



LIVRE BLANC

LIVRE BLANC

Organisation de la médecine d'urgence en France :
un défi pour l'avenir

Les propositions de Samu-Urgences de France



SOMMAIRE

A. LA RÉPONSE ACTUELLE AUX SOINS URGENTS ET NON PROGRAMMÉS	6
I. Les structures de Médecine d'urgence	6
1) Les Samu-Centre 15	6
2) Les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (Smur)	7
3) Les Structures des urgences (SU)	8
II. La médecine libérale	9
1) Lors de la permanence des soins ambulatoires	10
2) Hors horaires de permanence des soins ambulatoires	11
III. SOS Médecins	11
IV. La réponse toxicologique d'urgence (RTU) :	11
V. Secours et Soins : une complémentarité exemplaire	12
B. ÉVOLUTION DES BESOINS DE SANTÉ EN URGENCE	12
I. État des lieux	12
1) La relative stabilité des urgences vitales, l'augmentation des autres urgences	12
2) Le déclin de la traumatologie routière	13
3) Les nouvelles priorités des urgences	13
4) De nouveaux contextes : vieillissement, handicap, exclusion sociale, fin de vie, hospitalisation à domicile ...	14
5) L'exigence des patients et de la société en termes de qualité-sécurité	15
6) Urgences et situation sanitaire exceptionnelle (SSE)	16
7) L'urgence psychiatrique	16
8) La concentration de l'offre de soins spécialisés	17
9) Les urgences comme dispositif anti-crise	17
II. Les évolutions majeures du système de santé	17
C. L'URGENCE, LA MÉDECINE D'URGENCE ET L'URGENTISTE	18
D. L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE D'URGENCE DOIT ÉVOLUER	20
E. CONSTRUIRE LA MÉDECINE D'URGENCE DE DEMAIN	22
I. De nouveaux outils :	22
1) Les structures de médecine d'urgence du XX ^{ème} siècle.	22
a) Le Service d'Aide Médicale Urgence (Samu)	22
b) Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation	27
c) Les Médecins correspondants de Samu (MCS).	30
d) Les Structures des Urgences (SU)	31
2) La permanence des soins ambulatoires doit évoluer pour répondre aux besoins	36
II. Une nouvelle organisation	37
1) Territoire de santé d'Urgence	37
2) Plate-Forme de régulation médicale « Samu-Santé-113 »	38
3) Médicalisation pré-hospitalière	38
4) Structures des urgences	38
5) Pérennité des Soins, une (r)évolution	39
6) Cadre réglementaire et pilotage du dispositif	39
III. De nouveaux professionnels	40
1) Quel urgentiste demain ?	40
a) Un médecin spécialiste reconnu	40
b) Un médecin hospitalier	40
c) Un médecin engagé	41
d) Un médecin recentré sur son exercice médical	42
2) Infirmier(e) des urgences et transferts de tâches	42
3) Les autres partenaires de la médecine d'urgence	43
4) Des professionnels en nombre suffisant	43
F. LES 20 PROPOSITIONS DE SAMU-URGENCES DE FRANCE	44
G. EN CONCLUSION	45

« Voir les structures de médecine d'urgence comme une solution et non comme un problème ! »¹

L'organisation actuelle de la médecine d'urgence ne permet plus, et ne permettra pas demain, de faire face aux inéluctables évolutions des besoins de soins et de notre système de santé. Les crises successives auxquelles sont confrontés les services d'urgence (grippe, canicule, fermeture estivale de services ...) ne sont que la partie immergée de l'iceberg. Le mal est plus profond !

Notre système, initialement conçu pour répondre aux drames de la traumatologie routière doit maintenant répondre à des besoins de santé différents : des pathologies nouvelles (pathologies cardio-vasculaires et neurologiques, complications aiguës des cancers et des maladies chroniques ...), de nouveaux contextes (vieillesse, handicap, exclusion sociale, fin de vie, hospitalisation à domicile ...), la concentration de l'offre de soins et des plateaux techniques, l'exigence des patients et de la société en terme de qualité / sécurité des soins ...

L'urgence en matière de santé est définie par le patient lui-même ou par son entourage, inquiet devant des signes d'apparition brutale, mais aussi lorsqu'il ne trouve pas de réponse ailleurs à son problème de santé. Dès lors l'urgentiste doit avoir les compétences requises et les « outils » nécessaires pour assurer, avec le maximum d'efficacité et de sécurité pour les patients, le juste soin pour tous les types d'urgence.

Demain, le recours aux structures de médecine d'urgence continuera à augmenter avec une réponse hospitalière qui n'est plus adaptée.

Demain, le patient de plus en plus acteur de son parcours de santé peinera à trouver des professionnels de santé et devra être guidé pour se diriger vers la bonne filière de soins.

Devant les limites actuelles de la réponse à la demande de soins urgents, devant la mise en place attendue du parcours de santé et devant les défis liés à l'évolution de la médecine et de la société, il serait irresponsable de ne pas proposer une évolution de l'organisation de la médecine d'urgence dans les années qui viennent. Samu-Urgences de France entend, comme représentation professionnelle responsable, interpellier les pouvoirs publics et la société afin que notre système de santé puisse continuer à garantir à tous le juste soin en situation d'urgence.

A cette fin, Samu-Urgences de France propose 20 actions, couvrant tous les champs de la médecine d'urgence, pour que demain nos concitoyens continuent à avoir, en urgence, des soins de qualité.

¹ M Giroud. « Historique, évolutions récentes et perspectives de la prise en charge des urgences ». Les urgences : un symptôme des changements de la société ? SciencesPo Chaire Santé 2014



Il est devenu banal d'annoncer que les structures d'urgence sont surchargées ...

Au cours de ces dix dernières années (données SAE² 2003-2013), l'activité des Services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) a augmenté de 12% pour atteindre 763 844 interventions (dont 78% primaires) et celle des services d'urgence de 29% témoignant de l'admission de 18,6 millions patients en 2014.

Sur une période plus courte (2008-2013), l'augmentation des hospitalisations en UHCD a été de 9% atteignant un taux d'occupation de 98% (1 589 397 journées d'hospitalisation pour 4443 lits).

Enfin, concernant les Samu-Centre 15 (données SAE 2007-2014), le nombre d'appels a augmenté de 10% (31 millions d'appels en 2014) et le nombre de dossiers de régulation médicale de 31 % (13 128 068 DRM en 2013).

Même si, de toute évidence, il y a des doublons (la même personne ayant appelé le Samu-Centre 15 a parfois, mais naturellement pas toujours, été prise en charge par le Smur puis admise aux urgences), ce sont, en 2013, **plus de 33 millions de cas médicaux de patients pris en charge par les structures de médecine d'urgence ...**

Devant une telle situation, plutôt que de s'interroger sur une nécessaire mise en adéquation des moyens et des besoins, nombreux sont ceux qui proposent, souvent sous la forme d'incantation, des solutions qu'ils pensent innovantes, mais qui reposent, en fait, sur un déni de la réalité. Il en va des urgences comme de l'équipe nationale de football, chacun a son avis sur sa composition et son jeu et critique la situation actuelle ... Et si, **plutôt que de voir la fréquentation des structures de médecine d'urgence comme un problème, nous l'envisagions comme une solution à la légitime demande des soins urgents de la population ?**

C'est dans ce contexte que Samu-Urgences de France réalise une analyse de la situation actuelle et propose des solutions et des pistes de réflexion pour l'avenir, en (re)mettant le patient au centre de nos préoccupations dans une logique de parcours de soins, de sécurité et de qualité de prise en charge c'est à dire de **juste soin**.

Les patients recourent aux structures d'urgence parce qu'ils ressentent un besoin réel et pressant de soins et parce qu'ils ont confiance dans ces structures. Il ne s'agit pas, pour les autorités de santé, de nier cette réalité, ni d'essayer de la contourner, mais bien d'y faire face.

² Statistique Annuelle des Etablissements

A. LA RÉPONSE ACTUELLE AUX SOINS URGENTS ET NON PROGRAMMÉS

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les trois fonctions fondamentales d'un système de santé sont d'améliorer la santé de la population, de répondre à ses attentes en matière sanitaire et de fournir une protection financière en cas de maladie ou de séquelles. La médecine d'urgence répond aux deux premières quels que soient les pays³. Elle est également au cœur de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles se développant au gré des échanges mondiaux et deviennent une priorité de santé publique.

Les urgences constituent un des défis les plus difficiles à relever pour les pays à niveau de vie élevé et aucun d'entre eux ne peut se vanter d'avoir mis en place un système parfait pouvant servir de modèle aux autres. Ainsi aux USA, au Canada, au Royaume-Uni par exemple, mais aussi dans d'autres pays européens, les urgences sont souvent au cœur de la problématique de la santé. Au regard de ce problème mondial, la France figure plutôt parmi les pays qui ont de bons résultats et la meilleure accessibilité aux soins⁴. L'organisation et les idées françaises sont ainsi partagées par de nombreux pays en Europe, en Amérique du Sud, en Afrique et plus récemment en Asie. Leur intérêt pour l'organisation française est d'autant plus grand que ces pays, au fort potentiel de développement, ne sont pas tributaires d'organisations antérieures, de la volonté dogmatique de promouvoir un système plutôt qu'un autre ou de l'action de lobbies peu préoccupés de santé publique.

Les effecteurs de réponse aux soins urgents et non programmés

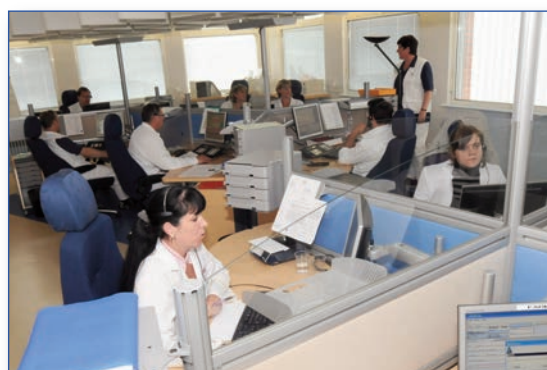
Actuellement, la réponse aux soins urgents et non programmés est assurée essentiellement par les structures de médecine d'urgence et la médecine générale libérale dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.

I. Les structures de Médecine d'urgence⁵ :

Les structures de médecine d'urgence assurent une mission de service public. Elles comportent les Samu-Centre 15, les services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) et les Services des urgences ou structures des urgences (SU).

1) Les Samu-Centre 15 :

Le Samu est un service hospitalier dont les missions sont définies par voie réglementaire⁶. L'aide médicale urgente est une mission de service public assurée par un établissement de santé qui garantit un égal accès à des soins de qualité pour tous et en tout point du territoire. Le Samu a pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence et dans cet objectif :



- ▶ assure une écoute médicale permanente, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (24/7),
- ▶ détermine et déclenche la réponse la plus adaptée à l'appel dans le délai le plus rapide,

³ Médecine d'urgence dans le monde. P. Leveau. EMC – médecine d'urgence, 2015, Elsevier Masson

⁴ L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde. Rapport sur la santé dans le monde (2000)

⁵ F. Braun. « organisation de la médecine d'urgence en France ». La Revue du Praticien 2015 ; 65 :34-40

⁶ Loi du 6 janvier 1986 relative à l'Aide Médicale Urgente et aux transports sanitaires

- ▶ s'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient,
- ▶ organise, le cas échéant le transport du patient et son accueil hospitalier.

Par ailleurs, le Samu :

- ▶ participe à l'élaboration des plans de secours et à la prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles,
- ▶ contribue à la formation initiale et continue des acteurs en santé au sein des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU).

Pour assurer une écoute médicale permanente, le Samu dispose d'un centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) doté d'un numéro d'appel national unique depuis 1978, le "15". On parle alors de Samu-Centre 15.

Le fonctionnement d'un Samu-Centre 15 répond à des recommandations professionnelles⁷⁸. L'appel est initialement pris en compte par un assistant de régulation médicale (ARM) chargé d'identifier le lieu de la détresse, l'appelant et la nature de l'appel. Cet appel est ensuite pris en charge par un médecin régulateur (MR) qui, tout en questionnant l'appelant et si possible le patient lui-même, va déterminer le besoin de soins et engager les moyens nécessaires : c'est "l'acte I" de la régulation médicale, acte de télé-médecine, reconnu au niveau réglementaire et ordinal. Il est important ici de souligner que l'engagement de moyens peut se faire pendant le dialogue avec l'appelant et que l'interrogatoire médical ne retarde pas l'intervention d'une équipe, qui est déclenchée pendant que la discussion se poursuit. Le MR a également un rôle de conseil auprès d'un témoin ou du patient lui-même sur des gestes à faire avant l'arrivée des moyens secouristes et/ou sanitaires : cette aide aux gestes par téléphone, à laquelle ARM et MR sont formés, est particulièrement importante lors d'un arrêt cardiaque par exemple. La suite de l'intervention ("acte II" de la régulation médicale) est assurée par les ARM et les MR afin d'organiser le suivi de l'appel et si besoin, le transport et l'admission du patient en établissement de soins. A ce stade, le MR va pouvoir conseiller les équipes sur place et surtout diriger le patient dans la bonne filière de soins.

En 2015, 102 Samu-Centre 15 assurent en permanence la réponse téléphonique sur le territoire national via leur Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA). En fonction de la population qu'ils prennent en charge, leur activité varie de moins de 15 000 à plus de 370 000 dossiers de régulation médicale (DRM) par an. Récemment, le Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) a défini deux niveaux de faible activité : moins de 25 000 et moins de 50 000 DRM annuels. En deçà de ces nombres de DRM, le CNUH propose de mutualiser tout ou partie de cette activité avec un Samu-Centre 15 proche afin de maintenir une activité de régulation médicale, surtout en période nocturne, compatible avec la qualité et la sécurité des prises en charge. Actuellement, 25% des CRRRA traitent moins de 50 000 DRM. Seul le CRRRA de Besançon (Doubs) a une emprise régionale et 3 départements (42-64-76) disposent de plus d'un CRRRA.

2) Les services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (Smur) :

Le décret du 2 décembre 1965 définit l'organisation hospitalière des secours d'urgence et impose aux 234 hôpitaux habilités à recevoir les accidentés de la route, de se doter, en permanence, d'au moins une ambulance servie par un ambulancier et un infirmier ou un médecin. Ce texte est considéré comme l'acte fondateur du Smur même si certains pionniers avaient déjà mis en place de telles structures⁹.

⁷⁸ Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Recommandations de bonne pratique (2011)

⁸ Guide d'aide à la régulation médicale au Samu-Centre 15. SFEM, 2^{ème} édition (2009)

⁹ Anesthésie, analgésie, réanimation, Samu. Notre histoire de 1945 aux années 2000. Tome II, le Samu. Club de l'histoire de l'anesthésie et de la réanimation. Edition Glyphe, Paris (2015)

Equipe de réanimation envoyée directement sur les lieux d'une détresse, l'équipe du Smur est réglementairement composée d'un médecin urgentiste, d'un infirmier et d'un ambulancier. Dans le cadre des moyens hélicoptérés du Smur (HéliSmur), le pilote remplace l'ambulancier.

La mission du Smur, déclenché par le Samu-Centre 15, est la prise en charge, sur place, en dehors de l'hôpital, des détresses médicales, la réalisation de soins d'urgence avant et pendant le transport du patient vers l'établissement adapté, désigné par le Samu.



Equipées de tout le matériel de réanimation nécessaire, les moyens d'intervention du Smur (appelés unités mobiles hospitalières), sont des ambulances de réanimation, des véhicules légers médicalisés ou des HéliSmur.

Réduire l'intervalle libre médical : L'un des objectifs de l'organisation de l'aide médicale urgente (AMU) est de réduire le temps entre l'appel et les soins spécialisés, délivrés au patient.

Les **428 Smur** couvrent le territoire national et assurent près de 800 000 interventions par an. Ces Smur représentent plus de 700 équipes terrestres et 42 HéliSmur. Leur activité va de moins de 100 interventions annuelles à plus de 16 000 (SAE 2012). Vingt six Smur sont implantés dans un établissement ne disposant pas d'une structure des urgences. Les équipes de réanimation des Smur sont la seule réponse à l'exigence de soins urgents spécialisés en moins de 30 minutes pour tous les français (actuellement 98 % de la population).

Nombre d'interventions	1-500	500-1000	1000-1500	1500-3000	3000-4500	4500-6000	6000-9000	>9000
Nombre de Smur	80	129	63	85	37	12	11	10

Dans les rares zones situées au delà des 30 minutes d'accès, les 265 Médecins Correspondants de Samu (MCS) apportent les premiers soins en attendant l'arrivée d'une équipe hospitalière. Ce rôle de MCS peut être assuré par un médecin sapeur pompier volontaire dès lors qu'il répond aux exigences de formation et de compétences d'un MCS et qu'il s'inscrit comme effecteur de la régulation médicale du Samu-Centre 15.

