

URGENCES +

Sous l'égide de la SFMU et de SUdF

Guide d'organisation des structures d'urgence en France

Coordination :

Jérémy Guenezan, Jean-Baptiste Bouillon-Minois,
Sandrine Charpentier et Marc Noizet



Médecine
SCIENCES

Guide d'organisation des structures d'urgence en France

Dans la collection

Références en médecine d'urgence (collection de la Société française de médecine d'urgence)

Régulation des appels de santé

T. Desmettre, P. Ray, 2025

Urgences vitales : gestion de la première heure,

T. Desmettre, 2025

Urgences infectieuses,

T. Desmettre, 2024

Arrêt cardiaque,

G. Debaty, B. Vivien, 2024

La médecine d'urgence de demain

T. Desmettre, 2023

Blessures par armes de guerre,

S. Ausset et L.-M. Joly, 2022

La médecine d'urgence au cœur des filières de soins,

T. Desmettre, 2022

Mer et Loisirs,

T. Desmettre, 2020

Échographie clinique en situation d'urgence

X. Bobbia, P.-G. Claret, 2020

Cœur et Urgences,

T. Desmettre, 2019

La mère et l'enfant,

T. Desmettre, 2018

Urgences AVC,

S. Deltour et Y. L'Hermitte, 2018

Scores en médecine d'urgence,

P. Ray, 2018

Guide d'organisation des structures d'urgence en France

Société française de médecine
d'urgence (SFMU)
SAMU-urgences de France (SUdF)

Coordonnateurs CREF :
J. Guenezan et J.-B. Bouillon-Minois

Présidente SFMU : S. Charpentier

Président SUdF : M. Noizet



Médecine
SCIENCES

Retrouvez
tous nos livres



**Publié par
SAS JLE**

30A, rue Berthollet
94110 Arcueil
France

Nos livres : www.librairiejle.com
Nos revues : www.jle.com
Nous contacter : contact@jle.com

Création couverture : NordCompo
Photographies de couverture : iStock/Pixavril et iStock/Dkosig

© 2025 JLE. Tous droits réservés.

ISBN : 978-2-2572-0844-6
ISSN : 2113-6979

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands Augustins, 75006 Paris.

Préface

Née de la réalité du terrain et de l'engagement des soignants, à l'interface de la médecine de premier recours et de la médecine hospitalière, la médecine d'urgence a longtemps été considérée comme la médecine de l'immédiateté, réactive, parfois improvisée, toujours indispensable, bien avant d'être pleinement reconnue.

Elle s'est progressivement structurée avec, en 2015, la reconnaissance de la médecine d'urgence comme nouvelle spécialité médicale.

Ces étapes ont permis d'asseoir une identité disciplinaire forte, dotée d'un corpus de connaissances et d'un champ d'expertise spécifique, pleinement intégrée au paysage hospitalier.

Aujourd'hui, ce sont plus de cinq cents internes qui sont formés en médecine d'urgence chaque année et la médecine d'urgence a atteint son niveau de maturité. Elle est une spécialité pleinement reconnue, à la fois clinique, organisationnelle, stratégique et scientifique. Cette maturité appelle désormais un socle commun : une base claire et partagée permettant de définir nos missions, de structurer nos organisations, de préciser nos moyens, et d'harmoniser nos pratiques sur l'ensemble du territoire.

En 2023, le ministre Braun avait missionné SUDF et la SFMU pour accompagner la mise en œuvre des grandes réformes structurantes pour la médecine d'urgence en complément des textes réglementaires, mais également pour élaborer un cahier des charges sur le fonctionnement interne des structures d'urgence.

C'est tout l'objet de ce guide d'organisation des structures d'urgence. Conçu comme un outil de référence, il vise à éclairer notre exercice, consolider nos fondamentaux et affirmer la place de la médecine d'urgence comme composante essentielle du système de soins.

Il a pour ambition de proposer une définition de la médecine d'urgence et de son exercice puis de préciser l'organisation réglementaire, les moyens humains, architecturaux, techniques, environnementaux pour la faire fonctionner, les structures d'urgence, les indicateurs pour mesurer la qualité des soins et le fonctionnement, l'organisation des filières spécifiques (SSE, gériatrique, pédiatrique).

Plus de 80 professionnels de l'urgence, urgentistes, pédiatres, gériatres, infirmiers, infirmiers en pratique avancée de médecine d'urgence ont répondu à 21 questions et élaboré des préconisations en se basant sur l'*Evidence-Based Medicine* dans sa composante scientifique et l'expertise des auteurs. Tous les acteurs de la médecine d'urgence ont été associés à la SFMU et à SUDF : l'ANCESU, le CNUMU, la FEDORU, le CNU. Des urgentistes belges et québécois ont également apporté leur contribution à la réflexion.

Ce document se veut pratique, actuel et a vocation à évoluer, s'enrichir au gré des transformations de notre spécialité. Il constitue une référence nationale à destination des professionnels, des décideurs et des autorités sanitaires.

Nous espérons que vous trouverez dans la lecture de ces différents chapitres le socle commun sur lequel vous pourrez vous appuyer pour faire progresser, ensemble, l'organisation de nos services.

Sandrine Charpentier & Marc Noizet

Avant-propos

La commission des référentiels de la Société française de médecine d'urgence a pour mission d'élaborer des textes fondés sur la littérature scientifique afin d'améliorer les pratiques cliniques. À la fin de l'année 2024, nous avons été honorés d'être sollicités par le conseil d'administration pour coordonner l'élaboration d'un guide. Ce guide vise à définir notre spécialité et à établir le fonctionnement de nos structures d'urgence.

Le sujet n'étant pas uniquement scientifique, nous avons dû adapter notre méthodologie habituelle. En un temps record de dix mois, plus de 80 experts, incluant des urgentistes français et internationaux, des pédiatres, des gériatres, des infirmiers et des infirmiers en pratique avancée en urgence, ont accepté de collaborer. De nombreuses heures de travail, de débat, de discussion et de compromis ont permis d'élaborer 165 recommandations autour de 21 questions. Chaque recommandation est soutenue par un argumentaire justificatif. Pour rédiger ces textes, les experts se sont basés sur la littérature scientifique, les textes de loi, ainsi que sur des exemples d'organisations françaises, européennes et mondiales.

L'élaboration de ce texte suit les grands principes de la médecine d'urgence, démontrant notre capacité à nous organiser pour fournir des réponses rapides et à mobiliser efficacement les ressources, une caractéristique propre à notre spécialité.

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'écriture de ce cadre pour nos structures d'urgence. Nous espérons sincèrement que ce texte apportera des réponses aux défis actuels et fournira un cadre pour nos pratiques futures.

Bien amicalement

Jérémy Guenezan et Jean-Baptiste Bouillon-Minois,
comité d'organisation de ce guide des structures d'urgence

Sommaire

Préface	V
Avant-propos	VII
Abréviations	XIII
Liste des auteurs et autrices.	XIX

CHAMP 1 DÉFINITION DE LA MÉDECINE D'URGENCE

QUESTION 1 Qu'est-ce qu'un médecin urgentiste ?	
Experts : N. PESCHANSKI, F. DUMAS, S. CHARPENTIER, P. RAY	3
QUESTION 2 Quelles sont les missions des structures d'urgence ?	
Experts : X. DUBUCS, O. GANANSIA, R. LEACH, Y. YORDANOV	9
QUESTION 3 Quelles sont les spécificités d'une équipe de médecine d'urgence ?	
Experts : N. TIBERTI, A. CHENOU, R. CHOCRON, J. MORRIS.	14

CHAMP 2 ORGANISATION DES STRUCTURES D'URGENCE

QUESTION 4 Quelle organisation territoriale pour répondre aux enjeux de la médecine d'urgence ?	
Experts : A.-L. FERAL-PIERSSSENS, A. RICARD-HIBON, M. OBERLIN, A. REDJALINE, J.-F. CIBIEN	23
QUESTION 5 Faut-il adapter/faire évoluer/rationaliser/filtrer l'accès aux structures d'urgence ?	
Experts : P.-M. TARDIEUX, M. JONCHIER, L. MAILLARD	28
QUESTION 6 Quelles sont les organisations pour assurer les missions d'une structure d'urgence ?	
Experts : T. MARKARIAN, C. LE GALL, M. DOUPLAT, S. CHARPENTIER, E. ROUFF, N. BOUNAUD	33

CHAMP 3 MOYENS DES STRUCTURES D'URGENCE

QUESTION 7 Quelles spécialités médicales sont nécessaires pour assurer les missions d'une structure d'urgence ?	
Experts : S. BEAUNE, C. GREGOIRE, V.-E. LVOVSCHI.	51

QUESTION 8 Quel encadrement est nécessaire pour assurer les missions d'une structure d'urgence ?

Experts : M. OBERLIN, Y.-E. CLAESSENS, A. CHENOU, P. VALETTE, F. BONNET, C. PRADEAU 54

QUESTION 9 Quels sont les effectifs cohérents pour faire fonctionner la structure d'urgence du futur ?

Experts : G. ROUSSEAU, A. CHENOU, D. SAVARY, M. NOIZET 58

QUESTION 10 Quels médecins (spécialistes de l'urgence ou autres) pour répondre aux missions de la MU ?

Experts : R. CHOCRON, B. VILLOING, K. TAZAROURTE, A.-D. CURUNET-RAOUL 62

QUESTION 11 Quel environnement institutionnel est nécessaire au fonctionnement d'une structure d'urgence ?

Experts : O. MIMOZ, M. JONCHIER, L. SOULAT 65

QUESTION 12 Quels moyens architecturaux pour une SU ?

Experts : M. OBERLIN, B. DOUAY 70

QUESTION 13 Quels environnements techniques (imagerie, bio, informatique) sont nécessaires dans un service d'urgence pour optimiser la prise en charge ?

Experts : C. GIL-JARDINE, M. VIOLEAU, A. VROMANT 74

CHAMP 4**INDICATEURS ET QUALITÉ DES SOINS DE FONCTIONNEMENT****QUESTION 14 Quels indicateurs de fonctionnement pour une structure d'urgence ?**

Experts : N. TIBERTI, G. ROUSSEAU, C. CAPLETTE, J. DUCHENNE, M. NOIZET, G. NOËL 85

QUESTION 15 Formation *in situ*, faut-il en faire ? quand ? comment ?

Experts : D. DOUILLET, N. MARJANOVIC, I. BORRACCIA, M. DESCOURS, C. BERTRAND, J. TRUCHOT, A.-L. PHILIPPON 89

CHAMP 5**QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DANS LES STRUCTURES D'URGENCE****QUESTION 16 Comment organiser le temps de travail dans un service d'urgence ?**

Experts : T. MARKARIAN, N. PARISOT, P. SERRE, A. CHENOU, C. VERJUX, J.-F. CIBIEN 97

QUESTION 17 Comment préserver une qualité de vie et des conditions de travail tout au long de la carrière des soignants de l'urgence ?

Experts : A. DEPIL-DUVAL, C. GIL-JARDINE, P. SERRE, J.-F. CIBIEN, N. PESCHANSKI, M. DUPUY 109

CHAMP 6**FILIÈRES SPÉCIFIQUES (AFFLUX MASSIF DE PATIENTS/SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE, GÉRIATRIE, PSYCHIATRIE, PÉDIATRIE)****QUESTION 18 Quelle organisation pour un afflux de victimes****(hôpital en tension – situation sanitaire exceptionnelle) ?**

Experts : L. GABILLY, C. OCCELLI, P. LE BORGNE, H. DELELIS-FANIEN, L. GOIX 121

QUESTION 19 Comment organiser l'accueil des personnes âgées aux urgences ?

Experts : X. DUBUCS, A. BENHAMED, H. VILLARS 131

QUESTION 20 Comment organiser la prise en charge des patients pédiatriques aux urgences ?

Experts : H. CHAPPUY, Y. GILLET, A. MOUROT, C. GRAS LE GUEN, C. GIL-JARDINE 139

QUESTION 21 Comment organiser la recherche dans une structure d'urgence ?

Experts : F. MOUSTAFA, D. DOUILLET, E. MONTASSIER 150

Abréviations

ACEM	<i>Australasian College of Emergency Medicine</i>
ACEP	<i>American College of Emergency Physicians</i>
ADE	Ambulancier diplômé d'État
ADN	Acide désoxyribonucléique
AFGSU	Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
AFHSH	Association française des médecins hospitaliers utilisateurs d'hélicoptères sanitaires hospitaliers
AM	Auxiliaire médical
AMAVI	Afflux massif de victimes
AMU	Aide médicale urgente
AMUF	Association des médecins urgentistes de France
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicosociaux
ANCESU	Association nationale des centres d'enseignement des soins d'urgence
ARC	Assistant de recherche clinique
ARM	Assistant de régulation médicale
ARS	Agence régionale de santé
ASH-Q	Agent des services hospitaliers qualifiés
ATS	<i>Australasian Triage Scale</i>
AVC	Accident vasculaire cérébral
BJML	Besoin journalier minimal en lits
BPC	Bonnes pratiques cliniques
CA	Conseil d'administration
CAM	<i>Confusion Assessment Method</i>
CAMU	Capacité d'aide médicale urgente
CCH	Cellule de crise hospitalière
CDS	Cadre de santé
CEDOS	<i>Community Emergency Department of Overcrowding Scale</i>
CESU	Centre d'enseignement des soins d'urgence
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIMU	Classification infirmière des malades aux urgences
CISD	<i>Critical Incident Stress Debriefing</i>
CISM	<i>Critical Incident Stress Management</i>
CME	Commission médicale d'établissement
CMG	Collège de médecine générale
CMP	Centre médicopsychologique

CMU	Capacité de médecine d'urgence
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNPMU	Collège national professionnel de médecine d'urgence
CNU	Conseil national des universités
CNUMU	Collège national des universitaires de médecine d'urgence
COD	Centre opérationnel départemental
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPP	Comité de protection des personnes
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CR	Commission recherche
CREF	Commission des référentiels
CRM	<i>Crisis Resource Management</i>
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels
CS	Commission scientifique
CSP	Code de la santé publique
CTAS	<i>Canadian Triage and Acuity Scale</i>
CUMP	Cellule d'urgence médicopsychologique
DES MU	Diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DLU	Dossier de liaison d'urgence
DMC	Directeur médical de crise
DMP	Dossier médical partagé
DPI	Dossier patient informatisé
DRESS	Direction de la recherche, des études et évaluation statistiques
DSM	Directeur des secours médicaux
DST	Disposition spécifique transversale
DU	Diplôme universitaire
EBMD	Examen de biologie médicale délocalisée
ECG	Électrocardiogramme
ECMU	Échographie clinique en médecine d'urgence
ED boarding	<i>Emergency Department boarding</i>
ED CAPS	<i>Emergency Department Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i>
ED PREM	<i>Emergency Department Patient Reported Experience Measures</i>
EGS	Évaluation gériatrique standardisée
EHESP	École des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENSOSP	École nationale et supérieure des officiers sapeurs-pompiers
ES	Établissement de soins
ESR	Établissement de santé de référence
ESR-R	Établissement de soins de référence régionaux

ETP	Équivalent temps plein
EUSEM	<i>European Society of Emergency Medicine</i>
FEDECMU	Fédération des collèges régionaux de médecine d'urgence
FEDORU	Fédération des observatoires régionaux des urgences
FEI	Feuilles d'évènements indésirables
FGSU	Formation aux gestes et soins d'urgence
FHF	Fédération hospitalière de France
FLACC	<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i>
FRENCH	<i>French Emergency Nurses Classification in Hospital</i>
FST	Formation spécialisée transversale
GFRUP	Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques
GHT	Groupe hospitalier de territoire
GITE	Groupe d'intérêt en traumatologie grave
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
IA	Intelligence artificielle
ICS	Infirmier correspondant du SAMU
IDE	Infirmier diplômé d'État
IESPE	Indemnité d'engagement de service public exclusif
IFEM	<i>International Federation for Emergency Medicine</i>
IMBM	Indice de maturité du <i>Bed Management</i>
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
IOA	Infirmier organisateur de l'accueil
IPA	Infirmier en pratique avancée
IPA-U	Infirmier en pratique avancée mention urgence
IRC	Infirmière de recherche clinique
IRM	Imagerie à résonance magnétique
JO	<i>Journal officiel</i>
MAO	Médecin d'accueil et d'orientation
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MCS	Médecin correspondant du SAMU
MIN	Mort inattendue du nourrisson
MMG	Maison médicale de garde
MU	Médecine d'urgence
MUPA	Unité de médecine d'urgence de la personne âgée
NEDOCS	<i>National Emergency Department Overcrowding Scale</i>
NOVI	Nombreuses victimes
NRBC	Nucléaire radiologique biologique chimique
NRBC-E	Nucléaire radiologique biologique chimique-explosif
NRC	Nucléaire radiologique chimique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONVS	Observatoire national des violences en santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie

ORSAN	Organisation de la réponse sanitaire
ORSEC	Organisation de la réponse de sécurité civile
ORU	Observatoire régional des urgences
PDS	Permanence des soins
PEA	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
PEPPA	<i>Participatory, Evidence-based, Patient-focused process for advanced Practice nursing role development</i>
PEWS	<i>Pediatric Early Warning Score</i>
PGTHSSE	Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles
PH	Praticien hospitalier
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PHRIP	Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale
PMI	Protection maternelle et infantile
POCT	<i>Point Of Care Tests</i>
PREM	<i>Patient Reported Experience Measures</i>
PREPS	Programme de recherche sur la performance du système des soins
QVCT	Qualité de vie et des conditions de travail
QVT	Qualité de vie au travail
RCT	Étude randomisée contrôlée
REB	Risques émergents biologiques
RISSQ	Risque incendie sécurité sûreté qualité
RPU	Résumé de passage aux urgences
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SAS	Service d'accès aux soins
SAUV	Salle d'accueil des urgences vitales
SFGG	Société française de gériatrie et gérontologie
SFMU	Société française de médecine d'urgence
SFP	Société française de pédiatrie
SIH	Système d'information hospitalier
SISIP	Simulation <i>in situ</i> interprofessionnelle
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
SMU	Structure de médecine d'urgence
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SNP	Soins non programmés
SNUHP	Syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée
SSA	Service de santé des armées
SSE	Situation sanitaire exceptionnelle
SSR	Soins de suite et réadaptation
SSSM	Service de santé et de secours médical
SU	Structure d'urgence
SUdF	SAMU-urgences de France
TEC	Technicien d'étude clinique
TMS	Troubles musculosquelettiques

TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
TTA	Temps de travail additionnel
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UMH-P	Unité mobile hospitalière paramédicalisée
UNAF	Union nationale des associations familiales

Liste des auteurs et autrices

Coordinateurs et coordinatrice

Pr Jérémy Guenezan

Président de la commission des référentiels
Chef de service adjoint urgences SAMU-SMUR86
jeremy.guenezan@chu-poitiers.fr

Dr Jean-Baptiste Bouillon-Minois

Commission des Référentiels SFMU
Responsable SMUR, CHU Clermont-Ferrand
jbbouillon-minois@chu-clermontferrand.fr

Pr Sandrine Charpentier

Présidente de la Société Française de Médecine d'Urgence
Cheffe de Service Urgences Adultes, CHU Toulouse
charpentier.s@chu-toulouse.fr

Dr Marc Noizet

Président SAMU-Urgences de France
Chef de Service Urgences – SAMU-SMUR, CH Mulhouse
marc.noizet@sudf.fr

Collaborateurs et collaboratrices

Sébastien Beaune

Axel Benhamed

Catherine Bertrand

Florence Bonnet

Isabelle Borraccia

Nicolas Bounaud

Catherine Caplette

Hélène Chappuy

Aline Chenou

Richard Chocron

Jean-François Cibien

Yann-Éric Claessens

Anne-Dominique Curunet-Raoul

Henri Delelis-Fanien

Arnaud Depil-Duval

Merlin Descours

Bénédicte Douay

Delphine Douillet

Marion Douplat

Xavier Dubucs

Jonathan Duchenne

Florence Dumas

Marie Dupuy

Anne-Laure Feral-Pierssens

Laurent Gabilly

Olivier Ganansia

Cédric Gil-Jardine

Yves Gillet

Laurent Goix
Christèle Gras Le Guen
Charles Grégoire
Maxime Jonchier
Pierrick Le Borgne
Catherine Le Gall
Robert Leach
Virginie-Ève Lvovschi
Laurent Maillard
Nicolas Marjanovic
Thibaut Markarian
Olivier Mimos
Emmanuel Montassier
Judy Morris
Alexandra Mourot
Fares Moustafa
Guilhem Noël
Mathieu Oberlin
Céline Occelli
Nelly Parisot
Dominique Pateron
Nicolas Peschanski

Anne-Laure Philippon
Catherine Pradeau
Patrick Ray
Abdeslam Redjaline
Agnès Ricard-Hibon
Edwin Rouff
Sébastien Rouget
Geoffroy Rousseau
Dominique Savary
Patrice Serre
Louis Soulat
Pierre-Marie Tardieux
Karim Tazarourte
Nadia Tiberti
Jennifer Truchot
Pierre Valette
Charlotte Verjux
Hélène Villars
Barbara Villoing
Mathieu Violeau
Amélie Vromant
Youri Yordanov

DÉFINITION DE LA MÉDECINE D'URGENCE

QUESTION 1

Qu'est-ce qu'un médecin urgentiste ?

