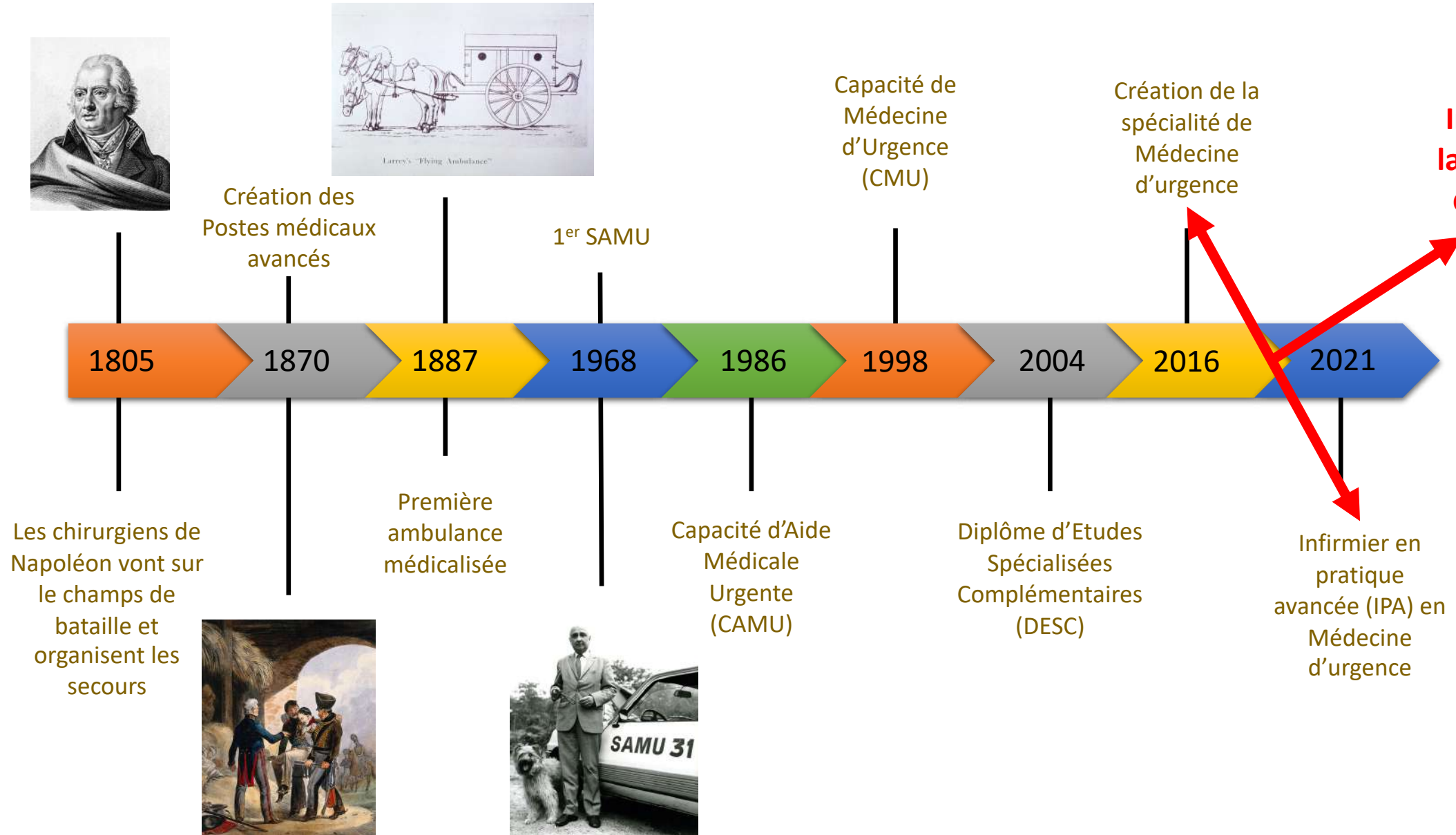




Organisation des soins d'urgence en France

FREMERY Alexis - MD - Emergency Department - French Guiana

La création de la médecine d'urgence en France



DU
Initiation à
la médecine
d'urgence

Quelques définitions

SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) : Chargé de la gestion et de la régulation de toutes les urgences extrahospitalières.

CRRA : Centre de réception et de régulation des appels

SMUR (équipe mobile) : Service médicalisé d'urgence et de réanimation

SAU : Service d'accueil des urgences

USC : Unité de soins continus

Service de réanimation de premier niveau : Polyvalent, tout type de patients

Services de réanimation de niveau 2 : Spécialisés, centre de brûlés, centre de traumatologie, réanimation pédiatrique

Le concept français

Présence d'un médecin à tous les niveaux de prise en charge de l'urgence :

- De l'appel au centre de régulation
- A l'intervention sur le terrain de la détresse.

Deux principes complémentaires :