3) Les Structures des urgences (SU) :

Service hospitalier, la SU assure la prise en charge des "venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique". Les SU sont une porte d'entrée essentielle dans le parcours de soins.



Les décrets 95-647 du 9 mai 1995 et 97-615 du 30 mai 1997 structuraient les services des urgences en différents niveaux : Service d'accueil et de traitement des urgences, antenne d'accueil de

traitement et d'orientation des urgences et pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences qui laissent la place aux SAU (service d'accueil des urgences), UPATOU (unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation des urgences) et POSU (pôle spécialisé des urgences), eux-mêmes supprimés par les décrets du 22 mai 2006 (2006-576 et 2006-577) instaurant l'appellation unique de « **structure des urgences** ». Dès lors, tous les services, quelle que soit leur activité, doivent répondre aux mêmes missions et au même cahier des charges.

L'augmentation d'activité des SU et la diversité des pathologies prises en charge a rapidement nécessité une organisation rigoureuse afin de toujours répondre, en priorité, aux détresses médicales. La prise en charge, au fil de l'eau, des patients se présentant dans une SU n'est plus être un mode de fonctionnement pertinent. L'époque du « premier arrivé / premier servi » n'est plus de mise et une formalisation de l'accueil, autour de l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA), est mise en place. L'IOA représente le premier soignant rencontré dès l'arrivée aux urgences à l'exception des patients pris en charge par le Smur. Infirmier(e) expérimenté(e) et formé(e) à ce poste, l'IOA va rapidement, à l'aide d'un examen et d'outils de classification et de triage, évaluer la « charge en soins » nécessaire pour chaque patient afin de déterminer la priorité de prise en charge et l'orientation du patient au sein du service. L'IOA est aidé(e), dans cette mission, par un urgentiste référent.

La SU est généralement organisée en filières de prise en charge disposant souvent de locaux et de personnels spécifiques. La salle d'accueil des urgences vitales prend en charge les patients graves. Elle est réglementaire dans une SU tout comme une filière de prise en charge pédiatrique. On retrouve habituellement aussi une filière "courte" de prise en charge rapide, une filière "longue" (patient nécessitant plusieurs examens complémentaires et devant être hospitalisé) et lorsque cela est nécessaire une filière de simple consultation, une filière psychiatrique ... Les patients relevant de pathologies spécifiques et bien identifiées (syndrome coronaire aigu, accident vasculaire cérébral, gynéco-obstétrique, chirurgie de la main ...) sont habituellement directement dirigés par le Samu-Centre 15 vers les services concernés. Une telle organisation permet une prise en charge rapide des patients : selon une récente enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, la moitié des patients restent moins de deux heures dans la SU.

Aujourd'hui, 655 établissements de santé assurent la prise en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (24/7) de soins urgents et non programmés au sein d'une Structure des Urgences. La grande majorité (80%) appartient au service public hospitalier. Leur activité va de moins de 10 000 à plus de 75 000 passages. Il n'y a pas lieu de distinguer une gradation des services d'urgences hospitaliers, la gradation, nécessaire, est celle de l'établissement siège de la SU : elle répond à une logique de distribution territoriale des plateaux techniques.

Nombre de passages	1-10000	10000-20000	20000-30000	30000-40000	40000-50000	50000-75000	>75000
Nombre de services	69	220	141	78	59	66	24

II. La médecine libérale :

Plus de 20% des patients déclarent venir aux urgences par défaut (absence d'autre solution)¹⁰, l'absence du médecin traitant étant citée par 6% des patients et l'impossibilité de trouver rapidement un rendez-vous pour des examens complémentaires par 5%.

¹⁰ DREES. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Etudes et résultats n°889. Juillet 2014

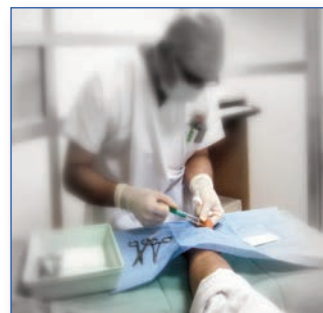
1) Lors de la permanence des soins ambulatoires :

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) couvre les nuits et les week-ends (ainsi que les jours fériés) à des horaires définis.

Dans son enquête annuelle (2014) sur la permanence des soins en médecine générale le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) souligne que *« même si ... l'enquête démontre que les médecins ont globalement fait face à leurs responsabilités envers la population, de nombreux indicateurs laissent à penser qu'à moins d'une remise à plat et de réelles concertations entre les responsables des schémas d'organisation (Etat, ARS) et les acteurs de terrain, la situation pourrait se dégrader. »*

Dans ce rapport, le CNOM rappelle que les usagers réclament que leurs demandes de soins non programmés aux horaires de PDSA continuent à être prise en compte mais souligne que :

- ▶ des maisons médicales de garde ne sont plus créées et les maisons existantes sont fragilisées,
- ▶ la resectorisation a atteint ses limites,
- ▶ l'arrêt de la garde en nuit profonde (minuit - 7h30) se poursuit à un rythme soutenu sans que la régulation médicale libérale soit développée.
- ▶ une effectif mobile semble plus que jamais nécessaire, que ce soit en complément d'un effectif posté pour des visites incompressibles ou pour assurer, y compris en nuit profonde, une prise en charge à des patients dont l'acheminement en transport sanitaire vers les services d'accueil des urgences n'est ni nécessaire, ni souhaitable.



Globalement, le nombre total de médecins régulateurs généralistes libéraux n'a pas progressé, et en nuit profonde il n'y a pas de médecin régulateur libéral dans 1/3 des départements : la régulation médicale y est donc assurée par le médecin régulateur urgentiste du Samu-Centre 15. Notons également que dans les 2/3 des départements, la régulation médicale de la PDSA ne dispose pas de numéro spécifique, cette régulation médicale étant assurée par le « 15 ».

Enfin, le CNOM rappelle *« que tout acte médical pendant les périodes de la permanence des soins est censé être régulé en amont et que toute intervention médicale doit être déclenchée par un médecin régulateur exclusivement dédié à cette activité », or « plus d'un acte sur deux réalisé en PDS n'est pas régulé en amont ».*

Concernant la réponse à la PDSA, 67 % des territoires s'arrêtent de fonctionner à minuit. Dans 47 départements, l'arrêt concerne plus des trois-quarts du territoire...

Les 414 lieux d'effectif fixe de la PDSA ne couvrent que 27% des territoires de PDS et ferment à minuit.

Force est de constater que le dispositif de médecine libérale ne permet plus de répondre, en tout point et en toute heure, aux demandes de soins non programmés de nos concitoyens. Faute de solution, les patients se dirigent naturellement vers les structures des urgences ce qui pousse le CNOM à conclure : *« la complémentarité avec les services d'accueil des urgences devra également se renforcer, toute mise en concurrence entre les systèmes étant à bannir ».*

Il convient de distinguer la situation dans les agglomérations où la densité médicale peut être importante et le milieu rural qui oblige à des secteurs de PDSA très vastes afin de garantir une présence médicale minimale.

Il convient, enfin, de distinguer les situations de soirée et de nuit profonde : la nature des appels change à partir du moment où la plus grande partie de la population est couchée (à un horaire qui est plus tardif dans les grandes agglomérations que dans les zones de moindre densité) ; en nuit profonde, les pathologies à prendre en charge sont en moyenne plus sévères et, de ce fait, relèvent souvent beaucoup plus des structures d'urgence que de la PDSA.

2) Hors horaires de permanence des soins ambulatoires

Si la réponse à la demande de soins urgents non programmés lors des horaires de PDSA est insuffisante, elle est au moins organisée mais, en dehors de ces horaires, trouver un médecin généraliste disponible s'apparente à un « parcours du combattant ». Cette difficulté est régulièrement mise en avant par les responsables des Samu-Centre 15 et génère, faute de solution alternative, la venue de patients aux Urgences. Ici encore, « *la médecine d'urgence sert de palliatif (ou de filet protecteur) à certaines non-organisations*¹¹ ».

Dans le cadre des résultats de l'enquête DREES sur les structures d'urgences hospitalières, 8 recours en urgence sur 10 concernant un service d'urgence (par opposition aux dispositifs de PDSA de ville), 63% des recours ayant lieu en journée et 66% en semaine¹². La différence est nette entre l'attitude des patients en semaine et le week-end : en semaine, 12% des recours se font auprès des urgences « de ville » contre 24% le week-end. De la même manière, le recours aux dispositifs de PDSA « de ville » est plus important la nuit (20%) que le jour (15%).

III. SOS Médecins :

L'organisation SOS Médecins couvre une bonne partie des grandes agglomérations et contribue ainsi à la réponse aux attentes de la population. Avec un millier de praticiens dans 62 centres, l'association revendique 60% des actes de la PDSA en milieu urbain, soit 2,5 millions d'interventions à domicile ou de consultations, sur 4 millions d'appels reçus.

Une enquête réalisée en 2011 auprès des Samu-centres 15 par Samu-Urgences de France met toutefois en évidence un certain nombre de faiblesses de cette organisation¹³.

IV. La réponse toxicologique d'urgence (RTU) :

Souvent oubliée dans les analyses de prise en charge des urgences, la RTU est assurée 24h/24 par les centres anti-poisons et de toxico-vigilance (CAPTV). Outre la toxico-vigilance, la mission des 9 centres nationaux est de répondre, 24h/24 et « notamment en cas d'urgence, à toute demande d'évaluation des risques et à toute demande d'avis ou de conseil concernant le diagnostic, le pronostic et le traitement des intoxications humaines, ...¹⁴ ».

Au cours de l'année 2014, les CAPTV ont traité plus de 300 000 appels de RTU qui ont généré 178176 dossiers médicaux.

¹¹ M Giroud. « Historique, évolutions récentes et perspectives de la prise en charge des urgences ». Les urgences : un symptôme des changements de la société ? 2014 SciencesPo Chaire Santé

¹² Renaud Legal. « La place des urgences hospitalières dans les recours en urgence ». DRESS, résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières. Actes du colloque du 18 novembre 2014

¹³ Communiqué de Samu-Urgences de France du 15 décembre 2011

¹⁴ articles L6141-4 et D6141-39 du code de la santé publique.

A l'exclusion du centre de Bordeaux, les CAPTV n'utilisent pas encore les moyens techniques et humains des centres d'appels du Samu-Centre 15 pour assurer la réception des appels, la qualification par un Assistant de Régulation Médicale (ARM) et l'orientation vers le médecin toxicologue.

V. Secours et Soins : une complémentarité exemplaire

Pour assurer le rôle central que lui confèrent les pouvoirs publics dans la prise en charge des soins urgents, le Samu-Centre 15 est en interface avec les services de secours (police, gendarmerie, sapeurs-pompiers), tous les appels pour "secours à personne" devant systématiquement bénéficier d'une régulation médicale.

En France, l'organisation du « secours à personne » repose essentiellement sur les sapeurs-pompiers : 79% des 244.900 sapeurs-pompiers sont des volontaires et 16% sont des professionnels civils. 5% sont des pompiers militaires, officiant à Paris, dans les départements 92, 93 et 94 et à Marseille. Cette organisation qui repose sur un engagement citoyen volontaire permet un étroit maillage du territoire, indispensable pour garantir l'égalité des citoyens face aux secours¹⁵.

En représentant près de 75% des interventions, le secours d'urgence aux personnes est l'activité la plus fréquente parmi toutes celles exercées par les sapeurs-pompiers.

L'articulation entre « secours » et « soins », exemple de collaboration entre deux services publics et deux ministères (Intérieur et Santé), répond à un cadre réglementaire partagé^{16 17}. Même si l'objectif de ce document n'est pas d'en détailler la nature il faut noter qu'elle s'inscrit dans une complémentarité ou la phase initiale de secours, lorsqu'elle est nécessaire, est le prélude au parcours de soins mis en œuvre par les équipes médicales pré hospitalières et hospitalières. Elle a permis de préciser les missions respectives, de mettre fin au dogmatisme conduisant à opposer ces services et à chercher à leur imposer des modes d'organisation peu performants tels que ceux analysés ci-dessous. Cette avancée récente est un gage non seulement d'excellence mais aussi d'efficacité des services publics.

B. ÉVOLUTION DES BESOINS DE SANTÉ EN URGENCE

Pour être efficace, un système de prise en charge des urgences doit être adapté aux besoins médicaux de la population. En France, la demande de soins d'urgence s'est considérablement modifiée depuis 40 ans. Avant toute modification organisationnelle de l'offre médicale, il est nécessaire d'analyser cette évolution passée, d'essayer d'anticiper la suivante, afin d'en déduire les stratégies adaptées.

I. État des lieux :

1) La relative stabilité des urgences vitales, l'augmentation des autres urgences :

L'analyse de l'activité des structures de médecine d'urgence (SMU) montre que la demande de soins d'urgence a évolué sur le plan quantitatif comme qualitatif.

¹⁵ Site www.pompiers.fr (consulté le 13 septembre 2015)

¹⁶ Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel commun portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente

¹⁷ Circulaire interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel commun portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente

Quantitativement, les urgences vitales augmentent peu alors que la demande de soins d'urgence globalement s'emballe, les SMU devenant un partenaire essentiel d'entrée dans un parcours de soins, soit par le choix des patients qui leur font confiance (91%)¹⁸, soit par absence d'autre réponse à leur demande.

Qualitativement la nature des urgences s'est aussi considérablement modifiée. Les urgences vitales ou non vitales nécessitent des soins de plus en plus complexes, ceci ayant des conséquences importantes pour leur stratégie de prise en charge.

2) Le déclin de la traumatologie routière

Dans les années 70, la prise en charge des accidentés de la route était au centre du concept d'organisation des urgences. Véritable fléau, l'accident de la route tuait près de dix mille personnes par an et en blessait le double.

L'intervention la plus rapide possible de secouristes, et la réanimation pré-hospitalière par l'équipe médicale d'un SMUR, étaient au cœur du dispositif. Le transport du blessé après régulation médicale vers des hôpitaux implantés environ tous les 50 kilomètres a ainsi permis de sauver de nombreuses vies. Depuis cette époque, l'impact en terme de santé publique de la traumatologie routière n'a cessé de décroître, principalement grâce à des mesures de prévention qui ont permis la diminution



de la mortalité et de la morbidité des accidents de la route. Ainsi, en 2014, 3384 personnes décèdent des suites d'un accident de la voie publique alors que par exemple 60 000 personnes décèdent de mort subite d'origine cardiovasculaire. La traumatologie routière n'est donc plus au cœur des prises en charge en médecine d'urgence et tout indique qu'elle le sera de moins en moins dans le futur. En revanche la traumatologie non routière représente maintenant 50% des patients adressés aux urgences et est en augmentation (accidents domestiques, suicide, violence ...).

Pour autant, la prise en charge des traumatisés graves, doit impérativement passer par la régulation médicale des Samu-Centre 15, une médicalisation pré-hospitalière¹⁹ et l'accueil de ces patients doit faire l'objet d'une labellisation des centres d'accueils en fonction de leur plateau technique (en 2 niveaux) et d'une gradation des centres comme cela existe dans la plupart des pays de référence et pour de nombreuses structures (maternité par exemple).

3) Les nouvelles priorités des urgences :

Parallèlement à la décroissance de la traumatologie, de nombreuses autres pathologies ont pris une place majeure dans la prise en charge en urgence.

► Les pathologies cardiovasculaires et neurologiques

La première est sans aucun doute la pathologie cardio-vasculaire et tout particulièrement l'infarctus du myocarde qui fait partie des syndromes coronariens aigus. Cette maladie, en lien direct avec notre mode de vie plus sédentaire, représente maintenant plus de 30 % des urgences prises en charge par les SAMU-SMUR. Elle touche les zones urbaines comme les zones rurales. Des progrès considérables ont été réalisés dans ce domaine et l'impact de la prise en charge médicale pré-hospitalière a été majeur permettant une diminution considérable de la mortalité. Grâce à

¹⁸ Baromètre TNS/SOFRES (2008) « les français et l'accès aux soins urgents non programmés »

¹⁹ Medical pre-hospital management reduces mortality in severe blunt trauma : a prospective epidemiological study. J-M Yeguiayan et al. Critical Care 2011, 15 ; R34

l'organisation en France d'une filière de prise en charge partant de l'appel du patient au centre de régulation médicale du Samu, passant par l'intervention du Smur et l'orientation directe du patient vers la structure cardiologique la plus adaptée, la mortalité de l'infarctus est maintenant en France inférieure à 5 % alors qu'elle reste supérieure à 8% dans les autres pays.