Experts : N. PESCHANSKI, F. DUMAS, S. CHARPENTIER, P. RAY

R1.1. Les experts définissent un médecin urgentiste comme un spécialiste capable de trier, diagnostiquer, traiter et orienter les patients de tout âge ayant un motif de recours évocateur de pathologies pouvant mettre en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel immédiatement ou à court terme, dont une prise en charge ne peut être différée et qui est à initier immédiatement et au maximum dans les vingt-quatre premières heures. Ces missions se conçoivent pour une durée de prise en charge de quelques heures sans dépasser vingt-quatre heures.

Le médecin urgentiste est également le spécialiste de l'organisation et de la gestion du flux en situation normale ou en situation sanitaire exceptionnelle (SSE), et dans des situations où son expertise est nécessaire (événements de grande ampleur, milieux périlleux ou spécifiques).

R1.2. Les experts recommandent que le médecin urgentiste doit pouvoir justifier des diplômes permettant la pratique de la médecine d'urgence (MU) : diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence (DES MU), diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) en médecine d'urgence, capacité de médecine d'urgence (CMU), capacité d'aide médicale urgente (CAMU), ou encore *via* la validation des acquis des connaissances par le conseil de l'ordre. À défaut, les experts recommandent de veiller à ce que le Collège national professionnel de médecine d'urgence (CNPMU) reconnaisse le praticien comme médecin urgentiste selon la réglementation en vigueur.

R1.3. Compte tenu de la spécificité de la MU, le médecin urgentiste doit exercer dans une structure de médecine d'urgence (SMU) hospitalière, publique ou privée, autorisée par l'agence régionale de santé (ARS), un minimum de 50 % d'un équivalent plein-temps. Les experts recommandent de permettre une activité clinique recouvrant les trois axes : structures d'urgence (SU), structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et/ou service d'aide médicale d'urgence (SAMU).

R1.4. Le médecin urgentiste doit pouvoir bénéficier d'une formation continue tout au long de sa carrière. Les experts recommandent de garantir que les exigences de formation et de certification du CNPMU puissent être remplies.

DÉFINITION DE LA PROFESSION DE MÉDECIN URGENTISTE

Le médecin urgentiste est un spécialiste formé pour exercer principalement dans les SMU extrahospitalières (SAMU-CRRA15-SAS et SMUR) et intrahospitalières (structures d'urgence [SU] incluant la salle d'accueil des urgences vitales [SAUV] et l'unité d'hospitalisation de courte durée [UHCD]) afin d'évaluer, de prendre en charge et d'orienter les patients présentant des pathologies urgentes médicales et chirurgicales, chez l'adulte et chez l'enfant. Il est également un spécialiste formé pour exercer la médecine d'urgence (MU) lors de situations sanitaires exceptionnelles (SSE), évacuations sanitaires de toutes natures avec nécessité de médicalisation, rassemblement de foule, manifestations de grande ampleur et sportives. La pratique de la MU doit répondre aux obligations de formation énumérées dans deux arrêtés du 21 avril 2017 et du 3 mars 2022 relatifs aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées (DES), et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales (FST) du troisième cycle des études de médecine [1, 2].

FORMATION DU MÉDECIN URGENTISTE

La formation des médecins urgentistes a profondément évolué depuis plusieurs décennies. Jusqu'en 2017 se sont succédé CAMU et DESC MU. La formation pratique et théorique des médecins urgentistes reposait alors sur une formation complémentaire à une spécialité existante. Dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études de médecine en 2017, la création du DES MU a permis de confirmer la MU comme spécialité à part entière [1]. Ce fut consolidé par la constitution de la sous-section de la MU (48-05) au Conseil national des universités (CNU) [3]. Le DES MU, dont la durée est de quatre ans, comporte trois phases : une phase socle d'un an, une phase d'approfondissement de deux ans et une phase de consolidation d'un an. Il comprend l'apprentissage de l'ensemble des connaissances et des compétences nécessaires pour l'exercice d'un médecin urgentiste. Cette formation couvre la spécialité dans tout son périmètre à la fois extra- et intrahospitalier. Les contours de la MU se centrent sur la prise en charge des premières heures des patients. Les connaissances théoriques reprennent les situations de recours extra- et intrahospitalières sur le plan diagnostique et thérapeutique. Cette formation inclut l'organisation, la régulation et la prise en charge des SSE. Les stages pratiques correspondent aux différentes activités qui seront exercées par le futur urgentiste : SU, SMUR et SAMU-SAS, complétés par des stages de réanimation et d'urgences pédiatriques.

La formation en MU utilise les nouvelles modalités pédagogiques telles que la simulation ou l'échographie clinique qui ont intégré l'apprentissage, notamment dans la gestion des urgences vitales ou d'autres situations aiguës. En complément, la dernière année du DES MU, dite « phase de consolidation », permet l'apprentissage de la séniorisation dans les SU.

La formation en MU s'est ainsi développée à travers le DES MU, conférant l'ensemble des enseignements nécessaires à l'exercice d'un médecin urgentiste sur tout le périmètre de la MU. Cette formation en quatre ans est élaborée sur un canevas national par le Collège national des universitaires de médecine d'urgence (CNUMU) permettant la garantie de la meilleure homogénéisation sur le territoire. Au terme des quatre années d'études, sanctionnées par la soutenance d'une thèse d'exercice, l'étudiant sera diplômé en MU, inscrit à l'ordre des médecins dans cette spécialité, qu'il pourra exercer dans tous les champs définis de la MU. À noter que tous les médecins déjà inscrits au tableau de l'ordre des médecins peuvent demander une nouvelle qualification de spécialiste différente de leur qualification initiale. L'obtention de cette

qualification relève de la compétence du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), via les commissions de qualification instituées dans chacune des spécialités. Pour obtenir une nouvelle qualification de spécialiste en MU, le médecin doit justifier d'une formation et d'une expérience qui lui assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du DES MU. Pour la MU, un diplôme universitaire (DU) de gestion des urgences vitales sera demandé.

DÉFINITION CIBLE DU MÉTIER DANS SES CONDITIONS D'EXERCICE

Au-delà des définitions légales du métier, il convient de définir ce qu'est la MU du point de vue sociétal et des conditions d'exercice. Ainsi, s'il n'existe pas de définition consensuelle, le grand public définit un patient « urgent » comme « ayant des symptômes apparus subitement et assez graves pour qu'une personne prudente, possédant un niveau courant de connaissance en santé, soit amenée à croire qu'une visite médicale urgente et/ou non prévue soit nécessaire » [4]. Elle est également définie par le patient lui-même ou par son entourage, inquiet devant des signes d'apparition brutale, mais aussi lorsqu'il ne trouve pas de réponse ailleurs à son problème de santé [5] conforté par l'appel au SAMU-SAS. Ainsi, la MU véhicule une image positive essentiellement attribuée au SAMU qui « sauve des vies », mais à l'inverse une image dégradée des SU comme stigmata d'un système de santé saturé envahi par des patients qui viennent parfois « pour rien ».

Le site du CNUMU définit la MU comme la spécialité transversale des premières heures [6]. Elle prend en charge des pathologies médicales et traumatiques, des enfants aux personnes âgées, des situations mettant immédiatement en jeu le pronostic vital de façon immédiate ou différée à des motifs de recours plus bénins : douleur thoracique, traumatisme grave, détresse respiratoire aiguë, mais aussi douleur abdominale, traumatisme de cheville ou malaise sont des motifs de recours à la MU. De ce fait, c'est une spécialité hautement diagnostique. Ainsi, face à un motif de recours qui est la plainte d'un patient, il appartient au médecin urgentiste d'en faire le diagnostic. Ce patient avec une douleur thoracique a-t-il un syndrome coronarien aigu ? une péricardite ? une embolie pulmonaire ou un pneumothorax ? En utilisant son sens clinique mais aussi des outils modernes comme la biologie, la radiologie et l'échographie clinique, le médecin urgentiste établit un diagnostic afin de mettre en place le traitement approprié et d'insérer si nécessaire le patient dans le bon parcours de soins. Le médecin urgentiste a acquis des compétences cliniques, des habiletés techniques (intubation, ventilation, échographie clinique, protocole de transfusion massive, thoracostomie, techniques de sutures, anesthésie locorégionale, etc.) mais aussi humaines et organisationnelles (dialogue avec les proches, gestion de l'urgence et/ou d'une équipe, médecine de catastrophe). La MU est un travail d'équipe, quel que soit le lieu où on l'exerce. Le médecin urgentiste n'est jamais seul. Il travaille avec l'équipe soignante, infirmiers, aides-soignants, assistants de régulation médicale, ses collègues mais aussi les autres spécialistes de l'établissement le plus souvent public.

DIFFÉRENCES ENTRE MÉDECINE D'URGENCE ET SOINS URGENTS

La MU fait référence à une spécialité spécifique et à un ensemble de compétences pour traiter des cas critiques dans des environnements particuliers. Les soins médicaux urgents désignent des soins prodigués pour des conditions nécessitant une attention rapide, mais

qui peuvent être pris en charge par une variété de professionnels et dans différents types de structures. Les deux visent à limiter les risques pour la santé du patient, mais l'intensité et le niveau de spécialisation des soins diffèrent.

Nous pouvons raisonnablement définir la temporalité dans laquelle doit s'inscrire la médecine d'urgence comme une prise en charge qui ne peut pas être différée, c'est-à-dire à initier immédiatement et au maximum dans les vingt-quatre premières heures sous peine d'aggravation du pronostic vital ou fonctionnel du patient. Les Anglo-Saxons préconisent une prise en charge qui ne doit pas excéder quatre heures pour 90 % des patients. Dans tous les cas, la démarche diagnostique et thérapeutique ne peut pas excéder vingt-quatre heures dans les urgences incluant la prise en charge en UHCD.

RÈGLEMENTATION ET CRITÈRES PROFESSIONNELS

Du point de vue réglementaire, pour être médecin urgentiste, il faut associer une formation adéquate et une expérience en MU. Ainsi, le CNPMU, composé de tous les représentants du monde de la MU, la Société française de médecine d'urgence (SFMU), SAMU-urgences de France (SUDF), le CNUMU, la Fédération des collèges régionaux de médecine d'urgence (FEDECMU), l'Association nationale des centres d'enseignement des soins d'urgence (ANCESU), l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF) et le Syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée (SNUHP), a validé en janvier 2025 les critères ci-dessous devant permettre à un praticien d'être reconnu comme médecin urgentiste :

- avoir eu une formation initiale universitaire : CAMU, CMU, DESC MU ou DES MU ;
- exercer dans une SMU hospitalière, publique ou privée, labélisée par l'ARS, la majorité de son temps de travail avec un minimum de 50 % d'un équivalent plein-temps ;
- suivre un parcours de formation continue équivalent aux exigences de la recertification.

La commission de qualification de première instance du CNOM, composée de représentants du CNUMU, de SUDF, de l'AMUF et du CNOM, recommande les mêmes critères. En l'absence des diplômes susmentionnés, la commission exige à la place l'obtention d'un DU de MU, prioritairement un DU d'urgences vitales ou, à défaut, une capacité de médecine de catastrophe ou un DU de régulation.

PANORAMA MONDIAL DU MÉTIER DE MÉDECIN URGENTISTE

La profession de médecin urgentiste varie d'un pays à l'autre, reflétant les différences entre les systèmes de santé, la formation suivie et les environnements de pratique. Cependant, le curriculum de formation et les champs d'application sont homogènes et traduisent le cadre de pratique dans lequel le médecin urgentiste s'inscrit [7].

FORMATION ET CERTIFICATION

Le cursus de formation initiale pour devenir médecin urgentiste peut varier considérablement d'un pays à l'autre. Cependant, dans de nombreux pays, il s'agit d'une formation en filière de spécialisation après les études de médecine. Certains pays, dont la majorité des pays développés, ont des programmes de formation spécialisée en MU bien établis et structurés sur

des durées de trois à sept ans, directement ou après un tronc commun, tandis que d'autres sont encore au stade de développement de cette spécialité ou ne possèdent qu'un cursus de formation complémentaire à une autre spécialité. Le contenu des programmes de formation peut différer d'un pays à l'autre mais le curriculum met l'accent sur les compétences fondamentales communes à la pratique de la MU [8]. Cependant, la formation peut inclure des modules spécifiques adaptés aux urgences rencontrées dans certaines régions du monde. Les exigences et certifications pour devenir un médecin urgentiste varient également [9]. Certains pays exigent des examens de certification spécifiques après la phase de résidence ou d'internat alors que d'autres obéissent à des processus de certification intégrés. En général, la certification est délivrée par un collège professionnel et/ou une administration plus ou moins centralisée [10]. Enfin, dans certains pays, il existe des formations avancées optionnelles afin d'obtenir une spécialisation supplémentaire, comme la MU pédiatrique ou la médecine de catastrophe. Ces différences reflètent les besoins et les priorités spécifiques de chaque système de santé ainsi que les ressources disponibles pour la formation en MU.

CHAMPS D'APPLICATION

Quels que soient le pays, les médecins urgentistes sont formés à la prise en charge d'un large éventail de pathologies aiguës même si les champs d'application de la pratique peuvent varier en fonction des organisations, des besoins et des ressources locales en matière de soins de santé. Ils travaillent principalement dans les services d'urgence des hôpitaux, mais, selon l'organisation des filières de soins d'urgence, ils peuvent également être impliqués dans les soins extrahospitaliers, les interventions en cas de catastrophe et les services médicaux aériens [11].

CONCLUSION

La majorité des médecins urgentistes a désormais une activité mixte intra- et extrahospitalière. Ces deux aspects de notre spécialité sont complémentaires et s'enrichissent l'un l'autre. La régulation médicale, l'activité de SMUR, l'accueil hospitalier et l'UHCD sont les facettes d'une mission commune : identifier l'urgence, établir un diagnostic, mettre en place le traitement adapté et orienter les patients. Au-delà des soins au patient, la MU intègre des notions de flux et d'organisation. Ce rôle, souvent assuré par des médecins chevronnés, est indispensable pour le bon fonctionnement des services d'urgence et des SAMU.

RÉFÉRENCES

1. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. JORF n° 0100 du 28 avril 2017. (Accès 11 février 2025). www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881
2. Arrêté du 3 mars 2022 portant modification de l'organisation du troisième cycle des études de médecine, de maquettes de formation de diplômes d'études spécialisées et création d'option et de formations spécialisées transversales. JORF n° 0057 du 9 mars 2022. (Accès 11 février 2025). www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2022/3/3/SSAH2200243A/jo/texte
3. Riou B. 2017 : création du CNU de médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urgence* 2017 ; 7(3) : 149-50.
4. Pateron D. Organisation des structures d'urgences en France. Organisation intrahospitalière. Cours e-learning DES médecine d'urgence phase socle. UNESS. (Accès 11 février 2025) <https://formation.uness.fr/3C/mod/resource/view.php?id=16700>

5. Livre blanc des SAMU. Organisation de la médecine d'urgence en France, un défi pour l'avenir. Les propositions de Samu-urgences de France. 48 p. SAMU-urgences de France, 2015. (Accès 11 février 2025). www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf
6. Collège national des universitaires de médecine d'urgence. La médecine d'urgence. Qu'est-ce que la médecine d'urgence ? (Accès 11 février 2025). <https://cnumu.fr/fr/presentation-mu/>
7. Definition of emergency medicine and the emergency physician. American College of Emergency Physicians. *Ann Emerg Med* 1986 ; 15(10) : 1240-1.
8. Brown R, Prosen G, Dryver E. The new European Training Requirements for emergency medicine: rationale and implementation. *Eur J Emerg Med* 2025 ; 32(1) : 8-9.
9. Brown R, Bonsano M, Lupan-Muresan EM. How do European countries meet the standards of the European training requirements in emergency medicine: a sample view from young emergency medicine doctors. *Eur J Emerg Med* 2022 ; 29(5) : 325-6.
10. Task Force on Residency Training Information; Perina DG, Collier RE, Counselman FL, Jones JH, Witt EA. Report of the Task Force on Residency Training Information (2010-2011), American Board of Emergency Medicine. *Ann Emerg Med* 2011 ; 57(5) : 526-34.
11. Counselman FL, Carius ML, Kowalenko T, *et al.* The american board of emergency medicine maintenance of certification summit. *J Emerg Med* 2015 ; 49(5) : 722-8.

QUESTION 2

Quelles sont les missions des structures d'urgence ?

Experts : X. DUBUCS, O. GANANSIA, R. LEACH, Y. YORDANOV

R2.1. Les experts recommandent que les missions des SU s'inscrivent dans une temporalité maximum de vingt-quatre heures à partir du début de la prise en charge et soient :

R2.1.1. Une mission de triage, d'orientation et de filiarisation, en lien avec les SAMU-SAS et tout professionnel de santé, pour les patients présentant une situation médicale aiguë.

