



10^{ème} anniversaire du

SAMU

en Nouvelle-Calédonie



LE MOT DU PRESIDENT



Dix ans de SAMU en Nouvelle-Calédonie. Dix ans déjà! Seulement dix ans? Dix années en tout cas, sur lesquelles nous avons souhaité nous attarder un peu.

La Médecine d'Urgence s'exerce souvent dans un contexte de crise, individuelle, voire collective (Médecine de Catastrophe). Ce contexte génère parfois des rapports conflictuels entre des interlocuteurs dont les intérêts divergent en apparence : l'appelant qui se place dans une logique de recherche de résultats : l'appelé qui s'inscrit dans une logique de rationalisation des moyens.

Dans notre monde moderne où l'individu a été placé au centre de la Société, la population (nos parents, nos amis, nos voisins, etc.) s'attend en permanence à être placée au cœur du dispositif de Santé. Cela est d'autant plus vrai en cas d'urgence, qu'elle soit réelle ou ressentie.

Se soustraire à cette attente c'est faire courir à l'individu le risque d'une perte de chance. Y répondre aveuglément c'est faire courir à la collectivité le risque d'une dérive des coûts.

La jurisprudence transforme, chaque jour un peu plus, l'obligation de moyens en obligation de résultats.

Dans le cadre de l'Urgence, la relation des médecins entre eux n'échappe pas à ces problématiques. Mieux connaître la réalité des pratiques des uns et des autres est sans doute une des solutions pour répondre de la façon la plus pertinente aux attentes de la population. Le Docteur Jean-François PEDEUTOUR, au nom du Conseil de l'Ordre, et le Docteur Bernard BEZERT, le plus ancien des médecins des Circonscriptions Médicales nous ont fait l'amitié d'apporter leur point de vue particulier sur la pratique de l'Urgence.

Je remercie enfin, au nom de l'Association des Médecins Urgentistes de Nouvelle-Calédonie, les annonceurs dont la générosité a permis d'éditer cette plaquette.

Dr Jean-Michel LEVEQUE

Président de l'Association des Médecins Urgentistes de Nouvelle-Calédonie

SOMMAIRE

• Editorial	p.4
• Point de vue de l'Ordre des Médecins	p.6
• Témoignage d'un médecin de Circonscription Médicale	p.7
• SOS Médecins	p.8
• Historique du SAMU	p.9
• Le Centre 15	p.11
• SMUR	p.14
• Le SAMU en quelques chiffres	p.17
• Evacuations sanitaires aériennes	p.18
• Le Service d'Accueil des Urgences Gaston Bourret	p.20
• L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée	p.21
• Le Service d'Accueil des Urgences de Magenta	p.22
• Bibliographie de Médecine d'Urgence en Nouvelle-Calédonie	p.23
• Epilogue	p.24

- **Directeur de la publication :** Association des Médecins Urgentistes de Nouvelle-Calédonie. B.P. J5 98849 NOUMEA Cedex
- **Crédit Photos :** Martial DOSDANE (couverture), AMUNC, Les Nouvelles Calédoniennes
- **Régie publicitaire :** Sylvie FARDEAU
- **Impression :** ARTYPO
- **Tirage :** 1 500 exemplaires
- **Rotage :** C.H.T. de Nouvelle-Calédonie et Association pour la Diffusion de l'Information Médicale en Nouvelle-Calédonie

EDITORIAL



L'Aide Médicale Urgente est un concept français mûri dans les années 60, accompagnant les progrès de la Médecine en intégrant tous les acquis d'alors concernant les modes de transmission, de communication et de transport.

Ce concept autant humaniste que technologique ne s'est véritablement développé en Métropole qu'à partir des années 70 sous l'impulsion d'une politique globale de lutte contre la mortalité routière pour aboutir à un réseau quasi complet de couverture du territoire national au début des années 90.

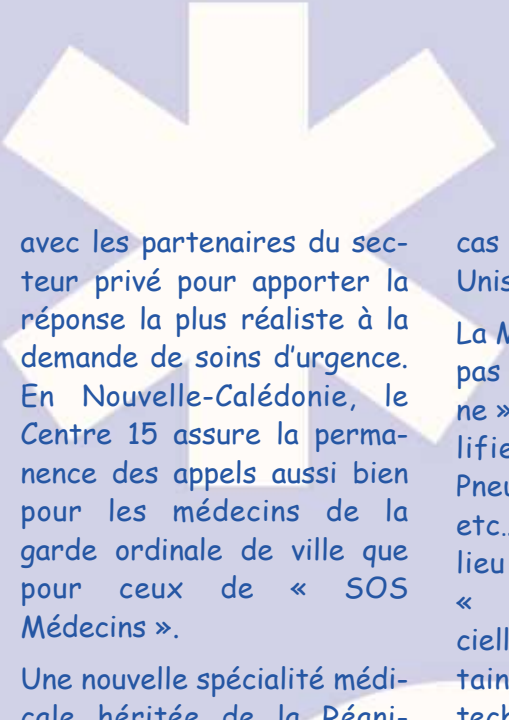
Les Départements et Territoires d'Outre-Mer ont suivi cette évolution à leur rythme et avec leurs moyens. C'est le 22 juin 1990 qu'un Centre 15 est créé en Nouvelle-Calédonie venant constituer l'ébauche d'un SAMU définitivement opérationnel en janvier 1991 avec la création du SMUR de Nouméa rattaché au Centre Hospitalier Territorial Gaston Bourret.

L'Urgence et la permanence des soins sont des questions

qui restent d'actualité : le Sénat a organisé en juin dernier un colloque centré sur ce thème. L'Ordre des Médecins lui a consacré son dossier mensuel dans le bulletin de septembre 2000.

L'environnement de la Médecine d'Urgence reste inachevé malgré les remaniements initiés il y a 15 ans avec la création d'un enseignement post universitaire (Capacité d'Aide Médicale Urgente rebaptisée depuis Capacité de Médecine d'Urgence) visant à former à cette discipline des médecins dont l'Urgence serait l'activité principale voire exclusive. La nécessité de professionnaliser la prise en charge de l'Accueil des Urgences, jusque là déléguée aux étudiants en fin de formation, s'est imposée aux pouvoirs publics du fait de l'explosion du recours à ces structures par la population, parallèle à l'émergence d'une exigence de qualité de plus en plus fréquemment traduite en termes judiciaires. Au C.H.T. Gaston Bourret tous les médecins des Unités d'Urgence sont titulaires _ au minimum _ de la Capacité d'Aide Médicale Urgente, diplôme exigé dans le Service depuis 1994.

On peut s'interroger sur cette progression toujours croissante du recours aux soins d'urgence, arrivée au point d'une saturation quasi générale à laquelle la Nouvelle-Calédonie n'échappe pas (plus de 40.000 passages totaux annuels ne serait ce que pour les deux structures d'Urgences hospitalières publiques de Nouméa) : attrait du plateau technique, espoir de gratuité des prestations, difficulté à utiliser parfois les autres ressources en dehors des heures ouvrables. Toutes ces raisons, bonnes ou mauvaises, se conjuguent sans aucun doute. Notre Société de progrès est rentrée dans l'ère du tout pour tous, tout le temps et tout de suite, transformant parfois le rapport de confiance entre le médecin et le patient en un rapport de prestataire à client. Ce contexte d'exigence et de montée en puissance du juridique, a modifié l'implication de la nouvelle génération de médecins dans la permanence des soins. L'alternative offerte par les structures spécialisées n'étant plus vécue comme concurrentes mais comme complémentaires, diverses solutions contractuelles ou non ont été échafaudées



avec les partenaires du secteur privé pour apporter la réponse la plus réaliste à la demande de soins d'urgence. En Nouvelle-Calédonie, le Centre 15 assure la permanence des appels aussi bien pour les médecins de la garde ordinaire de ville que pour ceux de « SOS Médecins ».

Une nouvelle spécialité médicale héritée de la Réanimation et inspirée de principes de la Médecine Militaire s'est donc de fait créée : l'Aide Médicale Urgente ou Médecine d'Urgence. C'est d'ailleurs, sans qu'il s'agisse d'une qualification ordinaire, ces intitulés qu'a retenus le Conseil de l'Ordre National des Médecins dans son annuaire en ligne. Pour la spécialité « Médecine Polyvalente d'Urgence » du Concours National des Praticiens Hospitaliers des Établissements Publics de Santé, le diplôme pré requis est la Capacité de Médecine d'Urgence. La création annoncée d'une telle spécialité au concours de l'Internat (au même titre que la création d'une filière de Médecine Générale) viendra consacrer enfin cette discipline comme une entité propre; c'est le

cas depuis 20 ans aux États-Unis et au Canada.

La Médecine d'Urgence n'est pas une « médecine d'organe » comme on pourrait qualifier la Cardiologie, la Pneumologie, la Gynécologie, etc..., mais une médecine du lieu et du moment, une « médecine circonstancielle », faisant appel à certaines connaissances et techniques des autres disciplines, à l'endroit et à l'heure de survenue de la détresse. Les accidentés de la route, du travail ou des loisirs, les détresses neurologiques, cardiovasculaires ou respiratoires, néonatales, obstétricales ou gériatriques bénéficient quotidiennement de la mise en action par le SAMU de filières pré hospitalières organisées. Ces filières ne peuvent être parfaitement efficaces que grâce à l'existence d'un réseau de partenaires médicaux et paramédicaux, publics_ hôpitaux provinciaux et dispensaires les plus souvent en première ligne _ et privés _ cliniques et secteur libéral de ville _ ainsi que non médicaux (ambulanciers, pompiers, Police, Gendarmerie, Forces Armées, Télécommunication, contrôleurs aériens, pilotes, mécaniciens, météo-

rologistes, techniciens, etc.). Sans leur concours souvent anonyme, la chaîne de l'Urgence n'existerait pas; qu'ils trouvent ici la reconnaissance de leur dévouement et de leur professionnalisme.

Les urgentistes ont fait de l'Urgence une profession médicale à part, mais à part entière avec des responsabilités et une pénibilité particulières. Quinze ans après les premières tentatives d'organisation de cette discipline pourtant aussi vieille que la Médecine elle-même, les contours de ce nouveau métier restent encore à définir. Rien ne justifie la précarité et la médiocrité des carrières des urgentistes...

Enfin, il est donné bien peu d'occasions au cours d'une carrière de remercier ses aînés; que les Dr Sylvie SAINT-LANNE et Alain RICHARD qui portèrent le SAMU de Nouvelle-Calédonie sur les fonds baptismaux soient assurés, à l'occasion de l'évocation de cette décennie qui fut aussi la leur, de notre plus grande et sincère gratitude.

