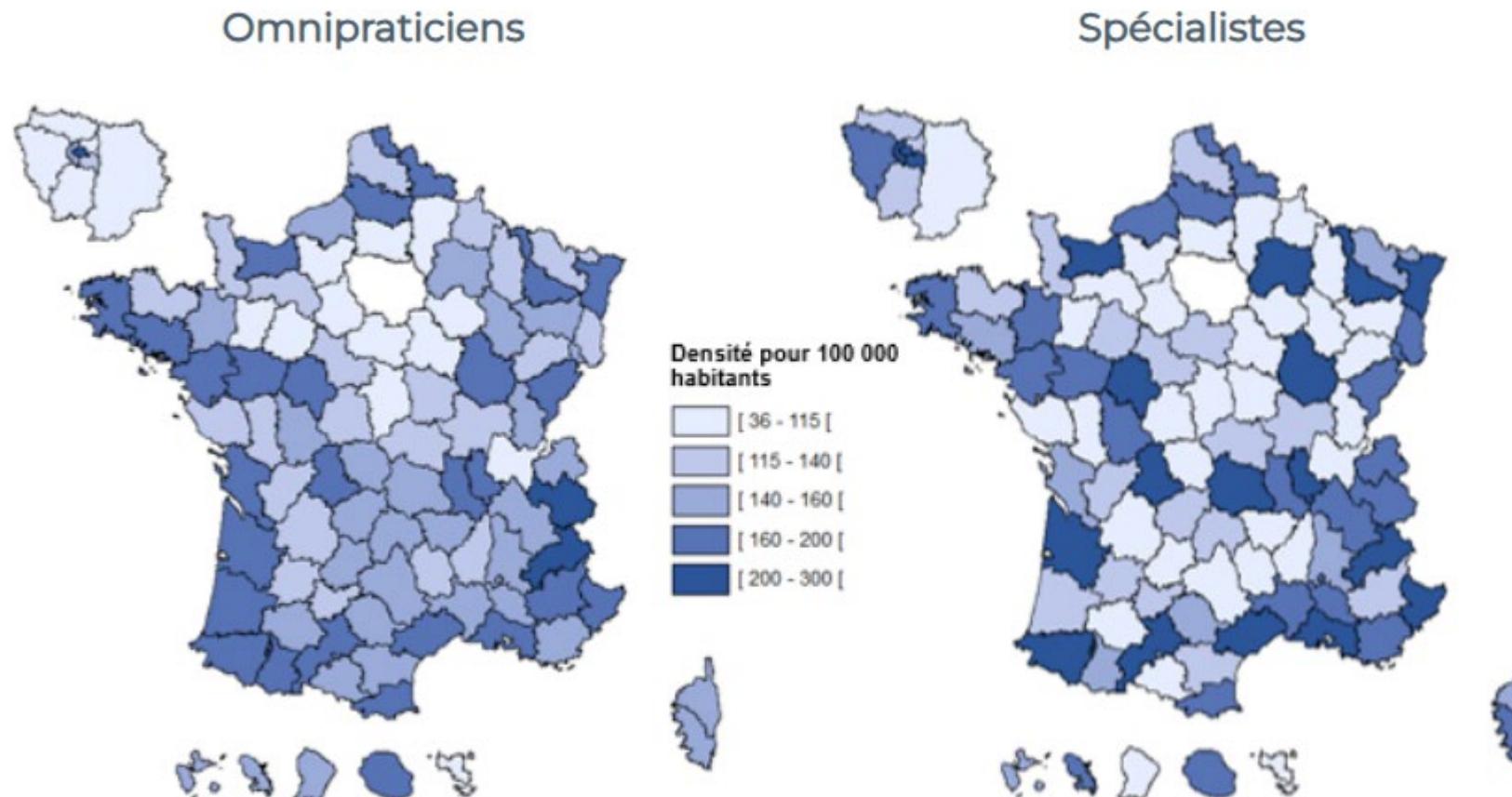


# L'UMHP : Qu'est-ce que c'est que cette nouveauté ?

Dr Florian NEGRELLO  
Urgences / SAMU  
CHU de Martinique

# Contexte et problématique

Carte 1 – Densité de médecins pour 100 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2021



Sources : RPPS 2021, ASIP-Santé ; estimations de population 2021, Insee ; traitements Drees. ©geofla 2019

# Contexte et problématique

## Actualités de l'Urgence - APM

### **Un établissement sur cinq a fermé un service d'urgence au moins une fois en 2024**

Ils sont 11% des établissements à s'être déclarés en plan blanc en 2024. "La médiane de jours de déclaration en plan blanc était de 15", a souligné Vincent Ollivier.

