



Organisation de la prise en charge

En France, près de 14 millions de patients sont venus dans un service d'urgences en 2003, soit une augmentation de 40 % par rapport à 1996. Cette évolution de la demande a nécessité une adaptation de l'offre d'autant plus complexe que les acteurs sont nombreux et travaillent dans des cadres différents.

Histoire de la médecine d'urgences

Fabien Catala
Médecin, Samu 31
CHU Toulouse

L'histoire de la médecine d'urgences suit l'évolution du concept de solidarité associé autant aux progrès technologiques qu'aux conflits humains.

Dans l'Antiquité, les formes traditionnelles de solidarité sont d'abord les liens du sang. La famille au sens large est alors la forme de sociabilité si universelle que certains la disent « naturelle ». C'est un véritable utérus social apte à abriter le petit de l'homme.

Dès le Moyen Âge, le concept moderne de solidarité apparaît dans la société urbaine. Dans la ville, des hommes et des femmes, conservant parfois l'usage d'anciennes formes de sociabilité, ne vivent pas seulement côte à côte mais coopèrent à une tâche commune. L'homme n'est plus simplement homme, il est citoyen. La solidarité s'organise donc autour de la cité, mais aussi autour des corporations ou des confréries ouvrières. Par exemple, à Milan en 1393, une véritable structure d'urgence pour les tailleurs de pierre employés à la construction de la cathédrale est confiée à un médecin. La municipalité garantit le paiement des soins et des médicaments. Déjà la collectivité publique s'intéresse aux secours.

Le XVIII^e siècle : émergence de l'idée de droit social et fin de la résignation

Ce siècle va marquer la fin de la résignation ancestrale face à la mort accidentelle. L'homme, par ses soins, cherche à interrompre une évolution fatale. Voilà une idée neuve qui remet entre ses mains une partie de son destin.

L'acte de naissance de l'urgence médicale date de 1740. Il prend la forme d'un « Avis pour donner du secours à ceux que l'on croit noyés ». Avis rédigé par Réaumur et, à la demande de Louis XV, placardé dans tout le royaume de France. Antoine Portal (Gaillac 1742-Paris 1832) préconise que « *c'est dans le bateau même qui a repêché le noyé qu'il faut commencer les secours* ». La promptitude nécessaire à l'administration des secours efficaces est ainsi reconnue.

Dans les grandes villes d'Europe et de la côte Est d'Amérique se créent des sociétés humanitaires. Elles se donnent pour but de récompenser la bravoure de sauveteurs, d'enseigner les méthodes de réanimation, de mettre en place les matériels de sauvetage et de compiler et de critiquer les résultats de l'action des sauveteurs. La Révolution met fin à l'activité de ces sociétés.

En 1759, Louis XV instaure la gratuité des secours publics. Ce siècle voit évoluer les méthodes de ventilation des noyés et des asphyxiés. Ainsi sont décrites les premières techniques de bouche à bouche et de massage cardiaque. Antoine Laurent Lavoisier (Paris 1743-Paris 1794) découvre que « *dans la respiration comme dans la combustion, c'est l'air de l'atmosphère qui fournit l'oxygène* ».

Enfin, au XVIII^e siècle, émerge l'idée de droit social. Leibniz écrit : « *la situation d'autrui est le vrai point de perspective en politique aussi bien qu'en morale* ».

En France, la jeune République légifère sur l'organisation des secours. La loi du 24 août 1790 donne aux pouvoirs publics la responsabilité des secours d'urgence. C'est la première fois qu'un État prend l'initiative d'organiser le secours des personnes en détresse. Le marquis de Condorcet (1743-1794) fait inscrire dans la Constitution de 1793 qu'il est nécessaire « *de reconnaître le secours public pour une dette sacrée de la société* ». Le droit social est défini et la solidarité est posée comme l'un des éléments fondamentaux des relations collectives. Nous sommes passés des liens du sang « naturels » aux liens de raison que la société doit au citoyen.

Les armées de la République sont sur tous les fronts. En 1792, Dominique Larrey (1766-1842), chirurgien-major de l'armée du Rhin, imagine son ambulance volante et va au-devant des blessés jusque sous le feu de l'ennemi où il pratique des soins précoces. Il réalise ainsi, en plein champ de bataille, deux cents amputations par jour pour sauver des blessés autrement voués à une mort certaine. Le principe est de prévenir les complications en traitant les blessures sans délai. Avec son collègue Pierre-François Percy (1754-1825), il jette les premières bases du triage chirurgical. Ils donnent comme instruction qu'« *on commence toujours par les plus dangereusement blessés, sans égard aux rangs et aux distinctions* ». Ainsi, les premiers principes du triage et de la médecine moderne de l'urgence venaient de voir le jour.

En cette fin de siècle, dans la logique du contrat social de Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), on estime que la société, au profit de laquelle l'individu a aliéné une part de sa liberté, doit, en échange, lui faire bénéficier d'une organisation sans faille.

xix^e siècle : champs de bataille, libéralisme et lutte sociale

C'est le spectacle des blessés à la bataille de Solferino, le 24 juin 1859, qui bouleverse Henri Dunant (1828-1910). Pour alerter l'opinion publique, il publie en 1862 un livre intitulé *Un souvenir de Solferino*. Il éveille ainsi la conscience de ses contemporains et fonde la Croix-Rouge à Genève en 1863 pour venir en aide aux blessés et aux victimes de la guerre. Cette organisation internationale à vocation humanitaire est reconnue en 1864 par la convention de Genève qui, dans son article 6, affirme solennellement « *les blessés*

ou malades seront recueillis et soignés à quelque nation qu'ils appartiennent ».

En France, un décret impérial du 18 décembre 1811 crée à Paris un bataillon de sapeurs-pompiers à la suite d'un incendie à l'ambassade d'Autriche. Ce bataillon sera intégré à l'armée par ordonnance royale du 7 novembre 1821.

Lors de la révolution de 1830, Hippolyte Larrey (1808-1895) participe aux soins d'urgence et applique les principes de chirurgie de guerre édictés par son père au traitement des blessés sur la voie publique.

Le XIX^e siècle verra se développer l'idéal de liberté. Cet idéal rencontrera d'ailleurs un écho dans de nouvelles doctrines économiques et dans la philosophie volontariste de Kant (1724-1804). Robert Malthus (1766-1834) ira jusqu'au bout de cette logique du laisser-faire en affirmant qu'« *au grand banquet de la nature il n'y a pas de couvert vacant pour le pauvre* ».

Dans le même temps, l'industrialisation fait voler en éclats l'organisation traditionnelle du travail et des solidarités familiales. Elle va en effet entraîner une désagrégation des familles rurales, les enfants venant à la ville pour chercher un travail sans aucune sécurité. S'accommodant mal de cet état de choses, les ouvriers tentent de se regrouper malgré les interdictions existantes dans certains pays. En France, la liberté syndicale ne sera reconnue qu'en 1884. De ces luttes sociales émerge une idée confuse et nouvelle : le travailleur, objet passif de production, peut devenir le sujet d'une société égalitaire grâce au développement d'une solidarité sociale. Nous voilà donc arrivés aux prémices de la protection sociale.

En 1884, se réunit à Paris un congrès international de l'assistance publique. Un certain nombre de principes sont arrêtés, dont le principe de l'assistance obligatoire pour les collectivités. La même année, Henri Natchel, de retour d'un voyage à New York, publie un mémoire sur « *L'organisation à Paris d'ambulances urbaines analogues à celles des grandes villes d'Amérique* ». Victor Hugo lui apporte son total soutien en ces termes : « *New York a commencé, Paris continuera. Ce que vous conseillez, Monsieur, est conseillé par la raison et par l'évidence. Le succès confirmera vos affirmations* ». Ce service public d'ambulances urbaines voit le jour en 1889. Il est confié à l'Assistance publique, avec un interne à bord de l'ambulance.

xx^e siècle : deux guerres mondiales et promotion de la personne

Les champs de bataille et les guerres sont sans doute aussi importants pour le progrès de la médecine d'urgences que pour ceux de l'aviation et de la technologie des communications. Les progrès thérapeutiques sont considérables. Ce sont, par exemple, en 1915, la désinfection des blessures avec le soluté de Carrel-Dakin. En 1919, Penfield préconise le sérum salé isotonique dans le traitement du choc hémorragique. 1943, Crönwall et Ingelmann proposent une nouvelle famille de solutés de remplissages : les dextrans.



Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ?

C'est le médecin général Robert Picqué qui défend l'aviation sanitaire à la fin de la première guerre. Ne dit-il pas : « *Dans l'avenir, les heures remplaceront les jours dans la durée des transports des blessés* ». Mais aussi, Pierre Huguenard, en 1944, fait ses premières armes en matière d'anesthésie et de médecine pré-hospitalière dans l'antenne chirurgicale du maquis du Jura.

Les conflits, drames humains pour les soldats mais aussi pour les civils, ont toujours suscité et développé des solutions, si ce n'est pour guérir, du moins pour soulager. De ces périodes de chaos et d'intense barbarie vont émerger les premiers principes de la médecine d'urgences pré-hospitalière : déplacement de l'équipe médicale sur les lieux de la détresse, médicalisation des équipes de secours, transports rapides par des moyens adaptés, et techniques modernes d'anesthésie et de réanimation.

