adsp 52

adsp

septembre 2005

actualité et dossier en santé publique

trimestriel

La situation sanitaire des personnes prostituées

Tendances récentes sur la toxicomanie et les drogues à Paris en 2004

Les compétences des soignants en éducation thérapeutique

Urgences & demandes de soins en urgence

Quelle prise en charge ?

dossier

revue du Haut Comité de la santé publique

La **documentation** Française

Haut Comité de la
Santé Publique

Ministère de la Santé et des Solidarités

**Haut Comité
de la santé publique**

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

Télécopie : 01 40 56 79 49

Site : hcsp.ensp.fr

Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

Président

Xavier Bertrand,
ministre de la Santé et des Solidarités

Vice-Président

Roland Sambuc

Rapporteur général

Anne Tallec

Membres

Maryvonne Bitaud-Thépaut

Jean-François Bloch-Lainé

François Bonnaud

Christian Bréchot

Jean Castex

Yves Charpak

Jean-Pierre Claveranne

William Dab

Jean-François Dodet

Isabelle Durand-Zaleski

Isabelle Ferrand

Odette Grzegrzulka

Pierre Guillet

Jacques Hardy

Dominique Libault

Roland Sambuc

Simone Sandier

Anne Tallec

Frédéric Van Roekeghem

Secrétaire général

Didier Houssin,
directeur général de la Santé

Secrétaire général adjoint

Geneviève Guérin

HCSP publications

Nouvelles publications

La santé en France 2002
Paris : La Documentation française, 2-11-005112-4, 412 p., *20,00 euros.*
Diffusion La Documentation française et en librairie.

La santé des Français, 3e bilan
Paris : La Découverte, collection Repères, 2-7071-3590-9, 128 p., *7,95 euros.*
En vente en librairie.

Violences et santé
Rennes : Éditions ENSP, ISBN : 2-85952-898-9, 22,00 euros
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Collection **Avis et rapports**

Le panier de biens et services de santé
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-628-5, 75 p., *18,29 euros.*
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-619-6, 116 p., *18,29 euros.*
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-638-2, 280 p., *25,92 euros.*
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-629-3, 275 p., *25,92 euros.*
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

La revue **adsp**

adsp est consultable sur hcsp.ensp.fr (en plein texte pour les numéros 1 à 42, en extraits pour les autres). Les numéros 1 à 42 sont disponibles (pour les numéros non épuisés) auprès du HCSP, les autres sont en vente à La Documentation française (voir 3e page de couverture).

Derniers numéros parus :

juin 2005, n° 51, dossier : La prise en charge du cancer.
mars 2005, n° 50, dossier : Politiques et programmes nationaux de santé.
décembre 2004, n° 49, dossier : La situation des personnes handicapées : un enjeu de société.
septembre 2004, n° 48, dossier : L'information sur l'offre de soins.
juin 2004, n° 47, dossier : La prévention des maladies cardio-vasculaires.
mars 2004, n° 46, dossier : Politiques et programmes régionaux de santé.
décembre 2003, n° 45, dossier : La prévention du suicide.
septembre 2003, n° 44, dossier : La santé en prison.
juin 2003, n° 43, dossier : Rénovation de l'action sociale et médico-sociale.
mars 2003, n° 42, dossier : Information en santé : développements européens.
décembre 2002, n° 41, dossier : Accidents de la route : des handicaps et des décès évitables.
septembre 2002, n° 40, dossier : Le sida 20 ans après.

La Documentation française
29-31 quai Voltaire
75344 Paris CEDEX 07
Téléphone : 01 40 15 70 00
Téléphone : 01 40 15 68 00
www.ladocumentationfrancaise.fr

Éditions ENSP
Avenue du Pr Léon-Bernard
35043 Rennes CEDEX
Téléphone : 02 99 54 90 98
Télécopie : 02 99 54 22 84
www.editions.ensp.fr

HCSP
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 80
Télécopie : 01 40 56 79 49
www.hcsp.ensp.fr

Les urgences : une priorité du système de soins

Jean Castex
Directeur
de l'Hospitalisation
et de l'Offre de soins

Les services d'urgences en France ont été dépassés par leur succès. Entre 1996 et 2003, soit peu de temps après leur autorisation par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) en 1998, le nombre de passages dans ces services est passé de 10 à 14,5 millions, engendrant une très forte pression au quotidien sur des services dont la montée en charge a été très rapide et, dans certains cas, une très forte tension dans les relations internes de l'hôpital et avec les malades.

Cette très forte et rapide progression rend nécessaire une adaptation de l'organisation interne à l'établissement et au sein du territoire de santé de la prise en charge des patients, à l'instar des mesures qui doivent être prises pour faire émerger une véritable filière gériatrique pour la prise en charge des personnes âgées. C'est pourquoi le Plan urgences, en cours de mise en œuvre, a déjà permis la création de nombreux postes dans les services d'urgences mais aussi en aval des urgences dans le cadre du développement de la filière gériatrique, de l'hospitalisation à domicile, des soins de suite et de réadaptation, et de l'hôpital local.

Le choix des malades qui se tournent vers les services d'urgences est largement attribuable à la confiance dans les équipes formées et adossées à un plateau technique diagnostique et thérapeutique, et accessibles en permanence. Les urgences constituent une véritable mission de service public, exercée par les établissements publics et privés, qui garantissent au patient égalité de traitement, accessibilité, permanence et continuité.

Les ARH ont, dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) de 2e génération, en cours de révision actuellement pour les Sros de 3e génération, maillé le territoire pour permettre l'accès de la population aux services d'urgences, fixes et mobiles et l'organisation de sa prise en charge, graduée selon l'état de sa gravité. Dans ce dispositif d'orientation optimale du patient vers le bon plateau technique, le Samu a une mission de toute première importance. La régulation de l'aide médicale urgente par les Samu comprend l'orientation des patients en fonction de l'évaluation de leur situation, la gestion des transports sanitaires adaptés à cet état et de l'arrivée des patients conduits à bon port.

La prise en charge des urgences nécessite une coopération de tous les acteurs intervenant en amont et en aval des services d'urgences, médecine ambulatoire assurant la permanence des soins, ambulanciers privés, services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), mais aussi établissements de santé et médico-sociaux. Le véritable défi de notre système de soins aujourd'hui est de parvenir à une gestion plus partagée et complémentaire de la prise en charge des urgences. Les questions d'organisation (interne et externe) sont primordiales, au moins autant que celles des moyens. De ce point de vue, les travaux en cours produits par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier sur les temps d'attente aux urgences constituent de précieux indicateurs pour les hospitaliers.

Il s'agit de dégager des gains de chance pour le patient et des gains de temps pour les professionnels dans la chaîne de soins grâce à une meilleure connaissance réciproque des acteurs, à l'identification de filières de prise en charge dans le cadre de répertoires de ressources, et surtout par des méthodes de travail en réseau qui permettent, tout en définissant bien la place de chacun, d'anticiper la réponse mutualisée à des situations de tension à l'échelle du territoire de santé. Cette méthode de travail en réseau nécessite d'accorder une large part à l'évaluation partagée de la gestion des urgences, qui doit intégrer des indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Ces principes ont été largement repris dans les projets de décrets relatifs aux urgences qui seront bientôt soumis au Conseil d'État.

Je serai personnellement vigilant, car c'est pour moi une très grande priorité de notre système de soins, à l'amélioration de la prise en charge des patients en situation d'urgence et à la constitution de véritables réseaux de professionnels et d'établissements permettant d'optimiser le système de soins autour du patient et de lui garantir sécurité et qualité des soins. ■

adsp sommaire

actualité et dossier en santé publique

Directeur de la publication
Didier Houssin, directeur général de la Santé

Rédacteur en chef
Patricia Siwek

Comité de rédaction
Philippe Amiel, Gérard Badéyan, Dominique Bertrand, Jean-François Bloch-Lainé, Pierre-Henri Bréchat, Étienne Caniard, Bernard Cassou, Sandrine Chambaretaud, Antoinette Desportes-Davonneau, Jean-François Dodet, Marc Duriez, Pascale Gayrard, Isabelle Grémy, Geneviève Guérin, Alain Jourdain, Claudine Le Grand, Guy Nicolas, Anne Tursz

Secrétaire de rédaction
Marie-Josèphe Strbak

Coordonnées de la rédaction
Haut Comité de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 56
Télécopie : 01 40 56 79 49
Courriel : hcsp-adsp@sante.gouv.fr
Site : hcsp.ensp.fr

Demandes d'abonnement
La Documentation française
Bulletin d'abonnement : 3e de couverture

Réalisation
Philippe Ferrero

Relecture
Nelly Zeitlin

Secrétariat
Riama M'Bae

Ont participé à ce numéro
Solenne Barat, Bernard Basset, Gérard Bleichner, Patrick Bouet, François Braun, Pierre-Henri Bréchat, Nicolas Brun, Pierre Carli, Valérie Carrasco, Jean Castex, Fabien Catala, Michel Crozatier, Jean-François d'Ivernois, Gaël de Beaudrap, Michel Decreau, Hélène Faure-Poitout, Rémi Gagnayre, Pascale Gayrard, Marc Giroud, Isabelle Grémy, Sandrine Halfen, Claude Jeandel, Pierre-Henri Juvin, Marie-Christine Keters, Laurence Lavy, Pascal Le Roux, Nicolas Letellier, Bruno Mangola, Pierre Mardegan, Patrick Pelloux, Gilles Potel, Nicolas Prisse, Myriam Revel, Hervé Roy

adsp actualité et dossier en santé publique
est publiée par La Documentation française

Revue trimestrielle 13,20 euros
Abonnement annuel (4 numéros) 40,80 euros

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.
© 2005 Haut Comité de la santé publique
Dépôt légal décembre 2005. ISSN 1771-7450.
Commission paritaire : 1008 B 05201.
Photographie : © Photodisc.
Imprimerie : LIR, 91320 Wissous.

éditorial

1 **Les urgences : une priorité du système de soins**
Jean Castex

actualité

4 **La situation sanitaire des personnes prostituées**
Que sait-on de la santé des personnes prostituées ? État des connaissances et tendances.
Nicolas Prisse, Bernard Basset

rubriques

régions

8 **Tendances récentes sur la toxicomanie et les drogues à Paris en 2004**
Conséquences de la politique de réduction des risques : les caractéristiques des usagers de drogues changent. Les enseignements du dispositif Trend.
Sandrine Halfen, Isabelle Grémy

études

69 **Les compétences des soignants en éducation thérapeutique**
Quelles sont les compétences requises pour faire de l'éducation thérapeutique et comment les acquérir ?
Rémi Gagnayre, Jean-François d'Ivernois

repères

11 **brèves européennes**

12 **organisme**
Observatoire national de la démographie des professions de santé

73 **formation**
Master professionnel Gestion des services et des institutions de santé

74 **recherche**
Institut d'innovation thérapeutique : du fondamental au médicament

75 **lectures**

77 **en ligne**

78 **lois & réglementation**

80 **calendrier**

prochain numéro

dossier n° 53

La réforme de l'assurance maladie

Urgences & demandes de soins en urgence
Quelle prise en charge ?

La demande de soins en urgence est en forte progression ces dernières années. De nombreux acteurs interviennent dans la prise en charge des urgences depuis l'alerte et la régulation médicale jusqu'à l'hospitalisation éventuelle. La politique engagée intervient sur les différents temps de cette prise en charge : en amont de l'hôpital, à l'hôpital et en aval de l'hôpital, en développant les moyens mais aussi en améliorant la coordination des acteurs et l'organisation des services.

dossier coordonné par **Pascale Gayrard** p. **13**

14 Organisation de la prise en charge

Comment est née la médecine d'urgences et comment l'offre de soins s'est-elle adaptée à l'augmentation des demandes de soins urgents ?

14 Histoire de la médecine d'urgences
Fabien Catala

17 Sigles de l'urgence

18 Les usagers des urgences
Valérie Carrasco

23 Les acteurs de l'urgence
Hervé Roy

25 Exemple de prise en charge d'une urgence vitale
Gaël de Beaudrap

26 Les mesures du Plan urgences

27 L'organisation de la prise en charge des urgences
Myriam Revel

29 Le financement et la mise en œuvre du Plan urgences
Solenne Barat

30 En amont de l'hôpital

Alerte, premiers secours, régulation médicale, permanence des soins et transports sont les premiers chaînons de la prise en charge en urgence.

30 Alerte et premiers secours
Pierre Carli

33 La régulation médicale
Marc Giroud

38 L'organisation des transports
Michel Decreau, Michel Crozatier

39 L'hélicoptère dans la prise en charge des urgences
Nicolas Letellier

41 Permanence des soins en médecine ambulatoire
Laurence Lavy

42 Les maisons médicales de garde
Marie-Christine Keters

44 La maison médicale de garde de Romans
Pierre-Henri Juvin

45 Quelle lisibilité de l'offre pour l'usager ?
François Braun

47 À l'hôpital et après

Comment désencombrer les urgences des hôpitaux ? Une mission de tous les services de l'hôpital.

47 Services d'urgences : difficultés actuelles, perspectives
Pierre Mardegan

48 Intérêt de la téléimagerie dans la prise en charge des urgences
Hélène Faure-Poitout

50 Les projets de décrets
Solenne Barat

51 Urgences pédiatriques, quelles spécificités ?
Pascal Le Roux

54 Le patient âgé et les urgences
Claude Jeandel

55 Les urgences et après ? Le problème de l'aval des services d'urgences…
Gilles Potel

58 tribunes

58 Les urgences : point de vue des usagers
Nicolas Brun

60 Permanence des soins
Patrick Bouet

62 Urgentistes : les « épontilles » du système de santé
Patrick Pelloux

64 La médecine d'urgences, une nouvelle spécialité médicale en réponse à un nouveau besoin de société
Gérard Bleichner

66 L'urgence, les urgentistes et les autres acteurs
Bruno Mangola

68 bibliographie et adresses utiles

La situation sanitaire des personnes prostituées

Nicolas Prisse
Médecin inspecteur de la santé publique, conseiller technique santé précarité, direction générale de la Santé
Bernard Basset
Sous-directeur, direction générale de la Santé

La situation des personnes prostituées est assez difficile à connaître. Cet article présente des informations issues d'études et d'expériences, aussi bien françaises qu'internationales, afin de mieux cerner les contours sociodémographiques et l'état de santé de cette population.

Depuis deux ans, la loi pour la sécurité intérieure (LSI) a fait resurgir d'importantes questions sur la prostitution : lutte contre les réseaux, délit de racolage, régime juridique de l'activité (abolitionnisme, prohibitionnisme, réglementarisme), place de la prostitution « traditionnelle », revendication d'un statut de « travailleurs (euses) du sexe »… Comme on pouvait le prévoir, la question de la santé des personnes prostituées a été versée au débat, notamment pour fustiger les excès d'une politique jugée trop répressive et mettant en danger le difficile équilibre atteint, sur le terrain, par les acteurs de la prévention. Dans une approche générale, donc nécessairement caricaturale au regard de la diversité des situations de prostitution, que peut-on dire aujourd'hui de l'état de santé des personnes prostituées ? Tel est l'objet de cet article qui tentera, dans un premier temps, de mieux cerner les contours sociodémographiques de la prostitution dite de rue. La deuxième partie sera consacrée aux principales tendances observées en ce qui concerne l'évolution de la santé des personnes prostituées. Enfin, des pistes d'actions répondant aux nouveaux enjeux seront brièvement exposées.

Il est nécessaire d'être très prudent sur la fiabilité et la représentativité des données présentées, qu'elles soient issues de la littérature ou qu'elles proviennent d'expériences rapportées par les personnes prostituées ou les intervenants associatifs. En effet, concernant la santé des personnes prostituées, les données publiées en France sont rares, limitées à la prostitution de rue et, le plus souvent, incapables de rendre compte de la multiplicité des réalités du phénomène. Des résultats d'études étrangères ont alimenté ce travail. Ils sont apparus utiles, non seulement du fait d'un manque de données françaises, mais aussi du fait de l'internationalisation du phénomène de traite qui tend à « harmoniser » les états de santé des personnes prostituées, notamment pour celles exerçant sur le territoire de l'Union européenne (UE). Enfin, le contexte relatif à la préparation, puis à la mise en œuvre, de la loi pour la sécurité intérieure (LSI) a ravivé les représentations, émotions, et opinions, rendant encore plus complexe la production de résultats objectifs.

Une situation sociodémographique dominée par la présence des victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains

On compterait en France environ 15 000 personnes prostituées ; ce chiffre provient des services du ministère de l'Intérieur qui estiment être, chaque année, en contact avec 30 % des personnes prostituées. Cette estimation globale n'est pas contredite, mais laisse toutefois sceptique certains acteurs, quant à sa capacité à refléter une réalité très hétérogène et finalement assez peu visible, donc difficile à appréhender sur le plan quantitatif.

La prostitution est aujourd'hui diffuse sur le territoire français, mais reste majoritairement concentrée autour des agglomérations : Paris et sa région regrouperaient 50 % de l'ensemble.

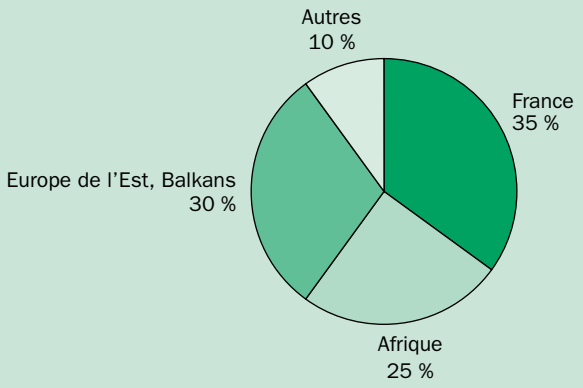
La distribution par âge des personnes prostituées n'est pas connue précisément, mais la question des mineurs ne doit pas être occultée. Certains travaux ou observations, portant certes sur des échantillons très réduits, ont suggéré que 20 à 30 % des personnes prostituées auraient débuté leur activité avant 18 ans. Pour l'Office central de répression de la traite des êtres humains (OCRTEH), 2 à 4 % des victimes des réseaux identifiées ces dernières années avaient entre 16 et 18 ans.

La répartition par sexe habituellement retenue est la suivante : femmes : 80 %, transgenres : 10 % ; hommes : 10 % (sauf à Paris où ils constitueraient 30 % de l'ensemble).

La répartition des personnes prostituées selon la nationalité ou région d'origine s'établirait autour des proportions de la figure 1.

figure 1

Répartition selon la nationalité ou région d'origine



On note également, depuis quelques années, la présence, à Paris, d'une prostitution d'origine chinoise.

Les 60 à 70 % de personnes prostituées étrangères sont le plus souvent en situation irrégulière ou bénéficient de titres de séjour touristiques d'une durée de trois mois. Elles sont considérées par les services du ministère de l'Intérieur comme des victimes de réseaux (proxénétisme ou traite des êtres humains aux termes de l'article 225-4-1 du Code pénal). Un millier de victimes ont ainsi pu être identifiées en 2004. Quelle que soit leur configuration, les réseaux s'adaptent très rapidement aux fluctuations du marché, entraînant des déplacements de population dans toute l'Europe occidentale. Aujourd'hui, le temps moyen de présence d'une jeune femme victime d'un réseau en un même lieu (ville) est probablement de l'ordre de quelques mois. On estime enfin que lorsque 10 personnes prostituées sont, au bénéfice d'un réseau, en activité, ce sont en tout 40 à 50 jeunes femmes qui constituent, en amont ou en aval des lieux de prostitution, l'ensemble de la filière.

Depuis la loi pour la sécurité intérieure, la répression envers les personnes prostituées s'est accrue. Le ministère de l'Intérieur reconnaît, pour 2004, avoir mené 5 000 procédures pour racolage (dont 3 750 à Paris), portant sur plus de 3 000 personnes.

De nouveaux contours de la prostitution de rue peuvent être ainsi esquissés :

- plus mobile, plus clandestine et moins accessible (notamment aux actions de prévention) ;
- avec une pression accrue des proxénètes (des réseaux) et des forces de l'ordre ;
- faisant appel à de nouvelles technologies (pour la prise de rendez-vous, pour le contrôle exercé par les proxénètes), sur de nouveaux territoires et à de nouveaux horaires.

Les questions de santé

Globalement, la santé des personnes se prostituant dans la rue paraît s'aggraver.

Deux déterminants se conjuguent et interagissent pour expliquer une bonne partie de cette dégradation : la précarité et la violence.

Aux confins des questions sanitaires et sociodémographiques évoquées plus haut, la prostitution de rue semble avant tout dominée aujourd'hui par une **précarité** administrative, économique et sociale. Cette aggravation semble antérieure aux dispositions de la loi de sécurité intérieure réprimant toute forme de racolage, même si ces dernières ont renforcé la complexité des situations des personnes prostituées. Elle est avant tout liée à la situation de personnes prostituées issues de groupes particulièrement vulnérables, au regard des violences subies, du déracinement, de la situation administrative et économique. Elle est susceptible d'avoir des conséquences sanitaires majeures. Car comme toutes les autres personnes en situation de précarité qui cumulent des conditions de vie difficiles (passées et présentes) ainsi que des trajectoires faites de nombreuses ruptures, les personnes prostituées sont aujourd'hui soumises à un surcroît de risques en termes de mortalité, morbidité et handicap, une exposition plus grande aux facteurs de risque, des difficultés d'accès à la prévention, aux dépistages et aux soins.

La dégradation progressive de l'état de santé constitue en outre un obstacle majeur pour envisager une insertion sociale en dehors de l'activité prostitutionnelle.

Associée étroitement à la précarité, la **violence** apparaît comme un déterminant possible de la prostitution, une conséquence fréquente de cette activité et un facteur contribuant au mauvais état de santé des personnes prostituées[1]. Des travaux ont pointé la fréquence plus élevée, par rapport à des populations comparables non prostituées, des antécédents d'abus sexuels durant l'enfance. D'autres études, essentiellement nord-américaines, ont révélé la fréquence élevée des violences subies durant ou en marge de l'activité prostitutionnelle, pouvant notamment conduire à des syndromes de stress post-traumatique.

Dans un travail publié dans l'*American Journal of Epidemiology*, Potterat et col. (2004) identifient, sur une cohorte ouverte

1. S'agissant des études publiées, il faut une nouvelle fois mettre en garde sur leurs origines et leur représentativité. Il s'agit le plus souvent d'études anglo-saxonnes, portant sur des échantillons de moins de 100 personnes prostituées et basées sur des questionnaires auto-administrés. Ces études confirment toutefois, pour partie, les informations et perceptions émanant aujourd'hui du « terrain ».

de 2000 personnes prostituées, la violence et la toxicomanie comme les deux principales causes de mortalité, que ce soit durant la période active de prostitution ou durant toute la période d'observation (1967 à 1999)[2].

En France, l'enquête sur les conditions de vie des personnes prostituées à Paris (1995) montrait que 41 % des personnes prostituées avaient subi une agression au cours des cinq mois précédant l'enquête[3]. Les travestis étaient les plus exposés. Le client était le principal agresseur (58 %). Les motifs d'agression, lorsqu'ils étaient rapportés, étaient le vol, le viol, la haine des personnes prostituées et l'homophobie.

Aujourd'hui, la pression exercée par les réseaux se manifeste clairement sur les trottoirs (contrôles de l'habillement, autorisation de monter donnée par portable, interdiction de fidéliser un client, déplacements incessants, violences physiques, « kapo »…). Les réseaux font également pression dans les pays d'origine : menaces sur la famille, contraintes ethniques, dans certains cas, pour les personnes originaires d'Afrique. La violence est également exercée entre personnes prostituées, notamment au regard des luttes hiérarchiques. Les violences subies de la part des clients sont également souvent décrites ou rapportées ; les demandes de rapports non protégés sont difficiles à estimer en France, mais seraient supérieures à 10 %. Une étude portant sur 150 personnes prostituées de Manchester a montré que 12 à 30 % des personnes prostituées étaient prêtes à accéder à la demande d'un client qui sollicite un rapport non protégé si ce dernier y met le prix[4]. Les riverains, parfois effectivement inquiétés ou dérangés, mais également légitimés depuis la loi de sécurité intérieure, sont également des pourvoyeurs de violence auprès des personnes prostituées. Enfin, la lutte contre les réseaux par les forces de l'ordre s'appuie notamment sur l'interpellation des personnes prostituées elles-mêmes, et constitue sans nul doute une autre forme de violence subie par les personnes prostituées.

VIH, IST, contraception, souffrances psychiques : les manifestations les plus visibles d'un mauvais état de santé

VIH

En 1998, une revue de la littérature portant sur les pays occidentaux montrait des taux de prévalence de l'infection à VIH extrêmement variés, à l'image de la réalité sociologique très hétérogène selon les contextes[5]. En France, les tendances admises étaient de 2 % pour les personnes prostituées non toxicomanes injecteurs et non homosexuels ; ces deux dernières populations (toxicomanes injecteurs ou homosexuels) apparaissaient infectées dans 25 à 30 % des cas. De nombreuses contaminations semblaient également liées à des relations sexuelles avec des partenaires « privés ». Il n'existe pas aujourd'hui de données plus récentes publiées concernant le taux d'infection par le VIH des personnes prostituées en France. Toutefois, des études étrangères et des informations émanant de personnels associatifs intervenant sur les lieux de prostitution font craindre une évolution des taux d'infection qui mérite une attention particulière. Il est en effet possible que la relative satisfaction que l'on a pu afficher au début des années quatre-vingt-dix à l'égard des taux de contamination, notamment pour les femmes prostituées non toxicomanes, ne soit contredite du fait :

- de l'origine géographique des personnes prostituées qui proviennent de pays à forte endémicité ou à faible niveau d'information et de prévention ;
- de la précarité et des violences subies, qui augmenteraient la fréquence des comportements à risque ;
- de la banalisation du problème du VIH ;
- du renouvellement des équipes de prévention, issues elles-mêmes de générations moins « sensibilisées » ;
- de l'épuisement de certains projets en cours qui ne « tenaient » que du fait de la personnalité de leurs leaders ;
- de la difficulté à trouver de la cohérence dans les différentes formes d'interventions, qu'elles soient publiques (divers services de l'État, collectivités territoriales) ou privées, notamment associatives.

Renforçant ces craintes, on constate également que des groupes de personnes se prostituant en France cumulent aujourd'hui certains facteurs associés à une augmentation de la vulnérabilité des personnes prostituées vis-à-vis de l'infection à VIH, tels qu'identifiés par Onusida en 2003[6] :

- stigmatisation et marginalisation ;
- perspectives économiques limitées ;
- accroissement de la mobilité ;
- information, savoir-faire et pouvoir de négociation limités ainsi qu'un accès entravé aux moyens de prévention ;
- manque d'accès aux services sanitaires, sociaux et juridiques ;
- fréquence des violences subies ;
- modes de vie incluant la consommation de substances psychoactives ;
- absence de loi et de politique protectrice ;
- existence de différences et inégalités liées à l'identité sexuelle.

Infections sexuellement transmissibles (IST)

S'agissant des IST, toujours sans données quantifiées récentes ou représentatives, la plupart des associations venant en aide aux personnes prostituées en France confirment l'augmentation du nombre de cas de personnes prostituées chez lesquelles une IST est découverte ou suspectée. Pour la syphilis et l'herpès, des travaux étrangers européens ont objectivement mis l'accent sur l'étendue des contaminations. L'infection fréquente par les formes oncogènes du papillomavirus a également été documentée à l'étranger ; une étude d'observation non publiée et menée par une association française au niveau d'une ville moyenne qui, en 2004, a mis en évidence 12 cas d'infections à

2. Potterat J.J. et col. « Mortality in a long-term open cohort of prostitute women ». *Am J Epidemiol*. 2004 Apr 15 ; 159 (8) : 778-85.

3. Serre A., Schutz-Sanson M., Cabral C., Martin F., Hardy R., De Aquino O., Vinsonneau P., Arnaudies M., Fierro F., Mathieu L., Pryen S., Welzer-Lang D., De Vincenzi I. « Conditions de vie des personnes prostituées : conséquences sur la prévention de l'infection à VIH ». *Rev. épidém. et santé publ.*, 1996, 44, 407-416.

4. Faugier J., Cranfield S., and Sargent M. Risk behaviours and health care needs of drug-using female prostitutes (part II). J subst misuse for nursing, health & social care. 1997 Oct ; 2 (4) : 203–9, *in* Baker L.M., Case P., Policicchio D.L. « Health problems of inner-city sex workers: a pilot study ». *J Med Libr Assoc*. 2003 Jan ; 91 (1) : 67-71.

5. Serre A. Prévention de l'infection par le VIH auprès des personnes prostituées en France. Thèse pour le doctorat de sciences biologiques et médicales, option épidémiologie et intervention en santé publique : université Victor Segalen, Bordeaux 2, 1998. 230 p.

6. Onusida. Commerce du sexe et VIH/SIDA. Genève : Onusida, 2003. 20 p. Collection « Meilleures pratiques ».

HPV et 3 cas de cancer du col (*in situ*) sur un groupe de 80 femmes prostituées. Sur cette étude, l'âge moyen des personnes atteintes de lésions cancéreuses est de 21 ans.

IVG/contraception

Une étude portant sur une population de prostituées de rue, à Rome (n = 142) montre que 33 % des femmes ont subi une interruption volontaire de grossesse dans l'année précédente et que 38 % des femmes qui ont un partenaire régulier n'utilisent pas de moyen de contraception[7]. En France, il n'existe pas de données publiées, mais les personnes prostituées, particulièrement celles d'origine étrangère, semblent souffrir d'un déficit de suivi gynécologique et d'information sur les moyens de contraception. Selon de nombreuses associations, le nombre de grossesses non désirées a été particulièrement important au cours des dernières années, notamment chez des jeunes femmes originaires d'Europe de l'Est. Les besoins en termes d'éducation à la sexualité et d'accès à la contraception (y compris celle d'urgence) sont ainsi pointés comme une priorité par les associations de terrain. Selon le suivi déjà cité de 80 personnes prostituées, 10 à 15 % d'entre elles ont subi une IVG en 2003, avec de fréquents dépassements du délai légal.

Souffrance psychique/santé mentale

Question assez bien documentée pour d'autres publics précaires, la souffrance psychique semble également au cœur de la problématique médico-sociale de nombreuses personnes prostituées, tout à la fois élément causal et conséquence de la pratique prostitutionnelle. La souffrance psychique traverse l'ensemble des thématiques de santé et paraît amoindrir encore les capacités de « socialisation ». S'agissant des pathologies mentales, il n'existe pas d'étude française sur le sujet. En dehors de la question du syndrome de stress post-traumatique, les études étrangères ne montrent globalement pas de prévalence plus élevée des troubles mentaux par rapport à la population générale (Romans, 2003), sauf pour les sous-groupes les plus vulnérables socialement (Boyle, 1997). Ce dernier résultat apparaît cohérent avec certaines expériences d'équipes de terrain qui, en France, témoignent de personnalités très déstructurées, notamment parmi les prostitué(e)s toxicomanes.

Conclusion et perspectives

Sur un plan de santé publique, les personnes prostituées doivent être aujourd'hui considérées comme des personnes en situation de précarité. Cette approche rend compte de leur vulnérabilité sanitaire potentielle, en associant les questions d'accès à la prévention, aux soins et aux droits. Elle prend également en compte la diversité des situations, et permet de réduire la stigmatisation attachée à l'activité prostitutionnelle. Elle permet d'intégrer les risques précédemment décrits et doit faciliter la mobilisation d'autres moyens que ceux habituellement mis en œuvre en milieu prostitutionnel. Elle facilite notamment le décloisonnement entre acteurs sanitaires et sociaux, permettant de mieux articuler les politiques de prévention, de soins et de réinsertion. La question du VIH et des IST constitue toutefois un risque qu'il convient de prendre particulièrement en compte.

Les pistes d'actions suivantes devraient être prochainement étudiées par la direction générale de la Santé et ses partenaires afin de mieux répondre aux enjeux actuels :

- mettre en place avec l'InVS un ou plusieurs protocoles d'enquêtes pour pallier le manque de connaissances sur la santé des personnes prostituées ;
- intégrer plus généralement la question de la santé des personnes prostituées dans celle des inégalités de santé ou des liens précarité-santé, en veillant notamment à la prise en compte de ces publics dans les dispositifs dédiés aux personnes en situation de précarité et dans les développements futurs de la « stratégie santé précarité » en cours de finalisation ;
- prévoir des mesures en faveur de ce public dans le plan violence et santé, un des cinq plans stratégiques nationaux prévus par la loi relative à la politique de santé publique ;
- limiter les conséquences négatives de la loi pour la sécurité intérieure (LSI) par la recherche de compromis locaux, grâce notamment à l'appui des villes et des associations ayant pour objet la promotion de projets territoriaux de santé et intéressées par la problématique ;
- maintenir un soutien fort aux associations, notamment communautaires, historiquement à l'origine de la lutte contre le VIH en milieu prostitutionnel, ce d'autant que la plupart d'entre elles ont su évoluer pour répondre aux nouveaux enjeux posés par le phénomène prostitutionnel ;
- prendre en compte la dimension internationale de la traite en renforçant les échanges de bonnes pratiques au niveau européen.

7. Verster A. *et al*. « Prevalence of HIV infection and risk behaviour among street prostitutes in Rome, 1997-1998 ». *AIDS Care*. 2001 Jun ; 13 (3) : 367-72.

Tendances récentes sur la toxicomanie et les drogues à Paris en 2004

Sandrine Halfen
Socio-démographe
à l'ORS Île-de-France
Isabelle Grémy
Directrice de l'ORS Île-de-France

Si l'Île-de-France reste très touchée par la toxicomanie, les caractéristiques des usagers de drogues se sont modifiées en raison d'une politique de réduction des risques très active.

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies a mis en place depuis 1999 un dispositif national intitulé TREND, Tendances récentes et nouvelles drogues, visant à repérer les nouvelles tendances de consommation de drogues.

Ce dispositif national, qui reposait en 2004 sur un réseau de onze sites d'observation en France, a pour objectif de fournir, en complément des dispositifs existants, des éléments de connaissance sur les phénomènes émergents liés aux drogues. Ces éléments doivent permettre de disposer d'informations précoces, afin d'élaborer des réponses rapides et permettre ainsi une meilleure protection des usagers.

Pour la troisième année consécutive, l'observatoire régional de santé d'Île-de-France a assuré en 2004 la coordination du site parisien TREND.

Les outils, essentiellement de type qualitatif, utilisés dans le cadre du dispositif TREND à Paris, comme dans les autres sites, sont les suivants :

- l'observation ethnographique des usages dans les « espaces urbains » (structures d'accueil pour toxicomanes, centres de soins, lieux de *deal*, etc.) et dans les « espaces festifs » (lieux où se déroulent des événements festifs, principalement de culture techno) ;
- la réalisation d'un groupe focal « Sanitaire » réunissant des professionnels de santé et d'un groupe focal « Maintien de l'ordre » réunissant des fonctionnaires de police ;
- une enquête qualitative auprès des équipes en charge de quatre structures de réduction des risques intervenant dans l'espace urbain : Aides-Audvih (1er arrondissement), Beaurepaire (10e), Ego/Step (18e) et Nova Dona (14e), de deux associations intervenant dans les espaces festifs (association Liberté et Techno+) et d'une structure de support des usagers de drogues intervenant dans les deux espaces (ASUD).

À Paris, l'observation de type ethnographique a reposé sur divers témoignages recueillis auprès d'usagers de drogues présentant des profils variés ainsi que sur des observations *in situ* de différents types de lieux. Certaines zones ont plus particulièrement été concernées : le nord-est de Paris avec les quartiers de la Goutte d'Or, Château Rouge, etc., le centre de Paris avec les quartiers des Halles et de Strasbourg-Saint-Denis, et les 14e et 15e arrondissements. Dans l'espace festif, les observations ont porté sur les usagers fréquentant les espaces de type alternatif (free parties, teknivals) ainsi que ceux de type commercial (soirées privées, discothèques, bars, concerts, etc.). Ces informations ont été complétées par des données recueillies dans des squats et dans différents festivals musicaux (Hip-hop, Semaine électronique, « 100 contests », etc.)

La région Île-de-France est très touchée par la toxicomanie, mais la politique de réduction des risques est très active

La comparaison des différents indicateurs locaux pour l'information sur les addictions (Iliad mis en place par l'OFDT) relatifs aux usagers de drogues montre que la région

Île-de-France, notamment Paris, demeure encore particulièrement touchée par les problèmes de toxicomanie. Ainsi, les indicateurs relatifs au recours au système médico-social, aux ventes de Stéribox® et de Subutex® en pharmacies de ville ainsi qu'aux décès par surdoses placent Paris (et plus généralement l'Île-de-France) au premier rang des départements confrontés à la toxicomanie.

Si la région a depuis toujours été très touchée par la toxicomanie, ces dix dernières années ont vu des modifications profondes des caractéristiques des usagers de drogues, principalement en raison du développement de la politique de réduction des risques basée sur l'accès facilité au matériel stérile d'injection, sur la diffusion des traitements de substitution aux opiacés, ainsi que sur une meilleure prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes.