R2.1.2. Une mission de soins diagnostiques et thérapeutiques pour les patients présentant une situation médicale aiguë.

R2.1.3. Une mission de formation initiale et continue du personnel médical et paramédical dans le champ de la MU.

R2.1.4. Une mission de recherche dans le champ de la MU.

R2.1.5. Une mission d'organisation de l'accueil et de gestion des patients en cas de SSE.

R2.1.1. UNE MISSION DE TRIAGE, D'ORIENTATION ET DE FILIARISATION, EN LIEN AVEC LES SAMU-SAS ET TOUT PROFESSIONNEL DE SANTÉ, POUR LES PATIENTS PRÉSENTANT UNE SITUATION MÉDICALE AIGUË

La mission de triage et de filiarisation des patients au sein des SU, en lien étroit avec les SAMU-SAS, constitue une composante fondamentale de la MU. Elle vise à garantir une prise en charge adaptée aux besoins en soins urgents de la population, tout en répondant aux défis posés par une demande souvent supérieure aux ressources disponibles ou potentiellement non adaptées aux réponses possibles des SU. Comme le souligne la littérature internationale, ces situations imposent une allocation optimale des ressources, permettant de prioriser les patients présentant des pathologies aiguës nécessitant une intervention immédiate, tout en identifiant ceux pouvant attendre sans risque accru de morbidité ou de mortalité [1]. Par ailleurs, cette

mission inclut un rôle d'orientation des patients vers des structures de soins plus adaptées lorsque leur état de santé ne justifie pas une prise en charge au sein des SU [2]. En Europe, la définition actualisée de la MU par l'European Society of Emergency Medicine (EUSEM) inclut explicitement le triage intra- et extrahospitalier comme une composante essentielle de la spécialité afin d'organiser une réponse médicale adaptée aux besoins urgents [3]. Ces définitions soulignent le rôle central du triage dans l'organisation des soins d'urgence pour garantir une prise en charge rapide et efficiente. Le triage, tel que défini dans les recommandations internationales et françaises, repose sur une évaluation rapide et structurée de l'état clinique des patients. Cette évaluation permet de hiérarchiser les priorités et d'adapter les parcours de soins en conséquence. En France, cette mission s'appuie sur des outils comme l'échelle *French Emergency Nurses Classification in Hospital* (FRENCH), développée par la SFMU, qui structure le classement des patients en fonction de leur gravité et oriente leur prise en charge vers des filières adaptées [4]. Cette classification en six niveaux inclut un dédoublement du niveau 3 en 3A et 3B afin de mieux prendre en compte les comorbidités ou les patients adressés par un médecin, améliorant ainsi la précision du tri et l'adéquation des parcours de soins. D'autres pays ont développé des systèmes de tri similaires, adaptés à leurs contextes locaux. Par exemple, le *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS) au Canada, l'*Australasian Triage Scale* (ATS) en Australie et la *Manchester Triage Scale* au Royaume-Uni reposent sur une classification en cinq niveaux d'urgence visant à orienter les patients vers des soins appropriés. Ces systèmes ont tous un double objectif : hiérarchiser les priorités médicales et optimiser l'utilisation des ressources limitées dans un environnement à contraintes multiples. Les pratiques de triage doivent être ajustées en fonction de sa population cible et de son organisation interne. Cela implique une adaptation des protocoles en tenant compte des spécificités locales hospitalières, des profils cliniques ou encore des capacités de réorientation vers d'autres structures pour les patients ne relevant pas de soins urgents. Un élément clé de cette adaptation est la formation continue des professionnels impliqués dans le triage. Cette formation, qu'elle soit initiale ou régulière, est essentielle pour garantir une évaluation homogène et fiable des patients. Elle permet non seulement d'assurer la qualité et la sécurité des soins, mais aussi de développer une expertise clinique et décisionnelle indispensable pour ajuster la prise en charge en fonction des situations complexes rencontrées en SU. De plus, dans un contexte où les SU font face à une pression croissante, renforcer les compétences des équipes contribue à fluidifier le parcours des patients et à optimiser l'utilisation des ressources disponibles.

R2.1.2. UNE MISSION DE SOINS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES POUR LES PATIENTS PRÉSENTANT UNE SITUATION MÉDICALE AIGÜE

En France, les SU ont une mission de diagnostic et de traitement pour les patients en situation médicale aiguë. Cette mission s'applique autant aux patients arrivant dans nos SU qu'aux patients pris en charge en extrahospitalier. Cette mission est clairement identifiée dans les diverses définitions de la MU comme celle de l'*American College of Emergency Physicians* (ACEP) ou celle de l'EUSEM [3, 5]. L'*Australasian College of Emergency Medicine* (ACEM) propose une définition plus succincte : « Une spécialité médicale qui permet au médecin d'avoir les connaissances et les compétences requises pour prendre en charge les patients avec une pathologie menaçant le pronostic vital ou des besoins en soins urgents » [6]. Quels que soient les détails précisés ou non cités dans ces différentes définitions, l'« ADN » de la mission d'une SU est évident. Suite aux bouleversements autant dans l'offre médicale

globale que dans le comportement des patients, les SU ont dû s'adapter tout en assurant leur mission primaire. En s'accommodant à cette évolution, car le système n'offrait pas des alternatives satisfaisantes, les SU s'éloignent de leur mission telle que décrite dans les nombreux textes définissant la MU. La création récente en France d'une spécialité de MU apporte un avantage significatif aux patients et aux travailleurs dans des SU, mais elle n'aide pas à endosser des missions qui ne sont pas les leurs. Le détournement de leur mission primaire est néfaste pour eux mais aussi pour les patients et pour le système tout entier. Il semble avoir une compréhension européenne « tacite » que le temps de séjour dans une SU est de vingt-quatre heures maximums. Parfois, même quand cela n'est pas clairement exprimé dans un texte, il y a d'autres aspects qui limitent la durée de séjour (un exemple est l'impossibilité à facturer des soins pour un séjour au-delà de vingt-quatre heures en SU). Les SMU disposent d'une UHCD dont l'objectif est de pouvoir hospitaliser en aval des SU, pour moins de vingt-quatre heures, des patients relevant de ses missions. Les missions de l'UHCD sont de poursuivre la démarche diagnostique pour l'indication d'hospitalisation, de surveiller et assurer des soins hospitaliers de courte durée afin de fluidifier le parcours des patients, de sécuriser la prise en charge et la qualité des soins et de diminuer les hospitalisations conventionnelles [7]. Il est recommandé d'avoir au minimum deux lits et trois à cinq lits pour 10 000 passages annuels en SU, à proximité d'accès des unités d'accueil des SU, organisé avec des équipes communes mais dédiées à la SU. Pour être admis à l'UHCD, il est recommandé que les patients soient identifiés comme appartenant à l'un des groupes suivants : surveillance de moins de vingt-quatre heures d'un patient devant *a priori* rentrer à son domicile ou poursuite d'un parcours pour diagnostic incertain après passage à la SU. Un séjour ne peut être facturé que si l'état de santé du patient présente les caractéristiques suivantes qui sont cumulatives : un caractère instable où le diagnostic reste incertain, la nécessité d'une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation, la nécessité de la réalisation d'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques [8].

R2.1.3. UNE MISSION DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE DU PERSONNEL MÉDICAL ET PARAMÉDICAL DANS LE CHAMP DE LA MU

En dépit d'une littérature pauvre, une formation structurée et accessible est nécessaire pour garantir des soins d'urgence de qualité. Dans une étude prospective, la formation continue permet chez les équipes d'urgence une amélioration de la qualité des soins et un bénéfice à long terme concernant la rétention des savoirs et des compétences [9]. Le développement des compétences cliniques, couvrant à la fois les aspects techniques et non techniques au travers de la simulation, serait à privilégier pour la majorité des personnels soignants : internes, médecins diplômés, infirmiers, infirmiers en pratique avancée (IPA), aides-soignants et étudiants [10, 11]. Les SU ont également, au travers des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU), une mission de formation continue des professionnels de santé exerçant en dehors de ces structures, à la prise en charge de l'urgence médicale. Le Code de la santé publique (CSP) (articles D. 6311-19 à D. 6311-24) définit et détaille l'organisation et les missions des CESU. Ces centres sont rattachés à une structure hospitalière dotée d'un SAMU et sont répartis de manière à couvrir l'ensemble du territoire français [12]. Une méta-analyse récente, incluant onze études, a montré que la formation des équipes était associée à une amélioration des connaissances et des compétences pratiques des soignants intervenant dans les situations médicales urgentes [13].

R2.1.4. UNE MISSION DE RECHERCHE DANS LE CHAMP DE LA MU

La recherche en MU est un moteur essentiel pour améliorer la qualité des soins. La SFMU souligne la nécessité de développer des études cliniques et organisationnelles afin d'affiner les pratiques dont des protocoles de prise en charge, gestion des flux et innovations technologiques. À l'international, des structures comme l'ACEP, l'International Federation for Emergency Medicine (IFEM) et l'EUSEM encouragent également une recherche multidisciplinaire, avec un objectif clair : adapter les outils aux réalités du terrain. Cela passe par une analyse rigoureuse des données issues de la pratique courante dans nos SU. Mieux comprendre nos pratiques permet d'identifier les axes d'amélioration, de réduire les erreurs et d'accélérer la prise en charge. Les essais cliniques jouent également un rôle central, qu'ils concernent la MU intra- ou extrahospitalière. Ces études permettent de produire une science adaptée à la réalité du terrain et aux patients que nous voyons quotidiennement en SU. Contrairement aux recherches menées en milieu plus contrôlé, la recherche en MU doit tenir compte de l'instabilité des situations, de la diversité des pathologies et de la rapidité des décisions. Tester de nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques en conditions réelles permet de s'assurer de leur efficacité, de leur sécurité et de leur applicabilité immédiate dans notre pratique. Intégrer la recherche dans notre fonctionnement quotidien c'est aussi anticiper les besoins de demain, s'adapter aux évolutions démographiques et épidémiologiques, et former nos équipes selon les dernières avancées scientifiques. En somme, c'est garantir une MU moderne, efficace et centrée sur le patient.

R2.1.5. UNE MISSION D'ORGANISATION DE L'ACCUEIL ET DE GESTION DES PATIENTS EN CAS DE SSE

Les SU doivent participer à organiser les réponses aux SSE de leurs établissements et leurs territoires. Les SAMU doivent participer à l'organisation et à la réponse des éventuels SSE de leur territoire. Les SU doivent être en mesure de s'organiser pour répondre aux SSE du territoire ayant un potentiel impact sur leur activité. Ils doivent aussi organiser leur service pour être un effecteur interne de l'hôpital et ainsi coordonner la réponse d'une SSE intrahospitalière. Cette organisation doit être à la fois théorique (plan d'action, fiches réflexes) et logistique (équipements et circuits spécifiques). Des exercices réguliers doivent permettre aux équipes d'avoir le niveau de compétence requis.

RÉFÉRENCES

1. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, Part I: Concept, history, and types. *Ann Emerg Med* 2007 ; 49(3) : 275-81.
2. DGOS. Guide sur la réorientation des patients à l'entrée des urgences [Internet]. 2024. [Cité le 28 mars 2025]. Disponible sur : <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/guide-sur-la-reorientation-des-patients-a-lentree-des-urgences/>
3. EUSEM. Updated definition of Emergency Medicine in Europe [Internet]. 2017. [Cité le 28 mars 2025]. Disponible sur : <https://eusem.org/news/87-updated-definition-of-emergency-medicine-in-europe>
4. SFMU. Infirmier organisateur de l'accueil – Référentiel 2020 [Internet]. 2020. [Cité le 28 mars 2025]. Disponible sur : www.sfmue.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfmue/ia-infirmier-organisateur-de-l-accueil-referentiel-2020-ref_id/40

QUESTION 2. QUELLES SONT LES MISSIONS DES STRUCTURES D'URGENCE ?

5. ACEP. Definition of Emergency Medicine | ACEP [Internet]. 2021. [Cité le 28 mars 2025]. Disponible sur : www.acep.org/patient-care/policy-statements/definition-of-emergency-medicine
6. ACEM. ACEM – What is emergency medicine? [Internet]. [Cité le 28 mars 2025]. Disponible sur : <https://acem.org.au/Content-Sources/About/What-is-emergency-medicine>
7. SFMU. Recommandations de la Société francophone de médecine d'urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence [Internet]. 2024. [Cité le 28 mars 2025]. Disponible sur : www.sfmu.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm
8. SFMU. Recommandations de la Société francophone de médecine d'urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. [Internet]. 2001. [Cité 28 mars 2025]. Disponible sur : www.sfmu.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm
9. Häske D, Beckers SK, Dieroff M, *et al.* Training effectiveness and impact on safety, treatment quality, and communication in prehospital emergency care: The prospective longitudinal mixed-methods EPPTC Trial. *J Patient Saf* 2022 ; 18(2) : 71-6.
10. L'Her E, Geeraerts T, Desclefs JP, *et al.* Recommandations de pratiques professionnelles : Intérêts de l'apprentissage par simulation en soins critiques*. *Ann Fr Med Urgence* 2022 ; 12(3) : 177-98.
11. Cook DA, Hatala R, Brydges R, *et al.* Technology-enhanced simulation for health professions education: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2011 ; 306(9) : 978-88.
12. Décret n° 2007-126 du 29 janvier 2007 relatif aux modalités d'accueil en milieu professionnel des élèves de l'enseignement et de la formation professionnelle agricoles et modifiant le code rural. 2007-126. 29 janvier 2007.
13. Merriel A, Ficquet J, Barnard K, *et al.* The effects of interactive training of healthcare providers on the management of life-threatening emergencies in hospital – Merriel, A - 2019 | Cochrane Library. [Cité le 29 janv 2025]; Disponible sur : www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012177.pub2/full

QUESTION 3

Quelles sont les spécificités d'une équipe de médecine d'urgence ?

Experts : N. TIBERTI, A. CHENOU, R. CHOCHRON, J. MORRIS

R3.1. Les experts recommandent que l'intégration d'autres professionnels de santé spécifiques au sein de l'équipe pluriprofessionnelle de MU soit adaptée au volume d'activité et à la typologie des patients.

R3.2. Les experts recommandent l'intégration d'IPA mention urgences (IPA-U) au sein de l'équipe pluriprofessionnelle de MU.

R3.2.1. Les experts recommandent que le modèle de soins intégrant un IPA-U fasse l'objet d'un projet de service réfléchi avec l'ensemble des parties prenantes à partir des besoins populationnels.

R3.3. Les experts recommandent l'intégration de brancardiers dédiés à la SU au sein de l'équipe pluriprofessionnelle de MU.

R3.4. Les experts recommandent l'intégration de logisticiens de service au sein de l'équipe pluriprofessionnelle de médecine d'urgence.

R3.5. Les experts recommandent l'intégration de travailleurs sociaux au sein de l'équipe pluriprofessionnelle de MU afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins des patients vulnérables consultant en SU.

R3.6. Les experts recommandent l'intégration de médiateurs au sein de l'équipe pluriprofessionnelle de MU.

R3.7. Les experts recommandent l'intégration d'auxiliaires médicaux au sein de l'équipe pluriprofessionnelle de MU.

R3.2. LES EXPERTS RECOMMANDENT L'INTÉGRATION D'IPA-U AU SEIN DE L'ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE DE MU

R3.2.1. Les experts recommandent que le modèle de soin intégrant un IPA-U fasse l'objet d'un projet de service réfléchi avec l'ensemble des parties prenantes à partir des besoins populationnels

À l'échelle internationale, des pays comme l'Australie, l'Irlande, Singapour, le Royaume-Uni, l'Écosse, les Pays-Bas, le Canada, les États-Unis et plus récemment la France ont fait le choix de la pratique avancée infirmière en SU [1]. Nous retrouvons une grande hétérogénéité dans leurs appellations (infirmière praticienne, infirmière clinicienne spécialisée, infirmière en pratique avancée, *Emergency Nurse Practitioner*), compétences et champs d'exercice avec cependant un point commun concernant leur formation au niveau master. Les différents modèles de soins intégrant la pratique avancée infirmière en SU peuvent être regroupés en trois catégories : les modèles *fast track* ou triage visant à fluidifier le parcours du patient dès l'accueil, les modèles spécifiques à certaines pathologies (blessures mineures, traumatologie, douleur thoracique), et des modèles populationnels (gériatriques, pédiatriques) [2] avec un positionnement possible en extrahospitalier [3]. La pratique avancée infirmière inclut une activité clinique de consultation, la possibilité de demander des examens d'imagerie, d'initier des traitements médicaux et de réaliser des actes de soins spécialisés tels que la gypso-thérapie, les sutures et les pansements complexes [4-6]. Malgré une grande hétérogénéité dans les études, plusieurs revues systématiques décrivent des bénéfices pour les patients : réduction du délai avant traitement [2, 7, 8], amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction, diminution des retours non programmés [9], diminution de la durée moyenne de séjour et du temps de premier contact clinique [10], et enfin une précision dans l'interprétation de certains examens complémentaires comme les radiographies et les électrocardiogrammes [11, 12].

En France, la pratique avancée infirmière en SU émerge depuis 2022, avec pour enjeu majeur d'adapter les modèles internationaux aux spécificités organisationnelles et réglementaires nationales. En 2021, un décret marque une avancée majeure pour les SU en définissant le cadre de l'exercice des IPA-U, complété par deux arrêtés précisant les motifs de recours et les listes autorisant leur intervention [13-15]. L'exercice des IPA-U comporte quelques spécificités dont nous devons tenir compte dans nos réflexions concernant leur implantation dans un modèle de soins. D'une part, ces nouveaux professionnels de santé exercent obligatoirement au sein d'un établissement de santé disposant d'une autorisation pour l'activité de MU. D'autre part, les IPA-U interviennent sur les parcours : un parcours dédié aux motifs de recours peu complexes, où les IPA-U disposent d'une autonomie sous réserve de l'intervention d'un médecin à un moment, et un parcours dédié aux motifs plus complexes, pour lesquels leur intervention s'effectue sous la conduite diagnostique du médecin. Enfin, l'activité des IPA-U est prévue dans l'ensemble des domaines de MU, en SU, en SAMU-SAS et en extrahospitalier. En plus de ses compétences cliniques, l'IPA-U dispose de compétences transversales. L'IPA-U participe à la recherche, à l'analyse des pratiques professionnelles et à la formation afin de répondre aux standards de la pratique avancée internationale.