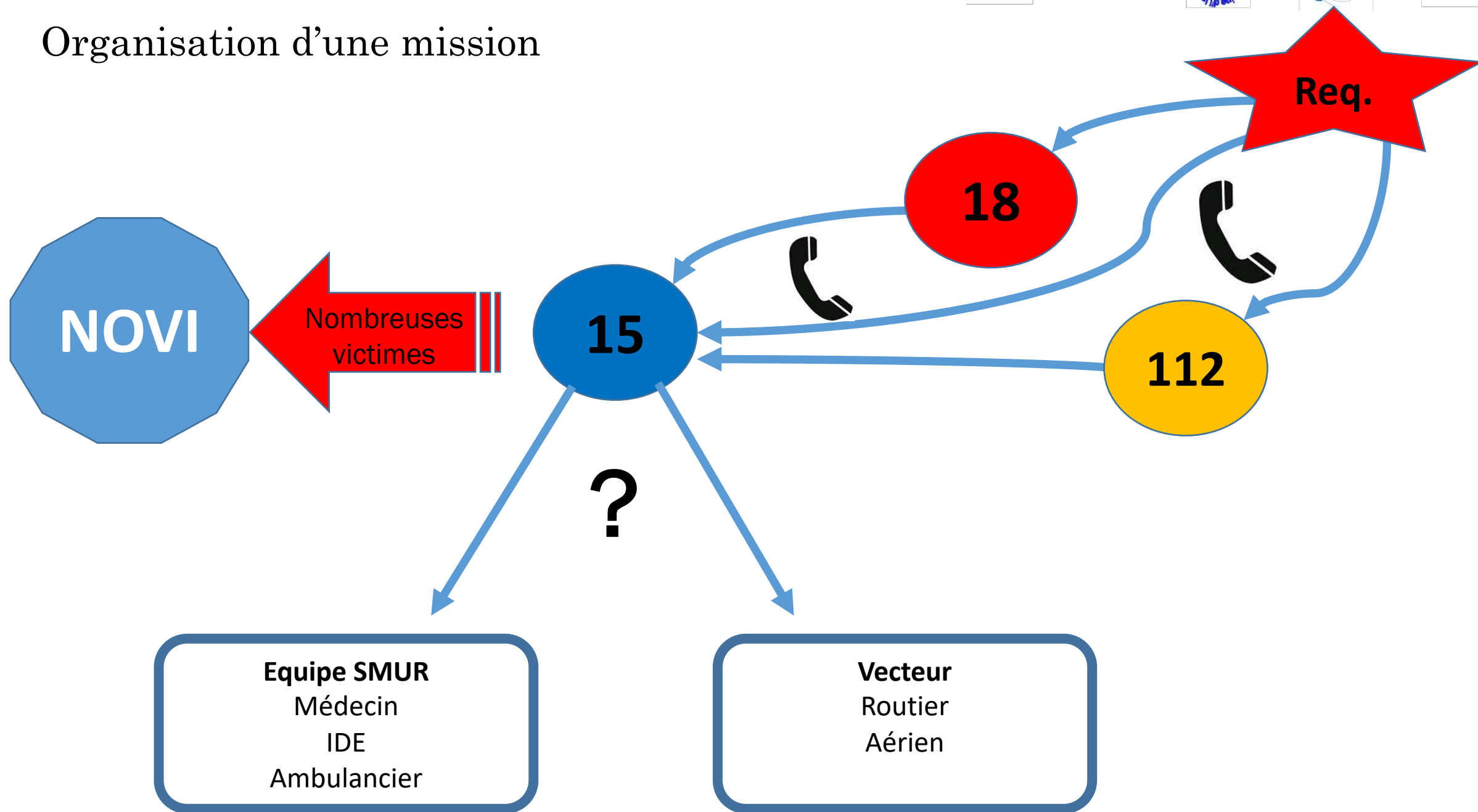
- Tous les appels doivent recevoir la réponse la plus adaptée dans les meilleurs délais.
- Un médecin, compétent en médecine d'urgence et formé à la régulation médicale est le plus à même d'atteindre cet objectif.
 - Optimisation des ressources.