Ces principes seront repris à la fin du deuxième conflit mondial par les autorités sanitaires françaises. Au lendemain de la guerre 1939-1945, jamais la société n'a davantage ressenti ce besoin de sécurité que l'on croyait jusqu'alors limité à la classe ouvrière. Des bourgeois, ruinés par les dépréciations monétaires, se trouvent parfois dans des situations plus critiques que des ouvriers protégés par un système d'assurance sociale. On comprend mieux que la misère ne soit pas nécessairement le fruit de la paresse ou de l'imprévoyance mais puisse résulter d'une crise politique, économique ou monétaire. L'idée générale est que tout individu, en tant que tel, a droit à une garantie par l'État d'un revenu minimal permettant de supprimer le besoin.

Le 4 octobre 1945 sont édictées les ordonnances organisant la sécurité sociale. Le principe de généralité et d'uniformité de la protection sociale est proclamé. La sécurité sociale doit être l'expression d'une solidarité nationale. La politique sociale se développe autour du concept « *favoriser l'épanouissement des facultés de chaque homme* ». Parallèlement, l'évolution technologique avec ses nouveaux risques, comme la révolution des moyens de transport, implique une professionnalisation des modes de secours et de l'accueil des urgences médicales et chirurgicales.

Les années cinquante vont voir les pionniers de l'aide médicale d'urgence développer les concepts actuels de la médecine pré-hospitalière. En 1954, lors de l'épidémie de poliomyélite, Louis Lareng aménage un fourgon avec un poumon d'acier. Une équipe composée d'une infirmière et d'un médecin va sillonner la région Midi-Pyrénées pour amener vers les malades les services de réanimation toulousains. Louis Serre, à Montpellier, effectue avec succès le transfert d'un patient sur plus de mille kilomètres avec ventilation manuelle. Le premier Service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) est créé par Maurice Cara à Paris afin d'assurer le transport interhospitalier des malades en insuffisance respiratoire grave.

Face à l'hécatombe sur les routes, en 1960, sont implantées à titre expérimental des antennes de réa-

nimation routières. À Marseille, le professeur Arnaud établit la notion de polytraumatisé et insiste sur la médiocrité de l'organisation : « *On ramasse un blessé, on transporte un agonisant, on hospitalise un mourant* ». Dans les années suivantes, Alain Larcan, à Nancy, médicalise les ambulances des sapeurs-pompiers par des internes hospitaliers.

Le 1^{er} décembre 1964, Louis Lareng propose aux commissions médicales consultative et administrative des hôpitaux de Toulouse le premier projet français de Samu correspondant aux préconisations du ministère.

En 1965, René Coirier, chef du Bureau de la protection sanitaire des populations civiles au ministère de la Santé, expose les principes de l'aide médicale urgente et l'importance de créer des Samu en France avec un numéro national unique d'appel. Par décret du 2 décembre de cette même année et à la suite de l'accroissement du nombre des victimes d'accidents de la voie publique, le ministère de la Santé impose à certains centres hospitaliers de se doter de moyens mobiles de secours. C'est la naissance officielle des Smur.

En 1968, une délibération de la Commission administrative des hôpitaux de Toulouse authentifie officiellement l'appellation Samu. Une ambulance de réanimation est opérationnelle et une relève médicalisée des malades et des blessés est inaugurée dans la ville de Toulouse. Progressivement, les Samu sont créés sur tout le territoire pour gérer les appels médicaux présentant un caractère d'urgence et le fonctionnement des Smur.

Ces services, initialement axés sur les secours routiers, vont étendre leur champ d'action vers l'ensemble des appels de détresse de la population, qu'il s'agisse d'urgence vitale ou simplement ressentie. M^{me} Simone Veil, en 1979, décide la mise en place des « Centre 15 » départementaux regroupant la médecine hospitalière et libérale avec un numéro unique d'appel, le 15.

Le 6 janvier 1986, le Parlement adopte la loi relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. (JO du 7 janvier 1986). Ainsi, le principe de la régulation médicale des appels est affirmé comme « *étant la clé de voûte du dispositif d'organisation des secours médicalisés* ». 1997 verra enfin les dernières dispositions réglementaires publiées. Les modalités de fonctionnement des services d'accueil des urgences et des Smur sont ainsi définies. Dernière étape, l'année 2004 voit la création d'une spécialité de médecine d'urgences dans le cursus universitaire français.


Conclusion

L'histoire de la médecine d'urgences montre l'alternance de progrès et de régressions dans la prise en charge des blessés. La propension naturelle poussant l'homme à sauver des vies menacées s'oppose à la pulsion d'exaltation, essence même de la guerre. Depuis l'Antiquité, les grandes armées organisées ont prodigué des soins aux blessés ; témoignant ainsi du geste immédiat d'assistance, sans toutefois mettre en place un véritable

service de santé. Dans le même temps, en Europe et sur la côte Est de l'Amérique, naissait la démocratie, reposant sur une haute conception de la valeur de l'homme. Condorcet va concrétiser cette affirmation en soumettant la propriété industrielle au droit social; il anticipait ainsi sur les révolutionnaires du XIX^e siècle et, plus tard, sur les juristes et les politiques qui définirent la sécurité sociale comme un droit en 1945.

De nos jours, la concentration humaine et urbaine, le développement des technologies qui font peser des menaces de destruction et de contamination sont à l'origine d'une prise de conscience de la nécessité

d'une assistance civile. Cette dernière sera permise par l'envolée des techniques de réanimation, des moyens d'évacuation et la participation des différents protagonistes.

L'aide médicale urgente, qui s'affirme et s'oriente vers une médecine de réseau, en partenariat avec toutes les structures concourant à l'urgence, participe à la rationalisation de la politique sociale. Les acteurs de l'aide médicale urgente contribuent ainsi à sauvegarder, tout en l'améliorant, un secteur sanitaire et social qui est désormais l'un des fondements de la démocratie et l'une de ses assises face aux défis du futur. 

Sigles de l'urgence

- ATSU Association de transports sanitaires d'urgence
- CCA Certificat de capacité d'ambulancier
- CCMU Classification clinique des malades des urgences
- CCRA Centre de réception et de régulation des appels
- CLIC Centres locaux d'information et de coordination (pour personnes âgées)
- Codamups Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
- CUMP Cellule d'urgence médico-psychologique
- EHPAD Établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes
- FAQSV Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
- IADE Infirmier anesthésiste diplômé d'État
- IDE Infirmier diplômé d'État
- Posu Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences
- Samu Service d'aide médicale urgente
- SAU Service d'accueil et de traitement des urgences
- SDIS Service départemental d'incendie et de secours
- Smur Service mobile d'urgence et de réanimation
- SSIAD Service de soins infirmiers à domicile
- UMH Unité mobile hospitalière
- Upatou Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
- VSAV Véhicule de secours aux victimes
- USIC Unité de soins intensifs cardiologiques



Les usagers des urgences

Valérie Carrasco
Chargée d'études,
Drees

L'enquête nationale sur les urgences, réalisée en janvier 2002 auprès d'un échantillon de patients de 150 services de France métropolitaine, a livré des informations sur les différentes populations fréquentant les urgences, leurs modes d'accès, les motifs pour lesquels elles consultent et les soins qu'elles y ont reçus.

Qui sont les usagers des urgences ?

La première phase de l'enquête, axée sur la description des usagers et des caractéristiques de leur passage, a porté sur un échantillon de près de 10 000 patients.

La gravité de l'état des patients est habituellement évaluée, par les spécialistes de l'urgence, à l'aide d'une échelle croissante de 1 à 5 (dite classification clinique des malades des urgences, ou CCMU). Près de trois quarts des patients (74 %) ont été classés par les médecins au niveau 2 (état clinique jugé stable, décision d'actes complémentaires techniques à visée diagnostique ou thérapeutique au service d'urgences). Les autres se répartissent essentiellement entre des personnes dont l'état clinique ne nécessite pas le recours à un acte complémentaire (14 % des passages relevant de la

CCMU1) et des malades dont l'état est susceptible de s'aggraver au service d'urgences sans mise en jeu du pronostic vital (11 % des passages relevant de la CCMU3). Les deux dernières classes, qui correspondent à un pronostic vital d'emblée menacé, sont rares (2 % des passages sont classés en CCMU4 et 0,4 % ont nécessité des manœuvres de réanimation correspondant à la CCMU5).

À travers cette enquête nationale se dessine une segmentation des populations qui fréquentent les services d'urgences hospitaliers et des modes d'utilisation qu'elles en font, lesquels correspondent dans une large mesure à leur âge. Les nourrissons, gros consommateurs de consultations non programmées l'après-midi et en soirée, sont amenés par leurs parents majoritairement en fin de soirée et ce, pour des problèmes somatiques qui font peu appel à des examens complémentaires (un sur cinq seulement a une radio), puis ils repartent à leur domicile.

Les jeunes enfants (1 à 5 ans) se distinguent des tout petits par l'horaire plus précoce de leurs arrivées et la fréquence plus élevée de la traumatologie et des examens (30 % bénéficient d'un examen radiologique).

Enquête nationale sur les usagers des services d'urgences

En janvier 2002, la Drees a réalisé une enquête nationale sur les usagers des services d'urgences, qui s'est déroulée en deux phases.