Malgré ce très bon résultat, la demande de prise en charge cardiologique ne fait qu'augmenter pour deux raisons principales : D'une part, parce que la récurrence est fréquente et que l'incidence de la maladie coronarienne est en augmentation, d'autre part, parce que l'évolution des patients survivant à l'infarctus du myocarde se fait progressivement vers l'insuffisance cardiaque aiguë et sa manifestation la plus bruyante l'Oedème Aigu du Poumon (OAP). Ainsi, la nécessité de prise en charge pré-hospitalière des insuffisances cardiaques aiguës ne peut que se développer considérablement dans les années qui viennent.

Ce qui est vrai pour l'infarctus du myocarde depuis près de 15 ans, le devient également pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC). Leur nombre est en constante augmentation et leur pronostic dépend de la rapidité avec laquelle ils bénéficient d'une prise en charge dans une filière spécialisée. Ces parcours de soins spécifiques, orchestrés par le Samu-Centre 15, sont maintenant en place sur tout le territoire national. Les séquelles de ces accidents sont et seront demandeuses de nombreux soins dans les années à venir. Par ailleurs, la nécessité nouvelle de recourir pour certains AVC à une prise en charge hyperspécialisée (notamment l'accès à la thrombectomie) qui requiert un plateau technique lourd (neuroradiologie, anesthésie-réanimation, neurologie, neurochirurgie) va amplifier le rôle de la régulation médicale et des urgences pour garantir au plus grand nombre l'accès à ces techniques de pointes.

► Les complications aiguës des cancers et des maladies chroniques

Les progrès de la prise en charge de maladies autrefois rapidement mortelles, amènent de nombreux patients, en cours de traitements chroniques lourds, à séjourner en dehors des structures hospitalières. Ces patients sont particulièrement vulnérables à des complications intercurrentes graves, comme, par exemple, une infection dans les suites d'une chimiothérapie. Cette demande de soins est de plus en plus fréquente. C'est une urgence mettant souvent en jeu le pronostic vital et de diagnostic difficile. Elle nécessite une prise en charge rapide et adaptée, tant au niveau pré-hospitalier qu'au sein des établissements de santé. Dans ces conditions, l'accès direct à une filière de soins adaptée est essentiel et la prise en charge dans l'hôpital de proximité ou dans les urgences hospitalières ne peut plus être la règle. De plus l'organisation même de la permanence de soins hospitalière fait que les services spécialisés prenant en charge ces filières ne sont plus en capacité de gérer les urgences (spécifiques ou non) des patients de leur file active, rendant encore plus essentiel le rôle de la régulation médicale et des structures d'urgence.

4) De nouveaux contextes : vieillissement, handicap, exclusion sociale, fin de vie, hospitalisation à domicile ...

La demande de soins d'urgence ne peut pas être envisagée indépendamment des problèmes actuels majeurs de Santé Publique :

► **Le vieillissement de la population** ne peut qu'accentuer quantitativement les demandes de soins en urgence, les pathologies cardiovasculaires, neurologiques, et cancéreuses, devenant plus fréquentes avec l'âge.

► **L'incidence des maladies cérébrales dégénératives** comme la maladie d'Alzheimer, ou les handicaps lourds chroniques, rendent plus difficile la prise en charge en urgence. En effet le transport au moindre appel à l'aide et l'admission répétitive de ces patients dans des structures de proximité d'hospitalisation classique par l'intermédiaire des services d'urgence est inappropriée. Une réponse adaptée doit comprendre une évaluation médicale préalable et un parcours de soins spécifique, comme cela doit être mis en place, tout particulièrement, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)²⁰.

► **L'isolement des personnes âgées**, souvent aux ressources limitées, est un véritable problème social qui retentit sur leur parcours de soins, à fortiori en urgence. En effet, le premier symptôme de cette urgence sociale majeure est un recours en apparence banal mais rapidement répétitif aux soins d'urgence. La demande médicale n'est qu'une expression d'un problème social beaucoup plus large. Leur « appel au secours », s'il n'est pas traité par la régulation médicale conduit, là aussi, à des transports itératifs aux urgences de l'hôpital de proximité, ce qui ne correspond pas à leur besoin de soins et peut se révéler dangereux en déstabilisant leur équilibre déjà précaire. Une analyse médicale discriminante est indispensable pour éviter des prise en charge inutiles et orienter le demandeur vers le bon parcours de soins.

Enfin, une des demandes de soins les plus difficiles à organiser est la prise en charge de la fin de vie à domicile, qu'il s'agisse de l'évolution terminale d'une maladie chronique maligne ou d'une extrême vieillesse. Permettre à chacun de finir sa vie dans la dignité et là où il a choisi de le faire est un droit. Des réanimations intempestives et futiles, des transports injustifiés aux urgences par méconnaissance ou incompréhension de ce contexte ne sont pas éthiques et ne correspondent en rien aux besoins de ces patients.

► **Le développement de l'hospitalisation à domicile** s'accompagne de besoins croissants, en dehors des heures ouvrables, d'un avis médical. Faute de régulation médicale capable d'apporter les conseils adaptés, ces patients sont dirigés, la nuit, vers les services d'urgence, souvent en contradiction avec le parcours de soins qui leur avait été proposé.

► **Précarité et phénomènes migratoires** : la prise en charge médicale des personnes sans couverture sociale est assurée par les PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé)²¹, service qui sont habituellement rattachées aux structures des urgences. L'activité des PASS ne fait que croître et cette évolution est amplifiée par les mouvements migratoires récents. En dehors des heures d'ouverture, cette mission d'accueil et de prise en charge des plus démunis est assurée par les structures des urgences qui sont rarement organisées pour y faire face.

5) L'exigence des patients et de la société en termes de qualité-sécurité

La société a profondément évolué. Les patients sont aujourd'hui plus informés, plus avertis et, surtout, plus enclins à éviter tout ce qui peut représenter un risque pour leur santé. Cette disposition d'esprit engendre, naturellement, une demande de soins ou parfois seulement de conseil. Une telle

²⁰ Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad. Haute Autorité de Santé, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux. Juillet 2015

²¹ Circulaire N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé

demande nécessite, à chaque fois, un examen médical d'autant plus attentif et difficile que les symptômes sont plus récents et plus frustrés.

Ce serait toutefois une erreur lourde de conséquences que de n'aborder cette évolution que sous son aspect « consumériste ». Il est, en effet, plus que vraisemblable que nombre de complications sont ainsi évitées par une prise en charge précoce, beaucoup plus précoce, assurément, que lors des décennies précédentes. Par exemple, le recours aux Urgences pour de simples infections urinaires augmente, certes, la fréquentation de la structure, mais, d'une part, il s'agit de consultations relativement rapides et donc peu consommatrices de ressources et, d'autre part, ces consultations permettent de prévenir et/ou de dépister précocement des infections urinaires hautes, à haut risque rénal (pyélonéphrite), voire vital (sepsis).

6) Urgences et situation sanitaire exceptionnelle (SSE)

La SSE est aussi un exemple de l'évolution des besoins de Santé Publique. Cette circonstance, à l'origine d'un très grand nombre de victimes, fait partie des crises que le système de soins doit pouvoir affronter.

Comme l'ont montré les dernières crises sanitaires (canicules, pathologies infectieuses - SRAS, Grippe, Ebola, Chikungunya ...) la réponse à de tels phénomènes ne doit pas être le transport systématique des patients mais leur orientation adaptée, coordonnée par la régulation médicale du Samu-Centre 15 appuyée sur des établissements de santé référents.



7) L'urgence psychiatrique²²

Le dernier volet important de la demande de soins d'urgence est la prise en charge des maladies psychiatriques. Pour de nombreuses raisons, l'incidence des maladies psychiatriques augmente et de nombreux patients sont soignés à l'extérieur de l'hôpital ou dans des centres ouverts. Certains de ces patients bénéficient de traitements médicamenteux lourds et voient l'évolution de leur maladie chronique ponctuée de véritables urgences médicales comme, par exemple, une tentative de suicide ou une crise d'agitation.

L'association de la maladie psychiatrique à la précarité et à la toxicomanie est aussi fréquente. Elle complique les prises en charges. En cas de crise, l'appel aux services de secours, c'est-à-dire, en pratique, aux pompiers, conduit souvent à un transport systématique et non régulé médicalement vers l'hôpital de proximité induisant une mise en tension supplémentaire de la structure d'urgence intra-hospitalière. Cette réponse est généralement inadaptée, le patient ayant besoin de soins psychiatriques spécialisés. La généralisation des équipes d'urgence psychiatrique au sein des structures des urgences répond à cette évolution tout comme l'intégration souhaitée et encore trop rarement réalisée d'une réponse psychiatrique spécialisée au sein des Samu-Centre 15 (ou en lien avec).

²² Protocole d'accord « Urgences et Psychiatrie ». Conférence des présidents de CME des centres hospitaliers spécialisés et Samu-Urgences de France . 11 juin 2005

8) La concentration de l'offre de soins spécialisés

La réorganisation de l'offre de soins par la mise en place des parcours de soins et la concentration des plateaux techniques spécialisés a une incidence directe sur l'organisation des urgences.

La concentration des plateaux techniques et des services spécialisés n'est pas, contrairement aux idées reçues, directement due à une pénurie médicale. Elle relève en partie d'une volonté gouvernementale de réduction des dépenses de santé et de rentabilisation des équipements lourds, mais aussi d'une nécessité de maintenir un niveau d'activité élevé pour garantir les compétences et la qualité des prises en charge. Elle conduit à rassembler dans des structures recevant des flux importants de patients les compétences multidisciplinaires nécessaires à leur évaluation et leur traitement. Cette évolution est clairement inéluctable et va s'accroître considérablement dans les années à venir. Elle est, en soi, une bonne réponse à l'exigence de qualité.

L'enjeu majeur de cette évolution est de maintenir l'égalité de l'accès aux soins malgré l'éloignement géographique imposé par la concentration de l'offre. Dans la plupart des spécialités médicales, la solution est le développement de filières spécialisées et de réseaux pré-hospitaliers ayant pour but de déterminer les soins dont le patient a besoin et la filière la plus directe pour en bénéficier. Dans le domaine des urgences et soins non programmés, c'est un des rôles que remplissent déjà les SMU, et il est amené à se développer considérablement. L'association de la médicalisation pré-hospitalière et de la régulation médicale permet de sécuriser les premiers instants de la prise en charge et d'assurer l'orientation directe des urgences vitales vers le centre spécialisé adapté, et des autres urgences vers un service d'urgence polyvalent. **Cette démarche, coordonnée, basée sur un raisonnement médical, permet une utilisation rationnelle des plateaux techniques et contribue à l'efficacité du système de soins.** Dans ce contexte de la concentration de l'offre de soins spécialisée, le rôle central des SMU n'est pas démenti, bien au contraire et devient indispensable pour l'organisation des parcours de soins.

9) Les urgences comme dispositif anti-crise

« Les patients qui se rendent dans les services d'urgence ont vécu une rupture de la trajectoire de soins dans les quatre mois précédant l'entrée dans le service d'urgence » (Le Moigne et coll., 2005). Cela révèle que le motif de consultation aux urgences est une « crise » qui s'est manifestée quelques semaines plus tôt par un saut de consommation de soins, d'exécutants et d'actes médicaux, qui ont été insuffisants pour contenir la détresse psychique, sociale et organique des patients en question »²³. La pluralité de ces détresses trouve, dans les services d'urgence, une réponse globale par des professionnels des soins et sociaux organisés en réseau. Le principe même de l'accueil des urgences dans les établissements de santé, sans distinction, garantit à tout patient, quels que soient ses revenus, son statut social, sa détresse... la meilleure réponse possible : c'est un élément essentiel de l'égalité entre nos concitoyens.

II. Les évolutions majeures du système de santé :

Toute réflexion sur l'avenir de notre organisation des urgences doit reposer sur une analyse des évolutions majeures de notre système de santé. Quatre axes de réflexion, intimement liés, témoignent des évolutions qui vont avoir un impact direct sur les activités médicales et les soins :

► évolution épidémiologique :

L'évolution, déjà constatée, dans l'augmentation des maladies chroniques, et des handicaps va se poursuivre. Le vieillissement de la population, ses poly-pathologies, son isolement social,

²³ La médecine d'urgence. Vers de nouvelles formes de travail médical. François DANET, érès éditions, octobre 2008

nécessitent de plus en plus, y compris et surtout en urgence, des prises en charge pluridisciplinaires, médico-sociales.

► évolution géographique :

Les mouvements de population et la concentration des plateaux techniques, inéluctables, rendent nécessaire une réflexion de l'organisation de l'offre de soins à l'échelle d'un territoire de santé, centré sur un établissement de référence. Pour autant, l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes doit être assuré ! Technicité, qualité et proximité doivent donc s'associer dans un réseau fiable et opérationnel.

L'émergence de nouveaux risques sanitaires, liés autant aux nouvelles technologies, aux variations climatiques, aux risques terroristes, aux flux migratoires, à la diffusion de pathologies infectieuses ... nous impose d'anticiper l'organisation de notre système de soins pour être capables d'y faire face.

► évolution sociétale :

L'évolution des techniques et des connaissances aboutit à un exercice médical de plus en plus complexe mais aussi à la volonté des patients d'être « acteurs » de leur propre santé. A la culture du « que l'on fasse vite » s'associe maintenant celle du « que l'on fasse bien » ! Si une partie de la population a accès à une culture médicale « de masse » et développe des exigences croissantes en terme de qualité des soins, une autre partie se débat dans des difficultés socio-économiques et a besoin de repères simples et pratiques pour s'orienter dans le système de soins, au risque d'en être rapidement exclue. La notion de « perte de chance », bien intégrée par la population, impose dès lors au médecin l'utilisation d'actes complexes, principalement réalisés en établissement de santé et de l'orienter au bon endroit au bon moment afin d'apporter le juste soin.

► évolution démographique médicale :

Plus que le nombre absolu des professionnels de santé, ce sont leurs aspirations professionnelles et leur légitime attachement à une vie plus équilibrée que celle de leurs prédécesseurs qui doivent être entendues, dans le respect évident de leurs compétences. L'organisation du temps de travail est un élément essentiel de l'avenir de la médecine d'urgence qui doit permettre « **de devenir, être et rester urgentiste²⁴** ».

C. L'URGENCE, LA MÉDECINE D'URGENCE ET L'URGENTISTE

L'URGENCE

Il est souvent habituel, en parlant d'urgences de « *raisonner par structure plutôt que se demander quelle organisation du recours aux soins répond de la manière la plus efficace et qualitative possible aux besoins des patients²⁵* ».

Cette démarche est, de toute évidence, plus adaptée et plus opérationnelle mais impose, en préalable, de définir ce qu'est un « besoin de patient » qui relève de « l'Urgence ».

²⁴ « devenir, être et rester urgentiste » 2^{èmes} assises de l'urgence, Samu-Urgences de France, 15 mai 2013

²⁵ Claude Evin. « la place des urgences dans le dispositif de recours aux soins » Les urgences : un symptôme des changements de la société ? 2014 SciencesPo Chaire Santé (2014)

Pour Claude Evin, « L'urgence en matière de santé est généralement définie comme *un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète - à tort ou à raison - l'intéressé et/ou son entourage* », définition reprise par la fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) qui la complète ainsi : « Alors que l'urgence est souvent associée à une détresse vitale, cette définition souligne la nécessité de répondre à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée, quelle que soit la gravité du problème »²⁶.

Ce concept rejoint la définition d'un service d'urgences proposée par l'American College of Emergency Physicians « Emergency services are those health care services provided to evaluate and treat medical conditions of **recent onset and severity that would lead a prudent layperson, possessing an average knowledge of medicine and health, to believe that urgent and/or unscheduled medical care is required** ».

Enfin, si « *L'absence d'offre (de soins) adaptée constitue l'urgence. A contrario, l'existence d'une offre structurée (ex : service de maternité) exclut les situations concernées du champ de la médecine d'urgence.* »

Ces définitions sont importantes et intéressantes par les deux visions, complémentaires, qu'elles apportent du problème :

- ▶ **c'est le patient** (ou son entourage) **qui**, devant des signes qui l'inquiètent, **définit** initialement « **son** » **urgence**,
- ▶ l'urgence peut être définie par **l'impossibilité de trouver**, ailleurs dans le système de soins, **une réponse à son problème de santé**.

Le « besoin » se définit donc autant en terme clinique (les symptômes) qu'en terme organisationnel.

