin de le pérenniser, de garantir l'accès à tous, mais également pour continuer à maintenir pour les territoires et pour les acteurs le sens de leur action et de leur engagement. Agir pour, dans un souci et avec une volonté de long terme, les patients, l'accès aux soins et la qualité de leur prise en charge.



FORMER POUR SECURISER L'URGENCE

HARMONISER LA FORMATION DES ARM POUR RENFORCER LA QUALITÉ DE LA RÉGULATION MÉDICALE ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS



CAROLINE GERVASONI
Présidente de l'Association
Nationale des CFARM



ancfarm.fr

La régulation médicale est aujourd'hui un pilier essentiel de l'organisation des soins urgents en France. En première ligne des centres 15, les Assistants de Régulation Médicale (ARM) assurent l'accueil, l'identification, la priorisation et l'orientation des appels. Leur rôle, longtemps méconnu, est pourtant déterminant dans la sécurisation des parcours de soins et l'optimisation des ressources médicales. La reconnaissance institutionnelle du métier, avec la création d'un diplôme et des Centres de Formation des Assistants de Régulation Médicale (CFARM), marque une avancée majeure. Mais cette structuration appelle désormais un second temps : celui de l'harmonisation des pratiques pédagogiques et du développement d'une formation continue ambitieuse et cohérente à l'échelle nationale.

À travers mon parcours – d'ARM au SAMU Centre 15 de l'Isère en 2014 à responsable pédagogique d'un CFARM, puis présidente de l'Association Nationale des Centres de

Formation des Assistants de Régulation Médicale (ANCFARM) – j'ai pu mesurer combien la formation constitue le socle de la qualité, de la sécurité et de la reconnaissance de notre profession.

De l'exercice en SAMU Centre 15 à l'engagement pédagogique. Lorsque j'ai intégré le SAMU 38 en 2014, le métier d'ARM reposait encore largement sur l'apprentissage en situation et la transmission entre pairs. Cette modalité, riche humainement, présentait toutefois des limites en termes d'harmonisation des pratiques et de formalisation des compétences.

Au fil des années, j'ai souhaité m'investir dans la réflexion collective autour de nos pratiques professionnelles. En devenant formatrice en interne puis responsable du staff de régulation des ARM, j'ai participé à la mise en place d'un espace structuré d'analyse des situations complexes rencontrées en Centre 15. Ce travail, mené en



étroite collaboration avec les médecins régulateurs, avait pour objectif d'améliorer la compréhension mutuelle des contraintes, d'affiner les stratégies de questionnement et de renforcer la cohérence des décisions.

Cette expérience a profondément structuré ma vision : la qualité de la régulation ne dépend pas uniquement de protocoles, mais d'une capacité collective à analyser, questionner et ajuster les pratiques. La formation ne peut être figée ; elle doit être vivante, réflexive et collaborative.

La création des CFARM : une étape fondatrice

L'ouverture du CFARM de Grenoble a constitué une étape déterminante dans mon parcours professionnel. Être détachée comme formatrice m'a permis de contribuer à la construction d'une ingénierie pédagogique dédiée à un métier désormais reconnu par un cadre national.

La nomination, en 2023, au poste de responsable pédagogique a représenté une reconnaissance professionnelle forte et une opportunité d'évolution encore rare pour une ARM. Elle illustre également l'évolution de notre profession : les ARM ne sont plus seulement des acteurs opérationnels, mais deviennent également des experts pédagogiques, des référents qualité et des contributeurs aux politiques de formation.

La création des CFARM a permis de :

- Formaliser un référentiel de compétences ;
- Structurer des parcours pédagogiques cohérents ;
- Intégrer des apports théoriques solides ;
- Développer la simulation et les mises en situation ;
- Professionnaliser l'évaluation des compétences.

Toutefois, la mise en œuvre territoriale de ces centres a naturellement généré des variations dans les pratiques pédagogiques, liées aux contextes locaux, aux équipes et aux organisations hospitalières.

Les CFARM ne constituent pas uniquement un dispositif de formation initiale, mais un véritable levier de compétence progressive, permettant aux ARM de développer un haut niveau d'expertise technique, communicationnelle et décisionnelle, en cohérence avec le référentiel national et les exigences de qualité et de sécurité définies par le cadre réglementaire.

De la coordination informelle à la structuration nationale : la naissance de l'ANCFARM

Rapidement, les équipes pédagogiques des différents CFARM ont partagé des questionnements communs : modalités d'évaluation, harmonisation des contenus, articulation entre théorie et stages, place de la simulation, accompagnement des formateurs, structuration de la formation continue.

À l'initiative du CFARM de Grenoble, un groupe InterCFARM a été constitué afin de créer un espace d'échanges et de mutualisation. En parallèle, des travaux ont été conduits avec les acteurs institutionnels, notamment la

Direction générale de l'Offre de soins (DGOS), afin d'inscrire ces réflexions dans une perspective nationale. Progressivement, l'idée d'une association nationale s'est imposée comme une évidence. Ainsi est née l'ANCFARM, avec une ambition claire : représenter les CFARM, favoriser l'harmonisation des pratiques et contribuer activement à l'évolution du métier d'ARM.

Être élue présidente de cette association a constitué pour moi un honneur immense, mais surtout le symbole d'une profession qui s'organise collectivement pour porter sa voix.

Harmoniser les pratiques : un enjeu d'équité et de sécurité
L'harmonisation des pratiques pédagogiques constitue aujourd'hui l'un des axes majeurs de travail de l'ANCFARM.

Il ne s'agit pas d'uniformiser de manière rigide les enseignements, mais de garantir :

- Une équité de formation pour tous les apprenants ;
- Une cohérence nationale dans l'acquisition des compétences ;
- Une traçabilité et une objectivation des évaluations ;
- Un socle commun de qualité.

Dans un système de santé marqué par la mobilité professionnelle et la coopération interterritoriale, il est indispensable que les ARM formés dans différents CFARM partagent un même niveau d'exigence et une culture professionnelle commune.

L'harmonisation contribue également à la sécurisation des pratiques. Une formation structurée, évaluée selon des critères partagés et adossée à des retours d'expérience formalisés permet de réduire les écarts de pratique et d'améliorer la qualité globale de la régulation.

La formation continue : un impératif stratégique

Si la formation initiale constitue le socle, elle ne saurait suffire dans un environnement en constante mutation. L'évolution des organisations, le déploiement des dispositifs SAMU-SAS, l'augmentation du volume d'appels et la complexification des situations exigent une actualisation permanente des compétences.

La formation continue des professionnels des SAMU-SAS doit être envisagée comme :

- Un outil d'adaptation aux évolutions organisationnelles ;
- Un levier de sécurisation des pratiques ;
- Un espace d'analyse réflexive ;
- Un facteur de prévention de l'épuisement professionnel ;
- Un vecteur de reconnaissance et d'attractivité du métier.

L'ANCFARM s'engage dans une réflexion structurée visant à proposer des cadres cohérents de formation continue, intégrant l'analyse des pratiques, la simulation, les retours d'expérience et les apports théoriques actualisés. L'enjeu est de passer d'actions ponctuelles à une véritable stratégie nationale de développement professionnel continu adaptée aux spécificités des ARM des SAMU-SAS.

Promouvoir la recherche et renforcer la reconnaissance professionnelle

La profession d'ARM doit également s'inscrire dans une dynamique de recherche. Documenter les pratiques, analyser les processus décisionnels en régulation, évaluer l'impact des formations : autant de champs encore insuffisamment explorés.

La promotion de travaux de recherche contribue à :

- Objectiver les compétences mobilisées ;
- Améliorer les référentiels pédagogiques ;
- Renforcer la légitimité scientifique du métier ;
- Soutenir la reconnaissance institutionnelle.

À travers la structuration nationale des CFARM et l'action de l'ANCFARM, une nouvelle étape s'ouvre : celle d'une profession qui affirme sa capacité d'expertise et son rôle stratégique au sein du système de santé.

Une responsabilité collective au service de la population
L'harmonisation des pratiques pédagogiques et le développement d'une formation continue ambitieuse ne

relèvent pas d'un enjeu corporatiste. Ils répondent à une exigence de santé publique.

Chaque appel reçu en Centre 15 représente une situation potentiellement critique. La qualité de la réponse apportée dépend directement de la compétence, de la rigueur et de la capacité d'analyse de l'ARM.

Garantir une formation exigeante, harmonisée et évolutive, c'est garantir la sécurité des patients et la qualité de la régulation médicale.

L'ANCFARM incarne cette ambition collective : fédérer les centres de formation, structurer les échanges, porter une voix commune auprès des institutions et contribuer activement à l'évolution du métier.

Au-delà d'un parcours individuel, c'est l'histoire d'une profession qui s'organise, se structure et affirme sa place dans un système de santé en pleine transformation.

Parce qu'au bout du fil, il y a toujours une urgence. Et derrière chaque régulation réussie, il y a un professionnel formé, soutenu et reconnu.



UNE ECHELLE POUR PRIORISER L'URGENCE

L'ÉCHELLE DE TRI ARM STRUCTURE
L'ORIENTATION DES APPELS ET HARMONISE
LES PRATIQUES ENTRE ARM ET MÉDECINS
RÉGULATEURS

1. Introduction

Dans un contexte marqué par l'intensification des sollicitations adressées aux centres de réception et de régulation des SAMU - Services d'Accès aux Soins (SAS), la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Samu-Urgences de France (SUdF), le Collège de Médecine Générale (CMG) et l'Association Nationale pour l'Organisation de la Permanence de Soins et des SAS (ANOPS) ont uni leurs compétences pour concevoir une échelle de tri des appels adressés au SAMU-SAS. Les objectifs sont doubles :

- Renforcer la qualité, l'homogénéité et la sécurité de la prise en charge téléphonique des patients.
- Harmoniser les pratiques entre les Assistants de Régulation Médicale (ARM) et les Médecins régulateurs.

1. Description Générale des Tris

Ce travail collégial, fruit d'une concertation entre professionnels de santé de terrain et experts de la régulation médicale, vise à renforcer la qualité, l'homogénéité et la sécurité de la prise en charge téléphonique des patients. L'échelle de tri est conçue comme un outil d'aide à la décision destiné aux ARM. Elle permet de mieux orienter les appels entrants entre les filières de l'aide médicale

urgente ou des soins non programmés, en lien avec le médecin régulateur et dans des délais adaptés à la situation du patient.

Actuellement, le tri ARM et la priorisation sont basés sur le Guide de Régulation Médicale SUdF en trois niveaux : P0 (engagement reflexe de ressources par l'ARM immédiatement suivi d'un acte de régulation médicale prioritaire), P1 (régulation médicale prioritaire) P2 (régulation médicale éventuellement temporisée) et P3 (régulation médicale reportée ou programmée et traitée par un rappel).

La généralisation du SAS (décret n° 2024-541 du 14 juin 2024), l'extension de la participation des médecins généralistes en régulation et l'accroissement des appels, ont rendu nécessaire de scinder la priorité P2 en P2 AMU (Aide médicale urgente) et P2 SNP (Soins non programmés) afin d'ajuster l'orientation et la priorisation des appels à la réalité du besoin de soins des patients.

L'échelle de tri ARM est une échelle de tri à six niveaux : 3 niveaux pour chacune des deux filières avec respectivement pour AMU P0, P1, P2 AMU, P2 MRG, P3 et P4 pour la filière SNP :

ÉCHELLE DE TRI ARM

DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

TRI	SITUATION	RISQUE D'AGGRAVATION	ACTION	DÉLAI DE RÉGULATION
P0	Détresse vitale majeure	Immédiat	Engagement SMUR et moyens de secours	Immédiat
P1	Atteinte grave organe ou traumatisme sévère	< 1 heure	Régulation AMU prioritaire	< 5 min
P2 AMU	Atteinte potentielle d'organe	< 4 heures	Régulation AMU	< 10 min
P2 MRG	Atteinte fonctionnelle évolutive	< 6 heures	Régulation SNP	< 15 min
P3	Atteinte stable	< 12 heures	Régulation SNP	< 2 heures
P4	Situation non urgente	< 24 heures	Rappel ou conseil ARM	Pas de délai

2. Construction de l'Échelle

La construction de cette échelle s'est faite en plusieurs étapes. C'est en 2022 que la commission RISSQ (Risque Incident Sécurité Sureté Qualité) de la SFMU a identifié le besoin de cette échelle, suite à une étude comparant l'attribution des appels pour douleurs abdominales entre deux SAMU de taille et d'organisation différente, mettant en avant une différence dans l'attribution des appels.

L'échelle a été construite sur le modèle de l'échelle de tri French des IOA, écrite par la SFMU avec notamment les tris médians et les modulateurs. La plupart des items de la French ont été repris et adaptés à la régulation. Il y a plus de 100 motifs d'appels, triés par appareil (ex respiratoire, digestif, gyneco mais aussi pédiatrie). Le travail s'est poursuivi en collaboration avec le Board Régulation de la SFMU associant des médecins régulateurs urgentistes et des ARM. En 2024, l'évolution de l'échelle de tri a été nécessaire et conduit en lien avec la représentation de la médecine générale. Ce travail mené en commun entre la SFMU, SUDF, l'ANOPS et le CMG a abouti à la version 2025. Pour chaque situation, le risque d'aggravation est identifié, une action à réaliser par l'ARM est défini (envoi ou non en réflexe) et un délai de régulation et in fine le tri correspondant sont proposés.

Exemple Pratique : hématomèse

EXEMPLE PRATIQUE : VOMISSEMENTS DE SANG / HÉMATOMÈSE					
MOTIF	TRI N1	TRI N2 MRU/MRG			
	P0	P1	P2 AMU	P2 MRG	P3
AMU / SNP	Malaise / hypotension	Malaise /			
		Filet de sang dans vomissement sans autre signe			

Explication : le tri médian pour une hématomèse est P2 AMU. En cas de signes de choc (malaise/hypotension), le tri passe en P1. En cas de filet de sang sans autre signe, le tri est P2 MRG.

Conclusion

L'échelle de tri ARM vise à harmoniser les pratiques entre les ARM et les médecins régulateurs, qu'ils soient généralistes ou urgentistes, sur l'ensemble du territoire. Elle constitue un langage commun, favorisant une coordination renforcée au sein des SAMU-SAS. Elle devra être enseignée au sein des CFARM et diffusée au sein des SAMU-SAS.

Cette échelle ne se substitue ni au règlement intérieur ni à l'organisation propre à chaque SAMU-SAS. Son utilisation doit tenir compte de la démographie médicale et l'organisation des filières de médecine d'urgence et de médecine générale.

Il est également essentiel que les applicatifs de régulation médicale évoluent pour intégrer les 6 niveaux de tri. Enfin, l'échelle de tri fera l'objet d'une évaluation continue et pourra évoluer pour mieux répondre aux réalités, aux besoins du terrain et à l'arrivée des nouveaux professionnels dans les SAMU-SAS.

Docteur CAPLETTE Catherine, Docteur PENVERNE Yann, Monsieur RADOU Ludovic, Professeur FRAPPE Paul, Docteur RIBAUT Nicolas

CONSTRUCTION DE L'ÉCHELLE

SITUATION

RISQUE D'AGGRAVATION

ACTION

DÉLAI DE RÉGULATION

LA CUMP DU SAMU 73

SOUTENIR LES ÉQUIPES AU QUOTIDIEN

Un soutien psychologique intégré.