POINT DE VUE DE L'ORDRE DES MEDECINS

Dr Jean-François PEDEUTOUR, Vice-Président de la Section Locale du Pacifique Sud



Conformément à l'article L409 du Code de Santé Publique, l'Ordre des médecins est chargé de veiller à l'application du Code de Déontologie.

Le Code de Déontologie permet donc aux acteurs du traitement de l'urgence : la complémentarité, le partenariat et la coordination qui sont les clés essentielles de la bonne gestion de l'urgence.

Les urgences vraies sont classées en deux groupes :

- Le pronostic vital est en jeu : c'est une situation de détresse pour la vie ou pour un organe. L'intervention très rapide d'un médecin ou d'une équipe médicale avec des moyens lourds est nécessaire.

- Le pronostic vital n'est pas en jeu mais il faut une intervention médicale avec des moyens diagnostiques et thérapeutiques.

S'ajoutent à ces urgences vraies :

- Les urgences ressenties vécues comme telles par l'appelant ou ses proches.

- Les urgences déguisées ou demande de visite pressée ou de commodité.

Le nombre d'appels des urgences vraies est relativement stable alors que celui des urgences ressenties ou pseudo urgences est en constante augmentation contribuant à l'engorgement des services spécialisés (Hôpital - SAMU) victimes de leur organisation structurelle et de leur gratuité apparente. Ainsi une régulation devient nécessaire pour déterminer la réponse adaptée : conseil souvent, déplacement d'un médecin ou déplacement de moyens lourds.

Un des rôles du Conseil de l'Ordre « Départemental » est de veiller à l'harmonisation du système organisé dans le cadre de l'Aide Médicale urgente et d'inciter à l'intégration de tous. Il doit tenir compte des particularismes locaux et favoriser la création de structures nouvelles et/ou groupements de praticiens, s'investissant d'avantage dans le traitement de l'urgence, désengorgeant ainsi le SAMU en laissant à ses spécialistes la gestion « lourde » de l'urgence.

En Nouvelle-Calédonie, nous bénéficions de la réalité d'un SAMU efficace et performant gérant aussi la régulation des appels d'urgence. Les praticiens de Médecine Générale assurent une garde de nuit quotidienne ainsi que les spécialistes dans les différentes cliniques.

Il convient d'encourager une association de médecins (S.O.S médecins) qui fonctionne mais qui ne dispose actuellement pas de toute la reconnaissance administrative (non accès au conventionnement, non reconnaissance des actes côtés en AMU...) qui lui permettrait de ne pas s'essouffler et de mieux se structurer pour pleinement jouer son rôle de tampon régulateur entre les vrais spécialistes de l'urgence et les médecins de soins des cabinets libéraux.

Avant d'envisager d'autres structures novatrices et plus complexes, le fonctionnement du traitement de l'urgence, par cette complémentarité, serait semble-t-il satisfaisant.

Ainsi, un seul réseau de l'urgence Médicale serait réalisé du médecin généraliste jusqu'aux services hospitaliers privés ou publics et ce « au service de l'individu » et « dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité (Art. 2) ».

Citons les articles du Code de Déontologie qui nous concernent dans ce propos et qui traitent :

- de mission (Art. 2)
- de dévouement (Art. 3).
- de secret médical (Art. 4)
- de libre choix (Art. 6)
- de conscience (Art. 7)
- de responsabilité et de complémentarité (Art. 9, Art. 32, Art. 33, Art. 70)
- de formation (Art. 11)
- de concours avec les autorités compétentes (Art. 12)
- de publicité (Art. 19)
- de continuité des soins (Art. 47)
- de détournement de clientèle (Art. 57)
- de compte-rendu (Art. 59, Art. 63)
- et bien sûr d'obligation et d'accessibilité (Art. 77, Art. 78)

TÉMOIGNAGE D'UN MÉDECIN DE CIRCONSCRIPTION MÉDICALE

Dr Bernard BEZERT

Lorsque j'ai pris mes fonctions en tant que médecin d'une Circonscription Médicale de l'Intérieur il y a vingt ans, nous faisons partie avec le C.H.T Gaston BOURRET de la même entité.

A l'époque, la prise en charge d'une urgence médico-chirurgicale demandait le déploiement d'une chaîne de solidarité de l'ensemble du dispositif sanitaire situé en aval de la Circonscription Médicale demandeuse d'une évacuation sanitaire.

Au cours de ces années, j'ai pu mesurer le poids de l'investissement professionnel au sein des structures sanitaires avancées accueillant les urgences. L'isolement, l'angoisse du malade et de l'entourage, la pression, le doute, la fatigue, le stress compte tenu d'une obligation de résultat sans moyens d'investigations et d'un équipe-

ment modeste, rendaient notre mission humanitaire difficile, hasardeuse parfois.

Et puis il y a eu l'évolution indispensable et nécessaire.

Le C.H.T Gaston BOURRET a acquis son autonomie.

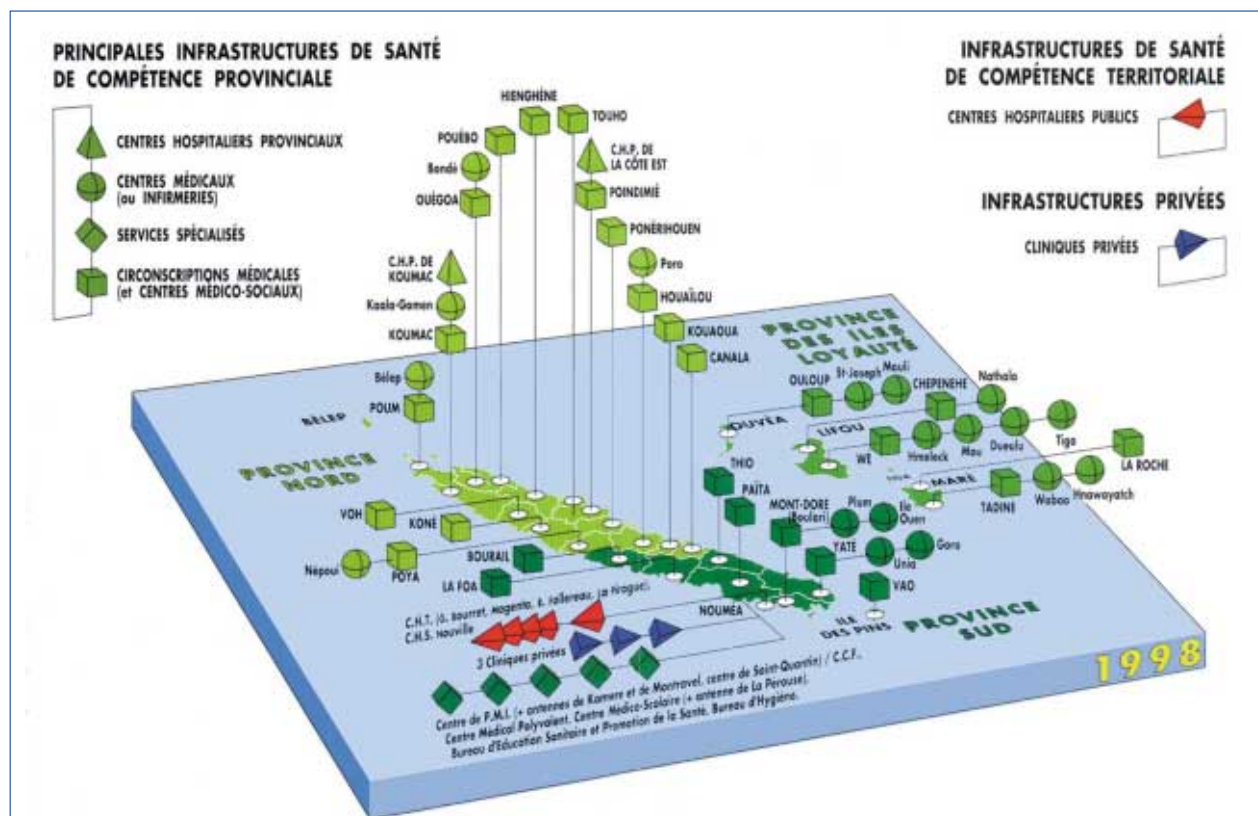
J'ai eu l'honneur de participer aux premières réunions sur l'organisation des urgences à l'échelon territorial s'orientant sur la mise en place d'un centre de régulation des appels d'urgences, le Centre 15, et d'un SAMU.

Il y a dix ans déjà, le C.H.T. se dotait de ce service essentiel.

Le bénéfice de son action n'est pas à démontrer, tant pour le malade pris en charge par une équipe de professionnels motivés dans le domaine des urgences, s'adaptant à toutes les circonstances, que pour les médecins et infirmier(e)s en poste avancé dès lors soutenus, encadrés, conseillés.

Aujourd'hui sa mission doit se déployer avec une plus grande envergure. Pilier du schéma de l'organisation de la prise en charge des urgences, il doit être à la fois le service centralisateur et formateur. Il doit recevoir et satisfaire les demandes de soins urgents mais aussi impulser une dynamique organisationnelle comportant les protocoles d'interventions, la formation continue. Autour de ce service fondamental doit s'édifier une articulation en plusieurs niveaux d'interventions avec l'ensemble des professionnels de la santé et donc la mise en place d'un réseau coordonné de soins.

Pour son dixième anniversaire, j'adresse mes sincères félicitations à l'ensemble de l'équipe du SAMU et à son équipe dirigeante. Je leur exprime toute ma gratitude pour leur écoute et leur intervention dans des moments difficiles, ainsi que toute mon amitié.



S.O.S. MEDECINS

Dr Paul BEJAN, Président de S.O.S.Médecins - Nouméa

Jusqu'en 1978, alors que 25 médecins généralistes libéraux exerçaient à Nouméa (50.000 habitants à cette date), l'unique réponse à l'Urgence médicale de nuit, était le Centre Hospitalier Territorial.

Cette année là, devant la demande croissante de la population, mais aussi des médecins, le Syndicat des médecins libéraux met en place une garde de nuit, en semaine. Le week-end, le médecin de la garde ordinaire assurait déjà les visites et les consultations de nuit. L'appellation S.O.S. Médecins était adoptée avec l'accord des instances parisiennes, sous la responsabilité du Dr René GAGNOLET. Le fonctionnement était simple; en début de soirée le médecin de garde se signalait auprès du commissariat de Police, qui répercutait les appels d'Urgence médicale. Une quinzaine de médecins participaient alors au tour de garde, avec un taux d'impayés de 40 %... Deux à trois actes étaient effectués en moyenne par garde.

