

# Compte Rendu réunion DMU du 6/11/2025

Présents : D.Douillet, Fieni Aurélie, Cattin Yasmine, Gauthier Alice, Martin Clarisse, Dorez Simon, Verchère Julien, Augeul Isabelle, Bizouard Thomas, Montaud Gauthier, Navid Alexandre, Miroux patrick, Bourgeais blandine

## INTERVENANT EXTERIEUR

### EFS

- Dr BOYER : médecin référent sur EFS.
- Médecin normalement présent à l'EFS et maison du don. Pas de médecin dans les structures de collecte du Maine et loire : IDE seulement.
- A l'EFS : Suivent des protocoles définis nationalement : De ce fait = consignes et matériel d'urgence pas toujours adapté. En cas de malaise, accident transfusionnel = appel 15
- Désormais font de l'aphérèse. Possibilité de malaise plus sévère (du a hypovolémie, hypocalcémie)
- Si besoin : 1 ECG au CTS.

## MISE A JOUR POS TRANSFUSION PRE HOSPITALIERE : Dr Martin Clarisse

Problème de traçabilité d'identité vigilance patient (nom ou numéro anonyme parfois modifié une fois patient arrivé au déchoc = double numéro ou nom anonyme.ect ...) + Difficulté de la traçabilité de la prescription

### **Décision retenue**

- On récupère ordonnance et plaquette étiquettes anonymes dans casier en régulation
- Le MRU appelle l'EFS pour transmettre le nom anonyme (nom de dessin animé choisi par identito vigilance) pour préparer le sang et transmet la plaquette au médecin qui sort.

*De façon exceptionnelle : comme nous sommes protocolisés « pack transfusion », vu avec EFS = c'est ok pour préparation commande par IDE sans ordonnance faxée.*

- En partant : l'équipe prend donc la plaquette d'étiquettes anonyme + ordonnance sortie par MRU
- Remettre le nom anonyme sur la fiche bizom et dans le DRM
- L'équipe dépose l'ordonnance type avec l'étiquette anonyme (ordonnance type) en prenant le sang.
- ATTENTION : transmission de la planche étiquette anonyme au déchoc qui gardera cette même identité pour éviter le dédoublement identitaire

Les ordonnances et les planches étiquettes sont en régulation derrière notre bureau MRU dans les petits casiers

**CONCLUSION : On n'attend pas l'identité du patient. On prend juste une étiquette anonyme et l'ordonnance direction EFS et Hop !**

**Il n'y a RIEN DE PLUS à mettre sur l'ordonnance car il y a déjà une étiquette PACK transfusion dessus.**

**Si plusieurs patients = plusieurs planches anonymes**

**Selon Protocole : PACK TRANFUSION SAMU = délivrance de 3CGR**

Délai de 6H avant expiration. Cependant s'ils sont laissés dans la caisse fermée, ils peuvent être conservés si la température de la caisse est toujours adaptée. Veiller à cela si non utilisation ++ **Dans tous les cas il faut les ramener**

**Quid du PFC ?**

Données scientifiques : pas de consensus, plutôt en défaveur de son utilisation pour les délais de transport (dans l'heure) cours. (*Sperry et al 2018 , Etude PAMper plutôt pour mais réalisée sur des délai interventionnels de plus d'une heure de transport, Moore Hb et al 2018 plutôt contre*)

⇒ Pour le moment on se concentre sur le bon fonctionnement de la procédure CGR. Si fonctionne : PFC sera à rediscuter éventuellement.

## **INTERVENANTS DMU**

### **« Retour de mission : Guinée » Dr BIZOUARD Thomas**

Mission de coopération : d'évaluation des besoins organisationnels, matériel, aide sur l'instauration d'outils à la prise en charge, formation des praticiens sur le matériel apporté

- Mission qui se déroule dans l'Hôpital numéro 1 national
- 5 niveaux de soins : 1<sup>er</sup> niveau (du dispensaire sans électricité sans eau courante à la réanimation)
- Services des Urgences : 30 entrées = 30 tris 1
- Biologie : simple paillasse, décompte visuel

Au SAU :