Cette politique a entraîné une baisse importante de l'usage d'héroïne, une forte diminution de la mortalité par surdose (le nombre de décès par surdose est passé en Île-de-France de 299 en 1994 à 28 en 2003), une baisse très notable des contaminations liées au VIH et une diminution des pratiques d'injection. Elle a aussi permis d'améliorer l'état de santé des usagers, en facilitant leur accès aux soins.

Caractéristiques des usagers de drogues

Des usagers de drogues errant à Paris de squat en squat

L'année 2004 a été marquée à Paris par une forte visibilité d'usagers de drogues, principalement de crack, évacués successivement de différents squats dans lesquels ils vivaient. Ces squats étaient des lieux où régnait une violence exacerbée et dans lesquels se côtoyaient *deal*, consommation et prostitution. L'un de ces lieux a été, de l'avis général des usagers, le principal point de *deal* de crack de la capitale. Ces évacuations ont permis de noter que, dans ces squats, les usagers vivaient dans des conditions d'insalubrité exceptionnelle et ceux qui y avaient séjourné longtemps présentaient des états de santé extrêmement dégradés et des comportements témoignant d'une désocialisation prononcée. Selon les observations de terrain, l'évacuation successive des squats a entraîné une réactivation très importante des scènes de *deal* et de consommation de crack dans les rues du 18e arrondissement de Paris ainsi que la présence d'un grand nombre d'usagers de drogues précarisés en errance dans la rue, favorisant les tensions entre usagers et riverains. De plus, les usagers évacués semblent s'être dispersés dans de petits squats, moins visibles, où les conditions seraient encore plus insalubres.

Difficultés accrues de prise en charge des personnes étrangères sans titre de séjour

La réforme, fin 2003, de l'Aide médicale d'État, dispositif réservé aux personnes étrangères en situation irrégulière de séjour sur le territoire, ainsi que les difficultés accrues d'obtention des cartes de séjour pour soins, notamment pour le VHC, signalées par différents médecins, font craindre une précarisation et une dégradation de l'état de santé plus grande des usagers de drogues étrangers en situation irrégulière en France. Or différents observateurs signalent des consommations importantes de drogues parmi des étrangers récemment arrivés en France (originaires d'ex-Union soviétique, de Chine, d'Irak et du Maghreb). Ces populations ont des parcours de consommation qui diffèrent, mais les situations de vulnérabilité entraînées par la migration ne font souvent qu'aggraver les conditions de consommations des produits et favoriser les prises de risques.

Teuffeurs, travellers : des usagers de plus en plus visibles dans l'espace urbain

En 2004, de plus en plus d'observateurs de l'espace urbain signalent l'émergence d'usagers de drogues issus de l'espace festif techno alternatif (free parties et teknivals) dans des structures de réduction des risques ou de soins. Ces personnes sont également davantage visibles dans l'espace de la ville (abords des gares, places dans certains quartiers, etc.). Ces usagers ont souvent des polyconsommations importantes associant alcool, cannabis, stimulants et opiacés, et utilisent parfois la voie injectable comme mode d'administration de certains produits (notamment Skénan® , Subutex® et amphétamines). Leur fréquentation du dispositif de réduction des risques se limite le plus souvent au recours à des programmes d'échange de seringues dans lesquels ils viennent ponctuellement s'approvisionner en matériel. Les usagers qui fréquentent davantage les structures de soins (demandes de traitements de substitution, demandes sociales, etc.) semblent avoir « basculé » dans un mode de vie très précaire, une polyconsommation incontrôlée et un isolement par rapport au groupe dont ils faisaient partie.

Visibilité croissante d'usagers de drogues fréquentant l'espace festif gay

Des consommations importantes de drogues parmi des hommes fréquentant l'espace festif gay ont été rapportées par différents observateurs durant l'année 2004. Si ces consommations avaient déjà été documentées dans le rapport TREND Paris en 2003, il semblerait que la visibilité de cette population d'usagers de drogues se soit accentuée. Les consommations observées impliquent très fréquemment de l'ecstasy et de l'alcool, mais également des produits assez spécifiquement utilisés par les hommes fréquentant l'espace festif gay, comme les poppers et des anesthésiants détournés (GHB, kétamine). Par ailleurs, la principale caractéristique des usages dans cet espace réside dans le fait que les consommations se feraient en grande partie dans un contexte sexuel. Cette année, différents hôpitaux parisiens ont indiqué avoir été confrontés à des situations d'intoxication au GHB chez des personnes fréquentant l'espace gay, avec des comas de plusieurs heures.

Modalités d'usage et contextes de consommation

Des polyconsommations importantes où l'alcool prédomine

Que ce soit dans l'espace urbain ou dans l'espace festif, l'alcool intervient comme un produit d'accompagnement procurant, lorsqu'il est consommé en quantité, un effet de « défonce » mais permettant aussi de potentialiser les effets des autres produits. Si, dans l'espace urbain, la plupart des personnes en errance ont des consommations élevées d'alcool et des conduites d'ivresse répétées, des consommations importantes d'alcool chez les personnes sous traitement de substitution aux opiacés ont aussi été notées, comme cela avait déjà été le cas les années précédentes. Dans l'espace festif, l'alcool reste le produit psychoactif le plus consommé, le plus disponible et le plus accessible. Les consommations d'alcool dans cet espace pourraient être en augmentation du fait peut-être d'une offre d'alcool plus

importante sur les lieux de type alternatif (*free parties* et teknivals) qui permettrait aux organisateurs de rembourser les frais entraînés par l'événement.

Le sniff serait plus visible qu'auparavant

Différents observateurs de l'espace festif techno signalent un accroissement de la consommation de produits psychoactifs consommés en étant sniffés. Cette pratique serait de plus en plus visible dans les espaces festifs, y compris dans certaines discothèques parisiennes. Les produits les plus sniffés dans l'espace festif techno semblent être, par ordre d'importance perçue par les observateurs de cet espace, les amphétamines et la cocaïne (au même niveau), le Subutex® , l'héroïne et la kétamine. Le sniff d'ecstasy et de Subutex® pourrait être davantage pratiqué qu'auparavant.

L'usage du « bong » serait en augmentation

L'usage du « bong », sorte de pipe à eau permettant d'obtenir des effets plus rapidement, a aussi été rapporté comme étant en augmentation. Il est principalement utilisé pour la consommation de cannabis qui, selon les consommateurs, serait une façon « dure de consommer une drogue douce ». Des usages de « bong » ont aussi été rapportés pour la consommation de Subutex® , de rachacha (pâte issue du pavot), d'ecstasy et de champignons hallucinogènes.

Modifications des produits injectés : vers davantage de prises de risques ?

La politique de réduction des risques a eu pour principal effet une baisse importante du nombre d'usagers d'héroïne ainsi qu'une baisse des pratiques de partage des seringues. Cette politique semble aussi avoir favorisé une baisse des pratiques d'injection. Actuellement, si l'injection semble être encore en diminution dans l'espace urbain, et très minoritaire (et stable) dans l'espace festif où la pratique concernerait principalement de jeunes *travellers* se revendiquant de la mouvance technopunk, des modifications des produits injectés sont observées. Parallèlement à la baisse de l'injection d'héroïne, on observe un accroissement de l'injection de cocaïne et de médicaments détournés (notamment de Subutex® et de Skénan®). Compte tenu des effets de ces produits, décrits comme étant plus brefs que ceux provoqués par l'héroïne injectée, l'injection de la cocaïne ou celle des médicaments détournés induirait des comportements très compulsifs et une multiplication des injections. Ces modifications pourraient donc entraîner un accroissement des prises de risques (partage ou réutilisation de seringues, par exemple) et une augmentation des problèmes sanitaires liés à l'injection (abcès, infections, etc.).

Modes de vie précaires, pratiques de consommation davantage à risque

Que ce soit chez les usagers de drogues observés dans l'espace urbain ou chez ceux issus de l'espace festif, les modes de consommation semblent d'autant plus présenter des risques sanitaires que les conditions dans lesquelles elles s'exercent sont précaires. Ainsi, les usagers vivant dans des squats ou étant sans abri sont probablement les plus vulnérables dans la mesure où les consommations, souvent par voie injectable, se déroulent fréquemment dans des conditions d'urgence et de grande insalubrité, limitant les pratiques à moindre risque. L'usage de l'injection semble aussi toucher plus particulièrement les usagers de drogues les plus précaires. Chez les jeunes usagers les plus précarisés, l'utilisation de la voie injectable semble intervenir très tôt dans leur parcours de consommation.

Les produits : phénomènes marquants en 2004 à Paris

Les données issues de TREND à Paris ont permis, en les recoupant, de distinguer quelques phénomènes liés à la consommation de certains produits qui, s'ils ne relèvent pas tous de phénomènes nouveaux, apparaissent en évolution par rapport à 2003.

Le cannabis

Il est noté par les professionnels de santé une nette progression des demandes de prise en charge d'usagers de cannabis, notamment dans les consultations de tabacologie qui constitueraient une bonne « porte d'entrée » pour une prise en charge conjointe du tabac et du cannabis. De plus, pour la première fois en 2004, différents observateurs signalent un intérêt croissant des usagers pour les techniques de réduction des risques (usages de vaporisateurs, auto-production, etc.).

Les stimulants

Cocaïne : la disponibilité et la consommation de cocaïne seraient en progression à Paris. La baisse importante de son prix a rendu le produit accessible à de nouveaux groupes d'usagers : anciens usagers d'opiacés sous substitution, soit désinsérés (usage compulsif de cocaïne, parfois injectée), soit plus (ré)insérés (usage occasionnel), jeunes usagers bien insérés en faisant un usage plus ou moins régulier.

Crack/free base : les usagers de crack restent extrêmement désocialisés, vivant souvent dans des squats. Dans l'espace festif techno, ce sont les usagers les plus précarisés et compulsifs par rapport aux produits qui consomment du crack (appelé *free base*). L'émergence d'une population relativement insérée, consommatrice occasionnelle, dans un cadre plus ou moins festif, a été signalée en 2004.

Ecstasy : en 2004, un accroissement de la disponibilité d'ecstasy peut être observé dans l'espace urbain, en *deal* de rue, et à des prix proches de ceux pratiqués dans l'espace festif. Les usages s'étendraient à des consommateurs ayant moins de caractéristiques spécifiques qu'auparavant. L'ecstasy semble de plus en plus utilisée en étant associée à d'autres produits (alcool, cannabis, amphétamines, cocaïne) pour en amplifier ou moduler les effets.

Les opiacés

Héroïne : l'accroissement de la disponibilité d'héroïne et la baisse des prix ont été signalés par différents observateurs. Le produit serait de plus en plus utilisé pour « gérer la descente » de stimulants, notamment par des usagers de drogues de synthèse.

Subutex® détourné : le produit serait toujours très disponible en trafic de rue et aurait une image ambivalente, à la fois négative (« pire que l'héro ») et rassurante, du fait de son statut de médicament. Le Subutex® a été signalé comme étant consommé de façon ponctuelle par un nouveau groupe d'usagers : des personnes insérées socialement, *a priori* non concernées par les drogues illicites, qui utiliseraient ce produit pour « se détendre ».

Skénan® détourné : deux groupes d'usagers très marginalisés sont identifiés, des jeunes en errance se revendiquant de la mouvance punk ou technopunk et d'anciens usagers d'héroïne consommant le Skénan® en « extra ». La voie d'administration la plus répandue est l'injection et les conditions de vie très précaires des usagers favorisent les prises de risques.

Produits hallucinogènes

Les produits hallucinogènes sont presque toujours consommés par des usagers fréquentant l'espace festif. Dans certains groupes (milieu techno alternatif), un engouement croissant pour les produits « exotiques » d'origine naturelle (champignons, salvia, rachacha, datura, graines de liseron, etc.) est observé. La disponibilité, et peut-être la consommation, d'autres produits d'origine synthétique (LSD, kétamine) semblent être en augmentation. Les usages de ces produits restent néanmoins assez peu fréquents.

Médicaments psychotropes détournés

À l'inverse des hallucinogènes, l'usage détourné des médicaments psychotropes (Rohypnol® , Rivotril® , Artane®) est quasi exclusivement observé dans l'espace urbain, chez des personnes très désinsérées. La consommation et la disponibilité de Rivotril® ont été décrites comme étant toujours en hausse alors que celles de Rohypnol® seraient toujours à la baisse, bien que le produit semble encore très disponible.

Conclusion

Les données épidémiologiques relatives aux usagers de drogues par voie intraveineuse semblent indiquer une situation relativement stabilisée du point de vue de l'infection à VIH/sida, avec peu de nouveaux cas de sida ou de nouvelles infections à VIH diagnostiqués et, parmi ces dernières, une très faible part d'infections récentes (contamination datant de moins de six mois). Néanmoins, différents éléments issus des observations de TREND Paris en 2004 apportent quelques motifs d'inquiétude : la visibilité croissante, notamment dans les services hospitaliers, d'usagers de drogues fréquentant l'espace festif gay et ayant des polyconsommations importantes (alcool, ecstasy, anesthésiants et médicaments détournés), l'extrême précarité des usagers de crack errant à Paris de squat en squat, situation qui peut conduire à des pratiques de consommation présentant davantage de risques sanitaires, les difficultés de prise en charge des étrangers sans titre de séjour, enfin, une modification des produits injectés (davantage de cocaïne et de médicaments détournés), induisant des comportements très compulsifs qui pourraient conduire à un accroissement des prises de risques.

BRÈVES EUROPÉENNES

14 septembre 2005

Accord de coopération entre l'OMS et le CEPCM

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a signé un premier protocole d'accord avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM), créé en mai 2005 pour lutter contre les maladies transmissibles dans la région européenne.

15 septembre 2005

Plans sanitaires communs pour les pays de la région européenne

Les problèmes sanitaires que rencontrent les pays constituant l'Europe de l'OMS présentent plus de similitudes que de différences. En effet, malgré la diversité des pays, les représentants des 52 États membres de la région ont exprimé les mêmes préoccupations concernant notamment la propagation des maladies transmissibles et non transmissibles, l'augmentation des urgences sanitaires et la difficulté d'installer des réformes.

26 septembre 2005

Mise en place d'un système de contrôle d'hygiène alimentaire

Deux propositions de la Commission européenne ont été approuvées par le Comité permanent de la chaîne alimentaire et de la santé animale concernant les modalités d'exécution des règles sur l'hygiène. Ces mesures entreront en vigueur au 1er janvier 2006.

27 septembre 2005

Médicaments pédiatriques

Le Parlement européen vient d'adopter un règlement destiné à inciter les laboratoires pharmaceutiques à fabriquer des médicaments à usage pédiatrique afin d'éviter aux enfants que ne leur soient prescrits des médicaments pour adultes.

17-23 octobre 2005

Semaine de la vaccination dans la région européenne

Cette campagne régionale du Bureau régional de l'OMS a pour but d'inciter les États membres à investir dans des systèmes de vaccination efficaces pour un maximum d'enfants. Plus de 0,5 million de nourrissons n'avaient pas reçu l'année dernière la primovaccination DTC3 (diphtérie, tétanos et coqueluche). Ces maladies causeraient le décès de 32 000 jeunes enfants dans la région chaque année. En lien avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), le Bureau régional de l'OMS aide les groupes les plus vulnérables de la région européenne à renforcer leur programme de lutte contre les maladies infectieuses afin d'obtenir un taux de couverture de 95 %.

17 octobre 2005

Livre vert sur la santé mentale

La Commission européenne a adopté un livre vert sur la santé mentale afin d'élaborer une stratégie communautaire pour s'attaquer aux maladies mentales dont souffrent plus de 27 % des Européens d'âge adulte. Les troubles mentaux sont à l'origine de la plus grande partie des 58 000 décès annuels dus au suicide. La Commission européenne vise, par ce texte, à lancer une consultation publique sur les moyens appropriés pour lutter contre les maladies mentales.

Observatoire national de la démographie des professions de santé

Sigle
ONDPS

Création
Décret n° 2003-529 du 19 juin 2003

Statut
Ministère de la Santé et des Solidarités
Le secrétariat général est assuré par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Président
Professeur Yvon Berland

Effectifs
4

Organisation
Un conseil d'orientation comportant cinq membres de droit : le directeur général de la Santé, le directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, le directeur de la Sécurité sociale, le directeur de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et dix personnalités qualifiées nommées par arrêté du 1er juillet 2003.
Des comités régionaux présidés par le représentant de l'État dans la région ou dans la collectivité territoriale de Corse ou son représentant. Chaque comité régional comprend au plus dix personnalités qualifiées dont : le président de l'union régionale des caisses d'assurance maladie ; le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ; le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ; le président de l'union régionale des médecins libéraux ; le président de l'observatoire régional de santé ; au plus, quatre représentants des professionnels de santé.

Mission
L'ONDPS est chargé de rassembler et de diffuser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé, ainsi que d'assurer une coordination et un appui aux études régionales réalisées en ce domaine.
- Il fournit un appui méthodologique à la réalisation d'études régionales et locales sur la démographie des professionnels de santé ;
- Il synthétise et diffuse les travaux d'observation, d'études et de prospectives réalisés, notamment au niveau régional ;
- Il promeut les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels et l'évolution de leurs métiers ;
- Il définit chaque année un programme qui détermine les thèmes et la composition des groupes de travail qu'il décide de constituer. Il réalise et pilote des travaux et il confie des missions à des organismes extérieurs. Il utilise les informations statistiques des administrations et des institutions ordinales.

Il élabore un rapport annuel qui rend compte au ministre des travaux effectués, analyse la situation des effectifs et précise les perspectives d'évolution des différentes professions de santé.

Objectifs
- Analyser les données démographiques sur les professionnels de santé en tenant compte de l'évolution des ressources soignantes et en intégrant la question des besoins de soins.
- Confronter les différents recensements administratifs des effectifs des professionnels de santé. L'ONDPS établit un état des lieux démographique de l'ensemble des professions de santé, à partir des données administratives et ordinales disponibles. Un travail important de rapprochement entre les différents fichiers est effectué.
- Diffuser ces données auprès des professionnels, dans l'optique d'approfondir l'état des lieux à partir des données démographiques dont disposent les professionnels.
- Engager un échange avec les professionnels, afin d'enrichir le diagnostic, en prenant en compte l'activité exercée, ainsi que les évolutions qui caractérisent chaque métier.
- Intégrer les données sur les médecins en formation, afin d'organiser une veille démographique. Les comités régionaux de l'ONDPS, en relation avec les facultés de médecine et le conseil national de l'Ordre des médecins, recensent chaque année, par région et par spécialité, le nombre de médecins nouvellement diplômés ainsi que le nombre de médecins qui entrent en exercice.
- Fournir un appui méthodologique pour assurer le développement d'une observation régionale de la démographie des professions de santé. Les responsabilités des régions, notamment en matière d'affectation des lieux de stage des internes en médecine, ou dans le domaine de la formation des professions paramédicales, impliquent une évolution des systèmes d'information permettant d'éclairer les prises de décision.
- Alimenter la réflexion sur l'évolution des métiers de la santé. Cinq expérimentations de délégations de tâches sont en cours (arrêté du 13 décembre 2004). Neuf expérimentations sont en attente d'autorisation par un deuxième arrêté. Le suivi de ces expérimentations se fait sous l'égide de l'ONDPS.

Publications
Le premier rapport annuel a été publié en novembre 2004, par la Documentation française. Il comporte une synthèse générale et quatre tomes thématiques : Les effectifs et l'activité des professionnels de santé ; Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025 ; Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale ; Démographie régionale de cinq professions de premier recours. La synthèse du rapport est accessible sur le site Internet : www.sante.gouv.fr/ondps/.
Le deuxième rapport sera publié en avril 2006.

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ONDPS

Coordonnées
8 *bis* rue de Châteaudun
75009 Paris
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphones :
01 44 53 32 82 et 01 40 56 82 32

dossier

Urgences & demandes de soins en urgence

Quelle prise en charge ?

Le couloir encombré d'un service d'urgences, image cent fois reprise par les médias, illustration d'un problème d'organisation des soins. Et si on allait voir un peu plus loin…

Car la prise en charge des urgences, c'est également le coup de fil au médecin de garde qui rassure et donne les conseils adéquats, c'est encore l'intervention d'un témoin, peut-être vous ou moi, pour alerter et assurer les premiers secours, celle d'un médecin régulateur du Centre 15 qui va juger grâce aux informations que nous pourrons lui donner ce qu'il convient de faire, c'est finalement tous les acteurs de la chaîne des urgences qui vont coopérer pour sauver une vie.

À y regarder de plus près, la multiplicité de nature et de forme des demandes et besoins de soins en urgence explique la complexité d'organisation de l'ensemble. Les questions sont multiples et loin d'être simples.

Comment assurer une prise en charge optimale des urgences vitales sur tout le territoire, de A à Z : intervention sur place, transport adéquat vers le bon service, traitement, prise en charge des suites ? Quelle réponse apporter à des demandes de soins croissantes, survenant à toute heure du jour et de la nuit, sans faire exploser le système ? Comment faire coopérer les nombreux acteurs du domaine, inscrits chacun dans des logiques différentes ?

Devant toutes ces questions, la politique de santé publique engagée, dont notamment le Plan urgences 2003, a choisi de travailler sur les trois temps de la prise en charge (l'amont de l'hôpital, l'hôpital et l'aval de l'hôpital), de veiller à l'articulation des acteurs et de prendre en compte toutes les urgences, qu'elles soient simplement ressenties ou réellement vitales. Elle a permis de nombreuses avancées, sans tout résoudre encore.

Ce dossier propose, après un regard sur l'histoire de la médecine d'urgences, de faire un point de la situation aujourd'hui, de mieux comprendre le rôle de chacun des acteurs et leurs interconnexions, et d'envisager les progrès encore nécessaires. Il pourra être aussi l'occasion de s'interroger sur la place de l'usager, dont les demandes vont croissant. Ne pourrait-on pas l'impliquer davantage dans l'alerte et les premiers secours, et diffuser auprès de lui des pratiques de bon usage du système de soins en urgence ?

Un grand merci aux auteurs qui se sont prêtés au jeu de l'écriture et qui ont permis ainsi d'éclairer ce dossier. Bonne lecture.

dossier coordonné par
Pascale Gayrard
Médecin de santé publique, consultante

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 XVIIIe 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 XVIIIe 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.

XIXe 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 XIXe 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.

XXe 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.

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 réanimation 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 1er 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. Mme 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 XIXe 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 1er 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 métropolitaine[1], 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 5 000 passages en moyenne par an). Au contraire, dans le public, il s'agit en général de Posu pédiatriques, assimilables aux SAU, réalisant en moyenne 26 000 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'examens 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 3 000 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

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 incontournable (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 récidive 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 examen[1], 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 récidive 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.

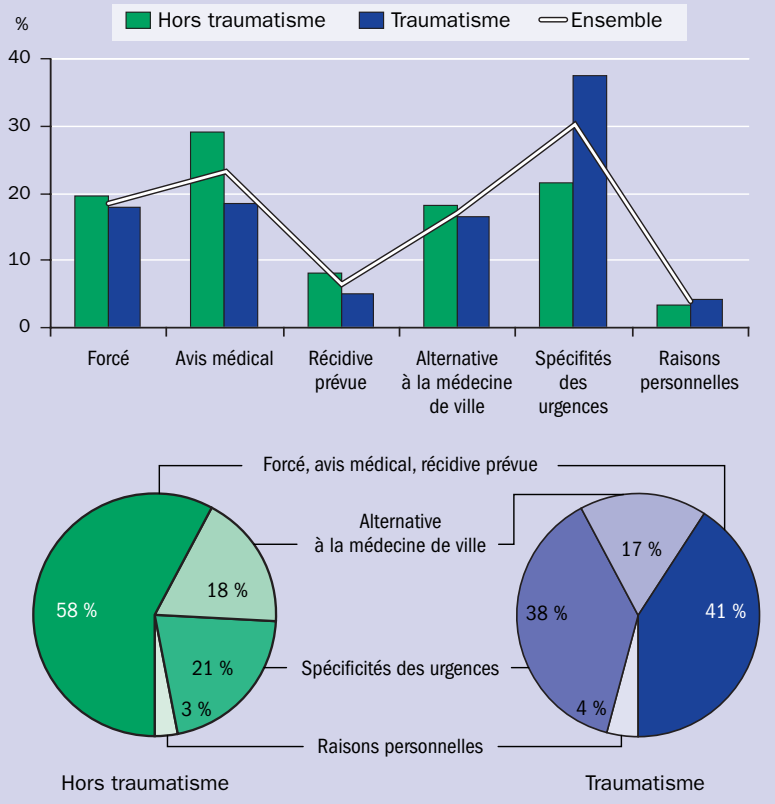
On arrive ainsi à presque 50 % de patients dont on ne peut pas dire qu'ils ont réellement choisi de se rendre aux urgences. Cette situation est nettement plus fréquente chez les usagers victimes d'un problème non traumatique que chez ceux ayant subi un traumatisme, respectivement 59 et 41 % (figure 1).

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.

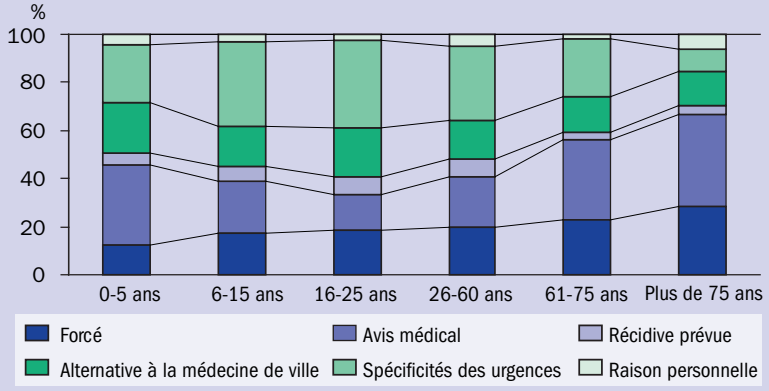
En revanche, 31 % des usagers ont résolument préféré avoir recours aux urgences hospitalières du fait de leurs compétences spécifiques, compétences qu'ils ne pensaient pas trouver dans un autre environnement : possibilité d'une hospitalisation, d'une intervention spécialisée et accès au plateau technique. 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'examens. 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

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 demande 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

Hervé Roy
Praticien hospitalier,
Samu 21, CHU Dijon

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

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, 15 h 33

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.

15 h 40

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

15 h 43

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.

15 h 49

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.

16 h 08

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 16 h 10 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.

16 h 32

Le patient est sur la table d'angioplastie.

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.

Gaël de Beaudrap
Infirmier,
Smur de Marseille

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 3 500 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…

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

Présenté 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

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

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 Pr 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

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

Solenne Barat
DHOS

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).

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.

En amont de l'hôpital

La régulation médicale est essentielle dans la prise en charge des urgences vitales comme des demandes de soins en urgence relevant de la médecine libérale. Elle permet une prise en charge optimale, l'envoi du bon effecteur si nécessaire et, le cas échéant, l'organisation de l'arrivée en milieu hospitalier. L'alerte et les premiers secours sont un maillon de la chaîne de l'urgence à renforcer.

Alerte et premiers secours

Pierre Carli
Chef de service
Samu,
service anesthésie
réanimation,
hôpital Necker

L'alerte et les premiers secours constituent les premières actions qui conduisent à une prise en charge efficace des urgences. En effet, une défaillance de l'alerte ou un retard aux premiers gestes, dans le contexte d'une urgence vitale, assombrissent rapidement le pronostic et, pour des urgences moins graves, compliquent la prise en charge et conduisent parfois à des parcours de soins inadaptés.

Pour illustrer l'importance de ces premières actions nous prendrons deux exemples particulièrement fréquents et faisant l'objet d'une littérature médicale abondante.

Le premier est constitué par l'arrêt cardiaque [8], prototype de l'urgence vitale imposant une réaction immédiate concrétisée par la stratégie de la « chaîne de survie ». Elle décrit l'interrelation des quatre actions nécessaires à la prise en charge d'un patient dont le cœur et la respiration se sont arrêtés. Les actions à entreprendre sont l'alerte rapide, la réanimation cardio-pulmonaire par les témoins, la défibrillation la plus précoce possible, la réanimation par une équipe médicale spécialisée (type Samu-Smur). Le concept de la « chaîne » indique que c'est le maillon le plus faible qui régit la performance de l'ensemble des autres actions. Le deuxième exemple concerne l'appel pour douleur thoracique, urgence très fréquente, qui peut être due à une cause banale ou à un redoutable syndrome coronarien aigu nécessitant une prise en charge spécialisée. Dans le cas d'un infarctus du myocarde, le pronostic dépend directement de la rapidité avec laquelle le traitement de reperfusion coronaire est institué.

L'alerte

Malgré les efforts très importants faits dans le domaine des urgences en France, l'alerte est probablement celui où il reste le plus de progrès à accomplir. Il est assez facile de constater que le public ne sait pas toujours appeler les secours et ainsi bénéficier des moyens que le service public met à sa disposition en cas d'urgence.

Le 15 et le 112

Les numéros d'urgence en France comprennent le 17 pour la police, le 18 pour les pompiers, le 15 pour le Samu et les urgences médicales. Ils sont obligatoirement interconnectés. Pour des raisons diverses, tous ces numéros ne jouissent pas de la même publicité et de la

même connaissance par le public. L'introduction récente du 112 n'a pas clarifié cette situation. Le 112, dans le contexte réglementaire français actuel, ne se substitue pas aux numéros précédents mais au contraire leur est complémentaire, notamment pour les Européens présents sur le territoire. Dans l'esprit de beaucoup de dirigeants, pour faciliter l'alerte, le 112 utilisé comme numéro unique serait la meilleure solution. Il doterait notre pays d'un dispositif comparable au « 911 » américain ou au « 999 » anglais. Ces numéros uniques répondent à tous les appels, quelle que soit la nature de l'urgence qui les motive.

Il est clair qu'un tel dispositif peut paraître simple et permettre un accès facile à toute forme de secours et d'assistance. Cependant une telle facilité d'accès a une contrepartie négative : les appels concernant les urgences médicales n'étant pas les plus fréquents, ils risquent de se diluer dans le flux des autres appels d'urgence. L'existence d'un numéro unique, aboutissant dans un standard téléphonique commun aux services de police, de secours et de soins, conduit à une réponse assez peu spécifique à l'appel et décidée par des personnels non spécialisés. Dans le domaine de l'urgence médicale, cette perte de la spécificité peut conduire facilement à une réponse excédentaire ou inadaptée. Ainsi, l'envoi de secouristes ou de la police en cas de douleur thoracique n'est pas la réponse adaptée si une équipe médicale est disponible et peut être envoyée de première intention sur place.

La spécificité du numéro 15 pour les urgences médicales garde donc de nombreux avantages ; elle permet une assistance médicale sélective, après l'analyse de l'appel par un médecin régulateur et une adaptation de l'offre et de la demande de soins pré-hospitalières. L'appel pour douleur thoracique, reçu et régulé par le 15, peut conduire, après une analyse téléphonique, à l'envoi d'une équipe Smur et à l'hospitalisation directe en unité de soins intensifs de cardiologie (USIC) ou, au contraire, à la simple visite d'un médecin généraliste qui laissera le patient à domicile devant une douleur manifestement sans rapport avec un syndrome coronarien aigu. Le 15 permet donc une réponse beaucoup plus adaptée à l'appel pour douleur thoracique que le transport systématique au service d'accueil des urgences de l'hôpital de tous les patients présentant un tel symptôme, qui serait la solution proposée par un système d'alerte de type numéro unique « 911 ».

Le « 112 + »

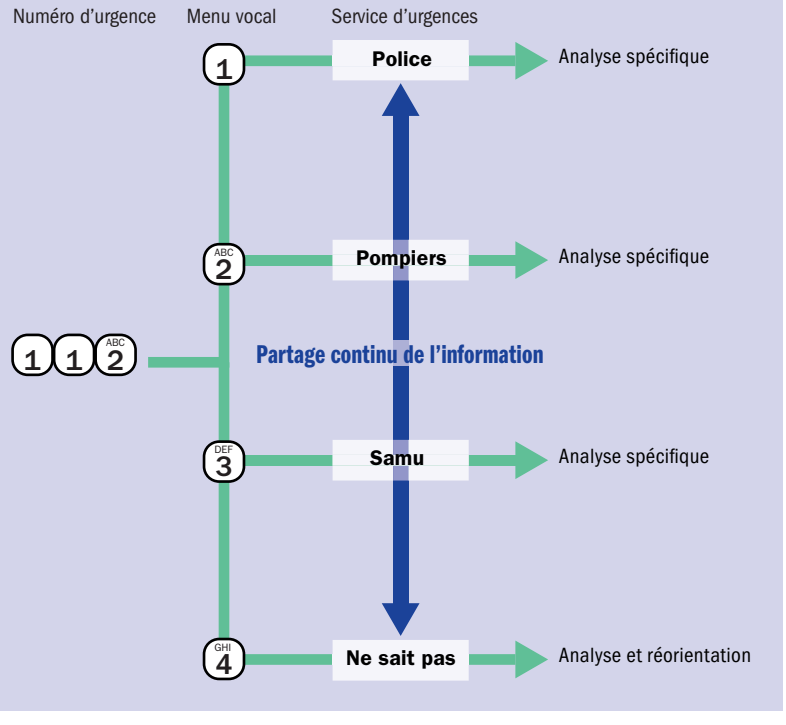
Est-il possible de concilier la facilité d'accès et la spécificité de traitement des appels ? Des moyens modernes de communication, l'interconnexion entre les centres d'appels, et des dossiers partagés informatiques offrent cette possibilité. On peut ainsi envisager le schéma du 112+ (figure 1). Un tel système est basé sur un serveur vocal particulièrement simple qui propose à l'appelant du numéro unique une orientation à partir des touches du téléphone pour la prise en charge par un service spécialisé. Ainsi après avoir composé le 112, il suffit de taper un chiffre supplémentaire pour être en contact direct avec le service adapté. L'interconnexion entre les différents acteurs permet de rattraper toute mauvaise orientation. Le système peut aussi comprendre une affectation automatique s'il n'y a pas de sélection ou si l'appelant ne sait pas à quel service s'adresser, et intègre aussi un service en langues étrangères. Ce système a aussi l'avantage de laisser les centres d'appels sur les sites de leurs corps de métier, c'est-à-dire l'hôpital pour le 15. Cette organisation est beaucoup plus simple et plus pérenne que la création de standards communs recevant des flux d'appels quantitativement très importants et qualitativement très différents, tout en rassemblant dans un même lieu des services publics dont les cultures et les objectifs ne sont pas les mêmes.

Les facteurs d'amélioration de l'alerte

Le problème de l'alerte par le public ne se résume pas à l'existence ou non d'un numéro unique. Davantage que faire un numéro à deux ou à trois chiffres et d'autant que les interconnexions sont efficaces, c'est « quand appeler ? » et « que dire au téléphone ? » qui sont les principaux facteurs limitant l'appel d'urgence par le public. Il s'agit donc d'un défaut d'information, voire de formation du public. Ce déficit est particulièrement net pour le 15, où la pertinence de l'alerte et le contenu de l'interrogatoire jouent un rôle majeur dans la régulation

figure 1

Le 112+, numéro commun géré automatiquement pour redistribuer les appels vers des réponses spécifiques



médicale. Il faut noter qu'en France il n'y a jamais eu de grande campagne nationale pour promouvoir le 15 et expliquer son rôle et son mode d'emploi. Des initiatives régionales, ou thématiques portant sur une pathologie, ont eu des résultats très positifs et elles méritent d'être amplifiées. Ainsi, des campagnes d'information ont été réalisées pour la douleur thoracique ou l'arrêt cardiaque, expliquant au public les signes devant motiver un appel d'urgence. Malheureusement, la concurrence entre les services, notamment entre le 15 et le 18, n'a pas facilité l'éducation du public et elle reste un frein à sa compréhension du système. L'information des enfants dans les écoles est en cours, mais elle mettra plusieurs années avant de donner des résultats concrets. Informer et former le public reste donc un objectif essentiel pour faciliter une alerte rapide et efficace. Simultanément, il faut veiller à ce que les exemples à la portée du public véhiculent des messages adaptés. Il est ainsi navrant de constater que, dans les programmes de télévision de grande audience, jouissant d'une traduction approximative à partir d'un scénario original anglo-saxon, les acteurs clament en cas d'urgence qu'il faut « appeler une ambulance » alors qu'une traduction adaptée serait de « faire le 15 » ou d'« appeler le Samu » lorsqu'il s'agit de prendre en charge des malades ou des blessés graves.

Les premiers secours

L'intervention de secouristes

L'intervention de secouristes est la forme la plus commune de premier secours. Dans ce domaine, la France dispose d'un maillage du territoire principalement par les sapeurs-pompiers (professionnels ou volontaires), qui est globalement très efficace. L'intervention d'une équipe de secouristes permet de réaliser les premiers gestes, d'évaluer la situation et de se faire assister, lorsque cela est nécessaire, par une équipe médicalisée. Particulièrement appréciée par le public, l'intervention des premiers secours a l'avantage de la facilité et de la rapidité d'action. Malgré ce constat positif, elle appelle plusieurs commentaires. Ainsi, elle est souvent victime de son propre succès conduisant à l'envoi de secours alors qu'ils ne sont pas nécessaires. Cet abus peut entraîner des transports et des admissions hospitalières injustifiés, qui ont un coût propre et qui participent à l'encombrement des services d'accueil des urgences.