Première phase : enquête auprès de 150 services d'urgences

La première phase a consisté en une enquête auprès d'un échantillon de 150 services d'urgences, répartis sur le territoire métropolitain, tirés aléatoirement dans huit strates définies en fonction de l'autorisation détenue (SAU/Upatou), du statut juridique (public/privé) et du nombre de passages annuels.

Les services tirés ont été répartis en deux vagues pour étaler la charge globale d'enquête sur deux semaines, du 10 au 17 janvier 2002 pour la première vague et du 17 au 24 janvier pour la seconde.

Chaque service a tiré aléatoirement un échantillon de patients


se présentant aux urgences la semaine d'enquête, l'échantillon global comprenant environ 10 000 patients. Pour chaque patient tiré au sort a été établie une fiche médicale anonyme, comportant le numéro FINESS de l'établissement, un numéro d'ordre unique, la date et l'heure d'arrivée, ainsi que le sexe et l'âge du patient. Cette fiche était ensuite remplie au cours du passage par le personnel du service, pour préciser les circonstances et motifs de recours, les résultats de la consultation, le devenir du patient, ainsi que l'opinion du médecin sur les raisons de la venue du patient aux urgences.

Seconde phase : interview téléphonique de 3 000 usagers

Une fiche d'acceptation était remise aux patients tirés au sort et *non hospitalisés* à l'issue de leur passage aux

urgences, leur demandant leur accord pour être éventuellement interrogés par téléphone dans un délai de quinze jours suivant leur sortie, et comportant le même numéro d'ordre que la fiche médicale, ainsi que l'heure et la date d'arrivée, le sexe et l'âge du patient. Ces informations communes ont ensuite permis l'appariement des deux fichiers, fiches médicales et interviews téléphoniques.

À partir des 8 765 fiches d'acceptation établies, 3 000 patients ont été tirés au sort puis interviewés par téléphone entre le 28 janvier 2002 et le 1^{er} mars 2002.

Enfin, un questionnaire sur l'organisation de l'unité devait être rempli par chacun des services ayant participé à l'enquête et envoyé à la Drees. Il a notamment permis d'améliorer l'estimation du nombre de passages annuels des services enquêtés. 

Évolution du nombre annuel des passages aux urgences

En 2003, le nombre annuel de passages dans les services d'urgences atteint 14 millions en France métropolitaine¹, et 14,5 millions sur l'ensemble de la France. En 1996, il était de 10 millions en métropole.

Le taux annuel de passages aux urgences en France métropolitaine, rapport entre le nombre annuel des passages aux urgences et la population résidente, est passé de 17,5 % en 1996 à 23,7 % en 2003.


Entre 2002 et 2003, le nombre de passages aux urgences a augmenté de 3 %. Cette évolution marque un relatif ralentissement : l'augmentation était en moyenne de 5,8 % par an entre 1996 et 1999 et de 4,5 % par an entre 1999 et 2002. La croissance de l'activité est plus marquée dans le secteur privé au sein duquel l'activité a augmenté de 40 % depuis 2000, essentiellement dans les cliniques privées sous Objectif quantifié national. La part de ce secteur dans la prise en charge des urgences est ainsi

passée de 6 % en 2000 à 10 % en 2003.

L'activité d'accueil des urgences est assurée par 632 unités autorisées en France (métropole et Dom). Elles se répartissent entre les trois catégories selon la gravité et la spécificité des situations des patients : les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), aptes à traiter tous les types d'urgences, les unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (Upatou), qui orientent au besoin les cas les plus difficiles, et les pôles spécialisés (Posu) prenant en charge des pathologies ou des populations spécifiques, notamment les enfants. Plus de la moitié des passages aux urgences (55 %) sont pris en charge par les SAU, 40 % par les Upatou et 5 % par les Posu.

Les trois quarts de ces services d'urgences sont publics. Un tiers des Upatou, qui prennent en charge les cas les moins graves, relèvent du secteur privé, contre seulement 3 % des SAU. La répartition des Posu

est plus équilibrée : 21 sont publics et 17 privés. Il s'agit cependant de deux types de services très différents : les Posu du secteur privé sont très spécialisés (en cardiologie ou chirurgie de la main...), avec un volume d'activité relativement faible (moins de 5000 passages en moyenne par an). Au contraire, dans le public, il s'agit en général de Posu pédiatriques, assimilables aux SAU, réalisant en moyenne 26000 passages par an.

Une personne sur cinq est hospitalisée après son passage aux urgences. Ce taux est moins élevé dans les établissements privés que dans le secteur public (11 % contre 21 %). La différence est relativement limitée entre SAU et Upatou au sein d'un même secteur (public ou privé), avec des taux d'hospitalisation respectifs de 22 et 19 % dans le public et 12 et 11 % dans le privé. 

1. Dans les unités d'accueil et de traitement des urgences bénéficiant d'une autorisation.

Entre 6 et 15 ans, la traumatologie liée aux accidents scolaires ou aux activités sportives devient prédominante avec, comme corollaire, une consommation plus forte d'examen complémentaires diagnostiques (radiologie essentiellement) et d'actes thérapeutiques mobilisant un plateau technique chirurgical minimal (sutures, plâtres). Les enfants et adolescents de moins de 15 ans sont rarement hospitalisés. Les 16-25 ans ont des modalités de recours et des prises en charge proches de celles des plus jeunes, avec toutefois une plus forte fréquence des problèmes de psychiatrie et de violence (5 %).

Les adultes constituent une population mixte qui recourt aux urgences à la fois pour des motifs liés à la traumatologie et pour des problèmes somatiques divers, en particulier les affections cardio-vasculaires, dont la part relative augmente avec l'âge. C'est aussi la tranche d'âge la plus concernée par les problèmes d'addiction (4 %) ou de tentative de suicide.

À partir de 70 ans, le secteur privé est moins souvent sollicité, la traumatologie devient nettement minoritaire. Plus souvent que les patients plus jeunes, qui ont en général recours aux urgences spontanément, les patients de plus de 70 ans sont adressés aux urgences par un médecin. En outre, la proportion de ceux dont

l'état de santé est susceptible de s'aggraver devient significative, les investigations diagnostiques sont les plus nombreuses et les plus diversifiées (biologie, ECG) et le passage aux urgences débouche alors plus d'une fois sur deux sur une hospitalisation.

Pour quelles raisons vient-on aux urgences ?

Cette première phase de l'enquête a été complétée par une deuxième phase ne concernant que les patients non hospitalisés à l'issue de leur passage. Une enquête téléphonique a ainsi été réalisée auprès d'un sous échantillon de 3000 de ces patients, ayant pour objectif principal de comprendre comment et pourquoi les usagers décidaient de recourir aux urgences hospitalières. Les deux questions principales de cette interview étaient les suivantes : « Qui vous a finalement conseillé d'aller aux urgences ? » et « Pour quelles raisons êtes-vous allé aux urgences ? » Cette dernière question n'était posée par l'enquêteur qu'aux patients qui n'avaient pas été envoyés aux urgences par leur médecin traitant. Treize items possibles étaient proposés.

Outre les 16 % de patients adressés par leur médecin, 19 % déclarent qu'on ne leur a pas demandé leur avis et, de ce fait, ils n'ont pas été questionnés plus avant



Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ?

sur les raisons de leur venue. Leur part augmente très sensiblement avec l'âge, pour atteindre 31 % parmi les plus de 70 ans. Les autres indiquent, pour la plupart, plusieurs raisons : au moins quatre pour 67 % d'entre eux. Les motivations les plus courantes tiennent à la proximité de l'établissement, au sentiment d'urgence ou de gravité, au besoin d'un plateau technique spécialisé. Parmi les motifs proposés par l'enquêteur, les cinq les plus fréquemment cités sont en effet : « L'hôpital est l'endroit le plus proche » (47 %), « Vous pensiez devoir faire des examens » (44 %), « Vous pensiez avoir besoin d'un avis ou d'une intervention spécialisés » (43 %), « vous aviez besoin que votre problème soit réglé rapidement pour des raisons personnelles » (38 %), enfin « Vous pensiez que c'était grave et que l'on devrait peut-être vous hospitaliser » (32 %). Les quatre raisons suivantes (pas de médecin ou médecin absent, traitement en cours sans amélioration et pas d'avance de frais) ne concernent que 10 à 16 % des patients, et les quatre dernières (récidive d'un problème, souhait d'accéder à un autre service de l'hôpital, besoin d'une attestation médicale et besoin d'un avis médical), chacune 8 à 5 % d'entre eux.

Les personnes âgées ayant nettement plus souvent été emmenées aux urgences sans avoir donné leur avis, les autres raisons apparaissent moins déterminantes pour elles, en dehors de la proximité de l'hôpital citée par 33 % d'entre elles. Par ailleurs, quand elles ont

pu faire un choix, elles invoquent plus souvent que les autres la possibilité d'accéder plus rapidement à un autre service hospitalier par la voie des urgences que par une demande directe. Cela renforce l'hypothèse, issue de l'enquête auprès des équipes soignantes, selon laquelle la venue aux urgences des personnes âgées constitue pour une partie d'entre elles un mode spécifique d'accès à l'hôpital (préalable à un rendez-vous dans un autre service).