En 1990, sous l'impulsion du Dr Alain RICHARD, anesthésiste-réanimateur au C.H.T. et de M. JAMES, son Directeur, le Centre 15 naît. Pour officialiser une coopération structurée avec un cahier des charges et des obligations des deux parties, la Direction hospitalière demande aux médecins de se donner une structure juridique. S.O.S. Médecins, association type 1901, est créée, avec, pour premier Président, le Dr Philippe ROSSIN. La convention signée avec le C.H.T. jetait les bases d'une coopération toujours en vigueur, avec trois principes fondamentaux : un médecin de garde tous les soirs (nuit et jour les week-end), une régulation unique par le Centre 15 et l'assurance de la rémunération

de l'acte médical par le C.H.T., en tiers payant.

Pendant les neuf ans qui suivent S.O.S. Médecins mûrit, avec un esprit de service rendu et une certaine professionnalisation.

En 1999, apparaissent des difficultés. La mise en place quelques années auparavant sans projection à long terme de la limitation des installations des médecins libéraux sur le Grand Nouméa, porte un coup dur à S.O.S. Médecins qui puisait la plupart de ses membres parmi les confrères nouvellement installés. Le premier à réagir est l'Ordre des Médecins, qui autorise trois médecins conventionnés de S.O.S., à se faire remplacer par des praticiens non conventionnés, lors des gardes de nuit. Non sans peine, le tableau de garde est maintenu, mais pendant les mois de novembre et décembre 1999, nombreuses furent les nuits sans S.O.S.

Une fois par mois pendant treize mois, S.O.S. Médecins, le SAMU, le Syndicat des Médecins libéraux et l'Ordre des Médecins avec une présence épisodique d'un représentant des Caisses, se sont réunis pour mettre en place un nouveau schéma des urgences et donner les moyens de son ambition et de son professionnalisme à S.O.S. Médecins.

Au moment d'écrire ces lignes, quatre confrères non conventionnés, prennent des gardes en remplacement d'un des deux seuls médecins conventionnés de S.O.S. Médecins. A ce jour et malgré une certaine indifférence et une lenteur administrative, le tour de garde est assuré.

L'avenir de la prise en charge des urgences de niveau 1, c'est à dire des urgences de Médecine Générale, passera par un conventionnement de S.O.S. Médecins, permettant aux



S.O.S. Médecins intervient sur les communes du Grand Nouméa (120.000 habitants à ce jour). Il n'est pas rare d'intervenir à Plum et même à La Tontouta (à 50 km du centre de Nouméa); dans ce dernier cas l'indemnité de déplacement revient plus cher que l'acte médical en soi... vous avez dit rigueur?

Chaque année, l'activité augmente de 10 %, parallèlement à l'augmentation du nombre d'appels au Centre 15.

A la fin des huit premiers mois de 2000, 1450 sorties ont été effectuées (soit 6 en moyenne chaque jour).

médecins de répondre aux besoins de la population, 24h/24h et 7j/7j. Cette professionnalisation de S.O.S. Médecins, l'amélioration des connaissances et des techniques dans le domaine des Urgences, sont des conditions indispensables à la qualité de la réponse apportée à l'attente des malades.

HISTORIQUE DU SAMU

Dr Francis DURAND, Directeur Médical du SAMU de Nouvelle-Calédonie



Dans le milieu des années 50, la médicalisation des transports a été initiée lors des transferts de patients, le plus souvent atteints de poliomyélite avec paralysie respiratoire, vers les rares hôpitaux équipés de respirateurs modernes.

L'accompagnement était assuré par des anesthésistes prélevés sur les services de réanimation.

Sous l'impulsion de quelques pionniers tels les professeurs LARENG à Toulouse, CARA à Paris, SERRE à Montpellier, et devant l'inflation du nombre d'accidents routiers, les premières ambulances équipées de matériel récupéré interviennent dans le secours extrahospitalier. Le concept cher au professeur LARENG « d'une chaîne de secours et de soins du pied de l'arbre à l'accueil hospitalier » commence à prendre forme. Au cours de l'année 1965, sont publiés les premiers décrets obligeant certains centres hospitaliers à s'équiper de moyens

mobiles de réanimation dénommés SMUR.

Suivent des années d'efforts au cours desquelles un fonctionnaire du Ministère chargé de la Santé, René COIRIER, va s'investir pour trouver des financements et proposer des décrets appropriés. Alors que les SAMU et les SMUR se multiplient dans les départements français, et que la Sécurité Sociale reconnaît enfin cette forme d'activité, une première loi définit en 1976 l'existence des SAMU.

De par l'insuffisance du nombre des anesthésistes, une Capacité d'Aide Médicale Urgente verra le jour en 1983, ouvrant ainsi la voie aux « Urgentistes ». Elle a évolué récemment vers la Capacité de Médecine d'Urgence, reconnue à l'échelon national

Enfin, la loi sur l'Aide Médicale Urgente, présentée par Louis LARENG, patron du SAMU de Toulouse et Député, reconnu par tous comme étant le père des SAMU, est publiée au Journal Officiel du 6 janvier 1986. Elle

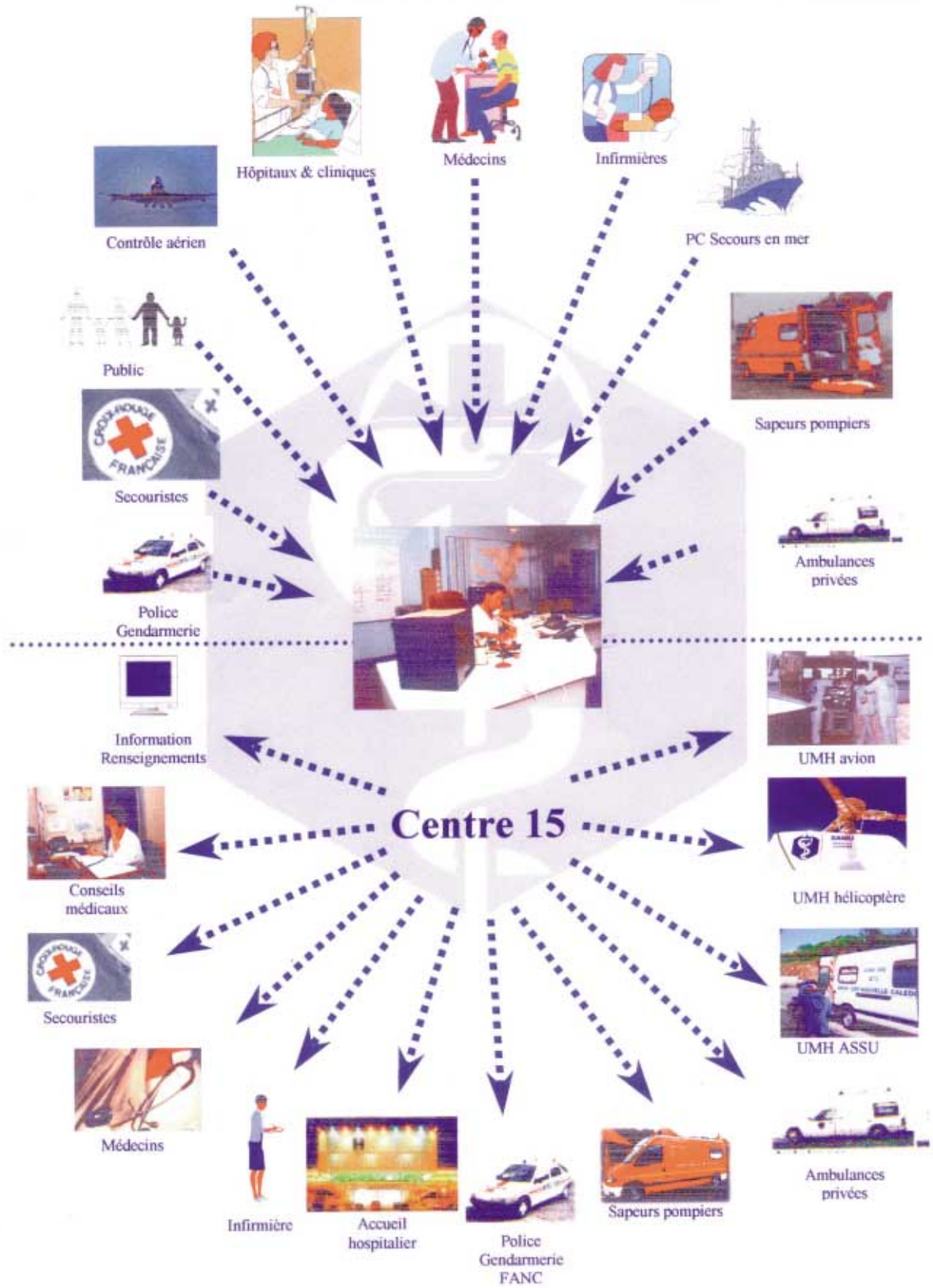


définit clairement les missions du SAMU et crée officiellement les Centres 15, centre de réception et de régulation des appels (CRRA) avec un numéro unique d'urgence médicale.

Les années suivantes verront la création des centres d'enseignement de soins d'urgences (CESU), la répartition des postes sanitaires mobiles (PSM I et II) sur le territoire national, la création du SAMU mondial, l'innovation la plus récente étant la mise en service des cellules d'urgence médico-psychologique en 1999.

Malheureusement, en France, le premier maillon de la chaîne des secours reste fragile, contrairement aux pays anglo-saxons. Le renforcement du premier maillon passe par un enseignement élargi des techniques de secourisme, dès la période scolaire, et de l'extension de l'utilisation de la défibrillation semi-automatique au niveau du public. Dans cette perspective, les SAMU ont un rôle important à jouer.





LE CENTRE 15

Dr Vincent FARDEAU



La nécessité de structurer l'Aide Médicale Urgente en Nouvelle-Calédonie ne devient une préoccupation prioritaire qu'à la fin des années mille neuf cent quatre-vingts. Jusqu'alors, le traitement des Urgences médicales s'effectuait sans véritable organisation préhospitalière.

Sur le Grand Nouméa les ambulanciers privés intervenaient systématiquement seuls sur appel du public, de la Gendarmerie ou des Pompiers et transportaient les blessés ou les malades, quel qu'en soit l'état vers une structure hospitalière publique ou privée. Dans l'Intérieur et les Iles, ils étaient acheminés vers un dispensaire où ils recevaient les premiers soins avant d'être évacués vers le C.H.T. de Nouméa, souvent sommairement, parfois accompagnés en fonc-

tion des disponibilités des médecins ou des infirmières alors sollicités.

Le 22 juin 1990 un Centre de Réception et de Régulation des Appels (C.R.R.A.) était créé avec un numéro d'appel unique, le 15. Un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (S.M.U.R.) était improvisé avec une infirmière paramédicalisant les sorties, et qui, en cas de nécessité, demandait le renfort du médecin régulateur quittant alors temporairement son poste...

