

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

2015-TOU3-1043

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 MAI 2015

PAR

Florence PRIVAT

ORGANISATION DES URGENCES MÉDICALES AU SEIN DU CREPS DE TOULOUSE MIDI-PYRÉNÉES : ÉTAT DES LIEUX, PROPOSITIONS D'AMÉLIORATIONS ET MISES EN SITUATION

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Philippe IZARD

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, Président
Monsieur le Professeur Daniel RIVIÈRE, Assesseur
Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE, Assesseur
Monsieur le Docteur Yves ABITTEBOUL, Assesseur
Monsieur le Docteur Philippe IZARD, Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVALD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophtalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

À **Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et de juger mon travail.

À **Monsieur le Professeur Daniel RIVIÈRE**, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury et de juger ce travail.

À **Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE**, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury et de juger ce travail.

À **Monsieur le Docteur Yves ABITTEBOUL**, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury et de juger ce travail.

Messieurs, soyez assurés de ma gratitude et de mon plus profond respect, et veuillez accepter mes remerciements.

À **Monsieur le Docteur Philippe IZARD**,

Tu as eu confiance en moi pour la réalisation de ce travail. Ton exigence et ton souci du détail m'ont poussée à approfondir ma réflexion. Je ne te remercierai jamais assez pour ta disponibilité, ta patience, la richesse de tes conseils et ton humanisme. Que ma vie professionnelle en soit toujours inspirée.

Un grand merci :

À **Monsieur Éric Journaux et tout le personnel du CREPS de Toulouse Midi-Pyrénées** pour leur accueil, l'intérêt qu'ils m'ont porté et leur participation à ce projet.

À **Véronique Maurin et Colette Younsi**, pour votre disponibilité et votre aide.

Au **Docteur Marie-Claude Ducret**, pour son aide.

Au **Docteur Nicolas Bouscaren**, pour ton aide et ta participation active aux ateliers.

À **Cécile Mignon-Le Vaillant**, pour ton aide précieuse.

À mes parents, pour les valeurs que vous m'avez transmises, votre confiance, votre soutien inconditionnel et vos précieux conseils tout au long de ces longues et difficiles études.
Je vous aime.

À Janine, pour la force que tu m'as donnée. Je sais combien tu aurais été fière aujourd'hui. J'aurai toujours ce regret que tu ne m'aies pas vue devenir un docteur. Tu nous manques.

À Michèle, Stéphane, Laure et Estelle pour votre soutien depuis le début.

À mon frère. À ma famille lointaine : même si l'on se voit peu, vous êtes tous précieux à mon cœur. Une pensée pour Henri, Oma et Opa.

À mes poulettes :

Marion, pour ton soutien sans faille, ton réconfort, ta bonne humeur et nos délires pendant ces années de coloc'. Merci d'être toujours à mes côtés depuis si longtemps.

Marie, pour ton amitié depuis toutes ces années, malgré la distance. Tu me manques !

Vanes, ma farfalle, pour ta bonne humeur et ton soutien précieux.

À Eve et Damien, pour nos débuts d'internes inoubliables, les difficultés surmontées et les nombreux fous-rires pendant ces trois semestres passés ensemble.

À Cécile, Charlotte et Sabrina : à nos deux années de DU et nos futures sessions d'ostéo!

À Mathilde (merci !!), **Raph, Agathe, Fab, Sandrine et Gaëtan** : pour m'avoir si bien accueillie parmi vous. À nos futures et je l'espère, encore nombreuses, soirées à refaire le monde.

À Juliette, Tritri, Catherine, Mika, Jenny, Jojo, Maud, Christophe, Mylène, Fannie, Guillaume... et tous ceux qui n'ont cessé de m'encourager.

À tous les co-externes et co-internes avec qui j'ai partagé bancs de fac, jours de stages, gardes, fous-rires mais aussi coups de blues, pendant toutes ces années.

À Julien, Astrid et Coco pour ce joyeux semestre Boulonnais.

À tous les médecins qui m'ont encouragée et enseigné leur savoir et leur pratique. À tous ceux qui m'ont fait confiance.

À mes maîtres de MMO : merci pour votre enseignement, la passion que vous transmettez si bien et les portes que vous m'avez ouvertes dans cette magnifique discipline qu'est l'ostéopathie.

Aux équipes formidables des urgences de Purpan (Olga, Gwen, Barbara...), du CHIVA (Lolo, Estelle, Anaïs, Jessica, Sandrine, Delphine...), des CH d'Auch, de Saint-Gaudens et de Castres que j'ai eu la chance de croiser sur mon chemin : merci pour votre passion, malgré tout. C'est aussi grâce à vous que j'ai pu apprendre ce beau métier.

À Erwan, pour ton soutien, ta patience et tout ton amour. À tous ces beaux moments passés à tes côtés, tous nos rêves communs et nos futures escapades. Je t'aime.

À Mark Knopfler et au Swing...

Serment de l'Ordre des Médecins, 1996, d'après le Serment d'Hippocrate

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les Hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES

LEXIQUE	3
INTRODUCTION	4
I. Etat des lieux actuel	6
1.1 Population concernée	6
1.2 Les urgences survenant au CREPS de Toulouse Midi-Pyrénées	6
1.2.1 Quelles urgences?	6
1.2.2 Les acteurs de l'urgence	8
1.2.2.1 Le Service médical du CREPS de Toulouse MP	9
1.2.2.2 Les secours extérieurs.....	10
1.2.2.3 Le personnel du CREPS.....	11
1.3 Problématique géographique	15
1.3.1 Localisation et configuration du site	15
1.3.2 Signalisation.....	16
1.3.3 Accès des secours sur le lieu de l'urgence	17
1.4 Problématique matérielle	18
1.4.1 Matériel de premiers secours	18
1.4.2 Défibrillateurs	19
1.4.3 Téléphones	19
1.4.4 Transport	19
1.5 Procédure d'urgence actuelle, coordination et information.....	20
1.6 Responsabilités juridiques	21
II. Propositions d'amélioration	23
2.1 De l'organisation géographique.....	23
2.1.1 Sectorisation.....	23
2.1.2 Signalisation.....	24
2.2 De l'organisation matérielle	24
2.2.1 Premiers secours et matériel médical.....	24
2.2.2 Téléphones	26
2.3 De l'organisation des ressources humaines	26

2.3.1	Le trinôme	26
2.3.2	Formation	27
2.3.3	Information du personnel et du public	28
2.3.3.1	Le protocole d'urgence.....	28
2.3.3.2	Brochure d'urgences	29
2.3.4	Information des intervenants extérieurs	30
2.4	Anticipation des risques	30
2.4.1	Identification des situations à risque	30
2.4.2	Surveillance des zones à risque	30
2.4.3	Création d'une base de données.....	31
2.5	Coordination	31
III.	Mises en situation.....	32
3.1	Description des ateliers de simulation	32
3.1.1	Atelier 1 : Malaise vagal et arrêt cardio-respiratoire.....	33
3.1.2	Atelier 2 : Difficultés respiratoires, agitation et arrêt cardio-respiratoire	35
3.1.3	Atelier 3 : Traumatisme crânien, plaie du cuir chevelu et crise comitiale	39
3.2	Résultats.....	41
IV.	Discussion.....	44
	CONCLUSION	47
	BIBLIOGRAPHIE	48
	ANNEXE 1	50
	ANNEXE 2	52
	ANNEXE 3	53
	ANNEXE 4	54
	ANNEXE 5	55
	ANNEXE 6	56
	ANNEXE 7	60
	ANNEXE 8	61
	ANNEXE 9	62
	ANNEXE 10	63

LEXIQUE

BAVU	Ballon Autoremplisseur à Valve Unidirectionnelle
CFRC	Conseil Français de Réanimation Cardio-pulmonaire
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CREPS	Centres de Ressources, d'Expertise et de Performance Sportives
DAE	Défibrillateur Automatique Externe
DEFA	Département de l'Emploi, de la Formation et de l'Apprentissage
DGAFPP	Département de la Gestion Administrative, Financière, des Personnels et du Patrimoine
DRAAC	Département Ressources, Accueil, Animation et Communication
DSHN	Département du Sport de Haut Niveau
ECG	Electrocardiographe
ERP	Etablissement Recevant du Public
INSEP	Institut National du Sport, de l'Expertise et de la Performance
KED	Kendrick Extrication Device (Attelle Cervico-Thoracique)
PLS	Position Latérale de Sécurité
RCP	Réanimation cardio-pulmonaire
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SST	Sauvetage Secourisme du Travail
Toulouse MP	Toulouse Midi-Pyrénées

INTRODUCTION

La problématique des urgences est incontournable en médecine générale. En 2004, une enquête menée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) estimait que les recours aux soins urgents ou non programmés représentent 12% de l'activité des médecins généralistes libéraux [1]. De plus, leur gestion est souvent complexe : reconnaissance de l'urgence, mise en œuvre d'actions (gestes de sauvetage ou de protection, gestes thérapeutiques) et alerte des secours appropriés (SAMU, service hospitalier...) sont les éléments-clés de la chaîne de secours. Ils doivent être réalisés dans un délai approprié et avec les moyens disponibles. Il est donc important pour le médecin d'être particulièrement organisé et d'avoir anticipé les problèmes d'ordre pratique afin de faire face à ces situations.

Afin d'appréhender ce sujet, nous nous sommes intéressés à la gestion des urgences dans un établissement public confronté aux mêmes problématiques mais à une plus grande échelle : le CREPS de Toulouse Midi-Pyrénées.

En effet, cet établissement accueille jusqu'à 15 000 personnes par an, d'âges et de profils très hétéroclites, sur un site de 23 hectares. Il est chargé de trois missions : la préparation des sportifs de haut niveau, la formation aux diplômes conduisant aux métiers de l'animation et du sport ainsi que l'accueil de public associatif et de clubs sportifs.

L'objectif de notre travail est d'analyser les pratiques de l'établissement dans la prise en charge des problèmes médicaux aigus. Notre approche se veut à la fois descriptive mais également pragmatique puisque nous tenterons d'amener des solutions concrètes sur les plans géographique, matériel, humain et organisationnel.

Dans un premier temps, nous dresserons un état des lieux de la situation et des problématiques posées par la gestion des urgences au sein du CREPS de Toulouse MP. Nous analyserons sa configuration et son fonctionnement actuels, la réglementation applicable à l'établissement, ainsi que les informations recueillies auprès de l'administration et du personnel par un questionnaire et des entretiens informels.

Dans un second temps, en réponse à cette analyse, nous proposerons des solutions concrètes pour améliorer la procédure d'urgence au sein de l'établissement. Nous

présenterons notre « brochure d'urgences », outil créé pour faciliter la mémorisation des points-clés de la procédure par tous les usagers.

La troisième partie sera consacrée à la mise en pratique de notre travail grâce à des ateliers de simulation d'urgences *in situ*.

Enfin, la discussion nous permettra d'en présenter les limites et les perspectives. Nous verrons également les enseignements que nous pouvons en tirer pour la pratique d'un médecin généraliste en 2015.

I. Etat des lieux actuel

1.1 Population concernée

La population qui fréquente le CREPS de Toulouse Midi-Pyrénées toute l'année est nombreuse et très hétérogène. Membres du personnel et usagers sont potentiellement concernés par la survenue d'une urgence.

Le personnel est constitué de 76 agents permanents présents quotidiennement et de plus de 120 personnels vacataires. Il est réparti au sein de quatre départements :

- Le Département du Sport de Haut Niveau (DSHN), auquel est rattaché le Service Médical ou Pôle Santé,
- Le Département de l'Emploi, de la Formation et de l'Apprentissage (DEFA),
- Le Département de la Gestion Administrative, Financière, des Personnels et du Patrimoine (DGAFPP),
- Le Département Ressources, Accueil, Animation et Communication (DRAAC)

Les usagers accueillis par le CREPS sont divers:

- environ 350 sportifs par an, qui représentent au total 48 disciplines sportives. D'âges variables, souvent mineurs, 30% d'entre eux sont de sexe féminin. Plus de la moitié sont inscrits sur les listes de haut niveau.
- 1300 stagiaires par an, représentant 160 000 heures de formation. 30% sont de sexe féminin. 70% d'entre eux ont entre 18 et 30 ans.
- Enfin, la part la plus importante de sa fréquentation revient à des usagers multiples provenant notamment de clubs sportifs, associations, fédérations, publics scolaires, institutions publiques ou entreprises...

Le CREPS peut héberger jusqu'à 190 personnes simultanément.

Au total, 15 000 personnes fréquentent l'établissement au moins une fois dans l'année.

1.2 Les urgences survenant au CREPS de Toulouse MP

1.2.1 Quelles urgences ?

La notion d'urgence médicale est complexe et les définitions du terme sont nombreuses. Cependant, elles font toutes références à deux notions : le temps (nécessité d'agir « vite » ou « sans délai ») et la gravité, qu'elle soit réelle ou ressentie par la victime. Ce sont ces

deux notions que nous retiendrons pour la suite de notre analyse. Nous prendrons donc en compte les urgences de toute nature (médicale, traumatique ou psychiatrique), vitales et non vitales.

Il est impossible de connaître avec précision la fréquence de survenue d'urgences ou de problèmes médicaux aigus dans l'enceinte de l'établissement. En effet, ceux-ci ne sont pas systématiquement répertoriés dans un document unique. Lorsqu'un problème aigu concerne un sportif de haut niveau, les données sont généralement confondues avec celles de son suivi médical. Lorsqu'une urgence concerne un membre du personnel ou du public et qu'elle est relative à un risque professionnel ou à des conditions de travail inadéquates, l'observation n'est pas consignée dans le registre santé et sécurité au travail prévu à cet effet [2], mais ceci concerne finalement peu de situations.

On peut tout de même en avoir une idée en regardant les chiffres de l'INSEP (Institut National du Sport, de l'Expertise et de la Performance), établissement public d'accueil des sportifs de référence en France. Ses fonctions sont globalement similaires aux CREPS à l'échelle nationale. Sur un site de 28 hectares, L'INSEP accueille et héberge globalement deux fois plus de sportifs de haut niveau, de stagiaires et de public que le CREPS de Toulouse MP. Leur permanence médicale, réservée aux problèmes aigus et accessible à tous les usagers, reçoit 20 à 60 personnes par jour, dont 85% sont des sportifs de haut niveau. L'activité des médecins se répartit à 40% sur la médecine générale et 60% sur la traumatologie. Ces chiffres sont cependant à nuancer car ils incluent l'ensemble des besoins de soins non programmés et non exclusivement les urgences.

Au CREPS de Toulouse MP, le Service Médical ne possède pas de permanence médicale dédiée à l'urgence. Il soigne chaque année, toutes pathologies confondues, 1700 blessés ou malades. Selon les témoignages du personnel médical et paramédical, approximativement une dizaine d'urgences par an nécessitent l'intervention des secours extérieurs. Parmi elles, rares mais marquantes, une ou deux urgences vitales par an : traumatisme grave, hémorragie... En novembre 2014, lors d'une séance de foot en salle, un jeune étudiant s'est écroulé, victime d'un arrêt cardiaque. Malgré une réanimation immédiate par son entraîneur, une alerte et une défibrillation précoces, il n'a pas pu être réanimé. Cet évènement dramatique, dont j'ai été témoin de manière fortuite, a renforcé notre conviction selon laquelle la maîtrise de la chaîne de survie dans l'arrêt cardio-respiratoire était incontournable au CREPS.

Les consultations médicales au CREPS de Toulouse MP se répartissent à 65% sur la traumatologie et à 35% sur la médecine générale courante. En extrapolant ces données, nous en avons déduit que les urgences de nature traumatique prédominent. Celles-ci sont le plus fréquemment liées à la pratique sportive: lésions ostéo-articulaires (entorses, luxations, lésions méniscales, arrachements osseux, fractures...) ou musculo-tendineuses (contusions musculaires, elongations, ruptures musculaires ou tendineuses...), traumatismes crâniens ou vertébraux, faciaux (fracture du plancher de l'orbite, des OPN, épistaxis), thoraciques ou abdominaux... Il est parfois nécessaire de pratiquer de la petite chirurgie (parage de plaies, sutures).