NUMÉROS D'URGENCE

 Samu	 Police	 Pompiers	 Urgence SMS	 En mer	 Europe
 15	 17	 18	 114	 196	 112

Organisation d'une mission



Le parcours d'urgence du patient

SAMU

SAU

O
u
t
-
o
f
-
h
o
s
p
i
t
a
l

T
R
I
A
G
E

M
E
D
I
C
A
L

T
R
I
A
G
E

M
E
D
I
C
A
L



CRRA



Patient

Appel 15

Go

Transport

Transfert direct

Transfert secondaire



Service d'Accueil des Urgences

Circuit court

Circuit long

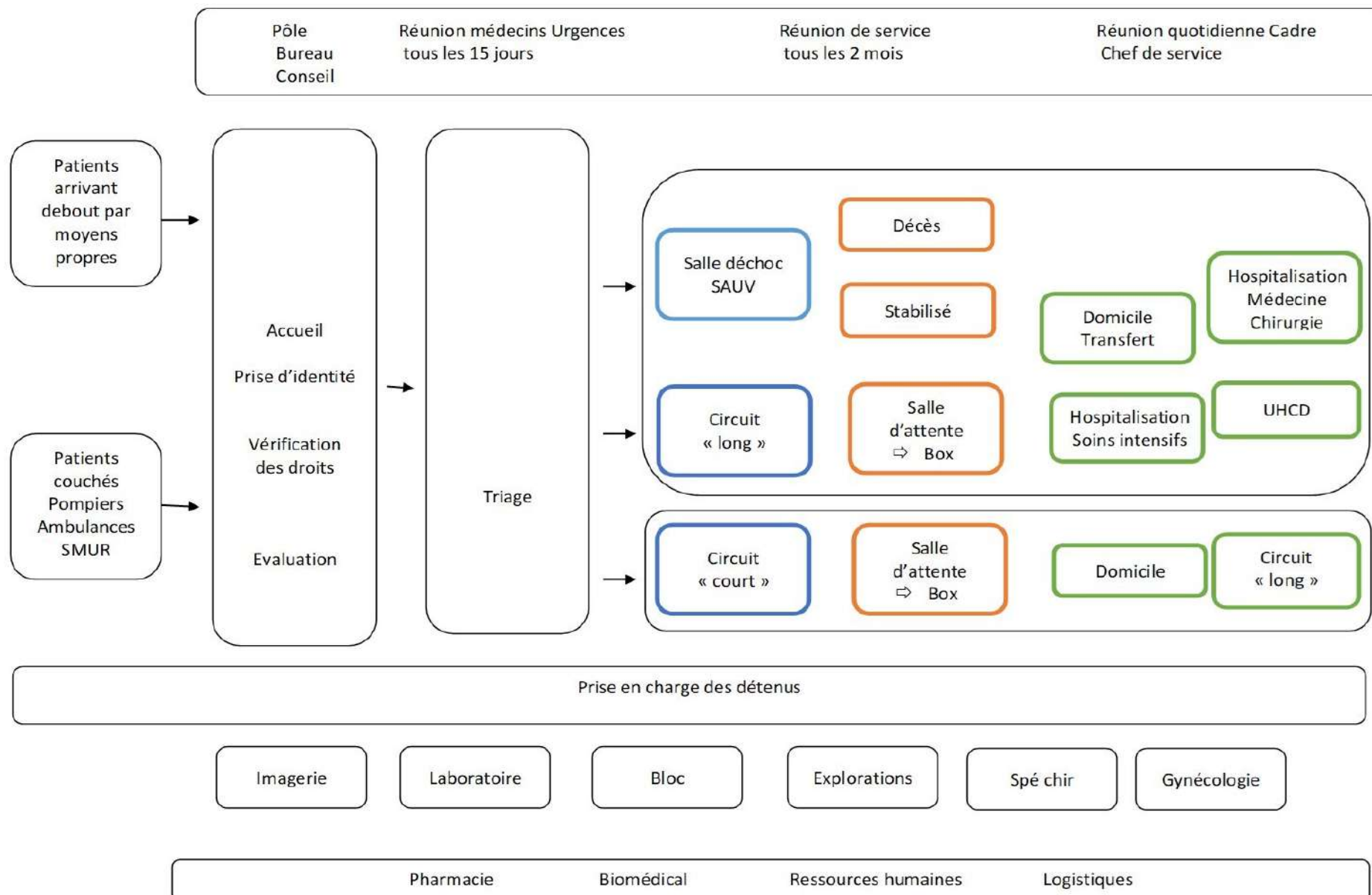
Urgences vitales



USC – Réanimation spécialisée – Hospitalisation conventionnelle

Le parcours d'urgence du patient

CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS SERVICE DES URGENCES



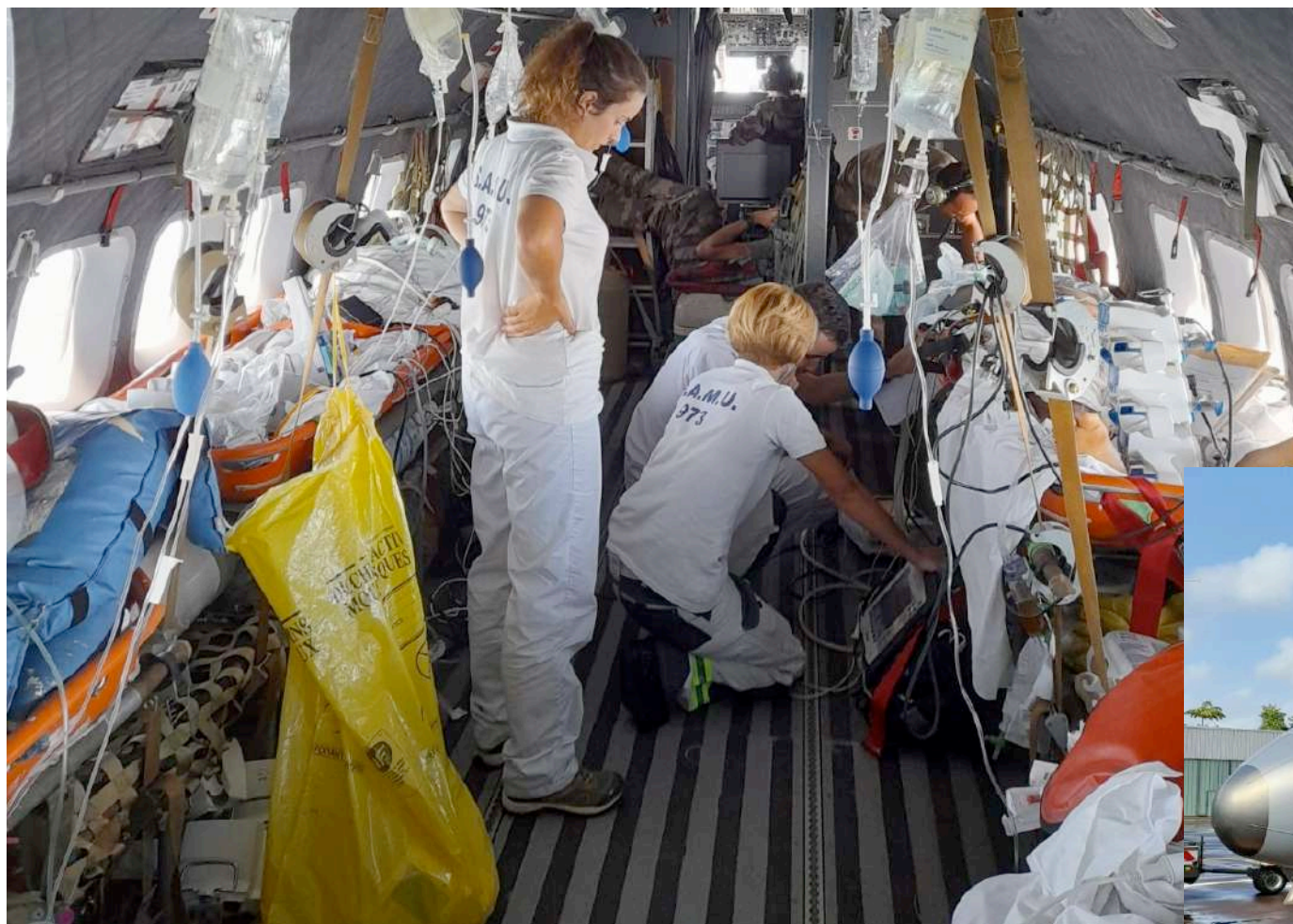
SAMU - Moyens routiers



SAMU - Moyens hélicoptérés



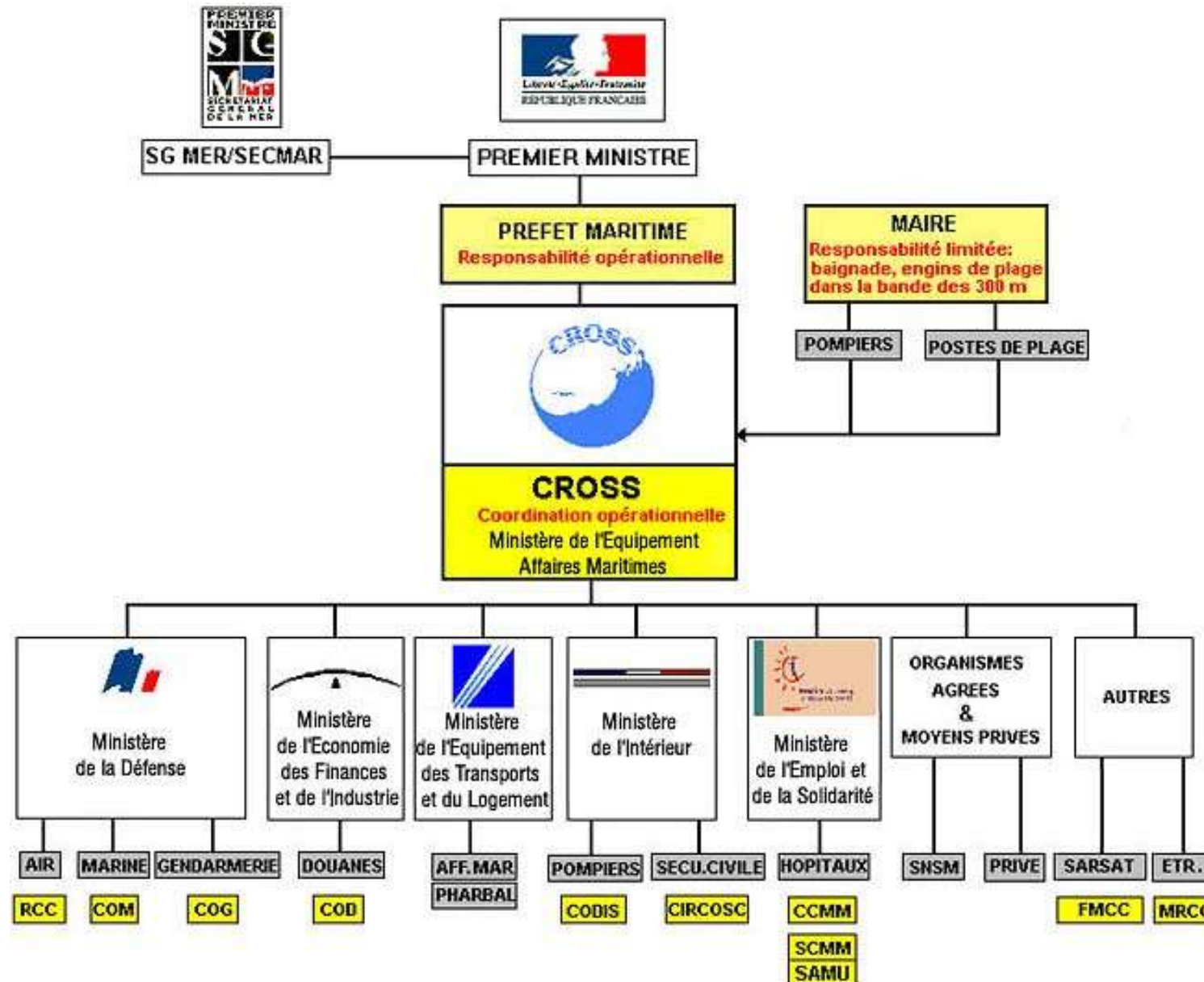
SAMU - Moyens avioniques



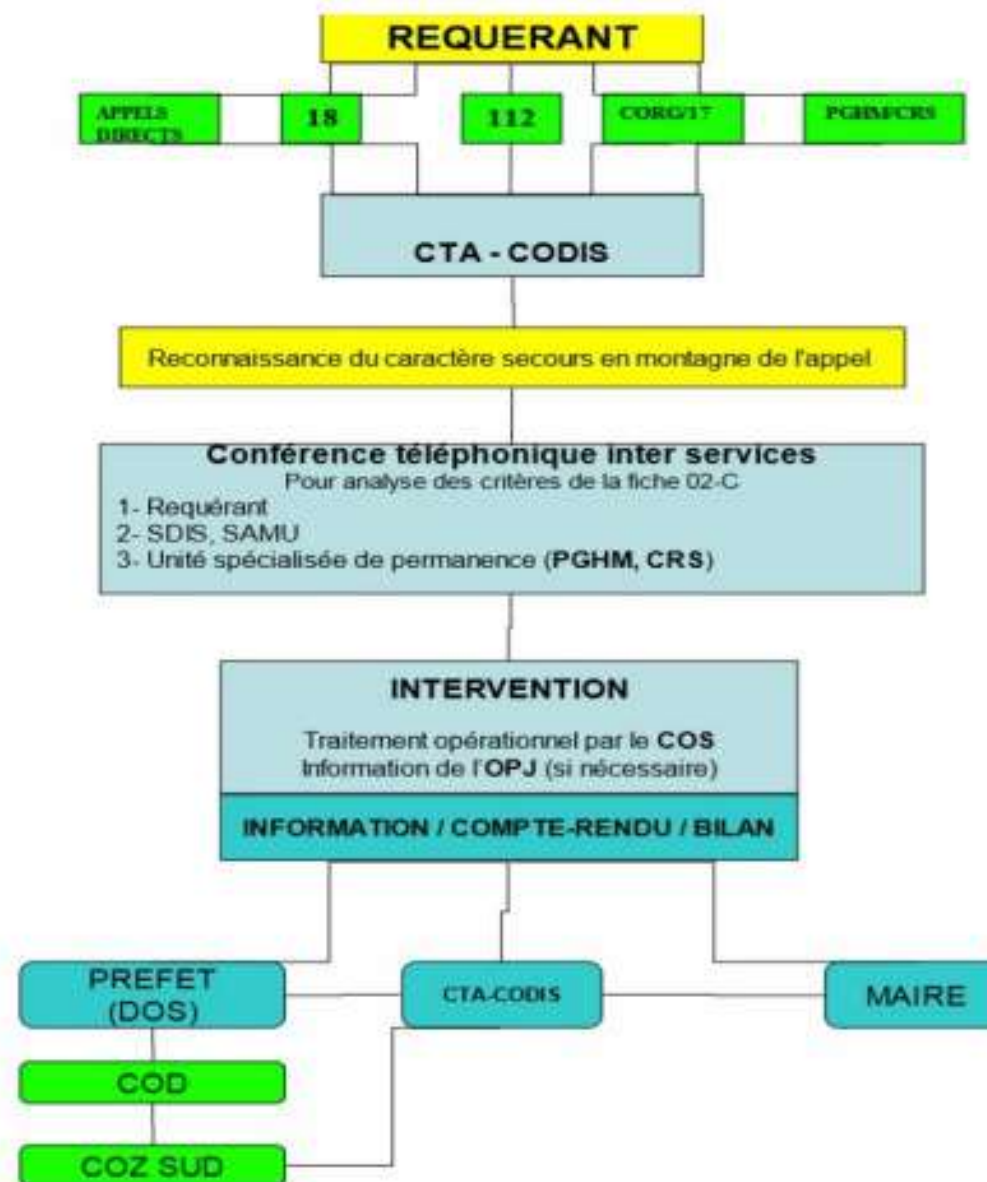
SAMU – Activités en milieux périlleux



SAMU – Activités en milieux périlleux



SAMU – Activités en milieux périlleux



SAMU – Activités en milieux périlleux

Régulateur



Accessibilité de la victime
Nombre de victimes
Contexte, circonstances
Lésions et gravité de la (des) victime(s)
Risque évolutif
Moyen le plus rapidement disponible

Services privés :

- Services de pistes
- Patrouilleurs
- Gardiens
- Guides, moniteurs
- ...

Services de l'état :

- Gendarmerie Nationale
- Police Nationale
- Sécurité Civile
- Météo France
- RTM
- DIR
- BRGM
- DDCS
- DDTM
- CROSS
- STRMTG
- ENSM
- DREAL
- Forces armées
- ...

Médecine de catastrophe et médecine humanitaire



