

Deux systèmes en tension ? secourisme et médecine d'urgence

Implications pour la médecine du travail et la formation des SST

Nils Kessel

Maître de conférences en histoire et politique de la santé et de
l'environnement à la Faculté de Médecine

nkessel@unistra.fr

échanges
espiritualidad
insertion
perspectives
mutualisation
réussite
ouverture
fondation
CHEMISTRY
équation
biology
 $E = mc^2$
RECHERCHE
SYNERGIES
COMPETENCES
pi
TECHNOLOGY
doctorat
cosmopolite
ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
biotechnologies
axiome
mécanique
management
capitale
droit
excellence
savoirs
wissenschaft
bibliothèques
médecine
tesis
théologie
gravitation
idéaux
connaissances
musica
langage
INTERNATIONAL
solution
HEURISTIQUE
partenariats
HISTOIRE
physique
mécanique quantique
insertion
PLURIDISCIPLINARITÉ
sciences
gravitation
humain
molécule
ambition
quantique
MASTER
cultures
NETWORK

LES DEUX ORIGINES DES SYSTÈMES DE SECOURS

Tradition de secours urbain

-1920

Modèles municipaux
décentralisés (Lyon,
Bordeaux, Leipzig, New
York, Vienne)

« Médicalisation » :
Hôpitaux, Adm. SP,
médecins libéraux

Intégration
territoriale limitée

1920-1950

Motorisation des
services

Focale sur les
accidents routiers
(« *catch & carry* »)

Implantation urbaine
forte (réseaux de
communication etc.)

Professionnalisation des services (Statuts, règles)
Faible « médicalisation » du personnel para-médical
Grande efficacité des services en zone urbaine

LES DEUX ORIGINES DES SYSTÈMES DE SECOURS

Tradition militaire

1ère Guerre
Mondiale

Focale sur le transport
optimal (*fast and safe* =>
« *catch and carry* »)

Standardisation
précoce des
procédures

Manuels (formation)
Produits
Procédures

2ème Guerre
Mondiale

Concepts de la
régulation et des
paramètres vitaux

« Stabiliser »
(« *stay and play* »)

Différenciation des services
Organisation (quasi-)militaire du personnel
Importance des technologies standardisées

UNE NOUVELLE CONFIGURATION APRÈS 1945 : LA GUERRE FROIDE

Le modèle de la Guerre froide
(protection civile)

Le modèle des cellules autarciques

Paradigme de l'autonomie maximale

Modèle de **ilôt de sauvetage**
Petits dépôts décentralisés équipés d'outils de survie
(lampes à gaz, eau, pansements, brancards etc.)

Repose sur le citoyen-soldat
de l'Etat-Nation



UN MODÈLE ADAPTÉ À LA MOTORISATION

AUGMENTATION DES ACCIDENTS DE LA ROUTE

Année	France	RFA
1953	?	10.000
1962	10.000	14.000
1970	16.000	21.500
2011	3600	4.000

UNE RÉPARTITION INÉGALE DES BLESSÉ(E)S SELON LES RÉGIONS

TABLEAU II

Etude comparée des bilans blessés-décès
(France, année 1955)

Accidents	Victimes (blessés+morts)	Décès	Pourcent
Survenus en rase campagne, routes et et villages	94.936	5.488	5.78
Survenus en villes de province . .	66.950	2.147	3.20
Survenus à Paris et Seine	22.501	423	1.88

(Cette étude est basée sur 184.387 observations).

TABLEAU III

Etude comparée des bilans blessés-décès
(France, année 1956)

Accidents	Victimes (blessés+morts)	Décès	Pourcent
Survenus en rase campagne, routes et villages	96.279	5.632	5.84
Survenus en villes de province . .	72.873	2.256	3.09
Survenus à Paris et Seine	19.745	395	2.00

(Cette étude est basée sur 188.897 observations.)

* *Accidents corporels de la circulation routière en France, 1956.* (Statistiques du Ministère des Travaux publics et du Tourisme. Un vol. Imprimerie Chaix, Paris, 1957.)