LA MÉDECINE D'URGENCE

La médecine d'urgence est une discipline hospitalière qui s'exerce exclusivement au sein de structures de médecine d'urgence autorisées par les autorités de tutelle²⁷. C'est une discipline sans patientèle déterminée, fortement attachée à un territoire de santé, qui s'exerce à la fois « dans les murs » (structure des urgences) et « hors les murs » (Samu-Centre 15 et Smur). La médecine d'urgence ne se conçoit que dans le cadre d'une prise en charge limitée dans le temps, de quelques minutes en pré-hospitalier jusqu'à 24 heures au plus pour la structure des urgences. Son objectif est de qualifier les urgences en fonction de la gravité, de les traiter et de les orienter vers la structure médicale la plus adéquate, initiant le parcours de soins le plus adapté à la situation. Elle s'intéresse aux adultes comme aux enfants, aux pathologies médicales, chirurgicales, psychiatriques ... dans un souci constant de polyvalence.

La littérature a montré l'efficacité et l'efficience de la médecine d'urgence, notamment dans les coûts de santé publique, l'alerte et la prévention et aussi son rôle clé dans les systèmes de santé²⁸.

La pratique de la médecine d'urgence isolée, non hospitalière, ne relève pas de la médecine d'urgence²⁹.

²⁶ La santé observée dans les régions de France. FNORS, mise à jour n°1, Les Urgences (2000).

²⁷ article R 6123-1 du code de la santé publique

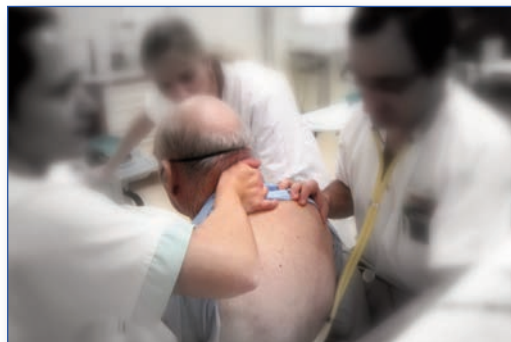
²⁸ Médecine d'urgence dans le monde. P. Leveau. EMC – médecine d'urgence, 2015, Elsevier Masson

²⁹ B Riou. « Création d'une nouvelle spécialité. Quels besoins, quel avenir ? ». Les urgences : un symptôme des changements de la société ? SciencesPo Chaire Santé (2014)

Etape initiale de nombreux parcours de soins, la médecine d'urgence demande des professionnels compétents et formés spécifiquement à son exercice, y compris dans des conditions d'intervention difficiles (mer, haute montagne, attentats, risques NRBC-E ...).

L'URGENTISTE

« Le médecin spécialiste de médecine d'urgence doit avoir les compétences requises pour être en mesure d'assurer, avec le maximum d'efficacité et de sécurité pour les patients, pour tous les types d'urgence, chez l'adulte comme chez l'enfant, le juste soin en situation d'urgence :



- ▶ lors de la régulation médicale des appels au Samu-Centre 15 ;
- ▶ lors des soins d'urgence sur place et pendant le transport des patients dont l'état nécessite un accompagnement médical en activité Smur ;
- ▶ lors de la prise en charge médicale des patients dans les services d'accueil des urgences et les Unités d'Hospitalisation de Courte Durée.

Ce **juste soin en situation d'urgence** repose, en un temps réduit, sur trois composantes essentielles :

- ▶ **qualifier** la demande du patient ou de l'appelant : transformer sa demande en besoin de soins ;
- ▶ **agir** pour préserver la vie et/ou la fonction ;
- ▶ **orienter** le patient dans la bonne filière de soins.³⁰ »

L'exercice de la médecine d'urgence par l'urgentiste s'organise autour de deux composantes distinctes :

- ▶ « le travail clinique posté, structurant pour l'activité du service, orienté autour de la prise en charge et de la coordination des soins autour du patient ainsi que des tâches qui y sont directement rattachées,
- ▶ les activités non postées, cliniques ou non, activités à vocation majoritairement collective ou institutionnelle, qui demandent par nature à être programmées ...³¹ » .

D. L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE D'URGENCE DOIT ÉVOLUER

L'organisation actuelle de la médecine d'urgence, confrontée à l'évolution des besoins de santé, aux restructurations hospitalières, aux regroupement des plateaux techniques, aux aspirations des professionnels de santé et aux exigences licites de nos concitoyens, ne peut qu'aboutir à une dégradation de la qualité et de la sécurité des soins.

**Il ne faut pas répondre aux problèmes de demain
avec les solutions d'aujourd'hui !**

³⁰ B. Nemitz et al. Ann. Fr. Med. Urgence (2012) 2 :125-138 Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence

³¹ Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015

Le recours aux structures de médecine d'urgence augmente et continuera à augmenter : le vieillissement de la population, la croissance des pathologies chroniques, l'évolution de l'art médical et des prises en charges, de plus en plus complexes exigent des parcours de soins distinctifs, spécialisés et de plus en plus complexes. Parallèlement, la médecine libérale ne peut plus répondre à toutes les demandes de soins urgents comme le relève de conseil national de l'ordre des médecins. L'hôpital (dans le sens établissement de santé) et au sein de l'hôpital les structures de médecine d'urgence, apparaît de plus en plus, pour tous, comme le lieu où trouver, 24h sur 24 et 7 jours sur 7 la réponse et la solution à son problème de santé. ***La saturation des services d'urgence qui en découle met à mal la qualité et la sécurité des soins tant il est prouvé que cette saturation est un facteur prédictif indépendant d'augmentation de la morbi-mortalité^{32 33 34}.***

La réponse hospitalière actuelle est construite sur une organisation qui n'est plus adaptée : le regroupement des plateaux techniques, et donc des professionnels, ne permet plus d'apporter « tout », « partout ». L'établissement de santé de proximité, tout indispensable qu'il soit, ne peut plus assurer l'ensemble des prises en charge en garantissant qualité et sécurité des soins. Formaliser des filières de soins au sein d'un réseau d'établissements est une nécessité. La coopération, la complémentarité doivent devenir la règle alors que tout, et en particulier les modèles de financement, pousse les hôpitaux à développer la concurrence pour « gagner des parts de marché ».

Le département, la région, ne sont plus en adéquation avec les territoires de santé : le regroupement des plateaux techniques et la rationalisation, nécessaire, de l'offre de soins font que les parcours de soins se construisent autour de services « pivots » appartenant parfois à des établissements différents. Les parcours s'organisent autour de plusieurs établissements de santé, parfois aussi dans un pays voisin. Des services très spécialisés organisent déjà des prises en charge à l'échelle nationale et demain certainement européenne.

Le patient est de plus en plus acteur de son parcours de soins : le développement de la diffusion des connaissances permet au patient de se renseigner sur son état de santé et d'exiger des soins de plus en plus performants. Mais la complexité de l'offre ne lui permet pas de s'orienter seul, a fortiori en situation d'urgence, dans le maillage mis en place. La coordination apportée par aujourd'hui par la régulation médicale du Samu-Centre 15 sera rapidement mise en défaut si son organisation et ses moyens ne s'adaptent pas à ces nouvelles demandes.

Des professionnels de santé moins présents : l'évolution de la démographie médicale mais surtout la juste demande des professionnels de santé à exercer différemment leur métier aboutissent à une raréfaction de l'offre médicale, principalement dans certains territoires et/ou pour certaines spécialités médicales. La médecine d'urgence n'échappe pas à ce constat et penser que la seule réponse à l'augmentation des recours aux soins urgents est le recrutement de toujours plus d'urgentistes est une erreur.

³² Bernstein et al, Aca. Em. Med. 2009, 16,1-10

³³ Kulstad et al, Am.J. Em. Med. 2010,38,304-9

³⁴ Guttman et al, BMJ 2011 ;242 :d2983

E. CONSTRUIRE LA MÉDECINE D'URGENCE DE DEMAIN

Devant les limites actuelles de la réponse à la demande de soins urgents, devant la mise en place attendue du parcours de santé et devant les défis liés à l'évolution de la médecine et de la société, il serait irresponsable de ne pas proposer une évolution de l'organisation de la médecine d'urgence dans les années qui viennent. Samu-Urgences de France entend, comme représentation professionnelle responsable, interpellier les pouvoirs publics et la société afin que notre système de santé puisse continuer à garantir à tous le juste soin en situation d'urgence.

Considérant que la place de la médecine d'urgence est de répondre à « l'urgence médicale », qu'il s'agisse d'une demande liée à l'apparition brutale de nouveaux symptômes ou à la dégradation d'une pathologie préexistante, ou qu'il s'agisse d'une demande de soins urgents en absence d'autre réponse possible, le passage par une structure de médecine d'urgence ne doit plus être envisagé comme un « accident de parcours » mais bien comme un **élément essentiel du parcours de santé**. Cet événement peut être initiateur d'un parcours de santé ou une étape, plus ou moins anticipée, de ce parcours. A l'inverse, en dehors de « l'urgence médicale », le passage « par les urgences » témoigne d'un défaut de filière et devrait être proscrit.

Les parcours de santé *“visent, par la **coordination des acteurs** sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers, à garantir la **continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité** de la prise en charge de la population³⁵”*.

C'est bien dans ces objectifs de coordination, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité que nous proposons de nouveaux outils, une nouvelle organisation et de nouveaux professionnels.

Mais dans ce contexte, nombreux sont ceux qui, préférant la « croyance » à la « connaissance », proposent des « fausses bonnes idées » sensées résoudre tous les problèmes, idées qu'il faut dénoncer fermement.

I. De nouveaux outils :

1) Les structures de médecine d'urgence du XXI^{ème} siècle.

Dans le cadre de l'unicité de la médecine d'urgence, les structures de médecine d'urgence, pré-hospitalières et intra-hospitalières doivent évoluer parallèlement pour répondre aux besoins présents et à venir.

a) Le Service d'Aide Médicale Urgence (Samu)

Actuel « chef d'orchestre » de la réponse à l'aide médicale urgente et le plus souvent, en complémentarité avec les médecins généralistes, de la réponse à la permanence des soins, le Samu-Centre 15 doit élargir ses compétences et la gamme des réponses qu'il propose.

On ne peut pas demander à un patient d'avoir une analyse médicale de sa demande et de connaître les différentes filières de soins et organisations qui peuvent répondre à son problème de santé. Seul un médecin, formé à cette mission, après une première évaluation médicale à distance (dans

³⁵ projet de Loi de modernisation de notre système de santé

le cadre d'un acte de télé-médecine) est capable de « qualifier » et « d'orienter » le patient au bon moment au bon endroit. C'est l'essence même de la régulation médicale qui permet de garantir des soins d'urgence de qualité en tout endroit du territoire et de garantir une équité de traitement pour tous : les Samu-Centres 15 assurent aujourd'hui cette mission et ils l'assureront encore demain !

Demain, la régulation médicale, au sein d'une plate-forme « Samu-Santé » élargie sera le garant d'une réponse « personnalisée » de qualité, basée sur des arguments médicaux, en cohérence avec la politique de santé mise en place au sein de chaque territoire.

Pour assurer cette réponse dans toutes ses composantes, cette plate-forme Samu-Santé doit regrouper, en un même lieu géographique, au sein de l'hôpital :

- ▶ la régulation médicale de l'aide médicale urgence qui reste le « cœur de métier »,
- ▶ la régulation médicale des crises sanitaires,
- ▶ la réponse toxicologique d'urgence,
- ▶ la régulation médicale de la continuité des soins en médecine générale,
- ▶ la régulation médicale des demandes de transports sanitaires urgents,
- ▶ la régulation médicale des urgences psychiatriques, gériatriques,
- ▶ la régulation médicale des urgences médico-sociales,
- ▶ la régulation médicale des transferts périnataux.

Pour faire face à ces demandes, légitimes, les médecins régulateurs urgentiste, généraliste, toxicologue, qui représentent la colonne vertébrale du dispositif, doivent pouvoir faire appel à des spécialistes immédiatement disponibles au sein d'un réseau de régulation médicale spécialisée : psychiatre, gériatre, néonatalogue, agent du service social, coordonnateur ambulancier ...

L'implantation constante et accrue de **réseaux de télé-médecine**, généralement centrés sur des pathologies chroniques, ne doit pas se faire sans la mise en place d'un lien privilégié avec la plate-forme Samu-Santé afin de gérer au mieux les urgences médicales intercurrentes dans la prise en charge de ces patients et surtout leur éviter des parcours de soins longs ou inadaptés. Le regroupement des différents « signaux » des réseaux de télé-médecine, en un même lieu, est générateur d'efficience. Traités par des techniciens et des paramédicaux, ces signaux sont dirigés vers les services et médecins concernés, mais la proximité avec les médecins régulateurs de la plate-forme Samu-Santé permet de réorienter immédiatement ces signaux en cas d'urgence détectée ou suspectée.

S'intégrant clairement dans le domaine du soin, par nécessité à proximité immédiate des différents spécialistes hospitaliers, la plate-forme Samu-Santé est implantée dans l'établissement de santé référent du territoire.

L'articulation opérationnelle entre ces plates-formes Samu-Santé est indispensable pour garantir la qualité et la sécurité du traitement des appels. Cette articulation, mise en route dans le cadre du programme SI-SAMU porté par l'ASIP-santé, doit être conduite en même temps que l'évolution des Samu-Centre 15, conformément aux recommandations³⁶.

³⁶ Articulation territoriale des Samu-Centres 15. Guide pour la mise en œuvre. DGOS (2015)

Ces plates-formes Samu-Santé doivent être facilement identifiées et accessibles par la population : sans préjuger de l'évolution des numéros d'appel actuels des différentes spécialités de ces plates-formes, il est indispensable de mettre en place, dès à présent, **un numéro d'appel unique « Samu-Santé » : le 113.**

Bien évidemment, ces nouvelles plates-formes, créées sur la base actuelle des Samu-Centre 15, doivent avoir des liens privilégiés (téléphonique, informatiques ...) avec d'autres plates-formes publiques qui collaborent ponctuellement avec des missions « santé » :

- ▶ les services de secours (sapeurs-pompiers, police, gendarmerie)
- ▶ les services sociaux.

Ainsi, une clarification nette des missions permettra de rationner l'attribution des numéros d'appel d'urgence :

- ▶ le 112 aux secours (Ministère de l'intérieur)
- ▶ le 113 à la santé (Ministère de la santé)
- ▶ le 114 pour les personnes déficientes auditives
- ▶ le 115 au social (Ministère des affaires sociales)

Fausse bonne idée n°1 : « créer des plates-formes uniques 15-18 »

Régulièrement mise en avant par des responsables politiques ou des professionnels hors du champ de la médecine d'urgence, la création de plates-formes téléphoniques uniques pour les services de secours (sapeurs pompiers -18 - police et gendarmerie - 17 -) et les services des soins d'urgence (Samu-Centre 15, régulation de la PDSA, CapTv) est présentée comme la solution à tous les maux, organisationnels, financiers, de surcharge des services d'urgence ... etc.

La confusion (volontaire ?) entre « secours » et « soins » et entre l'organisation des soins française et l'organisation des secours anglo-saxons (911) est de nature à entraîner le naïf (au sens de « non professionnel ») à des conclusions hâtives et simplistes. Le lobbying européen autour du « 112 », porté par de rares pays européens qui ne partagent pas l'organisation française des soins, est de nature à troubler encore plus les esprits.

La remise en cause de notre modèle d'organisation de la médecine d'urgence pré-hospitalière n'est pas de nature à modifier la seule implantation d'un Samu-Centre 15, mais entraînera de facto une modification complète de l'organisation des soins, en urgence comme en dehors de ce cadre et principalement pour les filières de soins déjà bien définies.

Dans le récent rapport sur « l'évaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente³⁷ », les auteurs relevaient que *« le regroupement des centres d'appel du SIS et du SAMU-CENTRE 15 dans un même lieu ne constitue ni une condition nécessaire ni une condition suffisante pour établir ou maintenir une relation de qualité entre les deux services. La relation peut être bonne avec des plateformes physiquement séparées ; à contrario, elle peut être mauvaise, ou plutôt, se dégrader au cours du temps une fois le regroupement opéré. »*

³⁷ Inspection générale des affaires sociales 213-182R et Inspection générale de l'administration N°14063-13128-01

Dans un rapport plus ancien sur l'évaluation des plateformes communes³⁸ les auteurs concluent qu'« *il n'est pas forcément besoin de plate-forme commune pour que la mission de service public puisse être assurée.* »

Des missions conjointes, certes, mais en partie seulement ...

Il est évident que de nombreuses missions sont quotidiennement assurées, en totale coopération, par des moyens de secours sapeurs-pompiers et par des moyens médicaux hospitaliers. Si les $\frac{3}{4}$ des missions des sapeurs pompiers relèvent du « secours à personne », seules 20% des missions du Samu-Centre 15 nécessitent l'engagement et la participation des sapeurs pompiers.