Des infirmiers et psychologue de la CUMP présents au quotidien

Au SAMU 73, la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) n'intervient pas uniquement lors des crises majeures : elle est aussi présente au quotidien auprès des équipes.

Des professionnels passent régulièrement en salle du CCRA, un lieu au cœur de l'activité de régulation médicale. Leur présence, discrète mais attentive, offre un espace d'écoute et d'échanges avec les Assistants de Régulation Médicale (ARM), souvent exposés à une charge émotionnelle importante.

« Les ARM sont confrontés, jour après jour, à des appels d'une grande intensité émotionnelle. Il est essentiel qu'ils aient un espace où déposer un peu de ce vécu », explique un infirmier de la CUMP.

Un lien humain et professionnel

Ces passages réguliers permettent de créer un lien de confiance. Les infirmiers et psychologue de la CUMP ne se limitent pas à une écoute bienveillante : ils apportent aussi des réponses concrètes aux interrogations, des conseils de régulation émotionnelle et des repères sur la conduite à tenir face à certaines situations difficiles.

Cette démarche de proximité permet de prévenir les risques psychosociaux, tout en maintenant la qualité du travail d'équipe.

« L'idée, c'est de venir avant que le mal-être ne s'installe. Nous faisons de la prévention, pas uniquement de la réparation », souligne un membre de l'équipe.

Une collaboration avec la santé au travail

La CUMP du SAMU 73 travaille en synergie avec le service de santé au travail, afin que ce dernier soit identifié comme un partenaire et qu'il puisse intervenir dès que nécessaire. Cette coordination favorise une approche globale de la santé psychologique au sein du service. Une psychologue du SST est présente deux demi-journées par semaine au SAMU 73.

Une culture du soutien et de la reconnaissance

En s'appuyant sur cette organisation de terrain, on peut développer une véritable culture du soutien professionnel. Cette approche proactive reconnaît la difficulté des métiers de l'urgence et valorise les femmes et les hommes qui y consacrent leur énergie.

Renforcer la prise en charge des ARM par un système de pair-aidance

Il est aujourd'hui largement reconnu que les Assistants de Régulation Médicale figurent parmi les professionnels les plus exposés au stress secondaire et au traumatisme vicariant. Les appels de détresse répétés, l'exposition quotidienne à des récits de souffrance, l'obligation d'une réponse rapide et adaptée, ainsi que l'absence de retour visuel sur les situations, créent un terrain propice



à l'usure psychique.

Même si des dispositifs existent déjà (Service de santé au travail, interventions ponctuelles des CUMP, soutien hiérarchique, dynamiques d'équipe), il semble possible - et souhaitable - d'aller plus loin.

L'une des pistes les plus prometteuses serait la mise en place, au sein des SAMU, d'un système structuré de pair-aidance, à l'image de ce qui se fait déjà chez les techniciens ambulanciers paramédicaux au Québec. Ce dispositif est fortement apprécié, car il repose sur une compréhension intime du vécu professionnel - quelque chose qu'un professionnel extérieur ne peut pas toujours comprendre.

Qu'est-ce que la pair-aidance ?

La pair-aidance s'appuie sur un principe fondamental : offrir un premier niveau de soutien par des professionnels issus du même métier, partageant les mêmes contraintes opérationnelles et émotionnelles. Ces pairs, volontaires, bénéficient d'une formation spécifique centrée sur l'écoute active, la compréhension du stress traumatique, le repérage des signaux précoces d'épuisement et les limites de leur rôle. Leur intervention se décline à plusieurs niveaux : ils peuvent agir en prévention, en maintenant un climat d'échanges ouverts au sein de l'équipe ; en soutien informel, lorsqu'un collègue traverse une situation émotionnellement chargée ; ou encore en relais vers des ressources plus spécialisées - CUMP, médecine du travail, psychologues - lorsque le besoin dépasse le cadre d'un accompagnement de proximité.

Dans les modèles déjà éprouvés, la pair-aidance bénéficie d'une véritable reconnaissance institutionnelle. Cette légitimité permet non seulement de sécuriser le dispositif, mais aussi d'assurer son inscription durable dans l'organisation, en le rendant visible, structuré et considéré comme un outil à part entière de soutien aux professionnels. Cette reconnaissance facilite également l'accès à la formation des pairs, l'aménagement de temps dédiés et la mise en place de protocoles clairs.

Au-delà de son utilité opérationnelle, la pair-aidance représente surtout une évolution majeure de la culture professionnelle. En valorisant la parole entre collègues, en normalisant le partage de difficultés émotionnelles et en luttant contre l'isolement, elle contribue à déstigmatiser le stress psychologique dans des métiers où l'on a parfois tendance à "tenir bon" en silence. Elle favorise une vision plus collective du bien-être au travail, où l'entraide et la vigilance mutuelle deviennent des marqueurs de professionnalisme autant que de solidarité. En ce sens, la pair-aidance ne se limite pas à un outil supplémentaire : elle constitue un levier durable pour renforcer la santé mentale des ARM et consolider la cohésion des équipes de régulation.

Christophe LAFFINEUR
Infirmier - Co-référent de la CUMP des Savoie

LA PROTECTION CIVILE AUX CÔTÉS DU SAMU

DES EQUIPES MOBILISEES POUR
RENFORCER LA REPONSE AUX URGENCES
SUR LE TERRAIN



PROTECTION CIVILE
AIDER · SECOURIR · FORMER

protection-civile.org

Chaque jour, partout en France, des femmes et des hommes s'engagent pour porter secours aux plus fragiles. Aux côtés du SAMU et du SAMU Social, la Protection Civile joue un rôle essentiel dans la prise en charge des urgences et l'assistance aux personnes les plus démunies.

En renfort du SAMU Social, les bénévoles de la Protection Civile interviennent auprès de publics vulnérables, souvent en situation de grande précarité. Leur action s'inscrit dans une coopération étroite et durable avec les SAMU, fondée sur la complémentarité des compétences et une même exigence : apporter une réponse rapide, humaine et adaptée à chaque situation d'urgence.

Une collaboration opérationnelle sur tout le territoire

Les équipes de la Protection Civile travaillent de pair avec les SAMU partout en France. Cette collaboration a pris une dimension toute particulière lors de la crise sanitaire liée à la Covid-19 en 2020. Dans un contexte inédit, marqué par une saturation des dispositifs de secours et de soins, les bénévoles de la Protection Civile ont été massivement

mobilisés aux côtés de l'ensemble des SAMU du territoire. Engagés sur des missions de prompt secours, de soutien aux services d'urgence et d'appui aux structures hospitalières, ils ont contribué à renforcer les dispositifs existants et à soulager des équipes fortement sollicitées. Cet engagement sans précédent a illustré la capacité d'adaptation et la complémentarité opérationnelle entre la Protection Civile et les SAMU face à une crise sanitaire d'ampleur internationale.

Les gardes SAMU : un engagement de terrain

Les antennes de la Protection Civile participent régulièrement à des gardes pour le SAMU. Lors de ces dispositifs, les équipages de secouristes sont directement sollicités par la régulation du 15 afin d'intervenir auprès des victimes, que ce soit à domicile ou sur la voie publique.

Sur le terrain, les bénévoles prodiguent les premiers secours, évaluent l'état de la victime et assurent une prise en charge adaptée à la situation. Si nécessaire, ils procèdent à une évacuation vers un établissement hos-



pitalier à l'aide de leur Véhicule de Premiers Secours. Cette capacité d'intervention rapide permet d'optimiser la réponse opérationnelle, de renforcer l'action du SAMU et de garantir une continuité des soins dès les toutes premières minutes de la prise en charge.

Relais du SAMU (15) : une chaîne de secours renforcée

Dans le cadre de son partenariat avec le SAMU, la Protection Civile prend en charge une partie des interventions générées par les appels au 15, en fonction du niveau d'urgence évalué par la régulation médicale. Les équipes prennent alors le relais, se rendent sur place et mettent en œuvre les gestes de premiers secours nécessaires.

En contact permanent avec le médecin régulateur du SAMU, elles transmettent en temps réel les informations essentielles sur l'état de la situation. Ce lien constant permet au médecin de décider de la suite à donner : transport en milieu hospitalier, engagement d'une équipe médicale, intervention d'un médecin de garde ou simple conseil médical.

Par leur disponibilité, leur professionnalisme et leur engagement bénévole, les équipes de la Protection Civile s'inscrivent comme un maillon indispensable de la chaîne des secours. Aux côtés du SAMU, elles contribuent chaque jour à renforcer la réponse aux urgences et à porter assistance à ceux qui en ont le plus besoin.

Cette coopération s'inscrit pleinement dans l'héritage de Louis Lareng, fondateur du SAMU et président de la FNPC de 1991 à 2009, dont la vision (amener les soins au plus près du patient grâce à une organisation coordonnée et réactive) fait écho aux valeurs et à l'engagement de terrain portés depuis toujours par la Protection Civile.

ENSEMBLE FACE AU TRAUMATISME

SOUTENIR LES VICTIMES DES LES PREMIERES HEURES

Face aux situations de crise et aux événements traumatisants, la prise en charge psychologique des victimes et des impliqués constitue un enjeu majeur de la réponse de secours. Aux côtés de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP), la Protection Civile s'inscrit depuis de nombreuses années comme un partenaire engagé et complémentaire, au service des populations sinistrées.

Une convention nationale fondatrice

En janvier 2010, la Protection Civile a signé une convention nationale avec la CUMP du SAMU, marquant une étape structurante dans la coopération entre les deux entités. Cette convention formalise l'apport de la Protection Civile aux missions des équipes opérationnelles de la CUMP, notamment dans le cadre du soutien et de l'aide aux populations confrontées à des événements traumatisants.

À la demande de la CUMP, la Protection Civile met ainsi à disposition des personnels opérationnels spécifiquement formés à l'écoute et à l'accompagnement des victimes en détresse psychologique. Ces bénévoles interviennent auprès des impliqués pour offrir une présence rassurante, un soutien humain et une première prise en charge émotionnelle. Parallèlement, l'association mobilise des équipiers et des moyens matériels capables de répondre aux besoins logistiques inhérents à ce type d'intervention.

Une réponse coordonnée lors des situations traumatisantes

Accidents collectifs, catastrophes naturelles, attentats ou violences en milieu scolaire : lors de situations à fort

impact émotionnel, la Protection Civile intervient aux côtés de la CUMP afin d'assurer un soutien psychologique immédiat aux victimes directes, aux témoins et aux proches. Cette action conjointe permet de compléter l'expertise médico-psychologique des équipes de la CUMP par un appui humain, logistique et organisationnel indispensable sur le terrain.

Une collaboration éprouvée sur le terrain

La Cellule d'Urgence Médico-Psychologique peut compter sur l'engagement des bénévoles de la Protection Civile lors des situations les plus sensibles. En avril 2025, à la suite de l'attaque au couteau survenue dans un lycée de Nantes, les bénévoles de l'antenne de Loire-Atlantique (APC 44) ont été mobilisés aux côtés de la CUMP pour accompagner les victimes, les témoins et les familles. Leur action a permis la mise en place de dispositifs d'accueil et de soutien psychologique, illustrant une nouvelle fois la complémentarité et la coordination étroite entre la Protection Civile et la CUMP au service des impliqués.

Une expérience forgée par des décennies d'engagement

Depuis plusieurs décennies, la Protection Civile s'est mobilisée lors de nombreux événements majeurs ayant profondément marqué la société française. Qu'il s'agisse de l'attentat du RER Saint-Michel en 1995, du Bataclan en 2015, de l'attentat de Nice, ou encore de celui de Strasbourg, les bénévoles ont su intervenir pour évacuer les victimes, contribuer à leur prise en charge psychologique et mettre en place des centres d'hébergement d'urgence.





Soutenir, écouter, orienter : une mission essentielle

Plus récemment, des bénévoles de la Protection Civile, formés à l'Aide et à l'Écoute Psychologique, ont été engagés auprès des populations de Mayotte après le passage du cyclone Chido. En première ligne, leur mission consiste à identifier les signes de détresse psychologique, offrir un soutien immédiat et orienter les victimes vers la CUMP afin de garantir un accès rapide à des soins psychologiques adaptés.

Focus formation : Aide et Écoute Psychologique (AEP)

Pour renforcer encore l'accompagnement des victimes et des témoins en situation de crise, la Protection Civile propose une formation Aide et Écoute Psychologique (AEP), structurée en deux niveaux complémentaires, spécialement conçue pour développer des compétences humaines essentielles dans l'aide socio-psychologique.

Objectifs de la formation :

- Apprendre à apporter un soutien psychologique adapté face à des situations de crise.
- Comprendre les mécanismes du stress, du traumatisme et leurs manifestations.
- Développer des compétences d'écoute active, de bienveillance et de présence empathique.

Cette formation s'adresse à tous : secouristes, bénévoles, aidants et citoyens souhaitant être utiles dans des contextes sensibles.

Contenu des niveaux :

- Niveau 1 : introduction aux fondamentaux de l'écoute et de l'accompagnement, repérage du stress et de ses effets, attitudes et postures à adopter face à une personne en détresse.
- Niveau 2 : approfondissement des techniques relationnelles, étude de cas spécifiques (crises collectives, traumatismes complexes), mises en situation et intégration des bonnes pratiques pour une intervention socio-psychologique efficace.

À l'issue de cette formation, les participants sont mieux préparés à intervenir en situation de choc ou de traumatisme, qu'il s'agisse de catastrophes, d'accidents graves ou d'événements violents, en complément de l'action médico-psychologique conduite par la CUMP.

Par leur engagement, leur formation et leur capacité d'adaptation, les bénévoles de la Protection Civile constituent un appui précieux pour les équipes de la CUMP. Ensemble, ces acteurs de l'urgence médico-psychologique œuvrent dans un objectif commun : prendre soin des victimes, dès les premières heures, et accompagner les populations sur le chemin de la reconstruction.



LE CENTRE DE CRISES SANITAIRES

AU CŒUR DU PILOTAGE NATIONAL DES ALERTES ET DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Crée en mars 2024 des suites des enseignements de la gestion de l'épidémie de covid, le Centre de crises sanitaires (CCS) du ministère chargé de la santé a pour missions de renforcer les capacités d'anticipation, de préparation et de gestion des alertes et des crises, qui sont devenues plus fréquentes, complexes et intenses.

Le 1er mars 2024, le Centre de crises sanitaires (CCS) a été créé après la crise covid au sein de la Direction générale de la santé (DGS), dont il constitue le bras armé pour le pilotage national, en cas de situation sanitaire exceptionnelle (SSE). Le renforcement des capacités de préparation de la réponse aux alertes et crises s'appuie sur un continuum anticipation-préparation-gestion qui est assuré par le Pôle de préparation aux crises et le CORRUSS, avec l'appui d'un Bureau du pilotage de la performance.

Le Centre de Crises Sanitaires a repris les missions auparavant exercées par la sous-direction de la Veille et de la Sécurité Sanitaire (VSS). Fort d'une soixantaine d'agents, il est aussi l'interlocuteur des partenaires interministériels compétents dans le champ de la préparation et de la gestion des crises. Il est le « point focal national » en cas d'alerte ou de crise, vis-à-vis des autres pays ainsi que de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Le CCS assure une réponse opérationnelle aux alertes et crises 24h/24 et organise chaque semaine une réunion de sécurité sanitaire (RSS) avec l'ensemble des agences san-

itaires nationales, les directions centrales du ministère et les partenaires interministériels (armée, sécurité civile, ...).