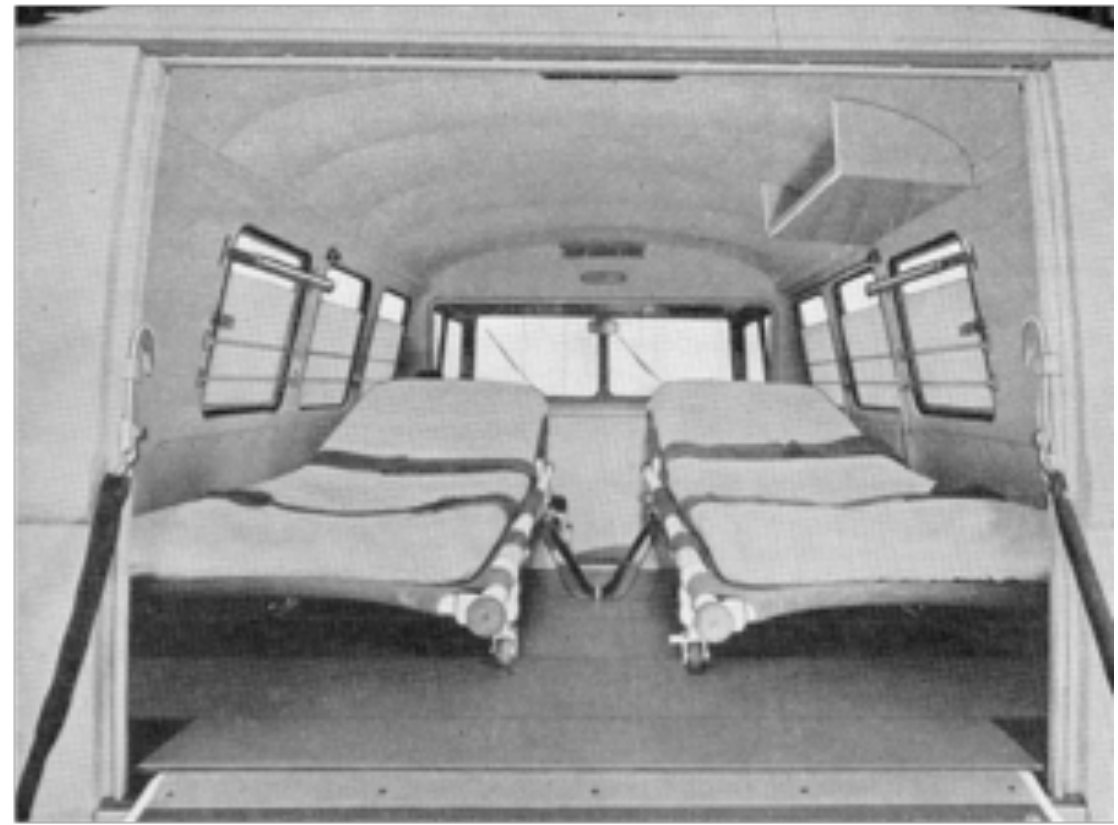
LES ACCIDENTÉ(E)S DE LA ROUTE ET LEUR PRISE EN CHARGE



- ✍ *Co-opération avec la police*
- ✍ *Communication et alerte « officielle »*

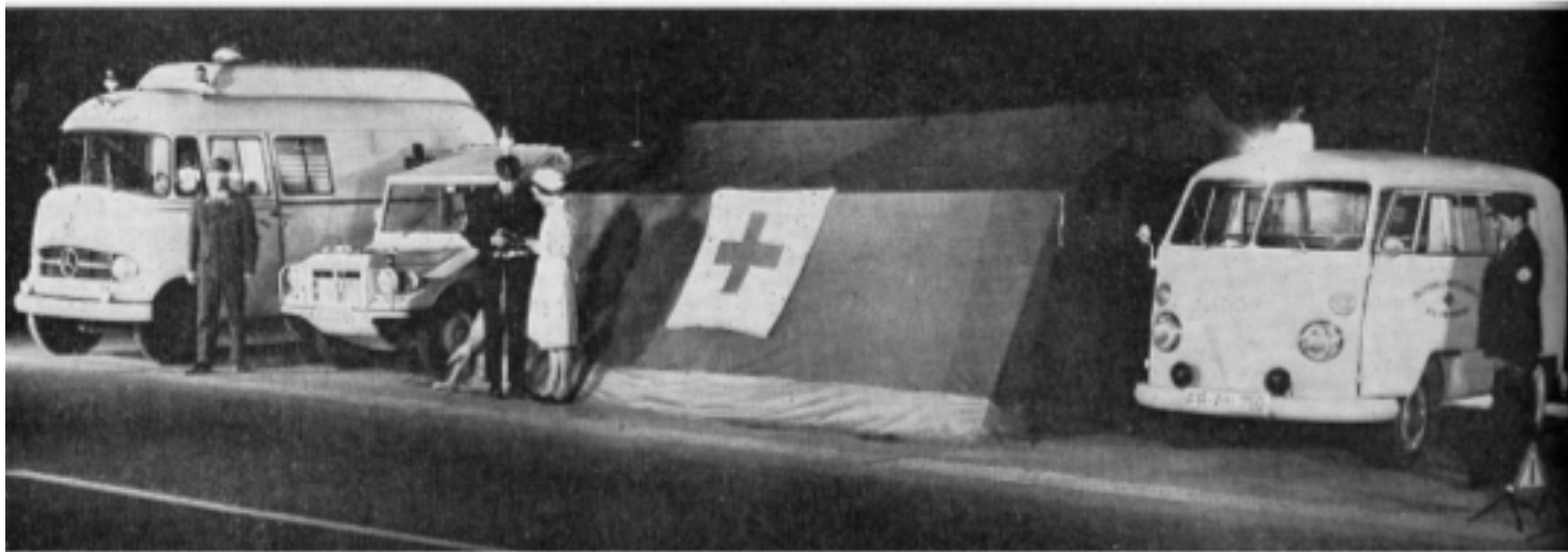
=> *Système informel de transport*

TRANSPORTER