... et, surtout, des doctrines d'engagement et d'intervention opposées !

Pour le **traitement de l'appel et l'engagement** des moyens :

► S'agissant des SIS, la préoccupation du délai d'intervention le plus court possible est centrale. La logique d'engagement des moyens se fonde également sur une standardisation de la réponse (départs-types) afin de garantir un niveau de qualité minimale. Ces contraintes normatives restreignent la liberté d'appréciation du stationnaire et sa faculté à dimensionner les moyens engagés en fonction de son analyse du risque : les moyens engagés sont prédéfinis en fonction de la nature de l'appel et du risque identifié³⁹. Il s'agit d'une démarche « réflexe », adaptée au secours.

► S'agissant des Samu-Centre 15, le médecin régulateur doit trouver la réponse la mieux adaptée au besoin de l'appelant, déclinant le « juste soin » à l'acte de télémedecine qu'est la régulation médicale. La recherche d'une réponse adaptée et la qualité de cette réponse peuvent, le cas échéant, primer sur la rapidité de décision d'engagement de moyens⁴⁰. Il s'agit ici d'une démarche « cortex », adaptée aux soins d'urgence.

Dans la doctrine d'intervention subsistaient, encore récemment, des différences flagrantes : s'il est logique, dans une démarche de « secours » que les VSAV transportent systématiquement la victime à l'établissement (service d'urgence) le plus proche afin, entre autres, d'être rapidement disponible pour « porter secours » à nouveau, le médecin régulateur du Samu-Centre 15 se doit de diriger le patient dans la filière de soins la plus adaptée à son état, quitte à faire parcourir plus de kilomètres pour le diriger vers l'établissement ad hoc (syndrome coronarien aigu, accident vasculaire cérébral, traumatisme grave ...).

Aucune convergence n'est possible⁴¹.

La synergie (entre 15 et 18) n'est pas possible en raison de plusieurs obstacles rédhibitoires.

1) *La formation et les conditions d'intervention des personnels des deux structures sont radicalement différentes, voire opposées. Elles reposent sur des cultures différentes.*

2) *Le dispositif sanitaire français est basé sur les valeurs humanistes centrées sur le malade, protégé par le secret médical. La hiérarchie est basée sur la reconnaissance des compétences. La carrière dans la fonction publique hospitalière est fondée sur l'accroissement progressif des connaissances. La valorisation de l'expérience acquise au sein d'une équipe est importante.*

³⁸ Inspection générale de l'administration N°08-056-01

³⁹ Inspection générale des affaires sociales 213-182R et Inspection générale de l'administration N°14063-13128-01

⁴⁰ Recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Mars 2011

⁴¹ D^r F Dissait, chef de service du Samu 63, co-fondateur en 1990 du premier centre unique 15-18 « SAMU-CODIS du Puy-de-Dôme ». Revue des Samu (2008)

Le dispositif de secours est plutôt centré sur la discipline propre du ministère de l'intérieur. La pratique du secret n'a pas la même valeur. La formation est tournée vers l'acquisition d'unités de valeurs nécessaires à la promotion plus que vers la mise en commun de connaissances bénéfiques à la personne secourue. La forme même de pédagogie d'imitation ne stimule pas la recherche individuelle.

Tout oppose donc ces deux cultures et il est contre nature de vouloir les faire cohabiter. Seul l'argument économique peut encore être avancé. Il ne résiste pas à un examen sérieux, mais des directions hospitalières focalisées sur le compte d'exploitation axé sur la TAA, en l'absence d'une visibilité sur le financement des MIGAC, en particulier pour l'urgence peuvent être abusées par cette fausse économie.

3) Enfin les compétences territoriales ne concordent plus, les SAMUS sont d'ores et déjà sur des concepts régionaux synergiques entre régulations médicales alors que les SDIS restent à stricte compétence départementale.

Diverses stratégies, politiques, économiques, syndicales ont plaidé pour une diffusion de ces « plateformes communes ». Force est de constater que ce sont des impasses et le témoin de faiblesses organisationnelles.

Une position de Samu-Urgences de France renouvelée.

Considérant que les nouvelles implantations de plates-formes communes et les différents travaux et rapports présentés récemment renforcent notre analyse de la situation, **Samu-Urgences de France considère que :**

I. Le Samu-Centre 15 est un service hospitalier de médecine d'urgence et sa salle de régulation médicale doit être située à proximité immédiate des autres structures de médecine d'urgence (Service des urgences, Smur). Tout éloignement du Samu-Centre 15 de son hôpital de rattachement doit être absolument proscrit.

II. L'évolution vers des plates-formes Samu-Santé-113, médico-psycho-sociales, doit être anticipée.

III. L'articulation territoriale des plates-formes Samu-Santé-113 doit être mise en place avec des moyens adaptés.

IV. Le partenariat entre plate-forme Samu-Santé-113 et CTA-Codis doit être renforcé notamment par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour mettre en place des interconnexions fiables réalisant, en cas d'intervention conjointe, une plate-forme commune virtuelle.

V. Une large information de la population et des politiques doit permettre de faire comprendre la distinction entre « secours » et « soins » et les missions respectives de chacun.

VI. Les plates-formes communes existantes doivent être évaluées sur un plan qualitatif et économique.

b) Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

La plus-value apportée par les Smur dans la prise en charge des pathologies graves est unanimement reconnue, y compris hors de France, et n'est plus à démontrer^{42 43 44}. Au-delà d'une nette amélioration de la morbi-mortalité par rapport à une prise en charge non médicale, le Smur, par la réalisation d'un diagnostic précoce, est également garant de la bonne orientation du patient grave dans la filière de soins adaptée au sein d'un parcours de santé cohérent. C'est aussi un élément essentiel de l'évolution de la science médicale comme le prouvent les récents travaux sur l'arrêt cardiaque et les prélèvements d'organes à cœur arrêté.

Mettre tout français à moins de 30 minutes de soins urgents⁴⁵ est l'objectif de l'implantation territoriale des Smur. La composition des équipes Smur ne doit pas être modifiée et toute équipe doit répondre au cadre réglementaire et comporter un médecin, un infirmier et un ambulancier ou pilote⁴⁶.



Les différentes structures : le Smur est une structure hospitalière fonctionnant 24/7, rattachée aux autres structures de médecine d'urgence d'un établissement de santé (Structure des Urgences et/ou Samu-Centre 15) dont les missions sont régulées par la plate-forme Samu-Santé-113. Le fonctionnement d'un Smur peut répondre aux dispositions suivantes :

- ▶ le Smur au sein d'un établissement de santé disposant d'une structure des urgences
- ▶ l'antenne Smur, mise en place, pour des besoins de santé publique, dans un établissement ne disposant pas nécessairement d'une autre structure de médecine d'urgence
- ▶ le Smur saisonnier, qui répond à un afflux de population dans un secteur généralement de vacances (mer, montagne ...).

Remarque : Dans les structures d'urgences à très faible activité nocturne et/ou isolées, la fonction Smur doit être privilégiée sur la fonction d'accueil des urgences, garantissant ainsi le maintien d'une réponse à l'aide médicale urgente 24/7.

Le maillage territorial des Smur s'appuie sur :

▶ *les équipes d'intervention terrestres* : Leur implantation doit répondre à l'exigence d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes et le nombre d'équipes doit être adapté aux besoins de la population sur un territoire déterminé. Les travaux réalisés dans ce sens par l'Agence Régionale de Santé de Franche-Comté doivent être transposés dans d'autres régions pour en éprouver la validité. En tout état de cause, la décision d'ouverture ou de fermeture d'un Smur nécessite une étude des temps d'intervention (isochrones) pour respecter le délai de 30 min avec la définition du taux de non-réponse acceptable au niveau national comme cela est organisé, par exemple, chez nos voisins allemands de la Sarre. Toutefois, les zones à activités très limitées et géographiquement isolées doivent être couvertes par la réponse de proximité apportée par le médecin correspondant du Samu (cf. infra).

▶ *les HéliSmur* ⁴⁷ : L'HéliSmur représente l'intégration du concept associant un hélicoptère à une équipe Smur au sein d'un maillage territorial large. Il s'adapte donc parfaitement au fonctionnement du système de soins dont il participe à développer la cohérence et l'efficacité à l'échelle d'un territoire de santé, dans un maillage territorial plus large que celui des moyens Smur terrestres. Régulé exclusivement par une plate-forme Samu-Santé-113, son intervention est décidée par le

⁴² Bakalos et al, Resuscitation 82 (2011) 1130-1137. Advance life support versus basic life support in the pre-hospital setting : A met-analysis

⁴³ David et al, Crit car med 2007 ; 35 :2251-2255. Does the prognosis of cardiac arrest differ in trauma patients ?

⁴⁴ Redhead et al, N Engl J Med 2005 ; 353 :546-547. The London attacks - Response. Prehospital and hospital care

⁴⁵ Le changement c'est maintenant. Mes 60 engagements pour la France. François Hollande - élection présidentielle 2012

⁴⁶ Article D 6124-13 du code de la santé publique

⁴⁷ Le livre blanc de l'hélicoptère sanitaire en France. A.F.H.S.H., mai 2008

médecin régulateur sur des critères médicaux et organisationnels dont la finalité est l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'HéliSmur trouve tout son intérêt lorsqu'il y a conjonction d'une indication médicale, d'un gain de temps et d'un accès à des soins spécialisés sur un plateau technique de référence. Il n'a par contre pas vocation à répondre à des missions de simple prompt secours sans plus-value médicale.



- Quel que soit l'appareil utilisé (hélicoptère « privé » ou « d'État »), dès lors qu'il assure une mission sanitaire, il doit impérativement répondre aux exigences d'un « **contrat de mission santé** »⁴⁸ :
 - L'hélicoptère de la mission santé est dédié à cette tâche,
 - L'hélicoptère sanitaire a un positionnement hospitalier,
 - La régulation médicale des interventions et transports sanitaires est effectuée par un Samu,
 - La médicalisation de l'hélicoptère sanitaire est assurée par une équipe Smur ou une équipe médicale assurant le même niveau de soins,
 - L'équipe Smur est à tout moment disponible pour médicaliser l'hélicoptère mais elle n'est pas exclusivement dédiée à cette tâche pour garantir l'efficacité de l'usage du temps médical.

- L'implantation des HéliSmur est définie par la commission régionale des transports héliportés mise en place auprès de chaque ARS sur les principes suivants :

- Un maillage territorial large avec des appareils capables d'évoluer 24h/24, y compris dans des conditions météorologiques dégradées, chargés d'assurer les missions primaires dans leur secteur d'affectation et les missions secondaires (TIH) à l'échelle d'un territoire de santé élargi.
- Un maillage territorial plus fin, d'appareils évoluant pendant les horaires de jour aéronautique, chargés principalement des missions primaires et des TIH de plus faible distance.

- Les hélisations⁴⁹ : la mise à niveau des établissements de santé disposant d'une structure des urgences est indispensable à une utilisation efficiente de l'HéliSmur. Dans les territoires éloignés, situés à plus de 30 minutes d'un Smur, la mise en place d'une zone de poser doit être envisagée lors de la création de maisons de santé pluridisciplinaires, à proximité de ces dernières.

► *Les transferts inter-hospitaliers* : les transferts de patients entre établissements de santé se développent parallèlement à la réorganisation de l'offre de soins, au regroupement des plateaux techniques et à l'organisation des filières de soins. Dès lors que l'état du patient relève de l'accompagnement par un professionnel de santé, celui-ci est effectué par un Smur (hors rapatriements sanitaires) selon deux modalités : soit un transfert infirmier inter-hospitalier (TIIH⁵⁰), soit un transfert inter-hospitalier réalisé par une équipe Smur complète. Dans une logique territoriale, il est nécessaire d'**organiser ces transferts**, hors urgence vitale, selon un **mode centripète**, avec des **équipes dédiées**, à l'échelle d'un **territoire de santé**, basées dans les établissements qui accueillent ces transferts. Ces transferts, quels qu'ils soient, sont organisés par le médecin régulateur urgentiste de la plate-forme « Samu-Santé-113 ».



- *La prise en charge des nouveaux risques NRBC-E* : Pour répondre à ces nouveaux risques, les Smur sont équipés de matériels spécifiques et les équipes sont formées à la prise en charge dans des conditions difficiles, comme le port d'une

⁴⁸ Hélicoptères sanitaires : doctrine d'emploi et place des hélicoptères dans le cadre des transports sanitaires. P. Carli et F. Berthier. Rapport remis au CNUH, décembre 2013

⁴⁹ Sites à l'usage du service médical d'urgence par hélicoptère. Rapport DGAC, STAC, février 2010

⁵⁰ Les Transferts Infirmiers Inter Hospitaliers : TIH. Recommandations de SAMU de France, janvier 2004

tenue de protection. Le maintien des compétences des équipes doit être assuré par des formations et exercices réguliers coordonnés par les CESU.

► *Cas particulier des Smur intervenant en milieux périlleux spécifiques :*

- *les Smur maritimes*⁵¹ : conformément à la réglementation, les Smur maritimes, désignés par le ministère chargé de la santé⁵², interviennent pour toutes les missions d'aide médicale urgente en mer⁵³. Ils agissent comme effecteur médical opérationnel mis en œuvre par un Samu de Coordination Médicale Maritime (SCMM) en haute mer (hors zone côtière). Le Centre Régional Opérationnel de Surveillance et de Sauvetage (CROSS) fournit les vecteurs d'intervention. Les équipes du Smur maritime disposent de compétences spécifiques et de matériels adaptés à leurs missions. D'autres structures participent à la médicalisation du secours en mer (Service de Santé des Armées, Société Nationale de Secours en Mer ...). Dans un but de cohérence nationale et d'efficacité, le même cahier des charges doit être appliqué à tous en terme d'engagement, de formation et d'équipement.

- *les Smur de (haute) montagne* : les missions d'aide médicale urgente en haute montagne sont généralement assurées par un médecin Smur au sein d'une équipe de secouristes spécialisés, généralement issus d'un Peloton de Gendarmerie de Haute Montagne ou de la sécurité civile. Le schéma mis en place pour les Smur maritimes doit pouvoir être décliné de la même manière pour les interventions en haute montagne : Samu de coordination par massif montagneux, Smur pré-identifiés, formés et équipés, cohérence entre « secours » et « soins ».

► *Ce que n'est pas le Smur* : de par sa mission spécifique d'intervenir de l'aide médicale urgente, le Smur ne peut et ne doit pas être utilisé en « supplétif » d'autres intervenants. Les visites médicales, les visites de garde à vue, les interventions pour rédaction de certificats de décès ... ne sont pas des missions Smur et doivent être assurées par d'autres intervenants. De la même façon, la couverture médicale de grands rassemblements répond à des exigences particulières et un schéma de couverture sanitaire spécifique⁵⁴.

Fausse bonne idée n°2 : « Remplacer les médecins des Smur par des paramédicaux » ?

Les récents travaux sur l'organisation du temps de travail des médecins urgentistes, la pénurie sans cesse rappelée de ces mêmes médecins, la rigueur budgétaire ... sont propices à l'invention de solutions « miracles » relayées par de prétendus « experts » qui s'appuient sur des arguments non étayés et des « soi-disant » exemples étrangers reposant sur des organisations différentes de la nôtre.

Pourquoi remplacer les médecins des Smur par des infirmiers serait une erreur impardonnable ?

Si un secouriste, un infirmier, peut être compétent pour réaliser un geste technique, il n'a pas les compétences nécessaires pour porter un diagnostic, mettre en place une stratégie thérapeutique, et choisir entre l'indication, avec un risque iatrogène, et l'abstention, avec un risque vital évolutif. Cette qualification de la situation est une décision médicale, et même plus dans le contexte toujours difficile et souvent trompeur de l'urgence, une décision médicale spécialisée. Cette qualification (qualifier !) est l'étape initiale indispensable pour pouvoir apporter le traitement adapté au patient (agir !) et le diriger dans le bon parcours de soins (orienter !).

⁵¹ Référentiel « Aide médicale en mer ». Etat des lieux, recommandations. SFMU, SUDF (2013).

⁵² Instruction N° DGOS/R2/2013/409

⁵³ Instruction du 29 août 2011 relative à l'organisation de l'aide médicale en mer

⁵⁴ Recommandations d'experts, Rassemblements de foule et gestion médicale événementielle. Samu-Urgences de France, juillet 2014

L'exemple anglo-saxon, souvent mis en avant par les défenseurs d'une para-médicalisation des soins pré-hospitaliers, est pourtant battu en brèche par de nombreux travaux :

► les « paramedics » anglo-saxons sont des secouristes de très haut niveau qui sont issus des auxiliaires médicaux militaires et ont amélioré la survie des combattants lors des conflits du 20^{ème} siècle. Leurs techniques de prise en charge sont adaptées à des situations « standards », liées à la traumatologie, et reposent sur un réseau très structuré (trauma-system). Ces prises en charge ne sont ni conçues ni adaptées à la prise en charge de pathologies médicales alors même que nous constatons un déclin significatif de la traumatologie grave.