En l'absence de modèle préétabli en France, le cadre théorique *Participatory, Evidence-based, Patient-focused process for advanced Practice nursing role development* (PEPPA) est utilisé pour le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de la pratique avancée infirmière [16]. Ce cadre encourage la conception de modèle de soins centré sur le patient et peut servir de base au projet d'implantation d'IPA-U en SU. Les premières étapes, relatives à l'introduction du rôle des IPA-U, impliquent la définition de leur activité à partir d'une évaluation rigoureuse des besoins, l'identification des problématiques spécifiques auxquelles les IPA-U pourraient répondre et la formulation d'objectifs clairs. Dès cette étape, l'évaluation des besoins et l'implication active de toutes les parties prenantes sont des leviers essentiels pour assurer le succès du projet. Les étapes finales concernent la mise en œuvre opérationnelle et l'évaluation à court, moyen et long termes, afin d'optimiser le nouveau modèle de soins. En 2025, une centaine d'IPA-U sont diplômés sur le territoire français, et les universités accréditées pour délivrer la formation couvrent l'ensemble du territoire métropolitain [17].

R3.3. LES EXPERTS RECOMMANDENT L'INTÉGRATION DE BRANCARDIERS DÉDIÉS À LA SU AU SEIN DE L'ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE DE MU

Il n'existe pas, à notre connaissance, de données probantes évaluant l'impact de l'intégration de brancardiers dédiés en SU sur la qualité, la sécurité des soins et les organisations de service. Les agents des services hospitaliers qualifiés (ASH-Q) exerçant les fonctions de brancardier assurent le transport, l'accompagnement et la manutention des patients dans les établissements de santé [18]. L'une des principales missions des brancardiers en SU est d'assurer un transport sécurisé des patients vers les différents services de soins ou d'exams. Avant chaque déplacement, ils vérifient scrupuleusement l'identité du patient et choisissent le moyen de transport approprié (fauteuil roulant, brancard) en tenant compte de l'état clinique de la personne et des recommandations des soignants. Ils s'assurent également d'apporter le dossier médical du patient et, si nécessaire, ses effets personnels. Pendant le transport, les brancardiers restent vigilants à l'état de santé du patient et doivent être compétents pour prodiguer les gestes de premiers secours. Leur présence rassurante contribue à diminuer l'anxiété des patients dans un contexte souvent stressant comme celui des SU. Outre leur rôle central dans le transfert intrahospitalier des patients, les brancardiers sont également garants de l'hygiène des équipements de transport entre chaque patient et à la fin de leur service. Ils peuvent éventuellement être chargés du transport de prélèvements biologiques vers le laboratoire d'analyse ainsi que du retour des résultats. La présence de brancardiers dédiés aux SU est essentielle pour assurer une prise en charge fluide, efficace et sécurisée des patients. Leur rôle dépasse le simple transport des patients ; ils contribuent également à la fluidité du parcours de soins, à la réduction des délais d'attente et à l'optimisation de l'organisation des SU. L'absence de brancardiers dédiés dans les SU conduit régulièrement à un transfert de charge du brancardage sur les autres professionnels de la SU même en présence de système de brancardage centralisé et participe à l'allongement des délais de prise en charge des patients. La reconnaissance et la valorisation du rôle des brancardiers, à travers une formation adaptée et une intégration effective dans les équipes pluridisciplinaires des SU, sont nécessaires pour garantir une prise en charge rapide, efficace et de qualité des patients dans les SU.

R3.4. LES EXPERTS RECOMMANDENT L'INTÉGRATION DE LOGISTICIENS DE SERVICE AU SEIN DE L'ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE DE MÉDECINE D'URGENCE

Il n'existe pas, à notre connaissance, de données probantes sur l'impact de l'intégration de logisticiens de service dans les équipes de MU sur la qualité, la sécurité des soins et les organisations de service. La logistique hospitalière se définit comme la technologie de la maîtrise des flux physiques au sein de l'hôpital, tels que les médicaments, le linge, le matériel d'entretien et les consommables [19]. Elle se divise en deux catégories : la logistique traditionnelle, prise en charge par le personnel administratif et couvrant des services comme la blanchisserie, la lingerie, l'alimentation et l'hôtellerie ; et la logistique médico-technique, qui regroupe les activités de soutien aux soins et est assurée par le personnel soignant. Les SU fonctionnent à un rythme soutenu, nécessitant une disponibilité immédiate et continue du matériel médical et des thérapeutiques. Le logisticien de service est responsable de la bonne gestion des stocks, veille à l'approvisionnement constant des équipements critiques, anticipe les besoins et prévient les ruptures. En prenant en charge les tâches logistiques, le logisticien de service permet également aux personnels soignants de se concentrer sur leurs missions cliniques. En veillant à la bonne organisation logistique du service, il contribue directement à l'amélioration de la qualité des soins et à la sécurité des patients. Il peut également participer à l'organisation et la mise en place de plans d'urgence en cas d'afflux massif de victimes. Dans ce contexte, la gestion logistique est primordiale pour assurer une répartition efficace des ressources. Le logisticien de service joue un rôle central en organisant les stocks stratégiques. Au-delà d'une simple démarche de réduction des coûts, les logisticiens de service permettent aux personnels de MU de se recentrer sur leur mission de soins et contribue activement à l'amélioration de la qualité des soins pour les patients.

R3.5. LES EXPERTS RECOMMANDENT L'INTÉGRATION DE TRAVAILLEURS SOCIAUX AU SEIN DE L'ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE DE MU AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS DES PATIENTS VULNÉRABLES CONSULTANT EN SU

L'intégration de travailleurs sociaux dans les équipes de MU représente une avancée majeure pour une prise en charge holistique des patients. Leur intervention permet de répondre efficacement aux problématiques sociales et administratives qui peuvent aggraver l'état de vulnérabilité des patients. Il n'existe pas, à notre connaissance, de données probantes évaluant l'intervention spécifique des travailleurs sociaux. Cependant, une revue systématique synthétise les résultats de l'intervention précoce d'une équipe pluriprofessionnelle incluant des travailleurs sociaux sur la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins des patients en SU [20]. Cette équipe comprenait au moins un physiothérapeute, un ergothérapeute et un travailleur social, et intervenait directement dans les SU pour les patients de plus de 65 ans. Les auteurs rapportent une réduction de 2 % des hospitalisations ainsi qu'une probabilité significativement plus faible d'hospitalisation pour les patients souffrant de troubles musculo-squelettiques (OR = 0,67 ; IC 95 % [0,49-0,93]). Ces interventions étaient associées à une augmentation des orientations vers des dispositifs

de prévention et de soins des personnes âgées à risque de chute ainsi qu'une amélioration de leur satisfaction. Une étude contrôlée randomisée confirme ces résultats avec une réduction significative du temps passé aux urgences (6,4 vs 12,1 heures), du taux d'hospitalisation (19,3 vs 55,9 %), une augmentation de la satisfaction et une amélioration de la mobilité, de l'autonomie et de la récupération fonctionnelle à 30 jours et 6 mois [21].

R3.6. LES EXPERTS RECOMMANDENT L'INTÉGRATION DE MÉDIATEURS AU SEIN DE L'ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE DE MU

Les SU sont confrontées à une diversité croissante de patients, dont certains se trouvent en situation d'isolement, de précarité, de vulnérabilité sociale avec parfois des barrières linguistiques et culturelles. Cette complexité à laquelle s'associent des délais d'attente parfois longs engendre certaines incompréhensions ou tensions. La médiation est un processus visant à faciliter la communication et la résolution de conflits grâce à l'intervention d'un tiers impartial, le médiateur [22]. Elle repose sur l'écoute, la recherche de compromis et l'apaisement des tensions afin de rétablir ou renforcer le lien social. Dans le domaine des soins, et notamment en SU, la médiation permet de fluidifier les échanges entre patients, soignants et proches, favorisant ainsi une meilleure compréhension et une prise en soin plus adaptée. Elle joue également un rôle essentiel dans la transmission efficace d'informations, la prévention des incompréhensions et l'établissement d'une relation de confiance. Les médiateurs en SU contribuent à une prise en soin centrée sur les besoins des patients et leurs proches tout en allégeant la pression sur les équipes soignantes. Pour une intégration réussie des médiateurs en SU, il est essentiel de définir clairement leur fiche de poste, d'établir des protocoles de collaboration avec les équipes de MU et de renforcer leur formation. Ce poste peut être attribué à d'anciens soignants en reconversion professionnelle, leur offrant l'opportunité de mettre à profit leur expérience.

R.3.7. LES EXPERTS RECOMMANDENT L'INTÉGRATION D'AUXILIAIRES MÉDICAUX AU SEIN DE L'ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE DE MU

L'auxiliaire médical (AM) est un professionnel de santé ayant bénéficié d'une formation spécifique comme définie dans le cadre du plan de développement des compétences (article L. 6353-1 du Code du travail – décret n° 2018-1341 du 28 décembre 2018). Son rôle au sein d'une SU est polyvalent et varie selon les SU dans lesquelles il exerce. Ses missions principales sont centrées sur des tâches administratives mais également parfois médicales (interrogatoire du patient, récupération de documents médicaux, communication avec la famille) sous la supervision distante d'un médecin urgentiste. L'AM est le plus souvent attiré aux secteurs de soins non critiques. Selon une étude systématique de la littérature sur un échantillon de trente et une études, principalement quantitatives aux États-Unis, le rôle de l'AM est perçu positivement par les médecins urgentistes (amélioration de l'efficacité) ainsi que les patients (satisfaction des soins reçus dans près de 90 % surtout lorsqu'il permet d'avoir des soins plus rapidement) [23]. L'étude met en avant une diminution des délais d'attente lorsque l'AM est présent par rapport à une prise en charge par les médecins urgentistes seul. Selon une étude qualitative sur la perception des patients et des soignants de l'urgence, le niveau d'expérience

de l'AM était l'élément principal. L'AM doit être considéré comme un professionnel à part entière et non seulement un simple assistant. De nombreux points de vue positifs concernant le rôle des AM en SU ont été rapportés par les médecins urgentistes et les patients, notamment sur la prise en charge globale du patient [24].

RÉFÉRENCES

- Denke NJ, Schumann L, Switzer DF. A global review of advanced practice nursing in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J* 2024 ; 46(4) : 342-57.
- Horvath S, Visekruna S, Kilpatrick K, *et al.* Models of care with advanced practice nurses in the emergency department: A scoping review. *Int J Nurs Stud* 2023 ; 148 : 104608.
- van Vliet R, Ebben R, Diets N, *et al.* Nurse practitioners and physician assistants working in ambulance care: A systematic review. *F1000Research* 2020 ; 9 : 1182.
- Yamaguchi Y, Matsunaga-Myoji Y, Fujita K. Advanced practice nurse competencies to practice in emergency and critical care settings: A scoping review. *Int J Nurs Pract* 2024 ; 30(4) : e13205.
- Galiana-Camacho T, Gómez-Salgado J, García-Iglesias JJ, *et al.* [Advanced practice nursing in emergency care, a proposal for the change: Systematic review]. *Rev Esp Salud Publica* 2018 ; 92 : e201809065.
- Hoskins R. Evaluating new roles within emergency care: A literature review. *Int Emerg Nurs* 2011 ; 19(3) : 125-40.
- Williams K. Advanced practitioners in emergency care: A literature review. *Emerg Nurse* 2017 ; 25(4) : 36-41.
- Woo BFY, Lee JXY, Tam WWS. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Hum Resour Health* 2017 ; 15(1) : 63.
- Jennings N, Clifford S, Fox AR, *et al.* The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2015 ; 52(1) : 421-35.
- Jeyaraman MM, Alder RN, Copstein L, *et al.* Impact of employing primary healthcare professionals in emergency department triage on patient flow outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2022 ; 12(4) : e052850.
- Carter AJE, Chochinov AH. A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *CJEM* 2007 ; 9(4) : 286-95.
- Fowler LH, Landry J, Nunn MF. Nurse practitioners improving emergency department quality and patient outcomes. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2019 ; 31(2) : 237-47.
- Arrêté du 11 mars 2022 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du Code de la santé publique – Légifrance [Internet]. (Cité le 4 décembre 2024). Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045358705
- Arrêté du 25 octobre 2021 fixant la liste des motifs de recours et des situations cliniques mentionnés à l'article R. 4301-3-1 du Code de la santé publique.
- Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences.
- Bryant-Lukosius D, DiCenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs* 2004 ; 48(5) : 530-40.
- Tiberti N, Boursin P, Dehault H, *et al.* Enquête exploratoire nationale sur le profil des infirmiers étudiants en pratique avancée mention urgences et leur perception de la formation. EM-Consulte [Internet]. 2024. (Cité le 4 juin 2024). Disponible sur : www.em-consulte.com/article/1654708/article/enquete-exploratoire-nationale-sur-le-profil-des-i
- Décret n° 2009-1357 du 3 novembre 2009 portant statut particulier du corps des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés civils du ministère de la Défense et modifiant le décret n° 2005-1597 du 19 décembre 2005 portant statut particulier du corps d'infirmiers civils de soins généraux du ministère de la Défense – Légifrance [Internet]. (Cité le 19 mars 2025). Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00002137951

19. Sampieri-Teissier N. Valoriser la logistique hospitalière au service des patients. *Supply Chain Mag* 2016 ; (102) : 144-5.
20. Cassarino M, Robinson K, Quinn R, *et al.* Impact of early assessment and intervention by teams involving health and social care professionals in the emergency department: A systematic review. *PLoS One* 2019 ; 14(7) : e0220709.
21. Cassarino M, Robinson K, Trépel D, *et al.*(2021) Impact of assessment and intervention by a health and social care professional team in the emergency department on the quality, safety, and clinical effectiveness of care for older adults: A randomised controlled trial. *PLoS Med* 2021 ; 18(7) : e1003711.
22. Charrier P, Buchet-Poyau K, Delaroche-Gaudin M, *et al.* Un médiateur dans un service d'urgences hospitalières : quelles missions selon les personnels ? *Sante Publique* 2019 ; 31(6) : 797-807.
23. King NMA, Habeeb M, Helps S. The contribution of physician associates or assistants to the emergency department: A systematic scoping review. *J Am Coll Emerg Physicians Open* 2023 ; 4(3) : e12989.
24. King NMA, Helps S, Ong YG, *et al.* Doctors', Patients' and Physician Associates' Perceptions of the Physician Associate Role in the Emergency Department. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy* 2024 ; 27(4) : e14135.

ORGANISATION DES STRUCTURES D'URGENCE

QUESTION 4

Quelle organisation territoriale pour répondre aux enjeux de la médecine d'urgence ?

Experts : A.-L. FERAL-PIERSSENS, A. RICARD-HIBON, M. OBERLIN, A. REDJALINE, J.-F. CIBIEN

R4.1. Les experts recommandent que tous les projets concernant l'organisation territoriale de la médecine d'urgence (MU) soient portés par un médecin urgentiste impliqué dans les organisations.

R4.2. Les experts recommandent que l'équipe territoriale de MU concerne tous les professionnels soignants de l'urgence et s'articule autour d'un projet commun.

R4.3. Les experts recommandent que l'organisation territoriale des parcours de soins prévoie un nombre suffisant de places d'hospitalisation, notamment de médecine polyvalente et de gériatrie en aval des structures d'urgence (SU) en associant l'ensemble des établissements de santé du territoire.

R4.4. Les experts recommandent que l'organisation des parcours de soins soit portée par un réseau de MU qui intègre tous les professionnels de santé concernés.

R4.5. Les experts recommandent que les organisations territoriales soient déclinées localement à partir d'un diagnostic porté par les équipes de MU, les observatoires régionaux des urgences (ORU), et prennent en compte les délais d'accès aux établissements, les délais d'intervention et le niveau des plateaux techniques.

La MU est à l'interface des besoins de soins urgents et non programmés. La réponse par la régulation médicale téléphonique via le service d'aide médicale d'urgence-service d'accès aux soins (SAMU-SAS) permet d'apporter une réponse graduée et adaptée aux besoins de soins urgents et non programmés en coordonnant le parcours de soins du malade [1]. L'accueil en SU de tous les patients qui lui sont adressés ou qui s'y présentent est une valeur et une mission de la MU. L'orientation des patients dans la bonne filière de soins est organisée et protocolisée. Elle se fait depuis le SAMU-SAS qui peut déclencher les moyens de prise en charge adaptés à l'état clinique du patient : structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR),

pompiers, ambulanciers et associatifs. Elle se fait également vers les médecins généralistes, autres libéraux ou hospitaliers, sages-femmes ou encore paramédicaux. Elle peut s'organiser depuis l'accueil de la SU par l'infirmier organisateur de l'accueil ou le médecin d'accueil et d'orientation. Dans ce sens, la MU a une place importante, en collaboration avec les autres spécialités et au côté des tutelles, des élus et des usagers dans l'organisation de la réponse territoriale aux besoins de soins urgents.

R4.1. LES EXPERTS RECOMMANDENT QUE TOUS LES PROJETS CONCERNANT L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA MU SOIENT PORTÉS PAR UN MÉDECIN URGENTISTE IMPLIQUÉ DANS LES ORGANISATIONS

La question de la réponse territoriale a été abordée dans le rapport Grall en 2015 [2]. Plusieurs pistes de réflexions et de propositions peuvent être retenues ou optimisées pour s'adapter aux réalités actuelles. Trois points clés de l'organisation territoriale pour la MU semblent essentiels :

1. le développement et le déploiement d'équipes territoriales de MU ;
2. l'organisation territoriale des parcours de soins ;
3. l'objectif de l'égalité dans l'accès aux soins urgents.

L'équipe territoriale de MU peut concerner les établissements du groupement hospitalier de territoire (GHT) mais peut s'étendre également à l'échelle supra-territoriale. Elle peut être départementale ou régionale [3]. Elle pose des questions organisationnelles importantes qui devront être anticipées : management et hiérarchie, répartition du temps de travail entre les sites et décompte incluant le travail de nuit et de week-end pour couvrir les périodes de la permanence des soins, accès à la formation, définition des missions et activités non cliniques, conditions d'attractivité incluant une rémunération équitable entre tous les acteurs [4]. L'équipe territoriale doit pouvoir concerner tous les professionnels soignants de l'urgence. Même s'il n'y a qu'un nombre limité de soignants qui effectue du temps de travail partagé avec une autre SU, le déploiement d'une équipe territoriale correspond à un engagement de l'ensemble des équipes des différentes structures concernées. La participation des praticiens se fait sur la base du volontariat et vise à proposer une activité variée dans des centres avec des spécificités techniques et/ou des ressources différentes. Cette équipe territoriale peut intégrer l'ensemble des professionnels soignants des SU disposant d'un agrément d'activité de MU, publics ou privés. Le déploiement de l'équipe territoriale de MU doit intégrer le principe des échanges de pratiques, des formations communes, des parcours de soins partagés, des protocoles communs et une uniformisation du matériel comme des logiciels métiers. Cette organisation ne doit pas mettre en difficulté les organisations locales de chaque SU. Elle est vigilante à ne pas fragiliser la connaissance que chaque SU a de son territoire, des parcours des patients et des filières de soins. Toute réflexion sur la constitution d'une équipe territoriale de MU devra prendre en compte ces aspects pour se structurer dans la durée et ne pas uniquement répondre à un besoin ponctuel de ressources médicales ou paramédicales. Un médecin urgentiste d'une des structures doit être défini *a priori* comme le coordonnateur de et par l'ensemble des responsables des différentes structures de médecine d'urgence (SMU). Ce dernier devra bénéficier de temps dédié à la mise en place, au management et à la coordination de l'équipe territoriale. La prise en compte de cette organisation doit être valorisée

au travers de la prime d'exercice territoriale qui peut se cumuler avec la prime de solidarité territoriale si le praticien réalise du temps de travail additionnel hors du site dans lequel il a été nommé. Une réflexion doit être menée pour que les personnels non médicaux puissent bénéficier de ce dispositif.