Dans les études françaises, il est difficile de trouver des chiffres concernant les sports les plus accidentogènes. De plus, ceux-ci sont d'interprétation délicate car de nombreux facteurs interviennent (niveau d'entraînement, fréquence des compétitions, âge, sexe, classe sociale...). L'enquête « Accidents de la Vie Courante » [3], menée par la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) de 1987 à 1995 sur un échantillon représentatif d'assurés sociaux, a permis de recenser 8661 accidents de sport (club, loisir ou milieu scolaire) chez les 10-59ans, dont 63% dans la tranche des 10-24 ans. Dans cette tranche d'âge, les sports d'équipe et de ballon (football, rugby, volley-ball, handball et basket-ball) occasionnent la majeure partie des accidents de sport (54%). Parmi les autres sports pratiqués au CREPS, viennent ensuite l'athlétisme, les sports de contact (dont la boxe) et le tennis (autour de 1,5% chacun). Ces données sont également à nuancer car elles reflètent avant tout l'étendue de la pratique de chacun de ces sports (plus que la dangerosité de ceux-ci). Les mécanismes lésionnels sont essentiellement les chutes, les chocs et les faux mouvements liés à des efforts musculaires intenses.

Enfin, les urgences médicales rencontrées au CREPS sont le plus souvent des pathologies rencontrées en médecine générale courante et touchant une patientèle jeune. Elles sont parfois liées à un effort intensif (malaises vagues, asthme d'effort, hypoglycémies...).

1.2.2 Les acteurs de l'urgence

Lorsque survient un problème médical aigu au CREPS de Toulouse MP, qui sont les acteurs concernés? Dans quelle mesure se doivent-ils d'intervenir?

1.2.2.1 Le Service Médical du CREPS de Toulouse MP

L'activité du Service Médical du CREPS de Toulouse MP est normalement réservée aux sportifs de Haut-Niveau. En dehors de leur suivi, le Service Médical gère également les appels téléphoniques, répond aux questions et reçoit blessés et malades pour des consultations d'urgences, et ce, pour tous les usagers du CREPS. Le médecin peut également assurer des interventions d'urgence sur le terrain.

Le médecin responsable du Service Médical représente l'interlocuteur et l'intervenant principal. C'est un médecin du sport pouvant donc prendre en charge les urgences traumatologiques ainsi que la plupart des urgences de médecine générale.

Selon le Code de Déontologie [4], « *tout médecin qui se trouve [...] informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires* ». Lorsque le médecin du CREPS est présent dans l'établissement, il est donc de son devoir d'intervenir. Il a pour cela une obligation de moyens. S'il s'agit d'une urgence vitale, il doit faire intervenir les secours appropriés sans délai. S'il ne peut pas se libérer immédiatement (geste technique, supervision de test médical en cours...), il peut demander à une tierce personne, qu'il sait compétente, d'intervenir pour donner les premiers soins en attendant qu'il se libère.

Son équipe permanente comprend trois paramédicaux (infirmière, kinésithérapeute et psychologue). Sur une urgence, l'infirmière peut réaliser des soins et administrer des médicaments sur ordre ou prescription anticipée du médecin. Selon l'article R4312-6 du Code de la Santé Publique, elle est également « *tenue de porter assistance aux malades ou blessés en péril* » en toute circonstance. Les autres personnels paramédicaux (permanents ou vacataires) peuvent être amenés à réaliser des gestes de secourisme ou d'assistance au médecin en fonction de leurs compétences, mais rien ne les y oblige s'ils n'ont pas reçu de formation adéquate.

En dehors des horaires d'ouverture du Service Médical (avant 8h30, pendant la pause déjeuner et après 19h30), les locaux sont fermés et le médecin du CREPS n'est pas présent sur le site. C'est le cas également le mercredi matin, le week-end ainsi que les jours fériés. Comme il n'existe pas d'astreinte médicale ni de permanence téléphonique,

l'alternative actuelle proposée lorsque le Service Médical est fermé est l'appel du 15, pour toute urgence.

1.2.2.2 Les secours extérieurs

Lors d'une urgence vitale, les secours extérieurs sont assurés par deux services qui travaillent en interconnexion permanente : le service d'aide médicale urgente SAMU (15) et le service départemental d'incendie et de secours SDIS (18) [5]. Leur intervention est déclenchée par un appel au centre de réception et de régulation des appels (CRRA) ou Centre 15, disponible tous les jours, 24h/24 [6]. Ils ont pour mission de « *faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état* » [7]. Le CREPS de Toulouse MP doit donc faire en sorte de faciliter leur déclenchement ainsi que leur accès sur le lieu de l'urgence.

En cas d'urgence non vitale, lorsque le Service Médical est fermé, il est actuellement conseillé d'appeler le Centre 15. La gravité de la situation et l'état de la victime sont alors évalués par le médecin régulateur. Il peut soit donner un conseil téléphonique pour les soins à donner sur place, soit demander le transport de la victime vers un lieu médicalisé qui sera assuré par une personne de permanence de l'établissement. Il peut également faire intervenir sur le lieu de l'accident différents effecteurs. Ce sont soit des effecteurs propres aux secours publics (équipe médicalisée du SMUR ou véhicule du SDIS), soit des effecteurs privés, qui interviennent sous la responsabilité du SAMU et dont la participation est déterminée par convention [6] (SOS médecins, médecin généraliste libéral, transport sanitaire privé). Ils peuvent prodiguer des soins d'urgence si nécessaire et/ou transporter la victime dans un service d'urgences hospitalier approprié.

Depuis le 2 juin 2014, en Midi-Pyrénées, il existe un nouveau service créé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans le but de désengorger le Centre 15. Il s'agit d'un numéro unique pour la région, le 3966, permettant de contacter un médecin de garde le soir à partir de 20h, la nuit, le week-end et les jours fériés, pour obtenir un conseil médical. La réponse est assurée par des médecins généralistes libéraux, toujours en coordination avec les médecins urgentistes du Centre 15. Pour le moment non utilisé au CREPS, il semble pourtant être une alternative utile lorsque l'appel au 15 semble ne pas se justifier (urgence non vitale, pathologie bénigne) mais qu'il existe cependant une inquiétude concernant des symptômes médicaux gênants ou inhabituels.

1.2.2.3 Le personnel du CREPS

Avant l'arrivée des secours, il est parfois nécessaire de prodiguer certains gestes d'urgence, plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'une détresse vitale (réanimation cardio-pulmonaire, protection des voies aériennes, arrêt d'une hémorragie).

Selon l'article 223-6 du Code Pénal, toute personne qui se trouve en présence d'une personne en péril doit lui porter assistance en agissant soi-même ou en provoquant un secours sous peine de voir sa responsabilité pénale engagée. Ce devoir de porter assistance s'applique à tous, sans exception. Il est bien sûr limité par les compétences individuelles en matière de secourisme. En pratique, le délit d'omission pour le personnel inexpérimenté concerne essentiellement l'omission d'appeler les secours. L'omission d'agir pour la protection de la victime ne peut être retenue que dans les cas où le secouriste possède des connaissances particulières (profession de santé ou secouriste professionnel).

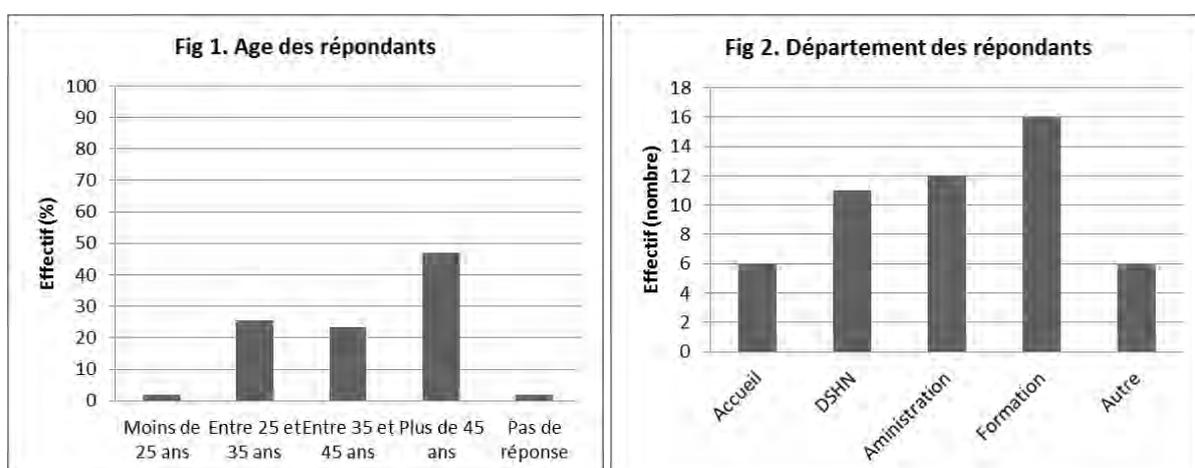
Il nous semble pourtant essentiel, dans un établissement où les membres du personnel côtoient tous les jours une population à risque de blessure et d'accident, que ceux-ci maîtrisent les gestes de premiers secours et en particulier la réanimation cardio-pulmonaire. Or, nous savons que la formation des français aux gestes de premiers secours reste insuffisante : 40% en 2006, contre le double en Allemagne ou en Norvège [8][9]. Qu'en est-il au CREPS de Toulouse MP ?

Hormis dans les ateliers où sont accomplis des travaux dangereux [10], aucune loi n'oblige les établissements publics à disposer de membres du personnel formés au secourisme ou à l'utilisation d'un Défibrillateur Automatique Externe (DAE). Cependant, l'Etat le recommande fortement : les personnels formés devraient être « *en nombre adapté et bien répartis, capables d'intervenir efficacement en cas d'accident* » [11].

En interrogeant oralement certains membres du personnel, nous avons le sentiment que beaucoup d'entre eux avaient appris les gestes de secourisme, mais que la plupart doutaient de leurs capacités à intervenir. Pour en avoir une idée plus précise, nous avons interrogé le personnel permanent par le biais d'un questionnaire anonyme (cf. Annexe 1), distribué en avril 2015 et rempli sur la base du volontariat. Nous nous sommes intéressés non seulement à la formation (ou initiation) reçue, mais également au ressenti face à une

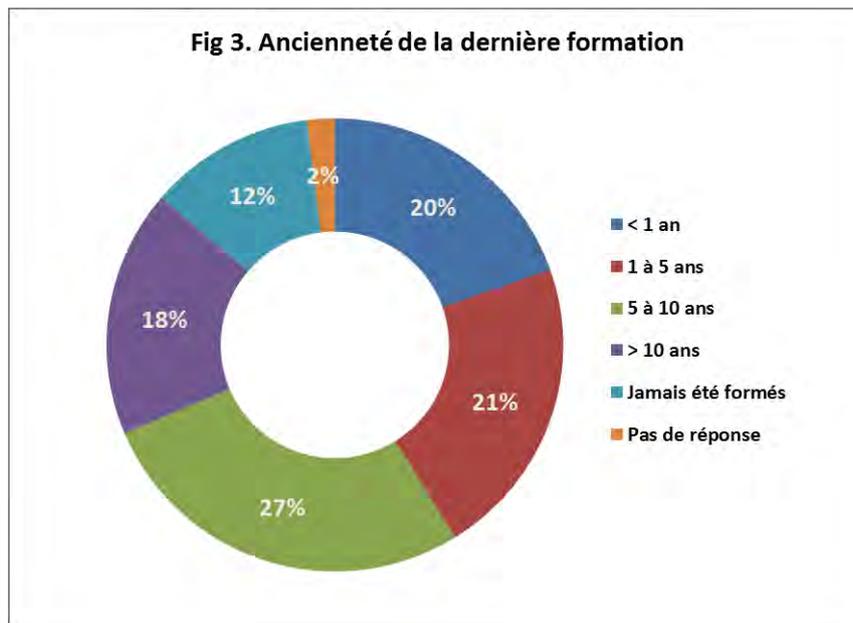
urgence, ainsi qu'aux raisons qui pourraient les empêcher d'intervenir dans la chaîne de secours. Le questionnaire a été validé en amont par le directeur du CREPS, le médecin chef du Service Médical et le CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail).

Nous avons recueilli 51 réponses sur 76 agents soit un taux de réponse de 67%. Les répondants travaillent tous quotidiennement (86,3%) ou régulièrement (13,7%) au CREPS et sont d'âges variables (cf. Fig 1). Chaque département du CREPS est représenté: Accueil (DRAAC), DSHN, Administration (DGAFPP) et Formation (DEFA) (cf. Fig 2). La catégorie « autre » comprend : ateliers techniques, espaces verts et service informatique.

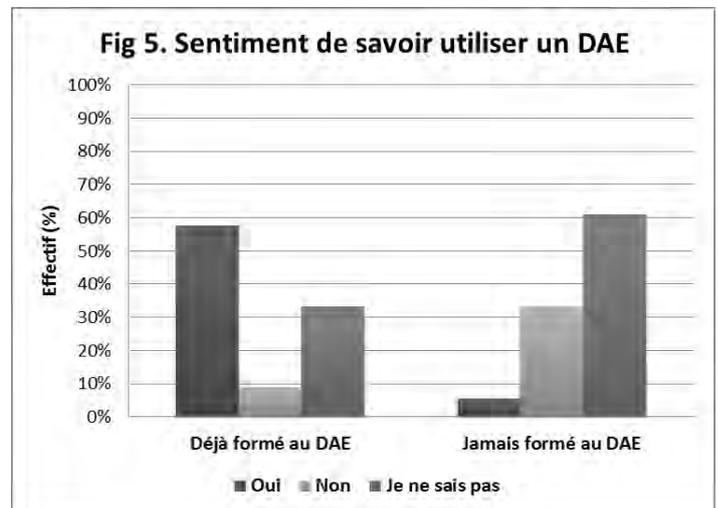
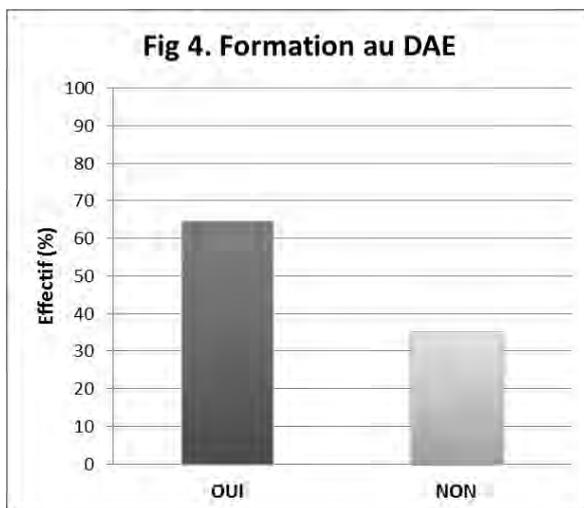


Voici les principaux résultats de notre enquête.

Parmi tous les répondants, la plupart ont déjà bénéficié au moins une fois d'une formation ou d'une initiation aux premiers secours. Pour 25 d'entre eux, il s'agissait d'une formation grand public ou professionnelle (PSC1, SST, PSE1 ou PSE2), pour les 20 autres il s'agissait d'une simple initiation (BNS, AFPS, IGPS ou AMD). Seulement 6 personnes (12 %) n'ont jamais eu ni formation ni initiation au cours de leur vie (cf. Fig 3). Dans un souci de simplification, nous avons considéré comme « formés » tous les répondants ayant déjà bénéficié d'une formation ou initiation, quel qu'en soit le type ou l'ancienneté. Si l'on s'intéresse à leur dernière formation (ou recyclage) (cf. Fig 3), on constate que pour 23 d'entre eux (45%), elle remonte à plus de 5 ans. Si l'on suppose une absence de révision théorique ou de mise en pratique dans l'intervalle, on peut considérer qu'une mise à jour leur est donc nécessaire.