► La plus-value apportée par ces professionnels dans les pathologies graves avec des gestes techniques bien définis n'est pas démontrée comme de très nombreux travaux internationaux le prouvent^{55 56}, avec, pour certains, la démonstration nette de la supériorité des prises en charges médicales^{57 58 59}.

► L'analyse prospective de 2446 patients ayant une douleur thoracique, 3152 ayant une dyspnée aiguë et 872 patients victimes d'un ACR dans les villes de Bonn (Allemagne), Cantabria (Espagne), Coventry (Angleterre), et Richmond (Virginie, Etats-Unis) a mis en évidence la supériorité des équipes médicales pré-hospitalières allemandes et espagnoles par rapport aux équipes paramédicales anglaises et étasuniennes⁶⁰.

L'élaboration d'un diagnostic, élément de toute prise en charge de soins, est un acte médical. « *La médecine d'urgence est centrée sur l'élaboration de diagnostic (et qui plus est dans des conditions particulièrement difficiles) et ne peut donc que rester une discipline médicale, sauf à accepter (ce qui est éthiquement impossible) une prise en charge « à plusieurs vitesses*⁶¹ » .

Souvent présentée comme une « exception française » par ses détracteurs, la médicalisation pré-hospitalière est, au contraire, plus largement répandue dans le monde et en Europe que la para-médicalisation : Espagne, Allemagne, Belgique, Norvège, Danemark, Finlande, Autriche, Irlande du Nord, pays d'Europe de l'Est, Russie, Brésil, Maroc, Tunisie, Emirats Arabes Unis, etc. ...

La médicalisation pré-hospitalière par les Smur, médicalement régulés par les plates-formes Samu-Santé-113 apporte une réponse médicale personnalisée, adaptée à l'évolution des besoins de santé en urgence et permet d'envisager sereinement une réforme de l'organisation territoriale des urgences et des établissements hospitaliers.

c) Les Médecins correspondants de Samu (MCS).

Dans les secteurs éloignés d'un Smur (plus de 30 mn), la première réponse à l'urgence doit être apportée par un médecin dûment formé à ces prises en charge particulières et déclenché par le médecin régulateur du Samu conjointement avec le Smur le plus proche. Sur la base du volontariat, il est conféré à ce médecin le statut de Médecin Correspondant du Samu conformément aux textes réglementaires⁶².

Les médecins du service de santé et de secours médical des sapeurs pompiers peuvent, dans des dispositions comparables et après avoir validé une formation idoine, assurer cette mission de MCS⁶³.

⁵⁵ Stiell et al. N Engl J Med 2004 ;351 :647-56. Advance cardiac life support in out-of-hospital cardiac arrest

⁵⁶ Stiell et al. N Engl J Med 2007 ;356 :21-26 Advance life support for out-of-hospital respiratory distress

⁵⁷ H Morten Lossius et al. Critical Care 2012, 16 :R24. Patient safety in pre-hospital emergency tracheal intubation.

⁵⁸ Yeguiyan et al. Critical Care 2011, 15 :R34. Medical pre-hospital management reduce mortality in severe blunt trauma.

⁵⁹ Duchateau et al. Intensive Care Med DOI 10.1007/s00134-008-1105-9

⁶⁰ Fischer M et al. Comparing emergency medical service systems – a project of the European emergency Data Project. Resuscitation 2011 ;82 : 285-93

Il est nécessaire, dans un souci de précocité et de qualité des prises en charges, de **promouvoir le statut de MCS** à destination de médecins salariés, exerçant dans des établissements de santé ou médico-sociaux isolés, à des médecins du service de santé des armées, ainsi qu'à des médecins scolaires, médecins du travail ...

d) Les Structures des Urgences (SU)

Toute structure des urgences doit, dans un souci de transparence et de visibilité tant vis à vis de la population que des autres professionnels de santé, en particulier la régulation médicale « Samu-Santé-113 », répondre au même cahier des charges. Pour autant, une SU s'adosse à un établissement de santé et un plateau technique qui définissent les types de patients que cette SU peut prendre en charge dans le cadre de filières de soins spécialisés.

Cahier des charges d'une SU. Tout service labellisé SU⁶⁴ doit disposer de :

- ▶ une ouverture 24/7,
- ▶ la présence d'un médecin diplômé en médecine d'urgence 24/7,
- ▶ la présence d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) conforme aux recommandations professionnelles⁶⁵,
- ▶ la présence d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) conforme aux recommandations professionnelles et réglementaires⁶⁶,
- ▶ la présence d'un « poste d'accueil et d'orientation (PAO) » tenu, 24/7 par un IOA⁶⁷ ou un MAO (Médecin d'Accueil et d'Orientation),
- ▶ une hélisurface ou à défaut une zone de poser pour HéliSmur, dans l'enceinte de l'établissement, et si possible à proximité immédiate de la SU⁶⁸,
- ▶ une formalisation de l'accueil des enfants,
- ▶ une formalisation de l'accueil des urgences psychiatriques,
- ▶ une formalisation de l'accueil des urgences médico-sociales⁶⁹,
- ▶ la possibilité de réaliser, 24/7, les examens d'imagerie médicale courants ainsi qu'une échographie d'urgence (type FAST écho) et des examens tomodensitométriques (scanner),
- ▶ la possibilité de réaliser, 24/7, les examens de biologie d'urgence.



Une identification des établissements souhaitant accueillir des urgences en fonctions des missions qu'ils peuvent accomplir. Au delà de sa structure de base, la SU est fortement dépendante de l'établissement de soins auquel elle appartient. Samu-Urgences de France propose une description des établissements disposant d'une SU selon 6 axes, appelée « **critères SUDF** ». Ces axes de description sont :

- **A** : accueil et prise en charge des urgences
 - 0 : pas d'accueil des urgences organisé
 - 1 : accueil des urgences uniquement sur régulation médicale ou intermittent
 - 2 : accueil 24/7 hors urgences vitales ou spécialisées
 - 3 : accueil 24/7 hors urgences spécialisées
 - 4 : accueil 24/7 de tout type d'urgence

⁶¹ M Giroud. « Historique, évolutions récentes et perspectives de la prise en charge des urgences ». Les urgences : un symptôme des changements de la société ? SciencesPo Chaire Santé

⁶² Médecin correspondants du Samu. Guide de déploiement. DGOS, juillet 2013

⁶³ Circulaire interministérielle N°DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015. Axe 2, chapitre 2.1

⁶⁴ Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) - paragraphe 3

- **T** : plateau techniques
 - 0 : pas de biologie, pas de radiologie, pas de monitoring
 - 1 : biologie délocalisée, ECG, monitoring, imagerie à proximité
 - 2 : imagerie et biologie courantes disponibles sans délai
 - 3 : imagerie et biologie courantes 24/7
 - 4 : imagerie et biologie spécialisées
- **P** : prises en charges chirurgicales et spécialisées
 - 0 : pas de médecin urgentiste (médecin généraliste)
 - 1 : médecin urgentiste 24/7
 - 2 : télé-médecine pour un avis spécialisé - chirurgie organisée
 - 3 : présence chirurgicale et spécialisée partielle
 - 4 : présence chirurgicale et spécialisée 24/7
- **S** : activité Smur
 - 0 : pas de Smur
 - 1 : pas de Smur sur place mais couverture Smur par un autre établissement en moins de 20 minutes
 - 2 : Smur sur place mais pas 24/7 (saisonnier ...)
 - 3 : Smur 24/7
 - 4 : Smur et plate-forme Samu-Santé-113
- **H** : hospitalisation
 - 0 : consultation sans hospitalisation d'aval possible
 - 1 : hospitalisation d'aval des urgences protocolisée dans un autre lieu
 - 2 : UHCD seule
 - 3 : service de médecine, de chirurgie et USC (ou réanimation) polyvalente
 - 4 : médecine toutes disciplines, chirurgie toutes disciplines, USC, réanimations spécialisées.
- **G** : gestion des lits (« bed management »)
 - 0 : pas d'hospitalisation d'aval, gestion des lits non justifiée
 - 1 : pas de gestion des lits au niveau de la SU
 - 2 : gestion des lits limitée à l'aval des urgences et gérée par le personnel de la SU
 - 3 : cellule de gestion des lits, indépendante de la SU, fonctionnant aux heures ouvrables et gérant l'aval des urgences
 - 4 : cellule de gestion des lits, indépendante de la SU, fonctionnant 24/7, gérant tous les admissions de l'établissement

Cet outil d'identification permet de définir différents types d'établissements de santé :

- **Etablissement avec un plateau technique d'urgence de proximité :**
 - A2** : peut recevoir toute urgence en entrée directe ou après régulation médicale, prise en charge des situations simples et stabilisation des situations graves et/ou complexes.
 - T2** : Imagerie conventionnelle + échographie + scanner sur place (éventuellement télé-imagerie pour l'interprétation), biologie sur place (délocalisée) et/ou par convention.
 - P2** : Urgentiste sur place 24/7, avis spécialisé à distance (télé-médecine) et organisation des prises en charge chirurgicales formalisée.

⁶⁵ Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV), ... d'une salle d'accueil des urgences vitales pédiatriques. SFMU (2003)3

⁶⁶ Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. SFMU (2001)

⁶⁷ Référentiel IAO Infirmière Organisatrice de l'Accueil. SFMU,(2004).

S2 : accès à un Smur en moins de 20 minutes

H2 : UHCD ouverte 24/7

G2 : gestion de l'aval de la SU par un cadre de santé rattaché aux urgences

- **Etablissement avec un plateau technique d'urgence d'appui :**

A3 : prise en charge de toutes les urgences hors filières spécialisées. Circuits organisés, large SAUV

T3 : imagerie conventionnelle, échographie et scanner 24/7, biologie médicale sur place 24/7

P3 : chirurgie viscérale et traumatologique 24/7, cardiologie, pédiatrie et neurologie

S3 : présence 24/7 et organisation des transferts inter-hospitaliers

H3 : UHTCD, unité de soins continus ou de réanimation polyvalente

G3 : gestion de l'aval des urgences par une cellule indépendante de la SU, directement rattachée à la Direction générale de l'établissement et au président de la CME.

Hors heures ouvrables, cette gestion est organisée pour répondre à la demande de la SU

- **Etablissement avec un plateau technique d'urgence de recours :**

A4 : prise en charge de toute urgence y compris au sein de filières spécialisées spécifiques

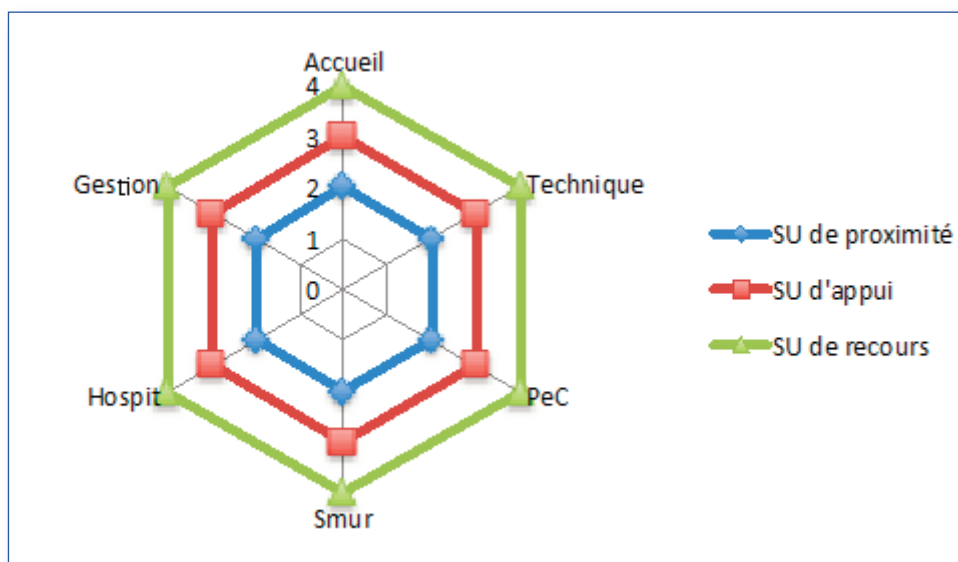
T4 : Imagerie conventionnelle et spécialisée 24/7 (IRM, imagerie vasculaire), biologie médicale sur place 24/7

P4 : toute chirurgie (dont pédiatrique) et activités spécialisées, service de référence (CTB, traumatisé grave, chirurgie cardiaque, de la main ...)

S4 : SMUR 24/7 avec prise en charge des transferts inter-hospitaliers, plate-forme Samu-Santé « 113 » au sein de l'établissement ou lien contractuel avec cette plate-forme

H4 : toutes disciplines médico-chirurgicales, obstétrique, réanimations spécialisées

G4 : cellule de gestion des lits et admissions au sein de l'établissement fonctionnant 24/7



⁶⁸ Hélicoptères sanitaires : doctrine d'emploi et place des hélicoptères dans le cadre des transports sanitaires. P. Carli et F. Berthier. Rapport remis au CNUH, décembre 2013

⁶⁹ Référentiel de compétence : Assistant(e) de service social en médecine d'urgence. SFMU (2012)

Cas particulier : l'antenne de la Structure des Urgences.

Dans un bassin de population avec une faible activité de la SU mais avec un éloignement qui justifie pleinement le maintien d'une réponse 24/7 à l'urgence, il est envisageable que la structure des urgences de proximité ferme la nuit. Cette fermeture exige toutefois :

- ▶ le maintien du Smur sur place 24/7
- ▶ l'organisation de la réponse, y compris sur place aux heures de fermeture, en lien avec la plate-forme Samu-Santé-113,
- ▶ une organisation locale des transports sanitaires permettant, le cas échéant, le transport d'un patient vers la SU la plus proche
- ▶ la mutualisation du personnel médical de cette antenne avec la SU de rattachement.



Interface entre la ville et l'hôpital, **la structure des urgences est un service hospitalier** qui doit être totalement intégré aux autres services de son établissement. En fonction des possibilités locales, des filières spécifiques de prise en charge doivent être mise en place et **tous les services de l'établissement doivent être concernés pas l'admission de patients issus de la SU**. Les missions de la Commission des Admissions et Soins Non Programmés doivent être revues afin d'y intégrer l'évaluation et le contrôle de l'ensemble des admissions, programmées ou non.

Fausse bonne idée n°3 : « Trop de gens viennent aux urgences pour rien »

Cette idée est très largement répandue auprès de la population comme auprès des professionnels et des représentants publics⁷⁰.

Le rapport « Steg » analysant les données de passages aux urgences en 1990 évaluait que 60 à 80% des patients auraient pu être pris en charge ailleurs que dans un service d'urgence, leur état clinique ne nécessitant pas les moyens de l'hôpital.

Dans un récent rapport sur la territorialisation des urgences, JY Grall relève que le nombre de cas graves pris en charge par les urgences ne représente que 10% des passages le reste représentant de la petite traumatologie (40%) ou plutôt une demande non programmée ou inopinée de soins.

Tous ces travaux et analyses reposent cependant sur une vision a posteriori du passage aux urgences, basée sur la réalisation préalable d'un examen médical et parfois d'examens complémentaires de biologie et ou d'imagerie médicale : il est plus facile de désigner le gagnant d'une course après l'arrivée ...

La littérature, comme l'expérience des urgentistes, apportent pourtant des réponses claires à cet a priori trop répandu :

- ▶ sur la base de la doléance principale des patients et même avec l'utilisation d'un triage infirmier préalable, **93% des patients identifiés « non justifiés aux urgences », le seraient à tort⁷¹.**

⁷⁰ B. Riou. Les urgences : une solution et non un problème. Ann. Fr. Med. Urgences (2013) 3 :1-2

⁷¹ Raven M.C. et al. JAMA (2013) 309, 11 : 1145-53

► de nombreux travaux analysent des méthodes et critères de classification de patients « non urgents ». Selon les études, les patients « non urgents » représentent 5% à 90% des admissions aux urgences, ce qui témoigne de **l'impossibilité de définir un critère reproductible en absence d'examen médical préalable**⁷².

En l'état actuel de nos connaissances médicales, trier a priori, dans un contexte d'urgence, un patient selon ses simples doléances, sans analyse médicale de la situation, pour savoir s'il relève ou non d'une prise en charge en service d'urgence relève d'un tirage à pile ou face !