Début janvier 1991, cette structure devenait plus opérationnelle en se dotant d'un effectif médical minimal pour assurer le fonctionnement en continu du CRRA 15 et du SMUR. Le SAMU de Nouvelle-Calédonie devenait alors une réalité.

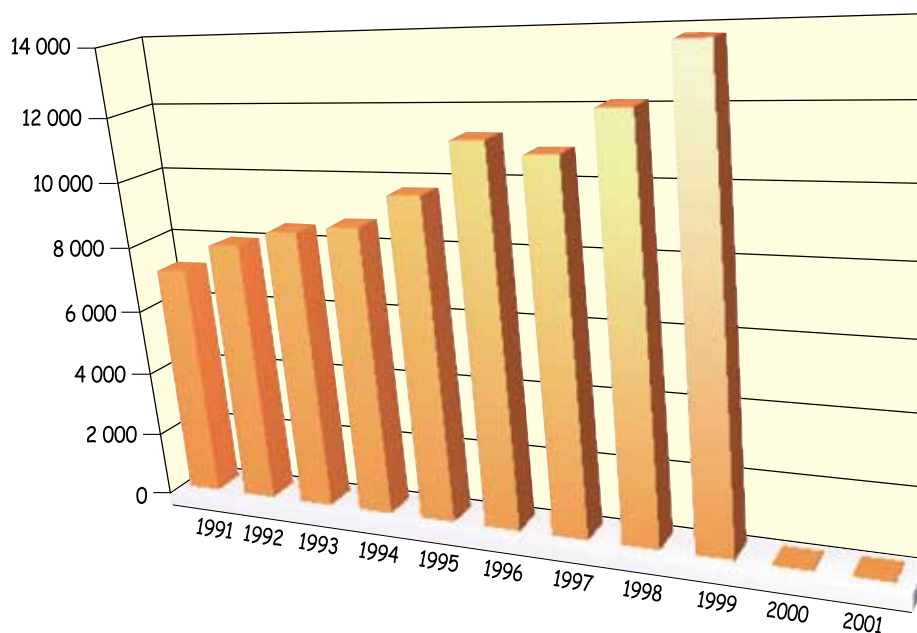
Depuis 1994, le SAMU est administrativement rattaché au Service des Urgences du C.H.T. Gaston Bourret dont il occupe une partie des locaux et dont il partage la totalité du personnel médical et paramédical.

En l'attente d'un texte législatif propre au Territoire, les missions remplies par le SAMU néo-calédonien ont été jusqu'à présent définies en référence à la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires (J.O. du 7.1.1986) et au décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU (J.O. du 17.12.1987 et B.O. 87-51).

Ces missions sont au nombre de trois :

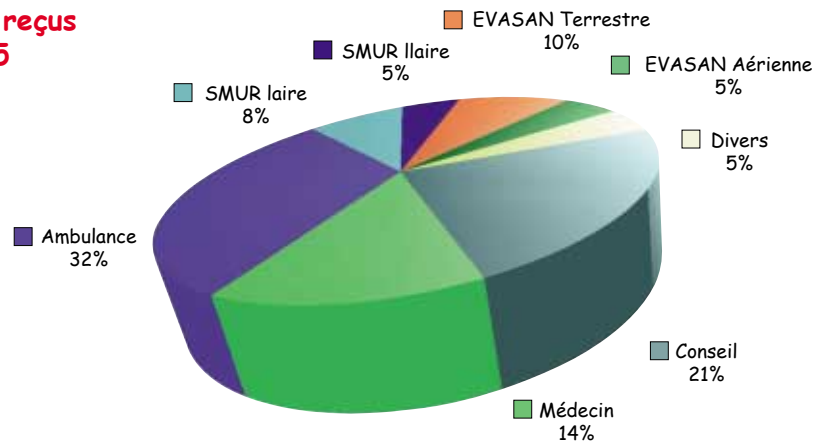
- Mission opérationnelle définie par la loi 86-11 du 6.1.1986 qui a pour objet, en relation avec les dispositifs de secours existant en Nouvelle-Calédonie, d'assurer aux malades, blessés et parturientes en quelque endroit qu'ils se trouvent les soins d'urgences appropriés à leur état.
- Participation du SAMU à la mise en œuvre des plans O.R.S.E.C. selon le décret n°87-1005 du 16.12.1987.

EVOLUTION DES APPELS DEPUIS 1991



APPELS	
1991	7196
1992	8051
1993	8534
1994	8745
1995	9722
1996	11277
1997	10966
1998	12135
1999	13785

Réponses aux appels reçus par le Centre 15 en 1999



• Participation aux tâches d'éducation sanitaire, de prévention, de recherche et de formation suivant le décret n° 87-1005 du 16.12.1986.

L'appel est réceptionné 24 h / 24h par un titulaire du Diplôme National de Permanencier Auxiliaire à la Régulation Médicale (P.A.R.M.) et est traité par un médecin régulateur urgentiste. Depuis avril 1995, l'enregistrement des appels est effectué selon les normes de la C.N.I.L..

La première étape de régulation est celle de l'évaluation médicale, indispensable à la mise en route d'une réponse adaptée. Cette évaluation s'appuie, autant que faire se peut sur des notions validées mais des obstacles demeurent tant en raison de la dimension subjective qui accompagne tout syndrome de détresse que des spécificités locales, ethniques, culturelles et linguistiques.

La deuxième étape de la régulation est celle du choix de la réponse la mieux adaptée à l'évaluation de la détresse. La réponse peut être :

1) un conseil médical téléphonique (21 % des réponses en 1999); à ce titre le Centre 15 fait office de Centre Anti-Poison avec éventuellement contact téléphonique ou par fax avec un C.A.P. métropolitain.

2) l'envoi au domicile du patient d'un médecin généraliste (14 % des réponses en 1999);

3) l'envoi des pompiers, dans un petit nombre de cas (5 % des réponses en 1999); en effet, contrairement à ce qui se passe en Métropole, où le système des pompiers est ancien et généralisé, ce n'est pas ici un partenaire traditionnel de l'ur-

gence médicale. Les pompiers ne sont donc sollicités jusqu'à présent que pour fournir un bilan précoce et des premiers secours. La législation locale ne les autorise pas à effectuer de transport sanitaire.

4) l'envoi d'une ambulance non médicalisée (32 % des réponses en 1999);

5) le déclenchement d'une évacuation sanitaire non médicalisée intérieure par voie terrestre (10 % des réponses en 1999) ou aérienne (5 % des réponses en 1999);



6) l'envoi de l'Unité Mobile Hospitalière (U.M.H.) du SMUR (13 % des réponses en 1999, dont 65 % d'interventions primaires et 35 % d'interventions secondaires), par voie terrestre ou aérienne.

A noter que le dimensionnement du SMUR de Nouméa ne permet actuellement d'assurer la médicalisation préhospitalière que d'une seule intervention. En cas de sorties simultanées, il est fait recours aux personnels du Service d'Accueil des Urgences ce qui n'est pas sans conséquences pour cette Unité, qui plus est en cas de triples interventions simultanées... Depuis sa création en juin 1990, le nombre d'appels médicaux est en constante progression (d'environ 11 % par an actuellement), avec pour 1999, un total de 13.705 affaires traitées. On estime à 15.000 le

volume des affaires qui seront régularisées d'ici la fin de l'année 2000.

Les appels primaires (74 % des appels totaux) proviennent quasi exclusivement du périmètre du Grand Nouméa.

Les appels secondaires (26 % des appels totaux) proviennent des Circonscriptions Médicales dans 85 % des cas et des structures hospitalières publiques ou privées de Nouméa dans les 15 % des cas restants.

La Nouvelle-Calédonie présente comme caractéristiques propres sa grande étendue et sa très faible démographie en dehors du pôle économique et administratif du Grand Nouméa, situé à l'extrême sud de l'île principale. On imagine dès lors aisément les difficultés à obtenir le maillage médical serré nécessaire à la réalisation d'un schéma optimal d'Aide Médicale Urgente.

De plus, la Nouvelle-Calédonie est en train de connaître une formidable mutation démographique : on estime qu'entre 1975 et 2025, la population de l'Archipel aura doublé (estimation qui ne tient pas compte des flux migratoires). Dans le même temps l'apport accéléré de concepts et de technologies nouvelles modifient en profondeur les comportements humains.

En matière d'Aide Médicale Urgente, comme dans d'autres domaines prioritaires, il importe dès maintenant d'anticiper ces phénomènes, sous peine que le rattrapage nécessaire mis en place depuis quelques années ne soit rapidement dépassé.

Glossaire

SAMU

Service d'Aide Médicale Urgente ; il est composé d'un CRRA 15 et d'un ou plusieurs SMUR.

► **CRRA 15** : Centre de Réception et de Régulation des Appels ou Centre 15 ; les appels d'urgence médicale sont centralisés sur le numéro 15, numéro d'appel unique et gratuit. Un permanencier et un médecin régulateur assurent la permanence de l'écoute et de la réponse téléphonique 24H/24H.

→ **SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation ; il est composé d'une ou plusieurs UMH. Chaque SMUR est rattaché au Service d'Urgence d'un Hôpital.

→ **UMH** : Unité Mobile Hospitalière ; elle est composée d'un médecin transporteur urgentiste et d'un(e) infirmier(e), conduits sur les lieux selon les cas par un chauffeur ambulancier ou un pilote (d'avion ou d'hélicoptère).

Le principe de l'Aide Médicale Urgente est de faire bénéficier au patient de la réponse médicale la plus adaptée à la gravité réelle de sa pathologie, conformément aux données de la Science et en fonction des possibilités disponibles.

En Nouvelle-Calédonie, la réponse à un appel d'urgence en provenance du Grand Nouméa au CRRA 15 est :

- un conseil dans 26 % des cas ;
- l'envoi d'un médecin généraliste libéral dans 17 % des cas ;
- l'envoi d'une équipe non médicalisée dans 45 % des cas ;
- et enfin l'envoi de l'UMH dans 12 % des cas.

Les moyennes nationales sont :

- un conseil dans 30 % des cas ;
- l'envoi d'un médecin généraliste libéral dans 20 % des cas ;
- l'envoi d'une équipe non médicalisée dans 38 % des cas ;
- et enfin l'envoi de l'UMH dans 12 % des cas.

Par ailleurs, le CRRA 15 traite aussi les transferts des patients de l'Intérieur et des Iles, ce qui représente 22 % des appels totaux.