Les soins d'urgence c'est aussi...



Les soins d'urgence c'est aussi...





La French Touch : what about?

French touch : y a-t-il une différence pour les patients ?

“Stay and Play” Versus “Scoop and Run” for Out-of-Hospital Cardiac Arrest

Lauren M. Westafer, DO, MPH, MS, reviewing Grunau B et al. JAMA 2020 Sep 15

A registry analysis found improved survival in patients treated on-scene compared with those who underwent intra-arrest transport.

Many emergency medical services (EMS) agencies have adopted the “stay and play” model of treating out-of-hospital cardiac arrest (OHCA), in which immediate care is delivered on site rather than during transport to the emergency department (ED). To evaluate the effectiveness of this approach, researchers analyzed data from a large prospective North American OHCA registry from 2011 to 2015.

Of the 43,969 patients who met study criteria, 27,705 were propensity matched on multiple variables, including age, initial rhythm, witnessed arrest, and bystander cardiopulmonary resuscitation. The most common initial rhythm was asystole (43% in the intra-arrest transport group and 48% in the on-scene treatment group) and roughly half of arrests were witnessed by bystanders or EMS. The duration of out of hospital resuscitation was

only 6 minutes longer in the intra-arrest transport group (29.1 and 22.9 minutes; not a statistically significant difference). Survival to hospital discharge — the primary outcome — was significantly higher in the on-scene resuscitation group (8.5% vs. 4.0%), as was survival with favorable neurological outcome (7.1% vs. 2.9%).