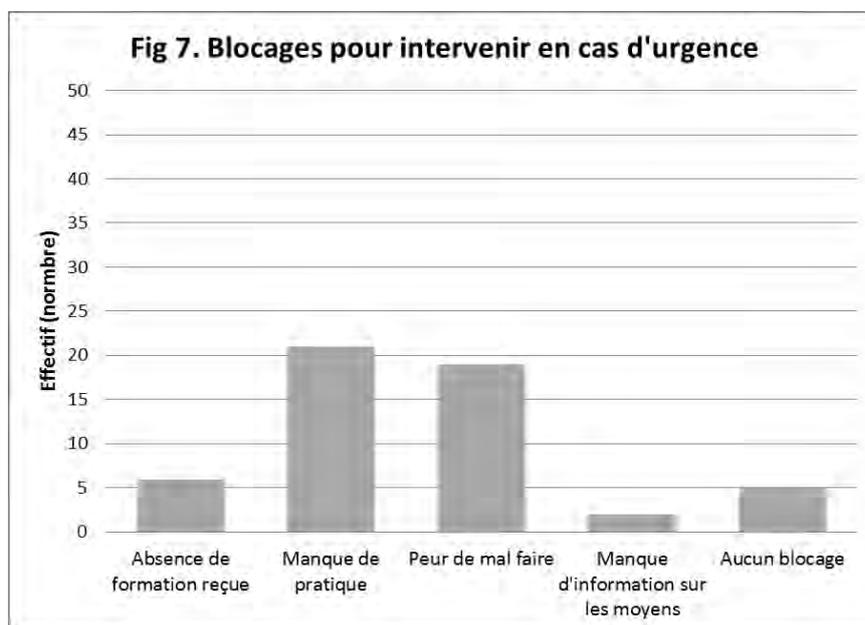
Si l'on se penche sur la formation à l'utilisation d'un DAE, on constate que seulement 65% des personnes interrogées en ont déjà bénéficié au moins une fois (cf. Fig 4). Parmi elles, seules 19 (58%) se sentent vraiment capables de s'en servir si nécessaire (Fig 5). Si l'on rapporte ce chiffre à l'ensemble des personnes interrogées, seulement 37% d'entre elles seraient donc véritablement opérationnelles avec un DAE.



Ces résultats semblent néanmoins corrélés à l'ancienneté de la formation : en effet, on remarque que 95% des personnes formées ou initiées il y a moins de 5 ans ont appris à utiliser un DAE, contre seulement 48% pour celles dont la dernière formation remonte à plus de 5 ans.

Concernant leur potentielle intervention dans la chaîne de secours, 90% de l'ensemble des répondants, formés ou non, se disent « à l'aise » pour donner l'alerte. La mise en

sécurité et les premiers soins semblent davantage poser problème : si on analyse les réponses des personnes déjà formées (cf. Fig 6), 64% d'entre elles pensent être à l'aise pour mettre en sécurité la victime, et seulement 27% d'entre elles pensent savoir donner les premiers soins. Ces résultats ne semblent pas significativement corrélés à l'ancienneté de la formation.



Pour expliquer cela (cf. Fig 7), les répondants évoquent essentiellement deux raisons : le manque de pratique est mentionné par 21 personnes (41%) ; 19 personnes (37%) ont peur de mal faire. Les 6 personnes n'ayant pas reçu de formation évoquent logiquement cette raison. Seulement 5 personnes se sentent parfaitement à l'aise et estiment n'avoir aucun blocage pour intervenir en cas d'urgence.

Nous avons considéré qu'au bout de 5 ans, dans ce contexte, une formation au secourisme « grand public » devient trop ancienne pour être réellement efficace. Ces résultats montrent donc que pour plus de la moitié (57%) du personnel interrogé (cf. Fig 3), une formation ou une réactualisation de leurs connaissances serait nécessaire. Au total, 72% des répondants évoquent un manque de pratique et/ou la peur de mal faire : il serait donc important d'axer leur formation sur le versant pratique.

1.3 Problématique géographique

1.3.1 Localisation et configuration du site

Le CREPS de Toulouse MP est situé à l'entrée du Complexe Scientifique de Rangueil, à proximité immédiate d'un accès au périphérique et à 10 minutes des urgences du CHU de Rangueil, d'où peuvent partir des véhicules du SAMU. Le SDIS de Ramonville se trouve à 10 minutes. Il existe également un poste de sécurité incendie tenu par des sapeurs-pompier dans l'enceinte de l'école supérieure d'aéronautique (ISAE), située face au CREPS.

Les locaux et installations sont situés au cœur d'un parc de 23 hectares, dont 17ha d'espaces verts (cf. Annexe 2). Le site est équipé de 24 bâtiments couverts et 10 installations sportives de plein air. L'ensemble du site est utilisé, sauf une « zone aveugle » constituée d'espaces verts et cachée par les bâtiments du fond. Matérialisée en noir sur la Figure 8 ci-après, on remarque qu'elle est très étendue. De par sa localisation, elle est cependant difficile à surveiller puisque dans la journée, il n'y a quasiment aucun passage ni surveillance vidéo.

Fig. 8 : Zone aveugle



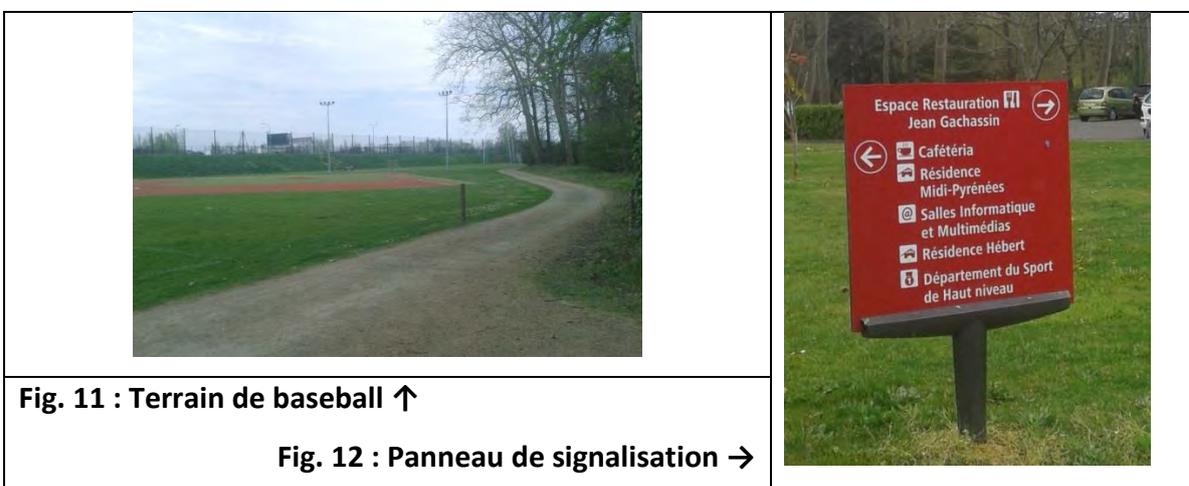
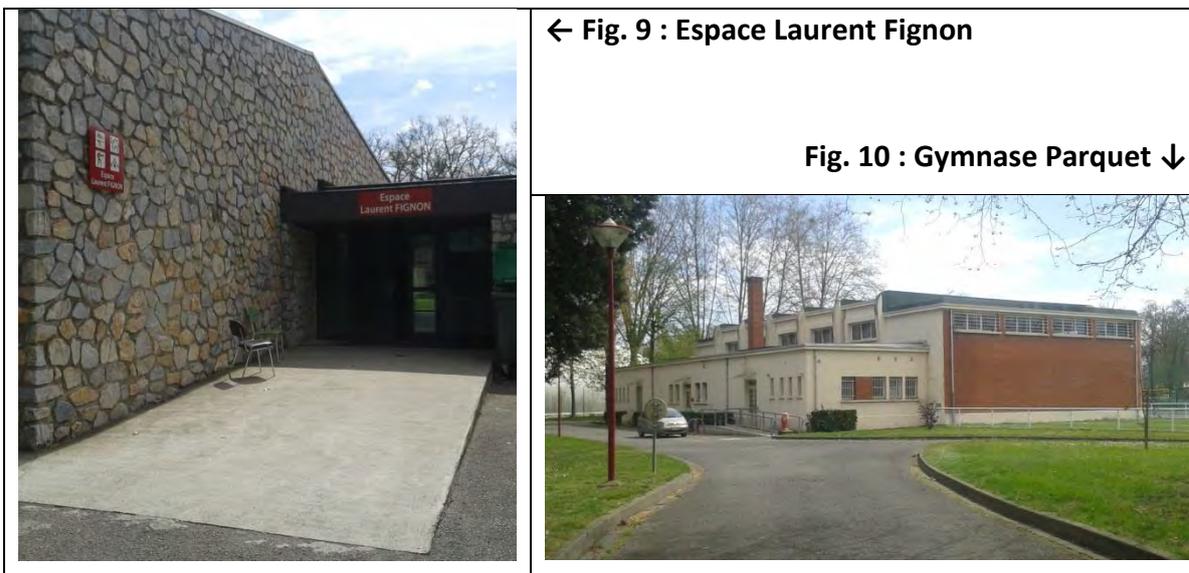
1.3.2 Signalisation

Il est certain que l'étendue du site rend le repérage difficile pour une personne étrangère à l'établissement. La signalisation doit donc fournir les informations suffisantes pour pouvoir se rendre rapidement d'un point à un autre (à pied ou en voiture), connaître sa position précise dans l'établissement et accéder rapidement au matériel de secours.

Elle comprend :

- la dénomination des bâtiments et installations
- le fléchage de la direction des bâtiments,
- le fléchage et l'affichage de la position du matériel de secours et des téléphones fixes.

Nous avons fait le tour de l'établissement en nous imaginant à la place d'une personne cherchant à se repérer. Dans ce contexte, il nous a semblé que la dénomination des bâtiments pouvait être améliorée: certains bâtiments sont bien indiqués à l'aide de panneaux visibles à distance (Fig. 9); d'autres, en revanche, sont difficilement identifiables, de près comme de loin (Fig. 10).



De plus, certaines zones et installations, pourtant très utilisées, sont totalement dépourvues d'indications (Fig. 11). L'itinéraire vers les bâtiments et installations sportives est globalement bien indiqué grâce à des panneaux rouges visibles à distance, à pied comme en voiture (Fig. 12), mais le Service Médical y figure rarement. Aucun des trois DAE de l'établissement, y compris lorsqu'on se trouve à proximité, n'y est indiqué. Les téléphones fixes n'y sont pas non plus mentionnés. Enfin, nous n'avons remarqué qu'un seul plan de l'établissement, à l'entrée.

1.3.3 Accès des secours sur le lieu de l'urgence

Au sens du Code de la Construction et de l'Habitation, les CREPS sont des Etablissements Recevant du Public (ERP) [12], car ils reçoivent des personnes autres que le personnel. Conformément à la réglementation des ERP [13], l'établissement dispose bien de deux

accès extérieurs, qui permettent l'intervention sur le site des véhicules de secours. Jour et nuit, l'accès aux deux portails est contrôlé et s'effectue sur demande.

La circulation des véhicules à l'intérieur de l'établissement peut nécessiter l'ouverture de barrières et d'accès réservés, également ouverts sur demande. Lors d'une urgence, plusieurs agents ont la possibilité d'ouvrir ces accès ; il s'avère cependant, en interrogeant le personnel, que personne ne sait réellement qui en a la responsabilité, faute de procédure écrite.

L'accès à pied à l'intérieur des bâtiments nécessite également un badge qui doit obligatoirement être fourni par un agent aux intervenants extérieurs.

Enfin, l'éclairage extérieur des bâtiments et des chemins nous est également apparu déficient.

1.4 Problématique matérielle

1.4.1 Matériel de premier secours

Selon le Code du Travail, les lieux de travail d'un établissement public doivent être « équipés d'un matériel de premiers secours adapté à la nature des risques et facilement accessible » [14]. Le Code du Sport [15], quant à lui, mentionne que les établissements dans lesquels sont pratiquées des activités physiques et sportives « doivent disposer d'une trousse de secours destinée à apporter les premiers soins en cas d'accident ». Aucun texte ne précise le type de matériel dont il faut disposer.

Actuellement, l'essentiel du matériel d'urgence du CREPS se trouve au Service Médical. On y trouve du matériel médical spécialisé (diagnostique et thérapeutique) ainsi que des médicaments et produits pharmaceutiques d'urgence. On y trouve également une trousse de secourisme « standard ».

Trois trousse de secours ont également été distribuées en 2009 aux responsables de départements et de chaque pôle sportif. Leur composition est détaillée en Annexe 3. Cependant, elles sont rarement utilisées car peu connues du personnel, non indiquées et ne sont pas amenées au bord du terrain.

Nous proposerons dans la deuxième partie de notre travail un exemple d'équipement en matériel de secours.

1.4.2 Défibrillateurs

L'établissement possède 3 DAE dont la position semble adaptée aux besoins puisqu'ils sont proches des lieux les plus fréquentés (accueil, restauration, internat...), des installations sportives et du Service Médical. Les deux premiers sont en libre-service, le troisième est sous la responsabilité du personnel. Leur maintenance régulière est coordonnée par l'infirmière du Service Médical.

Il faut rappeler que depuis 2007, toute personne est habilitée à utiliser un défibrillateur automatisé externe [16]. Nous savons que leur efficacité lors d'un arrêt cardio-respiratoire est notamment conditionnée par la précocité de leur mise en place. Or, comme nous l'avons déjà souligné, leur repérage pour une personne étrangère à l'établissement s'avère difficile car aucun panneau ne les mentionne, même à proximité.

1.4.3 Téléphones

L'alerte doit pouvoir être rapide, surtout en cas d'urgence vitale. Certes, les téléphones portables sont utiles, mais pas infaillibles. Un établissement recevant du public a donc l'obligation de s'équiper de téléphones fixes, correctement signalés, pour pouvoir alerter les secours « *immédiatement* » [17]. Or il n'existe qu'un seul téléphone fixe dédié à l'urgence dans tout l'établissement. Cet appareil est de surcroît non indiqué. De plus, un rapide essai et plusieurs témoignages nous ont permis de constater qu'il n'était pas fonctionnel.

1.4.4 Transport

Etant donné la configuration du site, lorsque le médecin doit déplacer un blessé à l'intérieur de l'établissement, il existe deux solutions :

- Si le blessé est conscient, on peut utiliser un fauteuil roulant ou un véhicule personnel.
- Dans certaines zones difficilement praticables en fauteuil, dans les bâtiments à étages, ou si la victime est inconsciente, un brancard est nécessaire.

Actuellement, seuls un fauteuil roulant et un brancard sont disponibles dans l'établissement. Ils se trouvent au Service Médical, selon nous trop éloignés de certaines installations sportives (terrain de rugby Nord, terrain de baseball...).

1.5 Procédure d'urgence actuelle, coordination et information

La procédure d'urgence actuelle mentionnée par le règlement intérieur au chapitre « consignes de sécurité », s'applique à la fois au personnel et au public. Elle est simple et se résume à une phrase : « *en cas d'accident, téléphoner au Service Médical et en dehors de ses horaires d'ouverture, appeler le 15* ». Même si cela peut paraître évident pour des initiés, aucune distinction n'est faite entre urgence vitale et non vitale. Or, lors d'une détresse vitale, l'appel du centre 15 reste prioritaire.

Pour le public, l'affichage de l'information nous semble nettement insuffisant: numéros utiles, horaires du Service Médical, personnes à prévenir ne sont affichés qu'à l'accueil et sur la porte du Service Médical. L'existence de trois DAE n'est renseignée nulle part.