R4.2. LES EXPERTS RECOMMANDENT QUE L'ÉQUIPE TERRITORIALE DE MU CONCERNE TOUS LES PROFESSIONNELS SOIGNANTS DE L'URGENCE ET S'ARTICULE AUTOUR D'UN PROJET COMMUN

Une équipe territoriale se définit par une organisation commune qui précise la hiérarchie, la répartition du temps de travail, la formation, les missions non cliniques et la rémunération. L'organisation territoriale des parcours de soins doit être pensée à l'échelle régionale et inscrite dans le projet régional de santé, au-delà de la limite seule du GHT. Le réseau de prise en charge des urgences défini par l'article R. 6123-26 du Code de la santé publique (CSP) modifié par le décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 contribue à « la mise en œuvre des parcours de soins non programmés (SNP) » [5]. Les parcours de soins intègrent les différents niveaux de recours en fonction des besoins des patients et des plateaux techniques à disposition. Ces parcours de soins intègrent l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge du patient. Ils contribuent à améliorer la qualité et la sécurité des soins et créent un esprit de partage et de collaboration, propices à une dynamique territoriale et régionale. Toutes les régions ont organisé au travers des réseaux de MU différents parcours de soins en filière : maternité, syndrome coronarien aigu, neurovasculaire, traumatisé sévère entre autres. La réflexion doit s'étendre aux autres pathologies nécessitant une gradation des soins et des recours multiprofessionnels : psychiatrie, hémorragie digestive aiguë, oncologie et hématologie, gériatrie et pédiatrie, par exemple. Cette dynamique de collaboration doit être soutenue par les tutelles et pilotée par le réseau de prise en charge des urgences. Elle intègre les hospitalo-universitaires, ORU, réseau de MU, collège de MU, sociétés savantes et représentations professionnelles. Une organisation regroupant les chefs de service des SMU de la région pourra également porter ce travail d'organisation des filières au travers de leur réseau de MU. Dans tous les cas, elle devra impliquer l'ensemble de la filière de soins et toutes les spécialités médico-chirurgicales concernées. La place et le dimensionnement des services clés d'aval des SU que sont la médecine polyvalente, la gériatrie, l'hospitalisation à domicile (HAD), les soins de suite et réadaptation (SSR) et les dispositifs médico-sociaux doivent être intégrés dans l'organisation territoriale des soins. Elle concerne tous les établissements pourvus de SU, publics et privés. En effet, les patients relevant de ces services d'aval, essentiellement comorbides, âgés, avec des polypathologies aiguës, sont ceux qui séjournent le plus longtemps en SU en attente d'une place d'hospitalisation [6, 7]. Cette attente de lits d'hospitalisation pour des patients fragiles est à l'origine d'une morbi-mortalité importante [8, 9]. Elle est à l'origine également d'un allongement de la durée de séjour hospitalier, créant par ce mécanisme un cercle vicieux de saturation de l'établissement de santé aggravant la saturation des SU. Une organisation des parcours de soins et des hospitalisations non programmées par une cellule de gestion des lits (ou *bed management*) doit permettre une meilleure adéquation des ressources en lits et un travail global sur la fluidité de l'aval des SU. La maturité de cette cellule de gestion des lits peut être observée avec des indicateurs tels que l'indice de maturité du *Bed Management* (IMBM). L'organisation doit prévoir une garde ambulancière nocturne par territoire dédiée au retour à domicile la nuit et ainsi éviter des passages longs aux urgences (à différencier de la garde préfectorale).

R4.3. LES EXPERTS RECOMMANDENT QUE L'ORGANISATION TERRITORIALE DES PARCOURS DE SOINS PRÉVOIE UN NOMBRE SUFFISANT DE PLACES D'HOSPITALISATION, NOTAMMENT DE MÉDECINE POLYVALENTE ET DE GÉRIATRIE EN AVAL DES SU EN ASSOCIANT L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU TERRITOIRE

R4.4. LES EXPERTS RECOMMANDENT QUE L'ORGANISATION DES PARCOURS DE SOINS SOIT PORTÉE PAR UN RÉSEAU DE MU QUI INTÈGRE TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONCERNÉS

L'accès aux soins doit être assuré de la manière la plus équitable possible sur le territoire. Le SAMU-SAS est un rouage essentiel dans la gradation de la réponse médicale aux besoins de soins urgents et non programmés. Ses moyens humains et logistiques doivent être assurés pour permettre une réponse de qualité, en particulier dans la collaboration avec les intervenants extérieurs au SAMU-SAS (protocole, formation, encadrement, évaluation entre autres). Cette gradation de l'offre de soins est réalisée en fonction des besoins du territoire, en garantissant l'équité d'accès aux soins urgents avec notamment la sécurisation de la réponse à l'urgence vitale ou fonctionnelle extrahospitalière, en tout point du territoire, en tenant compte des distances réelles et des disponibilités d'équipes extrahospitalières. Si une organisation doit être revue, en particulier en cas de difficultés de ressources humaines, la réponse devra prendre en compte un diagnostic territorial précis réalisé par les professionnels de la MU et ne pas se construire par défaut. La réponse aux besoins de soins sera assurée en tenant compte de l'offre de soins du territoire en termes d'établissements de santé, de médecine de ville, d'accès aux centres de SNP et des ressources pour assurer les transferts éventuels. Elle tiendra compte de l'éloignement des autres SU du territoire et de l'isolement de la SU concernée comme du niveau de son plateau technique et de ses ressources disponibles. Elle fera éventuellement appel aux dispositifs permettant l'ouverture d'une antenne de MU, d'une antenne SMUR et/ou d'une unité mobile hospitalière paramédicalisée (UMH-P), et en s'appuyant sur les dispositifs existants en médecine libérale de type médecin correspondant du SAMU (MCS) ou infirmier correspondant du SAMU (ICS).

R4.5. LES EXPERTS RECOMMANDENT QUE LES ORGANISATIONS TERRITORIALES SOIENT DÉCLINÉES LOCALEMENT À PARTIR D'UN DIAGNOSTIC PORTÉ PAR LES ÉQUIPES DE MU, LES ORU, ET PRENNENT EN COMPTE LES DÉLAIS D'ACCÈS AUX ÉTABLISSEMENTS, LES DÉLAIS D'INTERVENTION ET LE NIVEAU DES PLATEAUX TECHNIQUES

RÉFÉRENCES

1. Décret n° 2024-541 du 14 juin 2024 relatif à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins.
2. Graal Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. 2015. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes [Internet]. Disponible sur : www.vie-publique.fr/rapport/35007-rapport-sur-la-territorialisation-des-activites-durgences
3. Article R. 6132-3 du Code de la santé publique.
4. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap). Équipes médicales de territoire. Fiches pratiques [internet]. 2017. Disponible sur : www.grand-est.ars.sante.fr/media/109164/download?inline
5. Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence.
6. Sir Ö, Hesselink G, Van Den Bogaert M, Akkermans RP, Schoon Y. Risk factors for prolonged length of stay of older patients in an academic emergency department: A retrospective cohort study. *Emerg Med Int* 2019 ; 2019 : 4937827.
7. Salehi L, Phalpher P, Valani R, *et al.* Emergency department boarding: A descriptive analysis and measurement of impact on outcomes. *CJEM* 2018 ; 20(6) : 929-37.
8. Singer AJ, Thode HC Jr, Viccellio P, Pines JM. The association between length of emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med* 2011 ; 18(12) : 1324-9.
9. Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, *et al.* Overnight stay in the emergency department and mortality in older patients. *JAMA Intern Med* 2023 ; 183(12) : 1378-85.

QUESTION 5

Faut-il adapter/faire évoluer/ rationaliser/filtrer l'accès aux structures d'urgence ?

Experts : P-M. TARDIEUX, M. JONCHIER, L. MAILLARD

R5.1. Les experts recommandent que l'accès aux SU soit précédé de mesures de régulations à l'admission, qui peuvent être :

- une régulation préalable par le SAMU-SAS ;
- un adressage par un professionnel de santé.

Pour les patients se présentant spontanément dans les SU et ne relevant pas des missions des SU, les experts suggèrent de mettre en place une évaluation par un professionnel de santé à l'entrée des structures d'urgence avec des protocoles de réorientation.

R5.2. Les experts recommandent que la mise en place de la régulation systématique des admissions au SU par le SAMU-SAS s'intègre dans une réflexion globale en lien avec l'agence régionale de santé (ARS), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), et les professionnels de santé via une organisation locale.

R5.3. Les experts recommandent de réaliser des campagnes d'information aux populations visant à appeler le SAMU-SAS avant de se rendre en SU.

R5.4. Les experts recommandent de rédiger des protocoles de réorientation à l'entrée des SU en accord avec les différents acteurs locaux (SAMU-SAS, CPTS, maisons médicales de garde...).

R5.5. Les experts recommandent de consolider l'offre en SNP hors des structures hospitalières afin d'améliorer les parcours de soins.

R5.6. Les experts recommandent que ces mesures de régulation soient sujettes à évaluation et puissent évoluer dans le temps.

Il est inscrit dans le CSP (article R. 6123-1) que : « L'exercice par un établissement de santé de l'activité de soins de MU mentionnée au 14° de l'article R. 6122-25 est autorisé selon une ou plusieurs des trois modalités suivantes :

- la régulation des appels adressés au SAMU-SAS mentionné à l'article L. 6311-2 ;
- la prise en charge des patients par le SMUR ;
- la prise en charge de l'ensemble des patients accueillis, pour toute situation relevant de la MU, dans la SU ou exclusivement des enfants dans la SU pédiatrique. »

Le même code (article R. 6123-18, modifié par un décret du 29 décembre 2023) prévoit une ouverture en permanence et un accueil systématique de toute personne sollicitant des soins : « Tout établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au dernier point de l'article R. 6123-1 est tenu d'accueillir en permanence dans la SU toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU-SAS le cas échéant selon les modalités d'organisation décrites à l'article R. 6123-18-1 1 et R. 6123-18-2. »

L'activité des SU est en augmentation constante depuis le milieu des années 1990, créant une saturation chronique, elle-même affectant directement les conditions de travail et la qualité des prises en charge des patients.

RÉGULATION MÉDICALE PRÉALABLE AU SU PAR LE SAMU-SAS

La régulation médicale du SAMU-SAS a pour mission d'assurer une régulation médicale et une réponse sanitaire, notamment médicale, aux situations d'urgence. Le SAMU-SAS a pour fonction d'assurer une prise en charge commune des appels pour toute situation d'urgence, qu'elle relève de l'aide médicale urgente (AMU) ou des SNP en médecine libérale ambulatoire, lorsque l'accès à un médecin traitant ou de proximité n'a pas été possible en première intention. Les SAMU-SAS s'appuient sur des médecins régulateurs hospitaliers et libéraux, et essentiellement libéraux dans le cadre des SNP. Le patient pourra se voir proposer un éventail de solutions : une consultation par un médecin généraliste ou un centre de soins dans les quarante-huit heures, un conseil médical, une évaluation par une infirmière libérale, l'accès à une téléconsultation ou si cela est vraiment nécessaire une orientation vers une SU. L'augmentation continue de la demande de soins associée à la pénurie de ressources médicales rend de plus en plus difficile l'accès à une offre de soins ambulatoires. Les SU apparaissent souvent comme le seul recours mais, fragilisées par cette insuffisance de ressources, peinent à assurer la continuité de leur activité. L'organisation d'un accès régulé et gradué aux SU pour les SNP apparaît plus que jamais nécessaire. Afin d'être performante, l'organisation de type SAMU-SAS doit s'intégrer dans une réflexion globale de territoire afin de développer l'offre de SNP ambulatoires, en et hors horaires de permanence de soins. L'accès à l'offre de SNP demeure inégal et fragile en fonction des territoires et aux horaires de permanence des soins (PDS), ce qui a une incidence sur l'activité des SU. La recomposition de l'offre ambulatoire, à travers les CPTS, doit améliorer l'accès aux SNP et les parcours de soins coordonnés. Certaines nouvelles offres de SNP ambulatoires doivent aussi être coordonnées afin d'en définir les missions et leur inclusion dans les CPTS. L'architecture naissante de structuration et régulation de l'accès à l'offre de SNP, à travers l'action conjuguée des SAMU-SAS et des CPTS, doit être consolidée. De véritables tableaux de bord doivent être validés de façon conjointe afin de suivre l'incidence sur les patients et les SU. Afin d'orienter le bon patient auprès du bon professionnel de santé, les soignants travaillant

en SAMU-SAS doivent disposer d'une cartographie à jour de l'offre de SNP du territoire, préalablement définie en partenariat avec l'ARS, les CPTS et les professionnels de santé. Il faut améliorer l'orientation du patient vers les SU de son territoire, et travailler afin que tous les patients aient une bonne connaissance des SU (publics, privés, établissements de santé privés d'intérêt collectif) de leur territoire avec leurs spécificités en termes de recours expert et plateaux techniques. Il faut pouvoir aussi bénéficier d'une visibilité de l'affluence sur tous les SU du territoire de santé avec les délais d'attente avant prise en charge. Il faut aussi améliorer l'information et faire de la pédagogie : des campagnes de sensibilisation doivent informer les usagers de l'importance de réserver les urgences aux cas critiques. Ces campagnes doivent rassurer la population en valorisant les alternatives proposées et expliquer les changements à travers des messages positifs, tels que : « Nous vous orientons vers le professionnel adapté à vos besoins. »

ORIENTATION VERS UN SU PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ

De manière complémentaire à la régulation médicale exercée au sein des SAMU-SAS et à l'orientation réalisée à l'entrée des SU, il est nécessaire d'être en accord sur les critères d'orientation des patients par les professionnels de santé libéraux pour un juste recours aux SU. La coordination territoriale de ces acteurs doit être réalisée autour du SAMU-SAS, en collaboration avec les différents acteurs :

- les CPTS et les SAMU-SAS doivent contribuer à la bonne connaissance des filières de soins à l'échelle du territoire de santé ainsi que des bons parcours de soins auprès des professionnels de santé libéraux ;
- il pourra aussi être défini des protocoles d'orientation entre les professionnels de santé ;
- les professionnels de santé ambulatoires devront disposer d'un accès facilité auprès du soignant responsable des admissions de la SU afin de concerter l'adressage des patients.

Les professionnels de santé ambulatoires participent ainsi à la juste sollicitation des SU et contribuent à la régulation de l'accès dans le cadre d'un parcours de soins coordonné.

ORIENTATION DES PATIENTS SE PRÉSENTANT SPONTANÉMENT AU SU

La régulation préalable à l'accès aux SU peut s'exercer grâce à la régulation médicale du SAMU-SAS et/ou par l'orientation des patients qui se présenteraient spontanément. Les deux procédures peuvent s'exercer séparément ou de manière complémentaire conformément aux dispositions réglementaires et aux politiques locales (cf. schéma).

Accueil par un auxiliaire de santé avec protocole de réorientation vers SAMU-SAS

L'accueil doit être organisé et adapté selon les réalités locales. Le patient se présentant spontanément à la SU relève initialement d'une prise en charge par un auxiliaire médical. Il est obligatoire de protocoliser l'évaluation réalisée par un auxiliaire médical à la recherche d'une détresse vitale. Le protocole d'évaluation est commun aux SU de la zone territoriale concernée, ajusté d'éventuelles spécificités locales liées aux établissements de santé. L'auxiliaire médical met en œuvre le protocole afin d'admettre ou non le patient.

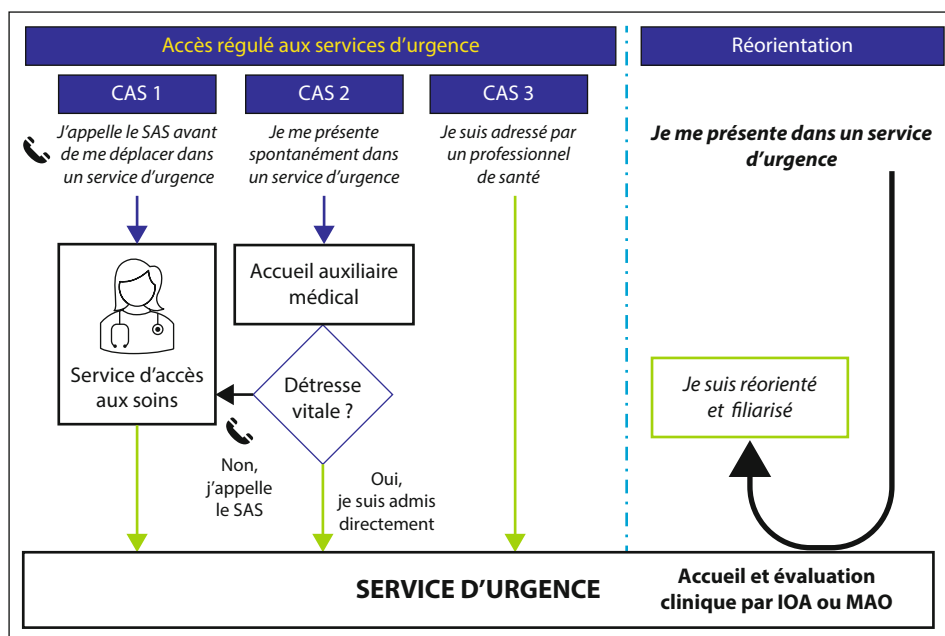


Schéma des différentes possibilités d'accès à une structure d'urgence.

L'auxiliaire détermine si le patient est adressé par le SAMU-SAS ou un professionnel de santé et dispose d'un courrier d'adressage. En l'absence de ces critères, le patient contacte le SAMU-SAS pour une orientation. Il faudra pouvoir garantir la possibilité du recours à une évaluation par un infirmier organisateur de l'accueil (IOA) et/ou un médecin d'accueil et d'orientation (MAO) en cas de doute. L'accès à de l'interprétariat, un repérage des vulnérabilités et de la précarité sont également essentiels.

Évaluation clinique IOA/MAO avec protocoles

La réorientation des patients à partir des SU est définie comme la procédure par laquelle un patient se présentant spontanément à la SU est redirigé par l'IOA et/ou par le MAO vers une offre de santé mieux adaptée à son besoin. Tout patient ne relevant pas de la MU pourra être réorienté, après une évaluation réalisée par l'IOA et/ou le MAO. La réforme des autorisations de MU n'a pas modifié le rôle de l'infirmier assurant une fonction d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient qui, depuis 2006, peut mettre en œuvre un protocole d'orientation du patient.