(SMUR) SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE RÉANIMATION

Dr Catherine SEBAT



Le SMUR est rattaché au Centre Hospitalier Territorial et régulé par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU). Il est constitué d'une Unité Mobile Hospitalière (UMH) composée d'un médecin urgentiste (titulaire de la Capacité d'Aide Médicale Urgente), d'un infirmier formé à l'urgence et selon les cas, d'un ambulancier (titulaire du Certificat de Capacité d'Ambulancier) ou d'un pilote (d'avion ou d'hélicoptère).

Les moyens du SMUR :

□ Terrestres : une ambulance de réanimation et un véhicule de liaison équipés tous les deux de matériel de réanimation. La nuit l'ambulance de réanimation est fournie par le secteur privé par convention avec le Centre Hospitalier Territorial.

□ Aériens : (voir article p. 18 - 19)

Les interventions du SMUR :

□ Interventions Primaires : intervention au domicile, sur la voie publique ou au cabinet d'un médecin.

□ Interventions Secondaires : transfert d'une structure hospitalière (dispensaire, clinique ou hôpital) vers une autre structure hospitalière.

On distingue quatre types d'interventions secondaires :

- Intra-muros : Intervention au sein de l'hôpital Gaston Bourret.

- Inter Hospitaliers sur Nouméa : transferts entre les différentes structures d'hospitalisation de Nouméa.

- Inter Hospitaliers Hors Nouméa : transferts des dispensaires ou des Centres Hospitaliers Provinciaux vers les structures d'hospitalisation de Nouméa.

- Inter Hospitaliers Hors Territoire : transferts de Wallis ou du

Vanuatu vers le Centre Hospitalier Territorial.

□ Interventions Tertiaires : transfert du Centre Hospitalier Territorial vers l'Australie. Elles ne sont habituellement pas médicalisées par le SMUR mais par un dispositif à part.

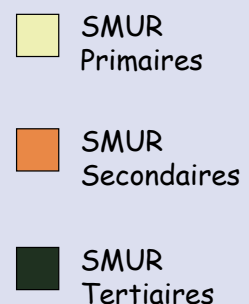
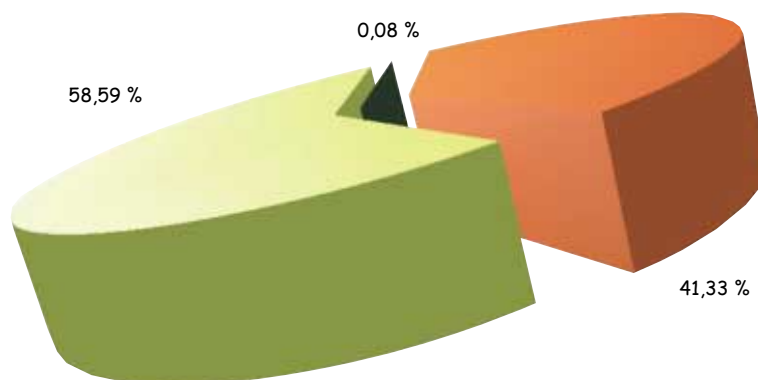
Le SMUR en chiffres :

□ Il y a eu 1999 interventions en 1999 se répartissant ainsi : 1174 interventions primaires (59 % interventions totales) et 825 secondaires dont 516 hors Nouméa (63 % des interventions secondaires).

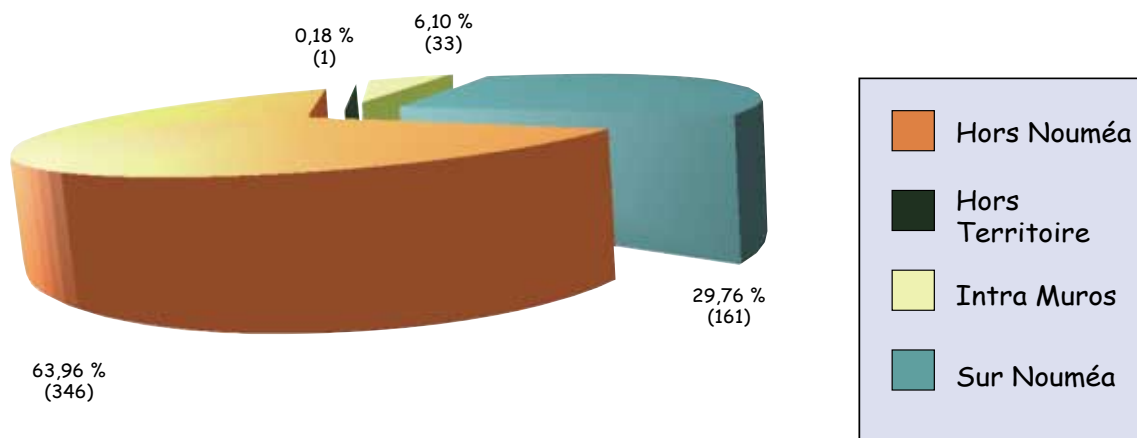
□ 2000 (1^{er} janvier au 31 août) : 1309 interventions dont 767 primaires, 541 secondaires, dont 346 hors Nouméa et 1 tertiaire.

L'activité du SMUR en intervention primaire est dominée, par la pathologie traumatique qui représente à elle

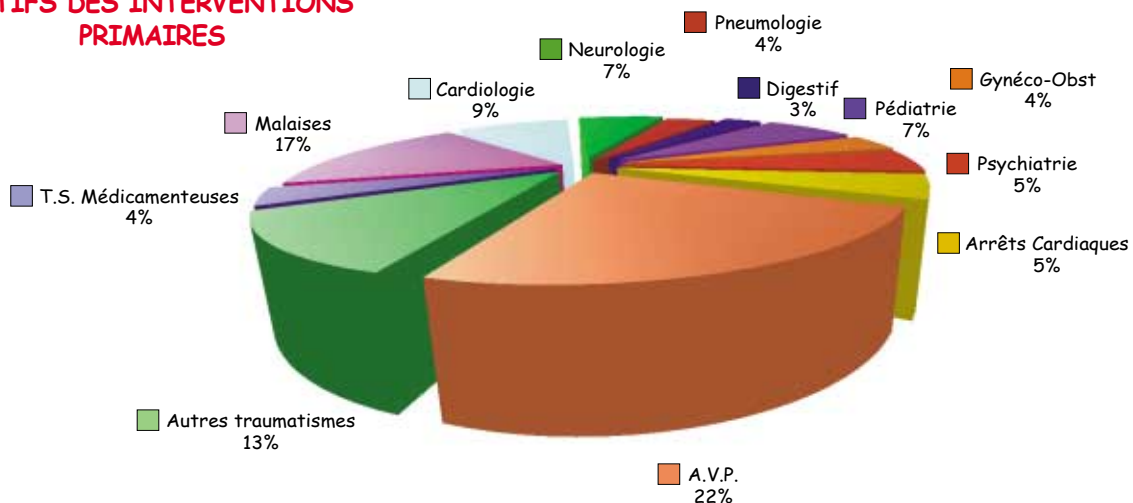
LES INTERVENTIONS DU SMUR EN 2000



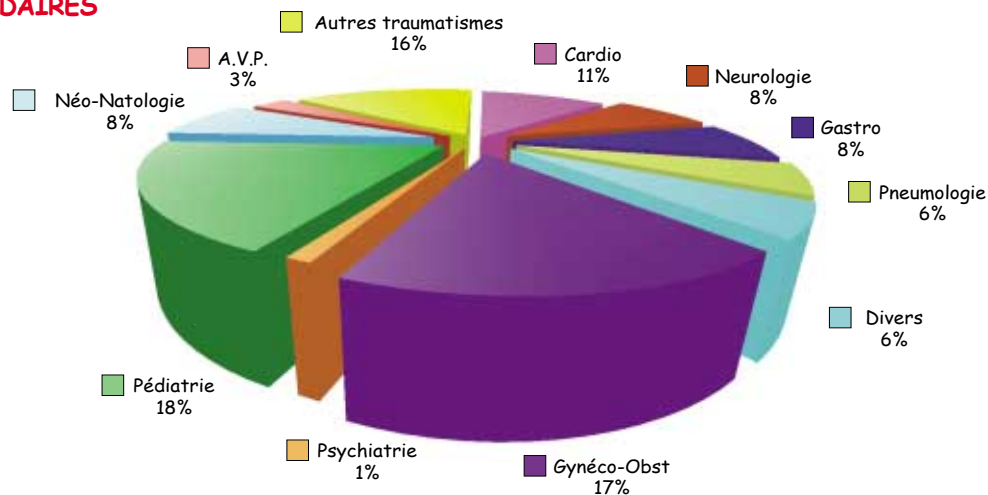
REPARTITION DES INTERVENTIONS SECONDAIRES EN 2000



MOTIFS DES INTERVENTIONS PRIMAIRES



MOTIFS DES INTERVENTIONS SECONDAIRES





seule 44 % des motifs d'intervention. On peut s'alarmer de la prédominance de l'accidentologie routière avec des taux de mortalité et de morbidité deux fois supérieurs à la Métropole... A l'inverse, on constate la faible proportion relative de la pathologie cardio-vasculaire qui figure tout de même au premier rang des motifs médicaux. Les maladies coronariennes aiguës interviennent pour 50 % de la pathologie cardiaque.

Les pathologies gynéco-obstétricales ainsi que pédiatriques et néonatales, par le fait conjugué de la

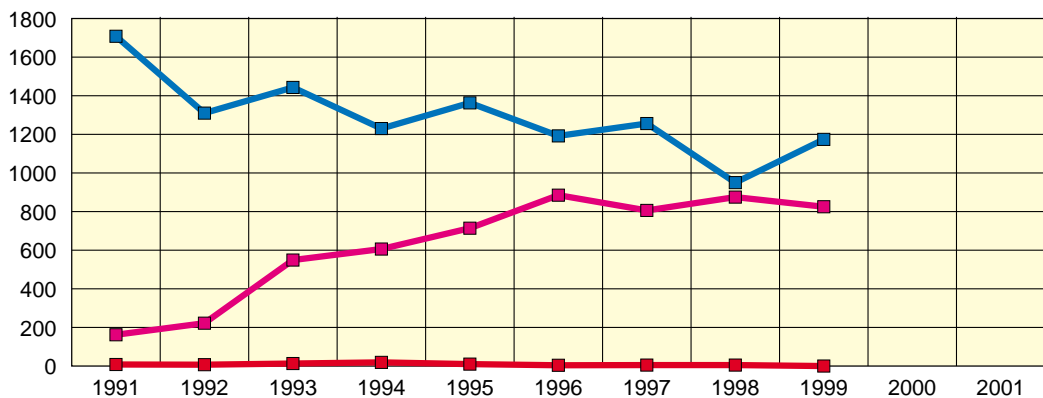
démographie, du recrutement et des limites techniques, occupent une importance particulière dans ces demandes de médicalisations secondaires.