Le rôle du public

L'intervention de secouristes ne résout pas tous les problèmes notamment parce que, dans certaines circonstances, quelle que soit la célérité d'intervention, une réaction du public, témoin de l'événement, est indispensable. C'est précisément le cas pour l'arrêt cardiaque : la réalisation de la réanimation cardio-pulmonaire (massage cardiaque externe, ventilation par le bouche-à-bouche) par le public est nécessaire avant l'arrivée des secours organisés. Le retard pour effectuer ces gestes à un effet particulièrement négatif sur le pronostic, comme l'explique le concept de la « chaîne de survie » cité plus haut. Le retard ou l'absence de premiers gestes par les témoins grèvent considérablement les chances de survie, même si les autres maillons sont intrinsèquement très performants.

Il faut noter que paradoxalement l'efficacité des secouristes professionnels français joue un rôle pervers : elle ne favorise pas l'investissement du public dans la réalisation de gestes, justement parce que celui-ci est particulièrement confiant dans l'efficacité du système de secours. En France, par comparaison à de nombreux pays anglo-saxons, le public n'est que peu ou pas formé à réaliser les gestes de premiers secours, et la volonté d'apprendre ou de réaliser de tels gestes est moindre. Cette formation n'est pas couramment intégrée dans les études ou les formations professionnelles, comme c'est le cas dans de nombreux pays. Ce retard est d'autant plus patent qu'en plus des gestes de base, il est possible de faire réaliser par le public des actions plus spécialisées.

Ainsi, toujours dans le domaine de l'arrêt cardiaque, la défibrillation par le public doit être envisagée. Le défibrillateur automatique (ou semi-automatique) est piloté par un ordinateur qui rend son utilisation très simple et très sûre. Ce matériel est couramment utilisé par les secouristes pour réanimer les arrêts cardiaques en fibrillation ventriculaire (trouble du rythme rapidement mortel) et cette défibrillation constitue le troisième maillon de la « chaîne de survie ». Le public, après une formation minimale, peut réaliser très efficacement ce geste. De nombreuses expériences dans les pays anglo-saxons et chez nos voisins européens ont montré que la défibrillation par le public permet, en plus de la réalisation des gestes de premiers secours, de sauver la vie de nombreuses victimes d'arrêt cardiaque. Ces résultats ont conduit à la mise en place de défibrillateurs à la disposition du public dans des lieux très fréquentés tels que les aéroports ou les gares. En France, seules quelques expériences pilotes sont en cours. Il s'agit donc là, dans un futur proche, d'un domaine très important d'amélioration.

Conclusion

Malgré le développement de notre système de secours et de soins, orienté vers la prise en charge des urgences les plus graves, l'alerte et les premiers secours restent un maillon relativement faible notamment parce que le public n'est pas assez formé ni assez impliqué dans leur réalisation. Il est nécessaire dans le futur qu'une politique claire de l'alerte soit définie et que le public soit non seulement informé, mais aussi formé à se servir du système à sa disposition. De la même façon, en cas d'urgence vitale, le public doit avoir reçu une formation soit à l'école, soit dans la vie professionnelle, pour lui permettre d'agir efficacement en attendant que les secours organisés interviennent.

La régulation médicale

Marc Giroud
Président de Samu de France, centre hospitalier de Cergy-Pontoise

La régulation médicale est la prise en charge, par un médecin exerçant dans une organisation dédiée, d'un patient se trouvant à distance. Ce patient sollicite directement une aide, ou la requiert par l'intermédiaire d'un tiers. Le patient (ou l'appelant) exprime plus ou moins adroitement des symptômes, des besoins et des attentes. Le patient, naturellement inquiet, se confie au médecin dans un « colloque singulier », attendant de lui une plus-value en termes de rapidité, d'efficacité, de sécurité et d'humanité. Il ne sait pas évaluer lui-même la gravité de la situation, mais il entend néanmoins être considéré comme responsable et autonome. Le dialogue téléphonique entre le patient et le médecin est un interrogatoire médical conduit avec méthode.

Un acte médical au téléphone

Le médecin conclut cet échange, dans le respect du libre choix du patient, par une décision (conseil médical, envoi du médecin de garde, d'une ambulance ou du Smur). La régulation médicale est, ainsi, l'une des multiples facettes de l'art de soigner, sa particularité étant d'être « téléphonique ». Cette pratique professionnelle suppose un environnement technique adapté, un sens du travail en réseau, une bonne connaissance des partenaires, un réel savoir-faire, à la fois médical et relationnel, et une éthique rigoureuse.

Une finalité d'abord médicale et humaine et secondairement communautaire

Certains ont surtout voulu voir dans la régulation médicale des appels une façon de préserver les ressources rares de toute éventuelle sur-utilisation (inutilement coûteuse pour la collectivité et éventuellement pénalisante pour d'autres patients plus graves). Mais le caractère prioritairement « communautaire » de cette logique s'accorde mal avec la nature médicale — et donc essentiellement individuelle — de l'acte de régulation. En outre, une attitude trop restrictive dans l'emploi des moyens lourds explique une bonne partie des échecs dramatiques de la régulation médicale. Pour ces raisons, la régulation médicale doit être considérée comme une action dédiée à la personne qui se trouve à l'instant donné au téléphone « en face du médecin », avant d'être un outil au service de la collectivité pour optimiser l'emploi des ressources.

Les fondements : justification, textes, éthique, critères

La justification rationnelle tient en 7 points :

- Le patient ne sait pas ce qu'il convient de faire ;
- Il attend qu'une réponse lui soit donnée rapidement ;
- Les ressources ne sont pas illimitées et il y a un avantage collectif à les utiliser d'une façon adaptée ;
- L'accès à ces ressources nécessite une bonne connaissance de leur organisation ;
- Leur disponibilité évolue en permanence ;
- Seule une structure dédiée peut gérer ces informations ;
- Un médecin dûment préparé à cela est le mieux à même d'assurer le dialogue avec le patient, de maîtriser les règles d'emploi des ressources et de déterminer, au cas par cas, la solution la mieux adaptée.

La loi sur l'aide médicale urgente crée, dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente et, dans certains hôpitaux, un Samu doté d'un « *centre de réception et de régulation des appels* »[1]. La mission de ce centre étant, notamment, de « *déterminer et déclencher, dans le délai le plus court, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels* »[2].

Le Code pénal prescrit l'obligation de secours.

Le Code de déontologie médicale édicte l'*indépendance* du prescripteur (art. 5, 8, 95), sa *neutralité* (art. 23, 57), l'*information* du patient et le respect de son *libre choix* (art. 6, 35, 36), la *confidentialité* (art. 4, 72), le fonctionnement en *réseau* (art. 32, 33, 40, 60, 64), la *responsabilité* de chaque médecin (art. 69) ; il souligne (art. 8) que le médecin « *doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins* ».

L'éthique du médecin régulateur, pour l'essentiel, découle de ces textes. Des développements particuliers seraient toutefois nécessaires sur la fin de vie, la tentative de suicide, le refus de soins, les soins sous contrainte…

1. La loi du 6 janvier 1986 sur l'aide médicale urgente et les transports sanitaires institue « Les services d'aide médicale urgente », qui « *comportent un centre de réception et de régulation des appels. Leur fonctionnement peut être assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours des praticiens non hospitaliers qui en font la demande. Des conventions sont passées à cet effet dans des conditions fixées par décret* ».

2. Le décret du 16 décembre 1987 définit les missions du Samu :
– 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, compte tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil.
– Organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires.
– Veiller à l'admission du patient.
D'autres textes précisent le rôle de la régulation médicale dans la permanence des soins, les urgences, l'action des pompiers et des ambulanciers.

Le médecin régulateur fonde sa décision sur :

- l'état et la situation du patient (état actuel et évolution possible, appréciés avec prudence) ;
- le contexte (lieu protégé ou exposé, pression sociale) ;
- la disponibilité actuelle des ressources ;
- le libre choix du patient ;
- le respect des règles officielles, des règles de bonne pratique professionnelle et des protocoles[3].

La gestion du temps

Contrairement à l'impression qu'elle peut parfois donner, la régulation médicale ne prend que très peu de temps (moins de cinq minutes). Et elle est d'autant plus rapide que la situation est plus critique. Les quelques minutes investies dans la régulation médicale peuvent faire gagner des quarts d'heure, voire des heures, par une orientation d'emblée appropriée et l'admission directe en service spécialisé.

Une responsabilité de l'ensemble des acteurs de terrain

Des effecteurs opérationnels sont absolument indispensables (généralistes de permanence, dentistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers libéraux, ambulanciers, pompiers…). C'est au préfet, aidé du comité de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins, qu'il revient de traduire les règles nationales en une organisation de terrain efficace, avec une règle du jeu lisible. Des solutions appropriées sont, notamment, nécessaires en milieu rural (par exemple : médecins libéraux correspondants du Samu).

Une mission de l'hôpital public

Le Samu–Centre 15[4] est implanté au sein même d'un établissement public de santé. La salle de régulation permet d'accueillir les permanenciers auxiliaires de régulation médicale et les médecins régulateurs, urgentistes, généralistes ou spécialistes. Une salle adjacente est exclusivement dédiée à la gestion des crises. Les permanenciers et les médecins ont accès à des systèmes téléphoniques, radio et informatiques, et à des bases de données. Ils disposent de protocoles. Ils tiennent un dossier pour chaque « affaire »[5]. Ces dossiers alimentent les bases de données destinées à la mesure d'activité, à l'évaluation et à la veille sanitaire.

L'installation par la loi du centre de régulation en son sein a conféré une nouvelle responsabilité à l'hôpital. Ce qui n'a pas manqué de conduire des praticiens libéraux à s'interroger sur la *neutralité* du Samu–Centre 15 : ce dispositif ne favoriserait-il pas l'hôpital au détriment des structures privées ? Ne pourrait-on pas l'implanter ailleurs ?

La réponse à ces questions tient en trois points :

- la neutralité du médecin régulateur lui est imposée par le Code de déontologie ;
- les médecins régulateurs urgentistes entendent ne pas quitter l'hôpital, source de leur culture médicale ;
- les médecins généralistes libéraux participant à la régulation médicale au sein des Samu–Centre 15 contribuent à garantir l'équilibre entre ville et hôpital, et entre secteur privé et secteur public.

Une indispensable démarche qualité

Une démarche qualité s'impose au Samu–Centre 15 qui gère un grand nombre de prises en charge très diverses. Un travail de recherche, qui n'est qu'ébauché, devra proposer des indicateurs pertinents. Pour apprécier l'activité du Samu–Centre 15, il est généralement fait référence au nombre d'affaires traitées. Il serait utile, pour être plus pertinent, de définir des « groupes homogènes de situation de régulation ». Pour apprécier l'efficacité de la régulation médicale, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) mettent en avant les interventions Smur jugées *a posteriori* inutiles. Cet indicateur est valable, mais il doit être associé à d'autres, tels que le nombre de patients graves arrivant aux urgences sans avoir été pris en charge par le Smur[6], ou le rapport entre les sorties Smur déclenchées en première intention (dès le premier appel) et en deuxième intention[7].

Une réalité quotidienne

Chaque année, plus d'un Français sur dix a recours à la régulation médicale. En réponse, les Samu–Centre 15 mettent en œuvre une panoplie de moyens :

- envoi du Smur (moins de 10 % des cas),
- envoi du médecin généraliste de permanence (30 %),
- envoi d'une ambulance ou des pompiers (30 %),
- conseil (30 %).

Cela témoigne d'une redistribution remarquable des interventions aux effecteurs non hospitaliers.

… avec quelques échecs, rares mais très douloureux

Dans la mesure où il revient au médecin régulateur de déterminer la réponse la mieux adaptée, des erreurs sont inévitables, avec des conséquences parfois dramatiques. Dès lors, le médecin régulateur est exposé à des poursuites judiciaires. Et la crainte d'une mise en cause commence à éloigner de cette pratique des médecins pourtant qualifiés.

3. Samu de France édite un *Guide d'aide à la régulation au Samu–Centre 15*.

4. Doté du numéro téléphonique 15, le centre de régulation du Samu est naturellement devenu le « Samu–Centre 15 ».

5. Une affaire correspond à toute sollicitation du Samu–Centre 15 ayant donné lieu à une prise en charge, quelle que soit la réponse et quel que soit le nombre de personnes concernées par l'affaire (par exemple : 1 accident avec 3 victimes = 1 affaire).

6. On estime, par exemple, qu'un infarctus sur deux arrive aux urgences sans avoir bénéficié de l'intervention du Smur.

7. Pour le patient, la différence d'une trentaine de minutes entre une décision de première intention et une décision de deuxième intention n'est pas indifférente ; pour l'ARH, les sorties de première intention sont naturellement associées à un taux plus élevé de sorties jugées *a posteriori* inutiles.

Une demande croissante du public, sans augmentation des interventions des Smur

Le nombre d'appels au 15 croit régulièrement, du fait d'une meilleure connaissance du Samu par le public. La longue grève des généralistes de l'hiver 2001-2002 y a, du reste, grandement contribué.

L'action de la régulation médicale permet, face à cette demande croissante, de contenir le recours au Smur, dont le nombre d'interventions reste stable. Les Smur sont, du reste, les seules structures d'urgences dont l'activité est entièrement régulée médicalement et demeure stable.

Une efficacité directe démontrée : l'exemple des infarctus

Les résultats obtenus dans la prise en charge des infarctus du myocarde le démontrent : le système français offre l'accès le plus efficace et le plus rapide à la désobstruction coronarienne[8]. La régulation médicale contribue à ce succès sur deux plans : l'envoi du moyen approprié, en l'espèce le Smur dans tous les cas pouvant faire évoquer un syndrome coronarien aigu ; et l'accès direct à la table de coronarographie en court-circuitant tous les intermédiaires (le coronarographiste d'astreinte à domicile étant mobilisé avant même l'arrivée du patient à l'hôpital). L'évaluation des différents délais par les Samu a d'ailleurs fortement impulsé la réorganisation de la cardiologie interventionnelle.

Des effets indirects particulièrement bienvenus

Au-delà de son efficacité directe, la régulation médicale est :

- un facteur d'égalité et de cohésion sociale : la personne la moins favorisée et la moins informée accède si nécessaire aux ressources les plus performantes ;
- un espace de convergence entre les professionnels (pompiers, ambulanciers, généralistes, hospitaliers…) ;
- une pièce importante du dispositif de santé publique, contribuant à l'organisation territoriale (Sros), participant à la maîtrise des visites à domicile, etc. ;
- un poste d'observation (système de veille et d'alerte) ;
- un atout en situation de crise (épidémies, catastrophes).

Dans les pays émergents, la régulation médicale, dont le coût est faible, peut s'avérer très utile pour orienter d'emblée les patients les plus graves vers les structures appropriées et engager les acteurs à travailler en réseau[9].

Il reste, toutefois, d'importantes questions à régler

- *Qui décide de quoi ?* Le pilotage de l'urgence présente d'évidentes incohérences. Le ministère de la Santé promeut une prise en charge adaptée au cas par cas et la participation des libéraux au Samu – Centre 15. De son côté, l'assurance maladie, véritable interlocuteur des libéraux, finance à Toulouse une régulation libérale n'ayant aucun lien avec le Samu – Centre 15. Le ministère de l'Intérieur s'accroche à l'autonomie des pompiers[10] et à la gratuité[11] de leurs interventions, ce qui a pour effet de multiplier les transports vers l'hôpital, quand la politique de santé publique vise, tout au contraire, à réserver l'hôpital aux patients qui en ont vraiment besoin. L'Union européenne a créé le numéro 112 sans aucune réflexion sur la façon dont il serait possible de le gérer[12].
- *Regrouper Samu et pompiers sur une plate-forme 15-18 ?* Cette solution, souvent présentée comme une panacée, ne se conçoit que lorsque les pompiers acceptent de venir à l'hôpital. Le resserrement des liens avec les pompiers ne saurait, en effet, avoir pour prix le relâchement des liens Samu-hôpital dont on sait l'importance culturelle. D'autant qu'une excellente solution existe : la « plate-forme virtuelle 15-18 » par interconnexion entre les Centre 15 et Centre 18, avec des procédures concertées et un échange de données téléphonique et informatique[13].
- *Créer des centres d'appels séparés pour l'aide médicale urgente et pour la permanence des soins ?* Cette formule, qui pourrait séduire *a priori*, ne résiste pas à la réflexion. Tout porte, en effet, à penser qu'il est plus efficace et plus sûr de traiter conjointement les cas graves et les plus légers ; on ne saurait, d'ailleurs, demander à l'appelant de faire la distinction entre les cas relevant de l'aide médicale urgente et ceux relevant de la permanence des soins. La difficulté (et l'intérêt) de la régulation médicale

8. En Île-de-France, le délai entre le début de la douleur à la poitrine et l'appel au 15 est d'environ 1 heure et ne cesse de baisser ; le délai entre l'appel au 15 et l'arrivée du Smur au domicile du patient est d'environ 20 minutes ; pratiquement tous les infarctus ont une désobstruction, par thrombolyse ou par angioplastie ; dans ce dernier cas, le patient est transporté directement sur la table de coronarographie et la ponction initiale est pratiqué par le cardiologue interventionnel environ 80 minutes après l'arrivé du Smur à domicile, soit 100 minutes après l'appel au 15. Ces délais sont suivis dans un registre tenu par les Samu et piloté par l'ARH.

9. Un programme de cette nature est engagé au Maroc.

10. La lettre du 6 avril 2005 du ministre de l'Intérieur aux préfets leur rappelle le rôle des services d'incendie et de secours et souligne « *l'autonomie des moyens qu'ils peuvent mobiliser au profit des urgences sanitaires* ».

11. Les interventions des pompiers sont gratuites ; mais la loi 2002-276 du 27 février 2002 (art. 124) modifiant l'article L. 1424-42 du CGCT prescrit que le Samu doit payer au Sdis les interventions engagées du fait de la carence des ambulanciers. Ces dispositions, d'application difficile, détériorent le climat entre pompiers et Samu.

12. Une solution pour le 112 pourrait être de développer le 112+ : il serait demandé à l'appelant, par message vocal, de composer un chiffre (1, 2 ou 3) qui l'orienterait sur police, incendie et secours, ou urgences santé.

13. Les pompiers recevant un appel direct sur le 18 peuvent engager d'emblée leurs moyens dans le cadre de la procédure dite de « prompt secours » ; ils informent aussitôt le Samu – Centre 15 de l'appel reçu ; le Samu – Centre 15 déclenche, s'il le juge nécessaire, l'intervention du Smur ; les pompiers, arrivés généralement les premiers, passent rapidement un bilan au Samu, qui peut alors soit confirmer l'intervention du Smur, soit l'annuler.

étant, précisément, de redresser les éventuelles erreurs d'appréciation des patients et c'est son principe même que de recevoir des appels non filtrés. Il n'en demeure pas moins que le décret du 7 avril sur la permanence des soins prévoit l'existence de « centres d'appels des associations de permanence des soins » si ceux-ci sont « interconnectés avec le Samu ». Il faut donc suivre cette nouvelle piste et en évaluer les effets.

● *Une permanence des soins fermée après minuit ?* Une telle hypothèse, souhaitée par certains généralistes, est redoutée par les médecins régulateurs qui ne comprennent pas comment ils pourraient gérer, après minuit, une jeune maman seule avec ses trois enfants dont un qui l'inquiète, une personne en fin de vie dont il faut peut-être réajuster le traitement, etc.

● *Un monde rural sans médecins ?* Les médecins correspondants Samu sont, dans des départements pilotes[14], apparus comme une remarquable « première ligne », leur rôle étant (après une formation et un équipement assurés par le Samu) de garantir une réponse de proximité dans les trente minutes précédant l'arrivée du Smur déclenché simultanément. Ces innovations vont-elles être généralisées, ou bien disparaître avec la désertification médicale des campagnes ?

14. Meuse, Orne, Haute-Corse.

... et une construction à parachever

Renforcer les permanenciers (statut, formation effectifs)

Le niveau actuel des permanenciers (catégorie C) est manifestement insuffisant et doit donc être repositionné au niveau B[15]. Les effectifs de permanenciers doivent être adaptés, non seulement pour contenir les délais d'accès au 15[16], mais également pour améliorer la sécurité et la qualité des prises en charge, notamment par un suivi systématique des affaires qui n'est pas assuré actuellement, mais qui, à la lumière des échecs constatés, doit impérativement être instauré[17]. D'autres

15. Le Plan urgences prévoit de « *valoriser le métier de permanencier* » et son ouverture aux « *professionnels paramédicaux et administratifs de catégorie B* ».

16. Samu de France donne comme indicateur : 99 % des appels décrochés dans la minute, le traitement de l'appel étant engagé aussitôt, au moins, par l'écoute de la demande.

17. Le suivi systématique devrait être un progrès majeur en termes de sécurité (rattrapage de certains « loupés ») et de qualité (retour d'information après la décision du médecin régulateur).

Un quart d'heure, un dimanche, en salle de régulation médicale du Samu – Centre 15

15 h 00

P1 passe à MU1 un appel pour une jeune fille de 19 ans qui aurait fait plusieurs crises convulsives. L'entourage avait d'abord appelé les pompiers, qui ont aussitôt envoyé un VSAV (véhicule de secours à victime) puis retransmis l'appel au Samu. Le médecin régulateur échange avec le petit ami de la jeune fille. En fait, elle est épileptique connue et traitée ; elle n'a fait qu'une seule crise ; elle présente de discrets signes de réveil. Le médecin décide de l'intervention du Vsav seul.

P2 passe à MG1 un appel pour piqûre d'insecte. Le médecin parle directement avec le patient : celui-ci a été piqué au bras par un frelon en fin de matinée ; il ressent des vertiges et a l'impression de gonfler au bras et au visage. Le médecin régulateur décide de déclencher le médecin de garde.

P2 informe MG1 du délai du médecin de garde du secteur, qui est supérieur à une heure. Le médecin régulateur décide de ne pas attendre et d'envoyer une ambulance privée pour transporter le patient aux urgences de l'hôpital *A*.

15 h 02

P3 finit, après une longue attente, par avoir au téléphone une personne qui jusque-là ne décrochait pas. L'échange avec cette vieille dame de 86 ans qui, visiblement, ne s'attend pas à être appelée, permet de comprendre qu'en voulant changer de chaîne de télé, elle a déclenché sa téléalarme et entraîné, de ce fait, la sortie des pompiers pour « *personne ne répondant pas aux appels téléphoniques* ».

P4 passe à MG2 l'appel d'un homme de 65 ans pour douleurs abdominales. Le médecin interroge le patient sur ses douleurs, ses antécédents et ses traitements en cours. Il conclut l'échange, en accord avec le patient, sur le conseil de consulter son médecin traitant le lendemain. En attendant, il lui recommande un ajustement de son traitement en cours.

15 h 03

MU2 prend le bilan du médecin du Smur *E1* : homme de 82 ans qui avait fait un malaise brutal à 14 h 20 ayant entraîné l'appel immédiat au 15 et le déclenchement du Smur ; hémiplégie droite avec aphasie ; antécédents d'hypertension et d'arythmie complète ; traitement anticoagulant arrêté il y a deux mois.

15 h 04

P1 informe le Codis (centre de coordination départementale du service d'incendie et de secours) que le Vsav sera seul à intervenir.

P2 déclenche l'ambulance de garde du secteur.

MU2 appelle l'unité de soins intensifs neuro-vasculaires la plus proche (hôpital *C*) : accord pour accueil direct au scanner.

P4 retransmet à MG2 l'appel d'une personne demandant la visite d'un médecin de garde.

15 h 05

P4 passe à MG1 une dame qui appelle pour sa mère âgée de 80 ans : elle vient de prendre, par erreur, le traitement de son mari. Le médecin se fait détailler les deux prescriptions, celle de la vielle dame et celle de son époux. Il conclut en indiquant très précisément à la fille de la dame ce qu'elle devra donner et ce qu'elle ne devra pas donner à sa mère, dès à présent et lors de sa prochaine prise médicamenteuse.

15 h 06

MG2 refuse de faire intervenir le médecin de garde sur cette demande

Légende

P1, P2, P3 et P4 sont des permanenciers. MG1 et MG2 sont des médecins régulateurs généralistes. MU1 et MU2 sont des médecins régulateurs urgentistes.

professionnels devraient également intervenir : documentalistes, statisticiens, techniciens.

Assurer la présence effective d'au moins un médecin régulateur à son poste 24 heures sur 24, y compris la nuit

Cette exigence, qui semble élémentaire, est loin d'être satisfaite. Les médecins hospitaliers ont une chambre de garde pour leurs permanences de nuit et ils ne sont, en principe, appelés qu'en cas de besoin. La solution est d'avoir, au moins, deux médecins de nuit pour assurer, par rotation, une permanence continue en régulation. Cette question est essentielle à la sécurité du fonctionnement du 15 ; nombre d'échecs de la régulation médicale surviennent, en effet, au creux de la nuit.

Généraliser la participation des généralistes

La complémentarité entre urgentistes et généralistes au sein des Samu–Centre 15 est la meilleure façon de garantir une réponse coordonnée, efficace et adaptée à tous les appels urgents dans leur diversité croissante. Il convient donc d'en généraliser la pratique et de mieux préciser le statut du régulateur généraliste au sein du Samu–Centre 15.

Mettre en place un système d'information performant

Les télécommunications, la cartographie, l'informatique sont actuellement insuffisantes ; les interconnexions entre le Samu–Centre 15 et ses principaux partenaires (pompiers, SOS médecins) sont prévues, mais restent à réaliser ; les nouvelles technologies n'ont pas encore la place qui doit leur revenir en régulation médicale. La sécurisation en cas de panne du centre de régulation reste à systématiser (avec des « jumelages » entre centres permettant la suppléance immédiate de l'un par l'autre). Un répertoire opérationnel des ressources établi selon une procédure formalisée devra être mis en place.

Informer et éduquer le public

La demande ne cesse de croître, et pourtant le public ne connaît pas le Samu–Centre 15 et n'est pas, non plus, éduqué sur les bonnes façons de l'utiliser. Des campagnes d'information s'imposent donc.

La perspective d'un réseau renforcé

L'architecture départementale des secours a dicté la carte des Samu. Ce schéma n'a pas lieu d'être bouleversé, mais il devrait être amendé. Tout d'abord, l'exigence d'une régulation médicale continue peut

de certificat médical pour autoriser le patient à participer à une compétition sportive une demi-heure plus tard.

15 h 07

P3 rappelle aussitôt le Codis pour annuler l'intervention des pompiers, qui font donc demi-tour.

MU2 répercute cet accord à *E1,* qui se dirige donc directement au scanner de l'hôpital *C*.

P1 retransmet à MU1 le bilan d'une ambulance de garde qu'il avait envoyée 35 minutes plus tôt pour transporter une femme primipare en travail à la maternité où elle est suivie. Le bilan est satisfaisant (contractions toutes les 5 minutes, pas de rupture de la poche des eaux, pas envie de pousser, pression artérielle normale) ; le médecin confirme le transport en ambulance vers la maternité où la patiente est suivie et qui est à 40 minutes de distance (alors qu'une maternité plus proche aurait pu accueillir la parturiente si l'urgence l'avait nécessité).

15 h 09

P1 informe la maternité de l'arrivée de la parturiente.

P3 retransmet à MG2 l'appel d'une dame pour sa mère de 87 ans, souffrant d'un cancer de l'utérus et dont l'état se dégrade depuis plusieurs jours, ce qui finit par inquiéter l'entourage. Le médecin régulateur se fait décrire de façon détaillée la situation ; il estime que la prise en charge relève de la réanimation. Le pronostic est considéré par l'entourage comme très réservé, mais il n'a pas été question, jusque-là, de fin de vie ; dans ces conditions, après avoir échangé sur ce cas avec MU1 et en accord avec la famille, le médecin régulateur décide l'envoi du Smur.

15 h 11

P1 retransmet à MG1 l'appel d'une jeune femme pour prise excessive d'alcool et de tranquillisants. Le médecin se fait expliquer la situation par la jeune femme : un peu déprimée, elle a pris plusieurs verres de vin, puis un tranquillisant ; ce qu'elle dit regretter à présent. Le médecin demande à parler à l'ami présent sur place : en accord avec la patiente et son ami, le médecin décide de laisser la jeune femme à domicile, donne des indications pour sa surveillance, proscrit qu'elle sorte et demande à être rappelé dans deux heures pour faire le point.

P4 retransmet à MU2 l'appel de l'hôpital *B* pour le transport vers un centre de réanimation cardiologique d'un patient souffrant d'un angor instable.

15 h 13

MU2 appelle la réanimation cardio de l'hôpital *E,* qui accepte le patient.

15 h 14

P3 déclenche le Smur *A2* et MG2 expose la situation au médecin de cette équipe.

MU1 reçoit l'appel du pompier pour le bilan de l'intervention du Vsav parti sur la jeune fille en crise convulsive : la jeune fille se réveille ; elle est très agitée et opposante ; elle refuse d'aller à l'hôpital. Le médecin régulateur demande aux pompiers de rester 10 minutes sur place et de le rappeler.

P4 transmet à MG2 un appel d'une maman pour son enfant fébrile. Le médecin interroge longuement la maman sur l'histoire de la maladie et les antécédents, et il conclut l'échange par des conseils médicaux.

15 h 15

MU2 retransmet l'intervention au médecin du Smur *E2*.

conduire plusieurs centres à se regrouper, notamment la nuit. Ensuite, un réseau interrégional de consultants spécialisés devrait compléter la réponse actuelle des Samu–Centre 15, avec ponctuellement l'intervention de pédiatres, psychiatres, toxicologues, sages-femmes (intégrant la coordination périnatale développée dans certaines régions). L'évolution du Samu–Centre 15 vers une « plate-forme médico-psycho-sociale », avec des travailleurs sociaux, permettrait de bien prendre en compte la dimension sociale des appels[18].

18. 7 % des appels, selon une étude du Samu de Rouen.

La prescription téléphonique : un acte à reconnaître

L'augmentation des appels au Samu–Centre 15 concerne surtout des cas relevant de la consultation ou de la visite du médecin de garde, voire du simple conseil. Ce conseil intervient soit en réponse à une demande explicite, soit en substitution à une demande d'intervention. Les particuliers, en effet, soucieux de prendre le minimum de risques, s'adressent de plus en plus au 15 à propos de pathologies courantes ou de médicaments (effets indésirables, crainte d'interactions, grossesse, erreur de posologie, médicament vomi…). Certains appellent aussi pour des avis non urgents (par exemple : deuxième avis après une consultation médicale). Seules, bien entendu, les urgences concernent le Samu–Centre 15. L'avis donné par le médecin régulateur (en règle générale, le généraliste) est un facteur de prévention et de sécurisation. Il s'agit donc d'une évolution positive, qu'il faut prendre en compte. Ce qui suppose une adaptation de la réglementation et l'élaboration de règles de bonne pratique. En effet, ces consultations téléphoniques se soldent souvent par une prescription médicamenteuse, qui n'est, aujourd'hui, ni autorisée, ni codifiée.

L'accès au DMP : une ère nouvelle…

L'accès du Samu–Centre 15 au dossier médical personnel (DMP) sera le progrès déterminant de la prochaine décennie dans la qualité et l'efficience la régulation médicale. Le dispositif DMP, en cours de création, devra être adapté, réglementairement et techniquement, pour autoriser l'accès du médecin régulateur du Samu au dossier du patient, au moment même de l'appel[19].

19. Sans doute faudra-t-il demander à chaque personne un accord préalable du genre : « Acceptez-vous que, en cas d'urgence, le médecin du Samu puisse accéder à votre dossier ? »

Ce sera là, sans doute, l'ultime étape de la création de cette nouvelle activité médicale qu'est la régulation médicale.

L'organisation des transports

Michel Decreau
Michel Crozatier
Praticiens hospitaliers, Service anesthésie-réanimation-chirurgie, Samu 76, CHU-CH Nicolle, Rouen

Même si de nombreux problèmes persistent localement, l'organisation des transports sanitaires urgents a connu d'indéniables progrès au cours des dernières années grâce à la volonté de ses différents acteurs d'en fixer les règles de fonctionnement basées avant tout sur la coordination.

Les acteurs des transports sanitaires :

Les principaux acteurs des transports sanitaires dans l'urgence au quotidien sont :

- les ambulanciers privés,
- les sapeurs-pompiers et leurs véhicules de secours aux victimes (VSAV),
- les Smur.

Les ambulanciers privés

Leur agrément par la préfecture est conditionné par l'utilisation de véhicules normalisés (dimensions, matériel) dont l'équipage comporte au moins un titulaire du certificat de capacité d'ambulancier. Cet agrément est délivré dans la limite d'un quota fixé pour chaque département en fonction des besoins sanitaires estimés de la population. Il prévoit la participation obligatoire à la garde en dehors des heures ouvrables. Celle-ci est organisée dans le cadre d'un tableau établi par les services préfectoraux. Les ambulanciers ne peuvent alors intervenir que sur demande du centre de réception et de régulation des appels du Samu. La participation à la garde a bénéficié de mesures financières incitatives avec la création par les organismes d'assurance maladie d'un forfait d'astreinte destiné à couvrir des charges que ne compensait pas toujours l'activité.

En dehors des heures de garde, il n'existe actuellement aucune disposition réglementaire et les ambulanciers peuvent être sollicités individuellement dans l'urgence aussi bien par le centre de réception et de régulation des appels que par les médecins de ville.

À noter que la réglementation prévoit la possibilité de mise en service d'ambulances « hors quota » exclusivement dédiées à l'urgence et ne pouvant intervenir que sur demande du médecin régulateur du Samu.

Les sapeurs-pompiers

Ils ont une mission de transport sanitaire à l'aide de véhicules de secours aux victimes normalisés dans le prolongement de leurs missions de secours. Cette mission s'exerce avant tout sur la voie publique, mais ils peuvent également intervenir à domicile, soit sur appel direct au 18 dans le cadre de leur obligation de « prompt secours », soit sur demande du centre de réception et de régulation des appels par l'intermédiaire du service départemental d'incendie. Ce dernier type de demande correspond souvent à des situations de carence des ambulanciers privés et donne alors lieu au versement par le centre hospitalier, siège du Samu, d'une indemnité dont le montant est actuellement de 90 euros.

Les Smur

Les équipes médicales des Smur interviennent à la demande du Samu–Centre 15 pour les situations de détresse vitale, le plus souvent grâce à des véhicules médicaux de liaison qui rejoignent sur place un moyen de transport sanitaire. Certains Smur disposent également d'ambulances de soins et secours d'urgence, dédiées à tous les types de transports, et plus particulièrement

L'hélicoptère dans la prise en charge des urgences

Les conflits armés des cinquante dernières années ont obligé les médecins à prendre en charge sur le champ de bataille des patients graves, à les conditionner et à les évacuer vers des zones de soins à l'arrière de la ligne de feu. Dans ce contexte, les militaires ont tout naturellement fait appel à l'hélicoptère pour effectuer ces missions. La paix revenue, ces techniques pointues de transport sanitaire ont été mises en œuvre au service de tous. L'hélicoptère a alors contribué à sauver des vies sur le bord des routes comme il le faisait à la guerre. Bientôt la maîtrise du transport aérien de patients présentant une pathologie lourde est apparue à certains comme un moyen puissant de structurer l'offre de soins en France en permettant d'amener rapidement chaque patient vers le service spécialisé dont il avait besoin.

En médecine, comme dans bien d'autres domaines, la compétence vient de la pratique quotidienne. Les maladies graves peuvent survenir n'importe où sur le territoire, alors que les différents centres spécialisés sont nécessairement concentrés autour de plateaux techniques de plus en plus onéreux. Il est donc évident que, au nom de l'égalité républicaine de tous devant la maladie, alors que les contraintes économiques et fonctionnelles interdisent la multiplication de centres de soins lourds, il faut promouvoir un système de transport pour faire se rencontrer le malade et les spécialistes dont il a besoin.

Si on prend par ailleurs en compte les problèmes aigus de démographie médicale qui imposent comme limite à toute action de santé le temps médical disponible, il devient évident que la seule façon d'optimiser l'adéquation entre pathologie et patient est de mettre en œuvre un moyen de transport qui économise le temps médical qu'on y investit. Cela peut être l'hélicoptère.

Ce vecteur ne pourra démontrer son efficacité que dans le cadre d'une politique de mise en œuvre cohérente prenant en compte ses impératifs techniques : aires de poser adéquates supprimant tout relais ambulancier chronophage, utilisation des machines de jour comme de nuit et très bientôt (les techniques existent déjà) vol en conditions météorologiques défavorables.

Dans ces conditions, une politique d'accueil des patients dans des services de proximité maillés avec des centres de référence *via* un réseau de transports médicalisés par hélicoptère peut être une réponse à cette mission de santé publique.

L'expérience montre que, mises à part l'hémorragie foudroyante ou l'agitation psychiatrique non sédatée, quasiment tous les malades peuvent être transportés pourvu que les contraintes d'accélération soient aussi faibles que possible. Pour mémoire, elles sont dix fois moindres à bord d'un hélicoptère que dans une ambulance.