Au niveau national, chargé de la planification sanitaire, il a rédigé à l'attention des agences régionales de santé (ARS), le guide d'élaboration du plan ORSAN (pour « Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle »). Chaque ARS est tenue d'élaborer son plan ORSAN, articulé avec le dispositif ORSEC piloté par les préfets.

Le CCS s'inscrit dans une vision stratégique pour contribuer à la résilience de la Nation face aux crises, notamment, par la préparation aux risques épidémiques et biologiques (pandémie grippale et arboviroses en particulier), aux événements climatiques ou accidentels ainsi qu'à une hypothèse d'engagement majeur (HEM) en cas de conflit armé de haute intensité.

Anticiper et préparer les crises

Le Pôle de préparation aux crises regroupe quatre unités :

- L'unité surveillance et anticipation des risques (USAR) contribue à l'analyse des menaces sanitaires, notamment les risques émergents et les maladies à risque épidémique à court et moyen terme. Sur cette base, l'USAR définit le cadre de la surveillance sanitaire opérée par les agences et le besoin de diagnostic, de prise en charge et de mise



à jour des conduites à tenir, afin de disposer de stratégies performantes et innovantes face au risque biologique et épidémique. Elle assure le lien avec les instances de recherche et d'innovation afin de promouvoir les travaux nécessaires à l'anticipation des risques et à leur gestion. En 2024, l'USAR a actualisé la stratégie de lutte contre les IRA et définit des stratégies d'anticipation de la circulation d'un virus zoonotique de la grippe chez l'être humain.

- L'unité doctrine et planification (UDP) définit les stratégies de réponse face aux différents risques et menaces et élabore les plans de réponse associés. Afin d'accompagner la montée en puissance du système de santé pour faire face aux SSE, le CCS a mis en place le dispositif ORSAN et structuré le réseau des établissements de santé de référence, coordonné par les missions nationales COREB, CORRAD, CORTOX et CORAMAVI. En 2024, l'UDP a notamment travaillé sur la préparation sanitaire des Jeux Olympiques et Paralympiques, la déclinaison santé du plan interministériel « pandémie », contribué au plan national de réponse à un accident nucléaire ou radiologique majeur, accompagné la mise en œuvre de la doctrine interministérielle relative aux nombreuses victimes et révisé le dispositif de gestion sanitaire des vagues de chaleur. En outre, l'UDP travaille sur la préparation à l'hypothèse d'engagement majeur et les modalités d'appui du système de santé civil au service de santé des armées.

- L'unité moyens de réponse (UMR) assure le pilotage de l'ensemble des moyens sanitaires nécessaires pour répondre aux crises majeures et, leur déploiement sur le territoire. Elle travaille à sécuriser l'approvisionnement et la gestion des moyens, en lien notamment avec Santé publique France (SpF). Elle pilote l'acquisition du stock stratégique national, qui comprend notamment des masques, des vaccins, des antidotes, ou encore des moyens spécifiques tels que les brancards Epishuttle positionnés dans les établissements de référence nationaux (ESRN) pour répondre à un risque épidémique et biologique (REB). En 2024, elle a déployé, en lien avec les ARS et les SAMU, des PSM en Nouvelle-Calédonie, à La Réunion (en appui de Mayotte, lors du cyclone Chido) ou encore au Liban, en lien avec le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. L'UMR travaille également avec SpF à l'évolution du cadre d'emploi de la réserve sanitaire et plus généralement à la stratégie de mobilisation des ressources humaines en SSE.

- L'unité formation, exercices, retex et viviers de crise (UFER), nouvellement créée pour assurer et maintenir un haut niveau de préparation aux SSE, travaille à une stratégie et des parcours de formation et d'entraînement des agents du ministère, des ARS et des professionnels de santé en lien avec différents partenaires (Association nationale des CESU, EHESP, IHEMI, CNCMFE, ACASAN/Ecole militaire du Val-de-Grâce...), et pilote la plateforme de formation SSE déployée en ligne par l'EHESP. Elle organise la composante Santé des exercices interministériels de crise et réalise des retex lors des SSE, exercices et grands événements type JOP. Enfin, elle constitue, au sein des

ministères sociaux, des viviers de renforts pour appuyer le CCS en cas de crise intense ou prolongée.

Le Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS)

Unité opérationnelle du CCS, le CORRUSS, créé en 2007, a été renforcé en 2024 avec des recrutements diversifiés et l'arrivée de quatre agents chargés de la première ligne de réponse aux alertes et signalements, en lien avec 13 analystes spécialisés dans des champs d'actions divers (épidémiologie, gestion de crise, offre de soins, médecine de santé publique, expertise pharmaceutique, etc.). Il est certifié ISO 9001. Le CORRUSS analyse 24h/24, 7j/7 et en moins d'une heure, les signalements reçus des ARS ou des partenaires nationaux et internationaux – il en a traité plus de 1 200 en 2024 – dès lors que leur impact sanitaire ou leur portée nécessite un suivi ou un appui national. Il mobilise l'expertise interne (médecins, pharmaciens, ingénieurs, cadres de santé, épidémiologistes, gestionnaires de crise) ou externe (agences sanitaires nationales, experts) et diffuse des instructions aux agences sanitaires nationales, aux ARS (messages MINSANTE), ou aux professionnels de santé : Messages rapide d'alerte sanitaire ou (MARS) pour les établissements de santé et médicosociaux, DGS Urgents pour l'ensemble des professionnels.

Les alertes sont variées (infectieuses, alimentaires, climatiques, environnementales, cyber, tensions de l'offre de soins ou médico-sociale), ... Ainsi en 2024, elles concernaient aussi bien des contact tracing internationaux (rougeole, tuberculose, infection invasive à méningocoque...) que les impacts d'une canicule ou d'un accident industriel, les conséquences du cyclone Chido à Mayotte, les émeutes en Nouvelle-Calédonie, etc. Par ailleurs, le CORRUSS a poursuivi en 2024 des opérations d'évacuations sanitaires avec la prise en charge de patients depuis l'Ukraine et Gaza.

En fonction du niveau d'alerte, le centre opérationnel a une organisation graduée en quatre niveaux : veille / gestion courante des signalements et alertes sanitaires (C01), coordination renforcée avec équipe dédiée pour un événement type épidémie hivernale (C02), création d'une task-force pour les Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) pouvant avoir un impact sanitaire majeur type Mpox ou Jeux Olympiques et Paralympiques (C03), activation en mode crise face aux SSE majeures type Covid-19 (C04). Pour les niveaux 3 et 4, l'ensemble des équipes du CCS se joignent au CORRUSS pour la gestion de la SSE, et font appel, si besoin, à des renforts de personnels issus du ministère.

Une volonté de transversalité

Le CCS comprend également un Bureau du pilotage de la performance (BPP) qui assure la coordination des missions transversales – telles que les relations internationales, les systèmes d'information ou le budget – et de l'activité de l'ensemble du centre. Il organise la par-

ticipation du CCS aux différents comités qui le lient à ses nombreux partenaires.

Les actions du CCS sont tournées vers l'opérationnel pour piloter et appuyer les acteurs du terrain. Au niveau national, le CCS représente la santé dans la cellule interministérielle de crise (CIC), peut mobiliser des moyens dédiés (RH et matériels) et mettre en place une coordination spécifique : dispositifs et plan nationaux pour les EVASAN extra-zonales, la prise en charge de nombreux patients brûlés, déclenchement de l'Equipe nationale REB, etc.

Au niveau international, le CCS est le point focal national et le correspondant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre du règlement sanitaire international RSI (2005) et de la Commission européenne. Il contribue à des missions d'appui au profit des ressortissants français à l'étranger, ainsi qu'au déploiement de l'aide médicale internationale, à l'occasion de catastrophes naturelles ou de conflits de haute intensité.

Enfin, dans la continuité de la création du Centre de crises sanitaires est créé en mars 2024 un département de la communication de crises sanitaires au sein de la délégation à l'Information et à la Communication du ministère. Cette équipe porte les missions de communication liées à la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles

ainsi qu'à la gestion des alertes et des crises sanitaires. Cette expertise permet d'informer la population sur les risques et les comportements à adopter et de donner à voir l'action de l'Etat dans la gestion des crises.

Le département de la communication de crise accompagne quotidiennement le CCS sur les missions de veille sensible, l'élaboration des stratégies de communication et la rédaction d'éléments de langage, la gestion des relations presse et l'organisation des prises de parole, la communication digitale ou encore la réquisition des médias en cas de crise. La communication est un pan majeur du processus de gestion de crise afin d'informer et de rassurer la population mais aussi de protéger la réputation du système de santé.

L'équipe du Centre de crises sanitaires.



LES MEDECINS DU TERRAIN

EN ZONE ALPINE UN MODELE FONDE SUR LA PROXIMITE ET LA COOPERATION POUR REDUIRE LES DELAIS DE MEDICALISATION



DR RICHARD LANGLOIS

Président de
l'Association Médecins de
Montagne Rhône- Alpes
et Co-Président MCS AURA

Depuis plus de vingt ans, le réseau des médecins correspondants du SAMU (MCS) des Alpes du Nord, en région Auvergne-Rhône-Alpes, apporte une réponse concrète aux enjeux de la médecine d'urgence en territoires isolés. Créé en 2003 sous l'impulsion de l'Agence Régionale de Santé, ce dispositif s'est imposé comme un maillon essentiel de la chaîne des secours en zone de montagne.

Dans des secteurs éloignés où les délais d'intervention du SMUR dépassent 30 minutes, et où la population connaît de fortes variations saisonnières liées au tourisme et aux activités sportives à risque, la médicalisation précoce constitue un déterminant majeur du pronostic. Le dispositif reposant sur des

médecins généralistes de proximité volontaires, spécifiquement formés à l'urgence, répond à cette exigence de réactivité.

L'efficacité du réseau repose avant tout sur une coopération étroite et structurée entre l'ensemble des acteurs : SAMU et centres de régulation du centre 15, établissements hospitaliers, CESU, pharmacies hospitalières, CHU Grenoble Alpes et associations territoriales de médecins de montagne, l'association MCS France, Urg'Ara, les ARS, les CPAM et les associations territoriales coordinatrices du dispositif MCS en AURA (l'Association Médecins de Montagne Rhône-Alpes et l'association Drôme-Ardèche). Les MCS, intégrés aux procédures de régulation,



interviennent en tant que collaborateurs occasionnels du service public, avec des compétences régulièrement entretenues (2 jours de formation obligatoire par an) et une dotation adaptée aux situations critiques.

Activés par le CRRA, ils assurent l'évaluation clinique, la stabilisation et la prise en charge initiale des patients graves, en attendant l'arrivée d'un renfort ou l'évacuation. Cette organisation permet non seulement de réduire les délais de médicalisation, mais également d'optimiser l'engagement des ressources SMUR : environ un tiers des interventions évitent un envoi secondaire après évaluation ou stabilisation par le MCS.

Au-delà des situations individuelles, les médecins correspondants jouent un rôle clé lors d'événements exceptionnels en zone difficile d'accès, contribuant au dimensionnement adapté de la chaîne de secours.

La traçabilité des interventions et l'analyse des données, en lien avec le réseau Urg'ARA, permettent une amélioration continue du dispositif.

En AURA, 390 MCS répartis dans 128 cabinets permettent un maillage du territoire et interviennent pour environ 3750 missions par an sur des motifs d'intervention comme l'arrêt cardiaque, les traumatisés sévères, l'hyperalgie ou encore la cardiologie. Pour l'arc Alpin, 257 MCS dans 65 cabinets assurent de façon volontaire, un planning d'astreintes H24, 7j/7 et plus de 2600 interventions sont réalisées par an.

À l'heure où l'équité territoriale d'accès aux soins d'urgence constitue un enjeu majeur de santé publique, l'expérience du réseau des MCS illustre la pertinence d'un modèle fondé sur la proximité, la formation et, surtout, la coopération interprofessionnelle.

LE MODÈLE DANOIS

ORGANISATION, RÉGULATION ET EFFICACITÉ DU SYSTÈME D'URGENCE AU DANEMARK

Depuis vingt ans, les systèmes de santé européens sont confrontés à une augmentation de la demande, à des ressources limitées et à la nécessité de parcours patients plus efficaces, en particulier dans les services d'urgence. Parmi les modèles innovants en Europe, le Danemark se distingue par son système de régulation particulièrement structuré, qui a redéfini l'accès des patients aux services d'urgence. Cet article explore le modèle pré-hospitalier danois, son implantation et les personnels de santé qui le compose.

Le Danemark : un cadre de soins universel et coordonné

Le Royaume du Danemark, composé du Danemark, du Groenland et des îles Féroé, est une monarchie constitutionnelle dotée d'un système parlementaire. Il s'agit d'une organisation décentralisée, où la mission principale des cinq régions est de gérer le système de santé, avec leur propre budget et leur propre responsabilité. Les régions sont financées par des contributions de l'État et des municipalités.

Le Danemark est reconnu pour son système de santé universel. Presque tous les services de santé sont gratuits pour les résidents, financés uniquement par l'impôt depuis les années 70. Tous les services urgents (vitaux ou non) sont gratuits, ambulances y compris. Les principales exclusions sont les médicaments prescrits en am-

bulatoire et les soins dentaires pour adultes. Avec une population de six millions d'habitants (2025), dont près de deux millions dans la région de Copenhague, le Danemark consacre environ 9,5 % de son PIB à la santé, dont 46 % aux hôpitaux. Rapporté au PIB, le pays dépense moins pour la santé publique que de nombreux pays européens comparables.

Le Danemark est un petit pays avec une forte densité de population comparé à ses voisins nordiques. En 2022, 88,4% de la population était urbaine. Chaque habitant est à moins d'une heure d'un hôpital. Il existe des disparités régionales (la Région de Copenhague ayant le plus gros réseaux d'hôpitaux), mais les infrastructures de transport étant bonnes cela n'impacte pas l'accès aux soins de manière substantielle.

Les grands axes du fonctionnement actuel du système de santé danois sont un effort d'effectivité par la construction de « supers hôpitaux », la fonction de gatekeeper, traditionnellement gérée par le médecin généraliste (MG) et des solutions numériques fortes, omniprésentes, utilisées à la fois par les professionnels, les citoyens et les institutions.

Il est à remarquer l'absence totale de services d'urgence privés : tous les soins d'urgence sont assurés par des hôpitaux publics et via des filières d'accès structurées. Au niveau européen seuls les Pays-Bas (fonction forte





de gatekeeper par les MG vers les hôpitaux, les assurances ne couvrant pas les patients sans références) et la Norvège (MG gatekeeper, triage téléphonique) et dans une certaine mesure la Suède, ont des systèmes approchants mais pas aussi complets qu'au Danemark.

Le rôle central du médecin généraliste

Depuis les années 1970, tous les résidents danois ont accès gratuitement à un médecin généraliste. Au-delà du rôle de « gatekeeper », le généraliste joue un rôle légal et pratique central dans tout l'écosystème de santé. En même temps que la reconnaissance de leur spécialité en 1993, les MG ont été collectivement chargés d'assurer un accès aux soins 24 h/24. Ils sont la porte d'entrée principale vers toute autre structure de soin hospitalier, y compris les urgences. En moyenne, seules 10% des consultations auprès des MG débouchent sur une orientation vers le réseau hospitalier. Il y a actuellement environ 440 médecins généralistes / 100.000 habitants (Eurostat 2023).

