

## Pourquoi remplacer les médecins des SMUR par des infirmiers serait une erreur impardonnable ...

**Pr Pierre CARLI**

DAR et SAMU de Paris  
Hôpital Necker Enfants malades  
PARIS

PCA 2001

## Un certain contexte ...

- Diminution du temps de travail
- Rigueur budgétaire
- Pénurie de médecins
- Règlement de compte entre services publics
- Et d'autres arguments encore moins avouables ...

**...propices à la solution miracle  
du grand YAKA...**

PCA 2001

## YAKA remplacer les médecins des SMUR par des infirmiers !

- C'est simple et économique ,
- Ça résout tous les problèmes d'effectifs
- Ça permet de dégager des moyens
  - pour d'autres services plus important
  - d'autant plus que le rôle des SAMU-SMUR est surestimé
- Ça ne nuit pas à la qualité des soins
- Et en plus ça marche , on a essayé !

**De (prétendus) experts en parlent beaucoup ...  
Seul le lobby des médecins de SAMU-SMUR est contre**

PCA 2001

## C'est du simple bon sens !

- Les infirmiers sont de bons techniciens qui peuvent prendre en charge la plus part des urgences
- Les IADE peuvent réaliser des actes thérapeutiques spécialisés : intuber, poser des voies veineuses, injecter des médicaments...Aussi bien qu'un médecin urgentiste
- La réanimation lourde est rare
- Le médecin c'est mieux mais le mieux peut-être l'ennemi du bien...

**Pourtant c'est une erreur ! Pourquoi?**

PCA 2001

## Le diagnostic et l'indication thérapeutique

- La réalisation des gestes n'est pas le problème il faut avant
  - porter un diagnostic
  - mettre en place une stratégie thérapeutique
  - choisir entre
    - » l'indication avec un risque iatrogène
    - » l'abstention avec un risque vital évolutif
- C'est une décision médicale spécialisée

L'infirmier n'a pas les compétences nécessaires

PCA 2001

## Performance diagnostique et thérapeutique des équipes SMUR pour les interventions avec admission directe

	Diagnostic cohérent (%)	Gravité patente (%)	Traitement Spécialisé (%)	Cohérence (%)
Réa med N = 180 ( 40 %)	163 (91 %)	155 (86%)	159 (88 %)	173 (96 %)
Réa chir N = 54 ( 63 %)	49 (91 %)	50 (93 %)	48 (89 %)	51 (94 %)
USIC N = 175 ( 21 %)	159 (91 %)	100 (57 %) * #	147 (84 %)	155 (89 %) *

Telion et Carli Ann Fr Anest Réan 2000

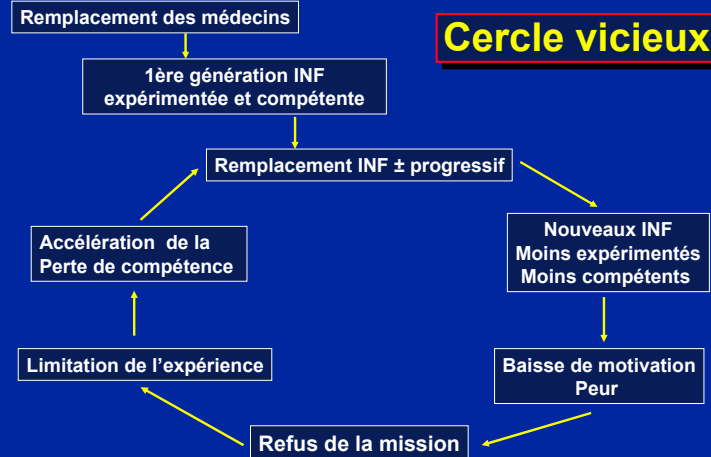
## Apoptose de la prise en charge préhospitalière

- La mort génétiquement programmée de la réalisation préhospitalière de soins médicaux complexes
- Un transfert conduisant progressivement à la perte de compétence, de motivation, et la non- réalisation de la mission

À court ou à moyen terme  
une baisse évidente de la qualité des soins

PCA 2001

## Cercle vicieux



En l'absence d'une dynamique médicale basée sur l'enseignement et la recherche le système s'auto-détruit.