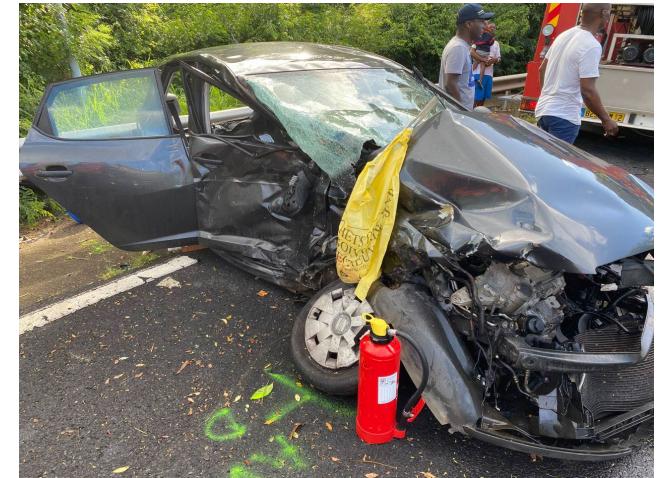
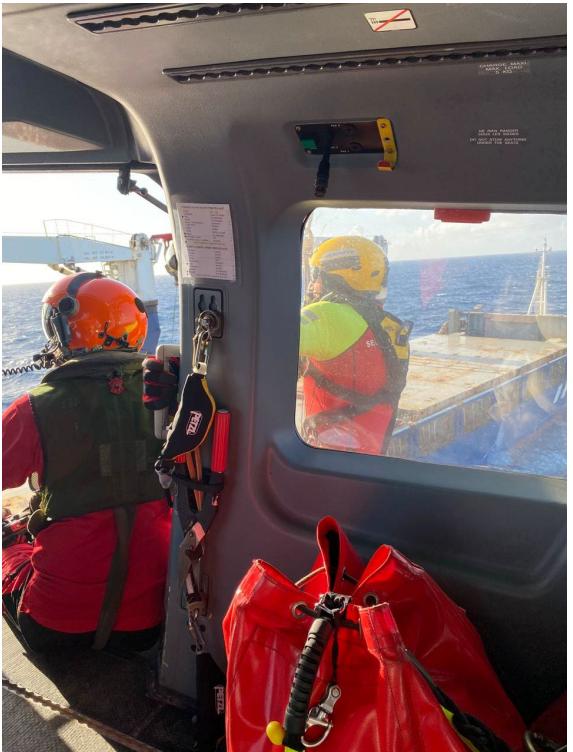
En parallèle, 37% des hôpitaux interrogés se sont déclarés "hôpital en tension". La médiane du nombre de jours dans cette situation était de 57 en 2024.

Les premières causes de déclaration "hôpital en tension" ou en plan blanc étaient les carences de lits d'aval (47%), l'afflux de patients aux urgences (39%), le manque de personnels/les difficultés de recrutement (12%) et l'absentéisme médical ou paramédical (8%).

Par ailleurs, 20% des établissements ont déclaré avoir fermé au moins une fois leur service d'urgence en 2024, soit 7 points de moins qu'en 2023. Ces fermetures étaient "principalement ponctuelles".

En outre, 31% des établissements ont dit "avoir fermé au moins une fois une ou plusieurs lignes" de Smur en 2024. Ils étaient 33% dans cette situation en 2023.

# Contexte et problématique



# Contexte et problématique



Promesse d'accès de tous à un service d'urgence en moins de 30 minutes, qualifiant les services d'urgence de "porte ouverte à tout le monde, et sur les territoires".