Le système de registre civil (CPR), qui attribue un identifiant personnel à chaque résident, est la clé de voûte de tout le système de santé, indispensable également à la fiscalité ainsi qu'à tous les domaines administratifs de la vie courante. Cette « carte jaune » indique de façon prédéfinie le médecin traitant du patient, garantissant un accès facile à un médecin pour l'immense majorité (98%) des habitants.

Les médecins généralistes ne peuvent en théorie pas s'installer où ils veulent et doivent s'acheter un cabinet dans les zones disponibles. En pratique il existe malheureusement toujours des déserts médicaux dans certaines zones

du Danemark, malgré la petitesse du pays.

L'évolution vers un accès structuré aux urgences – la réforme de 2007

En 2007, une grande réforme des structures sanitaires et la création d'un cadre pour les services d'urgence ont transformé l'organisation du secteur public et accéléré la centralisation et la modernisation hospitalière. Les recommandations de l'HAS danoise reposaient sur les principes de LEON (acronyme du danois « Lavest Effektive Omkostnings Niveau » ou « niveau de coût effectif le plus bas ») recommandant que toute entrée aux urgences soit régulée, proposant ainsi aux patients le bon traitement, au bon niveau de soin et pour le coût le plus bas pour son effectivité.

La réforme a rendu nécessaire l'augmentation de la capacité de soins primaires. Les municipalités ont créé des structures de soins pré- et post- hospitalières pour empêcher les admissions inutiles et favoriser les sorties précoces.

La réforme au niveau hospitalier :

Avant 2007, le Danemark avait déjà rationalisé son réseau hospitalier, passant de 96 hôpitaux en 1984 à 43 en 2003. Plusieurs petits hôpitaux ont été par la suite fermés ou transformés, réduisant le nombre d'hôpitaux dotés d'urgences à 21. Entre 2007 et 2020, le nombre de lits d'hospitalisation a diminué de 27 %. On comptait 252 lits d'hospitalisation pour 100.000 habitants en 2021 contre 420 en 2002. La moyenne de la durée d'hospitalisation a baissé de façon drastique depuis les années 1990 pour atteindre 5,4 jours en 2020.

La réforme au niveau des urgences :

Les services d'urgence ont été l'un des piliers de cette transformation. Avant la réforme, les patients pouvaient se présenter directement aux urgences, favorisant l'encombrement et une qualité de prise en charge hétérogène. La réforme de 2007 a défini plusieurs principes pour l'accès aux urgences :

- Pas d'accès direct. Toute admission dans un service d'urgence somatique doit être adressée par un professionnel de santé. Celui-ci peut être le médecin traitant, le médecin de garde, le 112 ou un triage téléphonique.
- Entrée unique à l'hôpital. Tous les patients urgents doivent passer par un service d'urgences polyvalentes unique. Les admissions urgentes pouvaient auparavant être réparties sur plusieurs services dans l'hôpital
- Présence 24/7 des spécialités pertinentes. La spécialité d'urgences n'existant pas en 2007 (créée en 2018), les autorités danoises avaient défini un panel de spécialités en gardes obligatoires sur l'hôpital, pour le bon fonctionnement d'urgences ouvertes 24h/24 : médecine interne, chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale et anesthésie/réanimation.

La réforme au niveau pré-hospitalier

L'obligation d'orientation téléphonique vers l'hôpital a été rajoutée en 2012 aux recommandations. Les modalités d'adressage ont également été précisées :

- Chaque adressage de patient doit être unique et unidirectionnel.
- Les règles de régulation doivent être le résultat d'accords entre tous les acteurs de soins régionaux (médecins, soins pré hospitaliers, maisons de retraite...).
- Toute urgence vitale ou traumatique grave doit être régulée par le 112.
- Toute autre urgence doit être orientée par la médecine primaire.

Dans la Région du Jutland, la mise en place de ce système a entraîné en 2013 :

- Une baisse de 27 % des passages aux urgences,
- Une hausse de 11 % des contacts avec les généralistes.

La filière de secours de nos jours au Danemark

Les modalités diffèrent légèrement entre les régions, mais reposent principalement sur trois acteurs :



- **Le 112 : pour les urgences vitales**

Disponible 24h/24, le centre d'alarme 112 est utilisé pour les situations d'urgences aiguës et graves. Le patient est transporté directement aux urgences si cela est jugé nécessaire. Les appels peuvent venir de citoyens ou de professionnels. Les services du 112 sont tenus d'informer numériquement les services d'urgences. Les orientations téléphoniques sont réservées aux transports les plus urgents.

- **Médecins généralistes ou médecins de garde**

Ils gèrent les urgences non vitales et les traumatismes mineurs. Le médecin traitant est disponible en semaine de 8 h à 16 h. De 16 h à 8 h ainsi que les weekends, un médecin de garde (le plus souvent un généraliste) prend le relais. L'adressage du patient est numérique et généralement accompagné d'un appel directement vers les urgences. Dans la Région de Copenhague, tous les adressages de patients hors urgences vitales sont réceptionnés dans un secrétariat médical régional (Central Visitation – CVI) qui les orientent vers les services les plus adéquats, selon des critères stricts et prédéfinis.

- **Centres d'appels d'urgences non vitales**

Disponibles uniquement dans 3 régions, ils peuvent gérer les traumatismes mineurs et les demandes qui ne relèvent ni du 112, ni du médecin traitant. Ils sont majoritairement occupés par des infirmiers cliniciens, soutenus par des médecins. Ils effectuent le triage téléphonique et orientent vers les urgences, le 112, le médecin de garde, le médecin traitant ou terminent l'appel par un conseil.

L'adressage du patient au minimum numériquement est obligatoire.

Chacune des 5 régions danoises a décliné ces 3 modalités d'accès aux urgences de façon très différente. Seules la Région de Copenhague et la région de Seeland ont développé une solution de numéro unique. La Région de Copenhague est particulièrement intéressante par la fusion de toutes les fonctions dans une même institution physique et administrative, ainsi que la création du centre d'appel 1813 en 2014.

Organisation des services de secours dans la Région de Copenhague

Les services de secours pré-hospitaliers regroupent sous un même toit dans la ville de Ballerup (à 20 km au Nord-Ouest de Copenhague) le centre d'alarme centrale 112, le service médical d'urgence pré-hospitalier (gestion des appels et dispatch des ambulances et des personnels ambulancier et médicaux) et le centre d'appel 1813 (Akut-telefonen).

Le centre d'alarme centrale 112

Le 112 dessert 1,8 millions d'habitants et répond à environ 1000 appels par jour. Les assistants de régulation du centre d'alarme centrale 112 évaluent s'il s'agit d'une demande d'aide médicale, de la police, du service des pompiers ou d'un appel non urgent, et rebasculent sur le service correspondant.

S'il s'agit d'une demande médicale d'urgence vitale, l'appel





est transféré au service médical d'urgence pré-hospitalière (Akut Medicinsk Koordinationscenter - AMK) de la région du patient. Les assistants de régulation, aidés d'un médecin pré-hospitalier (au Danemark pour l'instant toujours un anesthésiste / réanimateur), évaluent de là la réponse appropriée (ambulancier spécialisé ou non, médecin, hélicoptère) à envoyer à l'adresse donnée ou récupérée automatiquement par les données de localisation du mobile du patient.

La documentation est numérique et intégrée au dossier électronique hospitalier du patient (EPIC), basée sur le numéro de CPR.

Les assistants de régulation du 112 sont principalement des infirmiers expérimentés, formés pendant 6 semaines à l'embauche. Ils peuvent aussi être des ambulanciers spécialisés. Ils ne régulent pas les appels d'urgence non vitale. Ceux-ci sont rebasculés sur le personnel du 1813.

Comme dans le reste du pays, la Région de Copenhague finance depuis 2016 elle-même tous les services ambulanciers et les gère à 60%, les 40% restant étant gérés par des fournisseurs privés, au service de la région. Il est envoyé environ 100.000 ambulances par an.

La concentration est de 3,3 ambulances pour 100.000 habitants (2,4 / 100 km²). En comparaison la région voisine de Seeland, plus grande et moins dense, dispose de 8,2 ambulances pour 100.000 habitants (0,6 / 100 km²).

Les critères de qualité sont entre autres mesurés en termes de temps d'arrivée sur site depuis l'appel. Pour les transports les plus urgents (transport A = urgence vitale immédiate), l'ambition est une arrivée sur site dans les 15 minutes. L'ambulance sera dans ce cas dotée d'ambulanciers spécialisés mais pas systématiquement d'un médecin : en moyenne nationale en 2024, un médecin n'était envoyé sur les appels d'urgences vitale immédiate que dans 18% des cas. Dans la région de Seeland, seulement dans 2% des cas.

Chaque ambulance doit toujours être dotée de 2 personnes. L'une des deux au moins doit avoir une formation d'ambulancier « traitant ». Tous les ambulanciers ont la formation de base qui consiste en 6 mois de cours théoriques et 4 mois de pratique.

Les ambulanciers « traitants » ont accompli la formation d'ambulancier et l'ont complétée par au moins 5 semaines de formation pratique et théorique, en plus d'avoir travaillé comme ambulancier pendant au moins 1,5 ans. Cette for-

mation donne des connaissances dans les pathologies urgentes, la pharmacologie et le maniement des médicaments, la prise en charge et l'observation des patient, la prise des ECG et leur interprétation, la défibrillation, la gestion du matériel de télé-médecine ainsi qu'une connaissance des urgences orthopédiques, des accouchements et une formation de chef d'équipe.

Le dernier stade de formation est l'ambulancier spécialisé paramédical qui complète une formation d'ambulancier « traitant » par au moins 5 semaines supplémentaires de formation pratique et théorique, uniquement accessible après au moins 3 ans d'activité comme ambulancier « traitant ». Ces « paramedics » peuvent administrer les traitements intraveineux urgents et pratiquer de façon indépendante les soins avancés de médecine d'urgence. Ils peuvent sécuriser les voies aériennes supérieures mais ne peuvent pas intuber. Ils assistent typiquement le médecin pré-hospitalier.

Il n'y a pas d'infirmières spécialisées dans les ambulances danoises pour les sorties 112, à moins d'être également formé comme paramedic.

Le centre d'appel 1813 (Akuttelefonen)

Le numéro 1813 a été créé en 2014 dans la Région de Copenhague comme la réponse ultime aux recommandations de l'HAS danoise (Sundhedsstyrelsen) lors de la réforme de 2007, imposant une régulation de toutes les entrées vers les urgences de manière téléphonique.

La naissance du 1813 a été controversée et tumultueuse,

pressée par des contraintes de temps et sans accord préalable avec l'organisation des médecins traitants (PLO) qui étaient jusque-là seuls responsables des appels médicaux aux horaires de garde, avec les honoraires spécifiques qui en découlaient. Le personnel du 1813 étant composé principalement d'infirmières avec un back-up médical, les premiers mois ont été impactés par des sous-effectifs médicaux qui ont retenti sur les temps d'attente et la qualité des régulations.

En 2025 les effectifs de médecins et infirmières sont désormais stabilisés après que de nouveaux accords aient été trouvés. Les enseignements ont été tirés des expériences passées et le 1813 propose maintenant un service stable.

Le but principal du numéro 1813 est de répondre aux demandes d'aide médicale urgentes lorsque le médecin traitant n'est plus disponible, c'est à dire après 16h et les weekends. Le numéro peut en revanche être appelé nuit et jour en cas de traumatismes légers.

Dans 74% des cas, l'appel sera pris par une infirmière, qui dans 11% de cas aura besoin de transférer l'appel à un médecin. Le médecin prendra l'appel le reste du temps. Ces chiffres sont de 2016 et les nouvelles analyses ont montré une diminution des appels transférés entre infirmières / médecin.

Les infirmières doivent avoir une solide expérience générale et au minimum 5 ans d'expérience. Toutes les nouvelles recrues sont formées par le 1813 avec entre autres un enseignement des pathologies urgentes et le maniement des outils numériques de régulation. Un guide





de régulation électronique aide à la prise de décision.

Les médecins sont recrutés principalement parmi les urgentistes, les MG et les internistes avec expérience de médecin de garde.

Le 1813 va réguler l'appel et le terminer de deux façons :

Le patient reste en ambulatoire (52% en 2022)

- Un contact avec le MG le lendemain est conseillé
- Consultation téléphonique avec le médecin de 1813 avec ordonnance prescrite
- Renvoi sur les services de soins aigus communaux
- Renvoi sur un praticien de ville (dentiste, spécialiste)
- Aucun besoin de suivi, simple conseil.
- Basculement sur un autre service téléphonique (police, centre antipoison...)

Le patient est adressé à un autre acteur de santé

- Service des urgences – moyen de transport propre (44% en 2022)
- Appel 112
- Envoi d'un médecin généraliste de garde à domicile
- Service de psychiatrie
- Dentiste de garde.

Le dossier patient 1813 est électronique et tout courrier d'orientation sera intégré au dossier patient hospitalier numérique.

L'implantation du 1813 a provoqué une baisse du nombre de visites aux urgences, passant de 567.000 visites sur la région en 2013, à 435.000 en 2016 (arrondis). Le nombre de patients venus sans adressage aux urgences a également chuté notablement, passant de 44% des visites en 2013 à 20% des visites en 2016. Malgré cette réduction le nombre de patients sans adressage reste toujours très élevé. En comparaison, un audit d'avril 2022 dans l'hôpital universitaire de la région voisine de Seeland, à Køge, n'enregistrait que 3% de patients sans adressage.

La différence entre les deux régions est multifactorielle, un élément majeur étant la décision politique en Région de Copenhague de rejeter un modèle où l'appel des patients au 1813 avant l'arrivée aux urgences serait obligatoire. En région de Seeland en revanche, les patients ne sont pas acceptés sans adressage. Par exemple dans l'Hôpital

Universitaire de Køge (où travaille l'auteur de cet article), les patients se présentant sans être orientés au préalable sont évalués courtement par l'équipe de triage à l'entrée des urgences (médecin urgentiste) : si leur présentation n'est pas considérée comme une urgence vitale ou un traumatisme évident, ils sont priés d'appeler le centre d'appel régional (1818 dans la région de Seeland) afin par exemple d'obtenir un rendez-vous chez le médecin de garde

Dans les deux cas, le patient n'est jamais renvoyé à lui-même sans l'évaluation d'un personnel de santé, et la plupart du temps est orienté sur un parcours de soin adapté dans une tentative de donner le bon traitement, au bon endroit, au bon moment. La Région de Copenhague exige par exemple la possibilité de pouvoir joindre son médecin traitant au téléphone les jours ouvrés, cela étant respecté à 97% (analyse 2016-2019).

Le passage aux urgences peut parfois aussi être planifié en semi-urgent, si les parcours de soins de certaines pathologies ont été prédéfinis en intersectoriel, permettant d'aligner l'arrivée des patients aux ressources disponibles. Beaucoup d'initiatives régionales permettent également de donner une alternative à la visite aux urgences, toujours après orientation par le centre d'appel régional.