JA 2001

## L'évolution des « paramedics » nord-américains

- Auxiliaires médicaux militaires
- Énorme expérience de combat 1965 -73
- Technique de triage en vol et MASH
- Conversion civile réussie
- Création de Trauma Center
- Malgré des efforts majeurs
- Phénomène d'apoptose...

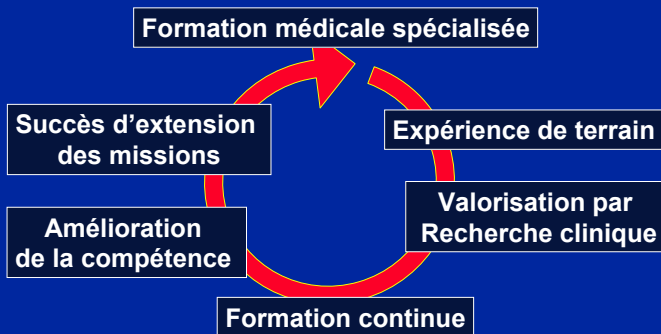
Autres exemples Brighton, Stanford... PCA 2001

## Success of endotracheal intubation by paramedics

Study	Success rate %	95 % CI	Intubation / pers / year
DE LEO 1977	91	88-92	1.26
STEWART 1978	77	70-84	2.08
BRADLEY 1998	49	36-62	0.60
SAYRE 1998	51	42-61	

PCA 2001

## Cercle vertueux d'une dynamique médicale



PCA 2001

## Ne pas se tromper de contexte pour les urgences !

- Accroissement de la demande
- Exigence du « zéro faute » par le public
- Recherche d'imputabilité favorisée par la loi Kouchner
- Contexte national et mondial

PCA 2001

## Un pari très dangereux !

Impact médiatico - social de la suppression des médecins de SMUR pour la protection contre le terrorisme ?

Contradiction avec la stratégie officielle

- Circulaire Plan Blanc ; Dispositif départemental, zonal

PCA 2001

## Mauvaise faisabilité

- Pénurie d'infirmiers pour plusieurs années
- Absence de motivation
- Impossibilité réglementaire
- Craintes médico-judiciaires
- Absence de cursus et de formation
- Autres tâches prioritaires

**IADE : présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur**  
**Tache prioritaire = sécurité du bloc opératoire**

PCA 2001

## Bénéfice faible même à court terme

- Budgétaire :
  - Un médecin = 48 h ou plus
  - Un infirmier = 35 h ou moins
- Impact financier sur les autres structures
  - SAU : arrivées sans filtre
  - Plus d'admission directe
- Redéploiement des médecins hasardeux

PCA 2001

## Pistes pour l'amélioration

- Pénurie médicale
  - Attractivité
  - Dynamique universitaire, spécialité
  - Postes, temps partagé
  - Fermeture de structures inadaptées : SROS
- Efficacité du système
  - Autres intervenants : réseau
  - Qualité de l'alerte : le 15
  - Re-investissement des citoyens

**Pas de pseudo-SMUR mais mieux utiliser les SMUR**

PCA 2001

## Transports interhospitaliers par des paramédicaux ?

- Différents des transports SMUR
  - Cadre légal adapté
  - Facturation spécifique
- Patients évalués et stabilisés par un médecin
- Régulation
  - Indication et contrôle médical
- Cadre sécurisé
  - Communication étroite
  - Intervention médicale rapide possible

PCA 2001

## Conclusion

- Le remplacement des médecins par des infirmiers dans les SMUR est une erreur
- Le bénéfice prévisible est faible et les conséquences dangereuses
- Le moment n'est pas propice aux expériences hasardeuses

PCA 2001