Pour le personnel, il n'existe pas de procédure clairement fixée et commune pour les quatre départements du CREPS. Les consignes qui sont données sont peu précises et arbitraires (appel du Service Médical en journée; appel d'un responsable administratif d'astreinte à partir de 22h) et semblent inadaptées au fonctionnement global de l'établissement. De 19h30 (heure de fermeture du Service Médical) à 22h (début de l'astreinte administrative), les membres du personnel n'ont pas d'interlocuteur immédiat hormis le 15. N'étant pas ou peu formés à l'urgence et n'ayant reçu aucune recommandation médicale (reconnaissance d'une détresse vitale, modalités de l'alerte...), ils se trouvent donc parfois démunis.

Plusieurs membres du personnel d'accueil interrogés à propos de l'absence de consignes claires, assimilent d'ailleurs leur situation à celle de « *la rue* » ou d'un espace public quelconque. Ayant déjà été confrontés à de « *petites urgences* », ils nous ont confié avoir le plus souvent utilisé le « *système D* » et nous ont exprimé leur crainte de se retrouver confrontés à une situation plus grave. Il est donc important de mettre en place un cadre et des repères afin de ne plus laisser place à l'improvisation.

De manière plus générale, nous avons noté un manque de coordination et de communication entre les quatre départements du CREPS et leurs différents responsables. Ils se côtoient pourtant au quotidien et partagent les mêmes infrastructures. Cela semble poser un vrai problème dans la mise en place d'une procédure commune et unique pour l'ensemble de l'établissement.

1.6 Responsabilités juridiques

Afin de compléter notre analyse descriptive, il est important de préciser les aspects réglementaires du secours au sein du CREPS.

Le CREPS de Toulouse MP est un Etablissement public national à caractère administratif. Il est à ce titre doté de la personnalité juridique et dispose d'une certaine autonomie administrative et financière. Il est placé sous tutelle du ministère chargé de la Jeunesse et des Sports. Le chef d'établissement a la « *charge de veiller à la sécurité et à la protection de la santé [de ses] agents* » [2]. Sa responsabilité dans ce domaine est celle définie aux livres Ier à V de la 4^e partie du Code du Travail, directement applicables aux administrations de l'Etat sous réserve des dispositions du Décret n°82-453 du 28 mai 1982 [2]. En l'absence de textes réglementaires et de consignes ou délégations spécifiques, au regard des termes du décret, il ressort que le directeur du CREPS assume la fonction de « *chef de service* » dans ce domaine. D'autre part, en dehors des agents du CREPS, il est également chargé d'« *assurer le bon fonctionnement de l'établissement* » et il doit prendre « *toutes [les] dispositions, en liaison avec les autorités administratives compétentes, pour assurer la sécurité des personnes [...]* » [18]. En tant que chef et exploitant d'ERP, c'est également à lui qu'incombe la responsabilité de s'assurer que ses installations sont construites et exploitées en conformité avec les règles de sécurité en vigueur [19].

C'est donc au directeur du CREPS que revient la responsabilité première de veiller au bon fonctionnement de la chaîne de secours au sein de l'établissement.

Le maire, en vertu de son pouvoir de police municipale [20], est quant à lui chargé « *d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité [...] publiques* », en particulier « *de prévenir [...] et de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux [...], de pourvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours [...]* » [21]. A Toulouse, comme dans tous les chefs-lieux de département, c'est le préfet du département qui assure cette responsabilité en se substituant au maire [22] [23]. Il veille à l'application du règlement de sécurité dans les ERP [24], et peut demander des visites de contrôle par la Commission de sécurité compétente [25], pour s'assurer de la bonne exécution de ces mesures.

En pratique, en cas de non-respect d'une ou plusieurs règles de sécurité, le directeur du CREPS est surtout exposé à un rappel à la loi par le biais: soit de la Commission de sécurité [25], mandatée par le préfet, soit de l'Inspection de Santé et Sécurité au Travail [2]. Il dispose alors d'un certain délai pour effectuer les modifications nécessaires.

En revanche, en cas de dysfonctionnement ayant freiné ou empêché une personne de porter assistance lors d'une situation d'urgence, entravant ainsi les chances de survie de la victime, sa responsabilité pénale pourrait être engagée en vertu de l'article 121-3 du Code Pénal, tout autant que la responsabilité administrative de l'établissement.

Cette analyse descriptive nous a permis de constater plusieurs problématiques majeures. Les acteurs de l'urgence sont bien identifiés mais le rôle de chacun ne semble pas clairement défini et parfois méconnu par les membres du personnel eux-mêmes. L'organisation géographique et matérielle de l'établissement est rendue complexe par sa grande superficie et sa disparité. Enfin, le manque global de communication et de coordination semble constituer une source de confusion importante et pourrait représenter le frein majeur dans le bon déroulement de la chaîne de secours.

II. Propositions d'amélioration

Les propositions ci-dessous s'appuient sur la réflexion exposée au chapitre précédent. Elles ont pour but de proposer une organisation solide et durable, centrée autour du Service Médical. Elles répondent aux obligations et recommandations actuellement en vigueur. Toutes ont été discutées et approuvées par la direction du CREPS de Toulouse MP, le conseil d'administration et le CHSCT. Certaines ont pu être adoptées immédiatement ; d'autres, comme certaines propositions matérielles ou de formation, nécessiteront un délai de mise en place plus long pour des questions budgétaires et/ou organisationnelles.

2.1 De l'organisation géographique

2.1.1 Sectorisation

Pour répondre le mieux aux problématiques posées par la configuration géographique du CREPS, nous avons choisi de diviser le site en trois secteurs géographiques de taille équivalente (cf. Annexe 4). Nous avons déterminé, dans chacune de ces trois zones, un « Point Urgence » correspondant à l'emplacement des DAE déjà en place. On pourra y trouver du matériel de premiers secours et de transport, ainsi qu'un téléphone fixe.

Le Secteur 1 (Hébergement/accueil) comprend les bâtiments d'accueil, d'hébergement, de restauration, les salles de formation et quelques installations sportives. Son « Point Urgence » sera situé à l'entrée B de la Résidence Midi-Pyrénées.

Le Secteur 2 (Château) comprend les bâtiments administratifs, le Service Médical, les ateliers techniques et les installations de Tir. Son « Point Urgence » sera représenté par les locaux du Service Médical, dans une salle spécialement dédiée.

Le Secteur 3 (Installations sportives) comprend la plupart des installations sportives, les gymnases, ainsi que les ateliers espaces verts. Son « Point Urgence » sera situé à l'entrée de la salle multisports Lavergne.

2.1.2 Signalisation

Concernant l'affichage :

- La dénomination des bâtiments et installations pourra être davantage mise en évidence par des panneaux visibles de loin.
- Conformément au Code du Travail [26], les « Points Urgence » devront être matérialisés par un panneau indiquant clairement la position du DAE, du matériel de secours et de transport, ainsi que du téléphone.
- Les plans de l'établissement seront affichés à l'entrée de chaque bâtiment et devront faire apparaître les « Points Urgence », ainsi que les deux accès secours. La position exacte du visiteur devra être indiquée clairement.
- A l'entrée de chaque bâtiment, on trouvera, conformément au Code du Sport [15], un « *tableau d'organisation des secours* » avec adresses et numéros de téléphone des personnes et organismes susceptibles d'intervenir en cas d'urgence.

Concernant le fléchage :

- Sur tous les panneaux de direction, la place disponible sera utilisée pour indiquer le Service Médical ainsi que le « Point Urgence » le plus proche.
- L'emplacement et le type de panneaux devront être adaptés aux piétons ainsi qu'aux véhicules.

A chaque fois qu'ils seront indiqués, les DAE seront matérialisés par un pictogramme de couleur, de typographie et de format conformes à l'Arrêté du 16 août 2010 [27] (Cf. Annexe 5).

2.2 De l'organisation matérielle

2.2.1 Premiers secours et matériel médical

Nous avons modifié et complété l'inventaire du matériel de premier secours préexistant de manière à ce qu'il soit, conformément à la réglementation, « *adapté à la nature des risques* » [14]. La liste de matériel que nous avons établie (cf. Annexe 6), est non exhaustive et pourra varier en fonction des besoins. Toutefois, elle constitue une base solide pour intervenir efficacement sur la plupart des urgences susceptibles de survenir dans l'établissement.

Chaque « Point Urgence » comprendra du matériel dans une armoire ou un local idéalement en accès libre, ou fermés par une serrure à code. Le code, unique, pourrait ainsi être communiqué à tous les usagers, même à distance. Les trois « Points Urgence » seront tous équipés d'une trousse de secourisme « standard » adaptée au milieu sportif, d'un brancard et d'un fauteuil roulant. On y trouvera également une bouteille d'oxygène médical et un insufflateur manuel à réserve d'oxygène (BAVU). En effet, lors d'un arrêt cardio-respiratoire, nous savons que la ventilation artificielle et l'administration d'oxygène sont des composants importants de la RCP (réanimation cardio-pulmonaire), surtout lorsqu'elle se prolonge ou lorsqu'il s'agit d'un enfant [28]. Sans contrarier les gestes de réanimation essentiels que sont les compressions thoraciques et la défibrillation, il nous a semblé important que le médecin ou le secouriste puissent avoir accès rapidement à du matériel de ventilation. Un oxymètre de pouls permettra de surveiller la fréquence cardiaque et la saturation artérielle en oxygène (SpO₂), pour les communiquer au médecin régulateur.

Au « Point Urgence » du secteur 1, où prédominent les structures d'accueil, d'hébergement et de restauration, un secouriste aura besoin de matériel pour l'urgence plutôt « médicale ». On y trouvera une pince de Magill utile en cas de fausse route (proximité de la salle de restauration).

Au « Point Urgence » du secteur 2 (Service Médical), on trouvera une trousse de secours et un DAE en accès libre. Il y aura également du matériel réservé aux professions médicales et paramédicales pour les urgences médicales (ECG, oxygène, matériel de perfusion...) et traumatiques (attelles, orthèses, écharpes, colliers cervicaux, matériel de suture...). Il sera accessible au personnel responsable à tout moment. Les médicaments d'urgence seront stockés dans une armoire spécifique, accessibles aux médecins et à l'infirmière (sur ordre ou prescription médicale anticipée). Une trousse médicale « spécialisée » de terrain sera réservée au médecin et comprendra du matériel de diagnostic et de réanimation.

Au « Point Urgence » du secteur 3, où prédominent les installations sportives, il y aura surtout un équipement d'urgence traumatique (immobilisation).

Conformément à la réglementation [29], il y aura une trousse de secours standard dans la salle d'arts martiaux et de sports de combat. L'accueil, les deux ateliers (services

techniques et espaces verts) ainsi que les vestiaires du terrain Nord en seront également équipés.

Après chaque utilisation, le matériel réutilisable devra être désinfecté et remis à sa place. Le matériel à usage unique devra être remplacé. La gestion du stock, tâche qui incombe actuellement à l'infirmière de l'établissement, devra être assurée de manière rigoureuse et régulière : vérification du fonctionnement des DAE, du matériel d'oxygénothérapie et inventaire trimestriels.

2.2.2 Téléphones

Nous avons vu que la seule obligation des ERP concernant les téléphones consiste à pouvoir alerter les secours « *immédiatement* » [17]. Etant donné la superficie du site, le seul téléphone de l'amphithéâtre ne suffit pas. Il faudra équiper au moins chacun des trois « Points Urgence » d'un téléphone fixe dédié à l'urgence. Les modalités d'appel seront affichées de façon « *apparente, permanente et inaltérable* ». Idéalement, des raccourcis vers les numéros d'urgences seront programmés.

Enfin, conformément à l'Arrêté du 25 septembre 2009 [29], on devra trouver également un téléphone fixe accompagné des numéros utiles dans la salle d'arts martiaux et de sports de combat.

2.3 De l'organisation des ressources humaines

2.3.1 Le trinôme

Afin de coordonner l'intervention du personnel médical et non médical autour d'une victime ou d'un blessé, nous avons choisi une organisation en « trinôme ». Ceci concerne surtout les urgences vitales, mais peut s'appliquer à tout problème médical aigu en dehors des jours et heures d'ouverture du Service Médical.

L'idée de la mise en place de l'astreinte nocturne d'un médecin a été écartée d'emblée car impossible à aménager, le médecin étant seul.

Pour chaque urgence médicale, seront automatiquement impliqués trois intervenants, appelés « référents » :

- un « référent de proximité » : c'est le témoin principal de l'urgence. Il peut s'agir du responsable du groupe auquel appartient la victime (entraîneur sportif, formateur, accompagnateur...), mais aussi d'un coéquipier ou co-stagiaire. Si la victime n'appartient pas à un groupe, il s'agira du premier témoin. C'est la personne qui protège et accompagne la victime, déclenche l'alerte et qui peut donner les premiers soins si besoin, en attendant les secours.
- Un « référent de santé » ou « médical » :
 - Pendant les heures d'ouverture du Service Médical, il s'agira du médecin du CREPS en priorité. En seconde ligne, l'infirmière ou un autre personnel paramédical formé pourra également intervenir. Leur rôle sera d'évaluer la gravité de la situation et/ou donner les soins d'urgence adaptés.
 - En dehors des heures d'ouverture du Service Médical, le « référent de santé » sera le médecin régulateur du Centre 15 (urgence vitale) ou le médecin de garde du 3966.
- Un « référent administratif » : il s'agira d'un membre du personnel responsable en cas d'urgence, désigné selon un système d'astreinte, facilement joignable de jour comme de nuit et connaissant parfaitement la procédure d'urgence de l'établissement afin de renseigner l'appelant si besoin. Il aura pour mission de gérer les problèmes administratifs et pratiques liés à l'urgence (rechercher les coordonnées du responsable légal et l'autorisation de soin pour une victime mineure, prévenir la famille de la victime ...). C'est lui qui sera responsable de l'ouverture des portails d'accès et de l'orientation des secours en cas de besoin. Il devra être présent sur place pendant sa période d'astreinte et capable de se rendre immédiatement sur le lieu de l'urgence. S'il quitte momentanément l'établissement, il devra se faire remplacer. Tous les personnels inscrits sur le tableau d'astreinte devront suivre une formation aux premiers secours type PSC1 ainsi que des formations régulières à la procédure d'urgence de l'établissement.

2.3.2 Formation

Il faut rappeler qu'en France, aucune formation aux premiers secours ni à l'utilisation des DAE pour le grand public n'est obligatoire. Ces dernières années, le ministère de l'éducation nationale tente de développer un programme d'apprentissage du secourisme

à l'école, mais les résultats sont décevants dans l'enseignement général [8]. Pourtant, concernant l'arrêt cardio-respiratoire, le Conseil Français de Réanimation Cardio-Pulmonaire (CFRC) estime que même un apprentissage rapide de la RCP, reconduit tous les deux ans, serait bénéfique [30]. Cet apprentissage pourrait durer « *moins d'une heure* » et devrait « *se résumer à trois actions : Donner l'alerte aux secours organisés par le 15 [...], réaliser les compressions thoraciques, brancher le défibrillateur et suivre les instructions de l'appareil jusqu'à l'arrivée des secours.* »

Pour l'ensemble du personnel (hors médical), il nous semble important de prévoir une mise à jour des gestes de base. Parmi les formations existantes (Annexe 7), deux d'entre elles nous paraissent adaptées. Elles peuvent être dispensées par des associations agréées de Sécurité Civile, comme la Croix Rouge Française.

- « Alerter-Masser-Défibriller », est une initiation qui dure moins d'une heure pour apprendre les premiers gestes de la réanimation cardio-pulmonaire et l'utilisation d'un DAE. Son coût approximatif est de 10 euros par personne.
- « Prévention et Secours Civiques de Niveau 1 » (PSC1): c'est la formation élémentaire, plus complète, qui précise les gestes que doit pratiquer un individu seul, dépourvu de matériel spécialisé, dès l'âge de 10 ans. Elle dure de 10 à 12h. Son coût est d'environ 50 à 60 euros par personne.

Certaines associations agréées proposent également des formations non diplômantes de premiers secours en milieu sportif pouvant être proposées aux entraîneurs et animateurs.

Les « référents administratifs » et les responsables de département devront bénéficier, en plus de la remise à niveau des gestes de base, d'une formation complète concernant la nouvelle organisation et procédure d'urgence de l'établissement.