Par exemple :

- Evaluation pré-hospitalière des urgences non vitales par le paramédic sous supervision du médecin du centre d'appel, avec possibilité de laisser sur place.
- Envoi d'une équipe de gériatrie aigue en EPHAD pour évaluer les personnes âgées et éviter une hospitalisation inutile
- Renforcement des infirmières de soins urgents rattachées à la commune, pour des évaluations et soins urgents à domicile.
- Hôpital à domicile.

Il n'y a malheureusement pas d'études pertinentes ayant étudié le retentissement possible sur la morbi-mortalité des patients suite à l'implantation du nouveau centre d'appel 1813. Les analyses qui ont été faites se sont concentrées principalement sur des critères qualité de

ANTICIPER LES CRISES

FORMER ET FÉDÉRER FACE AUX CRISES SANITAIRES



CATHERINE BERTRAND
Présidente de la Société
Française de Médecine
de Catastrophe



mdem.org

La Société Française de Médecine de Catastrophe (SFMC) a été créée en France en 1983 (suite aux attentats de 1981 et à la mission pour le tremblement de terre d'El Asnam), en parallèle de la création, en partenariat avec le SSA, d'un diplôme de médecine pour urgences collectives qui deviendra en 1985 la Capacité de médecine de catastrophe. C'est en 1985 qu'est créée également la Capacité de médecine d'urgence. Actuellement 12 facultés délivrent la « capa cata » tandis que la médecine d'urgence est devenue officiellement une spécialité médicale à part entière le 13 novembre 2015 avec la publication de l'arrêté qui a créé le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine d'urgence.

L'objectif principal de la SFMC est de mettre en commun les compétences et connaissances de chacun pour anticiper, traverser « sans encombre » et ensuite améliorer nos pratiques lors de situations sanitaires exceptionnelles (SSE), de situations de crises et de catastrophes avec de nombreuses victimes (catastrophe naturelle, industrielle, sanitaire, terroriste, ...). Ce travail en synergie avec l'ensemble des citoyens et professionnels n'est plus une option mais s'impose à nous au quotidien, en France et à l'Étranger. Il faut donc

inculquer une « culture de la médecine de catastrophe » pré et intra hospitalière, à la fois aux professionnels mais également aux citoyens.

La SFMC a pour principal atout sa composition transversale, interministérielle : santé (IDE, médecins, secouristes, ARM, associatifs, ONG, ...), armée (professionnels militaires, BSPP, BMPM, réserve militaire, ...), intérieur (pompiers, forces de l'ordre, ...), ... Elle travaille en étroite collaboration avec d'autres sociétés savantes (SFMU, SFAR, SOFRASIMS, ANCESU notamment).

Composée de 3 comités (Jeunes, Scientifique et Pédagogique), elle contribue au niveau national mais aussi à l'étranger, à la sensibilisation et formation de l'ensemble des professionnels et des citoyens (notamment dans la thématique NRBC Nucléaire Radiologique Biologique Chimique), à la résilience nationale, à une veille scientifique, au partage des différents référentiels et retours d'expérience, à la conception des différents programmes pédagogiques en lien avec la médecine de catastrophe, à de nombreux congrès et groupes de travail...

Elle édite la seule revue en langue



française de médecine de catastrophe (4 numéros annuels) et organise 3 colloques par année avec replays disponibles sur son site sfmc.eu

Nous avons déjà traversé de nombreuses crises sanitaires. Et il y en aura d'autres ! Elles seront de typologie variée, hybride, de cinétique variable, d'impact différent. Mais elles auront toutes en commun de pousser les équipes professionnelles et les citoyens dans leurs retranchements, de développer des capacités d'adaptabilité et de créativité. Lors de la crise COVID-19, les systèmes de santé mondiaux ont été menacés. Mais la grande résilience de notre système sanitaire Français a permis de garder la tête hors de l'eau et même d'en tirer des axes d'amélioration une fois la crise redescendue. Les ARM ont été mis à contribution dès le début de la crise avec une explosion du nombre d'appels au SAMU.

1er maillon de la chaîne de secours, les ARM ont démontré toute leur puissance sur la régulation des appels en lien avec la COVID19, pour ne pas faire imploser le système de santé lors de cette période critique. La reconnaissance du statut de professionnel de santé pour les ARM depuis début 2023 est un message fort. Ils font partie intégrante de la réponse et du pilotage des crises et situations sanitaires exceptionnelles et de catastrophes. La création est généralisation du SAS système d'accès aux soins, élargit le domaine de compétences et services et met en valeur le lien ville hôpital tant attendu depuis la création des ARS.

La SFMC est LA société savante de référence en médecine de catastrophe et SSE. Son objectif est de diffuser des

recommandations qui concernent aussi bien le primo intervenant que le spécialiste quel que soit son ministère de rattachement.

Au-delà de rassembler tous les acteurs concernés par ces crises, la SFMC permet de croiser, développer et mutualiser les compétences et savoirs de chaque entité pour répondre au mieux à une situation de nombreuses victimes. C'est dans cet esprit qu'une série d'articles (voir ci-dessous) a été publiée par la Presse médicale Formation pour sensibiliser aux concepts de médecine de catastrophe.

Après l'édition du Vademecum pour les professionnels de santé, la SFMC a édité un guide pratique pour chaque citoyen. Sécurité pour tous : agir en citoyen – guide pratique face aux crises, conflits et catastrophes édition Sauramps, 2026.

Transversalité et polyvalence dans nos formations sont les clés de succès futurs. Là encore les ARM sont au cœur du dispositif de santé, à un observatoire clé de la société avec un rôle de primo intervenants, porte d'entrée du système de soins. Métier exigeant, collaborateur unique, toutes les qualités d'empathie, d'analyse, en bref : toutes les qualités relationnelles, de maîtrise et connaissance de soi pour agir dans l'immédiateté doivent être présentes : respect !

L'HYPOTHESE D'ENGAGEMENT MAJEUR

PRÉPARER LE SYSTÈME DE SANTÉ À LA PRISE EN CHARGE DE BLESSÉS ISSUS DE CONFLITS DE HAUTE INTENSITÉ

De quoi parle-t-on ?

L'hypothèse d'engagement majeur consiste à envisager que la France ait à engager ses forces dans une zone de conflit armé hors du territoire national et à être en capacité d'accueillir et de soigner des militaires blessés revenant de ces zones de combat.

La Société Française de Médecine de Catastrophe (SFMC) a participé aux travaux ministériels de préparation à cette hypothèse. Comme son nom l'indique, il s'agit d'une hypothèse dont on ne sait pas si elle se transformera en réalité. Néanmoins, il est de notre responsabilité d'anticiper les risques susceptibles d'impacter le système de santé.

La situation géopolitique actuelle, particulièrement instable, invite à rester lucides et à considérer que ce scénario mérite d'être préparé. La Revue nationale stratégique de 2025 indique clairement que la France doit se préparer à un conflit de haute intensité.

Que faut-il anticiper ?

Un flux de nouveaux patients

La mobilisation des militaires du Service de Santé des Armées (SSA) sur les zones de conflit implique d'apporter un soutien aux hôpitaux militaires et de prendre en charge leur patientèle civile dans les établissements de santé civils.

Par ailleurs, ces établissements devront également être en capacité d'accueillir et de soigner des militaires blessés évacués des zones de combat.

S'agissant de militaires, il est essentiel de respecter leur statut, leur environnement hiérarchique et la fraternité d'armes qui les unit. Les professionnels de santé civils devront donc être acculturés à ces spécificités.

Il convient également d'envisager l'accueil d'autres victimes, notamment des familles, des réfugiés ou des combattants alliés, dans le contexte complexe et déstabilisant d'un conflit armé.

Des soins spécifiques

Le conflit en Ukraine apporte déjà des enseignements précieux sur les types de lésions rencontrées, ainsi que sur les délais et les difficultés d'évacuation des blessés.

Les soins chirurgicaux concerneront souvent des réinterventions spécialisées. Ces prises en charge ne nécessiteront pas toujours de longues hospitalisations, car elles pourront être répétées dans le temps.

Une grande partie de ces soins relèvera donc de la chirurgie ambulatoire et mobilisera fortement les professionnels libéraux, impliquant un lien étroit entre la ville et l'hôpital, notamment via le SAS et les CPTS.



Les soins de rééducation, l'accompagnement psychologique et la prévention des infections devront être anticipés dès l'arrivée des patients.

Certains militaires pourront reprendre leur mission après leur rétablissement.

Dans le même temps, les soins à la population française devront être préservés, du moins pour toutes les prises en charge ne relevant pas de soins de confort.

Une organisation à prévoir

Cette complémentarité entre les secteurs civil et militaire devra s'appuyer sur un commandement conjoint au plus haut niveau de l'État.

Des alternatives à l'hospitalisation devront également être envisagées, pouvant aller jusqu'au recours à des hôtels ou à des familles d'hébergement.

Les blessés pourraient arriver sur le territoire national par voie aérienne, maritime ou terrestre, par la route ou par le rail.

Dès leur arrivée dans des zones d'accueil appelées «HUB», une régulation permettra d'orienter les blessés vers les établissements de santé les plus adaptés. Cette mission pourrait constituer une nouvelle responsabilité pour les Assistants de Régulation Médicale (ARM). Plusieurs types de réserves devront également être mobilisés afin de renforcer les capacités du système de santé.

Où trouver l'information ?

Un Vademecum, édité et mis à disposition sur la plateforme de l'EHESP, constitue une véritable boîte à outils évolutive. Il propose des références pour l'organisation du parcours de soins des militaires blessés.

Ce dispositif correspond à un plan ORSAN spécifique.

Dans cette perspective, une mission liée à l'HEM pourrait également être intégrée au rôle du Directeur Médical de Crise (DMC).

Conclusion

L'expérience acquise lors de la crise COVID-19 a montré que le système de santé est capable de s'adapter et de faire preuve de solidarité. La santé constitue un pilier fondamental de la résilience nationale.

Une fois encore, les ARM se trouveront au cœur de ce dispositif. Ils seront en interface avec ces nouvelles missions et devront être formés pour y répondre efficacement.

CATHERINE BERTRAND

Présidente de la Société Française de Médecine de Catastrophe

LES ARM EN PREMIÈRE LIGNE

AU CŒUR DE L'URGENCE LES ARM ANALYSENT ET DÉCLENCHENT LA RÉPONSE



Dr Nicolas DECROUY
Médecin urgentiste
Président de la SFMC-FORMATION

De quoi parle-t-on ? De la situation actuelle à l'anticipation des nouvelles crises...

La place de l'ARM dans la réponse aux différents situations d'urgence, du quotidien aux catastrophes, n'est plus à démontrer. Les assistants de régulation médicale font partie des premiers maillons de la chaîne des secours.

Formés à la reconnaissance des situations d'urgence du quotidien, les ARM, comme primo intervenants, sont dans la capacité d'apporter des réponses adaptées aux situations de détresse individuelles telle la guidance des gestes et soins d'urgence au téléphone (Massage cardiaque externe, manœuvres de désobstruction des voies aériennes...)

Comme premier interlocuteur, l'ARM a un rôle primordial pour détecter une situation à risque potentiel d'être une situation exceptionnelle, voire de catastrophe lors d'un appel au SAMU/SAS. Lors d'un événement majeur, ils sont présents en salle de crise des Centres 15 ou en extra hospitalier au PC (poste de commandement) du SAMU, à l'entrée comme à la sortie du PMA, les ARM contribuent ainsi à la réponse aux situations de crise et à la gestion des flux de patients.

Les événements sources de nombreuses victimes ou d'impliqués, sources de

dommages matériels importants sont de plus en plus nombreux en lien avec

- Le dérèglement climatique : fréquence des tempêtes et cyclones, montée des eaux et inondations de grande ampleur, méga feux...
- L'instabilité géopolitique mondiale et la menace d'un événement majeur en Europe
- L'insécurité : violences urbaines, menaces terroristes multi nodales et multi sites
- Les accidents sources de nombreuses victimes (effondrement d'immeubles, incendies, accidents de circulation)
- Le risque épidémique : l'émergence de nouvelles maladies à potentiel pandémie (ex : SARS-COV2)

Quelle est la place de l'assistant de régulation médicale face à ces menaces ?

Les retours d'expérience d'exercices type évacuation de blessés par voie ferroviaire lors d'attentats ou lors de situations réelles telles que les évacuations sanitaires aéroportées des patients de la crise COVID, du cyclone Chido à Mayotte ou à l'échelon européen des victimes de l'incendie de Crans-Montana, montrent que notre système de santé sait s'adapter aux situations de crise et de catastrophes



en mettant en place des procédures de gestion des flux de patient coordonnées par les SAMU.

La menace d'un événement majeur en Europe prévoit l'accueil de militaires blessés de guerre sur le territoire français. Les ARM pourront participer à la régulation, à la coordination de la gestion des flux.

Lors de situations d'insécurité, de mouvement de foule, de blessures par armes de guerre, l'ARM pourra apporter conseils sur la façon de se mettre en protection, et une fois en sécurité sur la façon de gérer une hémorragie extériorisée par l'usage de garrots improvisés, de pansements compressifs et proposer les positions d'attente adaptées aux victimes en attendant l'organisation des secours, ce qui correspond au programme AFGSU

Au-delà de ces situations de crises majeures ou de catastrophes, l'ARM au quotidien, lors d'appels concernant des événements environnementaux, pourrait apporter conseils quant à la conduite à tenir face à un épisode climatique, à une crue majeure, un incendie, une alerte aux populations lors d'un accident chimique ou radiologique ...

Savoir répondre de façon adaptée nécessite d'avoir de la connaissance sur l'ensemble de ces sujets, des événements du quotidien aux situations sanitaires exceptionnelles et de catastrophe.

A cet effet, de son expertise pluri professionnelle, la SFMC, Société Française de Médecine de Catastrophe, a édité un ouvrage, mémento d'acculturation aux catastrophes. Ce guide, par ces différents chapitres donne une réponse, une conduite à tenir face aux risques naturels,

technologiques, aux problèmes de santé et aux nouveaux ennemis (risque NRBC, cyber, crises sociétales et conflits armés...), sans oublier la santé mentale au regard de l'impact psychologique des situations d'exception.

Cet ouvrage fournit les points de repère qui permettent de compléter la connaissance, les informations accessibles pour chacun d'entre nous. Il fait suite au livret édité par le SGDSN mais détaille chaque risque dans des fiches. Chaque fiche propose des réponses pragmatiques accessibles à tous et validées par une centaine d'experts. Elles sont rédigées sous forme d'un accompagnement étape par étape selon une démarche des 5 A: Analyse de la situation, Alerte, Anticipation, Action, Amélioration des connaissances

Ce guide est destiné à tout public, des professionnels de santé aux citoyens, primo intervenants, engagés au service de la communauté. Il couvre les principales situations exceptionnelles auxquelles chacun et chacune d'entre nous peut être un jour confronté en face à face ou par téléphone

En conclusion

« Ne pas prévoir, c'est déjà gémir » disait Léonard de Vinci. Il ne s'agit pas de prévoir l'imprévisible mais de s'entraîner à lui faire face et se préparer collectivement à des situations de crise de grande ampleur. Pour faire face aux menaces actuelles, l'ARM se doit d'augmenter ses connaissances, de développer ses compétences et être formé à de nouvelles missions. Les ARM, par leur expertise métier, sont un pilier fondamental de la gestion de crise à la résilience.