Savoir qualifier la demande d'un patient pour identifier derrière les doléances le réel besoin de soin et ainsi pratiquer le juste soin, est l'exercice médical auquel sont formés les urgentistes et il est licite de les solliciter dans ce cadre.

Partout dans le monde le nombre de passage aux urgences a augmenté et partout dans le monde le pourcentage de patients hospitalisés qui passent par les urgences a augmenté, faisant des urgences un hub essentiel des différents systèmes de santé. Penser que la France pourrait aller à contre-courant est une illusion délétère. Par ailleurs, à aucun moment ceux qui avancent le problème des patients qui viennent aux urgences alors qu'ils ne devraient pas, ne proposent une solution crédible. La médecine générale, en faillite démographique, n'est pas, actuellement, une solution crédible contrairement à ce qu'évoque à tort le rapport Grall. Elle ne l'est pas plus dans les autres pays.

Fausse bonne idée n°4 : « Il faut faire payer les patients qui viennent aux urgences » ?

Si les patients préfèrent venir aux urgences plutôt que de voir un médecin généraliste, c'est parce qu'aux urgences ils ne payent pas ! Cette analyse, elle aussi très largement répandue dans la population et parmi les professionnels, ne repose sur aucune étude objective. Identifier que les 20% de Français les plus riches sont plus enclins à recourir aux dispositifs d'urgence de ville ne veut pas dire que les autres viennent aux SU car « c'est gratuit ». Dans l'enquête DRESS qui analyse la motivation des patients à venir aux urgences, la gratuité n'est indiquée que dans 2% des cas⁷³.

Dans cette même enquête, une minorité de passages aux urgences concerne les bénéficiaires de l'aide médicale d'état (1%) ou n'ayant aucun droit ouvert par l'assurance maladie française (1%). 71% bénéficient d'une couverture complémentaire privée et 9% de la couverture maladie universelle complémentaire.

Dans une publication récente⁷⁴ traitant de ce même problème aux Etats Unis d'Amérique, les auteurs témoignent que faire payer les patients pour ce qui est jugé « non urgent » ne diminue pas la fréquentation des services d'urgence. Chez nos voisins belges, « *on a essayé les suppléments non remboursables aux Urgences. Diverses options ont été testées, jusqu'ici sans AUCUN effet sur la fréquentation. Et l'ordre de grandeur actuel de ce supplément est de 18 EUR, facturé pour tout patient à l'exception de ceux adressés par un médecin généraliste ou arrivé via une ambulance du service 112.* »⁷⁵

Le choix récent, politique, d'instaurer le tiers payant intégral auprès de son médecin généraliste élimine l'idée que les patients ne vont pas voir leur médecin car c'est payant.

⁷² Durand A-C et al. American Journal of Emergency Medicine (2011) 29, 333-345

⁷³ DRESS. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Etudes et résultats n°889. Juillet 2014

⁷⁴ Ari B. Friedman and al. N Eng J Med (2015) 372 ;25. *No place to call home. Policies to Reduce ED Use in Medicaid*

⁷⁵ Dr O Goldberg, Chef de Clinique - DirMed Bruxelles & Vlaams-Brabant (forum SFMU 2015)

2) La permanence des soins ambulatoires doit évoluer pour répondre aux besoins

Tous les rapports s'intéressant aux urgences se sont penchés sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Comme nous l'avons vu, la notion « d'urgence » repose aussi bien sur des critères médicaux « symptômes » que sur des critères organisationnels « absence de réponse alternative ». Dans son rapport⁷⁶, JY Grall prône la « mise en place d'un réseau territorial de l'accès aux soins non programmés », coordonné par la plate-forme de régulation médicale. Un autre directeur d'ARS s'est essayé à proposer des scénarios d'évolution du concept de PDSA⁷⁷. Deux éléments conceptuels essentiels doivent être précisés :

- ▶ L'accès à un médecin généraliste est souvent plus compliqué en dehors des horaires de permanence des soins.
- ▶ L'accès à des soins non programmés est un droit pour tout citoyen en France.

Partant de ces deux constats, il nous semble essentiel :

- ▶ D'élargir le concept de PDSA à l'ensemble des besoins de soins urgents et non programmés. Le terme de **Pérennité des Soins (PdS)** pourrait être choisi pour décrire cette réponse, 24/7 à la demande de soins non programmés relevant de la médecine générale.
- ▶ D'identifier cette **PdS** comme un enjeu majeur de santé publique,
- ▶ De définir la **PdS** comme une « **mission de service publique** » dont les besoins sont identifiés dans les diagnostics territoriaux⁷⁸,
- ▶ D'intégrer la **PdS** dans le « **pacte territoire-santé** » défini par le ministre chargé de la santé⁷⁹,
- ▶ De faire reposer la **PdS** sur un **contrat territorial de santé** associant :
 - Les médecins libéraux
 - Les associations de médecins dédiées à la PDSA comme « SOS médecin »
 - Les équipes de soins primaires
 - Les communautés territoriales professionnelles de santé
 - De nouveaux partenaires : le Service de Santé des Armées par le biais des médecins des Bases de Défense, le ministère de l'intérieur par le biais des médecins du service de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers, les médecins des établissements de santé et médico-sociaux de proximité ...
 - Les structures des urgences, à défaut d'autres solutions.
- ▶ D'asseoir l'ensemble du dispositif sur une « fonction d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes » (donc dans le cadre de l'urgence) qui contribue « à éviter notamment les hospitalisations inutiles ou les ré-hospitalisations précoces, ainsi que les ruptures du parcours⁸⁰ », fonction naturellement assurée par une « régulation médicale adaptée⁸¹ » au sein de la **plate-forme Samu-Santé 113**^{82 83}.

La France n'est pas le seul pays industrialisé à être confronté à ce problème de permanence des soins ambulatoire et il convient de regarder les innovations qui fleurissent, par exemple, aux Etats Unis. Les visites à domicile, abandonnées depuis 20 ans aux USA, reviennent en force par le biais d'applications pour Smartphone qui mettent en contact patients et médecins disponibles selon le même modèle que les voitures avec chauffeur « Uber »⁸⁴.

⁷⁶ Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence. Dr J-Y Grall, DG de l'ARS Nord-Pas de Calais, juillet 2015.

⁷⁷ Permanences des soins et système des urgences en France. P. Blémont, Ch. Favier. Berger-Levrault éditeur, avril 2012

⁷⁸ Article L 1434-9 du code de la santé publique (projet de loi de modernisation de notre système de santé)

⁷⁹ Article L 1434-13 du code de la santé publique (projet de loi de modernisation de notre système de santé)

⁸⁰ Article L 6327-1 du code de la santé publique (projet de loi de modernisation de notre système de santé)

⁸¹ Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence. Dr Jean-Yves Grall, DG de l'ARS Nord-Pas de Calais, juillet 2015

Fausse bonne idée n°5 : « Il faut renforcer l'offre ambulatoire par la multiplication des maisons médicales de garde » ?

Les insuffisances de l'offre ambulatoire peuvent, certes, ne laisser dans certaines circonstances au patient aucune autre possibilité que de recourir aux structures d'urgence. Les périodes de congés sont, à cet égard, caricaturales, nombre de médecins se contentant d'indiquer à leurs patients, sur leur répondeur téléphonique, de composer le 15.

Une meilleure organisation des périodes de congés, sans doute par l'Ordre des médecins, serait donc certainement utile.

En revanche, tout ce qui a pu être fait (pourtant souvent avec des moyens assez importants), notamment pour développer les maisons médicales de garde (présentées par certains comme une panacée), si cela répond à un besoin de médecine générale, n'a jamais fait reculer la croissance régulière du recours aux structures d'urgence.

II. Une nouvelle organisation :

La réponse à l'urgence médicale, initialement organisée autour de chaque établissement de santé (Smur, Service d'Urgence) ou au niveau de chaque département (Samu-Centre 15) doit nécessairement évoluer dans son organisation géographique afin de répondre, non plus aux limites administratives mais plus aux besoins de santé en (re)plaçant le patient et son parcours de santé au centre de nos préoccupations. Cette organisation différente, prônée par le projet de modernisation de notre système de santé, apparaît aussi, principalement dans le domaine de la médecine d'urgence, comme **une opportunité pour maintenir la qualité et la sécurité des soins** ainsi que les compétences des professionnels et diminuer la pénibilité de leur métier.

1) Territoire de santé d'Urgence

Le territoire de santé constitue un découpage géographique « pertinent pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ». Les grands principes qui ont structurés l'élaboration de ces territoires par les ARS reposent sur les comportements sanitaires et sociaux des populations, leurs besoins et l'offre existante.

À l'aube de la réorganisation régionale de la France, le territoire de santé apparaît comme l'échelon idéal d'organisation de la médecine d'urgence pour garantir proximité et qualité des soins, cette réflexion étant partagée, par exemple, avec nos collègues étasuniens⁸⁶. Les contraintes de la prise en charge en urgence pouvant être différentes de celles des prises en charges programmées, il est essentiel que soient définis des « territoires de santé d'urgence » au sein desquels une organisation innovante peut être proposée.

⁸² Permanences des soins et système des urgences en France. P. Blémont, Ch. Favier. Berger-Levrault éditeur, avril 2012

⁸³ Article L. 6314-1 du code de la santé publique (projet de loi de modernisation de notre système de santé)

⁸⁴ I Catala. Après les Uber taxis, les « Uber médecins » aux Etats Unis. Medscape 07 mai 2015¹ Légendes

⁸⁵ Article 1434-16 du code de la santé publique.

⁸⁶ Institute of Medicine. Committee on the future of emergency care in the US Health System. Hospital based emergency care : at the breaking point. Washington DC : Institute of Medicine, National Academies Press (2007).

2) Plate-Forme de régulation médicale « Samu-Santé-113 »

Comme nous l'avons vu plus haut, la création, sur la base des actuels Samu-Centre 15, de plates-formes de régulation médicale, élargies, « Samu-Santé -113 » est une impérieuse nécessité. Chaque territoire de santé d'urgence devra être rattaché à une plate-forme Samu-Santé 113, véritable chef d'orchestre des prises en charge « en urgence » sur ce territoire.

Une articulation opérationnelle entre ces plates-formes sera mise en place afin de garantir leur sécurisation mutuelle.

Le programme de modernisation des systèmes d'information « SI-Samu » sera, le cas échéant, élargi à l'ensemble des partenaires de ces nouvelles plates-formes Samu-Santé-113.

3) Médicalisation pré-hospitalière

La prise en charge de l'urgence et la réanimation pré-hospitalière sont assurées par les Smur, services hospitaliers, dont l'implantation répond à l'exigence des « 30 minutes » et les moyens sont conformes aux textes réglementaires. Leur implantation répond également à des besoins de santé publique et à la couverture de risques spécifiques.



La doctrine d'utilisation de l'hélicoptère dans le cadre de l'aide médicale urgente (HéliSmur) est basée sur la notion de « **mission santé** » à laquelle les différents participants doivent adhérer : « *l'important n'est pas la couleur mais la mission !*⁸⁷ ». L'implantation des HéliSmur répond à un double maillage : large (24/7) et plus de proximité (jour aéronautique). Tous les établissements sièges de structure des urgences disposent d'une **zone de poser**. Elle est également systématiquement prévue à proximité des maisons de santé dès lors qu'elles sont implantées à plus de 30 minutes d'un Smur.

Des éléments « avant-coureurs » du Smur sont mis en place dans les zones éloignées, situées à plus de 30 minutes du Smur : Médecins Correspondants du Samu, Médecins du SSSM des sapeurs pompiers⁸⁸.

La **coordination** des moyens de santé concourants à l'Aide Médicale Urgente est exclusivement assurée par les **plates-formes Samu-Santé-113**.

4) Structures des urgences

Les SU sont organisées en réseau à l'échelle de chaque territoire de santé d'urgence. Afin de répondre à l'ensemble des besoins, chaque territoire de santé d'urgence dispose d'au moins une structure des urgences de recours.

Cette organisation territoriale en réseau impose des liens formalisés entre les différentes SU : chaque établissement avec un plateau technique d'urgence de proximité étant rattachée à un établissement avec un plateau technique d'urgence d'appui, lui même rattachée à un

⁸⁷ Charles SCHMITT, pilote d'HéliSmur (1932-2011)

⁸⁸ dans un cadre conventionnel tel que défini dans la circulaire interministérielle n°DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015

établissement avec un plateau technique d'urgence de recours. Cette organisation permet l'activation anticipée des filières de prise en charge dans un souci constant de qualité et de sécurité des soins. Les filières de prise en charge de pathologies relevant de spécialités très spécifiques (centre de traitement des brûlés, neurochirurgie, caisson hyperbare ...) sont prédéfinies.

Les parcours de soins d'urgence, au sein de ce réseau, sont coordonnés par la plate-forme Samu-Santé-113 du territoire.

5) Pérennité des Soins, une (r)évolution de la PDSA

La PdS organise, 24/7, la réponse à des demandes de soins urgents et non programmés dès lors que ceux-ci ne relèvent pas du plateau technique d'un établissement siège de structure des urgences. Coordonnée à l'échelle du territoire de santé d'urgence par la plate-forme Samu-Santé-113, cette réponse repose prioritairement sur :

- ▶ les médecins libéraux volontaires (généralistes et spécialistes) en association ou non,
- ▶ les maisons de santé pluridisciplinaires qui s'engagent, contractuellement, à assurer la prise en charge des patients adressés par la plate-forme Samu-Santé-113,
- ▶ des centres de soins non programmés ou centres de soins immédiats tels que proposés dans le rapport de JY Grall⁸⁹.

La mise en place d'une **codification spécifique des actes de PdS**, comme proposée dans ce même rapport, est une idée intéressante qui doit être débattue avec les représentants des médecins libéraux.

En absence de moyen de réponse dûment constaté par l'Agence Régionale de Santé, l'Union Régionale des Professionnels de Santé et le conseil de l'ordre des médecins, cette réponse peut être apportée par une structure de médecine d'urgence pour laquelle les moyens seront adaptés à cette contrainte supplémentaire, y compris éventuellement avec une réponse mobile différente du Smur.

6) Cadre réglementaire et pilotage du dispositif

Élément clef de la politique de santé, le pilotage de cette organisation de la médecine d'urgence est exclusivement assuré par les Agences Régionales de Santé. Les Comités Techniques Régionaux des Urgences⁹⁰ (CTRU) placés auprès des directeurs généraux d'ARS sont les acteurs principaux de cette réorganisation qui est validée par la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.

Cette évolution impose de faire cesser toute activité « dite d'urgence » non autorisée entraînant une tromperie et un risque pour les patients.

La formalisation des liens entre les différents partenaires peut correspondre à la définition actuelle des Groupements Hospitaliers de Territoire sous réserve, entre autres, qu'ils soient sous-tendus par un projet médical commun⁹¹.

⁸⁹ Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence. Dr Jean-Yves Grall, DG de l'ARS Nord-Pas de Calais, juillet 2015

⁹⁰ Circulaire N° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR

⁹¹ Réflexions de Samu-Urgences de France concernant les GHT dans le cadre du projet de Loi de santé et de la mission nationale d'accompagnement des GHT (M^{me} Hubert-Dr Martineau). Avril 2015

III. De nouveaux professionnels :

L'évolution de la médecine d'urgence et de son organisation doit s'accompagner d'une évolution des métiers et de la façon de les exercer.

1) Quel urgentiste demain ?

a) Un médecin spécialiste reconnu

La question, aujourd'hui, n'est plus de savoir si la formation d'urgentiste relève de la création d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées ou non ; ce sujet a été largement débattu et fait l'objet désormais d'un large consensus auprès des décideurs professionnels⁹², politiques, universitaires⁹³, et de l'ensemble des disciplines médicales.

L'impérieuse nécessité de créer cette spécialité au plus vite repose sur plusieurs éléments :

- ▶ la nécessité d'améliorer la **qualité et la durée de formation spécifique** (passant de 2 à 4 ans au minimum) d'un spécialiste devant maîtriser l'accueil des urgences médicales et chirurgicales, de l'adulte et de l'enfant, la réanimation pré-hospitalière, et la régulation médicale ;
- ▶ l'actuelle **pénurie d'urgentistes**, liée autant à un défaut d'attractivité qu'à un nombre de médecins formés insuffisants, mise à jour l'été 2015 encore par la fermeture de services d'urgence ;
- ▶ l'impossibilité de **recruter des spécialistes étrangers** pour compléter les équipes actuelles (la Médecine d'urgence étant reconnue, depuis longtemps, comme spécialité médicale dans les pays anglo-saxons et dans la plupart des pays européens) ;
- ▶ la nécessité de pouvoir « contrôler » le nombre d'urgentistes à former pour **répondre aux besoins**, sans dépendre d'une autre spécialité (actuellement essentiellement de la médecine générale) ;
- ▶ le développement de la **recherche médicale** en médecine d'urgence ;
- ▶ l'orientation vers la médecine d'urgence doit être un **choix de carrière**, pleinement assuré y compris dans ses contraintes consubstantielles, et non un choix « par défaut ».