— *Prise en charge pendant le transport techniquement impossible!*

LES SERVICES LE LONG DES AUTOROUTES

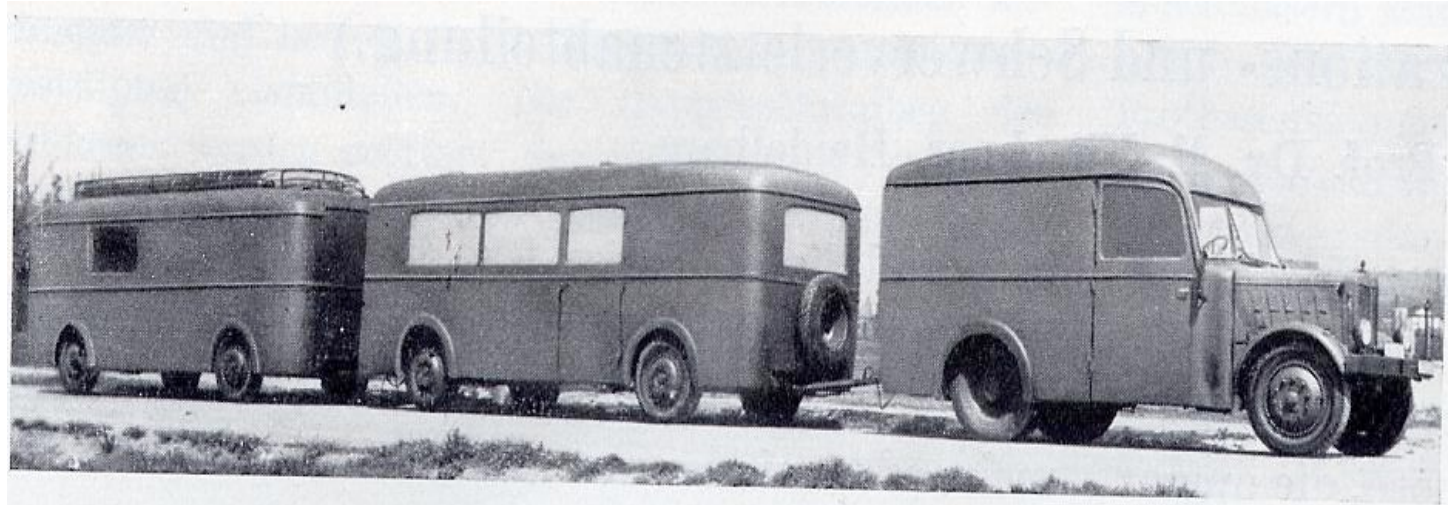


Activités

- ✍ *saisonnnières (grandes vacances etc.)*
- ✍ *bénévoles*
- ✍ *locales*
- ✍ *complémentaires (unités mobiles et fixes)*