EMBOLIE PULMONAIRE GRAVE

ORIENTATION VERS LES CENTRES EP ET STRATÉGIES DE REPERFUSION

L'embolie pulmonaire (EP) constitue la troisième cause de mortalité cardiovasculaire après l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral (1). Pathologie hétérogène, son incidence diagnostiquée augmente tandis que sa mortalité standardisée tend à stagner. Depuis une dizaine d'années, sa prise en charge connaît une évolution majeure. À l'instar du modèle organisationnel développé pour le syndrome coronaire aigu, des centres spécialisés dédiés à l'EP se sont structurés (2). Parallèlement, de nouvelles stratégies de reperfusion ont émergé pour les formes les plus graves (3).

Centres EP : vers une organisation en réseau

Pendant plusieurs décennies, la prise en charge de l'EP reposait principalement sur l'anticoagulation et la surveillance clinique (4). La stratification du risque proposée par les recommandations européennes (ESC) permet d'identifier les patients à haut risque de mortalité à court terme, notamment les EP à haut risque (instabilité hémodynamique) et les EP à risque intermédiaire élevé (1). La création des centres EP répond à la nécessité d'optimiser la prise en charge de ces patients complexes, tant en phase aiguë qu'au long cours : adaptation de la durée de l'anticoagulation, recherche des facteurs favorisants, dépistage et traitement des séquelles telles que l'hypertension pulmonaire thromboembolique chronique (5). Cette organisation en réseau, intégrant les centres experts et les structures d'amont, est désormais soutenue par les recommandations internationales récentes (6).

Reperfusion : du paradigme conservateur à l'intervention ciblée

Traditionnellement, les patients à risque intermédiaire élevé bénéficiaient d'une surveillance en unité de soins intensifs cardiologiques dans l'attente d'une éventuelle dégradation (1).

L'essai PEITHO a montré que la thrombolyse systémique chez les patients à risque intermédiaire haut réduisait le risque de décompensation hémodynamique, sans bénéfice démontré sur la mortalité globale, au prix d'un sur-risque significatif d'hémorragies majeures et intracrâniennes (7). Ces résultats ont limité l'utilisation systématique de la thrombolyse dans cette population.

En revanche, dans l'EP à haut risque avec instabilité hémodynamique, la thrombolyse systémique demeure le traitement de référence (1,6).

Le développement de dispositifs percutanés par l'industrie a profondément modifié le paysage thérapeutique en jouant un rôle croissant dans l'EP à risque intermédiaire haut et à haut risque. En France, deux grandes approches sont actuellement disponibles (3) :

1. Thrombolyse in situ assistée par ultrasons

Cette technique consiste en la mise en place percutanée d'un cathéter permettant l'administration locale de faibles doses de thrombolytique pendant plusieurs heures, associée à des ultrasons favorisant la pénétration du médicament dans le thrombus. Les études ont montré une réduction rapide du ratio VD/VG et des pressions pulmonaires, traduisant une amélioration de la fonction ventriculaire droite (8,9).

2. Thrombectomie mécanique par aspiration



Cette stratégie repose sur l'extraction mécanique des thrombi par un dispositif d'aspiration de large calibre, sans recours au thrombolytique. Elle permet une amélioration hémodynamique immédiate avec diminution des pressions pulmonaires et de la surcharge ventriculaire droite (10). Les registres contemporains suggèrent une efficacité clinique favorable et un profil de sécurité intéressant (11,12). Des essais randomisés récents, comme STORM-PE, viennent renforcer le niveau de preuve de ces approches, en particulier dans l'embolie à risque intermédiaire haut (13).

Évolution actuelle de la stratégie thérapeutique

L'organisation de la prise en charge des EP évolue rapidement vers une centralisation des patients à haut risque au sein de centres spécialisés (6).

Pour les EP à haut risque, la thrombolyse systémique en urgence reste le traitement de première intention. Toutefois, une proportion importante de patients présente des contre-indications absolues ou relatives à la thrombolyse ou un risque hémorragique jugé élevé (14). Dans ces situations, les techniques percutanées représentent une alternative thérapeutique pertinente (6).

Les patients présentant une EP à risque intermédiaire élevé doivent également être orientés vers un centre EP. En cas d'aggravation clinique — détresse respiratoire, défaillance d'organe ou dysfonction ventriculaire droite marquée — une stratégie de reperfusion percutanée peut être envisagée afin d'améliorer rapidement l'état hémodynamique (figure 1).

Implications pour les services d'urgence et le SAMU

La structuration des centres EP implique la mise en place d'un véritable réseau de soins permettant un accès rapide aux structures expertes.

La reconnaissance précoce d'une EP grave (état de choc, hypotension persistante, signes de défaillance d'organe)

est essentielle pour orienter la stratégie de transport. L'orientation vers un centre EP doit être discutée au cas par cas, en lien avec l'équipe référente, en tenant compte de la stabilité hémodynamique et du délai de transport.

La disponibilité d'un thrombolytique en préhospitalier est indispensable afin de permettre une thrombolyse systémique en cas de choc réfractaire ou d'arrêt cardiaque suspect d'origine embolique, conformément aux recommandations internationales. À ce jour, il n'existe pas de données robustes permettant de définir précisément les délais optimaux de transfert vers un centre EP, ce qui impose une discussion individualisée (15).

Conclusion

L'embolie pulmonaire entre dans une nouvelle ère thérapeutique, marquée par l'émergence des stratégies de reperfusion et la structuration de réseaux spécialisés. Le rôle des services d'urgence et du SAMU devient central dans l'identification précoce des formes graves et l'orientation rapide vers des centres experts. L'évolution des techniques percutanées pourrait profondément modifier la prise en charge des EP à risque élevé dans les années à venir.

- 1) Konstantinides, Stavros V et al. "2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS): The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC)." *The European respiratory journal* vol. 54, 3 1901647. 9 Oct. 2019. doi:10.1183/13993003.01647-2019
- 2) Pandya, Viduth et al. "Evolution of Pulmonary Embolism Response Teams in the United States: A Review of the Literature." *Journal of clinical medicine* vol. 13, 13 3984. 8 Jul. 2024. doi:10.3390/jcm13123984
- 3) Delmas, Clement et al. "Reperfusion therapies in pulmonary embolism-state of the art and expert opinion: A position paper from the 'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie' group of the French Society of Cardiology." *Archives of cardiovascular diseases* vol. 113, 11 (2020): 749-759. doi:10.1016/j.acvd.2020.06.002
- 4) BARRITT, D W, and S C JORDAN. "Anticoagulant drugs in the treatment of pulmonary embolism: A controlled trial." *Lancet* (London, England) vol. 1, 7138 (1960): 1309-12. doi:10.1016/S0140-6736(60)92999-6
- 5) Rosovsky, Rachel et al. "Pulmonary embolism response teams: Purpose, evidence for efficacy, and future research directions." *Research and practice in thrombosis and haemostasis* vol. 3, 315-330. 9 Jun. 2019. doi:10.1002/rth2.12216
- 6) Creager, Mark A et al. "2026 AHA/ACC/ACEP/CHEST/SCAI/SHR/SVM/SVN Guideline for the Evaluation and Management of Acute Pulmonary Embolism in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines." *Journal of the American College of Cardiology*. S0735-1097(25)10161-7. 19 Feb. 2026. doi:10.1016/j.jacc.2025.11.005
- 7) Meyer, Guy et al. "Fibrinolysis for patients with intermediate-risk pulmonary embolism." *The New England journal of medicine* vol. 370, 15 (2014): 1402-11. doi:10.1056/NEJMoA1302097
- 8) Piazza, Gregory et al. "A Prospective, Single-Arm, Multicenter Trial of Ultrasound-Facilitated, Catheter-Directed, Low-Dose Fibrinolysis for Acute Massive and Submassive Pulmonary Embolism: The SEATTLE II Study." *JACC: Cardiovascular interventions* vol. 8, 10 (2015): 1382-1392. doi:10.1016/j.jcin.2015.04.020
- 9) Kucher, Nils et al. "Randomized, controlled trial of ultrasound-assisted catheter-directed thrombolysis for acute intermediate-risk pulmonary embolism." *Circulation* vol. 129, 4 (2014): 479-86. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005544
- 10) To, Thomas et al. "A Prospective, Single-Arm, Multicenter Trial of Catheter-Directed Mechanical Thrombectomy for Intermediate-Risk Acute Pulmonary Embolism: The FLARE Study." *JACC: Cardiovascular interventions* vol. 12, 9 (2019): 859-869. doi:10.1016/j.jcin.2018.12.022
- 11) Soria, Akhlesh K et al. "Indigo Aspiration System for Treatment of Pulmonary Embolism: Results of the EXTRACT-PE Trial." *JACC: Cardiovascular interventions* vol. 14, 3 (2021): 319-329. doi:10.1016/j.jcin.2020.09.053
- 12) Joma, Catalin et al. "Acute outcomes for the full US cohort of the FLASH mechanical thrombectomy registry in pulmonary embolism." *EuroIntervention : journal of EuroPCR in collaboration with the Working Group on Interventional Cardiology of the European Society of Cardiology* vol. 18, 14 (2023): 1201-1212. doi:10.4244/EIJ-D-23-00732
- 13) Lookstein, Robert A et al. "Randomized Controlled Trial of Mechanical Thrombectomy With Anticoagulation Versus Anticoagulation Alone for Acute Intermediate-High Risk Pulmonary Embolism: Primary Outcomes From the STORM-PE Trial." *Circulation* vol. 153, 1 (2026): 21-34. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.125.077232
- 14) Daley, Mitchell J et al. "Bleeding risk with systemic thrombolytic therapy for pulmonary embolism: scope of the problem." *Thrombotic advances in drug safety* vol. 6, 2 (2015): 57-66. doi:10.1177/2042098415572323
- 15) Zun, Marco, and Gregory Piazza. "Is it time for a myocardial infarction approach to high- and intermediate-high-risk pulmonary embolism?" *EuroIntervention : journal of EuroPCR in collaboration with the Working Group on Interventional Cardiology of the European Society of Cardiology* vol. 20, 18 e1129-e1131. 16 Sep. 2024. doi:10.4244/EIJ-D-24-00267

ECPR

QUAND LA RÉANIMATION DEVIENT UNE STRATÉGIE ORGANISATIONNELLE



CHRISTOPHE BEYLS

Praticien Hospitalier
de Cardiologie
Responsable de l'UF Soins
Intensifs TAVI
Réanimation Cardio-Thoracique-
Vasculaire et Respiratoire



sfc cardio.fr

De l'exception technologique à l'organisation territoriale

L'arrêt cardiaque réfractaire demeure une situation dramatique. Lorsque le retour à une circulation spontanée n'est pas obtenu après vingt à trente minutes de réanimation conventionnelle, la mortalité dépasse 90 %, y compris chez des patients jeunes sans comorbidité majeure. Malgré l'amélioration constante de la chaîne de survie, une proportion significative de ces patients décède faute d'alternative thérapeutique efficace [1].

L'Extracorporel Cardiopulmonary Resuscitation (ECPR), reposant sur la mise en place d'une ECMO veino-artérielle pendant la réanimation, a progressivement émergé comme une stratégie permettant de restaurer une perfusion systémique et cérébrale en attendant le traitement d'une cause réversible [2]. Ce qui relevait autrefois d'une approche exceptionnelle est désormais discuté dans les recommandations internationales et intégré dans certaines filières territoriales structurées [3].

L'ECPR n'est plus seulement un geste technique, mais un potentiel marqueur de maturité organisationnelle.

Quinze ans d'évolution scientifique : des signaux conditionnels

La décennie 2010 a marqué un tournant. Après des séries observationnelles européennes ayant suggéré un bénéfice potentiel chez des patients sélectionnés,

plusieurs essais randomisés ont cherché à objectiver l'impact réel de l'ECPR.

L'étude ARREST (n=30) menée à Minneapolis a montré qu'au sein d'un centre hautement spécialisé, avec activation précoce et organisation parfaitement intégrée, la survie neurologiquement favorable à la sortie d'hôpital atteignait 43 % (n=6/14) dans le groupe ECPR contre 7 % (n=1/15) dans le groupe réanimation conventionnelle, chez des patients présentant un arrêt cardiaque réfractaire à rythme choquable [4]. L'essai, interrompu prématurément pour bénéfice, a fortement contribué à repositionner l'ECPR comme stratégie potentiellement efficace dans des systèmes experts.

L'essai Prague OHCA (n=256), fondé sur une stratégie hyper-invasive incluant transport en arrêt cardiaque sous compression mécanique et prise en charge coronarographique précoce, a rapporté une survie neurologiquement favorable d'environ 31 % dans le groupe stratégie invasive (n=39/124) contre 22 % (n=29/132) dans le groupe standard, différence non significative en analyse globale [5]. Toutefois, les analyses en sous-groupes ont suggéré un bénéfice lorsque le délai vers une stratégie avancée était maîtrisé, confirmant le rôle central du facteur temps.

À l'inverse, l'essai multicentrique INCEPTION (n=160), conduit aux Pays-Bas, n'a pas retrouvé d'amélioration significative de la survie neurologique à trente jours, avec un taux d'environ 20 % (n=14/70) dans le groupe ECPR contre 16 % (n=10/64)

dans le groupe standard. Ces résultats soulignent que la performance d'une stratégie extracorporelle dépend étroitement du volume d'activité, de la coordination territoriale et de l'expertise des équipes impliquées [6].

Les publications récentes insistent sur cette dimension systémique. L'ECPR n'est ni une solution miracle ni une technique inefficace ; elle est contextuelle. Son efficacité dépend du timing, de la sélection des patients et de la qualité de l'organisation qui l'entoure.

Les résultats apparemment discordants des essais convergent en réalité vers une conclusion commune : l'ECPR fonctionne dans les systèmes rapides et structurés, et perd son bénéfice lorsqu'elle est tardive ou mal intégrée.

Le temps comme variable thérapeutique majeure

L'ECPR concerne un sous-groupe restreint d'arrêts cardiaques. Le profil le plus favorable associe un patient relativement jeune, un arrêt devant témoin, un massage cardiaque immédiatement initié, un rythme initial choquant et un délai compatible avec une mise sous circulation extracorporelle avant soixante minutes. En pratique, ces critères ne concernent qu'environ 10 % des arrêts cardiaques extrahospitaliers. Même dans ces conditions et au sein de centres experts, la survie globale excède à peine 30 %, avec une proportion comparable de survivants présentant un bon pronostic neurologique [3].

Le déterminant central reste le délai. La durée du no-flow doit être minimale, et la phase de low-flow sous réanimation conventionnelle ne peut être prolongée sans compromettre la récupération neurologique [7]. Les données physiopathologiques et cliniques montrent une décroissance rapide des chances de récupération cérébrale après quinze à vingt minutes de réanimation. L'objectif opérationnel est donc d'obtenir un flux extracorporel avant soixante minutes après le collapsus. Cette « golden hour extracorporelle » correspond à un seuil physiopathologique au-delà duquel la probabilité de récupération neurologique diminue fortement.

L'ECPR ne doit donc pas être envisagée comme une ultime tentative tardive, mais comme une stratégie anticipée, décidée précocement et mise en œuvre dans une fenêtre temporelle contrainte.