Results of subgroup analyses (e.g., witnessed arrest, initial shockable rhythm, EMS level of care) favored on-scene resuscitation.

French touch : y a-t-il une différence pour les patients ?

Prehospital care – Scoop and run or stay and play?

November 2009 · Injury. 40 Suppl 4(2):S23-6

DOI:[10.1016/j.injury.2009.10.033](https://doi.org/10.1016/j.injury.2009.10.033)

Source · [PubMed](#)

Authors:



Raymond M Smith
Harvard University

Improved training and expertise has enabled emergency medical personnel to provide advanced levels of care at the scene of trauma. While this could be expected to improve the outcome from major injury, current data does not support this. Indeed, prehospital interventions beyond the BLS level have not been shown to be effective and in many cases have proven to be detrimental to patient outcome. It is better to "scoop and run" than "stay and play". Current data relates to the urban environment where transport times to trauma centres are short and where it appears better to simply rapidly transport the patient to hospital than attempt major interventions at the scene. There may be more need for advanced techniques in the rural environment or where transport times are prolonged and certainly a need for more studies into subsets of patients who may benefit from interventions in the field.

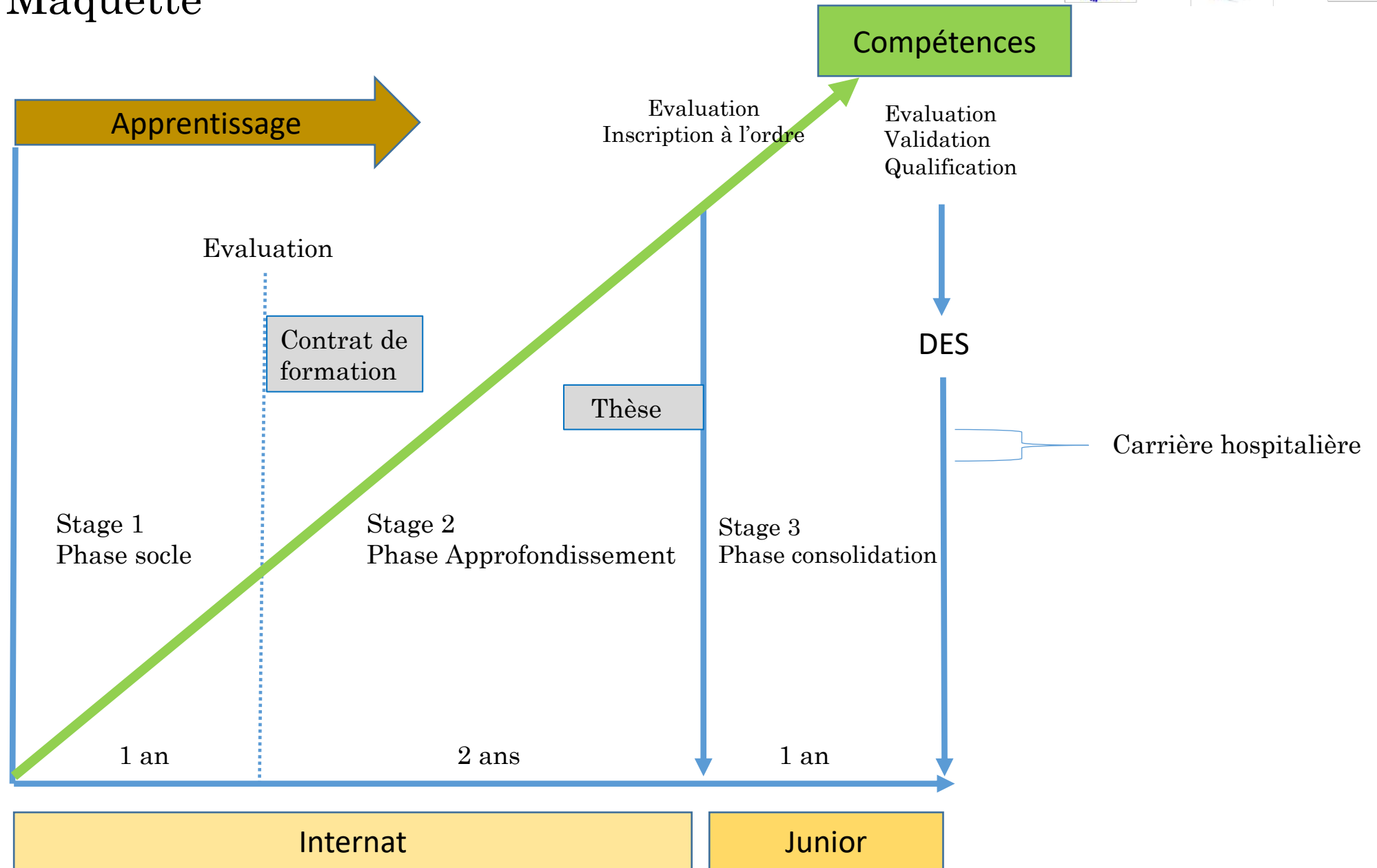
Soins extrahospitaliers : Play or run ?