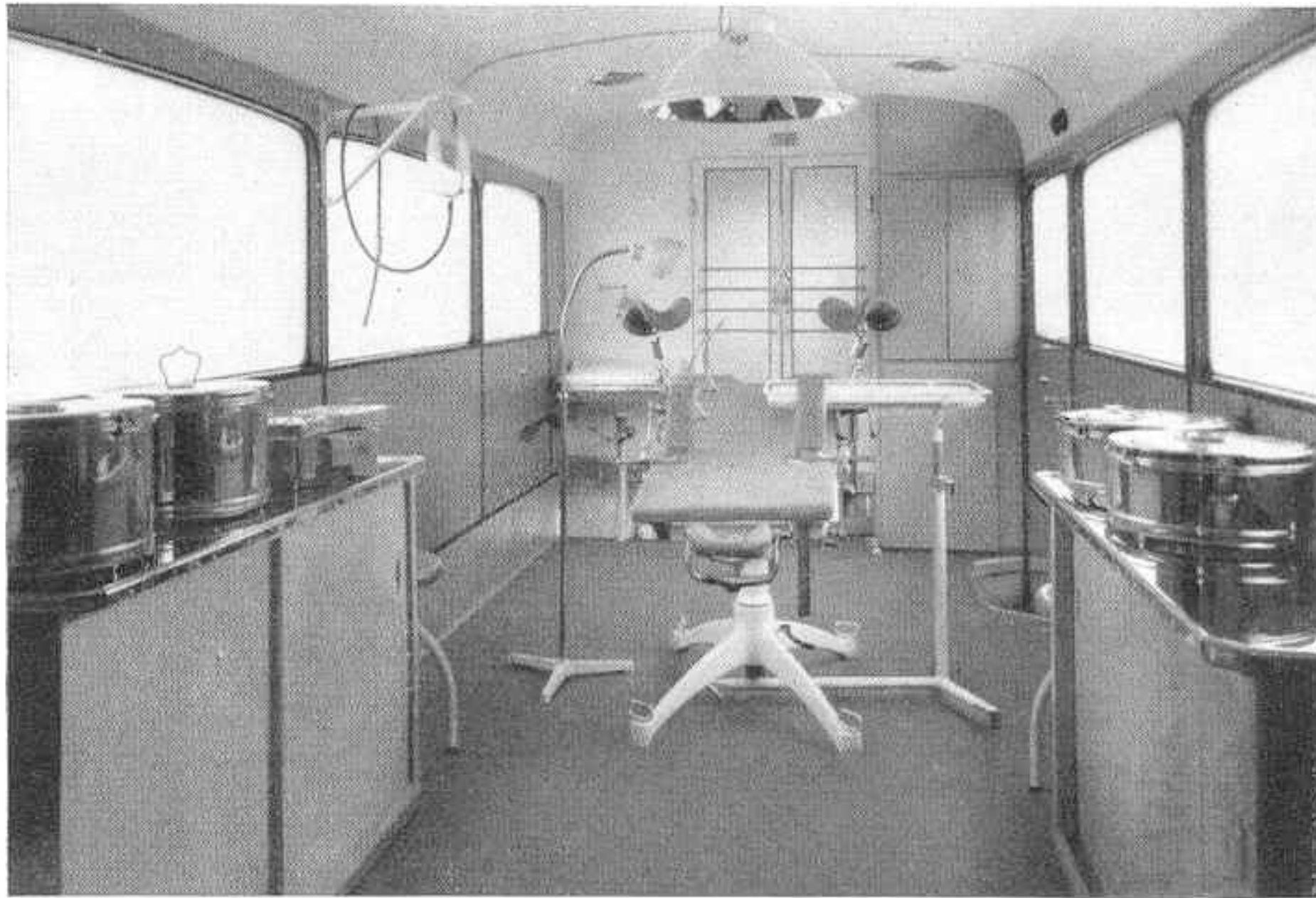
L'INTERVENTION MÉDICALE

LA GUERRE COMME LABORATOIRE



« Le bloc opératoire roulant » du chirurgien en chef allemand, Martin Kirschner, 1938.

