

CNUH : Suite de la réunion du 16 octobre 2012

Groupe de réflexion e-mail animé par Marc Giroud sur le thème

COMMENT ASSURER À TOUS L'ACCÈS EN 30 MINUTES À UNE STRUCTURE D'URGENCE

Texte « martyr » soumis le 12 novembre 2012 à la critique des membres du CNUH¹

Introduction

Le Président de la République a pris l'engagement de fixer « un délai maximum d'une demi-heure pour accéder aux soins d'urgence ». Cet engagement a donné lieu à deux précisions de la part de la Ministre de la Santé :

- « personne ne devra se trouver à plus de 30 minutes d'un service de soins permettant la prise en charge de l'urgence » (Réf : Discours Marisol TOURAINE à Hôpital Expo, Mai 2012) ;
- Il s'agit bien « d'accéder à un médecin » dans ce délai maximum de 30 minutes (Réf : Discours Marisol TOURAINE au CNUH le 16 octobre 2012).

Il revient à présent au CNUH de formuler des propositions en vue de l'application concrète de ce principe, sachant que la Ministre a précisé que la mise en œuvre devra commencer au début de l'année 2013.

Un référentiel à trois dimensions

Le principe posé s'exprime dans un référentiel à trois dimensions :

- la temporalité : 30 minutes
- la gravité : urgence et urgence vitale
- la compétence : soin médical, avec une nécessaire aptitude à gérer l'urgence.

Si l'on considère les ressources dans le domaine de l'Aide Médicale Urgente, il est facile d'éliminer ce qui ne correspond pas à ces caractéristiques. Ainsi, l'absence de contact physique avec un médecin ne répond pas à cette demande. En effet, seul un médecin apte à gérer une situation d'urgence et se trouvant au contact du patient peut :

- faire un diagnostic et prescrire des examens complémentaires s'y rapportant (qualifier)
- pratiquer sans délai un traitement adapté (agir)
- diriger le patient vers un parcours de soins avec ou sans hospitalisation (orienter).

Le contact téléphonique avec un médecin régulateur du Samu ou de la PDSA n'est donc pas suffisant même si ce médecin peut être la porte d'entrée du parcours de soins d'urgence. L'intervention d'un infirmier est une réponse dégradée insuffisante car elle ne permet pas d'atteindre le niveau de soins évoqué. Enfin, l'intervention auprès du patient d'un médecin de la

¹ Ce texte est inspiré des présentations de Pierre Carli, Pierre-Marie Roy et Marc Giroud aux Assises de la médecine d'urgence organisées par Samu-Urgences de France le 13 septembre 2012, ainsi que des conclusions de ces Assises (Réf : site Samu-Urgences de France). Il prend également en compte l'étude diagnostique réalisée par les ARS et présentée par la DGOS lors de la réunion du CNUH du 16 octobre 2012.

PDSA, dans l'hypothèse où une telle intervention serait effectuée dans le délai de 30 minutes, ne couvre pas la prise en charge d'une situation d'urgence vitale ou potentiellement vitale.

La régulation médicale pour garantir l'accès au juste soin

L'accès en 30 minutes à des soins médicaux spécialisés d'urgence sur l'ensemble du territoire national pour toute urgence vitale ou potentiellement vitale suppose un dispositif de régulation médicale pour adapter la réponse au besoin de santé du patient. Cette fonction est assurée par le médecin régulateur du Samu-Centre 15.

L'acte de régulation médicale (comprenant notamment, après un interrogatoire médical, une ou des hypothèses diagnostiques et l'évaluation des risques de la situation en regard des bénéfices attendus des différentes prises en charge possibles) aboutit à la prescription du juste soin représentant la réponse la mieux adaptée à la demande, compte tenu de l'organisation en place, des ressources disponibles et du contexte.

La Haute autorité de santé a codifié cet acte médical. Elle prescrit notamment ceci pour les urgences potentiellement graves : « La mise en œuvre d'une équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation est d'autant plus anticipée si le patient se trouve dans un endroit éloigné ou difficile d'accès... »... « Dans des conditions d'éloignement, le centre de régulation médicale fait intervenir, dans la mesure du possible, un médecin de proximité volontaire et formé dans l'attente de l'équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation envoyée simultanément. »

La régulation médicale exercée par les Samu-Centres 15 doit donc être considérée comme un élément facilitateur et sécurisant de l'accès aux structures d'urgence pour les cas le nécessitant, et notamment pour les personnes géographiquement isolées.

La téléconsultation qui, de même que la régulation médicale, est l'une des composantes de la télémédecine (Réf: décret du 19 octobre 2010) doit être considérée comme une solution complémentaire. Elle peut, notamment, être une réponse utile dans les situations suivantes :

- en attente de l'arrivée des moyens d'Aide Médicale Urgente ;
- dans les cas qui, après régulation médicale, ne nécessitent pas un contact médical direct.

Un maillage territorial de services des Urgences, de Smur et d'HéliSmur

La répartition géographique des services des Urgences et des Smur, trop souvent liée à des considérations historiques, doit pouvoir être optimisée.