Le personnel du Service Médical (médical et paramédical) devra se mettre à jour en fonction de ses compétences et de sa mission en cas d'urgence.

2.3.3 Information du personnel et du public

2.3.3.1 Le protocole d'urgence (cf. modèle en Annexe 8)

Selon le Code du Travail, lorsque le nombre d'infirmiers ou de médecins employés dans un établissement public « *ne permet pas d'assurer une présence permanente* » (c'est le

cas au CREPS de Toulouse MP), le directeur est chargé de « *prendre, après avis du médecin du travail, les mesures nécessaires pour assurer les premiers secours aux accidentés et aux malades* ». Ces mesures doivent être « *consignées dans un document* » [31]. Il s'agit du protocole d'urgences : celui-ci a pour but de synthétiser l'ensemble des moyens mis en œuvre dans l'établissement pour assurer les premiers secours en cas d'urgence et d'expliquer clairement la conduite à tenir en cas d'accident.

Sa diffusion doit être maximale afin que chacun puisse en prendre connaissance: insertion dans le règlement intérieur, affichage à l'accueil ainsi qu'à l'entrée de chaque bâtiment, présentation par le personnel à chaque usager qui en fait la demande.

Le protocole devra être modifié et amélioré lorsque nécessaire en fonction des changements de fonctionnement de l'établissement ou du Service Médical, de la législation et de la survenue d'évènements internes. Il devra être révisé et validé au minimum une fois par an par le Conseil d'administration, le CHSCT et le médecin du CREPS.

Nous en avons rédigé un modèle à titre d'exemple (Annexe 8).

2.3.3.2 Brochure d'urgences (cf. Annexe 9)

En complément du protocole écrit, qui doit garder un aspect réglementaire et formel, nous avons voulu créer un outil d'information pratique destiné à l'ensemble des usagers. Nous lui avons donné la forme d'un livret de 4 pages, intitulé : « Informations pratiques en cas d'urgence au CREPS ».

Nous avons conçu son contenu pour qu'il réponde au mieux aux questions d'un usager lambda, non ou peu formé aux premiers secours, confronté à une situation d'urgence dans l'établissement. A savoir : dans quelle situation alerter ? Qui et comment alerter ? Que faire en attendant l'arrivée des secours ? Où puis-je trouver le matériel qu'on me demande ?

Nous avons présenté les informations sous une forme didactique (schémas, tableaux, arbre décisionnel, couleurs) pour une meilleure lecture.

La page 1 comprend des informations pratiques : numéros utiles, localisation des « Points Urgence » et plan de l'établissement.

Les 3 autres pages comportent la procédure à suivre en cas d'urgence et certains gestes de base (position latérale de sécurité (PLS), réanimation cardio-pulmonaire et utilisation du DAE). Il faut noter qu'une alternative au 15, en cas d'urgence non vitale et lorsque le Service Médical est fermé (soir, week-ends et jours fériés), est désormais proposée par le biais du 3966.

Ce document pourra être décliné en deux versions : une brochure papier destinée à être remise aux usagers et une affichette placée à l'entrée de chaque bâtiment.

2.3.4 Information des intervenants extérieurs

La nouvelle procédure sera communiquée aux différents services de secours amenés à intervenir dans l'établissement (SAMU, Pompiers, SOS médecins...), afin qu'ils puissent toujours contacter un responsable en cas de besoin. Le plan du site leur sera également fourni de manière à ce que la position du DAE le plus proche puisse être communiquée à toute personne appelant le 15 pour un arrêt cardiaque. Enfin, il peut être utile de fournir au poste de sécurité incendie de l'ISAE une télécommande portail et un badge d'accès aux bâtiments de manière à ce que les pompiers puissent intervenir rapidement en cas de nécessité.

2.4 Anticipation des risques

2.4.1 Identification des situations à risque

Il peut être intéressant de hiérarchiser les activités en fonction de leur risque d'urgence ou d'accident de manière à anticiper les situations à risque élevé (épreuves sportives diplômantes, matches, accueil de groupes de « séniors »...). Certains critères simples (nombre et âge des participants, type d'activité) pourraient permettre au « coordonnateur urgence » (cf. paragraphe 2.5 ci-après), en lien avec l'accueil, de prévoir que celles-ci se déroulent pendant les heures de présence du médecin.

2.4.2 Surveillance des zones à risques

Des caméras de vidéosurveillance pourraient être installées dans la « zone aveugle » (cf. Fig. 8, page 16) afin de s'assurer de l'absence d'évènement particulier dans cet espace peu fréquenté.

2.4.3 Création d'une base de données

Il serait également utile que les urgences et accidents survenant dans l'établissement soient référencés dans un document unique mentionnant la date, l'heure, le type d'urgence, la nature de l'appelant et les moyens engagés. Ce registre, sous forme papier ou informatique et sous la responsabilité du « coordonnateur urgence », serait une base épidémiologique essentielle pour mettre en évidence les problèmes et ainsi améliorer les moyens mis en œuvre pour la gestion des urgences.

2.5 Coordination

De notre point de vue, une telle organisation ne peut fonctionner qu'avec l'existence d'un responsable de la coordination, appelé « coordonnateur urgence ». Sa mission serait, par le biais d'une « check-list » (cf. exemple en Annexe 10), de s'assurer que chaque élément de la procédure soit bien mis en place et fonctionnel en cas de besoin : signalisation, DAE, matériel, fonctionnement de l'astreinte...

Les questions pratiques et budgétaires seraient discutées en réunion de « coordination urgence », tenues en présence du médecin du CREPS. Les décisions majeures devraient être validées par le directeur, le conseil d'administration, et le CHSCT.

III. Mises en situation

3.1 Description des ateliers de simulation

Afin de valider et de compléter l'analyse des pratiques réalisée en amont, nous avons organisé trois ateliers de simulation d'urgences *in situ* avec le personnel du CREPS de Toulouse MP. Ces ateliers nous ont permis de reconstituer des situations d'urgences potentiellement graves ou anxiogènes. Afin de nous placer dans les conditions réelles de travail du personnel, nous les avons réalisés avant la mise en place des améliorations proposées ci-dessus.

L'objectif principal était d'observer le déroulement de la procédure d'urgence du début de l'accident jusqu'à l'arrivée des secours, ce que nous n'avions pas encore étudié. Nous avons pu apprécier : les capacités individuelles à faire face à ces situations, la communication et la coordination interpersonnelle ainsi que la réalisation de certains gestes techniques. Le *débriefing* nous a dans un premier temps permis d'aborder et de mieux comprendre les difficultés vécues et ressenties par le personnel ; puis, dans un deuxième temps, de leur présenter les actions d'amélioration à venir en s'appuyant sur des exemples concrets.

Les trois ateliers se sont déroulés de la manière suivante :

- en amont : choix de la situation, identification des objectifs, choix du matériel et des participants nécessaires, repérage des lieux, écriture du scénario détaillé, relecture et validation avec les organisateurs
- le jour de l'atelier : relecture du scénario, préparation du matériel, recrutement des participants, explications sur le déroulement de l'atelier, le contexte et les différents rôles des participants, déroulement du jeu de rôle, puis *débriefing* immédiat.

Chaque atelier a été animé par l'infirmière du CREPS, titulaire du diplôme de SST, et moi-même, médecin généraliste. Les rôles de médecins (du CREPS et régulateur du SAMU) ont été joués soit par le médecin chef du Service Médical, soit par un médecin attaché. Nous avons fait intervenir certains responsables administratifs de l'établissement, dont le directeur, dans leur propre rôle. Les rôles de famille des victimes ont été joués par des membres du personnel. Un médecin extérieur au CREPS a amené un regard neuf en

acceptant d'observer sur place le déroulement des trois ateliers. Ils ont duré chacun environ une heure et ont été filmés dans leur intégralité, avec l'accord des participants.

Un rapport de chaque atelier détaillant points positifs, dysfonctionnements et actions d'amélioration correspondantes, a été transmis à la direction et aux participants.

3.1.1 Atelier 1 : malaise vagal et arrêt cardio-respiratoire

Le premier scénario avait pour objectif de tester une situation faisant intervenir les agents d'accueil comme premiers interlocuteurs.

Nous avons mis en scène un malaise d'allure vagale dégénérant par la suite en arrêt cardio-respiratoire. Un agent d'accueil jouait la victime, un second le témoin donnant la première alerte. Afin de complexifier la situation, le scénario prévoyait que le médecin du CREPS réponde au téléphone sans pouvoir se déplacer immédiatement. Les photographies suivantes, tirées de l'enregistrement vidéo, retracent le déroulement de l'atelier. Les temps donnés ne tiennent pas compte des pauses explicatives.

Tableau 1 : déroulement de l'atelier 1 (Accueil)		
		
<p>-1- Réception de l'appel par l'agent d'accueil (t=0)</p>	<p>-2- Demande de renseignements au témoin</p>	<p>-3- Appel d'un responsable administratif afin de l'informer que deux agents d'accueil vont se rendre sur place</p>
		
<p>-4- Echec de l'appel car pas de réseau</p>	<p>-5- 2^e appel : Il ne s'agit pas du bon interlocuteur (pas de référent en journée) (t=4min)</p>	<p>-6- Arrivée auprès de la victime et du témoin (t=6 min)</p>



-7- Appel du médecin du CREPS avec un téléphone portable (le fixe est hors-service) (t=8min)



-8- Il faut sortir de la salle pour téléphoner car problème de réseau à l'amphithéâtre



-9- Précisions sur l'état de la victime (t=9min)



-10- Réponse aux consignes du médecin, momentanément occupé en consultation : allonger la victime...



-11- et la surveiller en attendant son arrivée.



-12- Mais perte de connaissance : absence de réponse à la stimulation (t=11min)



-13- Absence de bruits respiratoires



-14- Absence de mouvements du thorax



-15- Un agent d'accueil part chercher le défibrillateur (accompagné par Véronique, infirmière et animatrice)



-16- Pendant ce temps : début du massage cardiaque et appel du 15 simultané (t=12min)



-17- Pose des électrodes et mise en route du défibrillateur (t=14min)



-18- Ecoute des consignes vocales

		
<p>-19- Appel du directeur car pas de réponse du responsable. Le Service Médical n'est plus joignable. (t=15min)</p>	<p>-20- 2 minutes plus tard, le SAMU rappelle car le portail d'accès est toujours fermé (t=17min)</p>	<p>-21- L'agent d'accueil part attendre les secours pour les guider jusqu'au lieu de l'urgence</p>
		
<p>-22- La barrière rouge et blanche ne se lève pas</p>	<p>-23- Impossible de soulever le second piquet rouge et une voiture blanche gêne l'accès</p>	<p>-24- L'équipe du SAMU poursuit à pied (t=19min)</p>
		
<p>-25- Arrivée du médecin du SAMU auprès de la victime : fin de la simulation (t=20min)</p>	<p>-26- Cours sur le fonctionnement du BAVU et de l'oxygène</p>	<p>-27- Bilan avec toute l'équipe d'accueil</p>

3.1.2 Atelier 2 : difficultés respiratoires, agitation et arrêt cardio-respiratoire

Le second scénario se déroule dans le hall du Château, siège des services administratifs de l'établissement. Nous avons fait participer cinq agents administratifs dont un dans le rôle de la victime. Il s'agissait de gérer une situation de malaise chez un homme présentant des difficultés respiratoires, une confusion et une agitation. La situation dégénère quelques minutes plus tard avec la survenue d'un arrêt cardio-respiratoire. Pour complexifier la situation, le scénario se déroule à 13h, heure où le Service Médical, pourtant situé à l'étage du dessous, est fermé. Pour la simulation, nous avons rendu le médecin du CREPS potentiellement joignable par renvoi d'appel sur son téléphone portable.

Tableau 2 : déroulement de l'atelier 2 (Administration)



-1- Arrivée auprès de la victime : début de la simulation (t=0)



-2- Le témoin accompagne la victime dans un lieu où elle peut s'asseoir



-3- Il ne faut pas rester seul et prévenir quelqu'un



-4- Pas le temps de se déplacer pour appeler, la victime perd connaissance (t=1min)



-5- Evaluation de la conscience : pas de réponse



-6- Absence de bruits respiratoires



-7- Absence de mouvements thoraciques



-8- Alerte d'une collègue



-9- Confusion sur l'alerte à donner, puis appel du Service Médical (t=2min)



-10- Difficulté à décrire la situation avec précision au téléphone. Le médecin donne finalement la consigne d'appeler le SAMU car il n'est pas immédiatement disponible.



-11- Appel à l'aide de collègues. Pendant ce temps, la victime n'est toujours pas prise en charge malgré l'urgence vitale (t=3min)



-12- Malgré la présence de trois agents autour de la victime, difficulté de coordination entre eux, hésitation sur la conduite à tenir



-13- Mise de la victime sur un plan dur par deux personnes



-14- Début du massage cardiaque (t=5min)



-15- Appel du SAMU retardé (t=6min)



-16- Pendant ce temps, un agent part chercher le DAE au Service Médical, en passant par l'extérieur (accompagné par Véronique, animatrice)



-17- Pose des électrodes et mise en route du DAE (t=8min)



-18- Poursuite du massage cardiaque et ventilation artificielle avec BAVU et Oxygène



-19- Tentative de prévenir l'accueil de l'arrivée possible d'une ambulance: pas de réponse malgré 30 sec d'attente



-20- Arrivée du véhicule du SAMU : ouverture à distance du portail sud (t=11min)



-21- Arrivée du médecin du SAMU auprès de la victime (t=12min)



-22- Appel de la famille de la victime



-23- Relais des participants à la ventilation...



-24- ...et au massage cardiaque



-25- Explications sur l'utilisation du saturomètre par le médecin du CREPS



-26- Essai d'un brancardage jusqu'au Service Médical, avec le médecin du CREPS



-27- Soulèvement de la victime à trois personnes



-28- Pose sur le brancard



-29- Brancardage par l'escalier extérieur



-30- Arrivée devant l'entrée du Service Médical



-31- Mais encombrement derrière la porte



-32- Désencombrement



-33- Attente dehors le temps que l'accès soit libéré



-34- Mise sur la table d'examen



-35- Mise en place du scope, puis débriefing.

Fin de l'atelier

3.1.3 Atelier 3 : Traumatisme crânien, plaie du cuir chevelu et crise comitiale

Le troisième scénario met en scène un accident sur le terrain de baseball au cours d'un entraînement. Le lieu a été choisi pour son éloignement des autres bâtiments, notamment du Service Médical. Trois membres du département formation (DEFA), dont deux entraîneurs sportifs, y ont participé. Le blessé a été joué par un sportif du Pôle France Baseball. La scène débute par la simulation d'un traumatisme crânien direct par coup de batte de baseball, à l'origine d'une plaie du cuir chevelu saignant abondamment. Après avoir soigné la plaie avec les moyens les plus proches, sur le trajet vers le Service Médical, le blessé perd connaissance, victime d'une crise comitiale.