LA GUERRE COMME LABORATOIRE



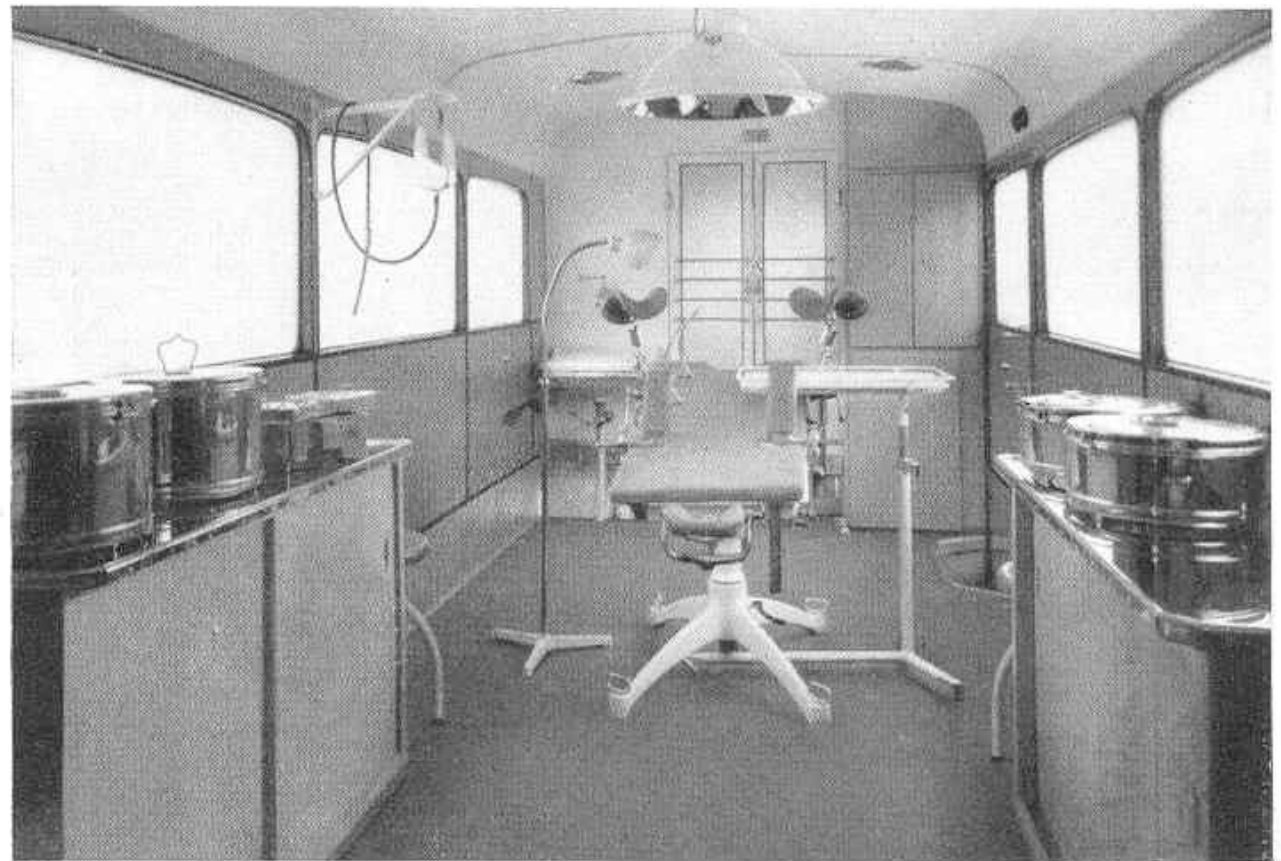
Cette image ainsi que les suivantes ont été tirées de l'article de Kirschner, Martin, Die fahrbare chirurgische Klinik, in: Chirurg 20/1938, p. 713-715.