La régulation, point de départ de la stratégie

Dans ce contexte, la régulation occupe une place centrale. L'ECPR commence dès l'appel. La décision d'envisager une filière extracorporelle doit être intégrée précocement, parfois dès quinze à vingt minutes de réanimation sans retour de circulation spontanée. Le médecin régulateur ne se contente plus d'activer un SMUR ; il construit une trajectoire thérapeutique. Il identifie un patient potentiellement éligible, anticipe le délai global et déclenche sans tarder la coordination avec un centre expert.

Selon le contexte territorial, cette stratégie peut prendre la forme d'un transport rapide sous compression mécanique vers un centre prêt à canuler immédiatement, comme dans le modèle de Minneapolis ou dans l'essai Prague OHCA, ou d'un déploiement d'équipe mobile capable de réaliser la canulation sur site. En France, ce modèle ne peut être envisagé que dans certaines grandes métropoles disposant d'un maillage hospitalier dense et d'un réseau de soins structuré, et reste difficilement transposable en dehors de ces environnements à forte concentration de ressources spécialisées.

Ces organisations diffèrent dans leur logistique, mais poursuivent le même objectif : réduire le low-flow au minimum. Dans les deux cas, la rapidité décisionnelle en régulation est déterminante. Chaque minute d'hésitation pèse sur le pronostic neurologique.

Une stratégie coûteuse mais dépendante de sa performance

L'ECPR mobilise des ressources substantielles : dispositifs extracorporels dédiés, équipes spécialisées disponibles en permanence, capacité de réanimation prolongée et prise en charge de complications parfois sévères. Son coût initial est élevé et implique nécessairement une structuration organisationnelle adaptée afin d'en garantir la pertinence.

Les évaluations économiques récentes suggèrent que, dans des centres à haut volume appliquant des critères de sélection rigoureux, le coût par année de vie ajustée sur la qualité peut rester dans des seuils considérés comme acceptables. En revanche, lorsque la sélection est imprécise ou que les délais ne sont pas maîtrisés, la rentabilité devient incertaine. L'efficacité de l'ECPR apparaît ainsi étroitement liée à la performance organisationnelle et au niveau de structuration de la filière [8].

Conclusion

Les données contemporaines confirment que l'ECPR ne se limite pas à une innovation technologique ni à une stratégie de sauvetage compassionnelle. Elle s'inscrit désormais dans un corpus croissant de données cliniques et dans des recommandations internationales encadrant son utilisation chez des patients sélectionnés, au sein de systèmes organisés.

Elle constitue une stratégie organisationnelle à forte contrainte temporelle, mobilisant des moyens humains et financiers significatifs. Son efficacité dépend de la capacité d'un territoire à identifier précocement les patients éligibles, à coordonner les acteurs et à maîtriser les délais d'accès au flux extracorporel.

Dans l'arrêt cardiaque réfractaire, le temps demeure la variable déterminante, et la régulation en constitue le premier levier opérationnel.

LES IADE RECONNUS

LES IADE ACCÈDENT ENFIN AU CHAMP DE LA PRATIQUE AVANCÉE



ARNAUD BASSEZ

Infirmier anesthésiste
Président de la Société Française
des Infirmier(e)s Anesthésistes



sofia.medicalistes.fr

Les infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'État (IADE) ont reçu en fin d'année 2025, une reconnaissance attendue de longue date avec la publication du décret du 24 décembre 2025 relatif aux activités et compétences de la profession infirmière.

Par cet acte réglementaire majeur, le Code de la santé publique consacre officiellement l'entrée des IADE dans le champ de la pratique avancée. Il valide enfin, de manière explicite, le haut niveau d'expertise professionnelle de cette spécialité dans des domaines clés tels que l'anesthésie-réanimation, les urgences préhospitalières, l'algologie ou encore la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Il n'est que temps. Dès le milieu des années 1960, les États-Unis avaient déjà structuré la pratique avancée infirmière en reconnaissant quatre rôles « d'infirmières praticiennes », notamment les Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNA). Cette dynamique internationale s'est progressivement imposée, si bien qu'aujo-

urd'hui plus de soixante pays ont intégré des rôles infirmiers de pratique avancée évoluant dans un exercice mixte clinicien et praticien, conformément aux recommandations formulées en 2002 par l'International Council of Nurses (ICN).

Selon cette instance, « un infirmier exerçant en pratique avancée est un infirmier diplômé ayant acquis des connaissances théoriques approfondies, des compétences cliniques expertes et une capacité de prise de décision complexe, dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte d'exercice ». À l'évidence, les IADE répondent pleinement à cette définition.

Cette reconnaissance met en lumière le particularisme de la profession IADE : des prérogatives clairement identifiées, une formation exigeante et spécifique, un compagnonnage professionnel fondé sur l'expertise de terrain. Elle engage désormais l'ensemble de la profession à investir pleinement toutes les dimensions de la pratique avancée : les soins cliniques directs bien sûr, mais aussi le leadership,



l'expertise conseil, des activités de consultation et de recherche au travers de prises de décision éthiques et d'un exercice collaboratif.

C'est à ce prix et seulement à ce prix, que les IADE français pourront affirmer durablement leur rôle incontournable dans les secteurs où l'oxyologie et la sécurité des soins sont en jeu. Par leur expertise, leur maîtrise technique, l'étendue de leur champ d'exercice et son application quotidienne, ils sont des acteurs indissociables de la qualité des soins.

La responsabilité est désormais collective. Le cadre législatif est posé ; il appartient aux IADE de lui donner corps au travers des décrets de formation et d'exercice à venir. La pratique avancée ne saurait être un simple label apposé à une profession déjà experte. Elle doit être incarnée, structurée et portée par celles et ceux qui la font vivre au quotidien.

Vouloir, c'est pouvoir. Aujourd'hui toutes les conditions sont réunies pour que cette ambition devienne réalité. Notre futur doit être plus grand que notre passé.



IADE EN PREMIERE LIGNE

LES EXPÉRIMENTATIONS PARAMÉDICALISÉES DU SMUR INTERROGENT L'AVENIR DE LA PRATIQUE AVANCÉE EN URGENCE PRÉHOSPITALIÈRE

Problématique

Les expérimentations d'interventions paramédicalisées menées par les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) depuis plus de trente ans peuvent-elles éclairer utilement les débats contemporains relatifs à la pratique avancée en médecine d'urgence préhospitalière ?

Alors que le système des urgences fait face à une crise durable de ressources médicales, la réflexion sur de nouveaux niveaux de réponse opérationnelle ne peut faire l'économie d'un retour sur des modèles historiques éprouvés. Parmi ceux-ci, les interventions paramédicalisées assurées par des IADE constituent un précédent clinique, organisationnel et sécuritaire majeur, aujourd'hui insuffisamment mobilisé dans les orientations institutionnelles.

1. Les interventions paramédicalisées IADE : une réponse ancienne à des tensions structurelles

1.1 Un contexte historique étonnamment actuel

Les premières expériences d'intervention paramédicalisée par des IADE s'inscrivaient déjà dans un contexte marqué par :

- Une démographie médicale contrainte,
- Des inégalités territoriales d'accès aux soins urgents,
- Une tension croissante sur les structures SMUR et SAMU.

Ces dispositifs n'étaient ni improvisés ni marginaux. Ils ont été sollicités, encadrés et autorisés par les tutelles, dans une logique de réponse graduée, fondée sur la régulation médicale, la protocolisation et l'expertise clinique paramédicale.

Ce rappel est essentiel : la paramédicalisation des interventions d'urgence ne relève pas d'un pis-aller contemporain, mais d'une stratégie déjà pensée, testée et évaluée.

1.2 L'expérimentation du SMUR de Thionville : un cas fondateur

L'expérimentation menée au SMUR de Thionville entre 1990 et 2003 constitue à ce titre une référence incontournable.

Dans ce dispositif :

- Les IADE intervenaient seuls sur le terrain,
- Sous régulation médicale,
- Selon des protocoles validés,
- Avec possibilité de renfort médical secondaire.

Sur 2 970 interventions réalisées, seules 165 ont nécessité un renfort médical, soit 5,56 % des missions.

L'arrêt de l'expérimentation n'a pas été motivé par des considérations de sécurité ou de qualité des soins, mais par la possibilité retrouvée de financer une médicalisation complète.

Cette expérience démontre de manière robuste que l'au-



tonomie paramédicale encadrée peut constituer une réponse efficiente, sûre et adaptée aux urgences vitales préhospitalières.

2. L'IADE : une profession historiquement inscrite dans la pratique avancée

2.1 Une formation et un champ de compétences de niveau avancé

La formation IADE repose sur un socle clinique et décisionnel élevé, incluant notamment :

- La gestion avancée des voies aériennes,
- La sédation et l'analgésie,
- La ventilation et les suppléances respiratoires,
- L'assistance cardio-circulatoire,
- Les accès vasculaires invasifs,
- La prise en charge des états de choc et des détresses vitales,
- La médecine de catastrophe et les situations sanitaires exceptionnelles.

Ces compétences sont mobilisées bien au-delà du bloc opératoire : préhospitalier, transport infirmier inter hospitalier (TIH), réanimation, déchocage, plateformes offshore, dispositifs militaires ou de crise.

2.2 Une autonomie professionnelle déjà exercée

L'IADE exerce de longue date dans des contextes où :

- La décision doit être rapide,
- L'anticipation est déterminante,
- La présence médicale immédiate n'est pas systématique.

Cette autonomie n'est ni revendicative ni idéologique : elle est fonctionnelle, sécuritaire et nécessaire à l'efficience des soins critiques.

3. Pratique avancée et IADE : une convergence évidente mais inaboutie

3.1 Pratique avancée : une définition déjà incarnée

La pratique avancée repose classiquement sur :

- Des compétences cliniques élargies,
- Un raisonnement diagnostique et thérapeutique,
- Un champ d'intervention identifié,
- Un cadre réglementaire sécurisé,
- Une collaboration structurée avec le corps médical.

Or, ces éléments correspondent largement à l'exercice réel des IADE, notamment en préhospitalier.

3.2 Une reconnaissance institutionnelle partielle

Les concertations IGAS ont d'ailleurs reconnu :

- L'IADE comme exerçant en pratique avancée,
- La possibilité d'une intégration pleine et entière (le « stock »),
- Le maintien du diplôme d'État et des instituts de formation,

- L'ouverture à des évolutions d'activités encadrées.

Pourtant, cette reconnaissance est restée incomplète dans le champ des urgences, où les IADE ont été largement absents des dispositifs structurants récents.

4. La crise actuelle des urgences : un révélateur des angles morts organisationnels

Les données institutionnelles récentes (DREES, Sénat, SUDF) montrent :

- Des fermetures massives de services d'urgence et de SMUR,
 - Des lignes SMUR indisponibles de façon récurrente,
 - Une exposition directe des populations à un risque vital.
- Face à cette situation, des solutions paramédicalisées ont été déployées dans l'urgence. Face à cette situation, des solutions paramédicalisées ont été déployées dans l'urgence. Équipe Para Médicale d'Urgence (EPMU, SMUR paramédicalisés), parfois sans cadre réglementaire stabilisé.

Ces réponses rejoignent pourtant dans leur principe, des modèles historiques portés de longue date par les IADE sans toujours les associer à la réflexion stratégique.

5. L'UMH-P : une formalisation contemporaine de la réponse graduée

L'Unité Mobile Hospitalière Paramédicalisée (UMH-P) s'inscrit dans la continuité directe :

- Des expérimentations historiques IADE,
- Des besoins actuels du terrain,
- Des principes de la pratique avancée.

5.1 Principes de l'UMH-P

- Intervention préhospitalière paramédicalisée assurée par un IADE



- Régulation médicale systématique
- Protocoles validés
- Possibilité de renfort médical secondaire
- Télétransmission et outils numériques
- Inscription dans une logique de parcours patient

5.2 Une complémentarité avec les IPA urgence

L'UMH-P ne s'oppose pas aux IPA mention urgence. Elle répond à un autre segment du parcours de soins : les urgences critiques, vitales, primo-secondaires et les transferts complexes.

Opposer les professions serait contre-productif ; les articuler est un impératif organisationnel.

Conclusion

L'histoire du SMUR et des interventions paramédicalisées IADE, montre que la pratique avancée préhospitalière existe déjà dans les faits depuis plusieurs décennies.

La crise actuelle des urgences ne crée pas ce besoin : elle le révèle.

L'UMH-P constitue une formalisation moderne, sécurisée et cohérente de cette réponse graduée.

La question n'est donc plus de savoir si les IADE peuvent exercer en pratique avancée en préhospitalier, mais si le système est prêt à reconnaître, structurer et assumer cette réalité au service des patients.

Arnaud BASSEZ

Infirmier anesthésiste diplômé d'État
Président de la SOFIA

Damien BRAULT

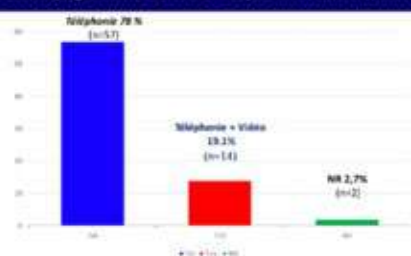
Infirmier anesthésiste diplômé d'État
Infirmier en pratique avancée IPA mention urgences
Secrétaire général de la SOFIA



CHAQUE SECONDE COMPTE

DE L'APPEL AU DÉFIBRILLATEUR,
L'ORGANISATION ET LES OUTILS
CONDITIONNENT L'EFFICACITÉ DE LA
CHAÎNE DE SURVIE.

Lors de l'accompagnement de la RCP du premier témoin, utilisez-vous :



S'il y a plusieurs témoins de l'AC, leur demandez-vous d'aller récupérer un DAE ?



ARLoD est une association à but non lucratif, créée fin 2009, après la parution du Décret n°2007-705 du 4 mai 2007 relatif à l'utilisation des DAE par des personnes non-médecins, permettant à toute personne d'utiliser un DAE quel que soit son âge.

Devant la difficulté de géolocalisation des DAE déployés sur le territoire national, ARLoD s'est fixé un objectif : créer une base de données des défibrillateurs automatisés externes (DAE) en accès public, mise à la disposition des services d'urgence (SAMU et SDIS) afin que, lors d'un appel pour un arrêt cardiaque extra hospitalier (ACEH), ils soient en mesure d'indiquer aux témoins où se trouve le DAE accessible le plus proche.

Cette initiative s'est mise en place avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS).

Le séminaire ARLoD du 1er mars 2018 "Mort subite et défibrillation précoce : les clés de la réussite" dont les conclusions ont été reprises dans un livre blanc ont servi de guide pour la construction de la base de données nationale des défibrillateurs automatisés externes Géo'DAE, gérée par la DGS, née après la loi n° 2018-527 relative au défibrillateur cardiaque (équipement en DAE des établissements recevant du public (ERP), maintenance des appareils et création de Géo'DAE).

Les exploitants des DAE ont obligation de les déclarer à la base de données Géo'DAE, cette proposition a été faite par ARLoD qui avait vécu les difficultés d'une déclaration sur le mode du volontariat.

La loi "Citoyen sauveteur" de 2020 a donné un statut aux intervenants "sauveteurs laïcs" qui deviennent des collaborateurs occasionnels du service public, ce qui les



protège dans leurs actions entreprises pour l'aide aux victimes.

Suite logique à la création de la base de données nationale, ARLoD a transmis ses données (plus de 40 000 DAE répertoriés et géolocalisés) à Géo'DAE qui a démarré en février 2020 et est devenu conseil de la DGS.