Certes, l'hélicoptère est un moyen de transport coûteux par rapport à l'ambulance. Cependant, si on considère que son budget est constitué de plus de 70 % de frais fixes et que le gain de « temps médical » qu'il permet est considérable, on est conduit à repenser complètement son mode d'utilisation.

La décision d'implantation d'une machine est une décision de politique de santé. Elle induit un coût d'environ 1,4 million d'euros par an. Son mode d'utilisation au quotidien n'a que peu d'influence sur la dépense induite. La justification de l'utilisation de l'hélicoptère n'est plus la gravité du patient, mais l'économie de temps médical qu'il génère. Sa rapidité permet en outre de justifier la fermeture de petits centres dont l'unique légitimité est l'éloignement, d'autant plus que les techniques modernes de navigation aérienne permettront, dans les quelques années à venir, de lui donner la régularité et la fiabilité de l'aviation de ligne.

Les 36 hélicoptères permanents des Samu français effectuent bon an mal an 15 000 heures de vol au bénéfice d'environ 25 000 patients*. 32 % de ces vols véhiculent des patients vers une place en réanimation, 25 % en cardiologie, 12 % en neurologie. Dans 6 % des cas, ce sont des femmes menacées d'accouchement prématuré qui volent vers le centre où elles pourront mettre au monde leur bébé en toute sécurité. 65 % de l'ensemble des missions sont secondaires : elles consistent à transporter des malades ou blessés d'un établissement d'accueil vers le centre spécialisé dont ils ont besoin.

Les récents progrès de la médecine en matière de désobstruction vasculaire (pour les pathologies coronariennes ou vasculaires cérébrales), dans lesquelles le facteur temps est primordial, rendent encore plus pertinente l'idée de développer le transport médicalisé par hélicoptère dans notre pays.

* Les hélicoptères de la Sécurité civile effectuent également des transports sanitaires, sans que l'on en connaisse le nombre exact. Une thèse de 2003 (Béatrice Bouvet) chiffre à 37 % la part des missions sanitaires héliportées réalisées par la Sécurité civile.

Nicolas Letellier
Président de l'Association française des médecins utilisateurs d'hélicoptères sanitaires hospitaliers, Samu d'Eure et Loir, CH de Dreux

à des transports interhospitaliers, voire spécialisés (néonatalogie).

Les autres vecteurs sanitaires

Parmi les autres vecteurs de transports sanitaires, il faut citer :

- Les ambulances hospitalières, qui interviennent dans le cadre des services de transports hospitaliers des hôpitaux, et rarement dans le contexte de l'urgence.
- Les ambulances des associations de secourisme, type Croix-Rouge et association départementale de protection civile. Ce type de véhicule est mis à disposition lors des grandes manifestations, voire lors des plans de catastrophe, type Plan blanc. Les associations sont conventionnées avec le Samu.
- Les hélicoptères sanitaires, qui participent aux transports sanitaires. Ils peuvent appartenir à la sécurité civile, à la gendarmerie (surtout en montagne). Un certain nombre d'entreprises privées ont des conventions avec des hôpitaux pour une utilisation par les Samu-Smur. C'est le cas pour une trentaine de Samu, qui sont regroupés au sein d'une association d'utilisateurs.
- L'avion. Il reste un moyen de transport sanitaire exceptionnel, le plus souvent utilisé dans le cadre de transports interhospitaliers pour des parcours longues distances ou lorsque sa présence est géographiquement indispensable (exemple : entre Corse et continent).

La coordination des transports sanitaires

La coordination « réglementaire »

La collaboration entre les ambulanciers privés, les sapeurs-pompiers et les Samu s'est nettement améliorée grâce à l'apparition dans la réglementation de la notion de coordination accompagnant une meilleure définition des rôles et missions de chacun des acteurs.

Après une première circulaire datant de 1992, qui a permis la signature de conventions entre les hôpitaux sièges de Samu et les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) pour clarifier le rôle de chacun des services, une circulaire parue en mars 2004 confirme le rôle pivot des centres de régulation et celui des transporteurs au quotidien (sapeurs-pompiers, ambulanciers et Smur). Cette circulaire aboutit à l'établissement de conventions entre les différents organismes sous l'autorité du préfet.

À ce jour, une majorité de conventions a été établie dans les différents départements, mais l'actualité montre que tout n'est pas parfait puisque le consensus n'a pas abouti partout, malgré l'arbitrage du préfet. Quelques points de friction persistent, notamment sur la notion de « prompt secours » et concernant les champs d'intervention.

La coordination opérationnelle

Aux heures de garde, la coordination opérationnelle relève du centre de réception et de régulation des appels du Samu – Centre 15, dont le médecin régulateur est prescripteur des demandes de transport. La gestion logistique des moyens de transport est effectuée par chacun des services sollicités. À ce titre, la circulaire relative à l'organisation de la garde ambulancière prévoit la présence d'un coordinateur ambulancier au sein du centre de réception et de régulation des appels, gestionnaire de la disponibilité des ambulanciers regroupés au sein d'associations (type Udatsu). Cette présence soulage les personnels du centre de réception et de régulation des appels d'une longue et fastidieuse activité de recherche de véhicule disponible et surtout fiabilise la réponse ambulancière. Le coordinateur est à la charge financière des professionnels du transport ambulancier.

Chaque intervention des transporteurs sanitaires fait l'objet d'un bilan recueilli par le centre de réception et de régulation des appels qui oriente le patient vers l'établissement et le service le plus approprié à sa pathologie. La disponibilité des moyens est suivie par chaque service. Les logiciels informatiques dédiés à cette gestion logistique sont un appui indéniable pour améliorer la qualité de cette gestion. Ce type de logiciel, intégré à celui de la gestion des appels, bénéficie dès maintenant des progrès de la cartographie intégrée et du suivi par GPS de la flotte des véhicules.

Il ne faut pas négliger le choc culturel que constituent pour les ambulanciers privés des contraintes réglementaires tendant vers la mise en place d'organisations structurées, sectorisées, évaluées et financées. S'ensuivent parfois des conflits entre professionnels qui retardent cette mise en place.

L'évaluation

Le dispositif réglementaire a prévu une évaluation de cette organisation des transports sanitaires dans le cadre de l'urgence, sous forme de réunions de bilans périodiques, de productions statistiques. Elles sont visées au sein des commissions d'évaluation sous l'autorité du préfet ; le sous-comité des transports sanitaires en est un exemple.

Conclusion

Les profondes divergences qui agitaient le secteur du transport sanitaire ont tendance à s'atténuer. Même si quelques départements n'ont pas encore résolu toutes les difficultés, une meilleure collaboration s'instaure entre les services au fil du temps. De plus, les ambulanciers privés prennent de plus en plus conscience de la nécessité de leur participation à l'urgence. En témoignent les mises en service de véhicules hors quota et l'organisation spontanée d'astreintes aux heures ouvrables qui devrait, à terme, leur permettre de reprendre à leur compte des transports sanitaires relevant de leur compétence et actuellement confiés aux sapeurs-pompiers par carence, moyennant le paiement par les hôpitaux de 90 euros par transport.

D'autres améliorations sont encore en attente, parmi lesquelles le maillage du territoire pour les transports sanitaires héliportés.

Permanence des soins en médecine ambulatoire

Laurence Lavy
Sous-direction de l'Organisation du système de soins, direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de soins

Les mouvements des généralistes de l'hiver 2001-2002 ont conduit le ministre de la Santé à mettre en place, en juillet 2002, un groupe de travail sous la présidence de Charles Descours, sénateur honoraire, sur la permanence des soins des médecins généralistes. Les travaux de ce groupe composé de représentants de l'ensemble des parties concernées (syndicats de médecins libéraux, représentants des médecins urgentistes, Conseil national de l'Ordre des médecins, caisses nationales d'assurance maladie, association d'usagers) ont abouti à rénover le dispositif de la permanence des soins de la médecine de ville. Sur la base du rapport remis au ministre en janvier 2003, deux décrets du 15 septembre 2003 ont organisé le nouveau dispositif de permanence des soins.

L'objectif de ce dispositif était double : le premier était de solliciter les médecins généralistes libéraux dans la prise en charge des demandes de soins non programmés afin qu'ils jouent leur rôle dans la prise en charge de premier recours aux soins et permettent aux services d'urgences de se concentrer davantage sur les urgences. Le second objectif était de mettre en place une véritable coordination de la permanence des soins au plan départemental en renforçant les complémentarités entre régulations libérale et hospitalière. En organisant et en clarifiant le dispositif de permanence des soins dans chaque département, les dispositions prises avaient pour but d'assurer une prise en charge plus adaptée des patients en tout point du territoire et de faciliter l'adhésion des médecins libéraux, et donc leur participation, à l'organisation mise en place.

La modification du corpus juridique relatif à la permanence des soins par l'article 67 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui donne compétence aux missions régionales de santé de faire des propositions d'organisation du dispositif de permanence de soins et la non-approbation du projet d'avenant n° 14 négocié entre les partenaires conventionnels à l'été 2004 ont conduit le ministre de la Santé à missionner le directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins pour rencontrer les acteurs de la permanence des soins et faire des propositions d'aménagement du dispositif.

Le résultat de discussions approfondies avec les représentants des médecins libéraux, des médecins urgentistes, de l'assurance maladie, du Conseil national de l'Ordre des médecins et de l'association SOS médecins a débouché sur un assouplissement des dispositions organisationnelles élaborées en 2003 effectué par le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005.

Tout en s'inscrivant dans la logique qui a conduit à l'élaboration des dispositions de 2003, ces nouvelles dispositions modifient les précédentes afin :

- d'améliorer les conditions d'organisation de la permanence des soins, pour favoriser la participation des médecins libéraux, des médecins de centres de santé et des associations de permanence, le recours aux réquisitions devant rester exceptionnel ;
- d'ouvrir la possibilité de moduler l'organisation de la permanence en fonction de l'importance des besoins de la population et des délais d'intervention constatés.

La nouvelle organisation de la permanence des soins s'appuie toujours sur la sectorisation du département arrêtée par le préfet, le tableau de permanence, la régulation des demandes de permanence de soins et le cahier des charges départemental fixant l'organisation du dispositif arrêté par le préfet. La participation des médecins continue de relever du volontariat. Le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (Codamups) reste l'instance de concertation, d'élaboration et d'évaluation pour l'organisation de la permanence des soins et la sectorisation du département.

En outre, les nouvelles dispositions apportent :

- La possibilité de moduler les horaires nocturnes de la permanence (20 h-8 h) et la taille et le nombre des secteurs afin de mieux adapter l'organisation aux besoins de la population en matière de permanence des soins. La modulation des horaires nécessite la détermination, dans le cadre du cahier des charges départemental, des modalités de réponse pour prendre en charge les demandes pendant les heures non couvertes par les médecins généralistes.
- La reconnaissance des centres d'appels dans la gestion de l'accès au médecin de permanence, sous réserve de leur interconnexion avec le Samu et de la signature entre ces deux structures d'une convention approuvée par le préfet après avis du Codamups.
- La réaffirmation du rôle de médiation du conseil départemental de l'Ordre des médecins dans l'élaboration d'un tableau de permanence complet.
- L'enrichissement du cahier des charges départemental, notamment avec la détermination des conditions de recueil et du suivi des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins, garantissant ainsi la qualité de l'organisation mise en place pour les usagers.
- La fixation des modalités d'élaboration par la mission régionale de santé des propositions en matière d'organisation de permanence des soins.

Si l'élaboration du dispositif organisationnel relève de la compétence de l'État, la détermination des rémunérations s'inscrit dans le cadre conventionnel. Ainsi, suite à des négociations conventionnelles, l'avenant n° 4 à la convention médicale portant notamment sur la fixation de la rémunération des médecins libéraux régulant les appels relevant de la permanence des soins et de nouvelles astreintes pour les médecins volontaires a été signé le 22 avril dernier par les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux signataires de la convention médicale, puis agréé par le ministre de la Santé.

Cet avenant fixe la rémunération des médecins régulateurs libéraux à 60 euros de l'heure, le montant de l'astreinte à 150 euros pour 12 heures avec une possibilité de découper ce montant sur les tranches horaires nocturnes de 20 à 24 heures et de 24 à 8 heures. L'avenant conventionnel détermine également le montant de sur majorations appliquées aux visites et consultations effectuées à la demande du médecin régulateur des appels de permanence des soins.

La mise en œuvre de ces nouvelles dispositions a fait l'objet d'un point de situation en novembre 2005. À cette date, 98 départements ont arrêté leur sectorisation après avis du Codamups. Par ailleurs, 84 départements ont élaboré leur cahier des charges fixant l'organisation de la permanence des soins.

La mise en place d'une organisation de permanence des soins efficace constituant un enjeu pour la population en termes d'accès aux soins et pour les professionnels de santé en termes de conditions de travail, l'organisation arrêtée dans chaque département sera soumise à une évaluation annuelle du dispositif et devra en conséquence pouvoir faire l'objet de correctifs dans le cadre du cahier des charges départemental.

Les maisons médicales de garde

Marie-Christine Keters
Direction des risques maladie, Cnamts

Les maisons médicales de garde ont été mises en place pour offrir une réponse organisationnelle nouvelle à la demande de soins non programmée, exprimée hors des heures d'ouverture habituelle des cabinets de ville et ne relevant pas de l'aide médicale urgente.

Fonctionnant pour un grand nombre grâce aux subventions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville[1], elles se sont surtout développées depuis 2003 dans un cadre expérimental.

Leur émergence est la résultante de divers facteurs :

- la crise du secteur libéral avec en 2002 le recours des préfets aux réquisitions pour assurer les gardes aux heures de fermeture des cabinets de ville ;
- la recherche d'un meilleur confort d'exercice pour les médecins libéraux : besoin d'un environnement plus sécurisé en milieu urbain, demande d'un allègement des tours de garde dans les zones déficitaires en offre de soins ;
- la volonté des pouvoirs publics de recentrer l'activité, toujours en augmentation, des services d'urgences des hôpitaux sur des pathologies lourdes et de stabiliser, à défaut de réduire, le nombre de leurs entrées.

À ce jour, le décret du 17 avril 2005 permet aux maisons médicales de garde de s'insérer dans l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire et à leurs acteurs, médecins, de bénéficier des rémunérations plus attractives mises en place par l'avenant n° 4 à la convention médicale. Leur véritable intégration dans le dispositif nécessite toutefois le consensus de l'ensemble des acteurs locaux et leur développement, l'adoption de solutions organisationnelles adaptées à la demande et répondant à la meilleure rationalité économique.

Les maisons médicales de garde : une réponse récente aux problématiques liées à la permanence des soins en médecine ambulatoire

Le développement récent des maisons médicales de garde

Il est difficile de connaître exactement le nombre des maisons médicales de garde actuellement en place, étant donné qu'elles ne bénéficient pas à ce jour d'un cadre juridique clairement établi.

Sont toutefois aisément identifiables les entités ayant obtenu des moyens de l'assurance maladie.

En effet, le Comité national de gestion du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville a accompagné dès 2002 les accords conventionnels sur la permanence des soins par la création d'une sous-enveloppe dédiée spécifiquement au financement, à titre expérimental, de maisons médicales de garde.

L'enquête de la Caisse nationale de l'assurance maladie a recensé, au 1er mars 2004, 68 maisons médicales de garde en fonctionnement financées par ledit fonds, les deux tiers ayant ouvert en 2003.

Actuellement, plus d'une centaine de maisons médicales de garde, subventionnées par le Fonds d'aide à la

1. Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, créé en 1999, et jusqu'au 31 décembre 2007, a vocation à financer des actions concourant à l'amélioration de la qualité et à la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé.

qualité des soins de ville, sont ouvertes sur le territoire métropolitain.

Une forte implication de l'assurance maladie

Sur 26 structures bénéficiant d'une aide de l'assurance maladie et ayant au moins un an d'ancienneté, recensées en juin 2004, près de la moitié fonctionnaient uniquement grâce au Fonds.

Même lorsqu'ils interviennent dans le financement de la maison médicale de garde, la participation des autres acteurs demeure globalement restreinte et essentiellement ciblée sur les mises à disposition de locaux, de matériel, voire de personnel. Ces partenaires peuvent être des mairies, des conseils départementaux ou régionaux, l'État, ou des établissements de santé…

Caractéristiques[2] des maisons médicales de garde constatées en 2004

● *Implantation et ouverture* : les maisons médicales de garde assurent un accueil du patient aux heures de fermeture des cabinets libéraux. Cet accueil était selon les cas, en 2004, régulé ou libre. Implantées autant en ville qu'en établissement de santé (qu'il s'agisse d'un centre hospitalier, d'un hôpital local ou d'une clinique privée), leur activité de consultation était, pour la moitié d'entre elles, complétée par la possibilité d'effectuer des visites.

La plupart (90 %) étaient ouvertes le samedi après-midi et la totalité, la journée du dimanche.

Rares étaient les structures fermées les nuits de semaine (12 %) ou les nuits de week-end (7 %).

Par contre, plus de la moitié (62 %) de celles qui fonctionnaient la nuit s'arrêtaient aux alentours de minuit.

● *Activité :* les rapports d'activité et les quelques évaluations déjà disponibles, concernant les maisons médicales de garde subventionnées par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, révèlent que globalement les maisons médicales de garde montent en charge et atteignent rapidement une activité stable. Celle-ci se concentre essentiellement sur le week-end, qui représente en moyenne 70 % de l'activité hebdomadaire. Les patients sont très jeunes, d'où une proportion importante d'actes pédiatriques.

● *Coûts de fonctionnement :* ils se sont révélés, dans l'enquête réalisée en 2004, extrêmement hétérogènes. En effet, les dispositifs de garantie de ressources ou de rémunération complémentaire, mis en place dans certains cas pendant la phase de montée en charge, pour les médecins participant au fonctionnement de la maison de garde (possibilité offerte dans le cadre expérimental jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions de l'avenant n° 4 à la convention des médecins libéraux), ont pu peser de façon importante sur les charges d'exploitation. D'autres facteurs de variation existent :

– l'emploi par les maisons médicales de garde de personnels soignants et/ou non-soignants chargés de l'accueil (téléphonique ou physique) et de l'orientation des patients, du secrétariat, de la gestion administrative et comptable, de la sécurité des locaux, de l'entretien,

– les modalités organisationnelles : lieu d'implantation (une installation au sein d'un établissement favorisant la mutualisation des moyens), durée d'ouverture…

Quelles perspectives pour les maisons médicales de garde dans le nouveau schéma d'organisation de la permanence des soins ?

Depuis la montée en charge des expérimentations financées par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, les maisons médicales de garde ont su prouver qu'elles répondaient à un besoin des patients et des professionnels, et qu'elles avaient une place dans l'organisation de la permanence des soins.

En effet, la maison médicale de garde peut bien désormais être considérée comme une alternative possible et intéressante, dans l'organisation de la permanence des soins en ambulatoire, notamment quand les solutions traditionnelles (tour de garde à domicile) ne fonctionnent pas ou mal. Sa création n'a toutefois pas lieu d'être systématisée, mais doit être étudiée au regard des particularités locales.

Elle ne doit pas non plus être exclusive sur l'ensemble des périodes de permanence des soins, mais se concevoir comme une réponse complémentaire à d'autres : ainsi, le faible niveau d'activité observé (un à deux actes en moyenne en seconde partie de nuit) ne justifie pas le plus souvent, au regard des coûts engagés, un maintien au-delà de minuit de la présence des médecins, et requiert qu'une solution relais soit mise en place pour la nuit « profonde ».

Comme le montrent les études disponibles, elle concourt à impliquer à nouveau les médecins libéraux dans la permanence des soins ambulatoire en leur offrant de meilleures conditions d'exercice : qu'il s'agisse de réduire le nombre de gardes effectuées par les médecins implantés dans les zones à faible densité médicale, ou d'offrir un contexte sécurisé aux praticiens installés dans des zones urbaines dites difficiles.

Par contre, l'impact de la maison médicale sur la baisse des entrées aux urgences reste difficile aujourd'hui à mesurer et aucun des rapports d'évaluation finalisés n'a permis de statuer précisément sur cet aspect.

Ce type de dispositif, qui peut s'avérer dans certains cas relativement coûteux, nécessite la recherche d'un équilibre entre charges engagées et activité constatée.

Par ailleurs, une vigilance particulière est de mise, afin de :

● ne pas susciter une demande supplémentaire ou plus coûteuse pour la collectivité (ce qui constitue le risque des maisons médicales de garde dont l'accueil n'est pas régulé) ;

● ne pas doublonner l'offre existante en termes de plateau technique ou de tour de garde ;

● ne pas exclure la participation de médecins volon-

2. Éléments issus du rapport Cnamts de décembre 2004, relatif aux MMG financées par le FAQSV.

taires (qui n'auraient pas été à l'initiative de la maison médicale de garde).

C'est pourquoi il est nécessaire que la question de l'existence, du mode de fonctionnement et du choix du lieu d'implantation de la maison médicale de garde s'inscrive dans une réflexion de l'ensemble des acteurs (médecins du secteur de permanence, et éventuellement autres professionnels de santé : pharmaciens, kinés…, collectivités locales, établissements ou centres de santé, caisses d'assurance maladie…) concernés par la mise en place et le financement de la permanence des soins. Cette réflexion doit permettre de définir la place de la maison médicale de garde dans l'organisation de la permanence des soins et de l'inscrire dans le cahier des charges, prévu par le décret du 17 avril 2005, que chaque département se doit d'adopter.

C'est dans cette logique, issue des premiers enseignements, que les gestionnaires nationaux du Fonds ont adopté en juin dernier un cahier des charges relatif au financement de nouvelles maisons médicales de garde, après avoir, fin 2003, demandé aux instances régionales de cesser de financer de nouvelles expériences, pour se donner le temps de l'évaluation.

Une attention particulière sera apportée, pour ces nouveaux financements, aux zones géographiques confrontées à des problèmes de démographie médicale.

Il apparaît en effet qu'au-delà de la solution apportée à la problématique de permanence des soins, au sens des textes cités plus haut, dans ces zones déficitaires ou fragiles, la maison médicale de garde peut se concevoir comme point d'appui, ou comme l'initiation d'une offre de soins de jour, éventuellement pluridisciplinaire (maison de santé pluridisciplinaire).

Le développement de telles « structures », répondant à la fois aux préoccupations de démographie médicale et de permanence des soins, doit d'ailleurs pouvoir être favorisé par diverses dispositions réglementaires et conventionnelles récentes visant les zones déficitaires.

C'est ainsi que l'on peut citer les aides à l'installation prévues par la convention médicale, les avantages fiscaux relatifs à la permanence des soins, les aides de l'assurance maladie et des collectivités locales au regroupement des professionnels de santé, ainsi que la possibilité offerte aux médecins, par le décret du 17 mai 2005 modifiant le Code de déontologie médicale, d'exercer leur activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de leur résidence professionnelle habituelle, en particulier « *lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins.* »

La maison médicale de garde de Romans

Pierre-Henri Juvin
Association des médecins de Bourg de Péage, Romans et environs, chargé de la mise en place et du fonctionnement de la MMG.

La maison médicale de garde de Romans (Drôme), ouverte en janvier 2005, est née d'une coopération active entre le centre hospitalier et les médecins de ville.

Le constat initial de la permanence des soins révélait un encombrement du service des urgences par des pathologies médicales bénignes ne relevant pas d'une prise en charge hospitalière. Les généralistes, eux, se plaignaient d'une pénibilité accrue des gardes liée aux appels téléphoniques nocturnes souvent injustifiés.

La réponse apportée a été l'ouverture d'une consultation assurée par les médecins de ville dans un local attenant aux services des urgences, de 20 à 24 heures en semaine, 14 à 24 heures le samedi et 8 à 24 heures le dimanche.

Le téléphone y est tenu par le généraliste de garde. Au-delà de 0 h, c'est le médecin senior du service des urgences qui reçoit les appels et effectue une régulation. Il prend également en charge les patients se présentant à la maison médicale de garde. Il a la possibilité d'appeler le généraliste de garde à son domicile pour effectuer les visites justifiées.

Une campagne de presse a été initiée dès l'ouverture pour expliquer le fonctionnement du système et notamment la nécessaire restriction des visites à domicile.

Au bout de neuf mois d'existence, nous constatons :

- un net désencombrement des urgences, attesté par une baisse des premiers passages aux urgences de 6 % sur les huit premiers mois de 2005 par rapport à la même période en 2004 ;
- une réduction drastique des visites à domicile des généralistes : elles représentent aujourd'hui moins de 3 % de l'activité et concernent essentiellement les visites de garde à vue au commissariat de police ou à la gendarmerie ;
- la très grande rareté des appels au médecin de garde après 0 h (3 à 4 par nuit) ;
- une activité importante (jusqu'à 50 actes le dimanche) ;
- les pathologies rencontrées laissent souvent perplexe quant à leur bénignité qui n'aurait pas dû justifier le recours à une consultation en dehors des horaires ouvrables ;
- l'origine géographique des patients dépasse largement le territoire couvert par le tour de garde des généralistes, pour se rapprocher plutôt de la zone d'attraction du centre hospitalier. Un redécoupage des secteurs de garde semble donc souhaitable.

Au total, si la maison médicale de garde a amélioré la situation, elle n'a pas contribué à ralentir l'inflation de la demande de soins. Cela se conçoit bien puisqu'il s'agit moins d'un problème structurel que d'un véritable problème de société.

Quelle lisibilité de l'offre pour l'usager ?

François Braun
Praticien hospitalier, service des urgences, Samu 55, CH Verdun

De tout temps, l'Hôtel-Dieu, l'hospice, puis l'hôpital ont constitué, dans la cité, un lieu d'asile naturel pour les individus et les populations en détresse. La proximité était alors le maître mot de l'organisation ; chaque bourg avait son hôpital et chaque hôpital son service d'urgences. Alors que les services d'urgences étaient les parents pauvres de l'hôpital, les années soixante ont vu la création des premières équipes médicales pré-hospitalières, puis les années soixante-dix–quatre-vingt la création suivie de l'officialisation des Samu et de leur numéro d'appel national, le 15.

Les patients consommateurs

En décembre 1992, le magazine *50 millions de consommateurs* [1] jetait un pavé dans la mare en titrant en première page : « Urgences médicales, sauvez votre peau — la liste des urgences à éviter ». Brutalement, le « patient », devenu « client », découvrait que qualité et proximité n'étaient pas synonymes : « *Nous nous imaginons, dans notre infinie candeur, que chaque hôpital, dès lors qu'il affiche une belle enseigne Urgences, est à même d'offrir les soins du plus haut niveau, à toute heure du jour et de la nuit* ». Bien que non analysée, la médecine pré-hospitalière n'était pas épargnée : « *Hélas, tous les Français ne peuvent pas encore faire le 15. Des pressions corporatistes ou des rivalités entre services de secours s'opposent à sa généralisation, pourtant inscrite dans la loi. Encore une inégalité intolérable…* » La lisibilité de l'offre de soins en urgence était-elle alors réduite à la lecture d'un magazine, d'un guide rouge ou bleu ?

Organiser l'offre de soins

Pouvoirs publics et professionnels, préalablement alertés par le Pr Steg [27], s'emparaient du problème, déployant de nombreux efforts financiers et humains pour organiser, normaliser, rationaliser cette offre de soins, l'objectif premier restant la qualité de la prise en charge. La circulaire du 16 avril 2003 [14] relative à la prise en charge des urgences a donné les grands axes de cette restructuration, axes largement repris dans la troisième révision des schémas régionaux d'organisation sanitaires (Sros) : dès lors, les secours pré-hospitaliers s'organisent, à l'échelle d'un département, autour du Samu–Centre 15, les services d'urgences d'une région s'organisant en réseau de services autour de plateaux techniques plus ou moins développés.

Le client face à une situation d'urgence

Lorsque l'on parle d'urgence, le discours est souvent confus du fait de l'extrême ambiguïté de cette notion d'urgence : vue par les patients, toute demande de soins rapide est qualifiée d'« urgence », alors que vue par les professionnels, une distinction est habituellement faite entre urgences « ressenties » et urgences « vitales » ou « fonctionnelles ». Dans le cadre de la demande de soins en urgence, c'est bien le point de vue du « patient-client » qu'il faut prendre en compte, l'urgence ne pouvant être qualifiée de « ressentie » qu'après prise en charge par un professionnel de santé.

Aujourd'hui, le patient (ou sa famille), devant un besoin de soins vécu comme urgent, a, en France, contrairement à d'autres pays européens, l'initiative de « choisir » dans une certaine mesure la réponse qu'il souhaite :

- appel à son médecin traitant, ou au médecin généraliste assurant la permanence des soins,
- appel au Centre 15,
- appel, là où elle existe, à une structure ou association de médecins généralistes dédiée à l'urgence (type SOS médecins, par exemple),
- venue spontanée dans un service d'urgences.

Ce choix préjuge de la capacité du patient à évaluer avec justesse le niveau de soins nécessaire : afin cependant de garantir la qualité de la prise en charge, les autorités sanitaires incitent fortement les différents partenaires de l'urgence et de la permanence des soins à s'organiser en réseau et à articuler entre eux services d'urgences, pré-hospitaliers et hospitaliers, et permanence des soins (PDS).

La régulation médicale, pilier de l'organisation

L'un des axes de cette articulation, validé à l'échelon départemental au sein des Codamups (comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires), est la mise en place d'une régulation de la permanence des soins : cette démarche, basée sur la complémentarité des régulations « généraliste » et « urgentiste », est une source certaine d'amélioration de la prise en charge de l'appelant, surtout lorsque les régulateurs se côtoient dans une même salle de régulation. Le regroupement en un lieu unique de cette double expertise médicale, « généraliste » et « urgentiste », apporte, là ou il existe, en plus d'une réponse nécessairement plus efficiente, une solution simple pour l'appelant en détresse quel que soit le niveau réel ou ressenti de cette détresse : demain, le regroupement de toute l'offre de soins d'urgence au sein d'une plate-forme télémédico-sociale et sanitaire, développée autour et avec le Samu–Centre 15, en collaboration avec tous ses partenaires, facilitera l'accès à l'offre de soins en urgence.

Le client face à l'offre de soins d'urgence

En 2005, l'offre de soins en urgence apparaît bien structurée : services d'urgences, Samu, permanence

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 68.

des soins… s'organisent en réseaux de soins, au sein desquels le patient dispose de plusieurs portes d'entrée. Mais une question persiste : le patient s'adresse-t-il au bon endroit ?

Les numéros d'urgences

La question du choix du numéro d'urgence peut être rapidement écartée : en effet, l'expérience des Samu montre, dans la très grande majorité des cas, que les usagers appellent, en France, le numéro approprié à la situation d'urgence à laquelle ils sont confrontés : le 15 pour un problème de santé grave et urgent, le 18 pour les incendies, les noyades, les accidents de la route…, le 17 pour tous les problèmes liés à l'ordre public. Même si la confusion peut parfois persister, ces services travaillent en étroite collaboration, se transmettant les appels ou les informations lorsque la situation l'exige, l'interconnexion de leurs centres d'appels étant la règle [3] : le patient, encore inquiet, dans certains cas, de la multiplicité des intervenants téléphoniques, doit être rassuré sur ce point. Une campagne d'information du public, mais aussi des professionnels de santé, sur les rôles respectifs du Samu (les soins médicaux) et des sapeurs-pompiers (le secours) aiderait sûrement à lever cette inquiétude.

Le « 112 », s'appuyant réglementairement sur les numéros d'appels d'urgence existants [18, 22], sans s'y substituer, offre aux étrangers séjournant dans notre pays des fonctionnalités similaires.

Place de la permanence des soins

Le choix entre l'appel au Centre 15 ou à la PDS est plus complexe : dans une publication récente s'intéressant aux patients n'ayant pas recours au 15 pour un infarctus du myocarde [24], Mulazzi *et al*. mettent en évidence une sous-utilisation des procédures de revascularisation et un allongement de la durée d'hospitalisation, dès lors que les patients n'ont pas appelé le Samu mais un médecin généraliste ou un cardiologue. Une mauvaise utilisation de l'offre de soins par le patient, mais également par les médecins traitants, est ici mise en exergue : notons cependant que cette étude est basée sur une analyse de dossiers datant de 2000, donc avant les recommandations sur la régulation de la PDS [12, 20] et la mise en place de plates-formes de régulation communes.

Les services d'urgences

L'utilisation directe, sans contact médical préalable, du service d'urgences par le patient est, pour de nombreux urgentistes, ressentie comme une utilisation abusive de cette offre de soins. Connaître les moyens du service d'urgences importe peu désormais, dès lors que ce service est officiellement reconnu : en effet, l'organisation en réseau des SAU, Upatou et Posu garantit une prise en charge échelonnée et coordonnée des patients. Hormis les usagers adressés au service d'urgences par le Samu ou après un avis médical (42 %), la majorité choisit de se diriger directement vers ces services : les spécificités d'un service d'urgences (permanence des soins, spécialisation, plateau technique), l'alternative à la médecine de ville, l'échec du parcours de soins précédent ou une convenance personnelle sont les motifs principaux évoqués par les clients [5].

Pour autant, le choix fait par le patient non adressé par un médecin est-il pertinent ?

D'après une étude réalisée en Poitou-Charentes, l'anticipation par le patient du recours au plateau technique (25 % des patients) semble fondée dans près de 80 % des cas (rapport des groupes de travail sur les urgences, rapport Nicolle).

L'utilisation du service d'urgences comme alternative à la médecine de ville (14 % des patients) est, par contre, une mauvaise solution, l'organisation et les pratiques professionnelles n'y étant pas celles de la médecine de ville. La régulation de la permanence des soins et la mise en place progressive de maisons médicales de garde devraient, dans un proche avenir, diminuer ce recours aux « urgences alternatives » clarifiant l'offre de soins.

Entamée il y a une dizaine d'années, la restructuration des urgences permet aujourd'hui une offre de soins cohérente et coordonnée. Le patient, face à une situation ressentie comme urgente, ne se trompe pas et trouve, en tout point du territoire, une réponse adaptée à sa situation. « Urgence » et « permanence des soins » se côtoient et se mêlent, tant dans les Centre 15 que dans les services d'urgences, le patient ayant souvent du mal à faire, seul, la distinction. Cette nécessaire complémentarité, voulue par l'ambiguïté même de la notion d'urgence, est une force de notre système, dès lors que les deux organisations se mélangent, tant dans la fusion des centres de régulation que dans les liens fonctionnels unissant maisons médicales de garde et services d'urgences.

Ce mélange culturel médical, centré sur la préoccupation d'une prise en charge de qualité d'un épisode de soins urgent ou ressenti comme tel, est le challenge qui s'offre actuellement aux professionnels que nous sommes et aux autorités sanitaires. Le réussir, c'est garantir une accessibilité et une lisibilité claire de l'offre de soins d'urgence dans notre pays, qui joue un rôle de précurseur ici, aujourd'hui, comme il l'a été hier avec la médecine pré-hospitalière.

Cette organisation de l'offre de soins d'urgence est nouvelle et témoigne d'un postulat simple : la lisibilité vient de la simplicité, plus que de la multiplication des messages et des explications ; et quoi de plus simple que d'appeler le « 15 » en cas de problème de santé, et de venir vers un service d'urgences « identifié », quel que soit son niveau, dès que l'on a besoin d'une expertise médicale spécialisée et/ou d'un plateau technique performant. Et cela 24 heures sur 24 !

C'est ce message simple et direct que nous, professionnels et pouvoirs publics, devons transmettre et expliquer.

À l'hôpital et après

Les services d'urgences sont souvent saturés et leur organisation interne doit encore être améliorée. Mais leur situation aujourd'hui est largement dépendante de l'implication de l'hôpital tout entier dans la prise en charge de l'urgence et de l'articulation des services avec les ressources sanitaires de leur territoire, en amont autant qu'en aval.

Services d'urgences : difficultés actuelles, perspectives

Pierre Mardegan
Chef du service des urgences et du Samu 82, coordonnateur du pôle départemental des urgences 82

Régulièrement, les services d'urgences se retrouvent sous « pression ». Pression au quotidien, avec des services saturés par un flux continu de patients, des salles d'attente qui ne désemplissent pas, et des brancards qui s'entassent dans les couloirs… L'hôpital est plein : le nombre de malades accueillis aux urgences ne diminue pas, les patients « ne rajeunissent pas » même en dehors des crises sanitaires hivernales (épidémie de grippe, de bronchiolite…) ou de crise sanitaire majeure (canicule été 2003…). Et depuis peu, une nouvelle composante « politico-médiatique » fait son apparition, avec des images des « urgences » qui envahissent l'actualité, plus dans un cadre de tension « sociale » que sanitaire, accentuant cette pression qui devient une « compagne » pas toujours facile à apprivoiser sur un fond de l'air… électrique.

Tout est en place aujourd'hui pour que les patients des urgences ne soient pas de « bonne humeur », aient de moins en moins confiance dans nos services, avec cette frontière invisible qui sépare l'exigence normale d'une qualité de soins, de la velléité d'être pris en charge « corps » et biens… et vite !

Quelle que soit la conjoncture, les missions fondamentales des services d'urgences doivent rester les mêmes : prendre en charge tout patient s'y présentant, garantir la continuité (24 heures sur 24 toute l'année) et la qualité des soins, avec obligation de performances diagnostique et thérapeutique, et s'assurer de l'orientation la plus adaptée.