Si, globalement, les parents des nourrissons placent en tête les mêmes motifs de s'adresser aux services d'urgences que l'ensemble des usagers, ils se démarquent toutefois par la fréquence avec laquelle ils en citent d'autres. Ainsi, ils invoquent beaucoup plus souvent un « sentiment de gravité ou le besoin d'être hospitalisé » (42 %), mais surtout l'existence d'un « traitement antérieur sans amélioration », ou encore « l'absence du médecin traitant » (cités par 23 % d'entre eux contre, respectivement, 11 et 14 % pour l'ensemble des répondants). Ces motivations dénotent une certaine inquiétude et le besoin des parents d'accéder à une consultation de pédiatrie, alors que les nourrissons ont en fait très rarement besoin d'être hospitalisés ; ainsi ils arrivent aux urgences fréquemment dans la soirée à l'heure où les pédiatres ne sont plus forcément disponibles.

Pour les enfants de plus de 6 ans et les jeunes adultes, la raison qui revient le plus souvent est le « besoin d'examens », cité par la moitié des patients ou

Pourquoi êtes-vous allé aux urgences ?

Les patients invoquant plusieurs explications simultanées à leur décision de se rendre aux urgences, pour une meilleure lisibilité, la question pivot de l'enquête « Tout compte fait, pour quelle(s) raison(s) êtes-vous allé aux urgences » mérite d'être analysée de façon plus approfondie. C'est pourquoi on propose un regroupement de ces différentes raisons, suivi d'une hiérarchisation de ces groupes de raisons, permettant de dégager pour chaque usager une « raison principale » d'aller aux urgences.

La hiérarchie adoptée privilégie d'abord le fait que les individus n'ont pas choisi d'aller aux urgences, puis qu'un conseil émanant d'un médecin est intervenu dans la prise de décision. Les autres raisons sont ensuite classées selon qu'elles semblent indiquer un recours du plus incontournable au moins incon-

tournable (du « problème de santé n'ayant pu être réglé avec la seule médecine de ville » à la « venue aux urgences pour de seules raisons pratiques »).

Une fois ces groupes de raisons classés, dès qu'un individu entre dans un groupe, il n'apparaîtra plus dans les suivants.

Enfin, les usagers envoyés aux urgences par leur médecin traitant et qui n'ont pas eu à répondre à cette question ont été regroupés avec ceux faisant état d'un avis médical, afin que toute la population étudiée puisse être répartie selon cette variable agrégée.

Six grands groupes de motifs de recours ont ainsi été construits, classés par ordre de priorité décroissant :

- les usagers à qui on n'a pas demandé leur avis (19 % des patients) ;

- les usagers qui se sont rendus aux urgences sur avis médical (23 %) ;

- les usagers qui ont recours au système hospitalier après une récurrence envisagée antérieurement avec leur médecin (6 %) ;

- les usagers qui ont recours au service d'urgences comme alternative à la médecine de ville soit parce qu'ils n'ont pas de médecin, soit parce que leur médecin était absent (17 % des patients) ;

- les usagers motivés par les spécificités du service d'urgences, en termes de compétences et de moyens, que ce soit la permanence de soins, la spécialisation hospitalière en matière d'urgences ou le plateau technique (30 %) ;

- les usagers qui ne citent que des raisons pratiques ou de convenances personnelles (4 % des patients).

de leurs accompagnateurs, ce qui peut s'expliquer par la fréquence des accidents dans cette population. Parmi les personnes qui estimaient avoir besoin d'un examen¹, 82 % d'entre elles pensaient avant tout à une radiographie, les autres examens étant beaucoup moins fréquemment envisagés (examen biologique : 13 %, scanner : 7 % et électrocardiogramme : 4 %). Ainsi, globalement, 36 % des usagers ayant eu recours aux urgences sans avoir été hospitalisés pensaient avoir besoin d'une radiographie, cette part étant beaucoup plus faible pour les moins de 5 ans (24 %) et les plus de 70 ans (16 %).

La raison principale du choix des urgences hospitalières

Afin de pouvoir répartir ces patients en fonction d'une « raison principale de recours », on a regroupé et hiérarchisé les différentes raisons citées par les patients, et construit ainsi une nouvelle variable à la fois sur des critères statistiques (regroupement de variables) et subjectifs (ordre de priorité donné aux différents regroupements) — lire encadré p. 20. Cette reconstruction des réponses permet de mieux décrire l'attente des patients qui se présentent aux urgences.

On peut ainsi évaluer à environ 40 % la part des usagers qui n'avaient *a priori* aucune attente spécifique en ayant recours aux urgences, soit parce qu'ils n'ont pas eu à l'exprimer (19 % déclarent qu'on ne leur a pas demandé leur avis), soit parce qu'alors qu'ils ne s'adressaient pas à un service d'urgences en première intention mais à un autre médecin, c'est ce dernier qui leur a conseillé de se rendre aux urgences (23 %). Cependant, parmi ces derniers, dont la première démarche n'était pas d'avoir recours à un service d'urgences, un tiers citent quand même d'autres raisons pour lesquels ils se seraient rendus aux urgences, essentiellement besoin des compétences spécifiques et du plateau technique offerts par les services d'urgences...

Un petit nombre d'usagers (6 %) se rendent aux urgences suite à la récurrence d'un problème de santé, pour lequel on leur avait conseillé de se faire prendre en charge sans attendre. Cette situation se présente comme un avis médical anticipé et une validation médicale *a priori* de la nécessité de se rendre aux urgences.

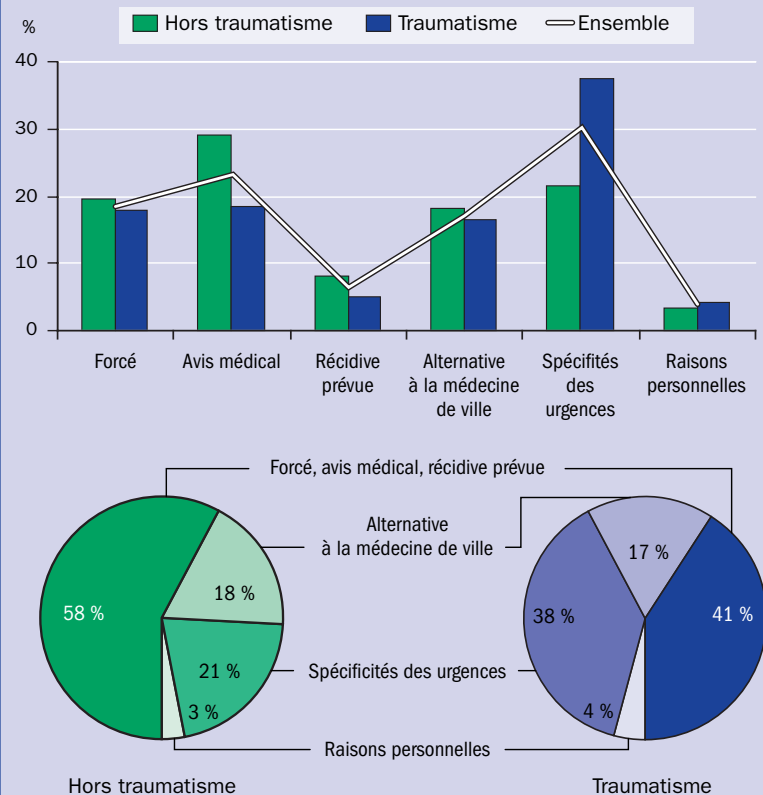
On arrive ainsi à presque 50 % de patients dont on ne peut pas dire qu'ils ont réellement choisi de se rendre aux urgences. Cette situation est nettement plus fréquente chez les usagers victimes d'un problème non traumatique que chez ceux ayant subi un traumatisme, respectivement 59 et 41 % (figure 1).

Une fois les cas de figure ci-dessus écartés, on trouve 17 % de patients qui ont eu recours aux urgences hospitalières comme alternative à la médecine de ville, soit parce qu'ils ne connaissaient pas de médecin, soit parce que leur médecin n'était pas disponible.

1. Ces réponses, apportées après le passage, peuvent avoir été influencées par le fait que les patients ont eu effectivement (ou non) une radiographie.

figure 1

Répartition des usagers des urgences selon la raison principale de leur venue et selon la nature de leur problème de santé (traumatisme ou non)



Source : Drees/Enquête nationale sur les usagers des services d'urgences/janvier 2002.

En revanche, 31 % des usagers ont résolument préféré avoir recours aux urgences hospitalières du fait de leurs compétences spécifiques, compétences qu'ils ne pensaient pas trouver dans un autre environnement : possibilité d'une hospitalisation, d'une intervention spécialisée et accès au plateau technique. 4 % des patients, sans avoir évoqué aucune des autres raisons précédentes, ont d'ailleurs choisi les urgences pour leur seul plateau technique, pensant avant tout avoir besoin d'examen. Globalement, ces motivations sont deux fois plus fréquentes chez les personnes souffrant d'un traumatisme (37 %) que chez les autres patients (19 %).

Enfin, 4 % seulement des usagers des services d'urgences ne citent que des raisons pratiques, administratives ou personnelles à l'origine de leur démarche (proximité de l'hôpital, désir d'accéder à un autre service de l'hôpital, besoin d'une attestation, pas de rendez-vous à prendre...).