Si la formation initiale de l'urgentiste est essentielle, il convient également de donner les moyens d'une **formation continue de qualité**. La définition d'un « temps non posté » dans l'emploi du temps de l'urgentiste va dans ce sens mais des moyens matériels suffisants, en particulier dans le cadre de la **simulation médicale**, doivent être mis à sa disposition.

b) Un médecin hospitalier

La médecine d'urgence étant, par définition, d'un exercice hospitalier (au sens « établissement de santé »), le « praticien » urgentiste dispose des **mêmes devoirs mais aussi des mêmes droits que les autres praticiens de l'établissement**. L'urgentiste a, en effet, le droit (et doit donc avoir la possibilité) d'exercer sa spécialité tout au long de sa carrière.

Cette évidence est l'une des bases de l'élaboration des nouvelles modalités de travail en structure de médecine d'urgence^{94 95} qui reconnaissent, à côté de l'exercice « posté », du temps de travail « non posté » permettant à l'urgentiste de participer activement au fonctionnement de son service mais aussi et surtout de l'établissement, la place de la médecine d'urgence au sein de l'hôpital ne se limitant pas aux relations quotidiennes avec les médecins spécialistes⁹⁶.

⁹² J. Schmidt. Référentiel métier-compétences ou comment structurer le métier d'urgentiste. Ann. Fr. Med. Urgences (2012) 2 :77

⁹³ B. Riou et coll. Combien formons nous de médecins urgentistes en France ? Ann. Fr. Med. Urgences (2014) 4 :1-3

⁹⁴ Circulaire N° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR

⁹⁵ Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015

⁹⁶ F. Danet. La médecine d'urgence. Vers de nouvelles formes de travail médical. Erès éditions, octobre 2008

c) Un médecin engagé

On ne choisit pas la médecine d'urgence par hasard ! De par son mode d'exercice, les situations cliniques rencontrées et les responsabilités prises, la médecine d'urgence nécessite un engagement particulier à une échelle plus vaste qu'un établissement de santé. C'est une **médecine de proximité**, mais c'est aussi une médecine qui exige des **compétences larges, très spécialisées**, et qui doivent être régulièrement entretenues. D'autres spécialités, tout aussi complexes, peuvent s'organiser au sein de services de référence, dans de grands établissements, souvent universitaires, mais loin des besoins immédiats de la population, mais **la médecine d'urgence doit rester proche des patients**.

Réussir à associer « proximité » et « compétence » ! C'est le challenge qui attend les urgentistes. A défaut, la réponse de proximité disparaîtra ou sera confiée à de moins compétents alors même que le service d'urgence de proximité, qui ne dispose pas d'un plateau technique important et d'un accès immédiat à d'autres spécialistes, requiert les urgentistes les plus compétents.

Le partage d'activité entre deux structures des urgences de type différent (proximité, appui, recours) mais aussi entre des activités différentes (accueil des urgences, UHCD, Smur, régulation médicale) doit permettre non seulement d'assurer le maintien des compétences mais aussi de diminuer la pénibilité globale de cet exercice médical.

Organiser des **équipes d'urgentistes à l'échelle d'un territoire de santé d'urgence** apparaît comme une idée séduisante dès lors que cette « équipe de territoire » partage un projet médical commun permettant d'assurer l'ensemble des missions des structures de médecine d'urgence. Les propositions du rapport de JY Grall⁹⁷ vont dans ce sens :

- ▶ équipe de territoire unique de médecins urgentistes,
- ▶ sous l'autorité d'un chef de service,
- ▶ dans le cadre réglementaire d'un GHT,
- ▶ dans un souci d'amélioration de la qualité et non d'homogénéisation de la pénurie.

Les modalités de mise en application de ce nouveau statut doivent être discutées, Samu-Urgences de France étant opposé à ce qu'il ne s'applique qu'aux urgentistes. En tout état de cause, cette évolution ne peut se concevoir, en l'état, que sur la base du volontariat des médecins actuellement en poste en y associant, comme cela est proposé dans le rapport, l'attribution systématique de la prime multi-établissement.

Il est également important de ne pas limiter la réflexion à un « établissement pivot, prestataire de service » mais de **maintenir un management local**, attaché à son établissement, afin que la structure des urgences y soit représentée et que les urgentistes participent à la vie de l'établissement : d'un point de vue pratique, le praticien reste nommé dans son établissement de prédilection, où il(elle) effectue la majorité de son temps de travail, et partage son activité avec une autre structure d'urgence, d'un autre établissement, dans le cadre d'un GHT.

⁹⁷ Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence. Dr Jean-Yves Grall, DG de l'ARS Nord-Pas de Calais, juillet 2015

d) Un médecin recentré sur son exercice médical

La ressource médicale étant rare, il est indispensable que l'urgentiste, lors de son activité postée, ne se consacre qu'à son exercice médical. Certaines tâches, essentielles, doivent pouvoir être assurées par d'autres (cf. infra.).

2) Infirmier(e) des urgences et transferts de tâches

Le partage ou transfert de compétences, du médecin vers l'infirmier, est un sujet fréquemment et largement débattu, qui a montré de très bons résultats dans la prise en charge de pathologies chroniques⁹⁸.



Dans le cadre d'une pathologie aiguë, dont le diagnostic n'a pas été fait, la littérature ne relève pas de plus-value de l'infirmier(e) par rapport au secouriste. La médecine d'urgence n'est pas une série « d'actes réflexes » ou « d'algorithmes protocolés » sur la seule base de la constatation d'un symptôme. Le transfert de compétence étant en médecine d'urgence, à ce jour exclu, des transferts de tâches du médecin à l'infirmier peuvent en revanche être facteurs de progrès.

La polyvalence requise pour les médecins urgentistes doit aussi être la règle pour les infirmiers, collaborateurs permanents tant en pré-hospitalier (Smur) qu'en intra-hospitalier (SU, UHCD). Les transferts de tâches doivent donc être envisagés dans toutes ces pratiques.

Le rôle **d'accueil et d'orientation** assuré par l'IOA est un transfert de tâche qui a fait la preuve de son efficience.

La mise en place des **transferts infirmiers inter-hospitaliers** rentre également dans cette catégorie et cette pratique, réglementée, doit être développée.

La **dispensation d'antalgiques** par un(e) IDE est largement répandue, sur une base de protocoles et avec accès immédiat à un médecin, dans de nombreux services d'urgence. De même, certains ont développé des **prescriptions anticipées de radiographies** par l'IOA pour la traumatologie périphérique. Les immobilisations, après diagnostic, sont réalisées par des IDE formés à la **gypsothérapie** depuis de nombreuses années. La réalisation de sutures simples, après examen de la plaie par un urgentiste doit aussi, demain pouvoir être proposée.

Actuellement, même réalisées dans le cadre d'un protocole de coopération, ces pratiques ne répondent que rarement à un cadre réglementaire précis, ceci malgré des recommandations de la HAS⁹⁹. **L'exercice en pratique avancée**, comme prévue dans la nouvelle Loi de santé¹⁰⁰ pourrait répondre à ce besoin.

Ces transferts de tâches, sous couvert d'une formation appropriée mais sans pour autant exiger un niveau de formation de type « master », doivent rapidement être proposés.

⁹⁸ DRESS. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières - l'apport d'expériences européennes et canadiennes. Série Etudes n°57, mars 2006

⁹⁹ HAS. Guide méthodologique pour les protocoles de coopération entre professionnels de santé. (2010)

¹⁰⁰ Article 30 du projet de loi de modernisation de notre système de santé

3) Les autres partenaires de la médecine d'urgence

Comme le rappelle JY Grall dans son rapport, il est essentiel d'« optimiser la ressource en compétences de médecin urgentiste ».

La gestion de l'aval des urgences, et en particulier des hospitalisations ne relève pas de l'exercice médical mais d'une tâche administrative, dès lors que l'orientation a été définie par l'urgentiste. Dans une publication récente¹⁰¹, quand un seul appel ne suffit pas pour trouver un lit, les délais s'allongent et la médiane passe de 10 à 50 minutes. Il est essentiel que les établissements disposant d'une structure des urgences mettent en place une politique de gestion des lits^{102 103} et un « bed management » assuré par du personnel administratif et/ou soignant (cadre de santé) indépendant des urgences.



L'interface soignants/famille-accompagnants : le manque de communication à l'intérieur d'une structure des urgences est une doléance fréquemment rapportée par les usagers. Une des réponses est liée à l'organisation interne même des services mais d'autres pistes de réflexion sont actuellement menées par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris¹⁰⁴ pour améliorer la qualité de l'attente en impliquant des bénévoles ou volontaires, en particulier les volontaires en service civique. Cette fonction existe d'ailleurs déjà dans beaucoup d'autres services aux usagers (SNCF, RATP, Poste, etc ...).

Comme nous l'avons vu, les prises en charge en urgence relèvent fréquemment de **problèmes sociaux** intriqués avec un réel besoin de soin. La présence effective de travailleurs sociaux, au sein des structures de médecine d'urgence mais également disponibles pour la régulation médicale est indispensable, déchargeant, là aussi, le médecin de la gestion de problèmes chronophages et pour lesquels il n'est pas compétent.

La gestion des **pathologies psychiatriques** relève de la même logique et doit être prise en compte de façon identique. Dans ce sens, il serait souhaitable dans la même logique de polyvalence des urgentistes et IDE des urgences, que les équipes de psychiatrie des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques participent activement à la prise en charge des patients au sein de la structure des urgences.

4) Des professionnels en nombre suffisant

Quelle que soit l'organisation en place et les efforts réalisés par les professionnels, il est illusoire d'espérer continuer à assurer la qualité et la continuité des soins sans un nombre de professionnels suffisant en regard de l'activité réelle des structures de médecine d'urgence. Samu-Urgences de France insiste sur l'indispensable adéquation entre les besoins et les effectifs comme décrite dans le **Référentiel** « Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD)¹⁰⁵ ».

Les effectifs étant directement liés aux financements, les travaux déjà menés sur les Samu-Centres 15 doivent rapidement être étendus aux structures des urgences et aux Smur.

¹⁰¹ Dress. Etudes et résultats. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. N°0929, août 2015.

¹⁰² Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Rapport du P^r Pierre Carli, Président du CNUH, septembre 2013.

¹⁰³ La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques : bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences. MeaH, avril 2008

¹⁰⁴ L'APHP engage une stratégie globale d'amélioration des urgences. Dossier de presse, 10 juin 2014

¹⁰⁵ Samu-Urgences de France, novembre 2011 (www.samu-urgences-de-france.fr)

F. LES 20 PROPOSITIONS DE SAMU-URGENCES DE FRANCE

- 1** Définir, à l'échelle nationale, des **territoires de santé d'urgence** au sein desquels la réponse à « l'urgence santé » est organisée et cohérente
- 2** Mettre en place des **plates-formes de régulation médicale Samu-Santé** regroupant tous les acteurs de la réponse médicale à une demande de soins urgents. Cette plate-forme est **située dans un établissement de santé**.
- 3** Assurer l'**articulation et l'interconnexion** entre les plates-formes Samu-Santé
- 4** Attribuer le numéro de téléphone national « **113** » à la plate-forme **Samu-Santé-113**
- 5** Evaluer la pertinence de l'**implantation** actuelle des **Smur terrestres** et s'assurer de l'adéquation de la composition de leur **équipe** avec les textes réglementaires
- 6** Continuer à développer la **réponse « avant-coureur du Smur »** dans les territoires à plus de 30 minutes d'un Smur
- 7** Mettre en place un **maillage territorial** à deux niveaux des HéliSmur et équiper les établissements siège de structure d'urgence d'une **zone de poser** autorisée
- 8** Formaliser un « **contrat de mission santé** » pour les hélicoptères d'état souhaitant participer à l'Aide Médicale Urgente
- 9** **Labelliser les structures des urgences** selon un cahier des charges précis
- 10** Identifier les établissements de santé disposant d'un plateau technique d'urgence selon les critères **SUDF** (proximité, appui, recours)
- 11** Contractualiser les liens entre les structures de médecine d'urgence d'un même territoire de santé
- 12** Créer le concept de **Pérennité des Soins - PdS**
- 13** Mettre en place dès maintenant le **DES de médecine d'urgence**
- 14** Garantir les **moyens de formation continue** des professionnels des structures de médecine d'urgence, notamment par les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence
- 15** Faire évoluer les **statuts** des médecins hospitaliers pour autoriser un **exercice territorial**
- 16** Créer des **équipes d'urgentistes de territoire** sur la base de **projets médicaux partagés**
- 17** Formaliser les **transferts de tâches** des urgentistes vers les IDE des urgences hospitalières dans le cadre d'un **exercice en pratique avancée**
- 18** Décharger les urgentistes des **tâches ne relevant pas de leurs missions médicales** en particulier pour la gestion des lits d'aval
- 19** Assurer des **effectifs** médicaux et non médicaux des structures de médecine d'urgence en cohérence avec leurs activités
- 20** Assurer un **financement pérenne** des structures de médecine d'urgence, en adéquation avec leurs organisations et leurs activités.

G. EN CONCLUSION

« L'accès à des soins médicaux de qualité en urgence est globalement assuré en France et l'organisation de la chaîne " secours-soins-transport-accueil", médicalement régulée, est d'ailleurs souvent citée en exemple à l'étranger. Cependant, cette organisation reste encore perfectible, pour pouvoir garantir une utilisation optimale des ressources humaines et matérielles et des finances publiques, et se prémunir contre des dérives pernicieuses. Pour cela il est indispensable que le Ministère de la santé assure un pilotage national, cohérent, de l'ensemble des actions à mener, par rapport à la doctrine nationale arrêtée, et en fonction des budgets disponibles¹⁰⁶. »

C'est dans cette logique et en souhaitant mettre en place des structures de médecine d'urgence pour les 10 années à venir que Samu-Urgences de France propose cette doctrine complète, *du pied de l'arbre au lit de réanimation*¹⁰⁷, centrée sur le patient et son parcours de soins. La médecine d'urgence ne doit plus se construire à la suite de crises successives mais mettre en place une organisation pérenne et cohérente. La médecine d'urgence ne doit plus être vue comme un problème¹⁰⁸ : c'est une solution efficace pour répondre à la demande de soins urgents, sous réserve qu'elle s'organise pour répondre aux défis à venir et qu'elle dispose des moyens de cette politique.

Les propositions de Samu-Urgences de France s'inscrivent ainsi parfaitement dans la logique du parcours de soins que tout citoyen est en droit d'exiger :

- ▶ Continuité
- ▶ Accessibilité
- ▶ Qualité
- ▶ Sécurité
- ▶ Efficience

Elles s'inscrivent également dans une logique d'attractivité du métier. L'exercice de la médecine d'urgence est un **choix professionnel**, il doit aussi pouvoir être un **choix de vie**.



¹⁰⁶ Pr Paul Petit. 1^{ères} assises de l'Urgence. Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence. Assurer un bon emploi des ressources sanitaires par une cohérence de leur pilotage. 13 septembre 2012

¹⁰⁷ Pr Louis Lareng dans « Anesthésie, analgésie, réanimation, Samu. Notre histoire de 1945 aux années 2000. Tome II, le Samu. Club de l'histoire de l'anesthésie et de la réanimation. Edition Glyphé, Paris (2015) »

¹⁰⁸ Dr Marc Giroud. « Historique, évolutions récentes et perspectives de la prise en charge des urgences ». Les urgences : un symptôme des changements de la société ? SciencesPo Chaire Santé (2014)

Ce livre blanc a été rédigé par le conseil d'administration de Samu-Urgences de France :

François **Braun** (président), Frédéric **Berthier**, Karim **Boudénia**, Pierre **Carli**,
Charlotte **Chollet-Xémard**, Jean-François **Cibien**, Jean-Emmanuel **De la Coussaye**,
Marc **Freysz**, Marc **Giroud**, Jean-Marc **Labourey**, Gilbert **Leclercq**, Rémy **Loyant**,
Tarak **Mokni**, Dominique **Pateron**, Paul **Petit**, Emgan **Querellou**, Agnès **Ricard-Hibon**,
Bruno **Riou**, Pierre-Marie **Roy**, Louis **Soulat**, Karim **Tazarourte**, Muriel **Vergne**.

« Voir les structures de médecine d'urgence

comme *une solution*
et non comme un problème ! »



Samu-Urgences de France

2015