Mais comment concilier deux logiques qui peuvent apparaître contradictoires :

- Mise en place des nouvelles dispositions sociales à l'hôpital (réduction du temps de travail, 48 heures hebdomadaires, repos de sécurité) considérées, de manière générale, comme une extraordinaire avancée sociale du mode de vie professionnel des docteurs des urgences, mais aussi comme un gage de sécurité dans l'exercice de la médecine d'urgences… avec des

médecins qui ne doivent plus rester « debout » après une nuit de garde. Et de fait, le volume de l'activité clinique annuelle de chaque médecin diminue.

- Élévation des seuils d'exigence pour coller aux référentiels cliniques internationaux, qui définissent des niveaux à atteindre supérieurs pour le nombre de gestes de réanimation par médecin et par an permettant de maintenir de bonnes pratiques en médecine d'urgences.

Pendant longtemps, les services d'urgences ont dû faire face à un nombre sans cesse croissant de malades. Le retard était considérable en termes d'effectifs médicaux et soignants, et de structures adaptées à cette évolution. Des moyens importants ont été investis dans les services d'urgences au cours de ces dix dernières années. L'effort doit se poursuivre, mais il nous faut réfléchir à de nouvelles organisations médicales, au sein même des services d'urgences et dans les établissements de santé, pour répondre à ces nouvelles contraintes et à l'exigence légitime des malades.

L'engorgement des services et ses conséquences

Le constat est là : urgences saturées ! Mais avant de s'attaquer aux « remèdes », quelles sont les compli-

Intérêt de la téléimagerie dans la prise en charge des urgences

La télémédecine, et plus spécialement la téléimagerie, est particulièrement adaptée dans les situations d'urgence.

Elle offre en effet un système de santé équitable garantissant, quel que soit le lieu de la prise en charge d'un patient, l'égalité d'accès aux soins et à l'expertise par la télétransmission d'images radiologiques accompagnée de données médicales ou par la visioconférence permettant de rapprocher virtuellement médecins et patients.

C'est dans le domaine de la neurochirurgie, de la traumatologie que tout a débuté en France dans les années quatre-vingt-dix. Plus récemment, la télémédecine se développe dans le domaine de la neurologie et dans la prise en charge hospitalière et ambulatoire des patients présentant des accidents vasculaires cérébraux constitués.

Le triple intérêt de la télémédecine pour les urgences n'est plus à démontrer. Son utilisation est tout à fait appropriée aux différentes séquences de la chaîne des urgences, du pré-hospitalier à l'accueil dans les services d'urgences où sont pratiqués les examens jusqu'à la prise en charge sur le même site ou le transfert dans un autre établissement et même jusqu'au post-hospitalier facilitant une coordination des soins entre les multiples intervenants*.

Dans le domaine complexe des urgences (multiplicité des situations, des intervenants et des actes), il est clair que l'organisation fonctionnelle doit précéder la mise en œuvre des outils techniques. Ce prérequis, du reste, est valable pour toute application de télémédecine.

Dans une étude Dhos/Anaes publiée en 2003**, les facteurs qui interviennent dans la mise en œuvre, le fonctionnement et la pérennité de la téléradiologie ont été identifiés. Le plus important est d'ordres organisationnel et humain : ils sont les facteurs clés du succès de la téléimagerie dès lors que les besoins médicaux et les acteurs ont clairement été identifiés.

Le cadre juridique lié à la pratique de la télémédecine s'est largement clarifié avec la promulgation de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, notamment dans l'article 32 (reconnaissance de l'acte médical) et l'article 33 (intégration de la télémédecine dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire).

Véritable outil d'organisation des soins, en respectant les droits des patients et la déontologie, la télémédecine globalement (et plus particulièrement la téléimagerie) :

- consolide le maillage des urgences en proximité,
- favorise l'organisation graduée des plateaux techniques dans les territoires de santé,
- permet le recours aux soins spécialisés au niveau régional et inter-régional.

Plus de 15 000 télétransmissions dans le domaine de l'urgence ont été identifiées en 2004 et ce type d'activité interétablissements est reconnu dans l'arrêté du 12 avril 2005 relatif aux missions d'intérêt général et d'accompagnement à la contractualisation (Migac).

À ce jour, la presque totalité des régions en métropole et deux départements d'outre-mer, utilisent la télémédecine pour les urgences neurochirurgicales et traumatologiques afin de décider et d'optimiser les décisions de transferts des patients vers des services spécialisés.

La première carte présentée est celle du réseau « Télurge » en Nord-Pas-de-Calais où tous les établissements publics hospitaliers sont acteurs.

La seconde illustre un réseau de téléradiologie en Paca, en territoire rural de montagne.

Dans la mise en œuvre du Sros de troisième génération, caractérisé par une approche par « territoire de santé », on devrait assister à un développement important de la télémédecine, particulièrement dans le domaine de l'urgence.

Hélène Faure-Poitout
Conseiller « télésanté » à la sous-direction de l'Organisation du système de soins, DHOS

* *Principes directeurs de l'utilisation de la télémédecine pour les urgences*, DHOS 2000 : www.sante.gouv.fr.

** *État des lieux de la téléimagerie médicale en France et perspectives de développement*, Rapport d'étape juin 2003- DHOS/Anaes : www.sante.gouv.fr.

cations de cet engorgement ? Comment évaluer ses conséquences ?

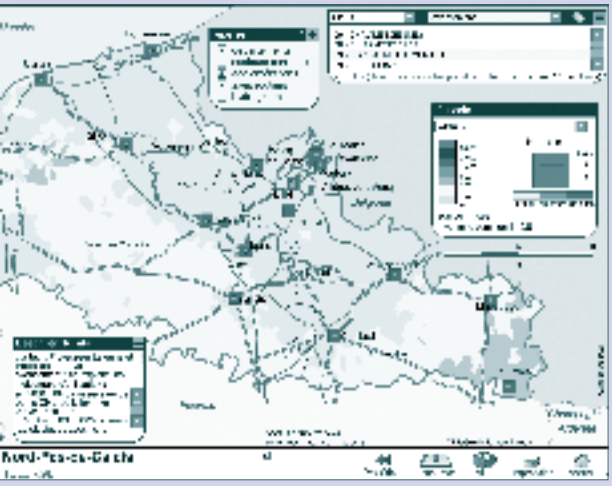
Au pic d'engorgement des services d'urgences, il serait pertinent d'évaluer l'impact de l'augmentation du temps de passage sur le devenir des patients grâce à des indicateurs tels que la mortalité à 48 heures, la morbidité, la durée de séjour en réanimation, voire le nombre de ré-hospitalisations précoces…, pour des groupes de patients homogènes (par exemple : sujet âgé > 75 ans et infarctus du myocarde… ou sujet âgé et dyspnée…). Ces délais ne sont pas sans conséquences :

À Toronto, au pic d'engorgement du service d'urgences, le délai thérapeutique de la thrombolyse pour un infarctus du myocarde peut être augmenté de 40 %… !

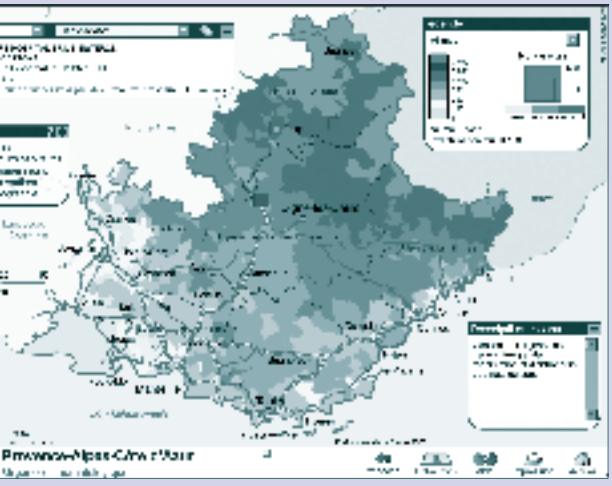
En France, pour la région Midi-Pyrénées, on observe un recours élevé aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans, en dehors d'un contexte épidémique, avec un taux élevé (65 %) d'hospitalisation à l'issue d'un passage aux urgences (source observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées, Orumip, 2004). Le temps de passage moyen est multiplié par 2, pour les plus de 75 ans (cinq à six heures !) (étude de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, MEAH). Ces phénomènes sont certainement semblables à ceux observés sur l'ensemble du territoire.

De même, il est facile de comprendre que le risque de contamination, pour les soignants des services d'urgences, augmente avec la durée de séjour aux urgences d'un patient supposé contagieux (urgences de Toronto : un malade atteint de Sras a séjourné plus de dix-huit heures dans le service et un taux de transmission de 22 % chez les soignants des urgences et de l'hôpital a été observé).

Par ailleurs, il est évident que l'augmentation du délai de prise en charge des enfants ou de patients présentant des troubles psychiatriques a une influence sur leur évolution…



Le réseau « Télurge » en Nord-Pas-de-Calais



Un réseau de téléradiologie en Paca

Observatoire des réseaux de télésanté
www.observatoire-telesante.sante.gouv.fr

L'activité aux urgences est pourtant « presque programmable »

Les causes de l'engorgement sont maintenant bien identifiées, les conséquences redoutées, alors que l'activité des services d'urgences est presque programmable dans le temps.

En effet, les variations de volume d'une année à l'autre sont faibles. Lundi et vendredi en fin de matinée et fin d'après-midi (17-19 heures), ainsi que les mois d'hiver, sont des périodes bien connues pour leur suractivité dans les services d'urgences (source Orumip). Et pourtant, les sorties des malades des établissements, pour la plupart, restent fixées (« figées » ?) en début d'après-midi (14-15 heures)… et les hospitalisations dites « programmées », essentielles pour l'institution, demeurent le plus souvent concentrées sur les jours de début de semaine, sans véritable concertation préalable entre les différents responsables de services ou d'unités de soins d'hospitalisation, sans prendre en compte ces données temporelles d'activité du service d'urgences de leur établissement. Les programmes des blocs opératoires et des examens « externes » d'imagerie médicale sont élaborés, eux aussi, pour la plupart, sans prendre la mesure des indicateurs qui identifient ces jours de semaine pressentis pour connaître une suractivité aux urgences.

De son côté, l'organisation médicale des services d'urgences, en France, voit diminuer de façon globale la présence médicale après 18 ou 19 heures en semaine, les week-ends et jours fériés. Par ailleurs, des travaux récents de la MEAH menés auprès de huit services d'urgences volontaires semblent mettre en évidence

des différences significatives en termes de performance de temps de passage, qui seraient reliées à des modes d'organisation médicale raisonnés et anticipés (mise en place de protocoles de prise en charge, d'installation du patient, de contractualisation avec le laboratoire, le service d'imagerie, intervention d'équipes mobiles gériatriques…).

En plus de ses qualités de clinicien, le médecin des urgences doit faire preuve de qualité de chef d'équipe, de coordonnateur des soins et doit savoir installer le meilleur climat relationnel possible avec les autres disciplines de l'établissement. Ses qualités individuelles ont, à n'en pas douter, une influence déterminante dans la gestion des flux.

Les leviers à mobiliser

Pour résoudre ces problèmes d'engorgement parfois chroniques, il existe *grosso modo* deux logiques pour les acteurs de l'urgence :

- considérer que tout ce qui dysfonctionne aux urgences relève de la responsabilité de l'État, quel que soit le « diagnostic »… Ce « tout pouvoir » de l'État

Les projets de décrets concernant les services des urgences

Un important travail de concertation a été effectué au sein d'un groupe de professionnels* réunis de septembre 2002 à décembre 2004. Il a permis d'élaborer, dans la continuité de la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, des propositions de modifications des décrets actuellement applicables à l'activité d'accueil et de traitement des urgences. Ces modifications visent à donner un cadre réglementaire rénové et plus lisible à l'organisation de la prise en charge des urgences.

Ces projets de décrets vont dans le sens d'une vision globale et cohérente de la médecine d'urgences : figurent désormais sous une même activité de soins — « médecine d'urgences » — l'ensemble des missions assurées par les Samu, les Smur et les services d'urgences. Cette approche complémentaire, qui s'inscrit dans une démarche de qualité, permettra de soutenir la mise en place d'équipes communes qui exercent sur les trois champs de la médecine d'urgences : la régulation des appels aux Samu, l'intervention en Smur et la prise en charge des patients au service des urgences. Cette organisation permet en effet de maintenir un niveau de formation, d'activité et de compétence satisfaisant pour l'ensemble des médecins urgentistes. Elle optimise également la gestion des moyens médicaux. Elle permet enfin de développer une nouvelle perspective d'activité diversifiée et de décloisonner les équipes pour la mise en place de procédures partagées et pour ainsi permettre des échanges de bonnes pratiques.

Par ailleurs, le nouveau dispositif est fondé sur une construction rénovée de la relation entre le service des urgences et son environnement, intra ou extra-hospitalier.

En premier lieu, l'amélioration du fonctionnement des services d'urgences passe par une meilleure articulation avec la médecine de ville et une organisation plus opérationnelle de l'accueil des patients, qui permette d'orienter immédiatement le patient vers la structure la plus adaptée à sa prise en charge (médecine de ville, maison médicale, consultations organisées au sein de l'hôpital…).

En second lieu, ces textes visent à mieux articuler les services d'urgences et les services d'hospitalisation de l'établissement, en replaçant la prise en charge de l'urgence dans la mission de l'ensemble de l'établissement autorisé pour cette activité et non sur le seul service des urgences.

Pour nourrir cette réflexion, une « fiche de dysfonctionnements » sera mise en place dans chaque établissement accueillant des urgences. En s'inscrivant dans une démarche de recherche d'amélioration de la qualité des soins, l'exploitation de ces fiches permettra de recenser les principales difficultés rencontrées et d'y chercher des réponses.

En troisième lieu, le dispositif place l'urgence au cœur d'une organisation fondée sur les ressources mobilisables au sein du territoire de santé dans le cadre d'un réseau formalisé autour de l'établissement siège du service d'urgences. Ce réseau, qui associe les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux concernés, offre les compétences médicales et les capacités d'hospitalisation indispensables pour garantir une prise en charge de qualité, y compris en amont et en aval des urgences.

Enfin, le projet de décret prévoit des modalités de prise en charge spécifiques à certaines populations ou pathologies, pour lesquelles la qualité des soins implique qu'elle soit assurée directement par les services compétents et que le passage aux urgences soit ainsi évité. Dans cet esprit, le décret définit des modalités de prise en charge spécifiques et mieux adaptées concernant la pédiatrie, la gériatrie et la psychiatrie, mais aussi pour les urgences vitales, comme par exemple en matière d'accident vasculaire cérébral ou d'infarctus du myocarde ou encore de traumatisme crânien, pathologies pour lesquelles le délai d'intervention est essentiel.

* Syndicats et sociétés savantes de médecine d'urgences, fédérations et conférences hospitalières, représentants des agences régionales de l'hospitalisation.

Solenne Barat
Sous-direction de l'Organisation du système de soins, direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de soins

confortant des professionnels dans l'impression qu'ils n'ont aucune responsabilité et sont dans une totale incapacité à proposer et à agir ;

- ou, avec discernement, faire la part de ce qui relève de l'État (les revendications n'en sont que plus pertinentes) et de ce qui dépend directement de leurs propres capacités de professionnels à résoudre leurs problèmes, en s'engageant à améliorer leur organisation.

Pour améliorer la gestion des flux, nous devons agir sur les points suivants :

- Poursuivre l'effort engagé en développant de nouvelles structures d'accueil : plus spacieuses, plus confortables, avec des agents d'accueil, des médiateurs… et pas seulement plus de médecins.
- L'organisation interne des établissements sièges de services d'urgences, sous la responsabilité du directeur et du président de la commission médicale d'établissement, doit prendre en compte les indicateurs d'activité des urgences, pour programmer les activités d'hospitalisation, chirurgicales, d'examens d'imagerie… Une véritable volonté doit s'afficher davantage que des déclarations de bonnes intentions.
- L'organisation des services d'urgences : l'effort pour renforcer les effectifs d'équipes en difficulté doit se poursuivre, mais il faut « optimiser le temps médical », avec de nouvelles organisations : modification des plages horaires médicales en fonction des pics d'activité, « mutualisation » des médecins du Smur (en dehors de leurs interventions) pour renforcer l'équipe des urgences. La constitution d'équipes médicales communes Samu/Smur/Urgences dans un même établissement, voire interétablissements, autorise cette mise en commun des moyens, et augmente donc le temps médical disponible pour le service d'urgences. Par ailleurs, il faut organiser dans nos services une répartition des flux en fonction de la durée prévisible de prise en charge des patients (prise en charge « courte » : malades relevant de la permanence des soins, traumatologie sans gravité…, une autre pour les patients qui seront probablement hospitalisés ou pour ceux dont la durée de prise en charge estimée, dès l'accueil, sera plus longue, et une autre, bien sûr, spécifiquement réservée aux patients graves…) On peut ainsi légitimement espérer une diminution globale du délai d'attente.
- L'évaluation de nos pratiques cliniques doit rester un objectif essentiel pour répondre aux objectifs de performances diagnostiques et thérapeutiques, et améliorer la gestion des flux (nos collègues nord-américains affichent une durée de passage inférieure à 4 heures pour 33 % des patients admis, et ceux de Grande-Bretagne pour 77 %…). Cette évaluation doit nous conduire, afin de maintenir un bon niveau de pratiques, vers la formation continue bien sûr, mais aussi, et surtout, nous engager à participer à des séances d'entraînement, à des exercices de simulation (stages de pratiques, mannequins…).

Nous finissons de traverser actuellement une période relativement favorable, avoir du soleil pendant les vacances (sans canicule…), et des ressources supplémentaires pour renforcer nos équipes en difficulté… Et pourtant, certaines déclarations sous-entendent des discours catastrophistes sur le devenir de nos services d'urgences…

Tâchons de préserver autant que possible un acquis essentiel : la confiance de nos concitoyens dans nos services d'urgences, car elle est précieuse, et que l'on cesse de croire que tout peut nous être accordé… Laissons de côté cette crédulité et continuons à nous « retrousser les manches » avec tous nos collègues hospitaliers pour être prêts à répondre aux besoins de la population dans le domaine de la médecine d'urgences.

Urgences pédiatriques
Quelles spécificités ?

Pascal Le Roux
Pédiatre, chef du Service des urgences pédiatriques, groupe hospitalier Le Havre

Un quart des urgences en France sont des urgences pédiatriques [9]. Les nourrissons de moins de 1 an ont recours aux urgences trois fois plus souvent que la population générale. Les moins de 6 ans représentent la moitié de la population pédiatrique vue en urgence. Ces quelques chiffres attestent du poids de la pédiatrie dans l'urgence et la demande de soins en urgence.

Les particularités liées à l'âge des patients, aux pathologies rencontrées, aux nombreuses demandes imposent une organisation spécifique de la prise en charge des situations urgentes en pédiatrie. Autre spécificité, l'urgence en pédiatrie concerne un trio : une équipe médicale, un enfant et ses parents. Elle est toujours pour une famille une situation traumatisante et la qualité de l'accueil, la gestion de la souffrance physique et morale et la capacité à partager les informations doivent être des soucis permanents.

Spécificités organisationnelles

La circulaire Dhos/SDO du 20 mai 2003 établit une reconnaissance des urgences pédiatriques [16]. Elle pose comme préambule : « *les enfants*[1] *ont vocation à être pris en charge, chaque fois que cela est possible, et en*

1. Enfant ou adolescent de moins de 18 ans.

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. *68.*

particulier aux urgences, par un pédiatre et du personnel paramédical ayant une expérience dans l'accueil et la prise en charge des enfants ». Elle définit trois niveaux d'intervention des établissements de santé en fonction de leurs moyens pédiatriques :

- établissement ne disposant pas de service de pédiatrie,
- établissement disposant d'un service de pédiatrie
- et établissement disposant de l'ensemble des ressources (service de pédiatrie médical et chirurgical, réanimation pédiatrique). Ce troisième niveau est souvent reconnu comme Posu[2] pédiatrique selon la nomenclature actuelle. Il fait l'objet de recommandations sur la prise en charge des urgences vitales et les caractéristiques des salles de « déchocage » [10].

Les projets modifiant les décrets relatifs à l'accueil et aux traitements des urgences intègrent cette hiérarchisation. Les exigences en termes de filière de soins, de locaux adaptés et individualisés ainsi que d'accueil des familles sont reconnues.

Les données démographiques concernant les pédiatres [26] et les chirurgiens pédiatres rendent indispensable une organisation intelligente en réseau avec les structures accueillant des adultes selon les particularités géographiques. Ce maillage en réseau est à établir dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) dans ses parties pédiatrie et urgences, grâce aux contrats relais (protocoles et procédures communes de prises en charge, évaluation des pratiques,…).

La création d'unités d'hospitalisation de courte durée aux urgences pédiatriques n'est réalisable que dans les grandes structures pédiatriques disposant d'effectifs médicaux et paramédicaux suffisants. Les travaux menés par le Colpège (Collège des pédiatres des hôpitaux généraux) montrent que, même sans individualisation d'unité fonctionnelle dédiée à l'urgence, la totalité des services de pédiatrie des hôpitaux généraux accueillent les urgences médicales en leur sein dans des locaux spécifiques ; pour les urgences chirurgicales, les prises en charge sont variables.

La circulaire de 2003 intègre l'accueil des « adolescents en crise ». Des organisations doivent être établies avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour permettre une réponse spécifique dans les situations d'urgence en santé mentale chez l'enfant et l'adolescent. Pour les situations de maltraitance et de sévices sexuels chez les mineurs, l'accueil dans les services de pédiatrie doit être organisé pour la réalisation des soins, l'élaboration des procédures médico-légales et l'hospitalisation dans les meilleures conditions.

Cette organisation planifiée n'exclut pas le rôle important de la médecine libérale. Une enquête « un jour donné », menée à Lyon, a montré que si les structures hospitalières reçoivent 6 à 18 % des consultations non programmées, les généralistes en assurent 65 à 74 % et les pédiatres libéraux 10 à 18 % [29][3]. À ce titre, l'enseignement de la pédiatrie en situation d'urgence est à développer dans les cursus universitaires des

figure 1

Moyenne horaire des passages sur un an au service des urgences pédiatriques, groupe hospitalier Le Havre (29 240 passages en 2003)

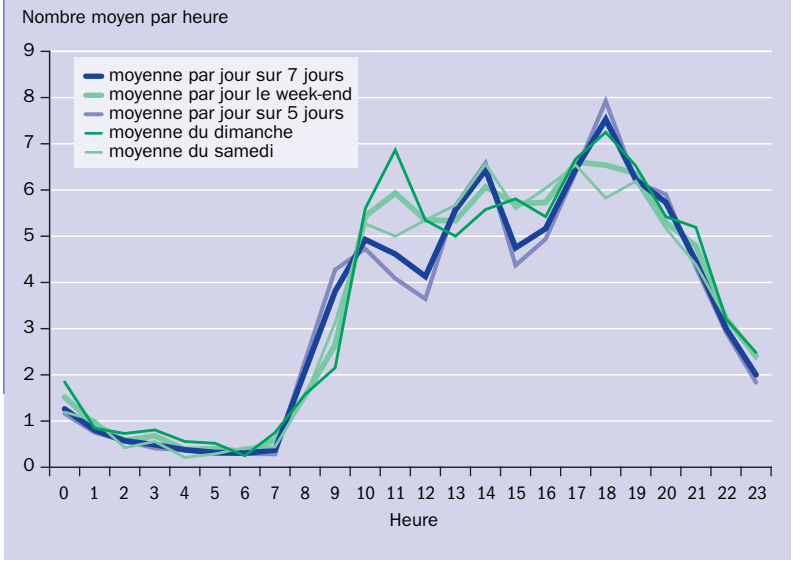
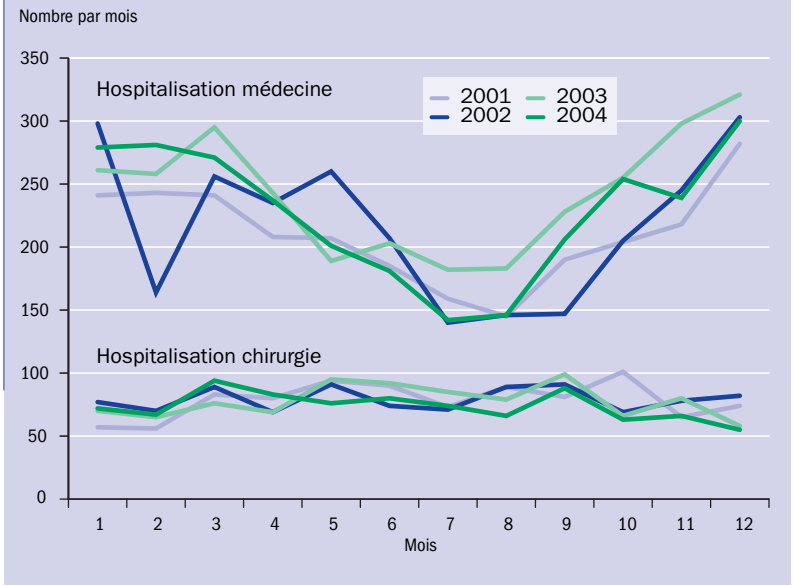


figure 2

Détail des hospitalisations médecine, chirurgie, service des urgences pédiatriques, groupe hospitalier Le Havre



2. Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences.

3. Cette répartition ne recouvre cependant pas exactement celle des demandes de soins urgents puisqu'elle prend en compte toutes les consultations non prévues 24 heures à l'avance. Par ailleurs, Lyon a la spécificité d'avoir une garde pédiatrique libérale structurée.

futurs médecins généralistes à l'instar de ce qu'ont fait nos voisins québécois.

Demandes de soins et motifs

Les demandes de soins urgentes qui parviennent à l'hôpital se répartissent entre urgence réelle (ou ressentie) et mauvaise utilisation de l'offre de soins. Les services d'accueil et d'urgences pédiatriques sont désorganisés par les demandes de consultation, le soir, de parents après leur travail. Les faibles taux d'hospitalisation, inférieurs à 20 %, et même à 10 % chez les plus de 6 ans, montrent l'inadéquation de nombreux recours à l'hôpital [9]. En atteste également la faible part (5 %) chez les moins de 15 ans des situations classées 3 à 5[4] dans la classification clinique des malades des urgences. Le recours direct aux services d'urgences est très fréquent (80 % des cas) tandis que l'adressage par un médecin est rare ; il est alors souvent suivi d'une hospitalisation [9]. De notre expérience, la mise en place des maisons médicales de garde élargit l'offre de soins mais ne « désengorge » pas les structures hospitalières. Il serait utile que les pédiatres participent aux comités départementaux de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins pour aider à la résolution de ce problème.

L'angoisse parentale représente environ un quart des motifs évoqués en premier lors de l'arrivée aux urgences [9, 29]. Elle est également un motif important de consultations téléphoniques en urgence [23]. Dans notre expérience, les demandes pour les moins de 1 mois sont surreprésentées par rapport à l'ensemble des moins de 6 ans. Elles ont lieu aux heures ouvrables des médecins libéraux et concernent souvent des questions de puériculture (conduite à tenir lors des difficultés d'allaitement, en cas de pleurs, définition du transit normal, de la température normale,…). À ce titre, les informations données (ou non) en maternité sont essentielles. La diminution annoncée des durées de séjour des mères en maternité nécessite des actions de prévention fortes et coordonnées avec les pédiatres libéraux, les médecins généralistes, sans oublier les services de protection maternelle et infantile.

Chez les moins de 2 ans, les variations saisonnières des passages aux urgences sont liées aux pathologies virales respiratoires et digestives (bronchiolites, gastro-entérites). L'importance numérique de ces affections a conduit les services de pédiatrie à organiser des lits supplémentaires l'hiver et à favoriser la création de permanences de kinésithérapeutes libéraux en fin de semaine en période hivernale.

La fièvre est une situation clinique délicate et très fréquente chez les nourrissons aux urgences ; elle appelle un diagnostic précis et rapide et nécessite une bonne information des familles sur sa prise en charge.

Les douleurs abdominales représentent 15 à 20 % des motifs de consultation en urgence, pour lesquels il importe de différencier pathologie chirurgicale (ex : appendicite) et cause médicale organique ou psychologique.

Chez les jeunes enfants, les accidents de la vie courante peuvent représenter jusqu'à 45 % de l'activité des services d'urgences médico-chirurgicales pédiatriques, *versus* environ 15 % chez les adultes. Parmi eux, les morsures d'animaux domestiques sont une préoccupation majeure, car quotidienne, et souvent lourde de conséquences fonctionnelles et esthétiques. Les services d'urgences jouent un rôle de sentinelle concernant les accidents de la vie courante pour l'Institut de veille sanitaire qui réalise en continu une surveillance de ces motifs de consultation (enquête EPAC, www.invs.fr). Ce travail permet l'élaboration de campagnes de prévention comme celle sur le port du casque et de protections pour la pratique de sports type rollers.

Chez les plus de 6 ans, les motifs de consultation en urgence sont majoritairement liés à la traumatologie, dont la prise en charge doit tenir compte des spécificités liées à la croissance de ces enfants. La pathologie infectieuse reste présente ; les pédiatres participent aux campagnes sur le bon usage des antibiotiques avec, par exemple, l'utilisation des tests de diagnostic rapide dans les angines.

En urgence, comme face à toute demande de soins, le pédiatre reste économe des examens complémentaires potentiellement source de douleurs pour l'enfant. La prise en charge de la douleur reste une priorité forte. De la même façon, le pédiatre prenant en charge un enfant ou un adolescent aura systématiquement un regard de surveillance sur le développement staturo-pondéral (dépistage de la surcharge pondérale), le calendrier vaccinal, les éventuels troubles comportementaux et scolaires évoqués par les parents et, si besoin, l'orientera vers son pédiatre référent et/ou la structure adaptée. Il s'attachera également à repérer les situations d'enfants en danger ou de maltraitance[5] (vigilance accrue lors des consultations répétées quel que soit le motif).

Conclusion

L'urgence pédiatrique présente des spécificités dans l'organisation des soins et dans la pathologie rencontrée notamment du fait de sa dimension triangulaire enfant–parents–pédiatres et soignants formés à la pédiatrie. La mise en place des Sros de troisième génération fournit l'opportunité d'établir un maillage constructif et harmonieux au profit des enfants et adolescents en demande de soins en urgence. Quoi qu'il arrive, la situation de consultation non programmée doit systématiquement être mise à profit pour vérifier les paramètres de la santé de l'enfant (croissance, vaccinations, scolarité, harmonie familiale).

4. États graves ou susceptibles de s'aggraver.

5. Conférence de consensus organisée par la Société française de pédiatrie et la Société francophone de médecine d'urgences.

Le patient âgé et les urgences

Claude Jeandel
Professeur de médecine interne-gériatrie, chef du Service de gériatrie-Centre de prévention et de traitement des maladies du vieillissement, CHU de Montpellier

Près de 30 % des patients accueillis au sein des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) sont âgés de 75 ans et plus. Ce chiffre peut paraître modéré, mais plus de 80 % d'entre eux nécessiteront une hospitalisation. La majorité des patients âgés de plus de 75 ans sont hospitalisés de manière non programmée *via* le service d'accueil et de traitement des urgences.

Si ce mode d'admission demeure adapté pour les patients âgés ou très âgés relevant d'une médecine de spécialité, elle est par contre reconnue inadaptée pour les patients gériatriques qui relèvent d'une prise en charge globale. La méconnaissance et non-prise en compte des spécificités du patient gériatrique (modes de présentation volontiers atypiques ou paucisymptomatiques, polypathologies, décompensations en cascade, syndromes gériatriques) et la non-reconnaissance des situations de vulnérabilité exposent aux risques d'une décision erronée de non-hospitalisation, d'une mauvaise orientation du patient au sein de la structure hospitalière et finalement à un risque accru de ré-hospitalisation précoce. En outre, l'admission d'un patient âgé fragile au SAU expose à certaines conséquences pouvant résulter de la longueur du temps d'attente et de l'absence de compétence gériatrique. Les retentissements d'une immobilisation prolongée peuvent ainsi apparaître en quelques heures : déshydratation, rétention aiguë d'urine, fécalome, plaies de pression, syndrome confusionnel…

L'organisation optimale doit permettre d'assurer l'orientation la plus adaptée du patient gériatrique admis au service d'accueil et de traitement des urgences, et de faciliter les admissions directes en court séjour gériatrique. Un tel dispositif, préconisé dans la circulaire DHOS/02/DGS/SD 5 DN 2002-157 du 18 mars 2002, relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques, implique l'intervention d'unités mobiles de gériatrie au sein des SAU et le développement des services de court séjour gériatrique. Il doit également pouvoir s'appuyer sur des consultations et hospitalisations de jour gériatriques pluridisciplinaires pour les patients ne nécessitant pas une hospitalisation à temps complet.

L'unité mobile de gériatrie (UMG)

Les unités mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés hospitalisés en étroite collaboration avec les équipes hospitalières et les réseaux de soins. Elles aident les différents services ou structures de soins non gériatriques à prendre en charge et à orienter les malades âgés qu'ils accueillent. Ces équipes ont notamment pour mission de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise charge de la personne âgée fragilisée dans l'ensemble des services de l'établissement et tout particulièrement dans les services d'accueil et de traitement des urgences. Elles contribuent à l'établissement du projet gérontologique du malade, à réduire les erreurs de filières et la durée globale d'hospitalisation. L'UMG met à la disposition des services une compétence spécifique auprès des personnes âgées hospitalisées. Elle joue un rôle de liaison entre les différentes structures gériatriques et les autres services hospitaliers. Elle devrait également à court terme assurer ce rôle de liaison avec les établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes (Ehpad), les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les intervenants au domicile.

L'intervention de l'unité mobile se fonde sur la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée. L'évaluation gériatrique standardisée est une approche globale de la personne âgée qui a fait la preuve de son efficacité en termes de diminution de la mortalité, d'institutionnalisation et de ré-hospitalisation précoce. Elle permet de poser les problèmes dans toutes leurs dimensions, médicales, fonctionnelles, psychologiques et sociales. Cette méthode utilise des outils validés en matière d'évaluation de l'autonomie, de la locomotion, des fonctions cognitives, des troubles de l'humeur, des risques de dénutrition, de chute ou de iatrogénie médicamenteuse.

L'activité d'unité mobile est assurée à l'aide de moyens spécifiquement alloués. L'unité mobile se compose au minimum d'une équipe pluridisciplinaire expérimentée, comportant un(e) gériatre, un(e) infirmier(e) et un secrétariat. La collaboration d'un(e) ergothérapeute et d'un(e) psychologue est nécessaire pour effectuer les évaluations fonctionnelles et psychométriques. Un contact doit souvent être pris avec l'assistante sociale du service en vue d'échanger les informations utiles pour proposer un projet de prise en charge post-hospitalisation. L'ensemble de l'équipe doit être formé aux techniques d'évaluation gériatrique.

Favoriser les filières courtes en s'appuyant sur le court séjour gériatrique

Le grand âge ne saurait constituer en soi un critère d'exclusion pour une admission en service de spécialité. Cependant les personnes âgées sont trop souvent admises dans ces services par défaut. Il importe donc de développer des unités de court séjour gériatrique destinées aux patients gériatriques et mieux adaptées à leurs besoins, c'est-à-dire à même d'apporter une approche globale, appropriée à leur polypathologie et/ou à leur risque de dépendance. L'objectif est de favoriser les admissions directes en service de gériatrie,

chaque fois qu'une hospitalisation dans ce service est nécessaire, sans passage préalable par le service des urgences. Cette procédure représente un bénéfice tel pour le patient qu'il est impératif qu'elle soit offerte dans tous les services de court séjour gériatrique.

La capacité en lits du service de court séjour gériatrique et son organisation interne doivent permettre de concilier la gestion des flux d'admission en provenance des urgences et celui des admissions par la filière courte. Le service se fixera des objectifs chiffrés pour chacun de deux modes d'admission et tendra, progressivement, à privilégier la filière courte.

Toutefois, il reste des situations où le passage par le service des urgences ne peut être évité. C'est pourquoi il est indispensable d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dans ces services. L'objectif de doter à terme tous les établissements hospitaliers sièges d'un SAU d'un service de court séjour gériatrique devrait permettre aux médecins urgentistes de faire appel à l'intervention précoce d'un gériatre ou d'un membre de l'équipe mobile gériatrique. Celui-ci pourra ainsi procéder à une évaluation globale de l'état de santé du patient, souvent plus facile à réaliser au sein de l'unité d'hospitalisation de très courte durée (lits portes) qu'aux urgences même. Cette évaluation permettra de mieux orienter le patient. Des hospitalisations ou ré-hospitalisations pourront ainsi être évitées en organisant le retour à domicile du patient avec les aménagements et les aides nécessaires, éventuellement en faisant appel à un service d'hospitalisation à domicile, tout en proposant, si nécessaire, un rendez-vous à l'hôpital de jour pour une évaluation gériatrique plus complète. L'admission du patient dans un service de gériatrie de court séjour ou son admission précoce en soins de suite et de réadaptation sera facilitée, lorsqu'elle s'avère nécessaire.