# Contexte et problématique

« Et si l'on pouvait envoyer une équipe compétente sans attendre un médecin ? »

Objectif : maintenir la qualité de la prise en charge préhospitalière

Une nouveauté ?



PITTSBURGH  
PARAMEDIC RESCUE

CALL 911

POMPIERS

INFIRMIER

INFIRMIER

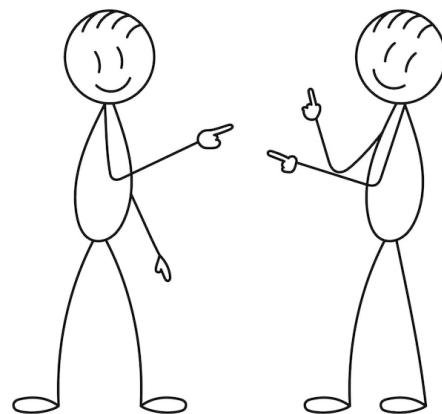
kanoo

CT-910 SL





# Définition d'une UMH para-médicalisée ?



# Cadre légal et doctrinal



**UMH-P: UNITÉ MOBILE HOSPITALIÈRE PARAMÉDICALISÉE**  
Un niveau d'intervention complémentaire pour les urgences pré-hospitalières

Comité de rédaction

Dr F. Berthier (SUDF) – Dr V. Debierre (SUDF) – Dr H. Delelis-Fanien (SUDF) – Dr G. Gheno (ANCESU) – Dr C. Longo (ANCESU) – I. Borraccia (ANCESU) – Dr M. Noizet (SUDF) – Dr C. Pradeau (SFMU) – Pr K. Tazaroute (SFMU) – N. Termoz-Masson (SFMU) – Pr Y. Yordanov (SFMU)



## GUIDE RELATIF AUX INTERVENTIONS PARAMÉDICALISÉES DES STRUCTURES MOBILES D'URGENCE ET DE RÉANIMATION (SMUR)



juillet 2024

# Missions principales

Protocoles de soins  
infirmiers spécifique

Transfert inter-hospitalier

Urgence vitale sans UMH-M

# Formation

- Durée de la formation initiale :
  - 1 jour soit 7 heures de parcours pédagogique en ligne en prérequis
  - 4 jours soit 28 heures en présentiel avec un temps d'apprentissage pratique supérieur ou égal à la moitié du temps de formation
  - Un stage ou une période d'immersion
- Une formation continue d'une journée tous les deux ans à envisager