- Chaque situation est unique
 - Votre décision dépendra de :
 - La pathologie présentée
 - L'équipement dont vous disposez
 - Vos propres compétences et votre expérience
 - Du temps d'accès à un environnement technique adéquat
 - Disposer d'équipes médicales pré-hospitalières hautement qualifiées permet d'avoir le choix en fonction des circonstances (état du patient, disponibilité des moyens de transport, situation météorologique...).
- ➔ Les organisations françaises et anglaises sont toutes deux pertinentes, mais pas pour tout.

Soins d'urgence en France : Beaucoup de réformes

- 1986-98 : Capacité d'aide médicale d'urgence (2 ans d'études après la thèse)
- 1998 : Capacité en médecine d'urgence (2 ans d'études après la thèse)
- 2004 : Diplôme d'Etudes Complémentaires en Médecine d'Urgence (2 ans d'études pendant l'internat de médecine)
- 2016 : Diplôme d'études spécialisées en médecine d'urgence (4 ans d'études pendant l'internat de médecine)
- 2021 : Infirmier en pratique avancée (IPA) en médecine d'urgence

DESMU Maquette



DESMU Maquette

Après 6 ans de formation commune à tous les étudiants en médecine et le concours de classement, 4 ans de formation spécialisée

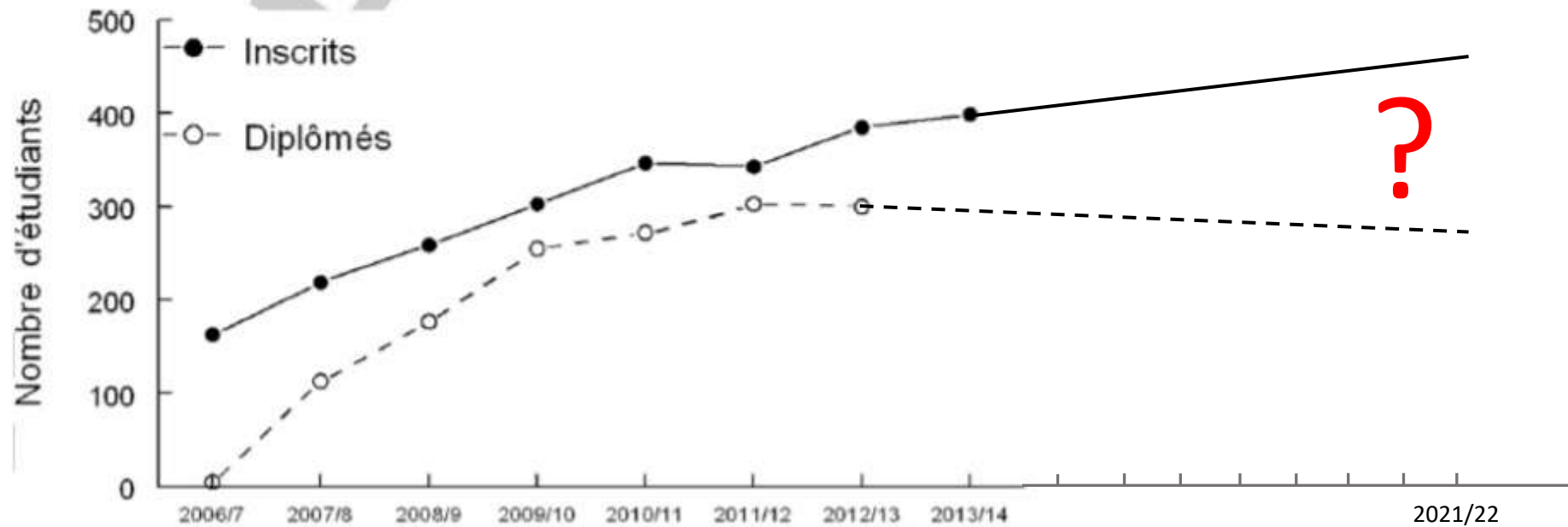
- Phase socle (internat) : 6 mois SAU + 6 mois Médecine polyvalente
- Phase approfondissement (internat) : 6 mois urgences pédiatriques + 6 mois SAMU + 6 mois Réanimation + 6 mois stage libre
- Phase consolidation (Docteur junior) : 6 mois SAMU + 6 mois SAU

50% de la formation doit être effectuée dans des hôpitaux universitaires, au moins 3 mois dans un CRRA.