- L'activité primaire s'est stabilisée depuis 1994 aux alentours de 1 200 interventions annuelles et représente actuellement environ 60 % du nombre total des transports par le S.M.U.R.

- L'activité secondaire représente actuellement près de 40 % du nombre des transports du SMUR.

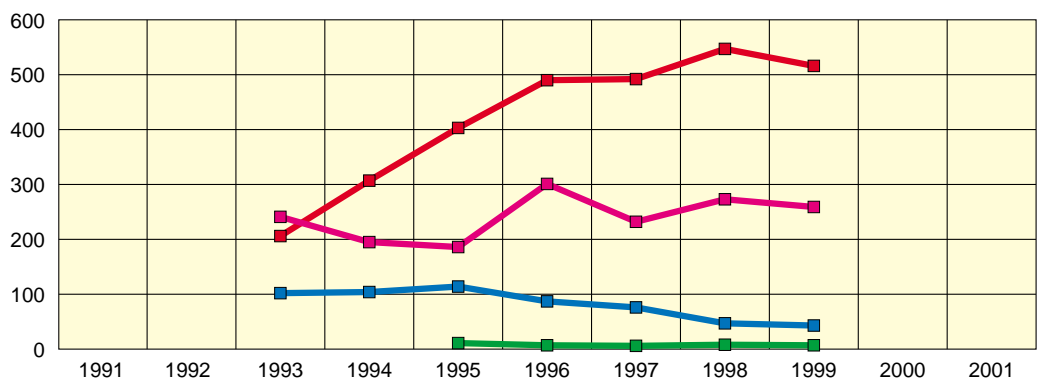
L'augmentation la plus considérable concerne la médicalisation des transferts des patients en provenance des Circonscriptions Médicales de l'Intérieur et des Iles et ce malgré l'ouverture en 1996 des Centres Hospitaliers Provinciaux de Poindimié et de Koumac. Ces missions longues (4 heures en moyenne) et répétitives nous ont contraint à mettre un médecin en astreinte la nuit à domicile. Ce tour d'astreinte est effectué, en plus des gardes sur places, à effectif constant. Une nuit sur deux le médecin d'astreinte est rappelé pour une évacuation sanitaire aérienne.

EVOLUTION DES INTERVENTIONS, PRIMAIRES, SECONDAIRES ET TERTIAIRES DEPUIS 1991



SMUR laires	1708	1310	1443	1230	1363	1192	1256	950	1174		
SMUR Ilaires	162	222	549	606	714	885	806	875	825		
SMUR Illaires	8	7	13	19	10	4	5	5	0		

EVOLUTION DES INTERVENTIONS SECONDAIRES DEPUIS 1991



Intra Muros			102	104	114	87	76	47	43		
Interhospitalier			241	195	186	301	232	273	259		
Hors Nouméa			206	307	403	490	492	547	516		
Hors Territoire					11	7	6	8	7		

LE SAMU EN QUELQUES CHIFFRES

(Comparaisons avec les moyennes nationales)

Centre 15 :

au nombre de 105, soit en moyenne un Centre 15 pour 570.000 habitants.

Les extrêmes vont de la Lozère (1 Centre 15 pour 72.000 habitants), au département du Nord (1 Centre 15 pour 2.533.000 habitants).

□ 39.000 affaires réglées par an en moyenne par Centre 15 en Métropole, soit **6.500 affaires par an pour 100.000 habitants.**

□ 14.000 affaires réglées en Nouvelle-Calédonie en 1999, soit **7.000 affaires par an pour 100.000 habitants.**

SMUR :

au nombre de 343 avec 650 UMH, soit en moyenne 1 SMUR pour 175.000 habitants et 1 UMH pour 100.000 habitants.

Les extrêmes vont de Mende (Lozère) (1 SMUR pour 72.000 habitants), à Perpignan (Pyrénées Orientales) (1 SMUR pour 371.000 habitants).

□ 1500 interventions par an en moyenne par SMUR en Métropole, soit **800 interventions annuelles par UMH.**

□ 2000 interventions en 1999 par le SMUR de Nouméa qui dispose d'une seule UMH.

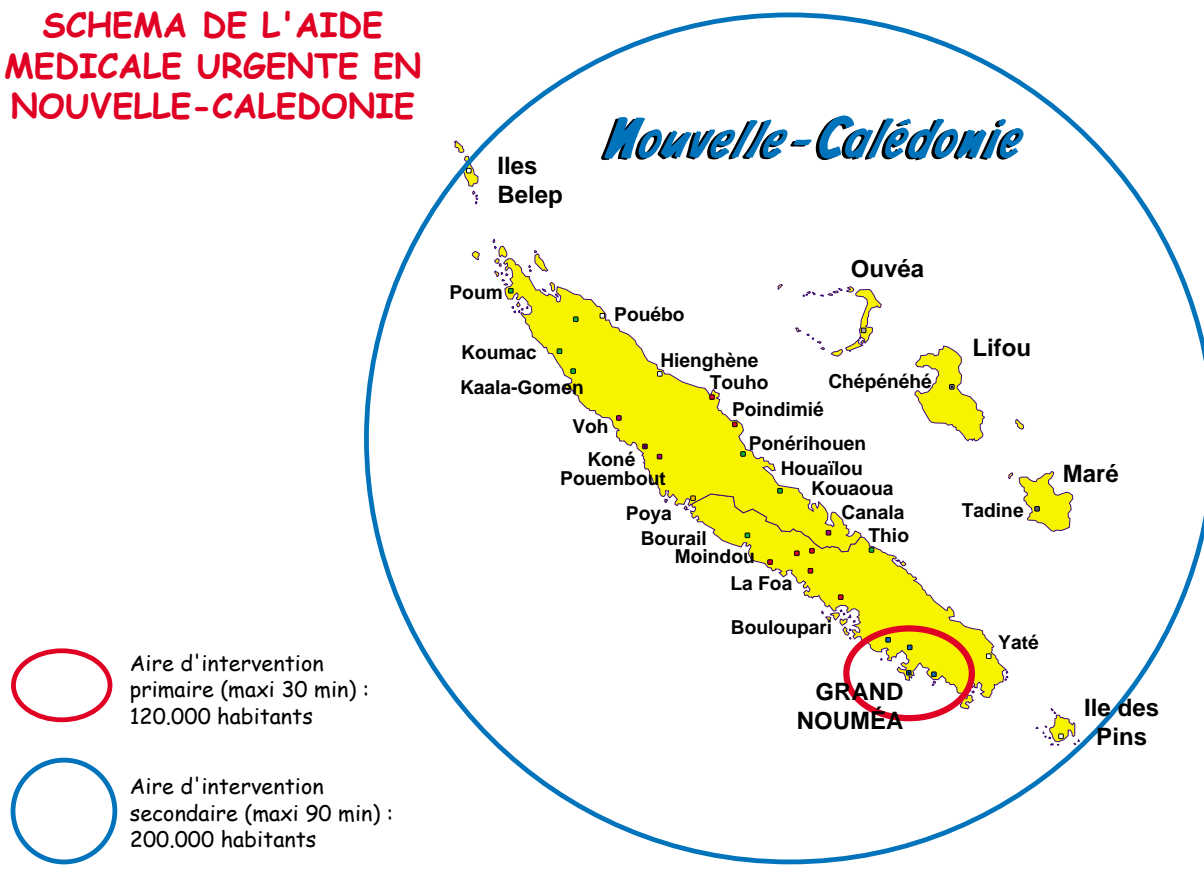
Particularités en Nouvelle-Calédonie :

555 interventions ont été effectuées en dehors du périmètre d'activité primaire en 1999; la durée moyenne de ces interventions est de 4 heures (durée moyenne d'une heure dans le périmètre d'activité primaire).

Au total, le SAMU de Nouvelle-Calédonie devrait disposer d'un SMUR composé de 2 UMH :

- 1 UMH à destination du Grand Nouméa, pour une population de 120.000 habitants (zone d'intervention primaire; délai maximal de 30 minutes)
- 1 UMH à destination des 80.000 autres habitants, (zone d'intervention secondaire; délai maximal de 90 minutes).

SCHEMA DE L'AIDE MEDICALE URGENTE EN NOUVELLE-CALEDONIE



LES ÉVACUATIONS SANITAIRES AÉRIENNES MÉDICALISÉES

Dr Sylvain RIBET

Le SAMU de Nouvelle-Calédonie gère la prise en charge des Urgences, non seulement de Nouméa, mais aussi d'un territoire s'étendant sur une superficie de 19.000 km², avec les Îles Loyautés, l'Île des Pins, les Îles Belep et l'Île Ouen pour l'essentiel, sans compter les nombreux îlots investis par les plaisanciers le week-end.

En ce qui concerne la Grande Terre, les distances et la configuration du réseau routier imposent le recours fréquent aux moyens aériens.

Pour cela il est fait recours à deux sociétés privées qui mettent à disposition un avion (AVIAZUR) ou un hélicoptère (HÉLICOCEAN). Le choix du vecteur est fait par le médecin régulateur du Centre 15 en fonction de la distance, de la présence ou non d'une piste d'atterrissage, des conditions météorologiques et de la disponibilité des appareils.

□ AVION

(57 % des évacuations sanitaires aériennes médicalisées, toutes en interventions secondaires)

Depuis plusieurs années et sans aucune convention, AVIAZUR met à la disposition du SAMU un avion et un pilote d'astreinte 24h/24h avec une grande assiduité. L'avion le plus souvent utilisé est un Cessna 406 Caravan (avec une porte cargo). Cet avion correspond bien aux besoins du SAMU. Rapidement débarrassé de ses sièges, il laisse un vaste espace permettant l'accès au patient. Le cas échéant, il permet le transport de deux patients allongés ou de l'incubateur de transport. En cas d'indisponibilité, nous recourons au Britten Norman, moins spacieux et moins rapide. Cet avion a l'avantage de pouvoir se poser aux îles Belep ou à Tiga, contrairement au Cessna.



En outre l'avion est le seul vecteur aérien civil disponible la nuit vers les destinations où la piste des aérodromes est éclairable (Touho, Koumac, Koné, Ouvéa, Lifou, Maré, Ile des Pins).

• Avantages :

- Rapidité.
- Disponibilité de jour comme de nuit par pratiquement tous les temps.
- Habitabilité satisfaisante pour mettre en condition le patient.
- Possibilité de prendre deux patients allongés ou d'éventuels accompagnants.