# Fonctionnement en pratique

Identification d'une situation clinique  
pour UMHP

Déclenchement par le médecin  
régulateur uniquement

Suivi de l'intervention continue

Bilan / Compte-rendu

Débriefing

# Retours d'expérience martiniquaise

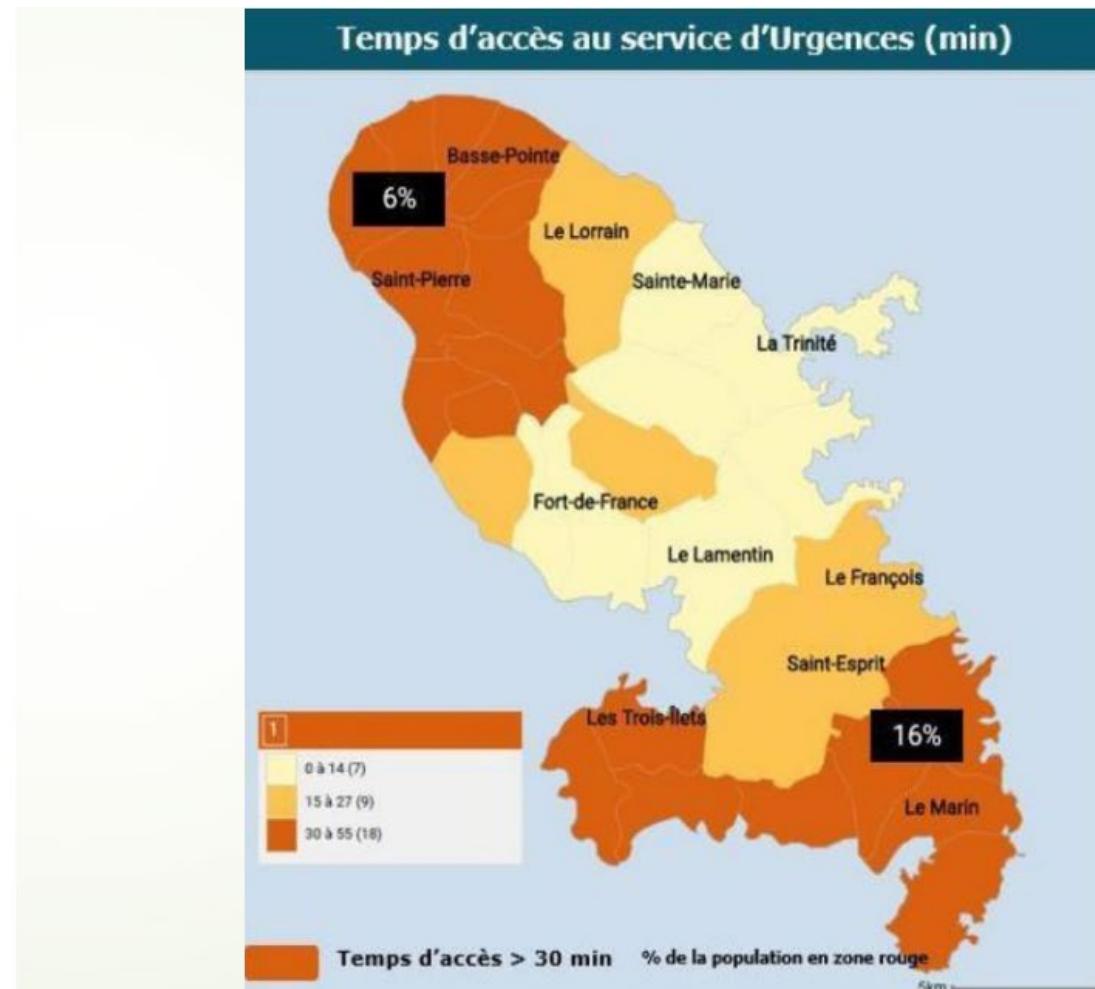
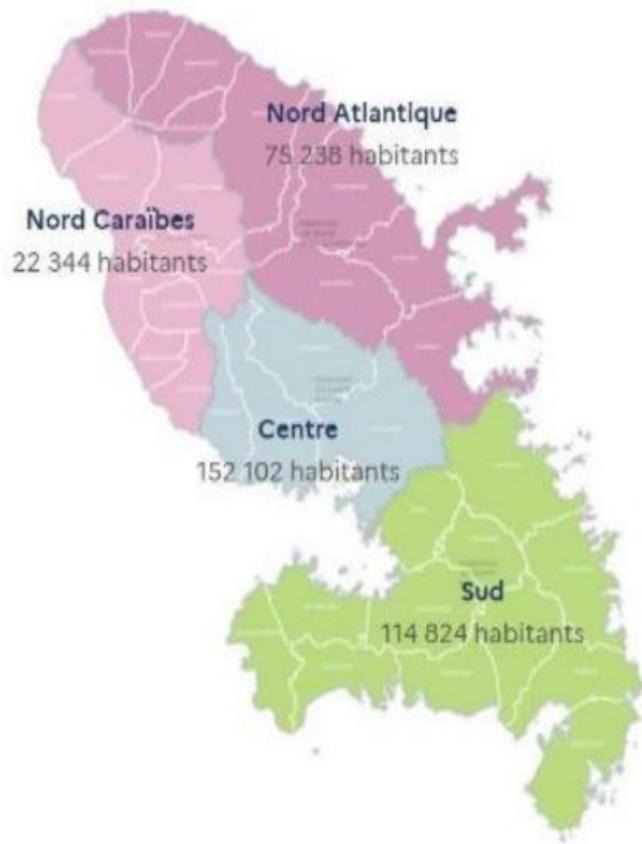
Résistance au changement

# Retours d'expérience martiniquaise

## Contexte local :

- Vieillissement de la population
- Forte prévalence des maladies chroniques (HTA, diabète, obésité, cardio, insuffisance rénale)
- Un tiers de la population sous le seuil de pauvreté
- Offre de soins structurellement déficitaire en ambulatoire comme en établissement