Combien d'urgentistes formés?

How many emergency physicians are trained in France?

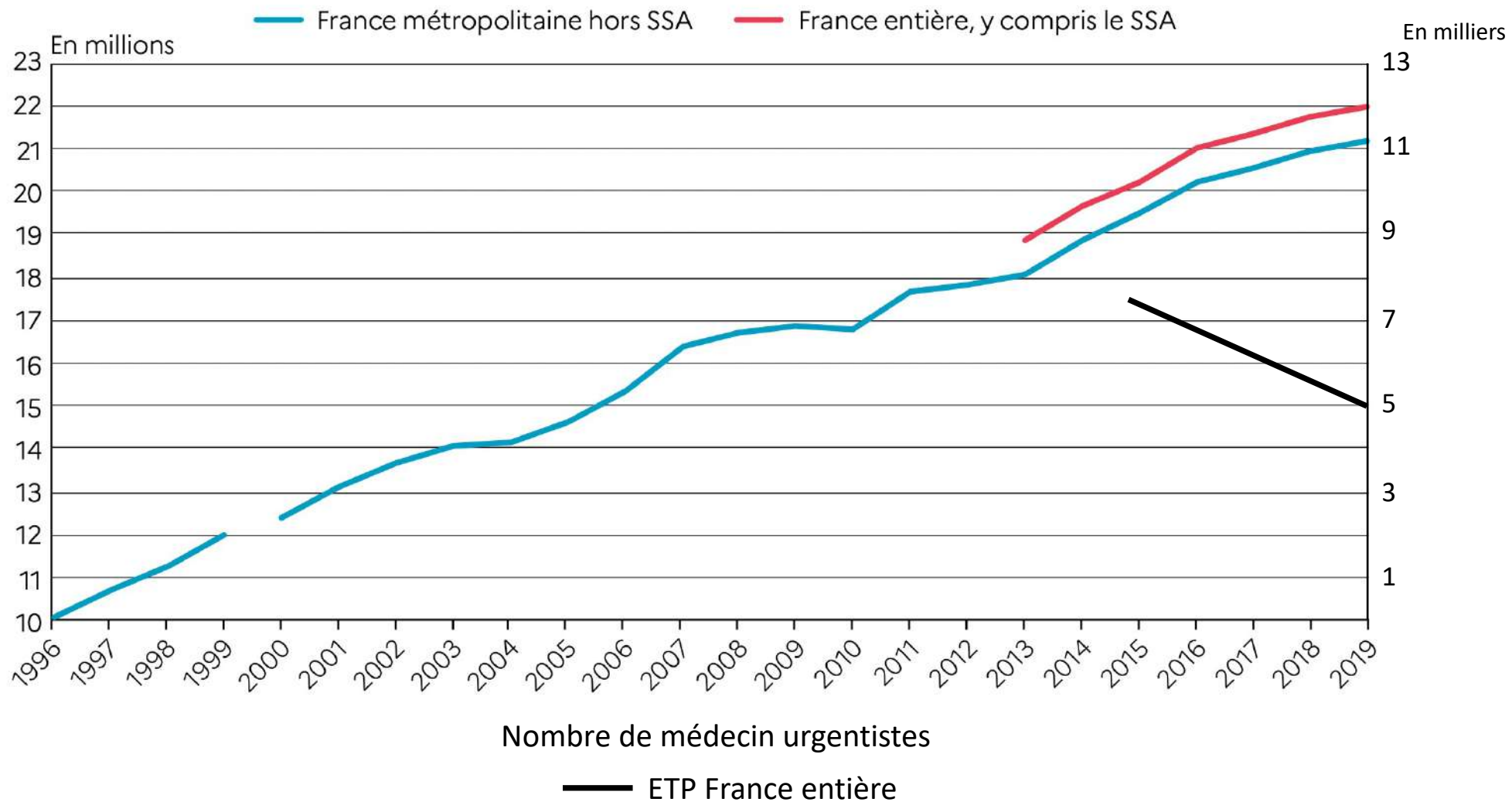
B. Riou · P. Carli · F. Carpentier · J. Kopferschmitt · P. Le Conte · D. Lauque · J. Levraut · B. Veber



Objectif de 500 étudiants par an pour couvrir les besoins !

Insuffisant?

Passages aux urgences



Bientôt sauvés?



A LA UNE, NEWSLETTER, VIE PROFESSIONNELLE

Les premiers infirmiers en pratique avancée « urgences » : cinq mousquetaires sur le terrain

23 août 2022 | 14 172 vues | Adrien Renaud | mots clefs : infirmier en pratique avancée, IPA, IPA urgences, Pratique avancée

Pas de commentaire

631 PARTAGES



Soignant urgentiste : quelles compétences requises ?

Être capable de gérer toutes les urgences, en autonomie pendant les premières heures, quelle que soit la situation, en dehors de l'hôpital, en milieu isolé ou dans les établissements de santé, y compris en cas de catastrophe.

Quelles problématiques, quels objectifs ?

- Zones de travail éloignées et gestion du temps importantes
- Environnement technique limité sur le terrain
- Besoin de professionnels de la santé hautement qualifiés
- Pratiques spécifiques en dehors de l'hôpital et connaissances requises pour l'évacuation sanitaire sur de longues distances.
- Intérêt pour la mise en place d'un réseau d'experts sollicités par les outils de télémédecine

A-t-on vraiment besoin
de médecins urgentistes
en toutes circonstances?

Quelques compétences pertinentes (liste non exhaustive)



Anesthésiologie

Techniques d'analgésie-sédation dans le contexte des urgences

Anesthésies loco-régionales

Techniques d'intubation ou de trachéotomie

Utilisation des médicaments anesthésiques et des curares

Maîtrise des techniques de ventilation assistée

Urgences vitales

Utilisation de catécholamines

Installation des voies veineuses et artérielles centrales

Techniques de remplissage vasculaire

Techniques de transfusion de produits sanguins

Technique de drainage thoracique

Techniques de thrombolyse (cœur, cerveau....)