La réorientation peut être réalisée par un médecin de la SU et/ou par un IOA, uniquement sur protocole dans ce dernier cas. Ce protocole s'apparente à un protocole « de service » et non à un protocole de coopération (tel que prévu à l'article L. 4011-1 du CSP). Ce protocole doit être rédigé par le médecin responsable de la SU, validé par l'établissement de santé et être mis à disposition des IOA. Il est partagé aux organisations de professionnels de santé libéraux (cf. chapitre 2).

L'orientation du patient tient compte de son besoin de santé :

- si le patient a un besoin de santé urgent relevant de la MU : il est admis ;
- si le patient a un besoin de santé ne relevant pas de la MU : il peut être invité à appeler le SAMU-SAS et/ou être réorienté avec ou sans prise de rendez-vous vers une autre

structure de soins (médecin traitant, CPTS, maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé, plateau technique spécialisé d'accès direct, maison médicale de garde [MMG], cabinet dentaire, etc.) ;

- il est impératif que l'IOA puisse toujours pouvoir consulter un médecin référent en cas de doute sur la décision à prendre ;
- nous insisterons sur l'importance de pouvoir recourir à de l'interprétariat et à une assistante de service social sur les SU. Le dépistage des vulnérabilités et de la précarité est essentiel. Certains patients ne pourront pas bénéficier d'un recours au SAMU-SAS et/ou à la médecine libérale, même si la pathologie ne relève pas de la MU. Pour prendre une décision de réorientation, l'IOA s'appuie sur le protocole médical de « service » précisant les critères de réorientation et les critères d'exclusion de celle-ci (cf. les modèles nationaux de « protocole médical de réorientation de l'adulte et de l'enfant » proposés par la SFMU/SuDF/CMG/GFRUP). Si cette décision est prise, elle est consignée dans le dossier patient avec les observations sur le besoin de santé du patient et les informations sur la réorientation. Le dossier est clôturé avec le code « REO » (patient réorienté directement sans soins), ce passage sera ainsi remonté dans les résumés de passage aux urgences (RPU).

En conclusion, il apparaît nécessaire de restructurer le mode d'accès aux SU en France, cependant il n'existe pas de solution idéale et la décision doit être prise en considérant l'offre de soins propre à chaque territoire. L'objectif principal est de garantir une orientation optimale des patients, afin que chacun bénéficie des soins appropriés, au moment opportun, par le professionnel compétent et dans l'environnement adéquat. Ces mesures visent à optimiser la coordination au niveau territorial de toutes les SU avec le SAMU-SAS, et ce afin d'optimiser les ressources médicales, de recentrer les SU sur les patients relevant de leurs missions, en orientant les patients non urgents vers des solutions plus adaptées. Cela doit permettre de réduire la charge cognitive des professionnels, de fluidifier les flux de patients pour alléger la pression sur les équipes médicales et améliorer leurs conditions de travail, de renforcer l'attractivité de la spécialité, de structurer et valoriser l'environnement de travail afin d'encourager les jeunes médecins à choisir la MU comme spécialité. Enfin, cela doit permettre de garantir un accès universel et équitable aux soins urgents sans discrimination et d'orienter les demandes inappropriées vers des alternatives efficaces.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pacte de refondation des urgences, 2019.
2. Régulation préalable à l'accès aux urgences – Préconisations SFMU-SuDF-CMG-GFRUP, 2024.
3. Guide sur la réorientation des patients à l'entrée des urgences, DGOS, 16 juillet 2024.
4. Préconisations SFMU-SuDF-CMG-GFRUP pour la réorientation des patients à partir des services d'urgence, avril 2024.
5. Accompagnement à la mise en œuvre des réorientations à l'entrée des urgences (expérimentation ANAP 2024 sur 3 départements).
6. Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (création du SAS).
7. Code de la santé publique et autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence (articles R. 6123-1 à R. 6123-12) et régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente (articles R. 6123-13 à R. 6123-13-1), et prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation (articles R. 6123-14 à R. 6123-17), et prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences et dans l'antenne de médecine d'urgence (articles R. 6123-18 à R. 6123-32).
8. Arrêté du 2 juillet 2024 relatif à la régulation temporaire de l'accès aux urgences.

QUESTION 6

Quelles sont les organisations pour assurer les missions d'une structure d'urgence ?

Experts : T. MARKARIAN, C. LE GALL, M. DOUPLAT, S. CHARPENTIER, E. ROUFF, N. BOUNAUD

Composition réglementaire d'une SU

R6.1. Les experts rappellent la composition réglementaire d'une SU et recommandent que les organisations, pour assurer les missions d'une SU, soient fonctionnelles 24 heures sur 24 et 365 jours par an.

R6.1.1. Les conditions d'implantation d'une SU impliquent que l'établissement de santé dispose de lits d'hospitalisation complète en médecine et d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale incluant la tomodensitométrie et d'analyses de biologie médicale avec, si besoin, la biologie délocalisée. L'établissement de santé doit organiser un accès en permanence et sans délai aux équipements d'imagerie et aux analyses de biologie médicale. De même, les résultats et leurs interprétations doivent être transmis à la SU dans les meilleurs délais, et en tout état de cause, dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.

R6.1.2. Une SU doit inclure au minimum une zone d'accueil, un espace d'examen et de soins, une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) et deux lits d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

R6.1.3. Une SU est garante du diagnostic et de la thérapeutique des patients relevant de soins urgents en assurant l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à sa décision d'orientation.

R6.1.4. Une SU doit permettre un accueil spécifique aux personnes vulnérables, aux personnes gardées à vue, aux patients ou victimes dans le cadre du plan organisation de la réponse sanitaire (ORSAN).

R6.1.5. Une SU doit disposer d'un registre chronologique continu et informatisé des patients.

R6.1.6. Une SU doit pouvoir signaler les dysfonctionnements constatés dans l'organisation de la prise en charge ou dans l'orientation des patients.

R6.1.7. Une SU participe à l'évaluation et à la formation, à la veille et à l'alerte, et au recueil de données d'activité.

R6.1.8. Une SU doit participer, en fonction de ses moyens, aux travaux d'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'organisation des secours.

Organisation fonctionnelle d'une SU

R6.2.1. Les experts recommandent de mettre en place un médecin référent de l'accueil.

R6.2.2. Les experts recommandent de mettre en place un régulateur de flux (infirmier ou médecin en fonction des organisations locales).

R6.2.3. Les experts recommandent de mettre en place un modèle organisationnel adapté à leur infrastructure, au nombre de personnels médicaux et paramédicaux mobilisables, ainsi qu'au nombre de passages des patients.

R6.2.4. Les experts recommandent de structurer les zones fonctionnelles des SU en fonction des processus de soins qui seront *a priori* mis en œuvre et standardisés.

R6.2.5. Les experts recommandent de mettre en place une organisation spécifique pour les patients psychiatriques, les mineurs et les femmes victimes de violences.

R6.2.6. Les experts recommandent d'identifier une équipe médicale à la gestion de la SAUV ou la salle de déchocage.

R6.2.7. Les experts recommandent de standardiser l'orientation des patients vers les salles d'attente postconditionnement.

R6.2.8. Les experts recommandent de mettre en place un dispositif de coordination ville-hôpital pour les patients ne relevant pas des missions des SU mais de la médecine générale ; soit *via* un circuit interne à l'hôpital, soit *via* la réorientation des patients ne nécessitant pas le plateau technique de la SU.

R6.2.9. Les experts recommandent d'afficher les temps d'attente dans la salle d'attente et de mettre en place des systèmes d'information pour les accompagnants.

Filières de soins urgents

R6.3. Les experts recommandent que chaque SU identifie un médecin urgentiste référent par filière de soins urgents qui participera à l'organisation de ces filières pour son établissement et au sein de son territoire.

Gestion du flux quotidien

R6.4. Les experts recommandent d'anticiper et gérer le flux quotidien aux urgences autour de quatre axes.

R6.4.1. En amont des SU, dès le SAMU-SAS, par le développement de filières de soins alternatives et la mise en place de la télémedecine.

R6.4.2. À l'entrée des SU par le triage, la mise en place de modèles organisationnels et la gestion dynamique des ressources.

R6.4.3. En aval des SU, par la fluidification des sorties, le repositionnement des UHCD dans leurs fonctions et le développement d'alternatives à l'hospitalisation.

R6.4.4. Par des campagnes de communication à l'échelle d'un territoire, pour sensibiliser et éduquer les patients au recours aux SU.

Composition réglementaire d'une SU

Conditions d'implantation d'une SU dans un établissement de soins

Article R. 6123-6

L'autorisation d'exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 ne peut être délivrée à un établissement de santé que s'il satisfait aux conditions suivantes :

1. disposer de lits d'hospitalisation complète en médecine ;
2. disposer d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie médicale, en son sein ou par convention avec un autre établissement de santé, avec un cabinet d'imagerie ou avec un laboratoire d'analyses de biologie médicale de ville, ou dans le cadre du réseau mentionné à l'article R. 6123-26.

Les résultats d'imagerie ou de biologie doivent être transmis dans des délais compatibles avec l'état de santé des patients. Un scanner doit être disponible sur les horaires d'ouverture. La présence d'une biologie délocalisée doit être développée dans les SU si le laboratoire est à distance de l'établissement.

Article D. 6124-24

L'établissement de santé autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 organise, en son sein ou par convention avec un autre établissement ou dans le cadre du réseau mentionné à l'article R. 6123-26, l'accès en permanence et sans délai des patients accueillis dans la SU à ses horaires d'ouverture :

1. aux équipements d'imagerie ainsi qu'aux professionnels compétents de l'imagerie ;
2. aux analyses de biologie médicale ainsi qu'aux professionnels compétents de la biologie médicale.

Dans chaque cas, les résultats des examens d'imagerie (conventionnelle, échographie, tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique et imagerie interventionnelle) ou de biologie (biochimie, hématologie, hémobiologie, microbiologie, toxicologie, hémostase et gaz du sang), et leur interprétation par l'établissement ou la structure conventionnée mentionnés au premier alinéa, sont transmis à la SU dans les meilleurs délais et, en tout état de cause, dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.

Organisation incluant au minimum

Article D. 6124-22

La SU dispose notamment de :

1. une salle d'accueil préservant la confidentialité ;
2. un espace d'examen et de soins ;

3. au moins une SAUV comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate ;
4. une UHCD comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la SU.

Lorsque l'analyse de l'activité des SU fait apparaître un nombre important de passages d'enfants ou de patients nécessitant des soins psychiatriques, l'organisation de la prise en charge au sein de l'UHCD doit être adaptée à ces patients.

Organisation assurant la prise en charge et l'orientation des patients

Selon l'article R. 6123-19

La prise en charge diagnostique et thérapeutique postérieure à la SU est organisée par l'établissement de manière à assurer l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation. Cette prise en charge est organisée selon le cas :

1. au sein de la SU ;
2. au sein de l'UHCD de la SU ;
3. directement dans une structure de soins de l'établissement, notamment dans le cadre des prises en charge spécifiques prévues aux articles R. 6123-32-1 à R. 6123-32-9 ;
4. en orientant le patient vers une consultation de l'établissement ou d'un autre établissement de santé ;
5. en liaison avec le SAMU-SAS, en l'orientant vers un autre établissement de santé apte à le prendre en charge et, si nécessaire, en assurant ou en faisant assurer son transfert ;
6. en l'orientant vers le service d'accès aux soins mentionné au L. 6311-3 ou vers un médecin de ville, ou vers toute autre structure sanitaire ou toute autre structure médico-sociale adaptée à son état ou à sa situation ;

À noter que des prises en charge spécifiques peuvent être organisées directement dans une structure de soins de l'établissement différente d'une SU.

Organisation assurant l'orientation des patients vers une autre structure de soins si besoin

Selon l'article R. 6123-20

L'établissement organise l'orientation du patient ne nécessitant pas une prise en charge par la SU vers une autre structure de soins, ou vers une structure sociale ou médico-sociale, selon des protocoles préalablement définis entre les responsables de ces structures. Cette organisation fait l'objet d'une convention entre les établissements concernés, qui précise les modalités et les conditions d'orientation du patient, ainsi que les modalités de son évaluation médicale et administrative régulière.

Organisation permettant un accueil spécifique

- Des personnes vulnérables.
- Des personnes gardées à vue.
- Des patients ou des victimes dans le cadre du plan ORSAN.
- Afflux massif.

- Victimes d'un accident nucléaire, radiologique, chimique ou suspects d'une pathologie biologique à risque contagieux.

Selon l'article D. 6124-23

L'établissement de santé autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 :

1. met en place les aménagements de locaux et d'équipements permettant l'accès des personnes vulnérables, notamment handicapées, et organise spécifiquement leur accueil au sein de la SU ;
2. prévoit des modalités d'accueil adaptées, d'une part, pour les personnes gardées à vue et, d'autre part, s'il est désigné pour dispenser des soins d'urgence aux détenus en application de l'article R. 6111-27, pour ces personnes, conformément aux dispositions de la section 2 du chapitre II du titre 1^{er} du livre 1^{er} de la présente partie ;
3. prévoit, dans le plan mentionné à l'article L. 3131-7, une organisation au sein du réseau mentionné à l'article R. 6123-26 qui permette de répondre aux objectifs de prise en charge des patients ou des victimes définis dans le dispositif ORSAN mentionné à l'article L. 3131-11, notamment :
 - a. les modalités d'accueil et de prise en charge des patients ou des victimes se présentant massivement à la SU dans un lieu situé, dans la mesure du possible, à proximité de la SU,
 - b. les modalités d'accueil et de prise en charge adaptées pour les patients victimes d'un accident nucléaire, radiologique, chimique ou suspects d'une pathologie biologique à risque contagieux,
 - c. les équipements de protection individuelle, produits de santé et équipements, dispositifs médicaux et médicaments nécessaires à la prise en charge de ces patients.

Mise en place d'un registre informatisé des patients

Article R. 6123-23

L'établissement tient dans la SU un registre chronologique continu sur lequel figurent l'identité des patients accueillis, le jour, l'heure et le mode de leur arrivée, l'orientation ou l'hospitalisation, le jour et l'heure de sortie ou de transfert hors de la SU. Ce registre est informatisé.

Signalement des dysfonctionnements

Article R. 6123-9-1

Une fiche, dont le modèle est arrêté par le ministre chargé de la santé, est établie par les structures mentionnées au R. 6123-1 et transmise au directeur d'établissement pour signaler chaque dysfonctionnement constaté dans l'organisation de la prise en charge ou dans l'orientation des patients. Le règlement intérieur de l'établissement prévoit les modalités d'exploitation de ces fiches.

Participation à l'évaluation et à la formation ; à la veille et à l'alerte ; aux actions de prévention et d'éducation de la santé et au recueil de données d'activité

Ces différentes missions pourront être coordonnées par l'établissement support.

Article R. 6123-32-10

L'établissement de santé titulaire de l'autorisation prévue à l'article R. 6123-1 :

1. contribue à l'évaluation et au développement de la connaissance de la MU pour améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients ;
2. apporte, en lien avec les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) mis en place le cas échéant pour assurer les missions prévues à l'article R. 6311-5, son concours à la formation des professionnels de santé, des ambulanciers, des secouristes et de tout personnel dont la profession requiert une telle formation ;
3. participe à la veille et à l'alerte sanitaires à partir des informations extraites du système d'information des SMU, en lien avec l'agence nationale de santé publique ;
4. participe aux actions de prévention et d'éducation à la santé ;
5. s'assure du recueil des données d'activité à partir des informations extraites du système d'information des SU autorisées, permettant l'analyse des pratiques professionnelles et la gestion des risques.

Participation, en fonction de ses moyens, aux travaux d'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'organisation des secours

Article R. 6123-29

Une convention constitutive du réseau précise notamment les disciplines et les activités de soins, ou les états pathologiques spécifiques pour lesquels les établissements membres s'engagent à accueillir et à prendre en charge les patients qui leur sont adressés par le SAMU-SAS ou par la SU. Cette convention répond aux objectifs définis dans le dispositif « ORSAN » mentionné à l'article L. 3131-11.

Cette convention est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, qui veille à la cohérence des réseaux définis au sein de la région et à leur articulation avec ceux des régions limitrophes.

1. Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence – Légifrance ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr)).
2. Décret n° 2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence – Légifrance ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr)).

Article R. 6123-32-11

L'établissement de santé titulaire de l'autorisation prévue à l'article R. 6123-1 participe, en fonction de ses moyens, aux travaux d'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'organisation des secours mentionnés aux articles L741-1 à L741-5 du Code de la sécurité intérieure.

Organisation fonctionnelle d'une SU

Médecin référent de l'accueil

Le médecin référent de l'accueil a pour missions de limiter le temps de premier contact médical, de coordonner la prise en charge médicale et de gérer le flux de patients. Il travaille en contact étroit avec l'IAO et participe au triage si nécessaire ou à la demande de ce dernier. Il permet de centraliser les informations médicales provenant des médecins extérieurs et peut débiter la prescription d'examens complémentaires ou de thérapeutiques dans les situations qu'il juge nécessaires. Une méta-analyse publiée en 2016 a évalué l'intérêt de positionner un médecin d'accueil et d'orientation dans les SU [1]. Une recherche bibliographique a été réalisée entre 1994 et 2014. Vingt-cinq études pertinentes ont été sélectionnées : 12 étaient de conception faible (étude pré- et postintervention), 9 étaient de qualité moyenne et 4 étaient contrôlées et randomisées (RCT). La majorité de ces études a observé une diminution significative de la durée moyenne de passage en SU. Deux des 4 RCT ont observé cette diminution principalement sur les patients de gravité moyenne. D'autres études corroborent cette hypothèse sur les patients non hospitalisés [2, 3]. Il est important de noter que la plupart de ces études rapportent un nombre plus élevé d'examens prescrits par le médecin d'accueil qui peut retarder le temps de prise en charge. De plus, le nombre de patients sortis sans attendre les résultats a diminué dans 2 RCT sur 4 ainsi que dans la majorité des autres études analysées.

Régulateur de flux patients

De nombreux centres ont mis en place un régulateur de flux (infirmier diplômé d'État [IDE] ou médecin en fonction des organisations locales) afin de veiller à la coordination de la marche en avant dans les différentes zones fonctionnelles et d'identifier les patients nécessitant une hospitalisation pour se coordonner précocement avec le gestionnaire de lits ou le dispositif de gestion des lits mis en place. Il y a très peu de données scientifiques permettant de recommander cette pratique. Deux études australiennes, l'une de type avant-après intervention et l'autre contrôlée non randomisée, ont observé un impact positif sur la régulation du flux permettant de diminuer la durée moyenne de passage en SU [4, 5].

Modèles organisationnels

De nombreux modèles organisationnels ont été décrits afin d'améliorer le premier contact médical et la durée moyenne de séjour en SU. Aucune donnée scientifique ne permet à l'heure actuelle de recommander un modèle plus qu'un autre. Les SU doivent pouvoir choisir le modèle le plus adapté en fonction de l'architecture de leur service, du personnel mobilisable et du nombre de passages par jour. Il est important de considérer que plusieurs modèles peuvent être combinés. Voici quelques exemples de modèles organisationnels.