# Retours d'expérience martiniquaise



# Retours d'expérience martiniquaise

Jour



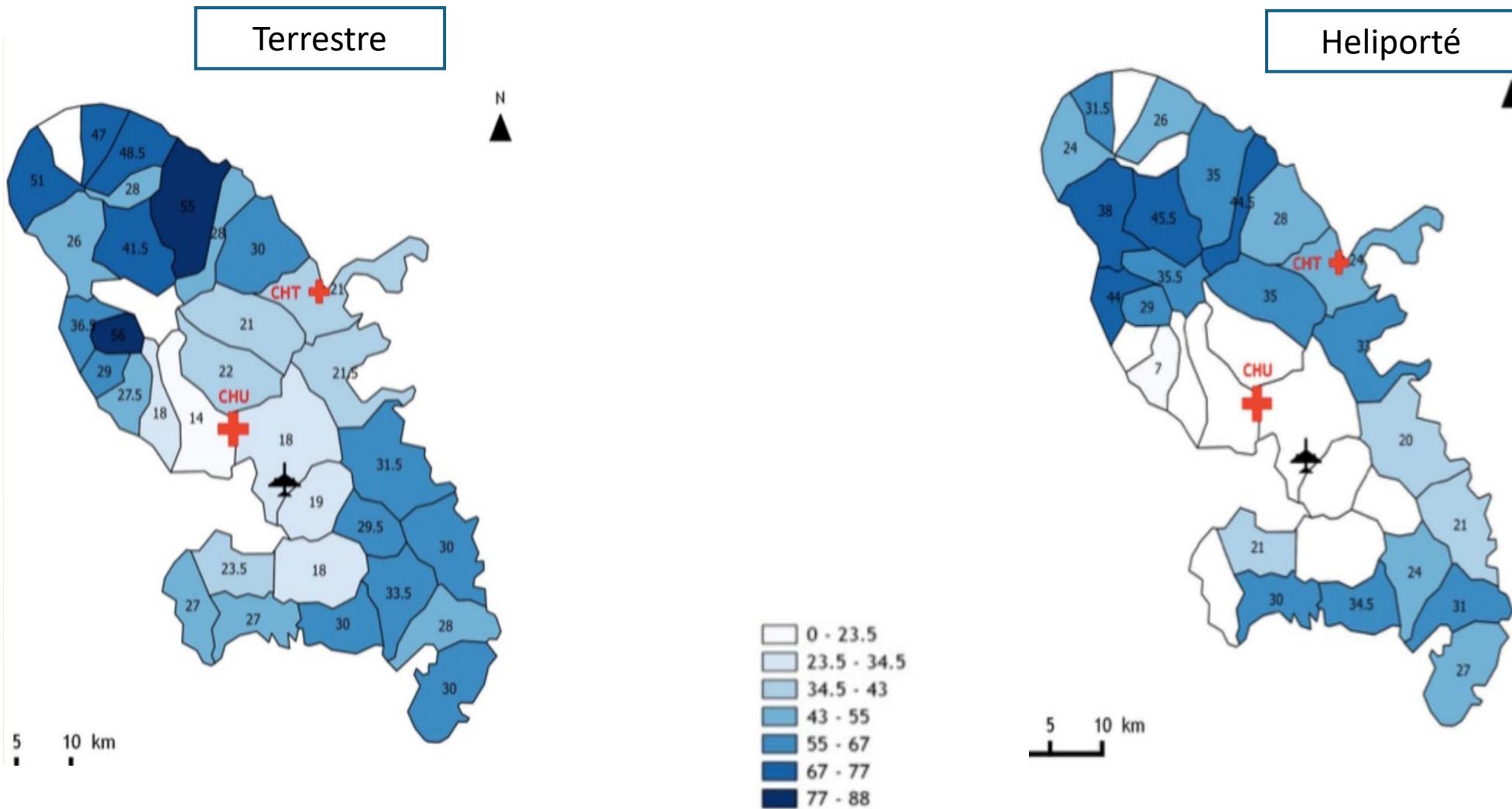
3 UMH médicalisées  
1 VLI

Nuit



2 UMH médicalisées

# Retours d'expérience martiniquaise



# Retours d'expérience martiniquaise

## Objectif local :

- Ne pas proposer une offre dégradée à pallier une carence d'UMH-M
- Protocoles de soins infirmier spécifiques, commun au SSSM
- Associer un juste soin à une juste utilisation des moyens de santé
- Mise en place d'une réponse graduée
- Exclusion un engagement réflexe pour régulation attentive
- Suivi de l'intervention proche (scope multi-paramétrique)