Radiologie

Interprétation de tous les examens radiologiques

Echographie diagnostique

Maîtrise des gestes échoguidés

Cardiologie

Traitement médical des arythmies cardiaques

Cardioversion sous sédation

Traitement médical d'une crise cardiaque

Traitement médical d'une insuffisance cardiaque

Technique de drainage péricardique

Urologie

Mise en place d'un cathéter suprapubien

Mise en place d'un cathéter vésical

Pneumologie

Traitement d'une insuffisance respiratoire

Utilisation de médicaments bronchodilatateurs

Traitement médical d'une hémoptysie

Technique de drainage d'un épanchement

Traumatologie

Techniques de suture superficielle et profonde

Techniques d'immobilisation et de contention

Réduction de luxation d'articulation

Techniques de réalignement d'une fracture de membre disloqué

Mise en place d'une traction chirurgicale

Retrait d'un corps étranger

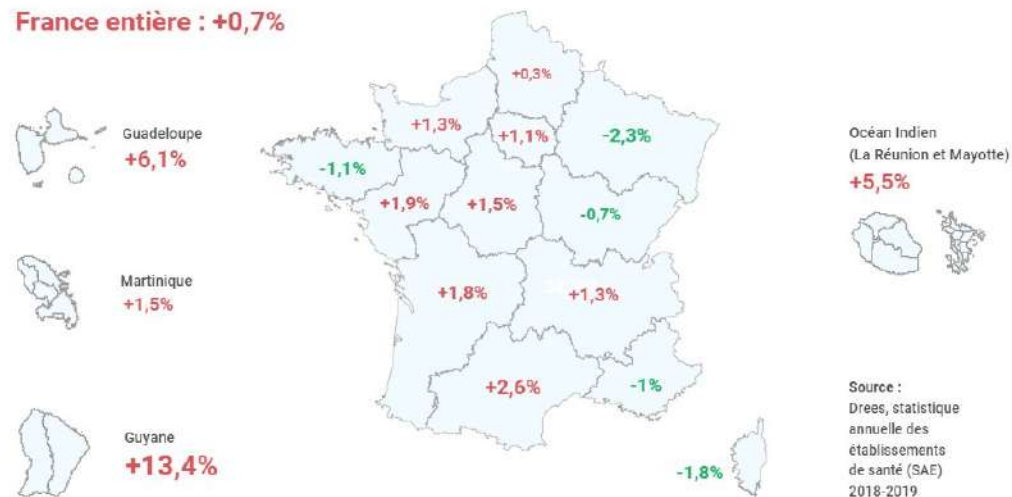
Un besoin qui augmente une, offre qui diminue...

Evolution du recours aux urgences selon les régions



Passages aux urgences dans les établissements de santé publics et privés (2019 vs 2018)

France entière : +0,7%



Source : Drees, statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2018-2019

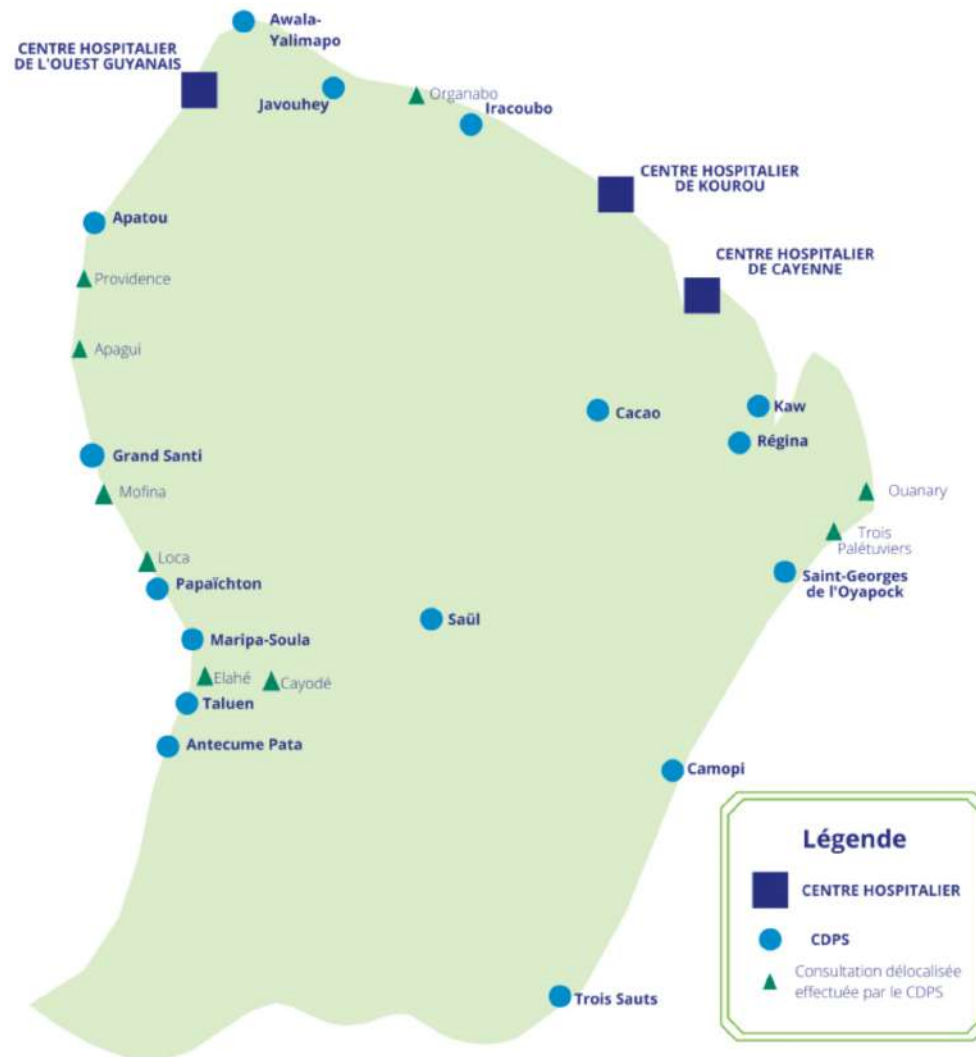
Urgences : nombre de structures et de passages



Dans les établissements de santé publics et privés



Source : Drees-SAE (statistique annuelle des établissements) 2010-2019



Place au diplôme d'initiation à la médecine d'urgence...