La consultation et l'hôpital de jour gériatriques

La consultation gériatrique est une consultation polyvalente assurant une expertise médicale et sociale s'appuyant en particulier sur une évaluation gérontologique afin de garantir une prise en charge et une orientation des plus adaptées.

L'hôpital de jour gériatrique est une structure indispensable qui permet de dispenser un diagnostic, des soins médicaux, un suivi psychogériatrique ou une rééducation-réadaptation adaptés, en minimisant la désinsertion socio-familiale du malade.

L'amélioration des conditions de l'accueil du patient gériatrique au service des urgences est conditionnée par :

- la présence de compétences gériatriques aux urgences, par le biais d'une équipe mobile de gériatrie dont l'objectif est, outre l'évaluation des patients gériatriques, d'impulser une sensibilisation et une formation gérontologique ;
- un secteur spécifiquement destiné aux patients gériatriques au sein des unités d'hospitalisation de courte durée dans les établissements à fort recrutement ;
- un nombre de lits de médecine aiguë gériatrique adapté aux besoins du bassin de population ;
- une filière gériatrique efficiente afin de réduire la durée moyenne de séjour et d'assurer un *turn-over* suffisant des patients gériatriques pris en charge dans les unités de court séjour gériatrique ;
- un réseau gériatrique ville-hôpital-Ehpad efficient, assurant entre autres des liens formalisés entre la filière gériatrique hospitalière et les Ehpad.

Les urgences et après ?
Le problème de l'aval des services d'urgences

Gilles Potel
Chef du service des urgences, SAU Nantes

L'engorgement répété des services d'urgences ne peut être analysé qu'à travers une réflexion qui doit savoir distinguer les causes conjoncturelles (la canicule, les catastrophes naturelles en général, les épidémies hivernales…), des causes structurelles (l'organisation des hôpitaux et du système de soins, la permanence des soins et la régulation téléphonique du Centre 15, etc.). Très souvent, les deux phénomènes s'intriquent, venant encore compliquer la recherche de solutions alors nécessairement complexes. La maîtrise de l'amont (dans la limite de ses possibilités) est traitée dans d'autres articles de ce numéro et vise à organiser de la façon la plus rationnelle possible la fréquentation des services d'urgences. Au travers d'exemples simples et d'expériences récentes vécues plus ou moins par tous les urgentistes de notre pays, ces quelques lignes n'ont d'autre ambition que de résumer la situation et de formuler quelques propositions concrètes.

Dans l'inconscient collectif (faites l'expérience autour de vous !), les urgences hospitalières reçoivent avant tout « les accidents de la route » et, d'une façon générale, la traumatologie, ce qui est loin de correspondre à la réalité. De ce point de vue, la série télévisée *Urgences* a probablement contribué de façon décisive à modifier cette image caricaturale et monolithique du monde des urgences.

Les flux de patients dans les services des urgences

Dans la réalité quotidienne, il faut distinguer trois grands flux qui font le quotidien de nos services, à l'origine de

besoins très différents en termes de structures d'aval, qui méritent d'être bien présents à l'esprit si l'on veut construire des solutions adaptées. Dans les hôpitaux à vocation généraliste, la distinction de ces trois flux a l'avantage de représenter des quantités à peu près équivalentes de patients.

Flux n° 1 : les adultes traumatisés

Il s'agit essentiellement de « petite » traumatologie : accidentologie routière, chutes sur la voie publique, rixes, traumatologie sportive, blessures domestiques etc. Certains de ces patients relèvent d'une prise en charge chirurgicale en urgence, mais pour 85 à 90 % d'entre eux, leur passage aux urgences est suivi d'un retour à domicile après les soins adaptés.

Flux n° 2 : la pédiatrie

Pour des parents inquiets, toute manifestation pathologique chez leur enfant est ressentie comme une urgence exigeant un recours médical immédiat qui rentre dans la mission des services d'urgences hospitaliers. Là encore, le service à fournir est principalement de l'ordre de la simple consultation, qui est suivie d'un retour à domicile dans 85 à 90 % des cas.

Flux n° 3 : les adultes non traumatisés

Il s'agit là d'une demande plus polyvalente dans sa nature, constituée essentiellement (mais pas seulement) de personnes âgées, atteintes d'affections chroniques déstabilisées (principalement cardiaques, neurologiques ou respiratoires) ou aiguës, et qui ont généralement fait l'objet d'une consultation préalable par un médecin généraliste qui les adresse aux urgences. Il faut y ajouter les urgences psychiatriques, et notamment les intoxications médicamenteuses volontaires, la pathologie liée à l'alcool, les urgences sociales, etc. Ce flux des adultes « non traumatisés » est à l'origine de la plus forte demande en lits d'hospitalisation en aval, proche de 50 % des patients admis.

Cette différence dans la nature des besoins en termes de structures d'aval trouve un écho très révélateur dans la mesure d'un indicateur : la durée moyenne de passage (DMP), qui est le temps moyen passé par les usagers sur le site de l'accueil des urgences… À Nantes, alors qu'il est de deux à trois heures pour les flux 1 (traumatologie adulte) et 2 (pédiatrie), il est de…. plus de huit heures trente pour les adultes non traumatisés. Si l'on tient compte du fait que « seulement » un peu moins de 50 % des patients du flux n° 3 requièrent une hospitalisation (un peu plus de 50 % ressortent rapidement après consultation), cette durée d'attente interminable (parfois jusqu'à 24 heures !) traduit la grande difficulté à trouver un lit à l'intérieur de l'hôpital pour les patients qui relèvent d'une hospitalisation.

Les solutions aux problèmes en aval des urgences

Trop souvent, un discours simplificateur conduit à la demande d'attribution de toujours plus de moyens pour les services d'urgences. Certains d'entre eux sont effectivement réellement sous-dotés en personnel (médical et soignant), et sont fondés à réclamer un réajustement des moyens. En revanche, une observation attentive de la réalité met quasi constamment en lumière l'insuffisance de lits d'hospitalisation en aval de l'accueil, problème qui ne peut être résolu par l'augmentation des moyens médico-soignants sur la seule zone d'accueil.

Rechercher (et trouver) un lit permettant à un malade de quitter la zone d'accueil (qui est le goulot d'étranglement du système) suppose que le service des urgences ait la capacité de connaître en temps réel les lits disponibles et que les lits disponibles correspondent à la pathologie que présente le malade.

La recherche de lits dans l'hôpital

La circulaire du 16 avril 2003 prévoit que les services d'urgences connaissent la disponibilité des lits des services de soins de leur établissement. À ce jour, les systèmes de recherche existants permettent rarement d'en avoir une connaissance exacte en temps réel. La saturation des filières de soins, la compétition entre admissions programmées et non programmées, voire le manque de volonté de la part des services hospitaliers de donner ces informations en sont les principales raisons. Un ou deux pointages sont faits tous les jours par les services d'urgences pour connaître les lits disponibles dans les différents services de leur établissement. Les médecins, les cadres infirmiers et les infirmiers des urgences passent beaucoup de temps au téléphone pour trouver les lits d'aval. Les solutions dans ce domaine sont donc plus d'ordre organisationnel que liées à la dévolution de moyens supplémentaires.

La recherche de lits doit être faite précocement lors de la prise en charge des patients. Elle doit faire l'objet d'une organisation à l'intérieur même du service d'urgences. L'identification précoce des patients reprogrammables vers une consultation (spécialisée ou généraliste) après leur sortie doit faire l'objet de protocoles pré-établis et actualisés disponibles dans le service d'urgences. Pour les patients nécessitant une hospitalisation, le type d'hospitalisation nécessaire est souvent envisageable dès le début de l'examen médical, sans attendre le résultat des examens complémentaires. La fonction de coordinateur de l'aval (médecin et/ou soignant) doit être identifiée et développée à l'intérieur même des services d'urgences.

Enfin, le renseignement correct des bases d'information passe par :

- une formation du personnel des services d'aval, et sa sensibilisation à l'importance du problème ;
- des incitations professionnelles ;
- un contrôle. Les nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC) doivent faciliter le repérage des lits disponibles à l'intérieur de l'établissement de manière fiable, lisible et reproductible. Il s'agit d'un préalable indispensable à toute organisation de l'aval des urgences. À terme, la disponibilité en lits sur un territoire sanitaire (comprenant également les possibilités du secteur privé) devra être également

visible, par l'interconnexion des données des établissements.

Les lits disponibles doivent correspondre aux besoins

L'engorgement chronique des services d'urgences n'est pas seulement lié à l'insuffisance quantitative de lits d'aval (le nombre de lits de court séjour par million d'habitants varie d'ailleurs pratiquement du simple au double d'une région à l'autre pour des raisons totalement incompréhensibles !) mais aussi à l'inadéquation croissante entre la demande de soins qui s'exprime dans les structures d'urgence et l'offre d'aval.

Cette inadéquation atteint son paroxysme dans les grands centres hospitaliers, où la participation de nombreux services à des activités de référence de plus en plus spécialisées et programmées est de moins en moins compatible avec l'activité des services d'urgences, par nature plus polyvalente et non programmée. Le flux entrant continu des services d'urgences est en opposition avec un fonctionnement hospitalier progressivement (et de plus en plus) discontinu : en fin de semaine (du vendredi soir au lundi matin), non seulement on assiste à la fermeture des unités de semaine, mais de plus aucune décision médicale concernant la sortie des patients n'est prise dans les services traditionnels. Les urgences deviennent donc un cul-de-sac pour tous les patients qui relèvent d'une hospitalisation, en dehors de ceux présentant une défaillance d'organe unique pour lesquels une permanence effective des soins existe sur le site de l'hôpital (infarctus du myocarde, intervention chirurgicale ou obstétricale d'urgence, etc.). Les autres, et notamment les personnes âgées polypathologiques (qui représentent plus de la moitié des besoins en lits), relèvent d'une structure beaucoup plus polyvalente. Le problème est que les services à vocation généraliste ont peu à peu disparu des grands hôpitaux, remplacés par des services spécialisés, créés au rythme de l'apparition de nouvelles spécialités ou sous-spécialités médicales ou chirurgicales. L'heure est donc à la création ou au développement de services de médecine à vocation polyvalente. Plusieurs expériences menées en CHU ou dans les hôpitaux généraux peuvent témoigner dès aujourd'hui de l'efficacité de tels services (Nantes, Nice, Caen, Clermont-Ferrand, Créteil, Le Mans, La Roche-sur-Yon, Lorient et d'autres). La question de savoir quelles disciplines (au sens universitaire du terme) doivent prendre en charge de telles unités n'est pas prioritaire. En revanche, ces unités doivent répondre à un cahier des charges récemment précisé par un groupe de travail de la Société francophone de médecine d'urgences, incluant notamment une participation de leurs praticiens au fonctionnement des urgences, un recrutement quasi exclusif à partir du service d'urgences, un fonctionnement « seniorisé » au maximum, et une visite les samedi et dimanche matins avec possibilité de faire sortir des patients ces jours-là. À l'heure de la tarification à l'activité (T2A), de tels services, dont les durées moyennes de séjour sont raccourcies, sont particulièrement rentables pour les établissements. Dans de nombreux hôpitaux, certains services spécialisés ont un taux d'occupation faible (des taux inférieurs à 70 % ne sont pas rares !), alors que les services à vocation polyvalente ont des taux d'occupation fréquemment supérieurs à… 100 % (par le jeu de l'installation de lits supplémentaires, voire de l'hébergement de patients de médecine… dans des lits de chirurgie). Il faudra un jour trouver le courage dans les établissements de se pencher sur ce problème de l'inadéquation entre la nature de la demande s'exprimant dans les services d'urgences et le maintien d'une offre spécialisée ne remplissant pas les lits !

Conclusion

Notre système hospitalier a vieilli. Ses capacités d'adaptation à des besoins qui changent sont limitées. Nos facultés de médecine forment des praticiens dont les compétences ne correspondent pas suffisamment aux besoins de la population. L'hyper-spécialisation, si elle est nécessaire au maintien d'un haut niveau de soins, doit venir en complément d'une offre de soins polyvalents et non programmés, correspondant à une demande qui s'exprime dans les services d'urgences. Le temps n'est plus à la réflexion, mais à l'action… urgente, faute de quoi les explosions conjoncturelles (saisonnières ou non) vont se multiplier, avec pour théâtre les services d'urgences, toujours plus encombrés… et plus désespérés.

tribunes

Les urgences : point de vue des

L'organisation complexe de notre système de soins est la plupart du temps méconnue des usagers. Leurs représentants souhaitent des programmes d'information sur les objectifs et le rôle des structures et acteurs qui le composent.

Nicolas Brun
Chargé de mission à l'Union nationale des associations familiales (UNAF)

Lors de différents colloques, conférences, articles, il n'est pas rare d'entendre ou de lire que les usagers utilisent à mauvais escient le système de prise en charge des situations d'urgence, que ce soit dans le cadre hospitalier ou dans celui de la médecine libérale. Et on entend parler de l'irresponsabilité des uns, de l'utilisation des services d'urgences comme simples prestataires de services par les autres, lorsque l'usager n'est pas directement désigné comme le responsable des maux dont souffrirait depuis des années notre système d'urgence et/ou de permanence de soins. Ces propos introductifs, volontairement provocants, ne sont pourtant pas très éloignés de la réalité.

Utilisation en urgence du système de soins : à qui s'adresser ?

Avant de reprocher aux usagers de ne pas bien utiliser l'offre de soins dans le cadre de l'urgence ou de la permanence de soins, il faudrait se demander si celle-ci est réellement compréhensible et lisible. Notre organisation des soins est très cadrée d'un point de vue réglementaire et les différents articles qui composent cette revue démontrent que chaque acteur a son propre rôle, chaque structure son propre domaine d'intervention. Pour autant, cette organisation reste nébuleuse pour l'usager, qui, face à une situation qu'il pressent comme urgente, va être tenté de se tourner vers la première structure qui lui vient à l'esprit ou vers celle qui lui semble la plus accessible.

En effet, comment se repérer entre les différents degrés et champs d'intervention des pompiers, du Samu ou du Smur, des associations d'urgentistes, des médecins libéraux, de la permanence de soins, des services d'urgences des établissements de santé publics et privés, des maisons médicales de garde, des numéros de téléphone des associations diverses et variées…, autant de professionnels ou de structures qui proposent parfois des offres comparables pour ne pas dire concurrentes ? De plus, les champs, les intervenants, les dénominations, les horaires et les modalités d'intervention peuvent varier d'un département à l'autre, voire d'une ville ou d'un secteur à l'autre, ce qui ajoute à la confusion.

Les acteurs doivent donner un mode d'emploi du système

Il existe un réel déficit de communication vers le public sur l'existence et les objectifs des divers acteurs et structures et sur leur complémentarité. Pour une bonne utilisation du système, il est impératif que soient clairement identifiées les différentes filières de soins qui s'offrent à l'usager afin que celui-ci puisse faire appel à celle qui répond effectivement à son besoin. Ce n'est pas à l'usager de s'interroger, dans un moment de stress, sur le bon numéro à composer ou le bon interlocuteur à solliciter. C'est au système de santé de se rendre, d'une part, visible et, d'autre part, de s'organiser et de se coordonner afin de répondre le plus efficacement possible, et avec les moyens adéquats, à la demande des usagers. Une organisation de ce type suppose une analyse préalable et une évaluation des besoins de la population. Il s'agit là d'une exigence lourde pour les professionnels, mais qui nous paraît néanmoins incontournable.

usagers

Une telle démarche est tout à fait compatible avec une sensibilisation de nos concitoyens sur cette organisation. Cela passe par une éducation à la santé soutenue. Force est de constater qu'il n'existe pas ou peu de lieux ou de programmes expliquant au public l'organisation du système de santé, les objectifs ainsi que les rôles des structures et des acteurs qui la composent. Si l'appréciation des Français, d'un point de vue intuitif, est généralement assez positive quant à l'organisation et à la compétence de ceux qui les soignent, ils n'ont la plupart du temps aucune idée de la manière dont le système fonctionne (on pourrait se poser la question de savoir si cette connaissance est toujours optimale chez les professionnels eux-mêmes!). Il y a donc là un chantier important à ouvrir.

La notion d'urgence, source d'incompréhension

La difficulté d'adapter l'offre et la demande provient sans doute également du fait que la notion d'urgence varie selon que l'on est un professionnel ou un simple citoyen. Dans la plupart des cas, l'usager ne fait pas de différences entre une urgence que les professionnels qualifieraient de réelle et une urgence ressentie.

La fièvre d'un enfant, le mal de tête d'un adulte peuvent être vécus comme des situations particulièrement stressantes et anxiogènes par chacun d'entre nous. Ce caractère angoissant peut être renforcé par des situations liées à l'environnement géographique, culturel ou social (isolement, impossibilité de se déplacer, antécédents au sein de la famille, difficulté de s'exprimer en français, situation vécue la nuit…). Si certains peuvent regretter cette absence de discernement, nous préférons tout de même, nous, représentants des usagers, que la personne se trompe plutôt qu'elle fasse appel trop tard aux services d'urgences. Cependant, l'on voit bien qu'aux côtés des organismes assurant la prise en charge pourraient se développer des plate-formes, notamment téléphoniques, donnant aux usagers des conseils sur les attitudes adéquates à adopter dans des situations qui ne revêtent aucun caractère de gravité, sans pour autant établir un diagnostic ou réaliser une consultation. Le besoin de réassurance de nos concitoyens est dans ce domaine important.

Notre société a changé, la cellule familiale est plus éclatée, les deux parents travaillent souvent, le rythme de vie s'est accéléré. L'exigence de performance et d'amélioration rapide de l'état de santé d'une personne s'est considérablement élevée. Tous ces facteurs entraînent de la part des usagers une demande de prise en charge de plus en plus rapide et globale, et ils se heurtent à un double impératif des professionnels de santé : d'une part, la nécessité de hiérarchiser les demandes et, d'autre part, leur propre aspiration à concilier vie professionnelle et vie familiale.

Enfin, l'attente des usagers vis-à-vis de l'offre d'urgence ne porte plus uniquement sur le volet sanitaire et purement médical. L'urgence sociale interfère de plus en plus sur ce champ. La multiplication des situations de précarité et de pauvreté rend encore plus difficile la prise en charge d'une certaine partie de la population par des professionnels de santé souvent désarmés et bien souvent sans réels moyens pour répondre à ces situations.

Tous ces paramètres pourraient aboutir, si l'on n'y prend garde, à l'émergence d'une incompréhension entre les professionnels de santé et leurs patients. Notre organisation des soins doit donc tenir compte de ces multiples évolutions sous peine de voir se creuser un fossé entre l'offre des professionnels de santé et les aspirations des usagers.

Le dialogue entre acteurs et usagers de plus en plus nécessaire

Face à toutes ces mutations et aux enjeux qui en découlent, il nous paraît plus que jamais nécessaire que le dialogue entre les structures sanitaires, les organismes représentant les intérêts des professionnels de santé et les représentants des usagers s'intensifie à tous les niveaux afin que l'offre réponde au mieux à la demande de soins dans un souci de qualité, d'efficacité et d'efficience de notre système de santé.

tribunes

Permanence des soins

Comment les médecins libéraux participent-ils à la permanence des soins ? Quelles sont les conditions nécessaires à une permanence des soins organisée et effective ?

Patrick Bouet
Médecin, secrétaire général adjoint
Ordre national des médecins

Tordons le cou à l'idée reçue selon laquelle les médecins ne voudraient plus assurer la permanence des soins ou que ceux-ci ne défendraient uniquement, dans leurs demandes d'adaptation réglementaire, que des intérêts financiers.

Cette affirmation est fausse. Au-delà du factuel, il y a la volonté de répondre aux besoins de la population et de le faire dans un environnement sécurisé, en réponse à une demande médicale dans le cadre d'une régulation médicale des appels. La permanence des soins n'est pas en effet l'exécution de toutes et n'importe quelles demandes d'un appelant.

Il y a aujourd'hui une réelle volonté des médecins de s'engager dans un processus organisé et équilibré de prise en charge des patients, en dehors des heures ouvrées des cabinets telles que définies réglementairement.

Pourquoi une permanence des soins ?

La permanence des soins est basée aujourd'hui sur :

– l'article 77 (article R4127-77 du Code de la santé publique) du Code de déontologie médicale ;

– le décret du 7 avril 2005 modifiant l'organisation réglementaire de la permanence des soins ;

– la définition de la permanence des soins comme une mission d'intérêt général par le législateur dans le cadre de la loi du 14 décembre 2002 sur le financement de la sécurité sociale.

Elle a pour objectif d'assurer un accès aux soins pour des consultations non programmées survenant en dehors des heures ouvrées de cabinet. Elle requiert :

– la présence de médecins volontaires (requis par l'autorité publique en cas d'échec du volontariat) ;

– une régulation médicale des appels ;

– un environnement réglementaire arrêté par le préfet (sectorisation, etc.) ;

– l'appui et la participation du conseil départemental de l'Ordre des médecins à tous les stades de réflexion, d'élaboration et de réalisation, voire dans la conciliation entre acteurs en cas de difficulté ;

– l'appui des acteurs institutionnels, nationaux, régionaux, départementaux voire locaux, afin d'optimiser les moyens mis à la disposition du patient et des médecins ;

– le respect par tous les acteurs de la réglementation en vigueur, notamment l'assurance maladie qui assure là un rôle de financeur tant par le biais des honoraires réglés au médecin que par la prise en charge de la régulation médicale, voire par le biais du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) dans la subvention des maisons médicales de garde.

La permanence des soins, par qui ?

L'acteur fondamental de la permanence des soins est le médecin libéral, acteur individuel de cette obligation collective. L'environnement législatif et réglementaire a placé cette participation sous le régime du volontariat individuel et a prévu, en cas d'insuffisance d'effecteurs, la contrainte administrative de réquisition préfectorale.

Ne nous y trompons pas, le volontariat n'est que le premier étage d'un dispositif encadré

réglementairement. Or, pour que le volontariat s'exprime totalement et dans le respect du professionnel de santé, il appartient aux autres acteurs de mettre en place les moyens matériels et financiers nécessaires à une prise en charge cohérente de la population dans un environnement sécurisé. Ces conditions d'activité assurant la qualité des soins relèvent de la responsabilité de l'État, garant d'un accès aux soins homogène sur l'ensemble du territoire.

On ne pourra donc reprocher aux médecins de ne pas être volontaires si, par ailleurs, les engagements pris par les autres acteurs ne sont pas respectés, notamment dans le cadre conventionnel et dans la régulation médicale des appels.

La permanence des soins, isolée ou intégrée dans un dispositif plus large ?

La permanence des soins n'est pas l'aide médicale urgente : il faut d'emblée le rappeler car c'est une confusion trop souvent mise en avant. Elle s'intègre dans un réseau global de prise en charge du patient. Son objectif ne peut pas être de décharger les services d'urgences, mais bien de répondre à une exigence de qualité et de sécurité de la population en matière de santé publique.

L'organisation des soins non urgents et non programmés ne doit et ne peut pas être considérée comme un premier étage de l'organisation des urgences, mais bien comme un moyen à part entière de prise en charge du patient. Elle exige une totale complémentarité avec l'ensemble des acteurs : Samu, Smur, SDIS, urgentistes des établissements de santé et d'associations des professions libérales. Elle exige de tous une réelle volonté de partenariat, gage d'aboutissement et d'efficacité, et ne doit pas être hypothéquée par des ralentissements dus à des objectifs comptables ou à des « obstacles financiers », car il s'agit d'une mission d'intérêt général.

Enfin, cette organisation n'a de validité que si elle est connue par les patients et si leur information, leur éducation à l'utilisation des moyens à leur disposition, est effectivement mise en place notamment par le biais des responsabilités de l'État en matière de santé publique. Cette dimension est une exigence.

On peut ainsi dire que :

- Sans les médecins libéraux, il n'y a pas de permanence des soins.
- Sans permanence des soins, la sécurité sanitaire de la population est hypothéquée.
- Sans éducation de la population, la régulation de ce système est vouée à l'échec tant au niveau qualité que faisabilité.
- Sans engagement de l'ensemble des partenaires institutionnels au côté des médecins, une telle organisation est impossible.

Quel rôle pour l'Ordre des médecins ?

L'Ordre des médecins est présent :

- Dans la réflexion organisationnelle au niveau de la sectorisation départementale car l'ordre départemental des médecins doit y être consulté systématiquement.
- Au sein du Codamups dont le conseil départemental est membre et qui est chargé de donner un avis sur l'organisation.
- Dans la tenue du tableau de permanence des soins et l'envoi aux divers partenaires prévus par les textes.
- Dans la concertation entre acteurs et la conciliation entre professionnels ou avec les professionnels en cas de difficulté d'élaboration du tableau dans le cadre des exemptions de garde.

Au niveau régional, l'Ordre des médecins est également présent en donnant un avis sur les propositions qui pourraient être faites à cet échelon.

Au niveau national, dans le cadre de l'organisation réglementaire et de son suivi déontologique.

Ainsi, l'Ordre apporte son savoir déontologique, mais aussi sa compétence d'organisation. Enfin, grâce au maillage de la totalité du territoire tant hexagonal qu'extra-hexagonal, il a la connaissance totale du terrain et son expertise est fondamentale.

Nous avons pu, à titre d'exemple, grâce à cette place privilégiée, en mars 2005, faire une enquête nationale, exhaustive sur l'organisation de la permanence des soins avant publication du nouveau décret. Enquête que nous avons été les seuls capables de produire à ce moment.

La permanence des soins est avant toute chose un engagement de l'ensemble de la profession, engagement collectif dont la mise en œuvre est individuelle mais intégrée dans une organisation rationnelle.

Les médecins français veulent faire de la permanence des soins, mais intégrée et organisée, où leur rôle sera connu, reconnu et valorisé par l'ensemble des acteurs.

Avec des professionnels engagés, il s'agit de faire une médecine utile aux patients et comprise par la population comme étant une chance et non pas un service de plus à consommer sans discernement.

tribunes

Urgentistes : les « épontilles » du

Point de vue de l'Association des médecins urgentistes sur la situation des urgences en France.

Patrick Pelloux
Praticien hospitalier, président de l'Amuf

Lorsque nous avons créé l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf), en 1997, une nouvelle forme d'action syndicale et associative est née. Nous étions tous et toutes avec des statuts précaires et dans un néant pour notre avenir professionnel. À cette époque, seulement 155 praticiens hospitaliers de médecine d'urgences étaient nommés (1 580 actuellement). Suite à un rapport du Conseil économique et social de 1988, entre 1990 et 1995 un milliard de francs avait été déployé par les gouvernements successifs pour renforcer, structurer, « sénioriser » les services d'urgences hospitaliers et pré-hospitaliers. Lors du forum organisé par l'Amuf et le ministère sur les urgences en mars 1998, le ministère a retrouvé que seulement un tiers de la somme était effectivement arrivé aux urgences ! Les deux autres tiers s'étaient perdus dans les méandres des hôpitaux. Les chefs de service venaient de toutes les spécialités ou parfois faisaient semblant de s'intéresser aux urgences ! Les querelles médecins/chirurgiens/anesthésistes-réanimateurs laissaient présager de longues luttes pour faire naître la médecine d'urgences. N'oublions pas, dans cette histoire des urgences en France, les infirmières, les étudiants en médecine qui étaient bien souvent seuls aux urgences jusqu'au début des années quatre-vingt-dix. Nous pouvons aussi rapprocher cela de l'absence de réflexion sur la prise en charge des catastrophes jusqu'en 1986, date à laquelle l'amateurisme de la prise en charge de l'attentat de la rue des Rosiers fut un bel exemple. Il a fallu un courage militant, notamment de quelques anesthésistes des Samu, comme les docteurs Christine Amiratti, Claude Lapendrie ou Daniel Janniere, pour se battre et structurer une culture de la prise en charge des catastrophes dans le domaine hospitalier et pas seulement par la Sécurité civile.

Mais pourquoi la structuration des services d'urgences n'a-t-elle pas été faite avant ? Comment le corps universitaire, celui qui détient le savoir, qui finalement a une fonction intellectuelle logiquement sans jugement partisan, mais basée sur les preuves scientifiques, a-t-il laissé les services d'urgences, pendant presque un siècle, sans structuration, construction pédagogique, avec une vision à court, moyen et long termes pour l'ensemble des personnels des services d'urgences ? La médecine s'est construite en privilégiant les soins programmés, les missions définies, mais rarement en priorisant la permanence des soins, l'aléatoire, la santé publique, les urgences. Un développement de l'ensemble des structures d'urgences, et pas seulement celles dépendant des CHU, fut donc nécessaire. Le but étant de construire la culture de la médecine d'urgences afin d'élaborer, quels que soient le parcours du médecin urgentiste et son mode d'exercice, une formation initiale dans l'égalité de l'accès au savoir et une formation continue qui soit contemporaine du nouveau millénaire. Les urgentistes doivent s'épanouir dans leur métier et posséder toutes les connaissances nécessaires pour prendre en charge l'ensemble des urgences pré-hospitalières et hospitalières…

La naissance d'un syndicalisme de l'Amuf n'est pas une tare pour un métier. Il est intéressant de voir le regard des médecins les plus anciens qui ne comprennent pas toujours les

système de santé

nombreux enjeux sociaux. La féminisation de la médecine, qui est une richesse, les médecins à diplômes étrangers, les médecins urgentistes atteints d'un handicap, ceux victimes de harcèlement, les administrations qui ne payent pas leur dû, la formation professionnelle : voilà quelques-uns des champs d'actions sociaux. « *On ne peut pas faire de la médecine d'urgences toute sa vie* », a-t-on entendu l'autre jour, comme dans n'importe quel métier où les conditions de travail ne sont pas décentes ! La lutte sociale pour avoir des conditions de travail acceptables, de qualité, une valorisation sociale de son travail, une égalité de traitement social entre toutes et tous les urgentistes n'est pas un défaut, mais une chance pour la spécialité de médecine d'urgences. La valorisation sociale d'une profession n'a jamais entraîné sa destruction mais sa construction. Enfin, les statuts sociaux : si nous ne valorisons pas les métiers aux contraintes de temps, de l'aléatoire, du soin non programmé, de l'évolutivité permanente, de la garantie des retraites (le projet actuel les fait baisser de 38 % !), nous ne favoriserons pas l'accès aux jeunes.

La médecine d'urgences va désormais se complexifier par sa science, par l'environnement. La récession économique qui se présente à nous fera des ravages sociaux ; tous les éléments démographiques font que les actions de soins et sociales vont devoir travailler en symbiose. Les urgences doivent être un élément indispensable du système sanitaire et social, et pas le moyen de pallier toutes ses carences. Concomitamment, l'hôpital va s'organiser de plus en plus sur un modèle d'entreprise et les combats sociaux devront souligner sa singularité car la production industrielle n'est pas applicable à la fonction hospitalière médicale.

Pour le lien avec la ville, la permanence des soins est un élément essentiel. Les services d'urgences hospitaliers et le Samu ne sont pas là pour faire ce que l'ensemble du système ne veut pas assurer. Un système organisé n'est pas une anarchie. Deux ans après la fin des obligations pour les gardes des médecins de ville, l'Ordre des médecins avoue un échec, les maisons médicales ferment les unes après les autres, les Smur sortent pour faire des certificats de décès, la Cour des comptes s'alarme de la croissance des dépenses. Les médecins libéraux, ou de ville, et ceux de l'hôpital ne sont pas ennemis, mais bel et bien complémentaires. On ne reviendra pas sur le volontariat pour les gardes, mais on ne peut laisser la population dans l'incertitude de la permanence des soins au risque d'aller nous-mêmes vers la judiciarisation de la relation entre médecins et malades. Mais deux écueils sont à éviter : les compétences doivent se développer en matière de prise en charge des urgences et il faut parvenir à une formalisation régionale des échanges entre médecins de ville et hospitaliers, pas seulement les généralistes mais aussi les spécialistes, si nous voulons être crédibles pour les malades et accomplir notre devoir de soigner et d'être organisés afin de tendre vers un accès égalitaire aux soins. Qu'est-ce qu'un service public, sinon au moins la garantie de l'égalité, de la fraternité ? La permanence des soins est un service public à organiser en complémentarité avec la médecine de ville.

Les échéances prochaines seront, pour les urgentistes, la préparation de la gestion des risques de catastrophes (épidémie de grippe aviaire, terrorisme, risque NRBC, actions humanitaires d'urgences…), mais aussi la complémentarité avec l'ensemble des professionnels du système de santé, aussi bien de la ville que de l'hôpital, de la santé publique (le travail avec l'INVS est un formidable espoir), et aussi les relations avec les représentants des malades. L'Amuf souhaite progresser dans ce sens. C'est ce que nous voulons, alors faisons-le, mais pas demain ! Maintenant, ensemble, et pour un avenir meilleur.

tribunes

La médecine d'urgences, une nouvelle spécialité médicale en

Pour la SFMU, la médecine d'urgences est une spécialité médicale qui doit se développer et se structurer pour répondre encore mieux aux attentes actuelles.

Gérard Bleichner
Chef du service des urgences et de la réanimation, CH Victor Dupouy, Argenteuil, président de la Société française de médecine d'urgences (SFMU)

En trente ans, une nouvelle spécialité médicale a vu le jour. Elle s'avère essentielle dans la réponse aux besoins de santé.

Dans les années soixante-dix, l'exercice de la médecine d'urgences n'était absolument pas organisé. En ville, les médecins traitants répondaient le jour et la nuit aux appels de leurs malades en dehors des heures ouvrables. À l'hôpital, le rapport des présidents de CME de 1988 montrait que 11 % des malades seulement étaient vus par des docteurs en médecine, que plus de 10 % des services d'urgences n'avaient ni locaux spécifiques, ni personnels spécifiques. Les malades étaient vus par les seuls internes et les moyens techniques mis en œuvre pour les prendre en charge étaient très limités. Ces constatations, reprises par les rapports des professeurs Steg et Barrier, ont permis une importante réforme de la prise en charge en urgence des malades en ville comme à l'hôpital.

La médecine d'urgences est, en vingt ans, devenue une spécialité médicale à part entière.

La médecine d'urgences : une spécialité spécifique

Plusieurs caractéristiques font de la médecine d'urgences une spécialité spécifique.

Une réponse à un besoin de sécurité

L'évolution des techniques et des compétences vers une plus grande efficacité justifie la disponibilité de ces moyens le plus tôt possible. Avant même l'arrivée à l'hôpital, les Samu et les Smur permettent la prise en charge immédiate des malades les plus graves. À l'hôpital, la plupart des moyens techniques sont maintenant disponibles en temps réel, de jour comme de nuit, quand ils sont nécessaires. La société elle-même demande que partout en France, et de façon permanente, ces moyens soient disponibles. Cette exigence de disponibilité justifie la planification de l'organisation des services d'urgences à travers les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros).

Une réponse permanente

La réduction du temps de travail, la place des loisirs et la recherche de productivité conduisent l'offre de soins à réduire ses horaires de disponibilité : les cabinets médicaux ferment le soir et les week-ends, l'hôpital ferme ses structures permanentes au profit des hôpitaux de jour et de semaine. Mais l'accident, la maladie frappent à toute heure et la permanence des soins et la médecine d'urgences doivent s'organiser pour combler ces vides.

Une réponse globale

Le développement des techniques médicales a favorisé le développement des « spécialités d'organes » (cardiologie, pneumologie, rhumatologie, etc.). Elles n'ont pas supprimé le besoin d'une prise en charge globale du malade. Aussi, face aux « spécialités d'organes », des « spécialités d'exercice » se sont créées. Comme la médecine générale, la médecine d'urgences et la gérontologie en sont les exemples les plus évidents et les plus nécessaires. Les médecins d'urgences doivent garder une polyvalence complète. À la différence des spécialités d'organes, ils ne peuvent pas refuser tel ou tel type de malades, soit du fait d'une spécificité médicale qu'ils ne connaîtraient pas, soit du fait de la gravité,

réponse à un nouveau besoin de société

de l'âge ou de problèmes sociaux ou psychologiques associés.

Une réponse immédiate

Un certain consumérisme pourrait être flatté par ce type de réponse efficace, rapide et permanente. C'est d'ailleurs un reproche fréquemment fait aux services d'urgences : ils accueillent la « bobologie », « beaucoup de malades exagèrent et pourraient attendre le lendemain ». En ce domaine, un peu de pratique de terrain apprend vite que la « bobologie », c'est la souffrance des autres, et que pour soi-même le soulagement et l'avis médical rassurant sont une urgence. Qu'on le veuille ou non, la demande de la société est devenue exigeante. En pratique, une entorse de cheville peut bien attendre le lendemain sans préjudice fonctionnel, mais qui accepterait d'attendre pour être soulagé ? Une douleur intercostale peut bien attendre le lendemain, mais est-ce au malade de faire la différence entre un infarctus débutant et une névralgie intercostale ?

Les perspectives de la médecine d'urgences

Comment développer et améliorer cette nouvelle spécialité pour mieux répondre à cette demande de soins en urgence ?

Adapter les pratiques de soins aux urgences

Le raisonnement médical, bien différent de l'approche classique, ne se fait pas par pathologie définie mais par motif de recours. On ne vient pas pour une pyélonéphrite, mais pour une fièvre isolée. L'enseignement traditionnel de la médecine a peut-être trop favorisé la description des « formes typiques », alors que la réalité est beaucoup plus trompeuse et complexe.