La restructuration des établissements de santé n'a pas toujours tenu compte de son impact sur les Urgences et les Smur. Là où il a été jugé préférable de regrouper des activités chirurgicales, notamment en urgence, il peut être nécessaire de maintenir voire d'implanter un service des Urgences et/ou un Smur. La possibilité d'adosser un Smur à une structure hospitalière légère n'a pas été vraiment expérimentée. Un hôpital local avec une structure de consultation non programmée ou une structure d'urgence à fonctionnalité limitée (en termes de plateau technique et/ou d'horaires d'ouvertures) peuvent devenir la base d'un Smur dans une logique territoriale. Le statut d'antenne Smur, actuellement uniquement utilisé pour des activités saisonnières, peut être élargi.

L'augmentation du rayon d'action des Smur est aussi une piste intéressante. La rationalisation des Hélicoptères en fait partie. Une meilleure régulation médicale des hélicoptères effectuant des missions sanitaires est un objectif majeur, qu'il s'agisse d'interventions primaires ou de transferts à partir des structures de soins de proximité. Un schéma de fonctionnement inter-régional des Hélicoptères intégrant tous les moyens hélicoptérés utilisables serait un important axe de progrès.

Il faut aussi que les structures d'urgences s'adaptent aux vecteurs hélicoptérés. L'accessibilité des plateaux techniques de référence mais aussi la possibilité de poser un Hélicoptère au contact de toutes les structures de soins de proximité devraient être améliorées. La mise en place d'itinéraires sécurisés par des aides à la navigation aérienne permettrait de créer de véritables parcours fléchés pour l'Hélicoptère entre ces différentes structures, réduisant fortement les limitations liées aux conditions météorologiques.

Ce maillage territorial, au-delà de son indispensable volet organisationnel, doit nécessairement comporter une composante professionnelle. Pour cela, il convient de prioriser l'élaboration de projets médicaux multi-sites de territoire pour une activité médicale polyvalente (Samu, Smur, Urgences, UHCD) et de favoriser la mise en place d'équipes médicales de territoire en médecine d'urgence.

Des Médecins Correspondants Samu en première ligne

Même optimisée la couverture territoriale des structures d'urgence ne pourra cependant pas, dans tous les territoires et dans toutes les circonstances, garantir à elle seule l'accès en 30 minutes à des soins médicaux d'urgence.

Le développement de Médecins Correspondants Samu, intervenants médicaux associés au Smur, apparaît donc comme une solution pragmatique et moderne pour faciliter l'accès en urgence à un médecin apte à prendre en charge une situation d'urgence dans des territoires isolés.

Le Médecin Correspondant Samu est un médecin généraliste qui a reçu une formation spéciale à la prise en charge des urgences y compris les urgences vitales les plus graves. Ce médecin peut par ailleurs être, par exemple, médecin des sapeurs pompiers. Sa mise en œuvre permet de réduire le temps d'accès à un médecin en cas d'urgence grave dans un site éloigné de tout Smur sans pour autant retarder l'intervention de celui-ci qui est simultanément engagé de façon systématique. Le Médecin Correspondant Samu dispose d'un matériel et de médicaments adaptés. Sa mission, reconnue et rémunérée, se situe dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente. Son intégration à l'Aide Médicale Urgente lui permet de bénéficier du réseau de télécommunication public de l'urgence. Son haut niveau de compétence est assuré par des stages en structure d'urgence et des formations généralement délivrées par les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU).

Le développement des Médecins Correspondants Samu renforce aussi les liens entre la médecine ambulatoire et l'hôpital en associant de nouveaux médecins de proximité au réseau de l'Aide Médicale Urgente.

D'indispensables données logistiques

Les ARS, à la demande de la Direction générale de l'offre de soins, viennent de réaliser un premier diagnostic de l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes. Une première étude a concerné les temps d'accès de la population d'une commune au service des Urgences ou au SMUR le plus proche. Cette étude a, notamment, permis d'analyser les biais méthodologiques (ex : la référence au centre de la commune est peu pertinente pour les communes très étendues ou avec du relief ; le distancier théorique tient insuffisamment compte du relief pour apprécier les vitesses de déplacement). Une seconde étude a concerné les Médecins Correspondants Samu qui sont déployés dans 12 régions. Ces études montrent clairement la variété des situations et la diversité des problématiques.

Les situations d'isolement doivent être définies selon les critères les plus objectifs et les plus pertinents possibles. Le recours à des ingénieurs spécialisés dans ce domaine s'avère ainsi indispensable pour réaliser un « point zéro » bien documenté et permettre ensuite le suivi des progrès. Les études cartographiques et opérationnelles réalisées devront notamment déterminer, sur des données factuelles, les points les plus sensibles du territoire national.

L'évaluation ex-ante et ex-post

Une évaluation ex-ante sera nécessaire pour étudier, sur des cas types (ex : douleur thoracique, ou trouble neurologique soudain dans un habitat isolé) pris comme modèles, les conditions actuelles de prise en charge et les performances des différentes organisations envisagées.

Une évaluation ex-post devra analyser, sur la base d'un registre où ils seront reportés, tous les cas où le délai d'accès à une structure d'urgence aura dépassé 30 minutes pour une situation d'urgence vitale ou potentiellement vitale.