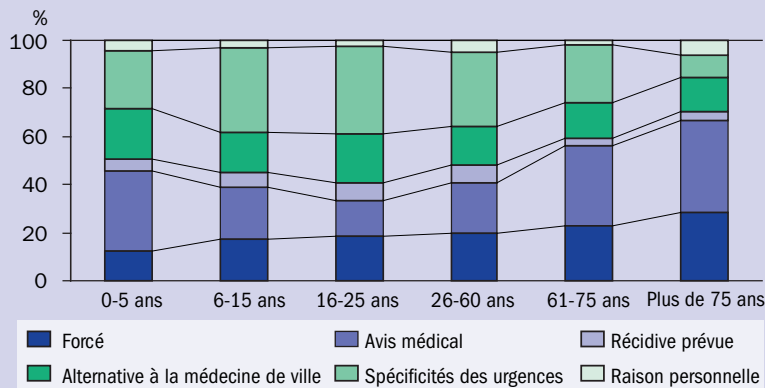
Ces grandes classes de motivations du recours aux urgences ont des fréquences très variables selon l'âge du patient (figure 2) : ainsi, la majorité des personnes



Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ?

figure 2

Répartition des usagers des urgences selon la raison principale de leur venue, par tranche d'âge



Source : Drees/Enquête nationale sur les usagers des services d'urgences/janvier 2002.

Les urgences dans la statistique annuelle des établissements de santé

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative, exhaustive, concernant tous les établissements de santé, publics et privés, installés en France.

Elle recueille des informations sur les capacités, l'équipement, l'activité et le personnel.

Outre des bordereaux généraux concernant l'ensemble de l'activité des établissements, les activités de soins autorisées, dont l'accueil et le traitement des urgences, font l'objet de bordereaux spécifiques.

L'accueil et le traitement des urgences dans la SAE

La statistique annuelle des établissements de santé décrit l'équipement (nombre de box de surveillance), l'activité (nombre et orientation des passages) et le personnel (médecins, infirmiers et assistants de service social) des unités d'accueil et de traitement des urgences.

Le champ couvert est exclusivement celui des établissements publics et privés bénéficiant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R. 6123-1 du Code de santé publique)

Autorisation d'accueil et de traitement des urgences

En sus des formes de prises en charge programmées, depuis la fin des années quatre-vingt se développe une forte de-

mande de soins non programmés s'adressant notamment aux services d'urgences hospitaliers, demande qui a suscité une série de mesures pour tenter d'y répondre. En particulier, la prise en charge des urgences a été largement réorganisée par les décrets n° 97-615 et 97-619 du 30 mai 1997 et est soumise à autorisation depuis cette date. Trois types de structures ont été définis :

- les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), potentiellement capables de traiter tous les types d'urgence, installés dans des établissements comportant des services ou unités de réanimation, médecine générale ou médecine interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale, y compris gynécologique (cf. article R. 6123-2) ;

- les pôles spécialisés (Posu) capables de prendre en charge des urgences lourdes, mais seulement sur des spécialités spécifiques, ou installés dans des établissements prenant en charge de façon prépondérante des enfants (cf. article R. 6123-4) ;

- les unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (Upatou), qui doivent traiter les cas les plus simples, mais orienter vers d'autres structures les patients dont l'état nécessite des soins qu'elles ne peuvent assurer (cf. article R. 6123-5).

âgées font partie des patients qui n'ont pas conscience d'avoir fait un choix en se rendant aux urgences (70 % des patients de plus de 75 ans et 60 % de ceux de 61 à 75 ans), alors que la moitié des parents des très jeunes enfants sont dans ce cas et que cette part est inférieure à 50 % dans les autres tranches d'âge.

Ce sont par contre les parents des enfants de moins de 5 ans et les jeunes de 16 à 25 ans qui choisissent le plus souvent de se rendre aux urgences parce qu'ils n'ont pas pu être pris en charge par la médecine de ville (avec une part de 20 %).

Enfin, le choix déterminé d'un recours aux urgences pour leurs spécificités propres concerne plus fréquemment les enfants et les adolescents (35 % d'entre eux) et, dans une moindre mesure, les jeunes adultes (31 %).

Une familiarité avec les urgences hospitalières et une connaissance limitée des possibilités de prise en charge en ville

D'autres éléments peuvent influencer la décision de recourir aux urgences, même s'ils n'apparaissent pas dans les raisons citées par le patient.

Pour 36 % des patients, le problème de santé qui les a amenés aux urgences était déjà survenu par le passé. Lors de ce précédent épisode, la très grande majorité d'entre eux (soit 28 % de l'ensemble des patients) s'étaient fait soigner à l'hôpital ou dans une clinique, 6 % en ville. Cette relative « familiarité » avec l'hôpital pour la prise en charge d'un problème de santé déjà connu apparaît beaucoup plus fortement encore si l'on prend comme indicateur le fait de déjà connaître le service d'urgences. En effet, près des trois quarts des usagers étaient déjà venus dans le même service auparavant, soit pour eux-mêmes soit pour un membre de leur famille. Cette part est encore plus importante lorsque le patient est un enfant, et atteint 87 % pour les enfants de 6 à 15 ans. Pour les patients de plus de 50 ans, cette proportion, plus faible, reste supérieure à 60 %.

Cette familiarité avec l'hôpital, et plus particulièrement avec les services d'urgences, va de pair avec une certaine méconnaissance du système de soins en ville. Ainsi, les trois quarts des patients ignorent que l'on peut obtenir une radiographie sans ordonnance (7 % disent ne pas savoir et 67 % pensent que ce n'est pas possible), 20 % ne savent pas s'il existe un médecin de garde dans la commune où ils se trouvaient lors de la survenue de leur problème de santé et 25 % s'il existe à proximité un centre de soins ou un dispensaire. Enfin, 9 % des usagers disent ne pas savoir comment s'y prendre pour connaître le nom du médecin de garde, qu'ils aient ou non connaissance de son existence. Cette méconnaissance des possibilités offertes par les soins de ville est plus forte chez les patients âgés : 24 % des patients de plus de 70 ans ignorent s'il y a un médecin de garde et 35 % s'il y a un centre de santé.

Les acteurs de l'urgence

La grande diversité des situations d'urgence associée à la localisation très variable de survenue impose des moyens de réponse adaptés. Tout au long de la chaîne de réponse à l'urgence, du premier témoin qui transmet l'alerte à l'équipe de réanimation spécialisée, la spécificité de chacun permet une réponse optimisée à chaque cas. La coordination indispensable de cet ensemble est réalisée par les centres de régulation médicale, les « Centre 15 ».

On distinguera d'une part les intervenants pré-hospitaliers, et d'autre part les acteurs intra-hospitaliers.

Acteurs des urgences pré-hospitalières

Service d'aide médicale urgente – Centre 15

Les Samu, officiellement créés par la loi de 1986 sur l'aide médicale urgente, sont des unités d'établissements hospitaliers.

Leurs missions sont définies de la manière suivante :

- assurer une écoute médicale permanente ;
- déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, et faire préparer son accueil ;
- organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé ;
- veiller à l'admission du patient.

Ils participent à la mise en œuvre des plans Orsec (organisation de secours) et peuvent participer à la couverture médicale des grands rassemblements. De plus, ils apportent leur concours à l'enseignement et à la formation continue des professions médicales et paramédicales, des professionnels des transports sanitaires ainsi que des secouristes.

Ces unités comportent un centre de réception et de régulation des appels doté d'un numéro d'appel unique, le 15.

Service mobile d'urgence et réanimation

Les services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) sont des services hospitaliers composés d'unités mobiles hospitalières. Celles-ci comportent un médecin, un infirmier diplômé d'état ou infirmier anesthésiste diplômé d'État et un conducteur ambulancier titulaire du certificat de capacité d'ambulancier.

Deux types de missions principales sont dévolus aux Smur dans le cadre de l'aide médicale urgente :

- Premièrement, pouvoir assurer en permanence l'intervention d'une équipe médicalisée dont l'objectif sera, d'une part, la prise en charge de tous les patients

dont l'état requiert de façon urgente des soins médicaux et de réanimation et, d'autre part, d'effectuer, si nécessaire, leur transport vers un établissement de santé apte à assurer la suite des soins.

- Deuxièmement, assurer le transfert médicalisé, entre deux établissements de santé, des patients nécessitant des soins et/ou une surveillance pendant le trajet.

Le Smur participe également à la mise en œuvre des plans relatifs à l'organisation de la sécurité civile et à la prévention des risques majeurs.

Dans certains établissements de santé, il existe des antennes Smur néonatales spécialisées dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des nouveau-nés et nourrissons.

Samu social – Centre 115

Afin de coordonner et uniformiser les moyens de réponse aux besoins des personnes sans abri, les pouvoirs publics ont créé en 1997, sur l'ensemble du territoire, le 115. Ce numéro d'urgence, départementalisé, accessible 24 heures sur 24, est bien sûr gratuit.

La régulation du 115 est assurée par le Samu social qui organise la prise en charge des personnes relevant de l'urgence sociale.

Ses trois missions essentielles sont :

- l'orientation — les permanenciers établissent un premier bilan humanitaire, sanitaire et social, déterminant ainsi l'orientation appropriée : association spécialisée, lieu d'accueil de jour, secours d'urgence...
- l'hébergement — la régulation du 115 peut orienter vers la plupart des associations du dispositif d'hébergement,
- l'information et la veille sociale.