# Retours d'expérience martiniquaise

## La mise en œuvre :

- Pré-requis pour la sélection des personnels :
  - Personnel exerçant au SMUR depuis 2 ans au minimum 
- Une doctrine d'emploi :

Protocoles de soins  
infirmiers spécifique

Transfert inter-hospitalier

Urgence vitale sans UMH-M  


# Retours d'expérience martiniquaise



N° 1 Date : 13/01/2025

## La mise en œuvre :

- Protocoles de soins infirmiers spécifique
- Travail commun médico-soignant 
- Travail commun avec les SSSM 

*ACR de l'adulte et de l'enfant / Douleur médicale ou traumatique de l'adulte et de l'enfant / Hypoglycémie avec trouble de conscience et/ ou comportement de l'adulte et de l'enfant / Douleur thoracique non traumatique / Tableau évocateur de crise convulsive généralisée / Trouble de conscience dans le cadre d'une intoxication / Dyspnée aiguë / Hémorragie sévère de l'adulte et de l'enfant / Anaphylaxie / Brûlures graves / Accouchement inopiné*

### Conditions d'engagement

- L'Unité Mobile Hospitalière Paramédicalisé (UMH-P) est composée d'un Infirmier ou d'un Infirmier- Anesthésiste Diplômé d'Etat (IDE/IADE) et d'un Ambulancier Diplômé d'Etat (ADE)
- L'engagement de l'UMH-P est sous la responsabilité du médecin régulateur
- Il ne peut être déclenché par l'ARM en « départ réflexe »
- L'UMH-P peut être déclenché selon deux modalités :
  - o Dans le cadre d'un Protocole de Soins Infirmier Spécifique (PSIS) identifié
  - o En dehors d'un PSIS, sous la responsabilité du médecin régulateur hospitalier, dans l'attente d'un renfort de l'UMH-M sur une urgence vitale
- Les prises en charge paramédicalisées et les prescriptions sont faites par le médecin régulateur et sous sa responsabilité
- Chaque intervention doit faire l'objet d'une fiche d'intervention dûment remplie. Cette fiche a pour objectif la traçabilité de l'ensemble des éléments recueillis, gestes techniques, prescriptions et administrations médicamenteuses et du nom du médecin régulateur en charge de la supervision de l'intervention.

### Critères d'inclusion

- o ACR Adulte, mort subite
- o ACR Pédiatrique, mort subite
- o Antagonisation des opiacés
- o Crise convulsive chez un épileptique connu (Adulte)
- o Crise convulsive chez un épileptique connu (Pédiatrique)
- o Douleur aiguë non traumatique/ Antalgie (Adulte)
- o Douleur aiguë non traumatique/ Antalgie (Pédiatrique)
- o Douleur thoracique non traumatique (Adulte)
- o Dyspnée expiratoire dans le cadre d'un asthme ou BPCO connu (Adulte)
- o Dyspnée expiratoire dans le cadre d'un asthme connu (Pédiatrique)
- o Hémorragie sévère de membre (Adulte)
- o Hypoglycémie (Adulte)
- o Hypoglycémie (Pédiatrique)
- o Intoxication aux fumées d'incendie
- o Noyade (Adulte)
- o Prise en charge initiale d'une brûlure sans menace vitale (Adulte)
- o Réaction anaphylactique avec atteinte muqueuse (Adulte)
- o Réaction anaphylactique avec atteinte muqueuse (Pédiatrique)