Tableau 3 : déroulement de l'atelier 3 (Installations sportives)

 <p>-1- Survenue d'un accident sur le terrain de baseball (t=0)</p>	 <p>-2- L'entraîneur arrive immédiatement au chevet du blessé et constate la plaie qui saigne abondamment</p>	 <p>-3- Difficulté à trouver le numéro du Service Médical sur les téléphones portables (t=1min)</p>
 <p>-4- Compression de la plaie avec une écharpe, pour stopper le saignement</p>	 <p>-5- Appel du médecin du CREPS tout en maintenant la compression (t=2min)</p>	 <p>-6- Les témoins à proximité partent chercher le matériel de secours au Gymnase Lavergne</p>
 <p>-7- Pendant ce temps, surveillance de la victime</p>	 <p>-8- Arrivée du matériel (t=5min)</p>	 <p>-9- Utilisation de la trousse de secours pour réaliser le pansement</p>



-10- Puis on amène la victime au Service Médical, après accord du médecin (t=10min)



-11- Sur le trajet, perte de connaissance... (t=11min)



-12- ...suivie d'une crise comitiale



-13- Examen rapide de la victime



-14- Mise en PLS et appel du SAMU simultané (t=12min)



-15- Couverture de survie



-16- Pendant que quelqu'un appelle le SAMU, toujours surveiller la victime et lui parler



-17- Appel d'un responsable administratif pour l'informer de l'urgence (t=14min)



-18- Cours sur le fonctionnement de la bouteille d'oxygène avec Véronique, l'infirmière du CREPS



-19- Surveillance du pouls radial



-20- Arrivée du médecin du SAMU (difficulté à trouver le lieu exact) (t=20min)



-21- Examen de la victime

		
<p>-22- Cours sur le saturomètre</p>	<p>-23- Arrivée du responsable administratif sur le lieu de l'urgence (t=24min)</p>	<p>-24- Pose d'un collier cervical</p>
		
<p>-25- Pose d'un KED (atelle cervico-thoracique) en position allongée</p>	<p>-26- Mise sur le brancard avec technique du pont à 3 porteurs et une aide</p>	<p>-27- Victime conditionnée</p>
		<p>Fin de l'atelier</p>
<p>-28- Débriefing</p>	<p>-29- Présentation de la brochure d'aide à la prise en charge des urgences au CREPS</p>	

3.2 Résultats

La forte implication de chaque participant a rendu les ateliers très réalistes. La majorité des problèmes relevés en amont se sont traduits par des dysfonctionnements lors des simulations. D'autres ont été mis en exergue par ces dernières.

Voici les dysfonctionnements majeurs que nous avons pu mettre en évidence:

- L'absence d'affichage de la procédure d'urgence (consignes, numéros d'urgence, personnes à prévenir, horaires du Service Médical) à proximité des trois lieux

- étudiés. Source de confusion et de panique, ceci a considérablement retardé la prise en charge des victimes dans toutes les étapes de la chaîne de secours.
- L'absence de raccourcis vers les numéros d'urgence sur les téléphones fixes (accueil, administration) et portables du personnel s'est également révélée chronophage.
 - L'absence de réseau à certains endroits du site (accueil, amphithéâtre) rendant les téléphones portables inutilisables alors qu'il n'existe pas de téléphone fixe à proximité.
 - La difficulté à joindre rapidement l'accueil (absence de ligne spécialement dédiée à l'urgence).
 - L'absence de trousse de secours à proximité des installations sportives (le matériel utilisé lors de l'atelier 3 ayant été spécialement entreposé pour l'occasion).
 - Le manque de signalisation des DAE.
 - Le manque de signalisation de certains bâtiments et installations, rendant le repérage de la victime difficile.
 - Le dysfonctionnement de certains accès secours : barrières automatiques bloquées, piquets impossibles à soulever, encombrement des passages, raccourcis potentiellement utiles mais inaccessibles.
 - L'absence de « référent administratif » en journée entraînant une difficulté de coordination des actions.

Certains points doivent, selon nous, faire l'objet d'entraînements réguliers :

- La description d'une situation d'urgence par téléphone et l'apprentissage des « éléments-clés » à mentionner au médecin lors de l'alerte téléphonique ; notamment : nature de l'accident, lieu précis, description de l'état de la victime. Dans l'urgence, les difficultés à s'exprimer sont d'autant plus marquées pour le personnel dont le français n'est pas la langue maternelle.
- L'appel pour prévenir la famille des victimes s'est révélé être source de panique lorsqu'il n'a pas été anticipé. La meilleure solution semble qu'il soit réalisé par le responsable administratif, renseigné au préalable sur la situation afin de pouvoir répondre sereinement aux questions et rassurer l'interlocuteur.

Enfin, même si son évaluation n'était pas l'objet de ces ateliers, il est certain que la formation du personnel aux premiers secours et à l'utilisation des DAE mérite d'être améliorée. En portant un regard neuf sur eux-mêmes, certains participants ont pu en prendre conscience.

Par ailleurs, le déroulement des ateliers confirme la pertinence des trois grands axes d'améliorations proposés:

- Le « trinôme » (cf. paragraphe 2.2.1) : référents « de proximité », « administratif » et « médical ».
- La présence de matériel dans les trois « Points Urgence » s'avère utile et adaptée à la superficie de l'établissement.
- La « brochure d'urgence » (cf. paragraphe 2.2.4.2) a bénéficié d'un accueil favorable de la part du personnel.

IV. Discussion

Notre étude est la première, à notre connaissance, à s'intéresser à l'amélioration de la gestion des urgences médicales au sein d'un établissement public tel que le CREPS.

Ce travail a mis en évidence d'une part un manque de moyens matériels (téléphones, panneaux d'affichage, matériel de secours...) facilement remédiable, mais surtout un manque d'organisation et de coordination semblant constituer la problématique majeure. Pourtant, même si cela reste implicite dans les textes de loi, une organisation rigoureuse et l'implication de l'ensemble du personnel à différents niveaux sont fortement recommandées pour assurer la sécurité des personnes et la prise en charge des accidentés, notamment lorsqu'il s'agit d'urgences vitales. C'est au chef d'établissement de s'assurer de l'absence de « perte de chance » à tous les niveaux de la chaîne de secours : il doit pour cela s'entourer d'experts en fonction des différents besoins rencontrés (médecins, sapeurs-pompiers, experts en signalétique, en communication...).

Dans ce domaine, il convient également de noter la tendance actuelle à la multiplication des actions judiciaires et des sanctions pénales à l'égard des dirigeants, qui incite à rester vigilant, notamment en vérifiant et en réactualisant régulièrement la procédure.

Il faut cependant souligner le cadre législatif particulièrement dense, incluant de nombreux textes règlementaires, souvent peu précis et concernant davantage les risques d'incendie ou liés aux travaux dangereux. Un document unique de référence synthétisant la réglementation et l'organisation minimale à respecter en cas d'urgence médicale, comme il en existe dans les piscines (Plan d'Organisation de la Surveillance et des Secours (POSS) [32]) ou encore dans les établissements publics d'enseignement [33], serait d'une utilité certaine pour les CREPS dont la fréquentation expose l'ensemble du personnel à la gestion d'accidents, blessures et urgences diverses.

Une des forces de notre analyse réside dans sa méthodologie exhaustive. Dans l'état des lieux, nous avons étudié les différentes facettes de cette problématique complexe, en nous intéressant non seulement à l'aspect matériel et technique, mais également au cadre géographique que nous avons visité plusieurs fois, et aux acteurs (personnel, médecin de prévention, responsables administratifs) que nous avons rencontrés et interrogés. L'accueil favorable et le soutien de l'administration ont d'ailleurs été essentiels au bon déroulement de ce travail. La validation de celui-ci par le CHSCT et par

le médecin du travail rattaché au CREPS de Toulouse MP a permis de renforcer sa légitimité. La spécificité des propositions réalisées et leur approbation par la direction et une grande partie du personnel devraient permettre une application directe et rapide de celles-ci à l'établissement. Enfin, les ateliers de simulation ont permis une mise en pratique réaliste et originale de notre analyse, s'adressant à tous les intervenants potentiels.

Notre travail comporte plusieurs limites :

La volonté d'aborder tous les aspects de cette problématique ne nous a pas permis d'approfondir certains sujets, faute de temps. L'aspect légal, par exemple, aurait mérité une analyse par un juriste spécialisé en droit de la santé. Dans l'état des lieux, nous aurions pu également recueillir l'avis des usagers (sportifs, public accueilli...) afin de mieux en appréhender les besoins. Malgré leur attitude bienveillante, nous avons regretté une certaine passivité et une implication limitée des responsables administratifs, pourtant impliqués en première ligne.

Nous avons constaté que plus de la moitié du personnel devrait bénéficier d'une remise à jour de sa formation aux premiers secours. Cependant, le faible taux de réponse au questionnaire (67%) a pu introduire un biais de sélection: il est possible que les non répondants, non pris en compte dans l'étude, ne se soient pas sentis concernés car ils maîtrisent parfaitement la chaîne de secours. De plus, le fait d'interroger le personnel sur leur « sentiment d'être capable » a pu les inciter à se sous-estimer par rapport à leurs aptitudes réelles.

Les trois ateliers de simulation n'ont pas pu appréhender toutes les situations, notamment la survenue d'une urgence la nuit ou un week-end, source d'anxiété pour le personnel « de garde ». Tous les personnels n'ont pas été impliqués, notamment les agents techniques ou ceux travaillant aux espaces verts, pourtant relativement exposés aux accidents. Il aurait également été intéressant de pouvoir réaliser de nouveaux ateliers de simulation après la mise en place des améliorations préconisées afin d'obtenir une comparaison avec la situation actuelle. Cela pourrait faire l'objet d'une étude ultérieure.

Enfin, certaines des améliorations proposées représenteraient un coût non négligeable pour l'établissement, que nous n'avons pas évalué précisément (achat de matériel de secours, aménagement de locaux, téléphones fixes, panneaux...). Cependant, devant le bénéfice apporté à la sécurité des usagers, il ne devrait pas constituer un frein à leur mise

en place. Une réflexion doit donc être engagée avec les collectivités publiques participant au budget de l'établissement.

Les perspectives de notre travail sont multiples :

A l'échelle de l'établissement, l'application des préconisations devrait améliorer de manière pérenne la qualité de la prise en charge des blessés et victimes d'urgences, sous réserve d'une adaptation constante aux modifications de fonctionnement de l'établissement. Ce travail a également été l'occasion de sensibiliser le personnel et les responsables de départements à la nécessité pour chacun de connaître les gestes de premiers secours.

A l'échelle nationale, même si les configurations et les fonctionnements des établissements diffèrent, ce travail pourra servir de guide à l'amélioration de la prise en charge des urgences dans les seize autres CREPS ou dans d'autres structures qui s'en rapprochent (centres de loisirs, colonies de vacances...).

Au sein d'un cabinet libéral, d'une maison de santé ou d'une structure de soins comme un EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), certaines des propositions réalisées (équipement matériel, modèle de protocole, brochure d'urgences ou « check-list » du coordinateur d'urgence), après adaptation au fonctionnement de la structure, pourraient avoir une application pratique dans la mise en place mais aussi l'évaluation et le suivi de la procédure d'urgence.

En tant que médecin généraliste, j'ai pu appréhender cette problématique collective en la transposant à une démarche individuelle, celle de la prise en charge globale du patient, qui impose souvent la prise en compte de nombreux facteurs intriqués. De l'aspect théorique jusqu'à sa mise en pratique, ce travail aura permis de prendre conscience de la nécessité de respecter les obligations réglementaires, mais également de les dépasser en gardant l'objectif d'être pragmatique et ancré dans la réalité du terrain.

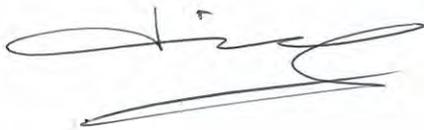
CONCLUSION

Notre travail montre la complexité de l'organisation nécessaire à la prise en charge optimale des urgences au sein du CREPS de Toulouse Midi-Pyrénées. Cette complexité peut s'apparenter à celle de la gestion des urgences en cabinet de médecine générale, en maison de santé, ou dans toute structure de soins partiellement médicalisée, auxquels les résultats de cette étude sont extrapolables. Au décours d'une analyse descriptive exhaustive et d'ateliers de simulation « sur le terrain », nous avons mis en évidence une configuration géographique complexe, des moyens matériels inadaptés, des lacunes dans la formation aux premiers secours du personnel et un manque de communication global, pour lesquels nous avons proposé des solutions pratiques et directement applicables.

L'enjeu majeur est la coordination de tous les intervenants et la pérennisation des solutions apportées, qui ne pourront se faire qu'au prix d'un effort commun de tout le personnel impliqué.

Toulouse, le 12.05.2015

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



Toulouse 12/05/15

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC

BIBLIOGRAPHIE

[1] Gouyon M. Les urgences en médecine générale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Série statistiques, n° 94. Avril 2006. Disponible sur : <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13662/1/seriestat94.pdf>

[2] Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

[3] Garry F. Les accidents de sport chez les jeunes de 10 à 24 ans. Paris : Cnamts, 1999, Point Stat. n° 14. ISSN : 1241-5545.

[4] Code de Déontologie médicale – Article 9

[5] Code de la Santé Publique - Article R6311-6

[6] Code de la Santé Publique - Article R6311-8

[7] Code de la Santé Publique - Article L6311-1

[8] LARCAN A, JULIEN H. Académie nationale de médecine. Le secourisme en France: Panorama et perspectives. 2011.

[9] Premiers secours : pour une Europe plus sûre. Etat des lieux et recommandations. Publication conjointe de la FICR et du Centre européen de référence pour l'éducation aux premiers secours. Croix Rouge Française, Département santé et assistance aux personnes. Septembre 2009.

[10] Code du Travail - Article R4224-15

[11] Quelles sont les obligations de l'employeur en matière de secourisme au travail ? Site Officiel de l'administration Française. Disponible sur : <http://vosdroits.service-public.fr/professionnels-entreprises/F31261.xhtml>

[12] Code de la Construction et de l'habitation - Article R123-2

[13] Code de la Construction et de l'habitation - Article R123-7

[14] Code du Travail - Article R4224-14

[15] Code du Sport – Article R322-4

[16] Code de la Santé Publique - Article R6311-15

[17] Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales. Arrêté du 26 juin 2008 portant diverses dispositions relatives à la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.

- [18] Décret n° 2011-630 du 3 juin 2011 relatif aux centres de ressources, d'expertise et de performance sportives. Article 1. Paragraphe 2. Art. D. 211-79.
- [19] Code de la Construction et de l'habitation - Article R123-16
- [20] Code Général des Collectivités Territoriales - Article L2212-1
- [21] Code Général des Collectivités Territoriales - Article L2212-2
- [22] Code Général des Collectivités Territoriales – Article R2214-1
- [23] Code Général des Collectivités Territoriales - Article L2216-1
- [24] Code Général des Collectivités Territoriales - Article R123-27
- [25] Code de la Construction et de l'Habitation - Article R123-14
- [26] Code du Travail - Article R4224-23
- [27] Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 16 août 2010 fixant les modalités de signalisation des défibrillateurs cardiaques automatisés externes dans les lieux publics.
- [28] CARLI P., TELION C. La ventilation : comment et quand ? Réanimation de l'arrêt cardiaque en 2014. Congrès Urgences SFMU. Juin 2014. Disponible sur : <http://www.sfm.org/Urgences/urgences2014/donnees/pdf/048.pdf>
- [29] Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 25 septembre 2009 modifiant les dispositions réglementaires du code du sport (Arrêtés)
- [30] Recommandations pour l'organisation de programmes de défibrillation automatisée externe par le public - Conférence d'Experts. Conseil Français de Réanimation Cardio-Pulmonaire (CFRC). 2008. Pr P Carli Disponible sur : http://www.cfr.fr/documents/recommandations_defibrillation_cfr_2008.pdf?PHPSESSID=15aeeaad4fb73cf382e57c031969255b
- [31] Code du Travail - Article R4224-16
- [32] Code du Sport - Articles A322-12 à A322-17
- [33] Protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les Etablissements Publics Locaux d'enseignement (EPL) - Bulletin officiel de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie – N°1, Hors-série, 6 janvier 2000

Annexe 1 : Questionnaire d'évaluation des besoins en formation aux premiers secours pour le personnel et les intervenants du CREPS de Toulouse MP

Ce questionnaire a été élaboré par le Service Médical pour **évaluer les besoins d'information et de formation aux premiers secours** pour le personnel et les intervenants du CREPS de Toulouse Midi-Pyrénées. Vos réponses sont importantes et seront une base pour nous permettre d'améliorer la prise en charge des urgences médicales dans l'établissement, pour la sécurité de tous. Ce questionnaire ne sera utilisé que dans ce but et est **strictement anonyme**. Merci de prendre le temps de le remplir (environ 3 minutes).

