

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.

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...

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



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