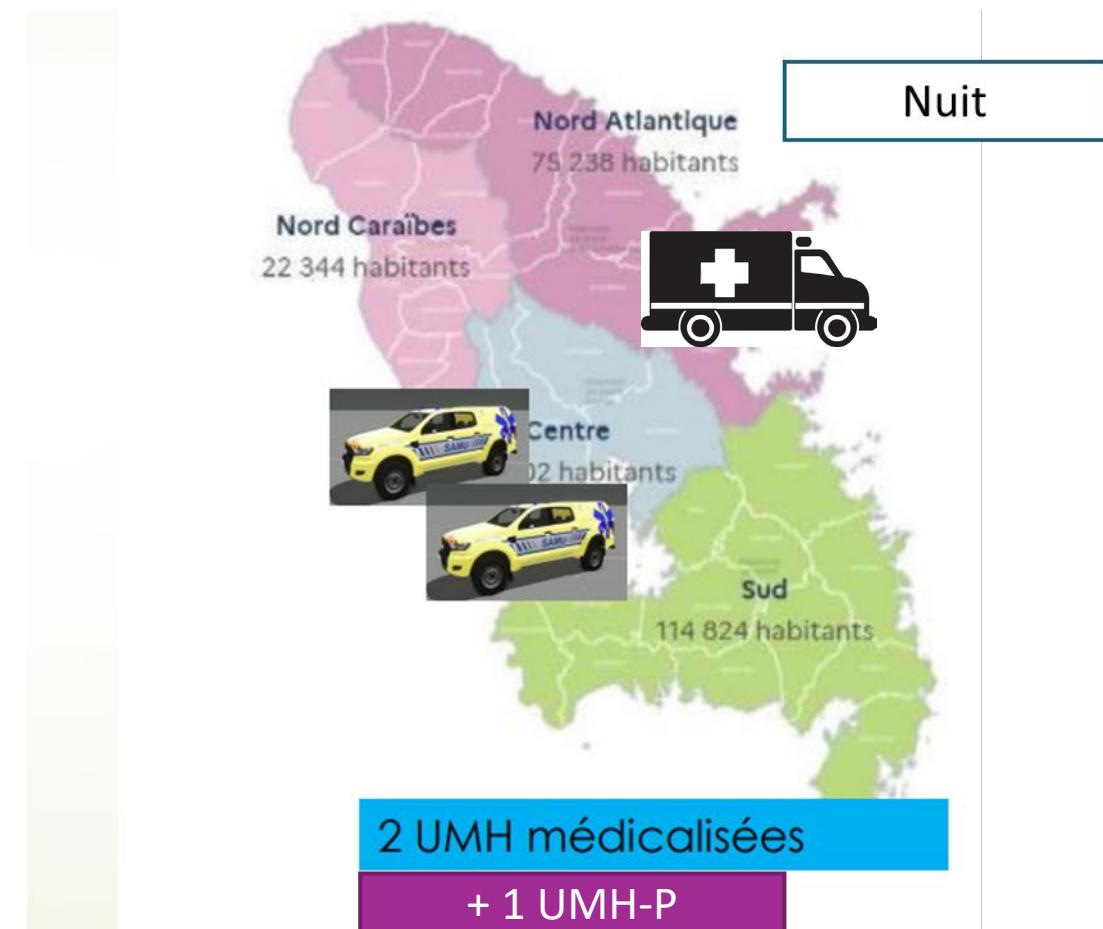
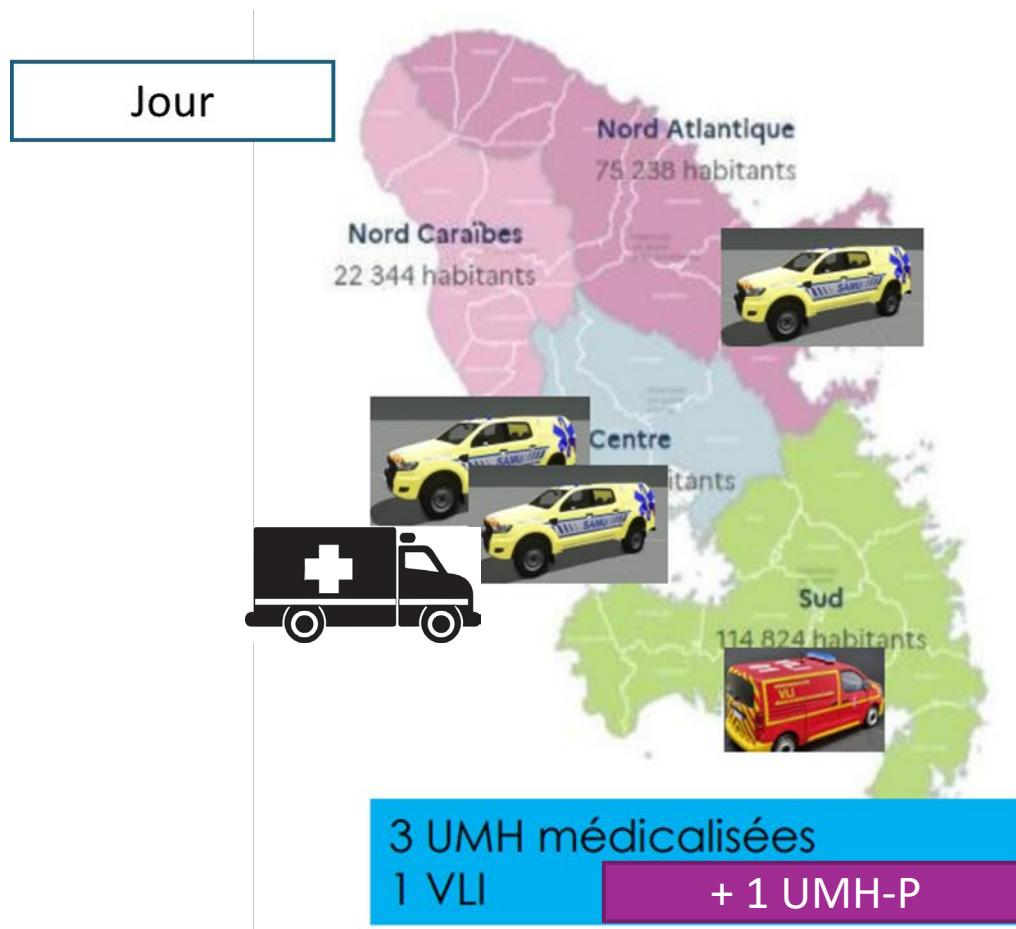
# Retours d'expérience martiniquaise