Centre antipoison

Les demandes d'information sur les risques toxiques des produits existants, qu'ils soient médicamenteux, industriels ou naturels, sont traitées par des centres spécifiques : les centres antipoison. Ils ont un rôle d'information auprès des professionnels de santé et du public, et apportent une aide téléphonique au diagnostic, à la prise en charge et au traitement des intoxications.

Dix centres sont répartis sur l'ensemble du territoire français.

Cellule d'urgence médico-psychologique (Cump)

L'étude et le suivi de nombreux patients victimes de catastrophes ou d'accidents ont mis en évidence dans un certain nombre de cas l'installation de pathologies psychiatriques chroniques. Afin de prévenir, réduire et traiter ces blessures sur les lieux mêmes de la catastrophe, le concept des cellules d'urgence médico-psychologique

Hervé Roy

Praticien hospitalier,
Samu 21, CHU Dijon



Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ?

a été créé. Ces cellules sont constituées d'équipes d'intervention (médecins psychiatres, psychologues et infirmiers), préalablement formées et intégrées aux équipes d'aide médicale urgente pour permettre une prise en charge immédiate adaptée des victimes et préparer les relais thérapeutiques ultérieurs. Elles sont organisées à l'échelon départemental, avec des structures de coordination au niveau régional et national.

Centre 15 « bis » – régulation libérale

La participation des médecins libéraux aux « Centre 15 » a été prévue dès leur création. Après une période initiale au cours de laquelle leur implication dans la régulation était très variable selon les départements, les choses sont en cours d'évolution. En effet, les dernières avancées en matière d'organisation de la permanence des soins vont permettre la généralisation des centres de régulation libéraux « 15 bis », qu'ils soient intégrés au Centre 15 ou complètement individualisés comme dans certains secteurs.

Médecin traitant

Il est l'interlocuteur incontournable permettant la coordination des intervenants et le suivi médical des patients. Il doit être contacté en priorité aux heures ouvrables pour toutes les interventions relevant de la permanence des soins.

Associations de permanence des soins et médecins urgentistes libéraux

La gestion de la permanence des soins est en pleine mutation sur l'ensemble du territoire. Les médecins participants transforment le plus souvent l'activité de visite en consultation au sein d'une maison médicale ou de leur propre cabinet. Cela étant favorisé par les regroupements de secteurs de garde.

Dans de nombreuses agglomérations, des structures libérales organisées participent à la permanence des soins et à la prise en charge d'un certain nombre d'urgences en zone urbaine. La plus importante de ces structures (SOS médecins) compte 70 associations regroupant plus de 1 000 médecins sur tout le territoire.

Les entreprises de transport

Transporteurs sanitaires privés

Le rôle et la place des transporteurs sanitaires privés dans la gestion de l'aide médicale urgente ont été récemment précisés dans les conventions tripartites : Samu, service départemental d'incendie et de secours (SDIS), transporteurs sanitaires privés. Ils interviennent principalement dans les lieux abrités (domicile, lieux publics...).

Que ce soit dans le cadre de la garde préfectorale ou en période de jour, ils sont le plus souvent organisés en associations de transports sanitaires d'urgence.

Entreprises de transport aérien

L'utilisation de moyens aériens, principalement des hélicoptères, facilite le travail des équipes de Smur.

La réglementation aérienne définit deux catégories de vols pour le transport sanitaire : le « vol ambulance », lorsqu'un transport immédiat et rapide n'est pas essentiel, et le « vol de service médical d'urgence par hélicoptère », lorsqu'un transport immédiat et rapide est essentiel.

Sapeurs-pompiers et autres personnels de la sécurité civile

Les sapeurs-pompiers sont des personnels des services d'incendie et de secours qui sont chargés de la lutte et de la protection contre les incendies et contre les autres accidents, sinistres et catastrophes. Ils participent, avec les autres services concernés, aux secours aux personnes.

Il existe en France aujourd'hui environ 245 000 sapeurs-pompiers qui se répartissent en deux catégories : sapeurs-pompiers civils et militaires.

Sapeurs-pompiers civils

Les 230 000 sapeurs-pompiers civils sont scindés en deux groupes, les volontaires et les professionnels. Les sapeurs-pompiers volontaires sont environ 195 000 en France. Les sapeurs-pompiers professionnels sont au nombre de 35 000. Ils sont affectés principalement aux grandes agglomérations ou dans les centres de secours qui sont fortement sollicités.

L'organisation se fait à plusieurs niveaux :

Au niveau de la commune : chaque commune est le siège d'un centre de secours ou de plusieurs, selon son importance.

Au niveau du département : le service départemental d'incendie et de secours est placé sous l'autorité du préfet (gestion opérationnelle), et du président du conseil départemental d'incendie et de secours (gestion administrative et financière). Il organise l'activité de l'ensemble des corps de sapeurs-pompiers du département. Son centre opérationnel, le CODIS, veille 24 heures sur 24 et coordonne les différentes interventions en liaison permanente avec le Samu.

Au niveau national : les sapeurs-pompiers sont placés sous la tutelle du ministère de l'Intérieur par l'intermédiaire de la direction de la Défense et de la Sécurité civile. Cette direction est chargée de coordonner les secours en cas de sinistres très importants au travers de ses centres opérationnels : le centre interrégional de la sécurité civile au niveau zonal, le centre opérationnel et d'aide à la décision au niveau national.

Sapeurs-pompiers militaires

Ils sont environ 9 000, dont la majorité est stationnée dans la capitale et à Marseille. À Paris, et dans les départements des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne, ils forment la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, et leur contingent est de 7 300 hommes. À Marseille, le bataillon des marins-pompiers de Marseille compte un effectif d'environ 1 550 hommes. D'autres unités militaires participent aux missions de sécurité civile : les unités d'instruction et d'intervention de la sécurité civile.

Exemple de prise en charge d'une urgence vitale

10 mars 2005, 15h33

Réception d'un appel au Centre 15 des Bouches-du-Rhône pour un homme présentant une douleur thoracique à son domicile après avoir réalisé un effort important. L'appel est basculé sur le poste du médecin régulateur qui, après trois minutes d'un interrogatoire ciblé, va décider de l'envoi d'un véhicule de secours aux victimes (VSAV) avec trois secouristes marins-pompiers. Parallèlement, une équipe du Smur hospitalier, composée d'un médecin, d'un infirmier et d'un conducteur, est déclenchée.

15h40

Arrivée sur les lieux, l'équipe du VSAV prend les premières constantes : pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire.

15h43

À l'arrivée du Smur, les équipes se transmettent les premiers paramètres et mettent en place le monitoring adapté. Il ne faudra que six minutes pour la réalisation de l'électrocardiogramme et de l'examen clinique et la pose du diagnostic médical : infarctus du myocarde.

15h49

Pendant que le médecin transmet son bilan au médecin régulateur du Centre 15 afin qu'il trouve une place dans un service de soins intensifs de cardiologie avec possibilité de réaliser une coronarographie en urgence, l'infirmier met en place une voie veineuse périphérique et administre sur protocole le traitement adapté. Les soins réalisés, le patient est transféré sur une chaise de portage qui permet de passer les couloirs étroits de l'habitation. Aidés par le conducteur ambulancier du Smur, les pompiers mettent le malade sur le brancard dans l'ambulance de réanimation.

16h08

Le départ des lieux vers le service receveur se fait dix-neuf minutes après la pose du diagnostic. Au cours du transport, qui durera vingt minutes (traversée de Marseille à 16h10 sous la pluie), l'état du patient va s'aggraver et nécessiter la réalisation de deux chocs électriques externes ainsi que l'injection de multiples médicaments.

16h32

Le patient est sur la table d'angioplastie.

Gaël de Beaudrap
Infirmier,
Smur de Marseille

Cinquante-neuf minutes auront suffi au Samu/marins-pompiers/Smur/Centre 15 pour traiter l'appel, envoyer les équipes au domicile, établir un diagnostic, commencer le traitement et transporter le malade sur une table d'angioplastie où sera réalisée une dilatation d'une des artères principales du cœur. Ce patient rentrera à son domicile six jours après, avec très peu de séquelles de sa nécrose. 🚑

Enfin, le groupement des moyens aériens de la direction de la Sécurité civile dispose de 41 hélicoptères : 6 Alouette III, 4 Écureuil et 31 EC 145 répartis sur 21 bases à travers la France.

Associations de secourisme

Elles sont nombreuses et remplissent plusieurs rôles : la formation et le recyclage de secouristes, la tenue de postes de secours durant les manifestations publiques en collaboration ou non avec les équipes du Samu suivant l'importance du rassemblement, la participation à l'aide médicale urgente en cas de catastrophe ou d'urgences collectives. Certaines associations comme la Croix-Rouge et la Fédération nationale de la protection civile bénéficient de conventions leur permettant de participer sous certaines conditions aux missions relevant de la gestion des urgences quotidiennes.

Les effectifs estimés de secouristes au niveau de ces associations sont d'environ 150 000

Dans le cadre du milieu professionnel, des qualifications spécifiques sont définies, il s'agit des secouristes sauveteurs du travail.