- Peu de matériel
- Électricité 3h par jour
- Pas d'o2 mural, que bouteille et extracteur limités à 5l mais qui marche à l'électricité

Problématique

- Manque de matériel / Pas de bioméd : durée de vie matériel 3 mois, tentative de gestion par bioMed
- Pas d'accès aux soins : frais aux soins de la famille (TDM 150euros)

- Nécessité de savoir s'ils ont l'argent pour débuter soins (solidarité familial)
- Personnel non payé : soignants payés sur place par le patient à chaque geste
- Peu de médicaments à l'hôpital (médicaments dans les pharmacies de ville ou parfois pris au marché noir)

Taux de mortalité : critère qualité

Moyenne âge : 50 ans

Plupart des décès : - de 20 ans (ex : ACR sur hypovolémie sur GEA )

**Pour la prochaine mission** : voir l'adhésion aux propositions et avancer sur la coopération

- Essai de sectorisation
- Renforcer les capacités du personnel local
- Formation
- Essai de protocole : antalgie
- Réorganisation du matériel dans les box
- Filiarisation du patient

Encore 5 missions de prévues : sécurisation par voiture diplomatique,

## **POS CO: Dr NAVID**

Le plus important : **CONTEXTE +++ mesure de l'environnement**

Si contexte évocateur : tester tout le monde, y compris les asymptomatiques

- ⇒ RAPPEL : femme enceinte = intoxiquée même si non symptomatique => intoxication du fœtus non quantifiable
- ⇒ Possibilité de survenue de symptômes retardés ou syndrome post intervallaire
  - Demi vie HBCO en AA : 360 min
  - Demi-vie HBCO sous O2 : 90 min

**Aucun intérêt de reconstrôler l'HBCO**

- ⇒ Si intoxiqué initialement => sera intoxiqué même si HBCO se négative = le Co n'est plus circulant mais il est entré dans les mitochondries

**Quid du Rad 57 ?** Seul moyen sur place pour mesure le CO pour le moment

Mais marge erreur. : 1 à 3 % => intérêt ? car ne permet aucune discrimination de ce fait ?

- ⇒ **Retrait de la procédure, à ne pas considérer comme outils de tri en régulation**
- ⇒ Gold standard : gaz du sang (Tant que Co capillaire non disponible)

Nécessité de revoir la POS pour un algorithme nous permettant d'être le plus autonome possible sur la prise de décision de l'instauration d'une O2 longue ou non.

## SI SAMU : Dr VERCHERE

A venir : Nouveau casque avec nouvelle base.

Procédure de secours : PPT en pièce jointe à lire

### SAMU 53

- Possibilité d'utiliser le VPN 53 avec 2 écrans, 1 seul écrans pour le 49 et le 4<sup>ème</sup> écran pour SI SAMU.
- MG non postés de 8H à 10H et de 13h16H => pb de flux à gérer
- Problématique lors pas de MRG 49 ?
- Bilan tablette qui ne passe pas lors VSAV 53
- Nécessité de faire la prescription téléphonique de l'ECG pour VSAV
- Pour avoir accès au corps : mettre samu 53 au lieu de samu49

## **POINT ORGANISATIONNEL**

### ARRIVEE DJ : Pr DOUILLET

- Faire des Feed back pour les DJ
- Ne pas hésiter à solliciter Delphine si vous voyez l'un deux en difficulté pour aider le suivi et la progression
- Projet de 1POS par interne
- Pas de délégation aux internes
- Outils de suivi en régulation à venir

Doublure Interne jusqu'à décembre

Plage senior = débutent les 15 derniers jours de décembre (garde / journée)

Gestion de la supervision en Filet petit maille pour les gardes : si questions = se référer au senior sinon les laisser gérer leurs dossiers seuls, les laisser prendre leurs décisions et checker juste les dossiers

Objectif : ne pas prendre de transmission sdans un premier temps, mais s'orienter sur la prise de décision sans back up puis glisser progressivement sur un début de prise de transmissions

Arrive sur poste de senior :

Pas de garde de régulation/ pas de garde de MRU 53

En nuit= SMUR 1, U2 U3 => à partir de janvier.