ARLoD a maintenu sa base de données utilisée par certains SAMU en attendant que le relais soit pris par Géo'DAE et s'est concentré, compte tenu de son expérience, dans sa fonction d'expert dans le domaine de l'arrêt cardiaque extra hospitalier.

C'est dans ce cadre qu'ARLoD a conduit en 2024 et proposé au monde de l'urgence, une enquête intitulée "Arrêt cardiaque : de l'appel à l'arrivée du SMUR". Elle a suscité un réel intérêt compte tenu du nombre de réponses mais également par le nombre d'acteurs de l'urgence intèrte

Ce focus réalisé sur la prise des appels pour arrêt cardiaque dans les SAMU permet des interrogations et un certain nombre de constatations :

- Quelles sont les stratégies de gestion de ces appels par les SAMU ?
- Les SAMU collent-ils aux dernières recommandations de l'ERC s'agissant de la gestion des appels pour Arrêt Cardiaque ?
- Les stratégies de communication des procédures sont-elles satisfaisantes ?
- Les procédures des SAMU pour ce type d'appels sont-elles uniformes ?

Toutes les informations recueillies amènent à réfléchir sur les possibilités d'optimisation des premiers maillons de la chaîne de survie dans nos SAMU face à la prise en charge des appels pour AC.

Cette enquête a montré qu'il est possible, dans nos SAMU, d'encore optimiser la chaîne de survie et en particulier sur les premiers maillons et l'accompagnement du premier témoin.

- En s'investissant sur certains items de cette chaîne de survie.
- En collant au plus près aux recommandations de l'ERC et en les adaptant à nos conditions locales.
- En communiquant auprès de tous les acteurs sur nos procédures.



- En partageant nos procédures locales novatrices.
- En développant les technologies et dispositifs de communication innovants mais en évitant les développements anarchiques pour une coexistence de qualité au bénéfice des patients.
- En ayant une réflexion au sein des SAMU pour savoir comment les différents réseaux sociaux peuvent coexister dans l'intérêt des malades. En l'absence d'un réseau unique, à un moment où on se dirige vers une base de données nationale des DAE, il paraît important que chaque SAMU ait sa propre réflexion pour définir le ou les réseaux qu'il privilégie, tout en s'assurant de la qualité du service rendu.
- En développant la formation des acteurs de nos services et en particulier les ARM.
- En changeant de paradigme sur l'implication des ARM dans la prise d'un appel pour AC.

La réflexion avec tous les acteurs concernés s'est à nouveau développée lors du séminaire ARLoD du 21 mars 2024 "Arrêt Cardiaque Extra Hospitalier, de l'appel à la défibrillation précoce : où en sommes-nous ?" (Une synthèse des conclusions est disponible sur le site www.arlod.fr)

Alors que le parc des DAE en accès public est passé de 180 000 à environ 500 000, le taux de survie n'a pas progressé. Différentes possibilités d'amélioration sont soulignées. En premier lieu, le point clé que représentent l'initiation et la formation aux gestes qui sauvent, permet de constater que la France est et reste très en retard et loin des objectifs des 80% de la population formée. Le rôle du premier témoin est et reste essentiel pour la survie des patients. Il doit en quelques secondes reconnaître un arrêt cardiaque, alerter les secours, démarrer les com-

pressions thoraciques, et si possible utiliser un DAE. Un second point est souligné : la faible utilisation des DAE en accès public par les témoins <10% par méconnaissance des lieux d'implantation et non accessibilité H24 de 80% du parc. A cela s'ajoutent des améliorations nécessaires dans le fonctionnement de Géo'DAE et le recueil des données pour faciliter son utilisation par les services de secours. La signalétique permettant de les trouver rapidement, bien qu'obligatoire, doit également être optimisée et mise en place systématiquement.

Dernier point souligné et argumenté : la défaillance de DAE non opérationnels par défaut de surveillance et de maintenance pourtant obligatoire de la part de l'exploitant.

Il paraît nécessaire qu'un plan cohérent soit mis en place et connu de tous pour améliorer la prise en charge à toutes étapes, avec les objectifs suivants :

1. Informer la population sur la réalité de l'arrêt cardiaque et le bénéfice de la chaîne de survie, en particulier des premiers maillons.
2. Développer l'initiation et la formation aux gestes qui sauvent (RCP + DAE).

3. Renforcer les services d'urgence pour une RCP guidée, une connaissance de l'emplacement et de la disponibilité des DAE, une utilisation des citoyens sauveteurs.

4. Définir surveillance et maintenance des défibrillateurs en accès public, en termes de contenu, formation des techniciens intervenant lors de visites sur site et fréquence des interventions.

Ce point paraît essentiel avant de définir une politique d'implantation des DAE en accès public dans les ensembles d'habitation (70% des ACEH ont lieu au domicile).

Pour mettre en place ce programme, ARLoD travaille avec les pouvoirs publics, les parlementaires, l'ensemble des acteurs concernés par l'ACEH, ainsi que les fabricants de DAE et sociétés de maintenance qui peuvent contribuer à l'enrichissement de Géo'DAE, de sa promotion et de sa mise à jour.

www.arlod.fr
contact@arlod.fr

UN OUTIL POUR CONNAITRE L'EMPLACEMENT DES DAE PROCHE D'UN LIEU ET/OU SAVOIR SI UN DAE EST DÉCLARÉ ET RECENSÉ PAR GÉO'DAE, PRENANT SA PLACE DANS LA CHAÎNE DE SURVIE.



1 – SAVOIR OÙ SONT LES DAE proches d'un lieu (habitation, lieu de travail, de vacances,)

GéoLine permet de situer les trois DAE les plus proches recensés dans Géo'DAE.

2 - AYEZ UNE ATTITUDE CITOYENNE :

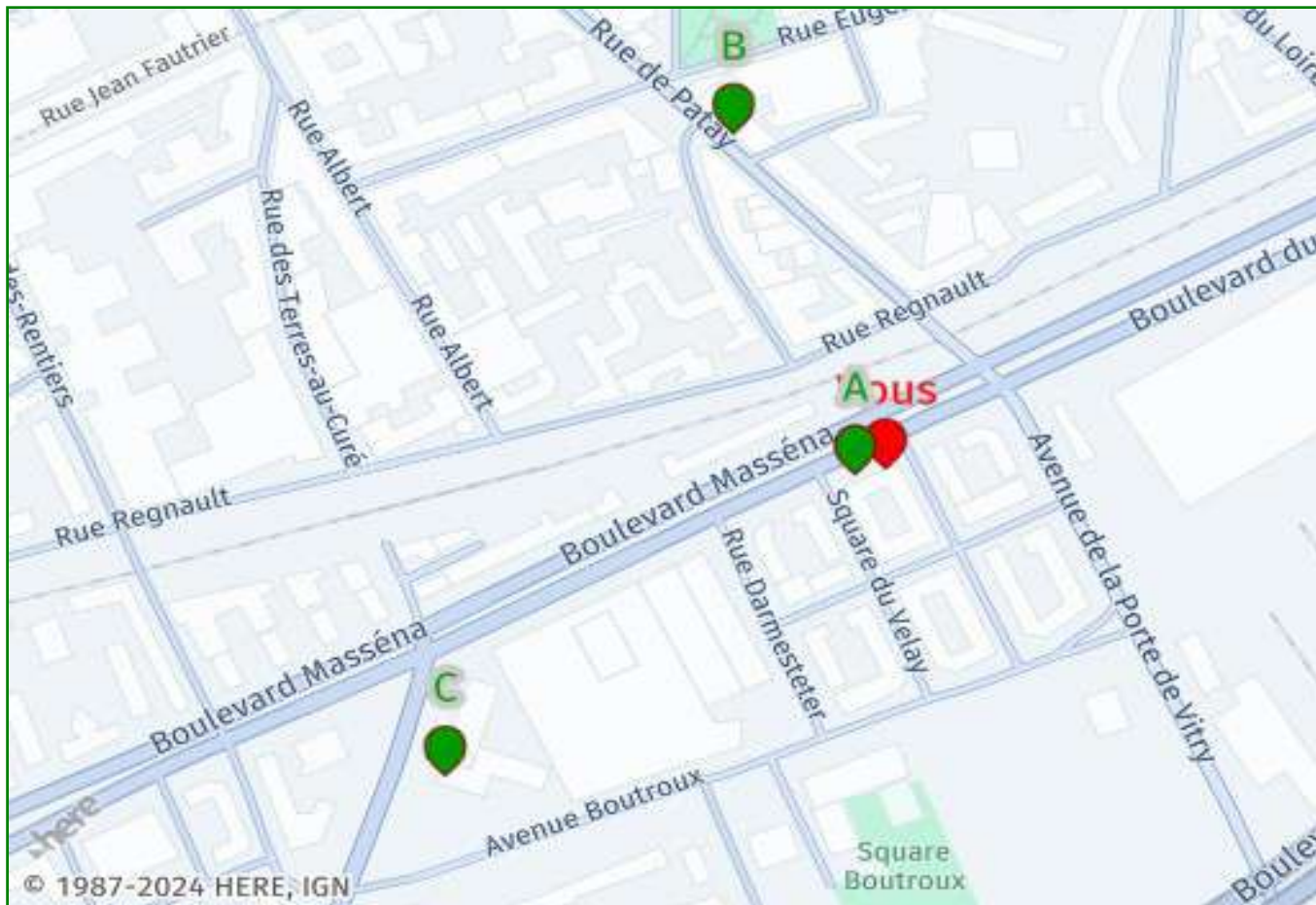
vous voyez un DAE (dans la rue, une société, un immeuble ...). Utilisez GéoLine : Entrez l'adresse ou données GPS du lieu GéoLine vous indique les trois DAE les plus proches recensés.

Il n'est pas indiqué, prenez contact avec le responsable, l'exploitant du défibrillateur et indiquez lui l'obligation et l'importance de déclarer pour contribuer à sauver des vies.

Les informer ne peut que les aider à enrichir la base de données nationale pour sauver des vies.

Défibrillateurs Automatisés Externes (DAE) les plus proches du 21 Boulevard Massena, 75013 Paris

Informations fournies par ARLoD et extraites de la base de données nationale Géo'DAE en date du 09/11/2024 à 17:35



Seuls les défibrillateurs fonctionnels sont présentés dans ces résultats.

- A** REDD BARBER, 23 BD MASSENA, 75013 PARIS. Situé : à l'intérieur. Accès libre : Oui. Horaires : heures ouvrables.
- B** LYCEE GALILEE, 28 Rue de Patay, 75013 Paris. Situé : à l'intérieur. Accès libre : Non. Accessibilité : lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi. Horaires : heures ouvrables.
- C** Mairie de Paris - CRECHE MUNICIPALE MASSENA 2, 9 Avenue Claude Regaud, 75013 Paris. Situé : à l'intérieur. Accès libre : Non. Accessibilité : lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi. Horaires : heures ouvrables.

48 m

269 m

351 m

Affichage recommandé dans le hall de votre immeuble

GÉO^oLINE
LOCALISATION EN LIGNE DE TROIS DAE



Scannez ce QR code pour
connaître les 3 DAE les plus
proches d'une autre adresse

Association pour le Recensement
ARLoD
et la Localisation des Défibrillateurs

Géo'DAE
BASE NATIONALE
DES DÉFIBRILLATEURS

ORGANIGRAMME DE L'AFARM

CO-PRÉSIDENTS



YANN ROUET
ARM SAMU



ALEXANDRE MALUGA
ARM SAMU

SECRÉTAIRE



CINDY GABARROT
ARM SAMU

RESPONSABLES CONGRÈS



BÉATRICE CLARE
ARM SAMU



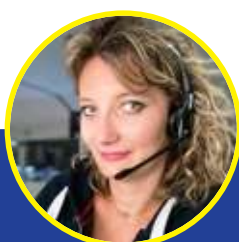
PATRICE AMAT
ARM SAMU

TRÉSORIER COMMUNITY MANAGER



JONATHAN BOULET
ARM SAMU

CHARGÉS DE COMMUNICATION



SOPHIE DUCARRE
ARM SAMU



BRICE GIRAUD
ARM SAMU



PARTENAIRE OFFICIEL

CRÉDITS PHOTOS :

AFARM - AJMU - Artprism-CHMS - @Tanguy-merlin - @Thomasc.uniforme - CRRA 66 - CRRA 69 - Erwan EGRETEAU - Fabrice GHIOTTI - Hospim - Jonathan MOISSON - Julie GUERY - Kevin SMTZ - Khaled HABCHI - LeoProst - M. GONZALEZ - Patx-photos - Pierre ALEX Bayonne - SAMU 07 - SAMU 10 - SAMU 16 - SAMU 22 - SAMU 31 - SAMU 37 - SAMU 51 - SAMU 64 - SAMU 69 - SAMU 73 - SAMU 74 - SAMU 83 - SIRPA - SMUR Pédiatrique Robert Debré - SUDF - Thomas MOREAU - Thomas REISCH - Thumbnail - Tiphène GUISSARD - BSF - Anthony Boutin
SOFIA - Berika Bouhrim - FNPC - APC 86 - APC 95 - CUMP 73 - MCS



www.afarm.fr - contact@afarm.fr

Agrément Préfectoral N°W062015560 - Journal officiel N°81



INFORMATION - DIFFUSION - ADMINISTRATION

BP 70011 - 94223 Charenton PDC1

SIRET : 824 546 220 000 16

contact@samu-magazine.fr - Standard : 09 72 11 75 69

ÉDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE EXCLUSIFS

SNCF VOYAGEURS

TECHNICENTRE DE ROMILLY



En tant qu'établissement industriel du domaine ferroviaire, nous avons développé au fil des années une culture de la performance, de la rigueur et de l'adaptation aux exigences de nos clients, qui constitue aujourd'hui un véritable atout.

Au cœur de notre activité, la sécurité demeure une priorité absolue. Qu'il s'agisse de production, de maintenance ou de réparation, chaque intervention est réalisée selon des standards stricts, garants de la fiabilité de nos opérations. Cette exigence structure l'ensemble de nos processus et guide le travail quotidien de nos équipes.

Notre savoir-faire repose également sur une expertise technique solide et diversifiée. Nous intervenons sur la réparation de composants électriques, électroniques et mécaniques, contribuant ainsi à la prolongation de la durée de vie des équipements. Cette capacité à intervenir sur des systèmes complexes est un marqueur fort de notre valeur ajoutée industrielle.



Dans ce contexte d'ouverture du marché ferroviaire à la concurrence, nous faisons le choix d'élargir davantage notre activité, en proposant notamment, à tout nouveau client, des prestations d'usinage, de grenaillage, de peinture ou encore d'essais, tout en restant fidèles à notre mission première : **assurer un service sûr, fiable et de qualité.**

Ainsi, l'ouverture à la concurrence apparaît pour notre établissement comme une nouvelle opportunité à laquelle nous répondrons grâce à notre savoir-faire.

Est traordinaire



**LA RÉGION GRAND EST
LÀ OÙ LA SANTÉ
SE RAPPROCHE DE TOUS !**

Régine,
retraîtée à Mittelbergheim

Depuis **10 ans**, la Région a assuré
la présence de **500 médecins généralistes***
sur le territoire.

La Région
Grand Est
LÀ OÙ L'AVENIR SE JOUE