LA GUERRE COMME LABORATOIRE

bloc opératoire de l'époque



« Clinique roulante » de Kirschner



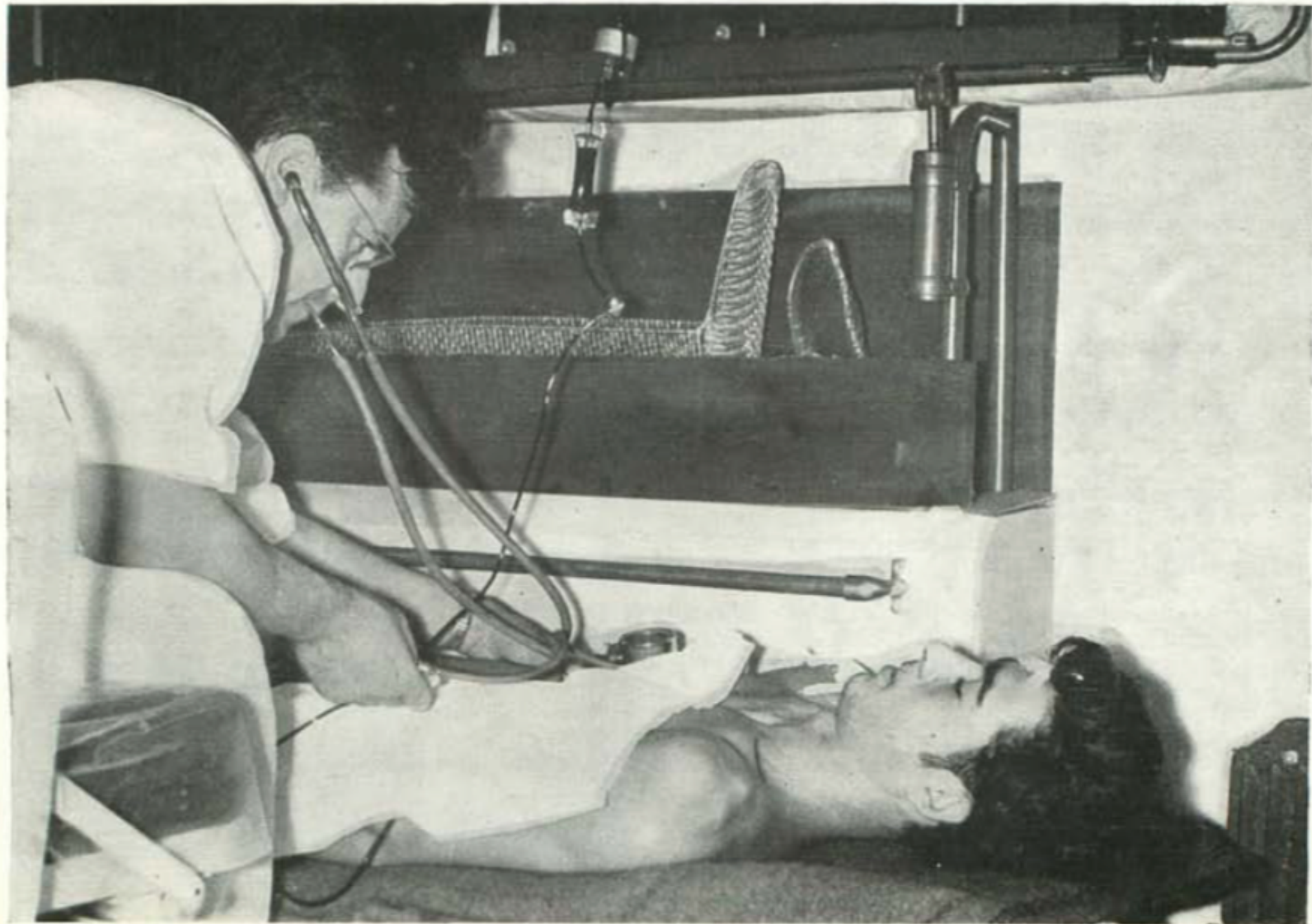
QUEL TYPE DE MOBILITÉ ?