Intervenants en milieu difficile

Société nationale de sauvetage en mer (SNSM)

Plus de 3500 sauveteurs, équipés de 156 bateaux, sont répartis sur 255 stations de sauvetage (dont une centaine saisonnière). Ils assurent bénévolement le sauvetage en mer de la côte au grand large.

Spéléo secours français (SSF)

Les secours en milieu souterrain sont particuliers en raison des délais d'évacuation souvent très longs liés aux difficultés de progression. L'organisation et le déroulement des secours sont assurés par les sauveteurs bénévoles du SSF en collaboration avec les sapeurs-pompiers. Selon la configuration de la cavité, il est fait appel à des spéléologues spécialisés dans plusieurs domaines : plongeurs, artificiers, médecins...



Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ?

Autres intervenants

De nombreux autres partenaires sont sollicités de manière régulière ou occasionnelle pour apporter une aide logistique ou humaine au cours des interventions de secours et de transport des patients.

Forces de police et gendarmerie, personnels des armées

Leur mission principale consiste, sur les lieux d'intervention, à assurer la sécurité et faciliter le travail des équipes de secours. De plus, la mise à disposition de leurs moyens aériens dans certains cas facilite le transport de patients. Enfin, ces partenaires de l'urgence interviennent également dans des situations particulières avec leurs unités d'interventions spécialisées en milieu périlleux (peloton de gendarmerie de haute montagne...).

Premiers témoins

Chaque citoyen peut être le premier témoin d'une urgence et devenir acteur de la chaîne pré-hospitalière. Cette

notion est essentielle dans la prévention et la prise en charge de l'arrêt circulatoire et est à la base de l'enseignement des gestes de survie à l'école.

Acteurs des urgences intra-hospitalières

Après une prise en charge par les acteurs de la chaîne des urgences pré-hospitalières, les patients nécessitant le recours à un plateau technique, quel qu'il soit, sont orientés, après régulation médicale, vers les structures adaptées à leur état.

Services d'accueil

Service d'accueil des urgences (SAU)

La mise en œuvre d'un service d'accueil des urgences par un établissement de santé ne peut se faire que dans le respect d'un cahier des charges clairement défini en termes de personnels et d'infrastructures. Au moins un médecin et deux infirmières doivent être

Les mesures du Plan urgences

Préésenté en octobre 2003, le Plan urgences prend en compte toute la chaîne de prise en charge des patients en urgence. Les vingt-quatre mesures s'articulent autour de trois axes : en amont de l'hôpital, à l'hôpital et en aval des urgences.

En amont de l'hôpital

Afin de renforcer le rôle de premier recours des médecins libéraux pour la prise en charge des soins non programmés, des mesures sont prises pour organiser la permanence des soins et augmenter le nombre des maisons médicales de garde. La coordination ville-hôpital est renforcée afin de donner aux Samu-Centre 15 les moyens de répondre à l'augmentation de leur activité (régulation unique, généralistes et urgentistes, ou interconnectée des appels, valorisation du métier de permanencier auxiliaire de régulation médicale), des effectifs supplémentaires viennent consolider les équipes des Samu-Smur. Afin de lutter contre la pénurie des zones sous-médicalisées, des mesures d'incitation à l'installation de médecins libéraux sont prévues, ainsi que le développement des hôpitaux locaux.

À l'hôpital

Le plan veut améliorer le fonctionnement des services d'urgences. Il propose la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine d'urgences et le renforcement de la formation à l'urgence au cours des études médicales. Pour optimiser l'accueil aux urgences, il prévoit le renforcement des équipes médicales (composées d'un médecin senior, d'un infirmier organisateur et d'un travailleur social) et celui des équipes logistiques (comprenant secrétaire médical, agent d'accueil, brancardier et accompagnateur).

La charge de la mission de l'urgence doit être répartie sur l'ensemble de l'hôpital au moyen d'une contractualisation interne à l'établissement.

Un système d'information national de vigilance sanitaire, alimenté par un échantillon de services d'urgences, est mis en place. Simultanément, sera développé un système d'information complet des urgences (accueil, Samu, Smur) sur l'ensemble du territoire afin de connecter les urgences avec leur environnement.

Enfin est prévue la rénovation

des locaux, des équipements et du système d'information des services d'urgences sur une période de cinq ans.

En aval de l'hôpital

Afin d'éviter l'engorgement des services d'urgences, le plan prévoit la coopération entre les établissements et le développement des réseaux. L'accréditation des services d'urgences est ainsi conditionnée à leur engagement dans un réseau associant les établissements sanitaires, médico-sociaux et les médecins libéraux.

La nécessité d'accroître la capacité d'hospitalisation en aval des urgences, surtout pour les personnes âgées, se traduit par un renforcement du potentiel de lits de gériatrie de court séjour et par le développement des équipes mobiles gériatriques chargées de veiller à la bonne prise en charge des personnes âgées dans l'ensemble des services.

15 000 lits de soins de suite médicalisés seront créés d'ici à 2007. Enfin, le plan prévoit le développement de l'hospitalisation à domicile pour atteindre une capacité totale de 8 000 places.

présents en permanence au niveau du service. De plus, l'établissement doit comporter des services ou unités de réanimation, de médecine générale ou de médecine interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale, y compris gynécologique. Enfin, des moyens d'imagerie doivent être accessibles 24 heures sur 24 (radiologie classique, échographie, scanographie, explorations vasculaires), ainsi qu'un laboratoire de biologie.

Pour les plus démunis, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions prévoit la création de permanences d'accès aux soins de santé dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier.

Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (Upatou)

Les contraintes sont beaucoup moins importantes pour ce type de structure. L'équipe paramédicale peut ne comporter qu'un seul infirmier en permanence. Les moyens d'imagerie sont limités à la radiologie classique et à l'échographie. Les possibilités minimales d'hospitalisation sont limitées à un service ou à une unité de médecine.

Unités spécialisées

Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences

C'est un établissement habilité à ne recevoir qu'un

type d'urgence bien défini (par exemple : SOS mains, urgences cardiologiques...). Il doit disposer de tout moyen technique indispensable à la prise en charge des urgences qu'il accueille.

Unités de soins intensifs cardiologiques (Usic), réanimations, maternités, centres de brûlés...

Ces unités fonctionnent de façon autonome dans le cadre de Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences ou intégrées dans les établissements sièges de SAU.

Centre hospitalier spécialisé

Dans chaque département, seuls les établissements habilités par le préfet peuvent recevoir et soigner les personnes atteintes de troubles mentaux. Ces établissements sont tenus de prendre en charge tous les patients hospitalisés sans consentement (hospitalisation sur demande d'un tiers et hospitalisation d'office).

Sur le plan de l'orientation ultérieure, dans les unités spécialisées, le lieu de prise en charge du patient constitue également son lieu d'hospitalisation; en revanche, après un passage par un service d'accueil, le devenir du patient est variable. Pour 70 à 80 % des patients, le retour se fera vers le domicile après la mise en route d'un traitement adapté. Par contre, pour ceux qui nécessiteront une hospitalisation, la difficulté de trouver un lit d'accueil entraînera dans de nombreux cas une attente importante. 📌

L'organisation de la prise en charge des urgences

La prise en charge des urgences a été structurée à la suite des décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997 dans le cadre d'un dispositif d'autorisation des services d'urgences et de professionnalisation de ses membres. Sur la base des rapports du P^r Steg, les décrets ont fixé les conditions d'autorisation des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), des unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (Upatou) et des pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (Posu). Les agences régionales d'hospitalisation ont pu, sur le fondement des schémas régionaux d'organisation des soins (Sros) de deuxième génération, en 2000, procéder à l'autorisation de 631 services, soit 208 SAU, 385 Upatou et 38 Posu.

Pour appuyer la professionnalisation des services d'urgences, le protocole du 13 mars 2000 a prévu le financement de postes dans ces services permettant de faire progresser très rapidement la « séniorisation » des praticiens y travaillant. Le Plan urgences du 30 septembre 2003 a permis de poursuivre ce processus grâce à la

création de nombreux postes supplémentaires dans les services d'accueil et dans les Samu/Smur.

La conséquence très positive de ce nouveau dispositif a été l'identification des services d'urgences sur le territoire et consécutivement l'amélioration de la prise en charge. Le corollaire en a été l'augmentation constante du nombre de passages, en moyenne de 4,3 % par an, et des difficultés rencontrées dans l'orientation des patients dans la chaîne de soins en amont et en aval des urgences.

Compte tenu de ces évolutions, la politique en matière d'organisation de la prise en charge des urgences, telle que la conçoit le ministère de la Santé, est désormais globale, comme en témoigne le champ du Plan urgences du 30 septembre 2003 (voir encadré). Elle comprend les urgences pré-hospitalières, la permanence des soins et la prise en charge des malades à la sortie des urgences en court ou en moyen séjour ou dans le secteur médico-social, chaque élément de la chaîne de soins interagissant sur les autres. La fluidité de la

Myriam Revel

Sous-directrice de l'Organisation du système de soins, direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, ministère de la Santé et des Solidarités



Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ?

filière qui doit être recherchée pour éviter les pertes de chances et les inadéquations de prise en charge appelle des actions non seulement dans les services d'urgences, mais aussi en amont et en aval, dans le cadre d'un réseau coordonné.