1) Quelle est votre tranche d'âge :

- Moins de 25 ans
- Entre 25 et 35 ans
- Entre 35 et 45 ans
- Plus de 45 ans

2) Votre champ d'intervention au sein du CREPS :

- Accueil
- Département du Sport de Haut Niveau
- Administration
- Formation
- Entraînement sportif
- Autre :

3) Vous intervenez au CREPS :

- Quotidiennement (tous les jours)
- Régulièrement (ex : toutes les semaines, tous les mois, tous les 2 mois...)
- Occasionnellement (de temps en temps, sans fréquence précise)

4) Avez-vous bénéficié d'une ou plusieurs des formations ou initiation aux premiers secours suivantes ? Si oui, la (ou les)quelle(s) ? **(cochez la (ou les) case(s) correspondante(s))**

Oui

- « Initiation aux gestes de premiers secours » lors de la Journée défense et citoyenneté
- « Alerter-Masser-Définir » (AMD)
- « Apprendre à Porter Secours » (école primaire, initié en 1997)
- Brevet National de Secourisme (BNS) (en vigueur de 1978 à 1991)
- Attestation de Formation aux Premiers Secours (AFPS) (en vigueur de 1991 à 2007)
- Prévention et secours civiques de niveau 1 (PSC1) (à partir de 2007)
- Formation de Sauveteur-Secouriste au Travail (SST)
- Formation aux gestes et soins d'urgence (FGSU) (depuis 2006, à destination des personnels des établissements sanitaires et médicaux-sociaux)
- Premiers secours en équipe de niveau 1 (PSE1) (ou AFCPSAM (avant 2007))
- Premiers secours en équipe de niveau 2 (PSE2) (ou CFAPSE (avant 2007))
- Autre (formation, initiation, diplôme universitaire) :
.....

Non, aucune

- 5) Si oui, à quand votre dernière formation (ou recyclage) aux premiers secours remonte-t-elle ?
- Il y a moins de 1 an
 - Entre 1 et 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Il y a plus de 10 ans

- 6) Avez-vous déjà appris à utiliser un défibrillateur automatique externe ?
- Oui Non

- 7) Sauriez-vous en utiliser un si nécessaire ?
- Oui Non Je ne sais pas

- 8) Si vous étiez témoin d'une urgence médicale survenant **au CREPS**, vous sentiriez-vous à l'aise pour intervenir dans chacune de ces étapes précédant l'arrivée des secours ?

	Oui, tout à fait	Je ne sais pas	Non, pas du tout
Mise en sécurité de la victime			
Alerter			
Donner les premiers secours			

- 9) Dans cette situation, qu'est-ce qui pourrait, selon vous, vous empêcher d'agir? **(plusieurs réponses possibles)**

- Je n'ai pas reçu de formation pour les premiers secours
- J'ai reçu une formation théorique mais je manque de pratique
- J'ai reçu une formation théorique et pratique, mais j'ai peur de mal faire ou de ne pas savoir faire
- Je me sens capable d'agir, mais je ne suis pas assez informé sur les moyens disponibles au CREPS

- 10) Seriez-vous intéressé(e) pour participer à des ateliers pratiques de sensibilisation sur le thème des premiers secours ?

- Oui Non Je ne sais pas

Merci de votre participation !

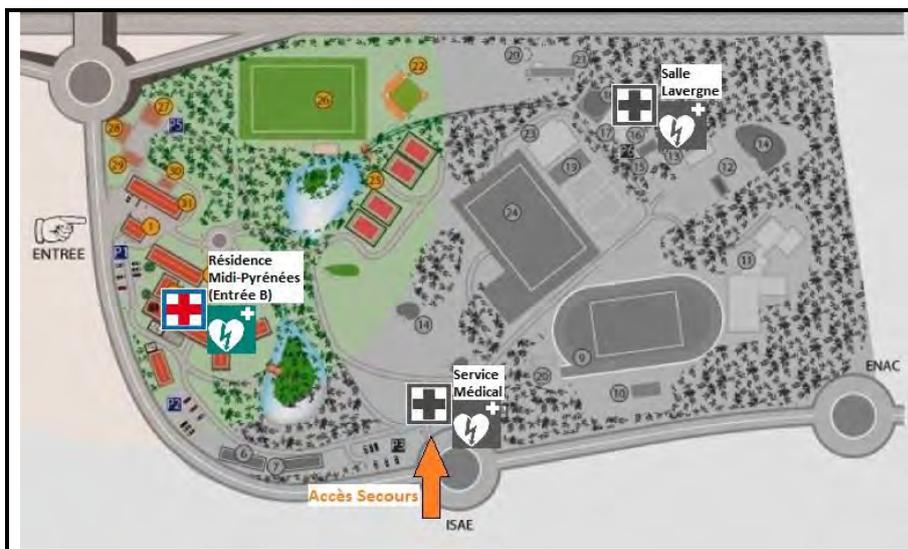
ANNEXE 3 : Contenu des trousse de secours distribuées aux responsables de départements du CREPS de Toulouse MP en 2009

Produits	Quantité par trousse
ARNICA (tube)	1
BOMBE DE FROID	1
CISEAUX	1
COLD PACK®	1
COMPRESSES HEMOSTATIQUES (boîte)	1
COMPRESSES NON STERILES (boîte)	1
COMPRESSES STERILES (boîte)	1
COUVERTURE DE SURVIE	1
ELASTOPLASTE® (bande 3 cm)	1
ELASTOPLASTE® (bande 6cm)	3
FLECTOR TISSUGEL® (boîte)	1
GANTS NON STERILES (paire)	2
H.E.C.® (tube)	1
VOLTARENE Gel®	1
HEXOMEDINE® (spray)	1
PANSEMENTS (boîte)	1
SPARADRAP (rouleau)	1
SRILANE® (tube)	1
STERI-STRIP® (boîte)	1
SUCRES RAPIDES	
TENSOPLUS® (bande 10cm)	2
TENSOPLUS® (bande 8cm)	2

ANNEXE 4 : Nouvelle organisation géographique du CREPS de Toulouse MP

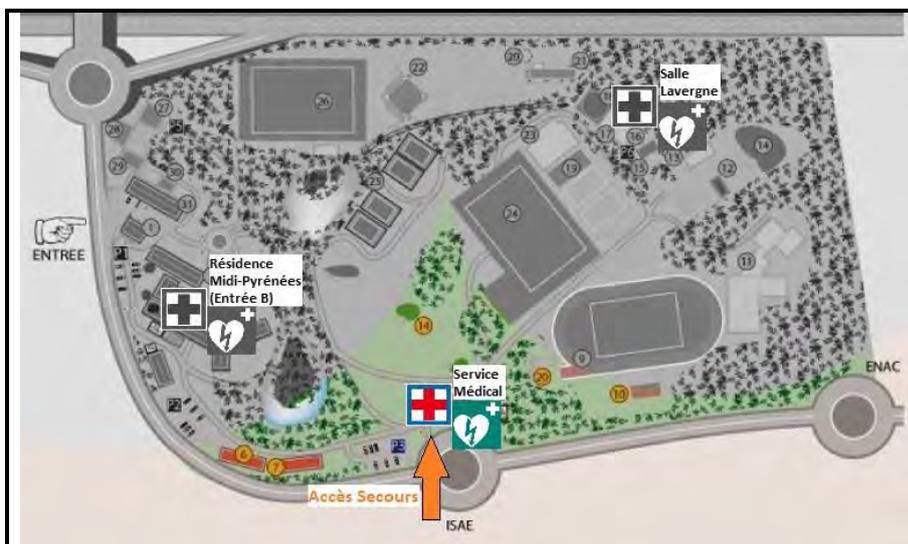
 Point Urgence

 DAE



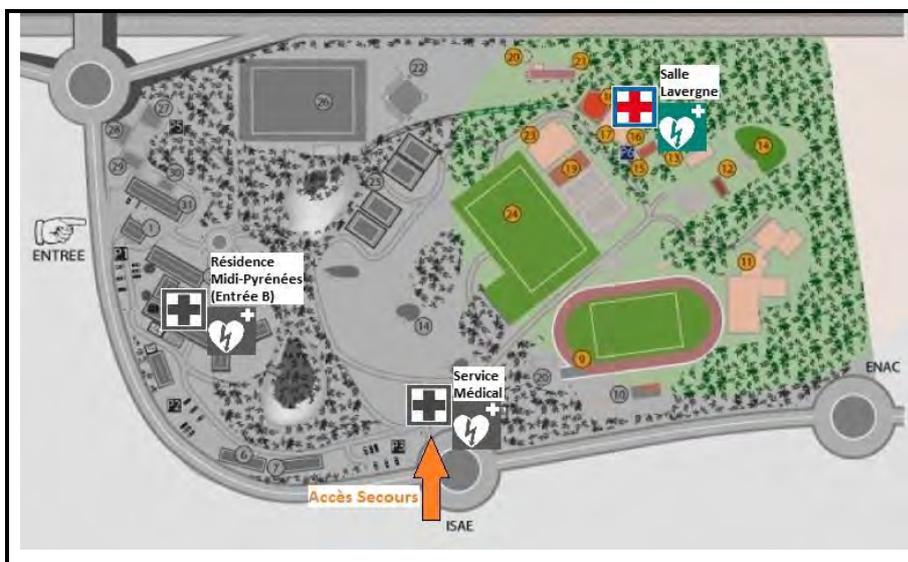
Secteur 1 (Hébergement/accueil) Point Urgence : Résidence Midi-Pyrénées (entrée B)

Accueil, Résidence Hébert, Cafétéria, Foyer, Résidence Midi-Pyrénées, Espace de Restauration, Amphithéâtre, Salles Gachassin, Salles Jany et Fabre, Salles Saint-Exupéry, Résidence St-Exupéry, Terrain Nord, Terrain de Base-Ball, Tennis, Parkings P1, P2, P4, P5.



Secteur 2 (Château) Point Urgence : Service Médical

Château, Service Médical, Parking P3, Ateliers Fernand Ruffié, Salle de Tir Cazaux, Terrain de Golf Centre, Aires de sauts et lancer Sud.



Secteur 3 (Installations sportives) Point Urgence : Salle Lavergne

Piste d'Athlétisme, Terrains sud et Centre, Terrain et bulle de Beach-Volley, Gymnase Parquet, Salle de musculation, Halle des Sports, Salles renoncules, Terrain et salle de Golf Est, Cage de frappe de base-ball, Aire de lancer Nord, Salle Multisports René Lavergne, Atelier Espaces Verts.

ANNEXE 5 : Modèles et dispositions graphiques de signalisation des défibrillateurs cardiaques automatisés externes dans les lieux publics

(source : Annexes 1 et 2 de l'Arrêté du 16 août 2010)

Modèle 1



Modèle 2



Modèle 4



Modèle 3



DISPOSITIONS GRAPHIQUES

Ces modèles doivent être imprimés en l'état, ils ne doivent ni ne peuvent en aucun cas être modifiés. Ils sont libres d'impression sur n'importe quel support papier, plastique, autocollant, etc. Ils peuvent être imprimés sans limites d'agrandissement homothétique :

- pour le modèle 1, au format minimum de 10 × 15 cm ;
- pour le modèle 2, au format minimum de 30 × 10 cm ;
- pour le modèle 3, au format minimum de 10 × 30 cm ;
- pour le modèle 4, au format minimum de 15 × 10 cm.

En aucun cas les couleurs et typographies ne peuvent différer des références suivantes :

Couleur : Vert : références quadrichromie : C : 100 ; M : 0 ; J : 56 ; C : 18.
Typographie : Helvetica Neue.

ANNEXE 6: Proposition d'équipement en matériel de secours du CREPS de Toulouse Midi-Pyrénées

Toutes les trousse de secourisme comprennent :

- Pansements américains
- Ciseaux, pince à épiler
- Sparadrap Rouleau
- Bande adhésive extensible non tissée (HYPAFIX®)
- Antiseptique en spray (Chlorhexidine)
- Bandes cohésives de contention 8cm, 10cm
- Bandes adhésives élastiques 3 et 6cm (strapping)
- Bombe de froid
- Pack de froid instantané
- Pommade HEC®
- Compresse hémostatiques
- Stylo injecteur d'adrénaline
- ASPIVENIN®
- Saturomètre
- Compresse stériles 10x10
- Bandes extensible Nylon 5cm et 10cm
- Pansements 1 boîte
- Bandelettes STERISTRIP®
- Eau oxygénée
- Gants stériles et non stériles
- Sérum physiologique dosettes 10mL
- Couverture de survie
- Sucres rapides
- Sac en plastique
- Vaseline stérile
- Arnica pommade
- Canule de Guédel

Localisation des trousse de secourisme (8 trousse au total) : Chacun des trois « Points Urgence », salle d'arts martiaux, vestiaires du terrain Nord, accueil, atelier services techniques, atelier espaces verts.

Point Urgence Secteur 1 (Midi-Pyrénées) :

Transport et protection:	Quantité
Brancard pliable	1
Fauteuil Roulant	1
Secourisme :	
Une trousse de secourisme	
Pince de Magill (fausses routes)	1
Echarpe de maintien coude au corps (épaule)	1
Collier cervical rigide (C4)	1
Réanimation :	
Bouteille d'oxygène avec manodétendeur	1
Tubulure nasale pour inhalation d'oxygène	2
Masque pour inhalation d'oxygène à haut débit adulte	2
Masque pour inhalation d'oxygène à haut débit enfant	2
Insufflateur manuel à réserve d'O2 (BAVU)	1
Masque BAVU adulte	1
Masque BAVU enfant	1
Défibrillateur semi-automatique (au mur, accès libre) + électrodes de rechange	1

Point Urgence secteur 2 (Château) :

Transport et protection:	Quantité
Brancard pliable	1
Fauteuil roulant	1
Cannes anglaises	2
Secourisme :	
Une trousse de secourisme	
Pince de Magill (fausses routes)	1
Echarpe de maintien coude au corps (épaule)	1
Colliers cervicaux souples (C1) et semi-rigides (type C2) (plusieurs tailles)	2
Colliers cervicaux rigides (type C4)	2
Attelles de membres (sup. et inf.):	
○ Attelle de genou type Zimmer AT4	2
○ Orthèse stabilisatrice de cheville	2
○ Gilet d'immobilisation scapulo-humérale (coude au corps)	2
○ Orthèse d'immobilisation poignet-pouce	2
○ Attelles de doigt type « grenouille »	2
KED (Attelle cervico-thoracique) ou matelas coquille + drap propre	1
Réanimation :	
Aspirateur de mucosités mécanique	1
Bouteille d'oxygène avec manodétendeur	1
Tubulure nasale pour inhalation d'oxygène	2
Masque pour inhalation d'oxygène à haut débit adulte	2
Masque pour inhalation d'oxygène à haut débit enfant	2
Insufflateur manuel à réserve d'O2 (BAVU)	1
Masque BAVU adulte	1
Masque BAVU enfant	1
Défibrillateur semi-automatique (portable) + électrodes de rechange	1
Canules de Guédel (rouge, orange, verte)	3

Matériel médical spécialisé :

Diagnostic :

- | | |
|---------------|----------------------------------|
| - Stéthoscope | - Débitmètre de pointe |
| - Tensiomètre | - Electrocardiogramme |
| - Saturomètre | - Otoscope + Abaisse-langue |
| - Thermomètre | - Lecteur de glycémie capillaire |

Pharmacie d'urgence :

	Indication	Voie	Quantité
Cardiologie :			
Adrénaline 1 mg/mL	ACR, Choc anaphylactique	IV	1 bte
Aspirine 500 mg	IDM	PO	1 bte
Trinitrine Spray 0,3 mg	Dlr Thoracique	Sublingual	1