Un bus transformé en bloc opératoire

Un camion hébergeant un espace de prise en charge des paramètres vitaux

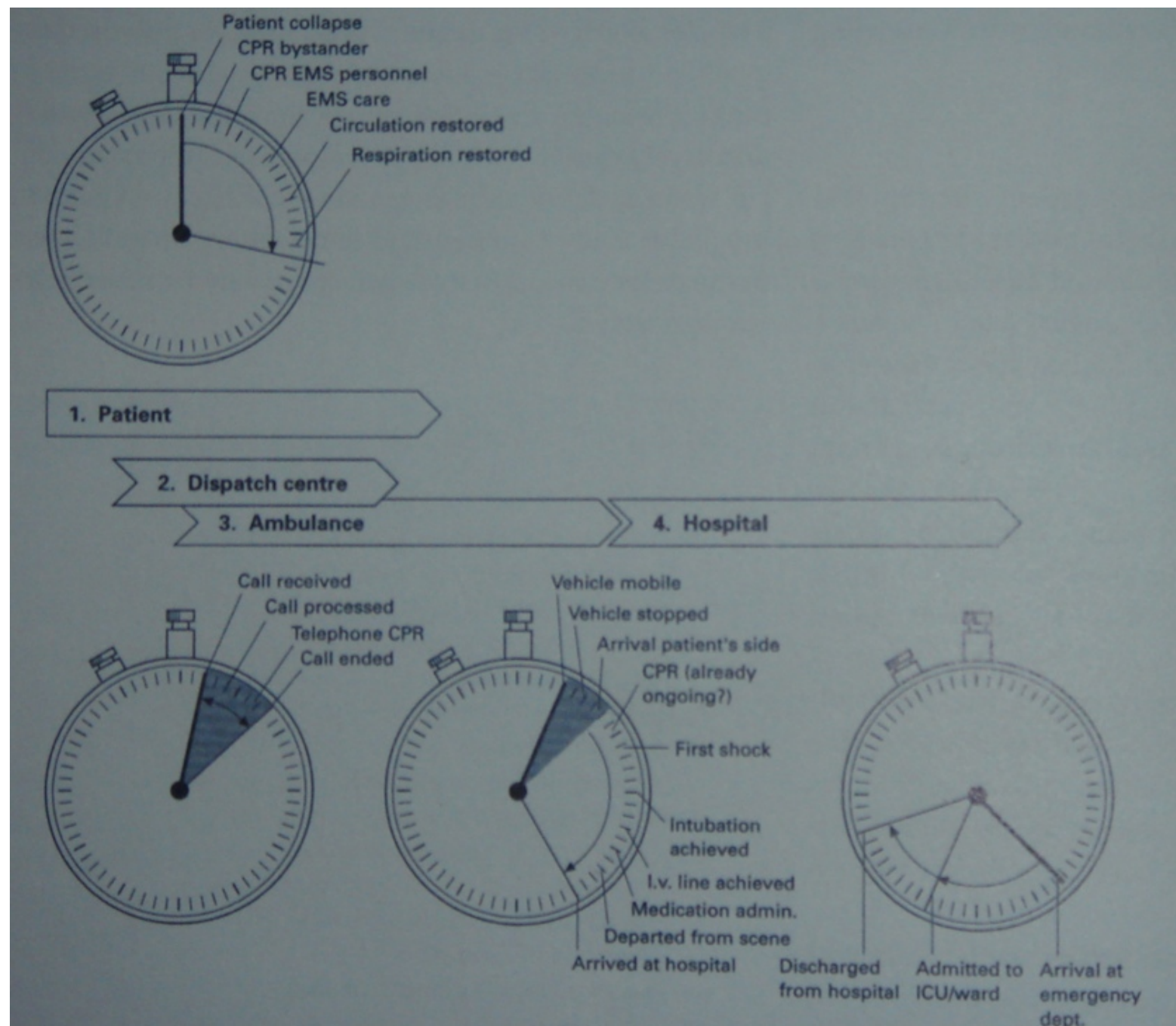
LES VÉHICULES ET LEURS TECHNOLOGIES



*Dans ce véhicule aménagé, un réanimateur dispose du matériel nécessaire :
oxygène, sang conservé dans une glacière, plasma, médicaments divers.*