Les Sros de troisième génération, qui sont en cours d'élaboration et dont la date butoir de publication est le 31 mars 2006, doivent permettre d'identifier les filières de prise en charge de l'urgence au sein des territoires de santé. La circulaire du 5 mars 2004, qui en prévoit les principes méthodologiques, énonce les priorités que devra respecter l'élaboration des Sros : une meilleure évaluation des besoins de santé, une plus grande prise en compte de la dimension territoriale, une association plus étroite des établissements, des professionnels, des élus et des usagers, une véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé. S'agissant de la prise en charge des urgences, son amélioration fait partie des objectifs stratégiques dans le cadre du maillage du territoire en « proximité ». Les cinq axes développés dans la circulaire du 16 avril 2003 en sont rappelés :

- Articuler la permanence des soins et les services d'urgences ;
- Développer la mise en réseau des professionnels de l'urgence ;
- Obtenir l'implication des établissements de santé dans la prise en charge des urgences et dans l'organisation de l'aval ;
- Mettre en place des filières adaptées à certaines pathologies ou populations ;
- Mettre en place un dispositif d'évaluation des urgences.

Articuler la permanence des soins et les services d'urgences

S'agissant de l'articulation des urgences et de la permanence des soins, il importe que l'ensemble des acteurs concernés soient bien coordonnés entre eux et que le Samu soit en capacité d'assurer la régulation de l'aide médicale urgente sur son ressort territorial. Cela suppose :

- En matière d'organisation des urgences pré-hospitalières :
 - la mise en œuvre de l'interconnexion entre le 15 et le 18 partout sur le territoire et des formations communes entre ces deux services ;
 - la mise en place d'une garde sectorisée sur le territoire des ambulanciers privés au service du Samu les nuits, dimanches et jours fériés et de modalités de recherche des ambulances simplifiées pour le Samu, pour lequel l'ambulancier est un partenaire dans la chaîne de soins ;
 - une coopération formalisée à travers une convention tripartite entre le Samu, le SDIS et les ambulanciers privés qui prévoit des modalités d'évaluation régulière, comme le prescrit la circulaire Santé/Intérieur du 29 mars 2004.

- En matière de permanence des soins de la médecine ambulatoire : la mise en place de la permanence des soins dans le cadre du décret du 15 septembre 2003 modifié par le décret du 7 avril 2005 doit permettre de formaliser dans le cadre d'un cahier des charges départemental, arrêté par le préfet de département, les modalités de couverture territoriale par la permanence des soins assurés par les médecins généralistes. La régulation des appels est l'un des points majeurs du dispositif nouveau et celle-ci doit être articulée avec le Samu, soit que cette régulation s'effectue dans ses locaux, soit qu'elle se réalise dans un centre d'appel qui ne peut fonctionner qu'après avoir passé convention (approuvée par le préfet) avec le Samu.

La mise en place d'un répertoire des ressources

L'orientation des patients dans le système de soins par le médecin régulateur du Samu sera d'autant plus efficace pour le patient que sera mis à la disposition de celui-ci un répertoire des ressources d'hospitalisation et de consultation. Ce répertoire, prévu par les projets de décrets pour l'activité de médecine d'urgences, devra préciser le type d'activité de soins et ses modalités de fonctionnement pour les établissements de santé du champ territorial du Samu et si possible de la région, voire des régions limitrophes si le territoire de santé se trouve proche des frontières.

Développer la mise en réseau des professionnels des urgences et des établissements de santé intervenant en aval des urgences

Il s'agit ici tout à la fois de fédérer les services d'urgences entre eux, en particulier Samu/Smur/Services fixes d'accueil et de traitement des urgences, pour accroître l'efficacité de la chaîne de prise en charge dès le pré-hospitalier grâce à une meilleure liaison avec l'hospitalier, mais aussi de mobiliser un véritable réseau de compétences médicales et de capacités d'hospitalisation dans le territoire de santé.

Mobilisation interne à l'établissement

Dans cet objectif figure en premier lieu la mobilisation des services d'hospitalisation en interne à l'établissement qui est autorisé pour les urgences (voir encadré sur les projets de décrets, p. 50). Il est indispensable que la gestion du non-programmé dans l'établissement de santé fasse l'objet d'un projet interservices et ne soit pas restreinte à la seule problématique de l'accueil dans le service d'urgences. C'est en anticipant en commun l'organisation et le fonctionnement de l'aval des urgences que les services d'hospitalisation pourront le mieux respecter l'équilibre entre programmé et non programmé au sein de l'établissement. Les établissements qui ont mis en place la commission interne mentionnée par la circulaire du 16 avril 2003 ont constaté de très nets progrès dans la prise en charge des patients en leur sein.

Le financement et la mise en œuvre du Plan urgences

Les services d'urgences ont fait l'objet de programmes et de financements spécifiques particulièrement soutenus depuis plusieurs années. Toutefois, ces services connaissent aujourd'hui encore des difficultés de fonctionnement sur toute la chaîne de soins. Ce constat a été à l'origine du Plan urgences annoncé le 30 septembre 2003 par le ministre chargé de la Santé. Ce plan a largement bénéficié des travaux du groupe Urgences, qui s'est réuni de façon régulière jusqu'en décembre 2004.


Il prévoit un effort financier de 489 millions d'euros sur cinq ans, affecté non seulement aux Samu, Smur et services des urgences, mais aussi aux activités d'aval en particulier les soins de suite et de réadaptation, le développement de l'hôpital local, de l'hospitalisation à domicile et de la filière gériatrique

dans les établissements de santé. L'affectation des crédits fait l'objet de concertations menées par chaque ARH au plan de sa région avec les représentants des professionnels et des établissements concernés.

En 2004, les 150 millions d'euros issus du Plan urgences ont permis la création de plus de 2 740 postes médicaux et paramédicaux, dont 1 150 affectés aux services de médecine d'urgences sur lesquels 264 sont des postes médicaux. 1 590 postes sont dédiés à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

Par ailleurs, près de 2 200 lits ont été créés dans plusieurs disciplines : 915 lits de soins de suite et de réadaptation, près de 900 lits de court séjour gériatrique, auxquels s'ajoutent 153 places d'hospitalisation de jour, 96 lits en hôpital local et une augmentation de 300 places

d'hospitalisation à domicile créées dans le secteur public. Ces créations de capacités d'hospitalisation permettront d'améliorer la fluidité de la prise en charge aux urgences.

La mise en œuvre du plan s'est poursuivie en 2005. Sur les 175 millions d'euros prévus, plus de 63 millions sont destinés à améliorer le fonctionnement des services de médecine d'urgences, 10 millions d'euros sont engagés pour déployer de la compétence gériatrique dans une logique de proximité et 102 millions d'euros sont destinés au développement des capacités d'hospitalisation (26,6 millions d'euros pour les hôpitaux locaux, 49,4 millions d'euros pour l'hospitalisation à domicile et 26 millions d'euros pour l'augmentation des capacités en soins de suite et de réadaptation). 

Solenne Barat
DHOS

Mise en réseau des établissements et professionnels en aval des urgences

En second lieu, l'amélioration de la prise en charge en aval des urgences passe aussi par la mise en réseau des professionnels et établissements de santé qui doivent pouvoir participer à cette prise en charge. Il s'agit d'établissements qui peuvent hospitaliser des patients en médecine, en chirurgie notamment, mais aussi en soins de suite et de réadaptation, ou encore d'établissements médico-sociaux. Les hôpitaux locaux ont bien entendu leur place dans ce réseau de prise en charge, mais aussi l'hospitalisation à domicile, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les professionnels libéraux.

Dans le cadre des Sros 3, il est demandé aux établissements et professionnels de santé de travailler au projet médical de leur territoire de santé, en partant d'un diagnostic des besoins de soins et en débouchant sur des propositions portant en particulier sur des coopérations formalisées. Les contrats d'objectifs et de moyens signés avec les ARH peuvent, dans cette perspective, comprendre une partie commune aux établissements du même territoire, l'enjeu étant de combiner au mieux projet d'établissement et projet de territoire dans le respect du Sros. L'identification de filières populationnelles pour la prise en charge des personnes âgées ou des enfants et adolescents ou de filières pour les

urgences vitales doit également permettre d'assurer une orientation optimale de la personne dans le système de soins, et passe aussi par de multiples coopérations au niveau du territoire de santé mais aussi de la région et parfois de l'inter-région.

En conclusion, l'identification de services d'urgences a constitué une première étape indispensable de l'amélioration de la prise en charge des urgences. L'inscription de ces services dans le cadre d'une chaîne de soins qui part de la permanence des soins pour englober jusqu'au secteur médico-social en aval du court séjour sanitaire est aujourd'hui le véritable enjeu auquel font face quotidiennement l'ensemble des professionnels et établissements qui ont toute leur place dans cette chaîne. Bien identifier le rôle et la place de chacun et les voies de coopération entre les établissements, c'est le rôle des conférences sanitaires qui proposent le projet médical de territoire, dans le cadre de la mise en œuvre des Sros 3, sous l'impulsion et avec l'aide des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). L'ensemble de ce processus doit donner lieu à une véritable évaluation, régulière et partagée par les acteurs de la chaîne de l'urgence, qui doit pouvoir déboucher sur des réajustements opérationnels dans le but de garantir aux malades le maximum de « gain de chances » dans le système de soins. 