Journée de régulation médicale
Paris – 18/12/2018

Agnès et François sont heureux de vous faire part de la naissance du 3ème

Guide de Régulation Médicale :

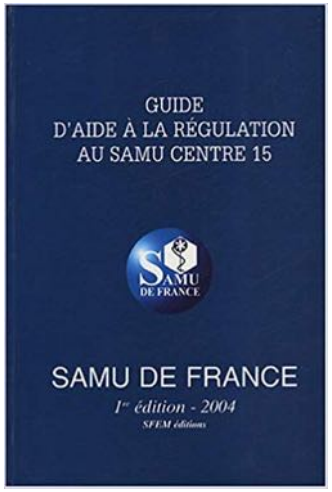
Gilles BAGOU

Un peu d'histoire

- XXème siècle :
  - protocoles de service dans quelques SAMU
  - les journées de Montluçon (SAMU de France)
- 2000 : création de la Commission Scientifique de SAMU de France
- 2002-2004 : *Guide d'aide à la régulation au SAMU-Centre 15* (v1)
- 2006 : création de la SFMU
- 2007-2009 : *Guide d'aide à la régulation au SAMU-Centre 15* (v2)
- 2014-2018 : *Guide de régulation médicale* (v3) (SFMU-SUdF)

Méthodologie (1)

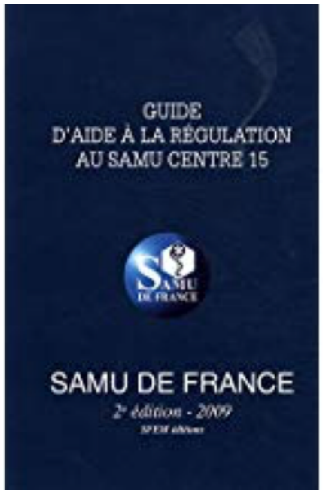
- v1, 2004 : « *Guide d'aide à la régulation au SAMU-Centre 15* »
  - coordination : Philippe MENTHONNEX
  - comité de rédaction : **12** auteurs et validation
  - contributeurs : **69**
  - livre de **397** pages
  - travail par motifs de recours
  - plan-type pour chaque fiche
  - classification des décisions : **P** 0-1-2 / **R** 1-2-3-4
  - réunions au SAMU de Paris, séminaire final à Autrans (janv. 2004)



Méthodologie (2)

- v2, 2009 : « *Guide d'aide à la régulation au SAMU-Centre 15* »
  - coordination : Gilles BAGOU
  - groupe de travail : **13** auteurs et validation
  - contributeurs : **74**
  - livre **528** pages et forme électronique sur le site SUdF

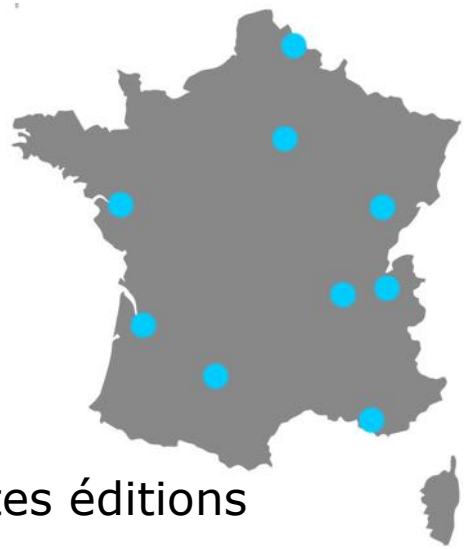
  - actualisation de chaque fiche
  - nouvelles fiches
  - échanges par courriels, réunions aux congrès SFMU



Méthodologie (3)

- v3, 2018 : « *Guide de régulation médicale* »
  - coordination : Gilles BAGOU
  - publication : Frédéric BERTHIER
  - groupe de travail : **11** auteurs et validation

    Idriss ARNAUDET 44, Gilles BAGOU 69, Frédéric BERTHIER 44, Catherine BERTRAND 94, Jean-François CIBIEN 47, Alain FACON 59, Pierre-Yves GUEUGNIAUD 69, Jean-Marc LABOUREY 25, Catherine PRADEAU 33, Dominique SAVARY 74, Muriel VERGNE 83.
  - contributeurs : environ **100** incluant ceux des précédentes éditions



  - échanges rédactionnels par courriels
  - synthèse et reprise de chaque fiche par le coordonnateur
  - amendements et validation en séminaire à Lyon (nov. 2018)
  - mise en forme définitive par le coordonnateur
  - mise en ligne : SFMU, SUdF
  - intégration à SI-SAMU

Guide de Régulation Médicale

- titre : « *Guide de Régulation Médicale* »
- motifs de recours
- toutes les fiches ont été toilettées, adaptées, réécrites ou créées
- masque de la fiche-type

Crise d'asthme

Mots-clefs : crise d'asthme, asthme aigu grave, dyspnée
Rédaction 2004 : F. DUBOULOZ, V. VIG, G. BAGOU
Mise à jour 2009 : V. VIG

PARM

1. **Identifier l'appelant, le lieu d'intervention et le patient**
2. **Déterminer le niveau de priorité de l'appel initial :**
   - P0 : arrêt cardiaque.
   - P1 : crise jugée différente de celles habituelles, plus longue, plus fatigante ou répétitive malgré le traitement, toute situation telle que l'essoufflement du patient rend difficile l'élocution.
   - P2 : crise simple mais situation particulière (oubli du traitement habituel).
3. **Chercher à savoir :** crise ayant déjà justifié une hospitalisation récente.
4. **Conseils en attendant la régulation médicale et l'arrivée des secours :** repos, calme.
5. **Appliquer les procédures dégradées si l'appel ne peut être régulé immédiatement :** [illegible] ou AP (oxygène).