Le grand nombre des malades se présentant aux urgences, dans chaque service d'urgences, appelle à une standardisation des pratiques. Cette standardisation doit être fondée sur l'*Evidence Base Medicine* (la médecine fondée sur les preuves). Elle doit conduire à une protocolisation des démarches diagnostiques et thérapeutiques, et doit réduire les disparités de prise en charge. Après tout, c'est une obligation éthique que de faire en sorte que la qualité des soins ne varie pas selon le professionnel ou le moment de la prise en charge.

Développer la recherche en médecine d'urgences

Ce développement devient dès lors une nécessité pour pouvoir modifier la pratique des soins. Cette recherche se développe surtout dans le champ de l'épidémiologie, de la sémiologie, de la structure du raisonnement médical, de la pertinence des outils diagnostiques et de la thérapeutique. L'importance de la charge de travail habituelle des services d'urgences a dans l'ensemble freiné le développement de la recherche dans ce secteur. Il est urgent de développer des programmes de recherche clinique et de doter les structures d'urgences des moyens nécessaires à la recherche.

Promouvoir une réelle filière universitaire de médecine d'urgences

En réponse à la spécificité de cette pratique d'urgence, l'enseignement est encore insuffisant. Malgré la création d'un diplôme d'études supérieures complémentaires (DESC) cette année, il n'existe pas de filière universitaire. Les services d'urgences hospitalo-universitaires ne sont pas sous la responsabilité de médecins universitaires. Il n'y a pas de carrière universitaire possible, pas d'enseignants spécifiques. L'enseignement de la médecine d'urgences est encore livré à la bonne volonté de spécialités voisines, parfois sans cohérence et sans pertinence. Enfin, elle n'offre pas de carrière. Comment promouvoir un jeune médecin de qualité qui ne trouvera pas dans cette discipline un statut à la hauteur de ses possibilités et de ses ambitions ? Une spécialité de médecine d'urgences existe déjà ou est en train d'apparaître dans de nombreux pays européens.

Évaluer le service rendu et les pratiques professionnelles

Depuis dix ans, la Société française de médecine d'urgences (SFMU) a développé des outils d'évaluation. Elle a créé un système d'audit par les pairs des services d'urgences visant à promouvoir les démarches qualité. De très nombreux référentiels de pratiques ont déjà été écrits et permettent à chaque service de s'évaluer. Néanmoins, beaucoup d'autres restent encore à établir concernant l'organisation des services d'urgences, la démarche de soins et leur évaluation.

Le développement de la médecine d'urgences est reconnu de tous. Les moyens affectés ces dix dernières années ont été importants. Ces changements ne sont pas dus à des conceptions nouvelles, mais à des besoins nouveaux de la société qui demande à profiter en tout temps des soins les meilleurs. La réponse qui lui est faite, même si elle s'est grandement améliorée, n'est pas encore complètement satisfaisante. Nous devons encore structurer cette spécialité nouvelle de la médecine d'urgences.

tribunes

L'urgence, les urgentistes et les autres acteurs

L'urgence est devenue une exigence forte de notre temps. Afin que les urgentistes puissent remplir leur tâche, il est nécessaire que leur champ de compétences et leurs missions soient précisés et respectés par l'ensemble des acteurs.

Bruno Mangola
Chef du Service des urgences,
Centre hospitalier de Mâcon

Répondre à la question de la prise en charge des urgences et demandes de soins en urgence, c'est d'abord se poser la question : c'est quoi, l'urgence ?

Divergences autour de l'urgence

Pour les patients se présentant dans le service des urgences, l'urgence se résume souvent au TTTM : Tout, Tout le temps, Tout de suite, pour Moi.

Tout, c'est tout type de demande, concernant la santé mais pas seulement. Ce « tout » cache souvent une angoisse ou une peur que l'on va tenter d'apaiser en se rendant aux urgences.

Tout le temps, car le service des urgences est bien souvent devenu le seul lieu disponible quand aucun autre n'est ouvert.

Tout de suite, car le service des urgences est le lieu où l'on se rend parce qu'on ne peut pas attendre, parce qu'on estime avoir besoin de soins rapides ; l'urgence traduit ainsi un rapport subjectif au temps.

« Pour moi » est la déclinaison de l'individualisme de notre société, la solidarité se manifestant plus facilement pour les catastrophes naturelles qu'au jour le jour.

Pour l'équipe des urgences, le TTTM est parfois vu sous un autre angle.

Tout ? C'est parfois tout et n'importe quoi. Du patient venant demander une consultation pour sa douleur à l'estomac et qui s'effondre derrière la banque d'accueil en arrêt circulatoire lié à un infarctus du myocarde à celui qui vient parce que son bout de doigt est rouge, parce qu'il a peut-être été piqué par un insecte, et qui n'a finalement rien du tout !

Tout de suite ? C'est parfois pour avoir une consultation spécialisée rapidement parce qu'en ville il faut six mois pour obtenir un rendez-vous avec un ophtalmo ou trois semaines pour avoir un scanner. C'est les patients qui viennent, tous en même temps, après 20 heures, parce qu'ils « travaillaient » avant et qu'ils n'ont pas eu le temps d'aller voir leur médecin en ville !

Tout le temps ? C'est la demande de consultation à 3 heures du matin parce qu'on s'est tordu la cheville « en boîte » ; on a quand même continué à danser, mais en sortant on avait du mal à poser le pied par terre alors on « passe aux urgences » avant de rentrer chez soi. C'est la douleur dentaire à 2 heures du matin alors qu'on a mal aux dents depuis huit jours.

Pour moi ? C'est cette patiente, déambulant dans le couloir avec sa plaie de l'avant-bras superficiel, hurlant au scandale parce qu'elle n'est pas suturée immédiatement alors que toutes les équipes sont mobilisées autour de multiples blessés d'un accident de la voie publique très grave dont elle est parfaitement informée ! C'est cette mère de famille qui, emmenant le petit dernier pour une fracture de clavicule, en profite pour demander l'avis du docteur sur les boutons de l'aîné et souhaite qu'on lui prenne la tension.

Comme l'explique Zaki Laïdi, chercheur du CNRS, dans *La Tyrannie de l'urgence*[1], l'urgence est devenue la nouvelle mesure du temps social, elle surcharge le temps d'exigences inscrites dans la seule immédiateté. Pour lui, la généralisation de la logique de l'urgence

1. Laïdi Z. *La Tyrannie de l'urgence*. Conférence au musée de la civilisation Éd. Fides, 1998.

entraîne l'inadéquation des structures et des institutions aux attentes et demandes sociales. Elle explique aussi la demande répétée et insistante des médecins dont la spécialité est le temps, les urgentistes, pour que soient définies leurs missions.

À défaut, ils se trouvent parfois dans une position schizophrénique en devant résoudre des problèmes de société sans en avoir les moyens ou les compétences. Cette absence de champ de compétences défini est source pour eux de difficultés et d'incompréhensions avec les autres acteurs.

Incompréhension avec les acteurs de l'hôpital, car les urgentistes représentent le « non-programmé », donc le désordre, désordre dans l'ordonnancement des services d'hospitalisation, désordre dans le programme opératoire car le malade non prévu vient déranger l'organisation déjà difficile du programmé, désordre lié au « en plus » (un malade supplémentaire à prendre en charge) quand le temps est déjà compté. Les urgentistes ont ainsi souvent l'impression de ne pas être compris ou du moins que les autres spécialistes ne comprennent pas leur demande quand le premier réflexe de ces derniers est le rejet. Au bout du compte, c'est le patient qui peut en souffrir.

Incompréhension avec les acteurs extérieurs, car l'urgentiste, omnipraticien certes, mais non spécialiste en tout, doit donner une réponse immédiate alors qu'il n'a pas toujours toutes les données.

Relever les défis des TTTM

Pour toutes ces raisons, la confiance entre urgentistes et autres acteurs risque de s'émousser au fil du temps, d'autant que l'urgentiste est sous le regard quotidien de tous, à l'intérieur comme à l'extérieur. Il est important et urgent de rétablir cette confiance.

Comment ?

En osant. L'art du politique n'est-il pas de rendre possible ce qui est nécessaire ? Osons dire que l'hôpital, c'est d'abord les urgences « immédiates », vitales, nécessitant une hospitalisation. Osons affirmer que l'ambulatoire relève d'abord du médecin traitant. C'est sur sa décision ou celle du Centre 15 que l'orientation à l'hôpital devrait reposer. Osons relever les défis des TTTM, mais dans une déclinaison différente et plus valorisante.

Considérons le « Tout » comme une globalité

Globalité du malade qui ne se résume pas à une pathologie, mais est une personne avec un organe ou une fonction qui souffre dans un corps donné, lui-même dans un environnement donné. En raisonnant ainsi, on évitera le « saucissonnage » de la médecine et la mauvaise prise en charge des malades.

Globalité de l'établissement de santé, car le malade demande des soins à l'hôpital, à tous ses acteurs et non au seul service des urgences qui n'est, ni ne veut être, « un hôpital dans l'hôpital ».

Globalité du médecin urgentiste, empruntant à toutes les spécialités les premières heures du soin. C'est évoquer la formation initiale que donnera la spécialité universitaire enfin acquise, et aussi la formation médicale continue qui est à construire. C'est encore savoir demander l'avis du spécialiste quand il faut et à bon escient.

Le « Tout le temps »

Les malades doivent être garantis de trouver 24 heures sur 24, 365 jours sur 365, dans un service des urgences labellisé, une équipe de soignants qualifiée, compétente, quel que soit le lieu de prise en charge.

La permanence et la continuité des soins dans les territoires de santé ou les bassins de vie doivent être assurées.

Pour les médecins, tout le temps, c'est affirmer que l'on peut faire carrière dans un service des urgences dans toutes ses déclinaisons, c'est donc anticiper sur l'avenir en précisant leur nombre pour effectuer les missions demandées, prévoir des évolutions de carrière en considérant la pénibilité de certaines tâches (régulation au Centre 15, accueil des urgences, par exemple).

Pour l'établissement de santé, c'est être sûr de sa pérennité dans le territoire, c'est définir ses missions de service public, mais aussi ses missions particulières du fait de ses spécificités, c'est lui donner les moyens de faire.

Le « Tout de suite »

On l'obtiendra en donnant aux patients une lisibilité des structures composant cet ensemble complexe qu'est un établissement de soins, ce qui leur permettra d'avoir des choix éclairés. On y tendra en leur donnant une visibilité des fonctions de chacun ; ils pourront ainsi être mieux informés.

Dans les établissements de santé, en permettant à tous les professionnels d'être des acteurs reconnus et respectés dans les décisions qui les engagent. C'est à ce prix que l'éthique sera préservée, que l'équité sera garantie et que l'économique sera accepté parce que compris.

Il faut écouter les urgentistes, ils sont parfois un bon « baromètre » ! Il faut leur préciser leurs missions et surtout s'y tenir.

Le « pour Moi »

En tant que futur patient des urgences, je veux être assuré d'être pris en charge partout en France par des collègues en qui je peux avoir confiance. Je veux être sûr qu'ils sont compétents en médecine d'urgences, parce qu'ayant les mêmes référentiels que moi. Je veux être certain qu'ils ne sont pas épuisés parce que leurs conditions de travail sont correctes. Je veux être assuré qu'ils me confieront au bon spécialiste, si j'en ai besoin, parce qu'ils connaissent bien leur établissement ou le réseau dans lequel ils peuvent m'inscrire sans risque.

En tant que membre actif de l'institution, c'est-à-dire en tant que président de la commission médicale d'établissement, je veux que les patients bénéficient de soins de qualité en toute sécurité et que mon établissement soit suffisamment efficient pour donner envie aux collègues de toutes spécialités de venir y travailler.

En tant que médecin, je suis heureux d'exercer le métier que j'ai choisi parce qu'il correspond à mes valeurs : humanisme et technicité. Je suis heureux lorsque les patients, dont je dois gagner la confiance en peu de temps, me disent merci en guise de contrat réussi.

bibliographie

1. *50 millions de consommateurs*, n° 256, décembre 1992.
2. Alfandari E. « Systèmes d'assistance ». Article pour l'*Encyclopaedia Universalis*, 1996.
3. Article L. 612-5 du Code de la santé publique.
4. Barot F. *La médecine d'urgences : évolution du concept, de l'antiquité au Samu*. Thèse n° 98, année 1998, université de Picardie Jules Verne — faculté de médecine d'Amiens.
5. Baubeau D., Carrasco V. « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières ». *Études et résultats* n° 215, Drees, janvier 2003
6. Baubeau D., Deville A., Joubert M., Fivaz C., Girard I., Le Laidier S. « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés ». *Études et résultats* n° 72, Drees, juillet 2000.
7. Bellou A., de Korwin J.D., Bouget J., Carpentier F., Ledoray V., Kopferschmitt J., Lambert H. « Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques ». *La Revue de Médecine Interne* 2003 ; 24 : 602-12.
8. Carli P., Télion C. « Arrêt cardio-respiratoireo »In *Urgences médico-chirurgicales de l'adulte*, Carli P., Riou B., Telion C. Paris : Arnette, 2004, p. 165-179.
9. Carrasco V., Baubeau D. « Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale ». *Études et résultats* n° 212, Drees, janvier 2003.
10. Chéron G., Chabernaud J.-L., Dalmas S., Floret D., Leveau P. *et al*. « Recommandations concernant la mise place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales pédiatriques ». *Arch Pédiatr* 2004 ; 11 : 44-50.
11. Circulaire DHOS n° 2001-76 du 5 février 2001 relative à la participation des transporteurs privés dans la prise en charge des urgences préhospitalières.
12. Circulaire DHOS n° 01/2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.
13. Circulaire DHOS n° 2003-204 du 23 avril 2003 relative à l'organisation de la garde ambulancière.
14. Circulaire DHOS n° 2033/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
15. Circulaire DHOS n° 2204-151 et NOR/INT/E04/0003/C du 29 mars 2004 relative au rôle des Samu, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.
16. Circulaire DHOS/SDO n° 238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences.
17. Circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.
18. Circulaire du 21 avril 1995 relative à la mise en place du 112, numéro de téléphone d'urgence unique européen. *JO* n° 108 du 7 mai 1995 (7353).
19. De la Coussaye J. E., Pourriat J.-L. *Les urgences préhospitalières : organisation et prise en charge*. Paris : Éditions Masson, 2003.
20. Décret 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le Code de santé publique.
21. Derame G., El Kouri D., Hamidou M., Carre E., Potel G. « Les passages non justifiés au service d'accueil-urgences. Proposition d'une offre de soins différenciée ». *La Presse médicale*. 2004 ; 33 : 780-783.
22. Directive 2002/22/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 mars 2002.
23. Dufour D., Paon J.-C., Marshall B., Marcou A., Belgaïd A.-M., Le Roux P. « Les conseils téléphoniques aux urgences pédiatriques : expérience du centre hospitalier du Havre ». *Arch Pédiatr* 2004 ; 11 : 1036-40
24. *Journal européen des urgences*, vol 18, n° 2, juin 2005.
25. Le Quellec S. *Histoire des urgences à Paris de 1770 à nos jours*. Thèse de médecine année 2000, université Paris VII Denis Diderot, faculté de médecine Xavier Bichat.
26. Niel X. « La démographie médicale à l'horizon 2020. Une réactualisation des projections à partir de 2002 ». *Études et résultats*. Drees. 2002 ; 161 : 1-8.
27. Rapport au Comité économique et social, 1991.
28. Société francophone de médecine d'urgences. *L'Organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions*, 2005 ; www.sfmu.org.
29. Stagnara J., Vermont J., Duquesne A., Atayi D., de Chabanolle F., Bellon G. « Urgences pédiatriques et consultations non programmées. Enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise ». *Arch Pédiatr* 2004 ; 11 : 108-14.

adresses utiles

Association des médecins urgentistes hosptaliers de France
www.amuhf.com

Observatoire des réseaux de télésanté
www.observatoire-telesante.sante.gouv.fr

Ministère de la Santé et des Solidarités
www.sante.gouv.fr

Samu de France
www.samu-de-france.com

Société de réanimation de langue française
www.srlf.org

Société française d'anesthésie et de réanimation
www.sfar.org

Société francophone de médecine d'urgence
www.sfmu.org

SOS médecins France
www.sosmedecins-france.fr

Les compétences des soignants en éducation thérapeutique

Rémi Gagnayre
Jean-François d'Ivernois
Laboratoire de pédagogie de la santé, éducation et observance, Upres EA 3412, université Paris 13

Éduquer les patients à la prise en charge de leur maladie nécessite, de la part des soignants, des compétences spécifiques que les auteurs de l'article tentent de formaliser.

Le but de cet article est de proposer une liste des compétences éducatives que les soignants mobilisent pour assurer une éducation thérapeutique raisonnée auprès des patients [1, 2].

Cette liste de compétences éducatives n'est pas définitive. Elle sert de repère à un moment donné, selon l'usage qu'on en fait. Dans notre expérience, les approches de formalisation de compétences permettent actuellement à des équipes de soins de fonder des programmes d'éducation thérapeutique centrés sur les patients, d'élaborer des formations méthodologiques à l'éducation thérapeutique, de rédiger des profils de postes d'éducateurs, de coordinateurs de structures d'éducation thérapeutique.

Une définition de la compétence professionnelle

Dans la mesure où ces compétences s'adressent à des professionnels, notre définition empruntera aux travaux des domaines des sciences de l'éducation, de la psychologie du travail et de la didactique professionnelle.

La définition que nous donnons de la compétence professionnelle s'appuie sur trois notions. La première considère que la compétence est proche d'un système intégré de savoirs au sens large (savoir, savoir-faire, savoir-être…), comme le signale F. Chenu [1]. Cette notion se retrouve en partie dans la définition de R. Wittorski [2] : « *La compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'auteur de la situation.* » La seconde notion considère que la compétence permet d'aboutir à une performance, laquelle pour certains auteurs ne représente que sa part observable voire mesurable. De plus, cette compétence est mobilisable dans plusieurs contextes professionnels ou familles de situations. Cependant, pour que les deux notions précédentes prennent effet, il est important d'y adjoindre une troisième. Une compétence requiert, pour son acquisition et sa mise en œuvre, que le professionnel soit en mesure de mener une activité réflexive au cours même de sa réalisation ou après celle-ci.

Ainsi est compétent un professionnel qui :

- Mobilise et organise différents savoirs et gère les émotions révélées au cours de leur acquisition et de leur mobilisation.
- Analyse le contexte dans lequel il utilisera sa compétence pour rester performant.
- Régule sa compétence au cours même de sa réalisation et l'analyse à distance tant sur le plan de son processus que de sa performance.
- Transfère cette compétence dans différentes familles de situations, tout en gardant un niveau de performances attendu.
- Sait que toute famille de situations suscitera des conflits de nature éthique questionnant alors la valeur de sa compétence.

Délimitation du champ des compétences éducatives

Afin d'éviter de proposer aux soignants des compétences qui leur seraient difficiles de mobiliser, faute de repères méthodogiques précis, nous nous sommes limités à celles qui aident le patient à « faire face » [3].

Cette limite volontaire a un autre but : éviter une dispersion des compétences empêchant, par la même occasion, d'identifier un véritable champ de compétences éducatives, distinct et complémentaire de ceux émanant de disciplines comme la médecine et la psychologie.

Les compétences proposées pour les soignants sont donc issues, en partie, par déduction de celles que les patients mobilisent pour « faire face ». Trois types de « faire face » sont généralement reconnus [3] : ceux centrés sur les problèmes qu'occasionne la maladie ; ceux centrés sur les émotions que suscitent la situation ; le faire face centré sur la recherche de soutien social. On retrouve d'une certaine manière, pour la première catégorie, les compétences d'auto-gestion [10] et, pour les deux autres celles que l'OMS a nommé : compétences psycho-sociales [5].

Les limites de la méthode de formalisation

Cette liste de compétences n'échappe pas à deux difficultés classiques. La première concerne la formulation exacte des compétences. Il s'agit du problème récurrent de décrire au mieux un processus

Compétences des soignants en éducation thérapeutique du patient

1. Réaliser un diagnostic éducatif, identifier les besoins éducatifs du patient

Identifier les caractéristiques personnelles et de vie du patient ; apprécier ses connaissances antérieures et représentations, son rapport à la maladie. Identifier ses projets ; évaluer ses potentialités d'apprentissage et d'observance.

2. Identifier les compétences que le patient devra acquérir par l'éducation ; négocier un contrat d'éducation avec le patient

À partir du diagnostic éducatif, proposer au patient des objectifs pédagogiques lui permettant d'atteindre des compétences d'auto-traitement, d'auto-soins et d'auto-vigilance. Négocier avec le patient les termes du contrat d'éducation : objectifs de sécurité et objectifs spécifiques au patient, modalités et séquences de l'éducation thérapeutique.

3. Sélectionner le contenu du programme d'ETP ; rendre intelligibles au patient les connaissances indispensables à la gestion de sa maladie

Identifier les connaissances, techniques et modes de faire à enseigner au patient ; lui faire comprendre et s'assurer de sa compréhension des notions essentielles à la bonne gestion de sa maladie.

4. Sélectionner et mettre en œuvre des méthodes pédagogiques adaptées pour l'ETP individuelle et en groupe ; aider le patient à apprendre

- Savoir utiliser diverses méthodes pédagogiques pour la formation individuelle ou en groupe des patients.
- Savoir utiliser des méthodes pédagogiques visant en priorité l'acquisition par le patient d'une meilleure estime de soi, d'une meilleure image de soi.
- Favoriser, dans les choix des méthodes pédagogiques et leur utilisation, celles mobilisant chez le patient la confiance en lui, l'auto-efficacité.
- Favoriser dans le choix des méthodes et des techniques pédagogiques, celles permettant au patient d'exprimer ses émotions, de les verbaliser.

5. Évaluer l'ETP dans différentes dimensions : le patient, le programme, l'équipe d'éducation, les méthodes et outils pédagogiques ; participer à la démarche d'accréditation de l'ETP ; s'assurer des conditions éthiques de l'intervention éducative

Évaluer les acquis du patient, suite à l'éducation, sur les plans bio-clinique, pédagogique, psycho-social ; faire le bilan d'un programme d'éducation.

6. Réaliser seul et en équipe des analyses de pratique (de nature réflexive) sur la mobilisation des compétences éducatives

Choisir une technique d'analyse de pratique, les conduire de manière régulière. Identifier les améliorations pédagogiques à apporter.

7. Assurer le suivi de l'ETP, mettre en œuvre une reprise d'éducation

Assurer différentes modalités de suivi éducatif : à domicile, à distance (suivi téléphonique, e-mail) dans l'établissement de soins (consultations d'éducation) ; identifier les compétences à renforcer ou à compléter chez un patient ; repérer le défaut de compétence à l'origine d'un incident chez un patient et assurer une reprise d'éducation (recyclage) ; développer un dossier d'éducation.

8. Coordonner des activités d'ETP ; assurer l'intégration de l'ETP aux soins

Participer à la coordination des activités d'ETP dans le cadre d'une structure de soins hospitalière ou extra-hospitalière, d'un réseau de soins. Développer des outils facilitant la communication d'informations aux différents partenaires sur l'éducation des patients. Mettre en œuvre des moyens d'organisation et des moyens logistiques pour un meilleur couplage de l'éducation et des soins.

9. Créer des outils, documents, ressources d'apprentissage pour faciliter, améliorer l'ETP

Participer à la création et la validation de tous les moyens d'aide à l'ETP des patients.

10. Favoriser la participation des patients dans l'éducation thérapeutique

Impliquer les patients dans la conception pédagogique des programmes d'éducation ; impliquer les patients dans la co-animation ; solliciter l'évaluation de l'éducation par les patients.

de l'action. Pour limiter ce premier écueil, nous avons choisi d'utiliser une formulation qualifiée de « générique ». En effet, ces compétences d'éducation nécessitent de suivre une formation pour les acquérir. Il revient aux formateurs de mieux faire comprendre l'intention et les caractéristiques des compétences décrites. Cet accompagnement formatif évite une formalisation des compétences à un niveau de précision tel que la lecture en devient illisible et incompréhensible. Par ailleurs, dans le processus même de formation, la formulation générique a l'avantage de permettre des appropriations par les formateurs et les praticiens, sources d'originalité et d'innovation dans la conceptualisation et la mise en œuvre de la compétence.

Le deuxième type de difficultés porte sur l'actualisation de cette liste. Pour que soit conservé à ce travail une certaine pertinence, il est important de s'assurer de la mise en place de procédures d'actualisation et de diffusion. Tel peut être le rôle attribué à des instances comme la Haute Autorité de santé ou l'Inpes. On rappelera que ce type de liste reste avant tout un outil de communication stabilisant à un moment donné le point de vue d'une communauté sur ce qu'il convient de faire.

Le choix final des compétences éducatives

Lorsqu'il s'est agi de choisir et de formuler les compétences, deux critères nous ont guidés : la perception d'utilité des compétences et leur possibilité de mise en œuvre. En effet, de nombreux référentiels ne sont jamais utilisés parce qu'ils sont parfois incompréhensibles ou trop complexes.

Au contraire, la formulation des compétences doit s'inscrire dans une compréhension quasi immédiate de leur finalité. Il faut que le lecteur comprenne leur utilité, même s'il ne sait pas encore les mettre en œuvre. Il en résulte le choix de formulations les plus simples possibles, précisées par des éléments constitutifs (*cf.* encadré).

La proposition de ces compétences éducatives a été également pensée dans l'optique de leur mise en œuvre. De nombreux travaux témoignent, en effet, de la nature complexe des compétences à mobiliser par les soignants dès lors qu'il s'agit d'aider le patient à relever le défi quotidien de vivre avec une maladie. Cependant, cette complexité ne peut être dépassée qu'en proposant des compétences innovantes et réalistes dans un contexte donné.

Discussion sur les compétences éducatives

Réaliser un diagnostic éducatif, identifier les besoins éducatifs du patient

Il s'agit d'une étape importante de l'éducation thérapeutique. Le diagnostic éducatif est dorénavant considéré comme une étape indispensable de l'éducation thérapeutique. Issu des approches de santé publique populationnelle [6] ce dernier a trouvé son application dans un rapport éducatif et individuel [7, 8]. Les travaux actuels portent sur sa structuration méthodologique afin d'explorer au mieux les connaissances, les croyances, les désirs, les émotions, les intentions, les compétences mobilisées par la situation de maladie.

Identifier les compétences que le patient devra acquérir par l'éducation, négocier un contrat d'éducation avec le patient

La notion de compétence du patient, même si elle pose question en termes d'acquisition, de mobilisation dans ses spécificités et ses caractéristiques, est communément admise. Dans la mesure où l'éducation thérapeutique vise dans un premier temps des « faire face », il est important que les programmes s'inscrivent dans l'atteinte d'objectifs finalisés, clairs et précis à la base d'un contrat d'éducation. Cette notion de contrat vise à modifier un rapport traditionnel de subsitution soignant-soigné peu explicite, pour tendre vers un rapport d'engagement explicite et mutuel.

Sélectionner le contenu du programme d'ETP ; rendre intelligibles au patient les connaissances indispensables à la gestion de sa maladie

Parmi les compétences attendues chez le professionnel de santé, une d'entre elles concerne le choix pertinent des contenus — entendus comme les objectifs pédagogiques essentiels, les notions importantes — à déterminer. Dans la mesure où l'éducation thérapeutique peut être considérée comme la rencontre entre deux expertises, celle du patient et celle du soignant, le professionnel de santé doit être clair avec ce qu'il souhaite partager avec le patient. Cette position n'exclut en rien le principe consistant à aider le patient à exprimer ce qu'il sait, ce qu'il croit, ainsi que ses propres attentes vis-à-vis de la rencontre éducative.

Sélectionner et mettre en œuvre des méthodes pédagogiques adaptées pour l'ETP individuelle et en groupe ; aider le(s) patient(s) à apprendre

Le soignant doit pouvoir choisir au mieux les méthodes et techniques pédagogiques qui aident le patient à « faire face » et celles qui renforcent sa confiance en lui, son estime de soi et l'expression de ses émotions.

L'éducation thérapeutique repose dans le meilleur des cas sur une alternance entre des activités de groupe (favorisant la socialisation) et des activités pédagogiques individuelles (personnalisation). S'y ajoutent celles que le patient peut réaliser par lui-même au moyen des ressources pédagogiques disponibles. L'emploi du mot « méthode » est entendu, ici, au sens de démarche méthodologique. Dans la mesure où ils sont appelés à pratiquer une éducation thérapeutique raisonnée, il est souhaitable que les éducateurs-soignants puissent rattacher leurs activités éducatives à un ou des courants théoriques.

Évaluer l'ETP dans différentes dimensions : le patient, le programme, l'équipe d'éducation, les méthodes et outils pédagogiques ; participer à la démarche d'accréditation de l'ETP. S'assurer des conditions éthiques de l'intervention éducative

L'évaluation de l'éducation thérapeutique relève de considérations éthiques et médicales. Chaque élément constitutif d'une démarche d'éducation thérapeutique doit être évalué pour mieux en comprendre le processus et les effets, et éviter d'exercer un rapport autoritaire et normatif sur le patient. Il revient à la communauté des soignants de vérifier la pertinence de leur choix au moyen de la recherche, d'études ou de pratiques réflexives [9].

Réaliser seul et en équipe des activités réflexives sur la mobilisation des compétences éducatives

Cette compétence engage les professionnels de santé à considérer que l'amélioration pédagogique d'une activité commence déjà par les questions que l'on se pose à son sujet. Elle se poursuit par l'acquisition d'une méthodologie individuelle

et de groupe, et inaugure des recherches sur les pratiques d'éducation.

Assurer le suivi de l'ETP, mettre en œuvre une reprise d'éducation

Il est dorénavant admis que l'éducation thérapeutique s'inscrit dans un continuum [10]. L'éducation thérapeutique doit être planifiée dans le temps et faire appel à des formules différentes selon les besoins et nécessités du patient. Les éducateurs-soignants sont donc conduits à mettre en place des ressources éducatives prenant place aussi bien dans les établissements de soins, les réseaux de santé, les lieux de vie associatifs ou même au domicile du patient. À ce principe de continuum est intimement lié celui de l'intégration aux soins. En effet, l'éducation thérapeutique ne peut être séparée des choix médicaux et des soins dont elle dépend pour ses objectifs, cependant que simultanément elle influence la décision thérapeutique par la connaissance qu'elle apporte sur le patient.

Coordonner des activités d'ETP, assurer l'intégration aux soins

Pour qu'une éducation thérapeutique s'inscrive effectivement dans la durée, elle doit être organisée et couplée aux autres types de prestations médicales, sociales et psychologiques. Elle requiert donc, pour être efficace sur le long terme, que soient envisagées des structures et des temps professionnels adéquats.

Créer des outils, documents, ressources d'apprentissage pour faciliter l'ETP

L'éducation thérapeutique ne peut se passer de documents, de supports facilitant l'apprentissage du patient. Il est important que les soignants puissent diversifier leurs stratégies éducatives (en y incorporant un ensemble d'outils, de supports,…) afin de répondre aux différents styles d'apprentissage des patients, à leurs particularités intellectuelles, physiques, culturelles. Ces documents visent plusieurs objectifs : mieux comprendre la maladie, le traitement ; se remémorer les conduites à tenir, prendre de meilleures décisions ; visualiser une technique d'auto-soins ; partager une émotion, etc. Leur conception repose nécessairement sur une méthodologie.

La conception de ces documents peut également porter sur l'explication des finalités et du déroulement de l'éducation thérapeutique afin de la rendre plus compréhensible aux patients.

Favoriser la participation des patients dans l'éducation thérapeutique

Il est fondamental que le soignant accorde une place authentique au patient, s'il reconnaît que l'ETP est un champ d'expertise partagée. Cette recherche active de participation est une véritable compétence car, en plus de solliciter l'opinion du patient sur l'éducation reçue, il s'agit de l'engager dans la conception et la réalisation du programme d'éducation (éducation par les pairs). Cette dimension initie une autonomisation des patients, les conduisant à concevoir leurs propres ressources éducatives (associations de patients et d'usagers, internet). Elle contribue, enfin, à rompre avec un rapport soignant-soigné qualifié de parternaliste.

Conclusion

La liste de compétences proposée ici vise à aider tous les professionnels de santé impliqués dans l'éducation thérapeutique. Elle est limitée à des compétences génériques dont on peut garantir la pertinence et la faisabilité. Elle se veut réaliste, c'est-à-dire pédagogique dans la mesure où leur acquisition et leur mobilisation restent possibles dans le contexte de soins actuel. Cependant, cette liste n'est pas définitive. D'autres travaux signalent déjà de possibles pistes pour proposer au soignant des nouvelles compétences pédagogiques concernant en particulier l'éducation à distance et le maintien dans le temps de l'éducation thérapeutique.

références

1. Chenu F. « Vers une définition opérationnelle de la notion de compétence », *Éducation permanente*, n° 162, p. 201-208.
2. Wittorski R. *Analyse du travail et production de compétences collectives*. Paris : Ed. L'Harmattan, 1997.
3. Spitz E. « Les stratégies d'adaptation face à la maladie chronique, » p. 262-282 in Fischer G.-N., *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod, 2002.
4. Ivernois (d') J.-F., Gagnayre R. « Vers une démarche de qualité en éducation thérapeutique du patient ». *adsp*, n° 39, juin 2002, p. 14-16.
5. Arwidson P., 1997, « Le développement des compétences psychosociales », in Sandrin-Berthon B., *Appendre la santé à l'école.* Paris : ESF éditeur, p. 73-83.
6. Green L. W., Kreuter M. W., Deeds S. G., Partridge K. G. *Health Éducation Planningi*. Palo Alto, Californie : Mayfield, 1980.
7. Bartlett E. E. « Behavioural Diagnosis : a practical approach to patient care patient ». *Couns Health Educ* 1982 ; 4 : 29-35.
8. Ivernois (d') J.-F., Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient*. Paris : Maloine, 2e éd., 2004.
9. Schön D. *Le Tournant réflexif — pratiques éducatives et études de cas*. Québec : Les éditions Logiques, 1996, 532 p.
10. Assal J.-Ph., Golay A. « Le Suivi à long terme des patients chroniques : les nouvelles dimensions du temps thérapeutique ». *Médecine & Hygiène*, 2352, 27 juin 2001, p. 1446-1450.

Master professionnel Gestion des services et des institutions de santé

Facultés de médecine de Toulouse, université Paul Sabatier

- Les facultés de médecine de Toulouse proposent un parcours complet, master 1re et 2e année, spécialisé dans le management des organisations de santé des domaines public et privé. L'originalité de ce cycle universitaire diplômant est de délivrer une formation combinant de façon équilibrée des enseignements en santé publique et en management de la santé.
- Le master accueille un public de formation continue et initiale. Il favorise le travail de groupe et les échanges avec le monde professionnel grâce, notamment, au réseau d'intervenants du champ de la santé insérés dans l'équipe enseignante. L'encadrement pédagogique est également assuré par un binôme associant un universitaire et un professionnel.
- Le Pôle d'enseignement et de recherche en santé publique de Toulouse offre un environnement recherche (IFR 126 : « Santé, société ») et professionnel (CHU Toulouse, réseau d'institutions et de services de santé de la région Midi-Pyrénées) assurant la qualité de l'encadrement et de l'insertion professionnelle future.

Responsables de la formation

Alain Grand, professeur de santé publique et directeur du département universitaire.
Sandrine Kopel, maître de conférences en gestion, université Toulouse 3.
Laurent Molinier, praticien hospitalier, CHU Toulouse.

Publics et conditions d'inscription

Master 1

- Formation continue : professionnels de santé et travailleurs sociaux de niveau équivalant à une licence.
- Formation initiale : étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, écoles nationales vétérinaires, résidents et internes en médecine et en pharmacie.
- Titulaires d'une licence de biologie, mathématiques, statistiques, mathématiques appliqués aux sciences sociales.
- Titulaires d'une licence de sciences sanitaires et sociales, administration économique et sociale, gestion, droit, économie, sociologie.

Sélection sur dossier et entretien si nécessaire.

Entrée directe en Master 2

- Formation continue : professionnels de santé et travailleurs sociaux de niveau équivalant à un master 1.
- Formation initiale : étudiants de master 1 présentant des prérequis en santé publique et/ou gestion et/ou droit.

Sélection sur dossier et entretien si nécessaire.

Contenu de la formation

720 heures de formation sur deux ans. Quatre mois de stage minimum.