Furosémide 20mg/2mL	OAP	IM ou IVL	1 bte
Nicardipine 20 mg	Poussée d'HTA	PO	1 bte
Atropine 0,5mg/mL	Malaise vagal	SC	1 bte
Analgésie:			
Paracétamol 500mg et 1g (Lyoc)	Palier 1	PO	4 btes
Paracétamol Codéiné 500/30	Palier 2	PO	4 btes
Phloroglucinol 80mg (Lyoc)	Antispasmodique	PO	2 btes
Morphine 10 mg/mL	Palier 3	IV ou SC	1 bte
Paracétamol 1 gr (10mg/mL)	Palier 1	IV	1 poche
Kétoprofène 100 mg/2mL	AINS	IM	2 btes
Kétoprofène LP 100mg	AINS	PO	2 btes
Digestif :			
VOGALENE® Lyoc 7,5mg	Nausées/vomissements	PO	1 bte
Lopéramide 2 mg Lyoc	Diarrhée	PO	1 bte
VOGALENE® 10mg/mL	Nausées/vomissements	IM	1 bte
Psychiatrie :			
TRANXENE® 5mg et 20mg	Anxiolytique	PO	1/1 bte
TRANXENE® 20mg/2mL	Crise d'angoisse, agitation	IM ou IVL	1 bte
Neurologie :			
Diazépam 10mg/2mL + Canule intrarectale	Etat de mal épileptique, crise convulsive enfant	IM, IVL ou IR	1 bte
Pneumologie :			
Salbutamol 5mg ou Terbutaline 5mg	Asthme aigu grave	Nébu	1 bte
Ipratropium 0,5mg	Asthme aigu grave	Nébu	1 bte
Salbutamol 100µg + chambre d'inhalation	Asthme	Inhalation	1 bte
Méthylprednisolone 40 mg/2mL	Allergie sévère, choc	IM ou IVL	2 btes
Méthylprednisolone 120 mg/2mL	Allergie sévère, choc	IM ou IVL	1 bte
Prednisolone Orodisp. 20mg	Allergie	Per Os	1 bte
Endocrinologie :			
Glucose 30% 20mL	Hypoglycémie sévère	IVL	1 bte
Allergies :			
Adrénaline stylo injecteur 0,30mg	Choc anaphylactique	IM	1
Cétirizine 10mg/ Ébastine Lyoc	Antihistaminique	PO	1/1bte
Solutés :			
Hydroxyéthylamidon (500mL)	Choc hypovolémique	IV	2
NaCl 0,9 % poche 250mL	Soluté réhydratation	IV	2
G5 % : poche de 250mL	Soluté réhydratation	IV	2
NaCl 0,9 % ampoules 10mL	Soluté pour dilution	IV	1 bte
Traumatologie :			
XYLOCAÏNE® 1%	Anesthésie locale, sutures	SC	3
SRILANE® (crème)	Entorses, contusions		1
Arnica (crème)	Ecchymoses		1
Diclofénac 1% Gel	Tendinites		1 bte
ORL/Ophtalmologie :			
Otipax® (phénazone + lidocaïne)	Otite MA douloureuse		1 bte
Pommade HEC® nasale	Epistaxis peu sévère		1
Compresse/mèches hémostatiques	Epistaxis		1 bte

Oxybuprocaine 0,4% (collyre antalgique)	Contusion oculaire, corps étranger		1 bte
NaCl 0,9% dosettes 5mL	Lavage/irrigation oculaire		1 bte
Antibiotique :			
Ceftriaxone 1g/10mL	Purpura fulminans	IVD,SC, IM	1
Fosfomycine trométamol (sachet)	Cystite		3
Sertaconazole (ovule)	Mycose vaginale		3

Perfusion :

- Cathéters 16G/18G/20G.
- Tubulures avec robinets 3 voies.
- Pansement occlusif stérile transparent
- Garrot

Injection :

- Seringues 1cc/5cc/10cc
- Trocarts
- Aiguilles IV, IM (orange, verte, bleue)
- Collecteur d'aiguilles

Matériel de suture : Porte aiguille, pince + Fil non résorbable 2/0 et 4/0, Agrafeuse

Point Urgence Secteur 3 (Installations sportives)

Transport et protection:	Quantité
Brancard pliable	1
Fauteuil roulant	1
Cannes anglaises	2
Secourisme :	
Une trousse de secourisme	
Echarpe de maintien coude au corps (épaule)	1
Colliers cervicaux rigides (type C4)	2
Colliers cervicaux semi-rigides (type C2).	2
Attelles de membres (sup. et inf.):	
○ Attelle de genou type Zimmer AT4	1
○ Orthèse stabilisatrice de cheville	1
○ Gilet d'immobilisation scapulo-humérale (coude au corps)	1
○ Orthèse d'immobilisation poignet-pouce	2
○ Attelles de doigt type « grenouille »	2
KED (Attelle cervico-thoracique)	1
Réanimation :	
Bouteille d'oxygène avec manodétendeur	1
Tubulure nasale pour inhalation d'oxygène	2
Masque pour inhalation d'oxygène à haut débit adulte	2
Masque pour inhalation d'oxygène à haut débit enfant	2
Insufflateur manuel à réserve d'O2 (BAVU)	1
Masque BAVU adulte	1
Masque BAVU enfant	1
Défibrillateur semi-automatique (au mur, en accès libre) + électrodes de rechange	1

ANNEXE 7 : Modes de formation et de pratique du secourisme existants en France (tableau synthétique)

(source : LARCAN A, JULIEN H. Académie nationale de médecine. Le secourisme en France: Panorama et perspectives. 2011)

Nom usuel	Dénomination Complète		Durée indicative	Ministère	Recyclage Obligatoire
A.P.S	Apprendre à Porter Secours	CITOYEN		Ed Nationale	Non
A.M.D	Alerter Masser Défibriller		1h	Santé	Non
I.G.P.S	Initiation aux Gestes de Premiers Secours		1h 1/4	Défense	Non
P.S.C.1	Prévention et Secours Civiques de niveau 1		12h	Intérieur - Santé	Non
S.S.T	Sauveteurs Secouristes du Travail	PROFESSIONNEL	12h	Travail	Tous les 2 ans 6h-7h
I.S.P.I	Intervention Socio-Psychologique Immédiate		6h	Travail	Non
A.F.G.S.U	Formation aux Gestes et Soins d'Urgence niveau 1		12h	Santé	Tous les 4 ans
A.F.G.S.U	Formation aux Gestes et Soins d'Urgence niveau 2		9h+3 à 7h	Santé	Tous les 4 ans
P.S.E.1	Premiers Secours en Equipe n 1		15h	Int - Santé	Tous les ans 6h à 8h
P.S.E.2	Premiers Secours en Equipe n 2		45h	Int - Santé	Tous les ans 6h à 8h

ANNEXE 8 : Modèle de Protocole d'urgences du CREPS de Toulouse Midi-Pyrénées (non exhaustif)

N°1 - Année 2015

Approuvé par délibération du (date) par le Conseil d'administration du CREPS de Toulouse Midi-Pyrénées, le CHSCT, et le médecin responsable du pôle santé (à compléter si besoin).

Préambule : Ce document a pour but d'une part de décrire le matériel d'urgence disponible au sein de l'établissement et d'autre part de préciser les procédures d'alerte et les mesures d'urgence. Il doit être affiché à l'entrée de chaque bâtiment.

I. Plan de l'établissement, des installations sportives et organisation du site

Description de l'établissement

Plan et description précise des 3 secteurs, localisation des 3 « Points Urgence »

II. Fonctionnement de l'établissement et ouverture des accès secours

Horaires d'ouverture de l'établissement

Fonctionnement de l'astreinte administrative

Ouverture des accès secours

III. Le Service Médical

Horaires d'ouverture du Service Médical

Fonctionnement en cas d'urgence

IV. Matériel de secours disponible

Type et localisation du matériel de secours (description précise en annexe éventuellement)

Code d'accès aux « Points Urgence »

Personnes responsables et périodicité des inventaires du matériel de secours

V. Téléphones fixes d'urgence

Nombre et localisation des téléphones fixes d'urgence

VI. Numéros utiles en cas d'urgence

Numéros d'urgence internes (Service Médical, référent administratif, accueil)

Numéros d'urgence externes (SAMU, Sapeurs-pompiers de l'ISAE, médecin de garde (3966), urgences de l'hôpital Rangueil)

VII. Personnel titulaire d'un diplôme de premiers secours

Nom, département et numéro de téléphone (1 ou 2 personnes par département)

VIII. Procédure d'urgence

Notion de « trinôme »

Description détaillée de la procédure à suivre :

1) *En cas d'urgence vitale*

2) *En cas d'urgence non vitale*

ANNEXE 9 : Brochure d'urgences (version destinée à l'affichage)

INFORMATIONS PRATIQUES

En cas d'urgence au CREPS

Vous êtes :
Téléphone d'urgence le plus proche :
Point urgence le plus proche :

SAMU : 15

Service médical du CREPS: 05.62.17.90.24 (aux heures d'ouverture)
 Médecin de garde (en semaine après 20h, WE et jours fériés) : 3966
 Référent administratif d'astreinte: 06.83.07.37.54
 Urgences Hôpital de Rangueil : 05.61.62.38.05

LES 3 POINTS URGENCES

Salle multisports René Lavergne (Entrée)
 Entrée B de la Résidence Midi-Pyrénées (Hall)
 Service médical (Château Rez de Jardin)



1. Observer pour évaluer la gravité

CONSCIENCE

La victime ouvre-t-elle les yeux ?
 Répond-elle aux questions et stimulations ?

ET

RESPIRATION

La victime respire-t-elle sans difficulté ?

2. Alerter les secours

URGENCE VITALE

= La victime :
 ne **REPOND PAS**
 ET/OU ne **RESPIRE PAS**
 OU **SAIGNE ABONDAMMENT**

OU

URGENCE NON VITALE

Composer le **3966** pour joindre un **médecin de garde** (soir, week-end et jours fériés)
 Ou
 Le **05.62.17.90.24** pour joindre le **service médical** (en semaine aux heures d'ouverture)



Composer le **15**
Immédiatement

Transmettre:

- La **nature** de l'accident
- Le **lieu précis**
- Le **nombre** de victimes
- La **description** de l'état du/des blessé(s)

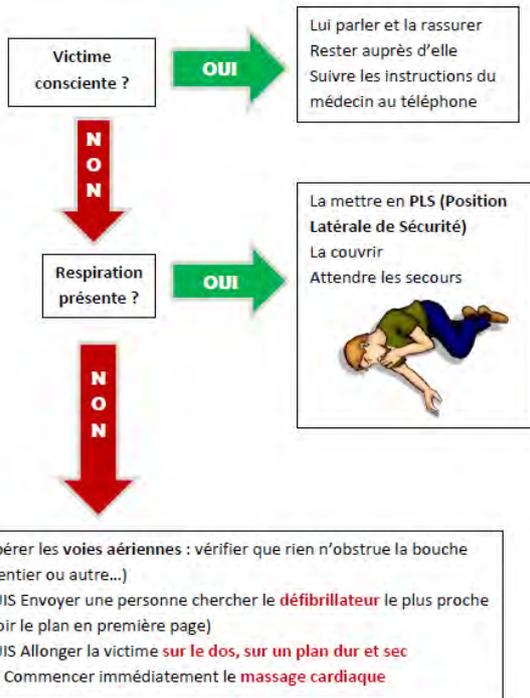
Avant de raccrocher, attendre d'éventuelles instructions.



Dans les deux cas : prévenir ou faire prévenir le **référent administratif d'astreinte** au 06.83.07.37.54 pour l'informer, faire ouvrir les portails d'accès au CREPS et guider les secours.

3. Secourir

Ne pas rester seul = 3 acteurs :
 Accompagnateur de la victime
 Médecin ou référent médical
 Référent Administratif du CREPS



4. Massage cardiaque et Utilisation du défibrillateur

Massage cardiaque

- 1 Réaliser 30 compressions au milieu du thorax (rythme : environ 100/minute)
- 2 Puis 2 insufflations (bouche à bouche)
- 3 Alternier 30 compressions / 2 insufflations
- 4 Placez le défibrillateur dès que possible



NE JAMAIS INTERROMPRE LE MASSAGE CARDIAQUE AVANT L'ARRIVÉE DES SECOURS



Comment utiliser le défibrillateur ?

<p>1 Ouvrir l'appareil et le mettre en marche</p>	<p>2 Collez les électrodes sur la poitrine de la victime selon le schéma</p>
<p>3 Laissez-vous guider par les consignes vocales</p>	<p>4 Continuez le massage cardiaque en l'absence de signe de vie</p>

ANNEXE 10 : Exemple de « check-list » du coordonnateur d'urgence

- Astreinte administrative
 - ✓ Gestion des plannings
 - ✓ Affichage et distribution du tableau d'astreinte
 - ✓ Téléphone d'astreinte

- Trousses de secours + matériel + DAE
 - ✓ Commandes
 - ✓ Répartition du matériel
 - ✓ Inventaires
 - ✓ Maintenance des DAE

- Signalisation + Accès secours
 - ✓ Panneaux
 - ✓ Affichage
 - ✓ Liberté et fonctionnement des accès secours
 - ✓ Distribution et mise à jour des badges bâtiments + télécommandes portails

- Téléphones d'urgence
 - ✓ Maintenance
 - ✓ Mise à jour des numéros d'urgences

- Formations premiers secours + procédure d'urgence de l'établissement
 - ✓ Organisation
 - ✓ Proposition aux personnels concernés

- Base de données urgences
 - ✓ Création
 - ✓ Mise à jour systématique
 - ✓ Analyse

La problématique des urgences est incontournable en médecine générale. Afin d'appréhender sa complexité, nous avons pris comme exemple un établissement public dont la fréquentation accrue (jusqu'à 15000 personnes par an) et l'accueil de sportifs de haut niveau exposent personnels et usagers à la survenue de blessures, accidents et urgences diverses : le CREPS de Toulouse Midi-Pyrénées. Non médicalisé en permanence, cet établissement de 23 hectares doit être organisé afin d'assurer la prise en charge optimale des problèmes médicaux et traumatiques aigus, y compris les urgences vitales, susceptibles de survenir dans son enceinte. L'objectif de notre travail était de faire un état des lieux des problématiques liées à la prise en charge des urgences au CREPS de Toulouse MP. Nous avons mis en évidence une configuration géographique complexe, des moyens matériels inadaptés, des lacunes dans la formation aux premiers secours du personnel et un manque de communication global. Nous avons proposé des solutions pratiques dans chacun de ces domaines et repensé l'organisation de l'établissement et la coordination des différents acteurs autour d'une procédure unique, qui faisait défaut. Un document de synthèse sous forme d'un livret d'aide à la prise en charge des urgences a été créé à destination de tous les usagers. La réalisation d'ateliers de simulation d'urgence *in situ* a permis d'appuyer et de compléter notre analyse tout en sensibilisant l'ensemble du personnel à la nécessité d'un effort commun pour assurer dans l'intérêt de tous, le bon fonctionnement de la chaîne de secours.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots clés: urgences, organisation, CREPS, médecine générale, sport, premiers secours, mort subite, CHSCT

Faculté de Médecine de Rangueil – 133 route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : Dr IZARD Philippe

The problems of emergencies are unavoidable within the field of general medicine. In order to properly understand their complexity, we have used as an example a public institution in which the increased human activity (up to 15,000 people per year) and the presence of high level athletes expose the staff and the users to the possible occurrence of various injuries, accidents and emergencies : the Toulouse Midi-Pyrénées CREPS. Since it is not permanently medicalized, this 23 hectare large institution should be organised in order to ensure an optimum response to acute traumatic and medical issues, including life-threatening emergencies, that are likely to occur on its premises. The scope of our work was to perform an assessment of the problems relating to the response to emergencies within the Toulouse MP CREPS. We have highlighted a complex geographic configuration, inadequate material resources, gaps in the first-aid training of the staff and a global lack of communication. We have proposed practical solutions in each of these areas and rethought the organization of the institution and the coordination of the various actors within a single procedure, which had been lacking. A synthesis document, under the form of an emergency support assistance booklet, was developed for all the users. Simulated emergency workshops performed *in situ* allowed us to support and complement our analysis, while sensitizing all the staff to the need for a joint effort to ensure, in the best interest of all, the proper operation of the emergency network.