MÉDECIN RÉGULATEUR

Régulation

1. **Critères positifs absolus et relatifs, critères de gravité :**
   - *Facteur déclenchant éventuel :* arrêt du traitement de fond, médication (bêtabloquant y compris collyre, anti-inflammatoire, bêtalactamine,...), infection itérative, exercice physique.
   - *Facteurs de gravité :* l'appel d'un asthmatique qui se connaît et se traite est à lui seul un critère de gravité ; asthme instable (répétition des crises, augmentation de la consommation de bêtamimétiques, diminution progressive du débit expiratoire de pointe depuis plusieurs jours), asthme nocturne ; signes cliniques (parole ou toux impossible, cyanose, sueurs, troubles de conscience, agitation, épuisement) ; crise jugée plus sévère que d'habitude.
   - *Peu de signes rassurants :* crise simple chez un sujet qui n'a pas encore pris le traitement de la crise aiguë.
2. **Déterminer le niveau d'urgence :**
   - R1 : dyspnée intense, difficulté d'élocution, épuisement, troubles de conscience, arrêt cardiaque.
   - R2 : crise qui se prolonge avec surmédication ; enfant ou sujet âgé (les traitements actuels permettent un âge avancé chez des asthmatiques sévères) ; signes témoignant de la gravité, sueurs, vertiges, cyanose éventuelle.
   - R3 : crise d'allure banale avec absence de traitement par négligence.

3. **Conseils médicaux :**
   - **En attendant l'arrivée des secours :** rester au calme sans effort physique, prescription méthodique, si possible avec l'aide d'un tiers, de 2 bouffées de bronchodilatateur en spray ; gestes de survie si nécessaire.
   - **En l'absence de nécessité d'envoi de secours :** prise normale du traitement de la crise (si non fait) et rappeler au moindre problème.
4. **Bilan et niveau de soins attendu par le premier secours professionnel :** évaluation de la dyspnée, oxygénothérapie au masque à haute concentration, gestes de survie si nécessaire.
5. **Bilan et mise en condition par le SMUR :** importance de la SpO_2 initiale (gravité si $SpO_2 < 93\ \%$), de la réponse au traitement par nébulisation associée à la corticothérapie, et à la mise en place éventuelle de thérapeutique complémentaire. L'inefficacité peut conduire à une assistance ventilatoire particulièrement difficile à gérer.

Orientation, suivi

1. **Critères d'orientation du patient :**
   - Réanimation : persistance d'un état instable.
   - SU : amélioration de la crise, *"guérison"* apparente.
   - Le maintien à domicile après une crise sérieuse impose un environnement familial extrêmement disponible et compétent.
2. **Suivi des affaires :**
   - Lors d'une crise apparemment simple, conseiller au patient de rappeler le SAMU au moindre problème. Par sécurité, le rappel téléphonique peut être proposé dans tous les cas. Certains asthmatiques graves peuvent être référencés à la Régulation (domicile ou école) et faire l'objet de protocole de déclenchement et éventuellement de traitement spécifique.

Procédures dégradées

1. **De régulation :** dans le doute ou en l'absence d'UMH disponible, envoi d'un VSAV ou d'une AP ; envoi d'un MG (si son délai d'intervention est bref et avec une chambre d'inhalation disponible).
2. **D'orientation :** en cas de doute sur la *"guérison"* de la crise d'asthme aiguë, le patient doit être surveillé dans un service hospitalier.

Outils d'aide au raisonnement

Le téléphone sous-évalue la gravité de la crise, la médicalisation de l'intervention pour une crise d'asthme chez l'asthmatique doit être systématique.
La mesure du débit expiratoire de pointe (DEP, peak-flow rate) peut quantifier la gravité de la crise (crise grave : DEP < 150 L/min ou DEP < 30 % de sa valeur théorique ou personnelle habituelle). Cette mesure au moment d'une crise manifestement grave est parfois dangereuse (aggravation du spasme et arrêt cardiaque anoxique).

À PROPOS DE

L'aggravation après et même pendant l'appel peut être très rapide. L'asthme instable précède souvent la crise grave. L'amélioration du pronostic de la crise d'asthme grave ces dernières années apparaît largement liée à la qualité de la régulation.

Guide de Régulation Médicale

- titre : « *Guide de Régulation Médicale* »
- motifs de recours
- toutes les fiches ont été toilettées, adaptées, réécrites ou créées
- masque de la fiche-type :
  - introduction
  - suivi de l'affaire ➔ suivi de la régulation médicale
  - procédures dégradées ➔ adaptation de la décision
  - décisions :

P priorisation par l'ARM

R décision du médecin régulateur

- publication

P0 : SMUR réflexe, régulation AMU prioritaire
P1 : régulation prioritaire AMU ou PdS
P2 : régulation qui peut être mise en attente
P3 : rappel (<1h) par le CRRA pour régulation

Guide de Régulation Médicale :

la troisième édition

Gilles BAGOU