Master 1re année
Les bases du management de la santé

Unités obligatoires :

- Économie et gestion appliquées à la santé
- Management et gestion des établissements de santé – niveau 1 (GRH, marketing des services ; management d'équipe ; gestion de projet)
- Gestion comptable et financière appliquée à la santé
- Sociologie des organisations et des professions de santé

Projet d'étude professionnelle (groupe de travail) sur les enseignements de gestion

Unités optionnelles :

- Les grands problèmes de santé publique
- Organisation des systèmes de santé
- Sciences sociales de la santé
- Droit de la santé
- Éthique et déontologie
- Environnement et santé
- Informatique et technologie de la communication

Master 2e année
Vers une expertise en management de la santé

Unités obligatoires :

- Analyse et évaluation des politiques de santé
- Management et gestion des institutions de santé – niveau 2
- Politiques spécifiques de santé
- Problématiques spécifiques aux services et institutions de santé

Projet d'étude professionnelle (groupe de travail) sur les enseignements de gestion

Stage professionnel et mémoire, 4 mois minimum

Unités optionnelles :

- Droit de la fonction publique et droit du travail
- Évaluation médico-économique

Renseignements

Master 1 professionnel
Joëlle Lorenzi
Téléphone : 05 61 14 59 50. Courriel : lorenzi@adm.ups-tlse.fr. Télécopie : 05 62 26 42 40.
Master 2 professionnel
Frédérique Delord
Téléphone : 05 61 14 59 51. Courriel : delord@adm.ups-tlse.fr. Télécopie : 05 62 26 42 40.
Département d'épidémiologie, économie de la santé et santé publique
Faculté de médecine Toulouse-Purpan
37 allée Jules-Guesde
31073 Toulouse Cedex

Institut d'innovation thérapeutique : du fondamental au médicament

Le processus de découverte d'un médicament requiert une approche multidisciplinaire intégrée, associant des savoir-faire complémentaires, notamment dans les domaines de la chimie, pharmacotechnie, immunologie, biochimie et biologie structurale, biologie moléculaire et cellulaire, sans oublier la génétique et la pharmacologie.

Date de création

L'Institut d'innovation thérapeutique : du fondamental au médicament (I2TFM) verra le jour à compter du 1er janvier 2006.

Directeur

Rodolphe Fischmeister, directeur de l'Unité Inserm 446 de cardiologie cellulaire et moléculaire

Effectifs

421 personnes : 44 chercheurs des établissements scientifiques et techniques, 132 chercheurs universitaires et hospitaliers, 95 ingénieurs, techniciens et administratifs et 150 thésards et post-doc.

Composition

L'Institut d'innovation thérapeutique : du fondamental au médicament regroupera 14 unités de biologie, chimie et physico-chimie : 2 sont associées au département des sciences chimiques du Centre national de la recherche scientifique (CNRS), 1 à l'Institut de recherche agronomique (Inra), 3 à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et 8 sont unités propres de l'université Paris-Sud 11.

Objectifs

Les objectifs spécifiques de l'I2TFM sont :

- de promouvoir des recherches fondamentales de qualité dans toutes les disciplines concernées par le médicament ;
- de stimuler les projets pluridisciplinaires, aux interfaces de la chimie, de la biologie et de la physico-chimie ;
- de valoriser les découvertes porteuses d'application vers le développement de nouveaux médicaments ;
- de constituer une « masse scientifique critique » permettant l'accès à de nouveaux équipements lourds et la mise en place de nouvelles plate-formes technologiques ;
- d'élargir la formation des jeunes par des approches pluridisciplinaires leur permettant de mieux aborder les réalités de la recherche scientifique ;
- d'assurer une plus large ouverture des équipes de l'IFR vers l'extérieur, en particulier vers les partenaires industriels.

Pour atteindre ces buts, l'I2TFM s'appuiera notamment sur de nombreuses plateformes technologiques (animalerie transgénique, imagerie cellulaire, transcriptome, protéome, exploration fonctionnelle du petit animal, interactions moléculaires) qui participeront à l'animation et à la formation des étudiants et personnels, et contribueront au rapprochement d'équipes d'horizons différents et aux collaborations pluridisciplinaires.

Rassemblées au sein de l'I2TFM, les différentes équipes seront mieux armées pour mener à bien les premières étapes d'un processus qui aboutit au développement préclinique d'une molécule. Un des premiers projets de l'I2TFM sera la constitution d'une chimiothèque, rassemblant l'ensemble des molécules (molécules naturelles ou de synthèse) issues des laboratoires de chimie, et d'une ciblothèque, rassemblant l'ensemble des cibles biologiques validées par les laboratoires de biologie, le tout visant à constituer une plate-forme de criblage et d'interface biologie-chimie.

Thèmes de recherche

Les thèmes de recherche des équipes de l'I2TFM concernent :

- les voies de signalisation dans le système cardio-vasculaire, épithélial, et immunitaire ;
- les mécanismes impliqués dans l'apoptose et l'autophagie, et le rôle joué par le cytosquelette ;
- l'implication de ces voies de signalisation dans le cancer, les maladies infectieuses virales et bactériennes de la sphère digestive, l'insuffisance cardiaque et autres maladies cardio-vasculaires ;
- la synthèse de molécules, naturelles ou non, dotées d'activité biologique, notamment dans les domaines du sida, du cancer et de l'infectiologie (antiparasitaires) ;
- la modélisation moléculaire pour les études structure-activité de récepteurs couplés aux protéines G ;
- l'analyse chimique des différentes classes de lipides, la caractérisation des structures formées par les lipides et la détermination de leurs propriétés, ainsi que les relations entre la prise alimentaire de lipides et les maladies cardio-vasculaires ;
- l'adressage et la vectorisation des médicaments, notamment : la conception de nouvelles formes galéniques pour la libération contrôlée, la microencapsulation (microparticules et billes) pour la délivrance de molécules actives instables en milieu biologique, la conception de nanotechnologies pour le ciblage des tumeurs et la délivrance de médicaments au niveau cérébral ;
- l'évaluation de la distribution des médicaments au travers des barrières intestinale, hémato-encéphalique et placentaire ;
- l'évaluation pharmacologique de l'action de molécules agissant sur le SNC, notamment des antidépresseurs ;
- la diffusion des composés de faibles masse moléculaire issus de matériaux biologiques rendant compte de leur biocompatibilité ou toxicité ;
- enfin, au terme de la chaîne conduisant au médicament, l'évaluation des effets toxiques et perturbateurs du rejet de médicaments sur l'environnement.

Coordonnées

Faculté de pharmacie
5 rue Jean-Baptiste-Clément
92296 Châtenay-Malabry

suicide

Le suicide et sa prévention.
Émergence du concept, actualité des programmes
Sous la direction d'Agnès Batt-Moillo et Alain Jourdain
Rennes : Éditions ENSP, janvier 2005, 267 p., 24 euros.

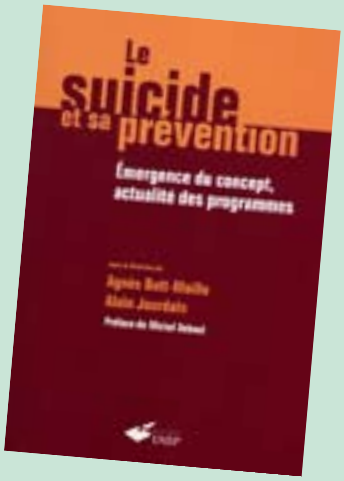
Qu'est-ce que la prévention du suicide ? Quelles sont ses histoires et enjeux ? Comment s'est-elle construite et comment continuer à l'améliorer ?

Cet ouvrage apporte de précieux éléments de réponse à ces questions. Vous pourrez y découvrir que la prévention du suicide est récente en comparaison de la question du suicide qui a des millénaires. Les trois parties de l'ouvrage : « Du tabou au problème de santé publique », « Des programmes régionaux aux actions de terrain » et « Comment les nations tentent de prévenir le suicide » vous permettront d'approcher ce paradoxe ainsi que les travaux colossaux réalisés pour construire un programme national de santé. Cet ouvrage vous guidera sur le chemin parcouru en France et dans des pays européens. Il apporte des données (comme le tableau sur les taux de mortalité par suicide de la page 26), des exemples d'actions et d'acteurs engagés, tout en précisant des pistes d'amélioration des pratiques. Vous pourrez y découvrir la manière dont les connaissances sur le suicide ont progressé et que la prévention du suicide nécessite professionnalisme et compétence, comme les autres préventions. À ce propos, à quand un ouvrage dressant le tableau de l'ensemble des connaissances et des pratiques (*guidlines*) en prévention : suicide, alcoolisme, tabagisme, VIH, vieillissement, maladies chroniques, asthme, etc. ? Vous pourrez suivre le basculement historique qui a permis au suicide de dépasser des dilemmes éthiques et politiques pour devenir problème de santé publique, et assister aux combats des « porteurs-constructeurs » qui ont permis l'élaboration de programmes et de stratégies nationales et régionales. Ce livre, après ceux publiés aux Éditions ENSP *Le Principe d'équité dans les politiques de population des années quatre-vingt-dix* et *Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes*, continue d'ouvrir la voie pour une collection sur les politiques sociales et de santé et les méthodes de planification et programmation de santé publique par déterminants, population et enjeux de santé publique.

Agnès Batt-Moillo, chercheur à l'Inserm, et Alain Jourdain, enseignant-chercheur au Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires de l'École nationale de la santé publique, ont réalisé ces travaux en collaboration avec vingt rédacteurs qui ont su allier théorie et pratique. Ils privilégient une approche de santé publique multidisciplinaire et interprofessionnelle, autre grande qualité de cet ouvrage qui sait rendre accessible le champ si complexe de cette grande priorité de santé publique.

Cet ouvrage est précieux pour apprendre des histoires et comprendre des enjeux de la politique de santé en France. Il donne des repères indispensables pour que ce programme national de santé puisse continuer à se fortifier au moment où des lois se mettent en œuvre, comme par exemple la loi relative à la politique de santé publique, la loi organique relative aux lois de finances et la loi relative à l'assurance maladie. Comme l'écrivent Agnès Batt-Moillo et Alain Jourdain : « *Les dix dernières années ont été celles de la convergence de l'expertise dans les domaines du suicide et de la prévention. L'enjeu des dix prochaines années sera la construction d'un dispositif efficace de gestion publique qui permette à la fois d'accroître significativement les moyens consacrés à la prévention du suicide et de gérer des ressources rares en direction de ce problème de santé publique.* »

Pierre-Henri Bréchat



addictologie

Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français. Exploitation régionale de l'enquête Escapad 2002/2003
Observatoire français des drogues et toxicomanies, juin 2005, 220 pages.

Depuis sa mise en place en 2000, l'enquête Escapad de l'OFDT a permis de renforcer le dispositif d'observation des usages de drogues en France en interrogeant, lors de leur journée d'appel de préparation à la défense, des jeunes de 17 et 18 ans sur leurs usages de l'alcool, du tabac, des médicaments psychotropes et des drogues illicites. Cette enquête permet la cartographie des usagers métropolitains mais aussi des départements et des collectivités d'outre-mer. Après avoir présenté la méthode des enquêtes Escapad 2002-2003 (auprès d'un échantillon de 27 354 adolescents) et dressé un état des lieux des consommations au niveau national, l'atlas cartographie les usages régionaux selon les substances et met en lumière les éventuelles disparités en fonction des produits. Enfin, il fournit un tableau de bord identique dans les 27 régions étudiées, qui permet de cerner le profil et les spécificités de chacune, ainsi que leurs tendances.

maladie d'Alzheimer

Annuaire national des dispositifs de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées vivant à domicile et dispositifs d'aide aux soignants
Fondation Médéric Alzheimer, 2005, 984 pages, 20 euros.

Cet annuaire présente l'état actuel de l'offre des dispositifs d'aide et de prise en charge des personnes malades et de leur famille selon cinq grandes rubriques : les lieux de diagnostic et/ou de suivi thérapeutique ; les centres locaux d'information et de coordination gérontologiques et les réseaux ; les services d'aide et de soins infirmiers à domicile ; les accueils de jour ; les dispositifs d'aide aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées à leurs aidants familiaux, bénévoles et professionnels, assurant leur prise en charge. Par ailleurs, cette édition comporte trois nouveautés : un recensement des services d'accompagnement et d'aide à domicile, ainsi que des soins infirmiers, un recensement des offres d'accompagnement et d'aide aux personnes malades elles-mêmes (groupe de parole, soutien psychologique), et enfin un classement des dispositifs par département.

maladie d'Alzheimer

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées
Cécile Gallez (députée)
Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Assemblée nationale, n° 2454, juillet 2005, 256 pages, 6, 50 euros.

Selon les estimations, il y aurait actuellement en France 850 000 personnes présentant une démence et 220 000 nouveaux cas par an, dont les deux tiers ont une maladie d'Alzheimer. La moitié des cas surviennent après 85 ans. La démence est la cause principale de dépendance lourde du sujet âgé et le motif principal d'entrée en institution (environ les trois quarts des personnes en maison de retraite). Face à cette pathologie multifactorielle, l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé a rédigé un rapport des dispositifs et des stratégies dont on dispose tant médicalement, socialement, institutionnellement que financièrement. En effet, si des pistes de prévention existent et si le nouveau plan mis en place en 2004 a conduit à un renforcement des actions existantes et à la mise en place de mesures nouvelles, le suivi médical et social des patients nécessite de plus en plus la mise en place d'aides reposant sur une meilleure coordination médicale, sociale et psychologique, et une complémentarité accrue entre les champs sanitaire et social.

cancer

Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations
Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), collection « Les études du réseau des ORS », juin 2005, 54 pages.

À la demande de la direction générale de la Santé, la Fnors a élaboré un document de synthèse sur les indicateurs régionaux dans le domaine du cancer, qui permet de décrire la diversité des situations régionales actuelles et des évolutions depuis une vingtaine d'années. Les cancers étudiés ont été choisis en termes de dépistage (cancers du sein, du col de l'utérus, du côlon rectum et du mélanome), ou en raison de l'existence de mesures de prévention sur le tabac, l'alcool ou les facteurs nutritionnels. Ils ont été choisis également en raison de leur importance en termes de nombre de cas diagnostiqués et du nombre de décès. Outre leurs estimations d'incidence, ils ont été étudiés aussi en fonction des admissions en longue durée et des diagnostics principaux d'hospitalisation.

cancer

La relation dose-effet et l'estimation des effets cancérogènes des faibles doses de rayonnements ionisants
Rapport conjoint Académie nationale de médecine, Institut de France, Académie des sciences, n° 2, 30 mars 2005, 168 pages.

L'Académie des sciences et l'Académie nationale de médecine ont associé leurs efforts pour procéder à une analyse des effets des rayonnements ionisants sur l'homme, en particulier la relation dose-effet en radiocancérogénèse et les effets des faibles doses. Ce rapport a un intérêt particulier pour l'évaluation des conséquences éventuelles des examens radiologiques et des irradiations chroniques à faible débit, telle celle résultant du radon dans les habitations et, à un niveau beaucoup plus faible, des déchets nucléaires.

politique sanitaire régionale

Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) : évaluation nationale du lancement des Praps de deuxième génération (2003-2006)
Direction générale de la Santé, juin 2005, 131 pages.

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ont été institués en direction des personnes en situation de précarité par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion. Les Praps constituent un outil de concertation et de coordination permettant d'associer de multiples partenaires et l'évaluation des Praps 1 a été axée plus particulièrement sur le fonctionnement du programme et sur les actions financées. Les Praps 2 désignent, plus précisément que les Praps 1, des publics en situation précaire, parmi lesquels sont cités, d'une région à l'autre, les jeunes de 16 à 25 ans sans emploi, les habitants des zones rurales, les immigrés en situation irrégulière. Ce rapport analyse non seulement le fonctionnement des Praps (participation et implication des différents acteurs régionaux, associatifs et institutionnels), les moyens qui leur sont impartis, leur rôle, leurs actions, mais aussi le système de suivi et de pilotage dont ils font l'objet pour apprécier la qualité de leur travail, voire estimer les résultats de leurs actions pour élaborer une stratégie plus efficace pour la prise en charge des personnes en situation de précarité dans chaque région.

gestion des risques

Le risque épidémique
Jean-Pierre Door (député) et Marie-Christine Blandin (sénatrice).
Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, Assemblée nationale n° 2327 et Sénat n° 332, mai 2005, 2 tomes, 191 et 120 pages, 6, 50 euros pour les deux tomes.

Ce rapport parlementaire évalue l'importance et la nature du risque épidémique, ainsi que la qualité des outils dont on dispose pour faire face à ce risque. Les maladies infectieuses sont responsables d'un tiers de la mortalité observée annuellement. Elles sont causées par des agents d'origines diverses : bactéries, champignons, virus, protozoaires, parasites et même prions, pour lesquels les moyens de lutte sont abordés différemment. La science a cru un temps pouvoir maîtriser les maladies infectieuses, mais l'apparition du sida et l'épidémie d'hépatite C ont conduit à une révision de ces postulats et à une prise de conscience du risque épidémique, en particulier du fait de la facilité de transport à travers le monde et de la diffusion de pathologies tropicales émergentes. Le risque épidémique dans les pays développés s'est aggravé avec l'apparition de nouveaux risques liés aux modes de vie modernes : nouveaux modes d'alimentation, modifications de l'environnement, transports touristiques intercontinentaux par voie aérienne… L'approche parlementaire, grâce à de nombreuses auditions dans la seconde partie du rapport, présente l'intérêt de faire la synthèse des actions des pouvoirs publics dans la politique de prévention du risque infectieux.

Programme national de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles

Dans le cadre du programme national de prévention du VIH et des IST, le ministère de la Santé et des Solidarités et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ont mené, cet été, des actions media grand public. Parallèlement à ces campagnes, des actions plus ciblées ont été conduites en direction des populations homosexuelles : dans ce contexte a été réalisée une série de cartes postales d'incitation au dépistage. En direction des personnes atteintes, un supplément a été réalisé avec le magazine *Têtu+*, afin de faire le point sur les traitements et, d'une manière plus générale, sur la vie avec le virus. Tous ces documents sont disponibles auprès de l'Inpes.
www.inpes.sante.fr

Rapport sur la santé en Europe en 2005

Le rapport du bureau régional de l'OMS pour l'Europe reflète les nombreuses préoccupations auxquelles les systèmes de santé dans la région européenne sont confrontés aujourd'hui. Cette année, il s'intéresse plus particulièrement aux enfants. Dans les pays moins riches, l'insuffisance de fonds affectés à la santé touche particulièrement les enfants dont les maladies respiratoires et infectieuses et les traumatismes sont élevés. Pour faire face à toutes ces pathologies, le bureau régional de l'OMS pour l'Europe a élaboré une nouvelle stratégie visant à améliorer la santé des enfants et changer par ailleurs les comportements des personnes pour pouvoir réduire les facteurs de risque. En effet, dans l'ensemble de la région, les facteurs de risque tels que le tabagisme, l'alcool, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'obésité, la consommation insuffisante de fruits et de légumes et le manque d'exercice physique sont à l'origine de la majorité des maladies non transmissibles. Enfin, le rapport souligne que la pauvreté reste la principale menace pesant sur la santé, particulièrement dans certains pays de l'Europe orientale. Pour s'attaquer aux disparités de santé entre pays et dans les pays, et pour faire face à de nouveaux défis sanitaires, des solutions solidaires et décisives doivent être définies, en utilisant plus largement des interventions efficaces et financièrement abordables.
Le Rapport sur la santé en Europe 2005. L'action de santé publique : améliorer la santé des enfants et des populations (Copenhague, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005). http://www.euro.who.int/ehr2005. Ce rapport est disponible en versions imprimée et électronique.

aides sociales

Développement des services à la personne
Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005, JO du 27 juillet 2005.

La loi porte sur diverses mesures en faveur de la cohésion sociale et particulièrement sur le développement des services à la personne : garde des enfants, assistance aux personnes âgées, handicapées ou autres personnes ayant besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité. Elle précise les dispositions et les modalités nécessaires aux associations et aux entreprises agréées pour qu'elles puissent assurer et développer leurs activités relatives aux tâches ménagères ou familiales.

santé publique

Groupements régionaux ou territoriaux de santé publique
Décret n° 2005-1234 du 26 septembre 2005, JO du 1er octobre 2005.

Ces regroupements arrêtent les conditions de réalisation des programmes de santé du plan régional de santé publique, dont ils assurent la mise en œuvre. Ils décident des projets éligibles, développent les coopérations et mettent en œuvre les conventions nécessaires à la réalisation de ces programmes. De même, ils doivent favoriser le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire pour améliorer la cohérence et la disponibilité des informations nécessaires à leurs actions et mettre en place les moyens nécessaires au suivi et à l'évaluation de celles-ci. Ils rendent compte de leurs activités et des résultats obtenus, au moins une fois par an, à la conférence régionale ou territoriale de santé.

sécurité sociale

Lois de financement de la Sécurité sociale
Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005, JO du 3 août 2005.

Cette loi (23 articles) modifie principalement le Code de la Sécurité sociale. Elle est en quelque sorte l'équivalent de la loi n° 2001-692 du 1er août 2001 (LOLF) pour les lois de finances. Elle réforme en profondeur le cadre juridique de la préparation, du vote et du suivi des lois de financement de la Sécurité sociale.

transfusion sanguine

Ordonnance relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine
Rapport et Ordonnance n° 2005-1087 du 1er septembre 2005, JO du 2 septembre 2005.

Le rapport au président de la République relatif à l'ordonnance du 1er septembre 2005 présente des modifications et de nouvelles dispositions concernant les établissements ayant des missions de veille, de régulation ou de sécurité sanitaires. Dans ce cadre, la présente ordonnance a pour objet d'étendre la compétence de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) au domaine de la santé au travail (elle devient l'Afsset), de modifier les compétences de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), ainsi que celles de l'Établissement français du sang (EFS) et de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa). Elle comporte en outre certaines dispositions d'harmonisation concernant les personnels ou les personnes apportant leur concours aux agences, ainsi que certaines dispositions financières.

prélèvements d'organes

Prélèvements d'organes sur une personne décédée
Décret n° 2005-949 du 2 août 2005 modifiant le livre II de la première partie du Code de la santé publique (dispositions réglementaires), JO du 6 août 2005. Arrêté du 2 août 2005, JO du 6 août 2005.

Les prélèvements d'organes sur une personne décédée ne peuvent être effectués que si celle-ci est assistée par ventilation mécanique et conserve une fonction hémodynamique. Toutefois, les prélèvements des organes figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé, pris sur proposition de l'Agence de la biomédecine, peuvent être pratiqués sur une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant. Les prélèvements sont réalisés dans le respect de protocoles édictés par l'Agence de la biomédecine. Ces protocoles déterminent notamment les situations dans lesquelles ces prélèvements peuvent être effectués, ainsi que les conditions de leur réalisation.

santé publique

Convention constitutive type des groupements régionaux ou territoriaux de santé publique
Décret n° 2005-1235 du 26 septembre 2005, JO du 1er octobre 2005.

Ce décret définit, d'une part, les dispositions nécessaires à la constitution d'une convention constitutive type des groupements régionaux ou territoriaux de santé publique et, d'autre part, les critères relatifs à son organisation, son administration et son fonctionnement.

médicaments

Contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du Code de la sécurité sociale
Décret n° 2005- 1023 du 24 août 2005, JO du 26 août 2005.

Dans le cadre de la T2A, le remboursement intégral aux établissements de certains médicaments coûteux et dispositifs médicaux en sus des tarifs GHS est soumis à la signature entre les établissements de santé et l'ARH d'un « contrat de bon usage » pour une durée de trois à cinq ans. Il fixe le calendrier d'exécution et mentionne pour l'établissement des objectifs quantitatifs et qualitatifs, ainsi que des indicateurs de suivi et de résultats. Un contrat type est annexé à ce décret. Les ARH et établissements ont jusqu'au 1er janvier 2006 pour conclure les contrats.

amiante

Collecte et transmission des informations nécessaires pour le suivi de l'application de la réglementation relative à l'amiante dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux
Arrêté du 28 juillet 2005, JO du 6 août 2005.

Les informations recueillies dans le cadre de l'« enquête amiante » dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, sont collectées par entité juridique pour ce qui concerne le personnel et par entité géographique pour ce qui concerne les matériaux contenant de l'amiante, et sont transmises dans un délai de deux mois à compter de la date de notification de la demande adressée par la Dhos et la DGAS du ministère de la Santé et des Solidarités.

santé publique

Mesures de protection contre l'influenza aviaire dans plusieurs pays tiers
Décision de la Commission du 6 octobre 2005, JOUE *du 8 octobre 2005.*

Les mesures prévues de protection contre l'influenza aviaire dans la présente décision sont conformes à l'avis du Comité permanent de la chaîne alimentaire et de la santé animale fixant les principes relatifs à l'organisation des contrôles vétérinaires pour les animaux en provenance des pays tiers introduits dans la Communauté. L'influenza aviaire est une maladie virale infectieuse des volailles et des oiseaux, pouvant entraîner une mortalité et des perturbations susceptibles de prendre rapidement des proportions épizootiques de nature à compromettre gravement la santé animale et la santé publique. Aussi certaines importations de volailles et de produits avicoles en provenance de pays tiers touchés par l'influenza aviaire ont été suspendues.

transfusion sanguine

Normes et spécifications communautaires relatives à un système de qualité dans les établissements de transfusion sanguine
Directive 2005/62/CE de la Commission du 30 septembre 2005 portant application de la directive 2002/98/CE du Parlement européen et du Conseil, JOUE *du 1er octobre 2005.*

Pour garantir le degré de qualité et de sécurité le plus élevé possible du sang et de ses composants sanguins, des guides de bonnes pratiques ont été élaborés pour interpréter les normes. Cette directive fixe les exigences techniques demandées aux établissements de transfusion sanguine et rappelle en annexe les normes et les spécifications applicables au système de qualité : principes généraux, personnel et organisation, locaux, équipement et matériels, documentation, collecte, contrôle et préparation du sang, conservation et distribution, gestion des contrats, non-conformité, auto-évaluation, audits et améliorations.

transfusion sanguine

Exigences en matière de traçabilité et notification des réactions et incidents indésirables graves
Directive 2005/61/CE de la Commission du 30 septembre 2005 portant application de la directive 2002/98/CE du Parlement européen et du Conseil, JOUE *du 1er octobre 2005.*

Cette directive prévoit que les importations de sang et de composants sanguins en provenance d'établissements de transfusion de pays tiers doivent satisfaire aux mêmes normes que celles demandées à la Communauté. Elle rappelle les exigences techniques spécifiques concernant la traçabilité du sang et des composants sanguins dans les États membres, qui doivent par ailleurs veiller à ce que les établissements de transfusion sanguine et les dépôts de sang hospitaliers disposent de procédures nécessaires pour enregistrer tous les incidents indésirables qui peuvent affecter la qualité ou la sécurité du sang et des composants sanguins.

protection de l'environnement

Protection de l'environnement aquatique : simplification de la législation communautaire sur les détergents
Règlement 648/2004 du 31 mars 2004 entré en vigueur le 8 octobre 2005.

Entré en vigueur le 8 octobre 2005, le règlement 648/2004 du 31 mars 2004 a pour objectifs de simplifier le droit communautaire et de réduire l'impact négatif sur l'environnement des agents de surface contenus dans les détergents (lessives, produits de nettoyage). Sur la forme, ce document unique vient remplacer les cinq directives existantes dans un souci de clarification de la législation communautaire. Il permet une mise en œuvre uniforme des normes techniques dans tous les États membres. Sur le fond, le règlement modernise et améliore la protection de l'environnement et des consommateurs.

santé publique

Programmes d'éradication et de surveillance concernant des maladies animales ou certaines encéphalopathies spongiformes transmissibles (EST), et programmes de prévention des zoonoses qui bénéficient d'une participation financière de la Communauté en 2006
Décision de la Commission du 14 octobre 2005, JOUE *du 18 octobre 2005.*

Les programmes d'éradication et de surveillance des maladies animales et des zoonoses sont financés par le Fonds européen d'orientation et de garantie agricole, section « garantie ». Pour l'octroi de cette participation financière, la Commission évalue l'intérêt des programmes des États membres grâce aux informations qu'elle reçoit tant du point de vue vétérinaire que financier. Après examen et au vu de leur intérêt, les programmes sont inscrits sur des listes en annexes de la décision.

santé publique

Teneurs maximales pour les résidus de certains pesticides sur et dans les céréales et certains produits d'origine animale et végétale
Directive 2005/70/CE de la Commission du 20 octobre 2005 modifiant les directives 76/895/CEE, 86/362/CEE et 90/642/CEE du Conseil, JOUE *du 21 octobre 2005.*

Cette directive indique les divers ajustements adoptés concernant la fixation de teneurs maximales pour les résidus (TMR) de pesticides sur et dans les fruits et légumes, les céréales, les denrées alimentaires d'origine animale et végétale. D'ici le 21 avril 2006, les États membres doivent adopter et publier les dispositions législatives, réglementaires et administratives nécessaires pour se conformer à la présente directive.

Les rubriques *Brèves européennes*, *Lectures*, *Lois et réglementation* et *En ligne* ont été rédigées par Antoinette Desportes-Davonneau, sauf mention spéciale.

Nancy
Les 9 et 10 mars 2006

XIXe congrès national Émois

Journées organisées par l'Association des utilisateurs des nomenclatures nationales et internationales de santé (Aunis), l'Association pour les applications de l'informatique à la médecine (AIM), le Collège national de l'information médicale (CNIM), le Bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-économique en hospitalisation privée (BAQIMEPH), le Collège de praticiens spécialistes en information, communication et organisation médicale (COPSICOM) et l'Union régionale des médecins libéraux de Lorraine (URMLL).

Renseignements
Lorraine Congrès Journées Émois
BP 663
54063 Nancy Cedex
Téléphone : 03 83 36 81 81
Télécopie : 03 83 36 81 80
Courriel : ma@congres-nancy.com

Paris
Le 17 mars 2006

L'absentéisme scolaire ; phénomène, transgression, symptôme… ?

Journée organisée par la Clinique médico-universitaire Georges Heuyer, annexe du lycée Claude Monet avec le soutien de la Société internationale de psychiatrie et de psychologie de l'adolescent (ISAPP).

Renseignements
Mme Levavasseur
Clinique médico-universitaire Georges Hueyer
68 rue des Grands-Moulins
75013 Paris
Téléphone : 01 45 85 25 17
Courriel : michelle.levavasseur@fsef.net

Roubaix
Du 5 au 7 avril 2006

Adolescences, entre défiance et confiance

Colloque international organisé par la revue *Spiral*, l'unité de formation et de recherche (UFR) des sciences de l'éducation de l'université de Charles-De-Gaulle-Lille 3 et l'institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) du Nord-Pas-de-Calais.

Renseignements
Aurélie Dupré
UFR des sciences de l'éducation de l'université Charles-De-Gaulle, Lille 3
Téléphone : 03 20 41 62 70
Courriel : colloque.spirale@univ-lille3.fr
Site : www.lille.iufm.fr/spirado.htm

Paris
Les 10 et 11 mars 2006

L'entretien motivationnel

Séminaire organisé par la Société française d'alcoologie (SFA).

Renseignements
Princeps/SFA
64 avenue du Général-de-Gaulle
92130 Issy-les-Moulineaux
Téléphone : 01 46 38 24 14
Télécopie : 01 40 95 72 15
Courriel : princeps.gdumas@wanadoo.fr

Paris
Les 17 et 18 mars 2006

Le cadre législatif : problèmes pratiques en addictologie

Séminaire organisé par la Société française d'alcoologie (SFA).

Renseignements
Princeps/SFA
64 avenue du Général-De-Gaulle
92130 Issy-les-Moulineaux
Téléphone : 01 46 38 24 14
Télécopie : 01 40 95 72 15
Courriel : princeps.gdumas@wanadoo.fr

Toulouse
Les 18 et 19 mai 2006

Épidémiologie sociale et inégalité de santé

Journées organisées par l'Association des épidémiologistes de langue française (Adelf) avec le soutien de l'IFR 126 « Santé, société ».

Renseignements
Dominique Lautier
Faculté de médecine
37 allée Jules-Guesde
31073 Toulouse Cedex
Courriel : lautier@cict.fr
Site : www.adelf.isped.u-bordeaux2.fr

Lille
Les 16 et 17 mars 2006

L'action publique au risque du client ? « Client-centrisme » et citoyenneté

XVe colloque international organisé par la revue *Politiques et management public*.

Renseignements
Revue *Politiques et management public*
44 boulevard de Vaugirard
Case postale A 806
75757 Paris Cedex 15
Courriel : idmpcalmon@aol.com

Lille
Les 30 et 31 mars 2006

Épidémiologie en santé et travail

Xe colloque organisé par l'Association pour le développement des études et recherches épidémiologiques en santé travail (Aderest).

Renseignements
Courriel : aderest2006@univ-lille2.fr

Lyon
Du 30 mai au 2 juin 2006

Médecine et santé au travail

XXIXe congrès national organisé par l'université Claude Bernard Lyon 1.

Renseignements
Université Claude Bernard Lyon 1
Médecine et santé au travail
8 avenue Rockefeller
69373 Lyon
Téléphone : 04 72 77 45 50
Courriel : mary-pierre.herrscher@adm.univ-lyon1.fr

adsp abonnement

actualité et dossier en santé publique

À photocopier ou à découper et à envoyer à
La Documentation française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers CEDEX
Téléphone 01 40 15 70 00
Télécopie 01 40 15 68 00

Nom _____

Prénom _____

Profession _____

Adresse _____

_____

Code postal _____

Localité _____

_____

Oui, je m'abonne à **adsp** actualité et dossier en santé publique
(4 numéros par an)

- ☐ France 40,80 euros TTC
- ☐ Europe 43,80 euros TTC
- ☐ DOM-TOM et RP 44,20 euros HT avion éco.
- ☐ Autres pays 45,40 euros HT avion éco.
- ☐ Supplément avion 5,00 euros

☐ Le numéro 13,20 euros (à partir du numéro 24)
Participation aux frais de facturation et
de port (sauf pour les abonnements) + 3,05 euros

Ci-joint mon règlement :

☐ Par chèque bancaire ou postal à l'ordre de
M. l'agent comptable de La Documentation française.

☐ Par carte bancaire

date d'expiration ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

numéro ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Date Signature

adsp sommaire
actualité et dossier en santé publique
septembre 2005 numéro 52

éditorial

1 **Les urgences : une priorité du système de soins**
Jean Castex

actualité

4 **La situation sanitaire des personnes prostituées**
Que sait-on de la santé des personnes prostituées ? État des connaissances et tendances.
Nicolas Prisse, Bernard Basset

rubriques

régions

8 **Tendances récentes sur la toxicomanie et les drogues à Paris en 2004**
Conséquences de la politique de réduction des risques : les caractéristiques des usagers de drogues changent. Les enseignements du dispositif Trend.
Sandrine Halfen, Isabelle Grémy

Urgences & demandes de soins en urgence

Quelle prise en charge ?

dossier coordonné par **Pascale Gayrard** p. 13

14 Organisation de la prise en charge

14 **Histoire de la médecine d'urgences**
Fabien Catala

18 **Les usagers des urgences**
Valérie Carrasco

23 **Les acteurs de l'urgence**
Hervé Roy

25 Exemple de prise en charge d'une urgence vitale
Gaël de Beaudrap

26 Les mesures du Plan urgences

27 **L'organisation de la prise en charge des urgences**
Myriam Revel

29 Le financement et la mise en œuvre du Plan urgences
Solenne Barat

30 En amont de l'hôpital

30 **Alerte et premiers secours**
Pierre Carli

33 **La régulation médicale**
Marc Giroud

38 **L'organisation des transports**
Michel Decreau, Michel Crozatier

39 L'hélicoptère dans la prise en charge des urgences
Nicolas Letellier

41 **Permanence des soins en médecine ambulatoire**
Laurence Lavy

42 **Les maisons médicales de garde**
Marie-Christine Keters

44 La maison médicale de garde de Romans
Pierre-Henri Juvin

45 **Quelle lisibilité de l'offre pour l'usager ?**
François Braun

47 À l'hôpital et après

47 **Services d'urgences : difficultés actuelles, perspectives**
Pierre Mardegan

48 Intérêt de la téléimagerie dans la prise en charge des urgences
Hélène Faure-Poitout

50 Les projets de décrets
Solenne Barat

51 **Urgences pédiatriques, quelles spécificités ?**
Pascal Le Roux

54 **Le patient âgé et les urgences**
Claude Jeandel

55 **Les urgences et après ? Le problème de l'aval des services d'urgences…**
Gilles Potel

58 tribunes

58 **Les urgences : point de vue des usagers**
Nicolas Brun

60 **Permanence des soins**
Patrick Bouet

62 **Urgentistes : les « épontilles » du système de santé**
Patrick Pelloux

64 **La médecine d'urgences, une nouvelle spécialité médicale en réponse à un nouveau besoin de société**
Gérard Bleichner

66 **L'urgence, les urgentistes et les autres acteurs**
Bruno Mangola

68 bibliographie et adresses utiles

rubriques

études

69 **Les compétences des soignants en éducation thérapeutique**
Quelles sont les compétences requises pour faire de l'éducation thérapeutique et comment les acquérir ?
Rémi Gagnayre, Jean-François d'Ivernois

repères

11 **brèves européennes**

12 **organisme**
Observatoire national de la démographie des professions de santé

73 **formation**
Master professionnel Gestion des services et des institutions de santé

74 **recherche**
Institut d'innovation thérapeutique : du fondamental au médicament

75 **lectures**

77 **en ligne**

78 **lois & réglementation**

80 **calendrier**

HCSP
Haut Comité de la Santé Publique
www.hcsp.ensp.fr

3 303335 300522

Prix 13,20 euros
ISSN 1771-7450.
CP : 1008 B 05201

La **documentation** Française
29-31, quai Voltaire
75344 Paris CEDEX 07

Téléphone : 01 40 15 70 00
Télécopie : 01 40 15 68 00
www.ladocumentationfrancaise.fr