Modèle de triage classique (tri infirmier)

Un IAO évalue rapidement l'état du patient dès son arrivée et classe le patient selon une échelle de gravité (échelle canadienne de triage et de gravité, l'*Emergency Severity Index*, grille *French Emergency Nurses Classification in Hospital* [FRENCH]). Les patients sont ensuite orientés vers la zone appropriée (SAUV, ambulatoire ou non ambulatoire). Ce modèle permet d'optimiser la prise en charge des patients critiques ou ambulatoires mais a tendance à saturer la zone non ambulatoire.

Modèle fast track

Le principe est d'orienter certains patients vers une filière de soins spécifiques afin de diminuer leur durée de séjour. Initialement, ce modèle a été développé pour les pathologies bénignes. Désormais, certaines SU l'utilisent afin de cibler certaines pathologies pour lesquelles le temps écoulé est associé à un pronostic péjoratif telles que le syndrome coronarien aigu et les accidents vasculaires cérébraux. Ce modèle permet de diminuer la durée moyenne de séjour en SU mais semble plus adapté pour les SU de gros volume.

Modèle see and treat

Dans ce modèle développé en Angleterre, des infirmiers formés et qualifiés prennent en charge des patients présentant des pathologies ou des blessures bénignes. Ce modèle permettrait de réduire le temps d'attente de ces patients mais également la durée moyenne globale des séjours [6].

Gestion par filières spécialisées

Plus qu'un tri général, les patients sont directement orientés dès l'accueil vers une zone dédiée à leur symptomatologie (traumatologie, pédiatrie, gynécologie, psychiatrie). Bien que ce modèle réduise le temps d'attente de certaines catégories de patients, il nécessite des infrastructures adaptées et peut considérablement retarder la prise en charge du patient en cas d'erreur d'orientation.

Zone d'attente rapide

Ce modèle consiste à évaluer les patients non ambulatoires, après triage IAO, par un binôme médecin-infirmier dans une zone dédiée dans laquelle les premiers soins et examens seront réalisés. Le patient est ensuite orienté dans une zone d'attente scopia ou non scopia selon l'évaluation médicale. Ce modèle permet de réduire considérablement le premier contact médical mais ne semble pas avoir d'impact significatif sur la durée moyenne de passage.

Zones fonctionnelles

La standardisation des processus de prise en charge dans chaque secteur est un élément essentiel de la fluidité et de l'efficacité des SU. Les secteurs sont évidemment poreux et lorsque le patient le nécessite, il peut être muté dans un autre secteur que celui choisi initialement du fait de son évolution. Il est nécessaire d'anticiper ces zones fonctionnelles et d'organisation des soins avant de construire une SU car de nombreux processus de soins en dépendront : triage, orientation à l'accueil, conditionnement du patient, recrutement médical et paramédical, organisation générale et notamment interaction avec la médecine générale. L'efficacité du service repose en partie sur l'adéquation des besoins de santé des patients se présentant en SU et l'organisation de celle-ci pour répondre à ces besoins de santé. Lorsque l'organisation est soumise à des contraintes architecturales historiques ou à une configuration des ressources humaines particulière, il faut le prendre en considération dans la structuration de la SU mais il convient de les faire évoluer avec parfois des réaménagements mineurs permettant d'améliorer significativement le fonctionnement du service. Il paraît important d'adopter une taxonomie commune à toutes les SU pour caractériser les secteurs fonctionnels : circuit court ou ambulatoire pour les patients gérés sans brancard, circuits longs ou couchés pour les patients nécessitant d'être gérés en position couchée du fait

de leur gravité ou de leur manque d'autonomie. Le circuit court peut lui-même être séparé notamment dans les services de haute intensité : circuit court technique lorsque des actes techniques (prise de sang, imagerie, sutures, immobilisation) sont réalisés ; circuit court non technique lorsqu'il s'agit de consultation simple dans la classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) 4 et 5 sans plateau technique. Il ne semble pas pertinent de séparer les patients dans des circuits de médecine et chirurgie ni de médecine et traumatologie. Les SAUV doivent être intégrés aux circuits longs ou couchés et de préférence se localiser au centre du service. Chaque zone fonctionnelle désignée doit être dotée d'une zone d'attente préconditionnement, d'une zone de prise en charge avec salle d'examen individualisée puis d'une salle d'attente postconditionnement, qui n'est pas un couloir, mais une réelle zone dédiée avec surveillance et possibilité d'appel. En secteur long, les salles d'attente doivent être distinctes alors qu'en secteur court, ces salles d'attente peuvent être confondues. En secteur long, les salles d'attente peuvent être équipées de brancards ou de fauteuils lorsque l'état du patient s'est amélioré. Ces zones fonctionnelles doivent également être dotées d'une fiche de poste pour que les professionnels qui y interviennent connaissent la typologie des patients qui y sont gérés et l'intégralité du processus de soins, de l'entrée à la sortie, avec qui fait quoi et quand. Chaque zone fonctionnelle doit bénéficier d'une forme de standardisation du travail médical, paramédical et administratif, d'une dotation en personnel adapté au volume et à l'activité qui y est réalisée. Il est important que l'ouverture des circuits courts se synchronise avec l'activité nycthémerale et éventuellement saisonnière. De même, la voilure du secteur long peut être modifiée en fonction des saisons et de l'activité, tout en conservant les grandes zones fonctionnelles précédemment décrites.

Zones spécifiques

Les SU générales, en l'absence d'urgences spécialisées psychiatriques ou pédiatriques, sont habilitées à recevoir, trier, prendre en charge et orienter tous types de patients qui s'y présentent, avec ou sans régulation. Les SU générales reçoivent donc par essence des patients dont la demande est d'ordre psychiatrique ou pédiatrique. Les patients psychiatriques peuvent par ailleurs être pris en charge pour des motifs somatiques. L'accueil des patients de psychiatrie dans des SU générales doit de préférence se faire dans un circuit distinct pour les entretiens simples. Les prises en charge longues passant par un avis somatique doivent, dans la mesure du possible, être intégrées au circuit général couché avec une coopération étroite des urgentistes et des psychiatres. En situation d'agitation, des salles d'isolement ou des salles sécurisées doivent être disponibles dans le secteur long. Si les SU générales accueillent des mineurs, ces derniers doivent, dans la mesure du possible, bénéficier de circuits spécifiques et de salles d'attente dédiées. S'ils sont dans des secteurs partagés avec des adultes, à aucun moment ils ne peuvent être mis dans des salles communes même dans l'attente de plateaux techniques ou d'avis spécialisés. L'accueil des femmes victimes de violence doit également être organisé, de même que la prise en charge des patients pour raisons médico-judiciaires qui nécessitent des conditions particulières de discrétion et de sécurité.

Salles d'attente postconditionnement

Il paraît souhaitable de mettre en place des critères explicites d'orientation des patients (partagés avec tous les soignants) vers les salles d'attente postconditionnement afin de libérer plus facilement les salles de soins, notamment dans le circuit long pour accueillir de nouveaux patients tout en conservant un niveau de sécurité et d'intimité nécessaire à la prise en charge de certains patients.

Interaction avec la médecine générale

Pour que les patients ayant une demande de soins sans délai soient orientés au mieux (consultations non programmées ou SU) au moyen du SAMU-SAS, une réflexion doit être menée sur chaque territoire de santé pour articuler de façon harmonieuse et efficiente les SU et les lieux d'accueil non programmés. Il est essentiel de distinguer les SU de haute et de basse intensité pour penser le modèle d'organisation des SU avec les praticiens de médecine générale. Ainsi, selon l'intensité des SU et les ressources du territoire, l'interaction des praticiens de médecine générale peut être organisée soit dans un cadre interne pouvant aller de l'intégration complète à l'intégration parallèle, soit dans un cadre externe permettant d'orienter les tris 4 et 5 en dehors des urgences, au sein de l'hôpital ou hors de l'hôpital par des processus préalables de régulation ou de réorientation, reposant sur un protocole de service. Une taxonomie commune doit être arrêtée pour définir et pouvoir comparer l'intégration de la médecine générale à la MU. Il est proposé que dans les services de haute intensité, le flux des patients tris 4 et 5 sans actes techniques soit orienté vers des circuits de médecine générale avec un protocole de réorientation contractualisé avec les partenaires. À l'inverse, dans les services de faible intensité, pour le flux des patients tris 4 et 5 sans actes techniques, il est proposé de mettre en place une consultation dans un bureau médical proche de l'entrée et/ou un protocole de coopération avec des partenaires extérieurs.

Coordination ville-hôpital

Un dispositif de coordination ville-hôpital permettrait de fluidifier avec un outil numérique de coordination la gestion des patients complexes en ambulatoire et sécuriser certaines sorties.

Informations aux patients

Il est souhaitable que les temps moyens d'attente, avant la prise en charge médicale pour chaque zone fonctionnelle, soient affichés dans la salle d'attente générale des SU et dans chacune des zones fonctionnelles. De même, la mise en place, notamment pour les circuits longs, de systèmes d'information par application numérique de l'accompagnant désigné ou de la personne à prévenir permettrait de fluidifier l'information.

Filières de soins urgents

Dans un article publié en 2008 dans la *Revue médicale suisse* sur l'intérêt des réseaux hospitaliers en médecine intensive [7], l'auteur expliquait que la spécialisation médicale crée des besoins nouveaux auxquels les hôpitaux ne peuvent plus répondre de façon isolée en raison des contraintes économiques. Ces contraintes imposent un modèle de planification avec mise en réseau et partage des compétences afin de réduire les coûts en rationalisant les infrastructures médico-techniques. L'auteur précisait que la création de réseaux s'inscrit dans un processus évolutif de réorganisation hospitalière. Ces réseaux présentent de nombreux avantages, notamment par une répartition des activités entre différents sites hospitaliers et une organisation médicale adaptée aux exigences de la population et des professionnels. En plus de ces améliorations organisationnelles, les réseaux permettent des échanges entre professionnels qui contribuent également à l'amélioration de la qualité. Les réseaux représentent donc un modèle d'avenir, que ce soit pour l'organisation hospitalière ou celle d'une discipline médicale telle que la médecine intensive. La MU participe à ce processus. Nous pouvons citer comme exemple l'implication des SAMU et des SMUR dans l'amélioration de la morbi-mortalité de l'infarctus du myocarde lors de l'avènement de l'angioplastie coronaire grâce à la mise en place

de filières spécifiques avec des protocoles rédigés en concertation entre professionnels [8]. Nous pouvons aussi citer l'exemple du traumatisé grave avec les recommandations sur la stratégie pour structurer les filières de prise en charge des traumatisés graves en France [9], proposées par le groupement d'intérêt en traumatologie grave (GITE), auxquelles ont participé des médecins urgentistes. Ces recommandations stipulent que la coordination et la gestion des compétences et des ressources dans l'organisation des filières régionales doivent impliquer l'ensemble des professionnels de santé et des groupes de professionnels. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) a publié en 2001 des préconisations sur la structuration des réseaux de soins [10] qui explicitaient les quatre dimensions d'une filière de soins : un projet médical qui lie les professionnels de santé, une coordination des soins, la formation et l'information des professionnels, et l'évaluation des pratiques. Il précisait dans ce document qu'une filière se structure en plusieurs étapes : définition du besoin en santé, définition du projet médical porté par des responsables motivés, mise en place de protocoles et procédures qui font consensus entre les professionnels, définition des objectifs et des moyens dans une charte de fonctionnement, attribution de financement afin de rendre le fonctionnement de la filière pérenne. Ces deux exemples et ces recommandations soulignent la nécessité que les SU, à tous les niveaux du maillage territorial, participent à l'organisation des filières de soins urgents avec des médecins intéressés par l'enjeu organisationnel, mais aussi reconnus et rémunérés pour ce travail afin que ces filières fonctionnent de manière pérenne. Chaque SU doit donc être représentée dans l'organisation des filières de soins urgents de son établissement de santé et/ou de son territoire par un médecin urgentiste identifié, ayant du temps d'activité non clinique dédié. Elles soulignent aussi l'importance d'une collaboration avec l'ensemble des spécialités impliquées dans les filières de soins urgents. En 2021, les journées thématiques interactives de la Société française de médecine d'urgence (SFMU), « La médecine d'urgence au cœur des filières de soins », ont également souligné l'importance de l'implication des urgentistes dans l'organisation de ces filières [11]. La Fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU) travaille sur des recommandations sur la structuration et la formalisation des filières d'urgence interétablissement de santé dans lesquelles elle précise le rôle que doivent remplir les médecins urgentistes référents d'une filière au sein de leur structure d'urgence et de leur établissement de santé :

- diffusion des informations sur le fonctionnement de la filière ;
- validation des documents essentiels à la structuration et au fonctionnement de la filière avec les pilotes de la filière ;
- formalisation des modes dégradés en cas d'alerte (tension sur les lits d'orthopédie, par exemple) ou de rupture (salle de coronarographie non fonctionnelle, par exemple) ;
- suivi de l'opérationnalité des outils de communication en lien avec la filière au sein de son établissement de santé ;
- organisation du recueil des données ;
- participation à la gestion des feuilles d'événements indésirables (FEI) ;
- vérification de la description de l'offre de soins de son établissement dans le registre de l'ORU, en appui du référent ORU de son établissement.

Cet argumentaire sur la structuration des filières de soins urgents interétablissements peut s'appliquer aux filières de soins internes à un établissement de santé. Une des missions des SU est de garantir l'équité d'accès aux soins sur tout le territoire à tous les patients afin de leur permettre l'accès aux ressources adaptées à leur pronostic vital ou fonctionnel, et donc de garantir le fonctionnement des filières de soins urgents en s'impliquant dans leur fonctionnement.

Gestion du flux quotidien

Pour anticiper et gérer la saturation des SU, les experts recommandent plusieurs axes de travail sur la base de recommandations et d'études qui s'articulent autour de quatre axes.

En amont des urgences

- L'optimisation de la régulation médicale *via* le SAMU-SAS qui permet de trier et d'orienter les patients entre ceux qui relèvent de la médecine de ville et ceux qui relèvent des SU, réduisant ainsi l'afflux spontané. La mise en place au niveau territorial d'une régulation préalable à toute consultation en SU est un outil en cours de développement, mis en pratique légalement depuis 2024, et qui semble avoir des effets bénéfiques en termes de flux entrant, notamment sans hausse sensible des évènements indésirables graves.
- Le développement de filières de soins alternatives : la mise en place de consultations par un médecin de ville, notamment en coopération avec les CPTS, ou de maisons médicales de garde à proximité des SU et des consultations non programmées offre des alternatives aux patients, diminuant la pression sur les SU. Certains services vont même jusqu'à intégrer en leur sein une zone dédiée aux consultations de médecine générale relevant de la permanence de soins ambulatoires afin de faciliter l'accès des patients se présentant spontanément en SU au médecin généraliste de garde.
- La mise en place de la télémedecine avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et la mise en place d'une ligne d'assistance téléphonique gériatrique pour répondre à la médecine de ville, ainsi que le recours aux équipes mobiles gériatriques, peuvent permettre d'éviter les admissions non programmées des personnes âgées de plus de 75 ans [12]. La filière gériatrique pourrait également être intégrée au SAMU-SAS, afin que le parcours du patient au sein de la SU soit anticipé et fluidifié avant même l'arrivée des patients.

Amélioration de la gestion des flux au sein d'une SU

- Triage et organisation optimisés : l'implantation de l'IOA classe les patients selon la gravité de leur état, assurant une prise en charge adaptée et priorisée. La mise en place de modèles organisationnels au sein des urgences de type *fast track* [13, 14] permet de diminuer la durée globale de séjour en SU. Il existe d'autres organisations comme la mise en place de circuits courts – ambulatoires – qui ont montré leur efficacité pour réduire la saturation des SU [15-18]. La mise en place de protocoles de coopération (type imagerie ou biologie délocalisée) peut être une aide dans la fluidification des parcours. L'apport du nouveau métier d'infirmier en pratique avancée mention urgence (IPA-U) semble apporter un réel avantage en termes de gestion de flux au sein des SU en apportant une nouvelle réponse graduée à certaines situations particulières à définir (sutures, petite traumatologie, gypso-thérapie). La loi récente sur les ratios patients/soignants devra permettre d'ajuster continuellement les ressources humaines aux besoins des SU.
- Gestion dynamique des ressources : l'utilisation d'outils de planification et d'optimisation des ressources humaines et matérielles en fonction de l'afflux des patients et des pics d'activité, éventuellement basée sur l'intelligence artificielle, contribue à une meilleure allocation des ressources en temps réel.

Optimisation de l'aval des urgences

- Fluidification des sorties : l'engorgement des SU tient aussi en grande partie à la difficulté, au sein même de l'hôpital, de trouver un lit d'hospitalisation pour le patient dans le service dont relève sa prise en charge. La mise en place de cellules de gestion des lits au sein des hôpitaux et des territoires ainsi que l'utilisation concomitante du besoin journalier minimum en lits permettent une meilleure coordination des admissions programmées et des sorties anticipées, réduisant ainsi le temps d'attente en SU [19, 20].
- Renforcement des UHCD : les UHCD qui font l'objet de référentiels et de textes de loi jouent un rôle important dans la gestion des flux de patients en offrant une observation sur une courte période, évitant ainsi des hospitalisations prolongées. Le dimensionnement des UHCD doit être adapté (trois à cinq lits par tranche de dix mille passages annuels en SU) [21-26] et une réflexion est à mener sur cet algorithme de dimensionnement des UHCD. Le dimensionnement sur un nombre annuel de passages ne permet pas de prendre en compte la saisonnalité marquée des activités de certaines SU. Les UHCD ne doivent plus être utilisées pour hospitaliser des patients « en attente de lit d'aval », et elles devront en outre tenir compte des ratios patients/soignants pour les armer en ressources humaines. Les unités de post-urgence ou de médecine polyvalente à proximité des SU sont également une aide pour fluidifier les parcours.
- Développer les alternatives à l'hospitalisation : la HAD constitue une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Elle se concentre sur certains types de prise en charge (soins palliatifs, pansements complexes, assistance respiratoire ou nutritionnelle, chimiothérapies, soins à des patients lourdement dépendants). Leur mise en place, en particulier dans les EHPAD, permet de faciliter un retour rapide de leurs résidents après le passage en SU [12]. La mise en place de lits de SSR peut permettre de limiter la durée moyenne de séjour à l'hôpital des personnes âgées et doit se développer [27, 28]. D'autres initiatives comme la mise en place de plages de consultations spécialisées ou d'hôpitaux de jour de médecine disponibles rapidement pour les patients passant en SU constituent des alternatives à l'hospitalisation.