L'ÉMERGENCE DES SERVICES DE SECOURS MÉDICAUX

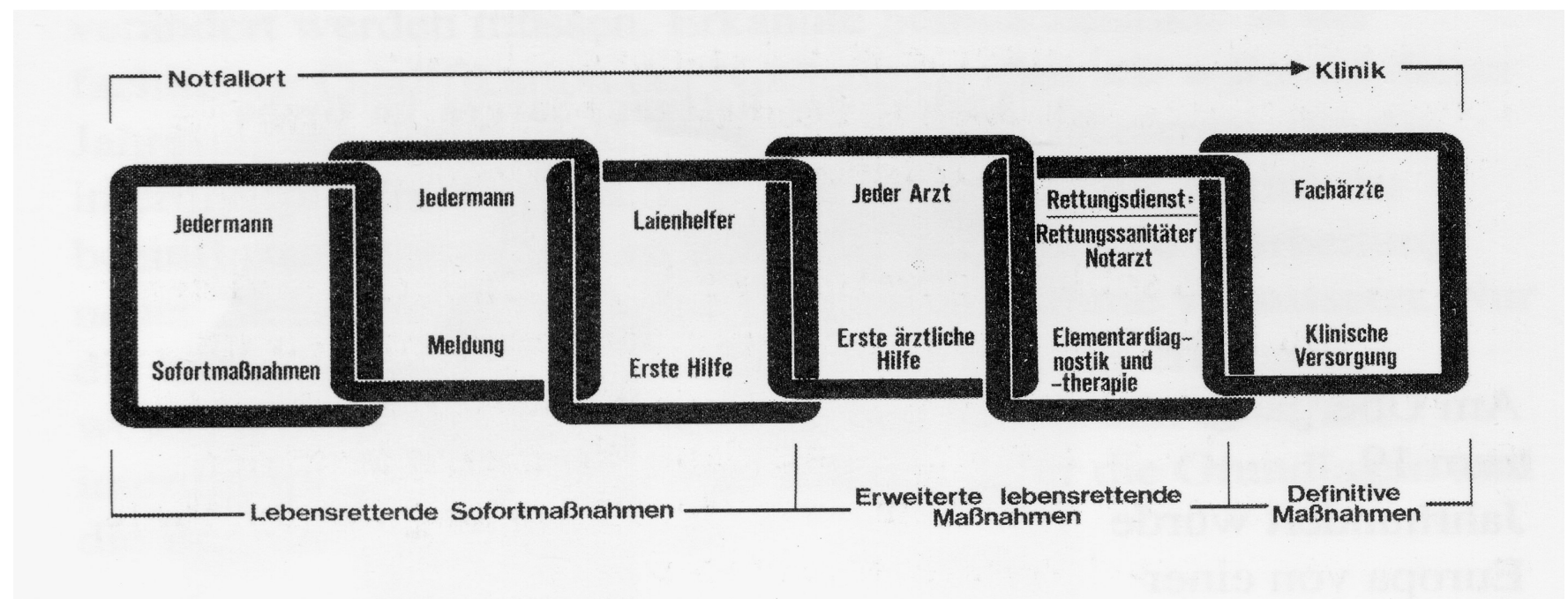
*Maîtriser le temps
par son séquençage*



L'ÉMERGENCE DES SERVICES DE SECOURS MÉDICAUX



*Contrôler le temps :
la « chaîne de survie »*



« Chain of survival » selon l'anesthésiste américain Peter Safar, « chaîne de sauvetage » de l'anesthésiste ouest-allemand, F. W. Ahnefeld (1961)

**DEUX SYSTÈMES EN
TENSION : SECOURISME ET
MÉDECINE D'URGENCE ?**

DEUX SYSTÈMES EN TENSION ?

- Coût élevé de la couverture du territoire (inégalités de santé)
- Evolution nouvelle :
 - Différenciation des formations (formation de paramédicaux plus qualifiée du type Paramedic ou Notfallsanitäter)
 - Algorithmisation accentuée (notamment pour contourner les problèmes légaux liés à la décision thérapeutique)
 - Hiérarchisation accentuée (télémédecine : centre - périphérie)
 - Multiplication des canaux de communication
- « Technologisation » du système « civil » augmente aussi sa vulnérabilité
- La décentralisation qui renforce la résilience du système est, elle très fortement construite sur des technologies informatiques

EN GUISE D'UNE CONCLUSION