• Inconvénients :

- Nécessité d'un transfert de l'équipe et du matériel du CHT G. Bourret vers l'aérodrome de Magenta.
- Médicalisation du retour de l'aérodrome vers (le plus souvent) le CHT G. Bourret d'un patient parfois instable.
- Nécessité d'une piste adaptée (nécessairement éclairée pour les interventions la nuit), ce qui impose des transferts terrestres parfois longs (50 km entre le CHP de Poindimié et l'aérodrome de Touho, 30 km entre le dispensaire de Wé et l'aérodrome de Lifou et entre le dispensaire de Tadine et l'aérodrome de Maré par exemple).
- Vols pratiquement nécessairement à haute altitude dans un avion non

pressurisé, notion à prendre en compte en fonction de la pathologie.

Le Gardian est un avion type Falcon 200, de la Base Aéronavale de La Tontouta, auquel il est fait appel pour des évacuations sanitaires en provenance de Wallis et Futuna, du Vanuatu et parfois pour des transferts de type tertiaire vers l'Australie.

□ HÉLICOPTÈRE

(43% des évacuations sanitaires aériennes médicalisées, dont les 2/3 en interventions secondaires)

HELICOCEAN met à la disposition du SAMU un hélicoptère type Ecureuil AS 350 B monoturbiné et un pilote



pendant la période diurne, ceci comme pour l'avion sans aucune convention. Cet hélicoptère dédié exclusivement au SAMU est pré-équipé avec du matériel médical du SMUR, et est prêt à décoller pratiquement instantanément. Ceci est particulièrement intéressant pour l'activité primaire. Un tiers des interventions hélicoptérées correspond à

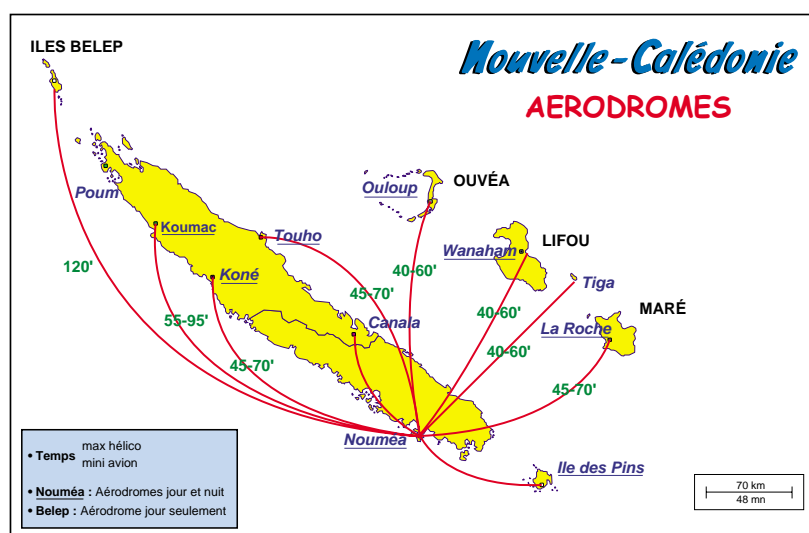


des interventions primaires dont le temps de vol moyen est de trente minutes. Le reste des interventions correspond à des interventions secondaires dans des endroits sans piste d'atterrissage (Bourail, Kouaoua, Houailou, Yaté, Poya, Voh); cela porte le temps moyen de vol par intervention à une heure et quinze minutes.

• Avantages :

- La rapidité de mise en œuvre (en 5 minutes, l'hélicoptère équipé se pose sur l'héliport proche de l'Hôpital G. Bourret).
- La possibilité de se poser près de l'Hôpital G. Bourret pour les retours permettant de réduire le temps de transfert routier. A noter que les temps de transfert aller et retour pourraient encore être améliorés par l'utilisation de l'hélistation aménagée sur le toit de l'hôpital, dont l'usage n'est réglementairement accordé qu'aux appareils biturbines.
- La maniabilité, permettant d'atterrir pratiquement partout, sur les

îlots, les routes et même sur certains cargos.



• Inconvénients :

- Le faible espace pour mettre en condition le patient pendant le vol; le patient doit être parfaitement stabilisé avant le transport, car il n'est pas possible de garder tout le

matériel à portée et l'accessibilité au patient est très réduite dans un Ecoreuil. Ceci n'est pas toujours évident lorsque les conditions météorologiques ou de nuit tombante imposent la rapidité.

- Le rayon d'action limité par rapport à l'avion imposant un ravitaillement pour les destinations comme Koumac, Pouébo, Poum et les Iles Belep.
- La relative lenteur (200 km/h contre 400 km/h pour le Cessna).
- La limitation par les conditions météorologiques imposant parfois d'interrompre une mission en cours.

- La limitation par la survenue de la nuit. Certaines interventions nécessitent le recours aux appareils de l'Armée.

- Il est fait appel à l'Ecoreuil de la Gendarmerie Nationale pour des hélitreuillages, soit sur des bateaux, soit dans des endroits inaccessibles. Le plus souvent cet hélicoptère est rapidement disponible, mais il n'est pas prééquipé en matériel médical et l'équipe médicale doit se réduire au seul médecin.

- Le Puma de la Base Aéronavale de La Tontouta permet de prendre en charge jusqu'à six patients allongés et peut être utilisé nuit et jour. Mais les délais de déclenchement sont en moyenne de trois heures et ce moyen n'est sollicité que dans des situations exceptionnelles.



LE SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES (S.A.U.) DU CENTRE HOSPITALIER TERRITORIAL GASTON BOURRET

Dr Pascale ROUHAUD-BRUZZI - Dr Xavier BERGE

Le déménagement du Service d'Accueil des Urgences (SAU) en février 2000 dans le nouveau Bâtiment P du CHT est pour nous l'occasion de rappeler la vocation de ce Service bien connu des calédoniens.

Qui n'a pas un jour franchi les portes d'un service d'Urgences? En Métropole un habitant sur six consulte chaque année dans une structure d'Urgences. On estime qu'en ce qui concerne l'agglomération du Grand Nouméa, plus d'un habitant sur quatre consulte chaque année dans ces structures. Les SAU des Hôpitaux Gaston Bourret et de Magenta sont les seules structures d'Urgences sur Nouméa et le Grand Nouméa, où des médecins de garde sur place, reçoivent et traitent tout patient, à toute heure et quelle qu'en soit la pathologie. Ils sont les pôles de référence de l'Urgence pour toute la Nouvelle-Calédonie, où convergent les patients les plus graves de l'Intérieur et des Iles. Le SAU du CHT Gaston Bourret est désormais étendu sur 900 m² comprenant sa propre Unité

d'Hospitalisation (UHCD). En réalité, seul le tiers de cette surface est disponible pour le secteur attribué aux soins; il comporte 5 salles d'examen dont 2 salles de déchocage, ainsi qu'une salle de plâtre. A l'entrée du service, dans la salle d'attente, l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) reçoit les patients et évalue brièvement, avec l'aide éventuel d'un médecin, la nature de leur pathologie et surtout la gravité de leur état. La priorité à l'examen médical est donc fonction de l'état clinique du patient et non de son ordre d'arrivée.

Après une forte augmentation de l'activité du SAU entre 1990 et 1997 (+50 % d'augmentation, et +80 % d'augmentation pendant la période de la garde), le nombre de passages annuels s'est stabilisé. On compte en moyenne aujourd'hui 26.000 passages par an qui se répartissent comme suit - 19.000 consultations (soit 73 % des passages avec dans 2/3 des cas recours au plateau technique; bilans sanguins, bilans radiologiques, actes de petite chirurgie...). En Métropole, 79 % des passages au SAU donnent lieu à une consultation.



- 7.000 hospitalisations (soit 27 % des passages dont 43 % en secteur chirurgical, 30 % en secteur médical, 17 % en UHCD et 6 % en Service de Réanimation - Soins Intensifs). En Métropole, 21,5 % des passages seulement donnent lieu à une hospitalisation.
- Aucune reconvoction n'est programmée au SAU; la suite des soins est effectuée en externe, en ville ou dans les services de consultations de l'Hôpital.

60 % des patients hospitalisés à l'Hôpital Gaston Bourret, ont d'abord été pris en charge au SAU. Ce mode de fonctionnement est tout à fait anormal et témoigne du peu d'efficacité des filières pré hospitalières en grande partie liée à la saturation chronique des Services : en Métropole, les admissions effectuées à partir du SAU ne représentent en moyenne que 30 % des hospitalisations totales.

Les médecins du SAU sont tous des urgentistes, ayant acquis une expérience dans les SAMU - SMUR de l'Hexagone.

Au SAU du CHT Gaston Bourret sont traitées toutes les pathologies des



adultes à l'exception de la Gynécologie Obstétrique et les pathologies chirurgicales de l'enfant (la Gynécologie - Obstétrique et les pathologies médicales de l'enfant de moins de 15 ans étant confiées au SAU du CHT de Magenta).



Malou, l'ourson préféré des petits patients du SAU : Et toi t'as mal où ?



Le service de Radiologie jouxte dorénavant le SAU, qui est également en étroite relation avec les services de Réanimation et de Soins Intensifs, ainsi qu'avec les blocs opératoires situés dans les étages supérieurs et avec lesquels les communications sont directes. Ceci est une amélioration considérable pour tous ceux qui ont connu le service des Urgences dans les anciens locaux. Un véritable accueil médicalisé, plus de confidentialité, plus de sécurité, des locaux plus adéquats et redimensionnés, plus de sérénité et de confort pour les patients en attente d'examen, font qu'aujourd'hui, et malgré les efforts qui restent à fournir, le Service d'Accueil des Urgences du CHT Gaston Bourret est à même de fournir des prestations similaires à ses homologues métropolitains.

L'UNITÉ D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE DU S.A.U. (U.H.C.D.)

Dr Jean-Michel LEVEQUE

L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée de l'Hôpital Gaston BOURRET est une Unité Fonctionnelle rattachée au Service d'Accueil des Urgences.

L'UHCD a été ouverte en mai 1994 afin d'améliorer le confort des patients reçus au SAU.

Deux populations distinctes de patients séjournent en UHCD :

1 - ceux en attente d'une place dans un Service d'Hospitalisation plus adapté. Il s'agit d'une catégorie de patients dont on sait dès l'admission qu'ils nécessiteront une hospitalisation et qui ne transitent en UHCD qu'en raison d'une saturation de l'Hôpital. Cette population représente 60 % des hospitalisations en UHCD.

2 - ceux nécessitant une surveillance de quelques heures à l'issue desquelles, en fonction de l'évolution clinique et/ou des résultats des examens paracliniques, ils seront soit transférés dans un Service, soit autorisés à regagner leur domicile. Cette population représente les 40 % restants des hospitalisations en UHCD.