## La mise en œuvre :

- Objectif de 4 jours de formation : 
- 2 journées de Formation CESU :
  - Formation théorique
  - Ateliers Procéduraux (KTIO, Aérosols, immobilisations, ...)
- 2 journées de Formation CESISMA :
  - Séances de simulation haute fidélité (traiter l'ensemble des PISU/PSIS)
  - Une demi-journée consacrée à la validation des acquis en situation

# Retours d'expérience martiniquaise

## La mise en œuvre :



# Retours d'expérience martiniquaise

## La mise en œuvre :

- Le financement ...
- Rédiger le cahier des charges
- Faire financer le projet (pérène)



# Retours d'expérience martiniquaise

Evaluation des premiers pas : 

- 71 décisions d'UMH-P depuis la rentrée
  - 30 TIIH
  - 31 primaires
  - 10 EVASAN
- Les motifs d'envoi ...



# Intérêts

- Maintien de la continuité des soins pré-hospitaliers
- Amélioration de l'offre de soins pré-hospitalière
- Amélioration de la sécurisation du patient
- Réduction des délais d'intervention
- Valorisation du rôle infirmier et ambulancier
- Optimisation de la ressource médicale
- Meilleure couverture territoriale du SAMU

# Points de vigilance

- ⚠ Absence de renfort médical immédiat
- ⚠ Nécessité d'un encadrement strict et de protocoles validés
- ⚠ Risque de dérive si mauvaise régulation
- ⚠ Mettre en place une formation et supervision
- ⚠ Ouvrir une UMH-P à effectif constant
- ⚠ Mettre en place une démarche qualité

# Conclusion

« L'UMH paramédicalisée n'est pas une substitution, mais une solution complémentaire et intelligente pour garantir la réponse du SAMU, surtout en contexte ultramarin »