A sa création il y a 6 ans, huit lits laissés vacants par le regroupement des Spécialités Chirurgicales lui ont alors été attribués. En raison de l'éloignement et de l'architecture des locaux initialement affectés, l'UHCD a, les premières années, joué plus le rôle d'une Unité de Médecine Polyvalente que son rôle propre de surveillance de courte durée. Dans sa nouvelle configuration au sein du Bâtiment P, elle comporte 8 boxes de 5 à 10 m² distribués autour d'une cellule de

soins, sur une superficie totale de 100 m². Il n'a été prévu qu'un seul bloc sanitaire commun aux 8 boxes, en raison de l'exiguïté des locaux et de la vocation de transit temporaire de cette Unité.

Dans l'idéal, l'UHCD devrait chaque jour être totalement libérée pour permettre l'accueil d'une partie des 20 patients hospitalisés quotidiennement en moyenne à partir du SAU. Dans le contexte actuel de sursaturation des Services de l'Hôpital les patients y séjournent en moyenne encore près de 48 heures.

5% des patients reçus au SAU séjournent dans l'UHCD. En moyenne actuellement chaque jour, 4 à 5 patients y sont admis. On estime à 1500 le nombre de personnes qui y auront transité en l'an 2000.

LE SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DE L'HOPITAL DE MAGENTA

Dr Éric MICHOUPLIER



Le système de santé calédonien s'est doté, pour l'agglomération du Grand Nouméa (120.000 habitants), de plusieurs structures de soins d'urgence. L'Hôpital de Magenta répond à l'urgence pédiatrique non chirurgicale et gynéco-obstétricale.

Historiquement, les urgences pédiatriques et gynéco-obstétricales ont été gérées à part depuis l'acquisition des locaux de la clinique de Magenta par le CHT et l'installation dans ses murs du pôle « mère/enfant ».

Jusqu'en 1991, les pédiatres et les gynécologues des services, appelés par l'infirmier(e) quittent leur activité du moment pour répondre au coup par coup à l'urgence. Puis,

l'accueil des urgences fut confié à un pool d'étudiants et de médecins généralistes rompus à la Pédiatrie et à la Gynécologie-Obstétrique sous la responsabilité du Dr Charles MENAGER, Chef du Service de Pédiatrie.

En 1992, l'hôpital améliore ce système en intégrant progressivement des généralistes formés. La structure urgentiste définitive de Magenta remonte à 1994, date à partir de laquelle l'urgence pédiatrique et gynéco-obstétricale n'est plus assurée que par des médecins seniors, solidement implantés dans les habitudes du CHT et dans la connaissance des populations.

En 10 ans la fréquentation annuelle est passée de moins de 10.000 à près de 15.000 actuellement, avec

une activité pédiatrique prédominante (plus de 3/4 des passages). Il nous revient de traiter en ambulatoire les cas les plus simples, avec l'assistance d'un large plateau technique : radiologie, échographie, biologie, avis spécialisés. Il nous revient aussi de décider d'une hospitalisation pour les cas complexes ou graves (17 % des passages totaux conduisent à une hospitalisation, mais lorsque le motif de consultation est gynéco obstétrical, la proportion d'hospitalisées est d'un tiers).

Les Urgences de Magenta, accueil des urgences authentiques mais aussi par la force des choses, « Super Dispensaire », trouvent naturellement leur place à l'interface entre le public et l'hôpital. ■

(Brève) BIBLIOGRAPHIE DE MEDECINE D'URGENCE EN NOUVELLE-CALÉDONIE

ANGIBAUD G., LEVEQUE J-M., LAURENT D., GAULTIER C.

Manifestations neurologiques consécutives à la consommation d'un coquillage du lagon calédonien.
Rev. Neurol., 2000, 156 : 1, 65-66

BARRÉ M.

Réflexions sur la mise en place d'un hélicoptère en Nouvelle-Calédonie.
Thèse. Médecine. Tours, 2000.

BASTIAN F.

L'Urgence en Nouvelle-Calédonie.
Thèse. Médecine. Caen, 1994.

BERGE X.

Le SAMU en Nouvelle-Calédonie.
La Revue des SAMU, 1999, 21, 5, 125-127.

BATTARD P.

Le Plan Rouge en Nouvelle-Calédonie.
Mémoire. Capacité de Médecine de Catastrophe. Lyon I, 1999.

BERGE X.

A propos d'un enregistrement d'un acte personnel de régulation.
Mémoire. Diplôme Universitaire de Régulation Médicale dans un CRR. Créteil, 1998.

CREMADES A.

Évacuations sanitaires secondaires aéroportées en Nouvelle-Calédonie.
Thèse. Médecine. Pitié Salpêtrière (Paris VI), 1992.

LEVEQUE J-M.

Médecine de Catastrophe en Nouvelle-Calédonie.
Mémoire. Capacité de Médecine de Catastrophe. Lyon I, 1999.

LEVEQUE J-M.

Intoxication par les produits de la mer. A propos d'un cas mortel d'intoxication par coquillages en Nouvelle-Calédonie.
Mémoire. Diplôme Universitaire de Toxicologie Médicale. Lyon I, 1998.

LEVEQUE J-M.

Particularités de l'Aide Médicale Urgente en Nouvelle-Calédonie.
Mémoire. Capacité d'Aide Médicale Urgente. Poitiers, 1996.

MORY A.

Intoxication au tétrodon au C.H.T. de Nouvelle-Calédonie en 1996. A propos de 4 cas.
Mémoire. Capacité d'Aide Médicale Urgente. Angers, 1997.

PERRAUD V., PECONTAL J-M., SEBAT C.

A propos d'un cas de plaie de la face par flèche de fusil sous-marin.
Réan. Soins Intens. Med. Urg., 1994 : 10, 122-124

RIBET S.

Potentiel des indications de l'oxygénothérapie hyperbare en Nouvelle-Calédonie.
Mémoire. Diplôme Inter Universitaire de Médecine Subaquatique et Hyperbare. Aix Marseille II, 1997.

SEBAT C.

Les accidents de plongée en Nouvelle-Calédonie ; Prise en charge ; Comparaison avec la Polynésie Française.
Mémoire. Diplôme Inter Universitaire de Médecine Subaquatique et Hyperbare. Aix Marseille II, 1996

SEBAT C., LABBE J.L., BARNY F., ARENE L.

Étude sur un an des traumatismes du rachis ayant nécessité une hospitalisation au C.H.T. de Nouvelle-Calédonie
La Revue des SAMU, 1995, 1, 7-18.

SEBAT C.

Étude sur un an de la prise en charge des traumatismes du rachis hospitalisés au C.H.T. de Nouvelle-Calédonie. Étude de 39 cas.
Mémoire. Capacité d'Aide Médicale Urgente. Poitiers, 1995.

SEBAT C., NOEL M., BARBE C., FARDEAU V., LEVENES H., ARENE L.

Mise en alerte d'un Service d'Urgence lors d'une suspicion d'histoplasmosse collective en Nouvelle-Calédonie.
La revue des SAMU, 1994 : 6, 200-204.

SEBAT C., PECONTAL J-M., SAINT LANNE S., RICHARD A., DELAUNAY C.

Choix du moyen de transport dans le cadre d'un accident de la voie publique grave à Thio, Nouvelle-Calédonie. A propos de l'intervention du 18 mai 1991.
Urgences Médicales, 1993 : 12, 38-40



EPILOGUE

L'Association des Médecins Urgentistes de Nouvelle-Calédonie a été créée afin de promouvoir la Médecine d'Urgence sur le Territoire.

Depuis une quinzaine d'années en Métropole — et depuis 10 ans en Nouvelle-Calédonie — cette discipline a évolué sur la voie de la professionnalisation et de la spécialisation. Pour autant celle-ci ne peut, ni ne doit être confinée au seul secteur hospitalier.

Les particularités géographiques et démographiques du Territoire ne permettent pas de maillage hospitalier serré comme cela existe en Métropole. De ce fait et depuis longtemps, la prise en charge de l'Urgence en Nouvelle-Calédonie est le fait de tous les acteurs médicaux présents et non le fait exclusif d'équipes spécialisées.

La Médecine d'Urgence est en évolution permanente, tant sur le plan des connaissances que sur celui d'acquis techniques et thérapeutiques exigeant une remise à niveau et une formation constantes. L'organisation d'un congrès est l'un des volets de la formation continue. En Nouvelle-Calédonie, il

n'en a encore jamais été organisé centré sur le thème de l'Urgence. Nous avons le plaisir de vous annoncer l'organisation à Nouméa des **Premières Journées de Médecine d'Urgence du Pacifique**, les 5, 6 et 7 avril 2001 dans les locaux du siège de la Communauté du Pacifique (ex CPS).

Celles ci seront animées par les spécialistes métropolitains et étrangers parmi les plus reconnus en Médecine d'Urgence. Nous souhaitons que les sujets abordés intéresseront l'auditoire le plus large parmi les confrères locaux et que puissent s'y adjoindre nos confrères polynésiens, dont les problématiques en matière d'Urgence sont très proches. Nous sommes heureux de pouvoir vous convier dès à présent à cette manifestation dont nous espérons qu'elle satisfera à votre attente. Nous comptons sur vos réflexions pour en définir le contenu final. Toutes les informations concernant ces Journées sont doréna-

vant disponibles sur notre site Internet à l'adresse suivante :

<http://www.samu.asso.nc>

Vous retrouverez par ailleurs sur ce site des protocoles diagnostiques et thérapeutiques adaptés à l'environnement local élaborés à partir des conférences d'experts et des conférences de consensus les plus récentes en Médecine d'Urgence.

Formulons le vœu qu'au cours de la prochaine décennie cette mission de prévention et de formation du SAMU puisse s'effectuer au travers de la création d'un Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) afin de diffuser auprès du grand public (dès la période scolaire) comme aux professionnels, les bases d'une véritable culture du Secours selon l'exemple anglo-saxon.

Nous profitons enfin de cette tribune pour souhaiter à toutes et à tous, avec un peu d'avance, nos meilleurs vœux pour ce début de troisième millénaire.





LE CHT

des équipes au service de tous



*Plus de 1250 salariés, dont environ 100 médecins ;
Des interventions SMUR sur tout le territoire ;
Des spécialistes à votre écoute ;
Des hommes, des femmes de tous les métiers ;
se mobilisent pour vous, autour de vous ;
24 heures sur 24, 365 jours par an.*



A M U N C *

**ASSOCIATION DES MEDECINS
URGENTISTES DE NOUVELLE-CALÉDONIE**

B.P. J5 - 98849 NOUMEA CEDEX

Tél. : 25.67.15

Fax : 25.66.85

E-mail : amunc@canl.nc

Site Internet : www.samu.asso.nc