Sensibilisation et éducation des patients

- Campagnes de communication : informer le public sur les alternatives à la consultation en SU et sur les situations de tension hospitalière peut aider à orienter les patients vers des structures adaptées et à réduire l'afflux [29]. Il convient également d'informer et former les collaborateurs libéraux au non-adressage systématique et sans appel préalable de la SU. La mise en place d'un numéro unique d'un médecin référent en SU pour réception en direct de l'appel de ses confrères est utile et permet de favoriser l'hospitalisation directe sans passer par la SU aux heures ouvrables.
- Encouragement à l'autogestion des soins : développement d'outils numériques pour aider les patients à évaluer leur besoin de soins et le recours raisonné aux soins urgents.

RÉFÉRENCES

1. Abdulwahid MA, Booth A, Kuczewski M, Mason SM. The impact of senior doctor assessment at triage on emergency department performance measures: Systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Emerg Med J* 2016 ; 33(7) : 504-13.
2. Han JH, France DJ, Levin SR, Jones ID, Storrow AB, Aronsky D. The effect of physician triage on emergency department length of stay. *J Emerg Med* 2010 ; 39(2) : 227-33.
3. Lauks J, Mramor B, Baumgartl K, Maier H, Nickel CH, Bingisser R. Medical team evaluation: effect on emergency department waiting time and length of stay. *PLoS One* 2016 ; 11(4) : e0154372.
4. Fulbrook P, Jessup M, Kinnear F. Implementation and evaluation of a "Navigator" role to improve emergency department throughput. *Australas Emerg Nurs J* 2017 ; 20(3) : 114-21.
5. [5] Asha SE, Ajami A. Improvement in emergency department length of stay using a nurse-led "emergency journey coordinator": a before/after study. *Emerg Med Australas* 2014 ; 26(2) : 158-63.
6. Rogers T, Ross N, Spooner D. Evaluation of a "See and Treat" pilot study introduced to an emergency department. *Accid Emerg Nurs* 2004 ; 12(1) : 24-7.
7. Eckert P. Réseaux hospitaliers : quel intérêt en médecine intensive ? *Revue Med Suisse* 2008 ; 4(183) : 2678-80.
8. Danchin N. Systems of care for ST – segment elevation myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol Interv* 2009 ; 2 : 901-8.
9. Gauss T, Balandraud P, Frandon J, et al. Strategic proposal for a national trauma system in France. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2019 ; 38 : 121-30.
10. ANAES. Octobre 2001. Évaluation des réseaux de soins : bilan de l'existant et cadre méthodologique – Mission évaluation réseaux de soins.
11. Desmettère T. La médecine d'urgence au cœur des filières de soins (Journées thématiques interactives de la SFMU 2021, Lille). Référentiels en médecine d'urgence, SFMU. 2021.
12. L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital – novembre 2024. Cour des comptes.
13. Ardagh MW, Wells JE, Cooper K, et al. Effect of a rapid assessment clinic on the waiting time to be seen by a doctor and the time spent in the department, for patients presenting to an urban emergency department: a controlled prospective trial. *N Z Med J* 2002 ; 115 : U28.
14. Leraci S, Digiusto E, Sonntag P, et al. Streaming by case complexity: Evaluation of a model for emergency department Fast Track. *Emerg Med Australas* 2008 ; 20 : 241-9.
15. Saidi K, Paquet AL, Goulet H, et al. Effets de la création d'un circuit court au sein d'un service d'urgence adulte. *Ann Fr Med Urgence* 2015 ; 5 : 283-9.
16. Devkaran S, Parsons H, Van Dyke M, et al. The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: A middle eastern emergency department perspective. *BMC Emerg Med* 2009 ; 9 : 11.
17. Kilic YA, Agalar FA, Kunt M, et al. Prospective, double-blind, comparative fast-tracking trial in an academic emergency department during a period of limited resources. *Eur J Emerg Med* 1998 ; 5 : 403-6.
18. Chrusciel J, Fontaine X, Devillard A, et al. Impact of the implementation of a fast-track on emergency department length of stay and quality of care indicators in the Champagne-Ardenne region: A before-after study. *BMJ Open* 2019 ; 9 : e026200.
19. Hôpital : sortir des urgences -Rapport n° 587 (2021-2022) déposé le 29 mars 2022.
20. Oberlin M, Douay B, Desclefs JP, et al. Architecture des structures de médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urgence* 2024 ; 14 : 121-35.
21. République française. Instruction DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) [Internet]. 2010. [Cité le 17 décembre 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0100_0136.pdf
22. Burgess L, Hines S, Kynoch K. Association between emergency department length of stay and patient outcomes: A systematic review protocol. *JBIM Evid* 2018 ;16 : 1361.
23. Rouff E, Braun F. Emergency Department Observation Unit (EDOU) : changer de paradigme sur l'UHCD en France ? *JEUR* 2022 ; 34 : 19-23.
24. Circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les

QUESTION 6. QUELLES SONT LES ORGANISATIONS POUR ASSURER LES MISSIONS ... ?

établissements et groupements hospitaliers de territoire et instruction DGOS/R3/2021/249 du 14 décembre 2021.

25. Instruction n° DGOS/R2/2023/103 du 26 juin 2023 relative à la mise en place de plans d'actions territoriaux pour fluidifier les parcours d'aval des urgences en prévision de l'été.
26. Guide de bonnes pratiques. Organisation et fonctionnement d'une unité d'hospitalisation de courte durée Société française de médecine d'urgence. 2024.
27. Décrets n° 2008-376 et n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatifs respectivement aux conditions techniques de fonctionnement et aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, et la circulaire d'application n°DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008.
28. Rapport de la commission de concertations sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, remis au président de la République le 10 avril 2008.
29. Recommandations FEDORU, hôpital en tension synthèse 2014.

MOYENS DES STRUCTURES D'URGENCE

QUESTION 7

Quelles spécialités médicales sont nécessaires pour assurer les missions d'une structure d'urgence ?

Experts : S. BEAUNE, C. GREGOIRE, V.-E. LVOVSKI

R7.1. Les experts recommandent que la prise en charge de certaines pathologies urgentes nécessite une filiarisation, et fasse intervenir les médecins urgentistes, mais aussi d'autres spécialistes formés, notamment pour la prise en charge coordonnée de certains patients avec un risque vital ou fonctionnel immédiat (thrombolyse neurovasculaire, revascularisation coronarienne, radiologie interventionnelle, chirurgie en urgence, réanimation).

R7.2. Les experts recommandent que l'accès à certaines spécialités soient disponibles 24 heures sur 24, 365 jours par an, de manière locale ou territoriale : chirurgie spécialisée, médecine intensive, anesthésie et réanimation, cardiologie interventionnelle et soins intensifs, radiologie interventionnelle, neurologie, ophtalmologie, endoscopie digestive.

R7.3. Les experts recommandent que pour les autres spécialités de recours fréquent, un accès pour des avis soit organisé en présentiel durant la période diurne, de manière locale ou territoriale, y compris *via* des équipes mobiles, médicales ou paramédicales, ou en distanciel. L'objectif est d'accueillir les motifs relatifs à ces spécialités 24 heures sur 24, 365 jours par an au sein de toutes les structures d'urgence (SU).

R7.4. Les experts recommandent que le recours à la télémedecine soit développé afin de faciliter le recours aux avis spécialisés surtout en cas d'expertise rare sur le territoire.

R7.5. Les experts recommandent que soient développées des consultations d'urgence (24 heures) et de semi-urgence (7 jours) par filière de soins.

Certains spécialistes d'organes (cardiologues, radiologues interventionnels, neurologues, chirurgiens spécialisés, anesthésistes-réanimateurs, gynécologues-obstétriciens, médecins intensifs et réanimateurs...) sont nécessaires pour assurer les missions prioritaires d'une SU. Leur intégration présentielle ou distancielle 24 heures sur 24, 365 jours par an, à une SU donnée,

dépend de l'organisation des soins à l'échelle du territoire. Les moyens paramédicaux doivent être adaptés à l'exercice conjoint de ces confrères. Les moyens logistiques nécessaires à leur prise en charge (lignes téléphoniques dédiées, box spécifiques d'examen ou de traitement) doivent être organisés au sein des SU. Cela est particulièrement vrai pour les consultations de médecine générale en accès direct [1-3] (service d'accès aux soins [SAS], polycliniques), les filières SOS main [4], la prise en charge des patients psychiatriques en décompensation aiguë [5, 6] et la prise en charge médico-judiciaire ou la périnatalité.

L'alternative peut être le recours à un spécialiste paramédical (sage-femme, infirmier de pratique avancée, infirmier spécialisé), à une équipe mobile [7-9], à une astreinte médicale, voire à des correspondants disponibles en télé médecine, en cas de faible besoin (en volume de consultations) ou en l'absence de filière spécifique de prise en charge organisée *in situ*. Des protocoles écrits en coopération avec ces spécialistes permettent des stratégies d'attente qui minimisent les risques pour les patients. Il semble également nécessaire d'organiser des formations ayant pour but la montée en compétences des professionnels de l'urgence dans des domaines spécifiques en cas de filières différées [10, 11].

Dans l'ensemble des situations d'urgence, le recours à un avis médical ou chirurgical spécialisé doit être organisé par territoire de santé selon les moyens disponibles, soit présents, soit sous la forme d'astreinte ou sous forme de télé médecine [12] avec une possibilité de transférer le patient au sein d'une structure spécialisée du fait de son plateau technique. Le transfert doit pouvoir être assuré en urgence par un vecteur paramédicalisé ou médicalisé si la gravité l'impose.

Le recours à certains avis spécialisés doit être possible 24 heures sur 24, 365 jours par an, notamment pour la chirurgie spécialisée, la médecine intensive, l'anesthésie et la réanimation, la cardiologie interventionnelle et les soins intensifs, la radiologie interventionnelle, la neurologie, l'ophtalmologie, l'endoscopie digestive, ou la pédiatrie, car il y a un risque vital ou fonctionnel immédiat, ou au moins à très court terme.

Dans les autres cas, chez des patients stabilisés, l'objectif est d'assurer la filiarisation de soins semi-urgents sans impacter les autres parcours urgents, et d'éviter des hospitalisations inadaptées dans certaines pathologies ou populations spécifiques.

Les équipes mobiles intermittentes (jours de semaine, horaires de journée) médicales ou paramédicales, organisées au niveau d'un site, permettant l'appui à la prise en charge par les urgentistes et leurs partenaires directement au sein des SU sont préférables. Elles peuvent s'organiser sous la forme d'équipe mobile territoriale, permettant d'aller au contact du patient dans une structure donnée, sur un territoire de santé plutôt que de transférer le patient sous réserve de l'absence de nécessité d'un plateau technique spécialisé. Elles doivent pouvoir intervenir dans la journée. Ces organisations ne doivent pas pour autant justifier des motifs de refus d'admission pour les SU lorsque la spécialité n'est pas directement accessible sur site.

Certains avis ne peuvent se faire que par télé médecine, notamment quand l'organisation territoriale est complexe du fait de la pénurie de spécialistes sur un bassin de santé, et les moyens à mettre en œuvre pour ces avis (visioconférence, transmissions d'images) doivent être conditionnés par la nature de l'avis (télédermatologie, neuroradiologie) [13].

Il semble également important de mettre en place des consultations spécialisées dédiées en urgence (dans les 24 heures) et semi-urgence (dans les 7 jours), par filière de soins, afin de diminuer la durée de séjour aux urgences et le recours à l'hospitalisation post-urgence, en fonction des motifs de recours et des besoins en santé de la population d'un territoire [14].

RÉFÉRENCES

1. Uthman OA, Walker C, Lahiri S, *et al.* General practitioners providing non-urgent care in emergency department: a natural experiment. *BMJ Open* 2018 ; 8(5) : e019736.
2. Thijssen WA, van Mierlo E, Willekens M, *et al.* Complaints and diagnoses of emergency department patients in the Netherlands: A comparative study of integrated primary and emergency care [published correction appears in *PLoS One* 2015 ; 10(7) : e0133947. van Miero E [corrected to van Mierlo, Elske]]. *PLoS One* 2015 ; 10(7) : e0129739.
3. www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/rapport_magsas.pdf , dernier accès le 03.03.2025
4. Maroukis BL, Chung KC, MacEachern M, Mahmoudi E. Hand trauma care in the United States: A literature review. *Plast Reconstr Surg* 2016 ; 137(1) : 100e-11e.
5. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/les-cellules-d-urgence-medico-psychologique-cump>, dernier accès le 03.03.2025
6. Sicot R, Yguel J, Mazeas C, *et al.* L'orientation du patient alcoolisé aux urgences : état des lieux et perspectives. *J Eur Urg Reanim* 2015 ; 27(2) : 77-85.
7. Santolaya-Perrin R, Jiménez-Díaz G, Galán-Ramos N, *et al.* A randomised controlled trial on the efficacy of a multidisciplinary health care team on morbidity and mortality of elderly patients attending the emergency department. Study design and preliminary results. *Fam Hosp* 2016 ; 40(5) : 371-84.
8. Villette C, Bastiani S, Cédile J, Lanssens C, Drouet P, Rabier-Lebrun P. Aide-soignante en équipe mobile de gériatrie, un nouveau métier [Caregiver in a mobile geriatric team, a new profession]. *Soins Gerontol* 2023 ; 28(161) : 28-30.
9. Arvidsson SA, Biegus KR, Ekdahl AW. The impact of a mobile geriatric acute team on healthcare consumption. *Eur Geriatr Med* 2024 ; 15(6) : 1859-65.
10. Freeman T, Roche AM, Williamson P, Pidd K. Hazardous alcohol use interventions with emergency patients: Self-reported practices of nurses, and predictors of behaviour. *Emerg Med Australas* 2011 ; 23(4) : 479-89.
11. Nouini A, Dachy B. Encore un vertige aux urgences ! Il faut appeler le neurologue. *Rev Neurol (Paris)* 2023 ; 179.
12. Medeiros De Bustos E, Ohannessian R, Bouamra B, Moulin T. Télémédecine et accident vasculaire cérébral : « Rôle de la télémédecine dans les accidents vasculaires cérébraux ». *Bull Acad Natl Med* 2020 ; 204(8) : 826-38.
13. O'Sullivan S, Schneider H. Comparing effects and application of telemedicine for different specialties in emergency medicine using the EmergencyTalk Application (U-Sim ETA Trial). *Sci Rep* 2023 ; 13(1) : 13332.
14. Fiore G, Di Maio S, Oppizzi M, *et al.* Role of cardiological specialistic evaluation in patients with chest pain presenting in the emergency department. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)* 2022 ; 23(6) : 363-70.

QUESTION 8

Quel encadrement est nécessaire pour assurer les missions d'une structure d'urgence ?

Experts : M. OBERLIN, Y.-E. CLAESSENS, A. CHENOU, P. VALETTE, F. BONNET, C. PRADEAU

R8.1. Les experts recommandent que le manager soit un médecin urgentiste reconnu pour ses compétences médicales et managériales.

R8.2. Les experts recommandent que l'articulation entre l'encadrement médical, l'encadrement paramédical et la direction permette de créer un lien fort autour d'un partage d'information, d'une vision stratégique partagée et d'un contrat d'engagement réciproque.

R8.3. Les experts recommandent que l'encadrement réalise un management personnalisé et assure une communication régulière au sein de l'équipe, comprenant la réalisation d'entretiens individuels.

R8.4. Les experts recommandent que l'encadrement suive des formations adaptées au monde hospitalier permettant de développer des compétences de gestionnaire et de leadership.

R8.5. Les experts recommandent que le temps dédié à l'encadrement et au management prenne en compte les spécificités de la médecine d'urgence (MU), la taille des équipes, les missions attribuées à la SU, la nécessaire coordination des actions managériales, et comporte au moins 1 équivalent temps plein (ETP) médical pour 20 médecins et 1 ETP paramédical pour 35 agents. Ce temps de management doit être un temps supplémentaire et identifié en tant que tel dans les effectifs globaux du service.

La Société française de médecine d'urgence (SFMU) a publié des recommandations scientifiques concernant la fonction de manager de structure de médecine d'urgence (SMU) [1]. L'encadrement d'une SU est composé de plusieurs managers (soignants médecins ou paramédicaux), au prorata de la taille du service et des projets à mener. Les experts s'accordent pour dire que la fonction de manager ou d'encadrement en SU présente un certain nombre de spécificités par rapport aux autres services. Les équipes sont souvent de grande taille, avec des métiers très différents, travaillant en interprofessionnalité. La SU travaille au contact

de multiples partenaires en extrahospitalier (préfecture, mairie, force de l'ordre, pompiers, ambulanciers, communauté professionnelle de territoire, par exemple). La SU est l'unité qui rentre en contact avec l'ensemble des autres unités de l'établissement, souvent au cœur du parcours du patient. Les SU accueillent des patients 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, quelle que soit la situation de son aval et de son amont. L'organisation mise en place par l'encadrement doit permettre de répondre à ce défi organisationnel singulier et exigeant. C'est pour cette raison qu'une SU est qualifiée de « système de travail à engagement et performance élevés car il permet à des individus experts d'exprimer leurs talents et leur motivation grâce à une certaine autonomie de fonctionnement » [2]. Toutes ces exigences et cet environnement nécessitent des compétences spécifiques de l'encadrement médical et soignant : proximité, communication, vision stratégique.

PROFIL DE L'ENCADREMENT EN SU

La littérature en sciences de gestion a étudié ce qui rendait légitime un manager en SU. Outre des compétences en termes de gestion, de communication et de leadership, un manager est d'abord reconnu pour ses compétences médicales et sa crédibilité au sein de son équipe. En ce sens, un manager de SU doit être un professionnel de santé, reconnu par son équipe et les partenaires pour ses compétences cliniques et managériales [3]. Il doit être capable de s'entourer d'expertises différentes pour améliorer la compétence globale de l'équipe. Ses capacités d'écoute et de communication lui permettent d'animer le projet de service au sein de son environnement et à travers le projet d'établissement.

RÔLE ET MISSIONS DE L'ENCADREMENT EN SU

La fonction d'encadrement dans une SU consiste à organiser et planifier l'activité du service pour atteindre les objectifs fixés par le projet de service. Si celui-ci n'a pas été rédigé, les managers devront le définir en équipe et de manière participative. L'encadrement d'une SU peut être partagé avec différentes personnes et faire l'objet d'une délégation de responsabilité formalisée dans un organigramme de service mentionnant un chef de service et des responsables d'unités fonctionnelles. Les tâches respectives doivent être clairement définies. Les actions doivent être coordonnées pour éviter le travail en silo. L'encadrement est à l'interface de la SU et des différents partenaires : autres unités de soins, direction, tutelles entre autres. À ce titre, il doit faire circuler l'information et trouver un équilibre entre les attentes de chacun dans l'intérêt de la qualité des soins, de la qualité de vie au travail et du bon fonctionnement de la SU [4]. L'articulation entre la direction, l'encadrement médical et paramédical doivent être renforcés par des échanges d'informations réguliers et une vision stratégique travaillée collectivement. Afin de remplir son rôle, l'encadrement doit bénéficier d'un accès facilité à l'information et à la décision, en particulier concernant la stratégie de l'établissement et les aspects financiers de son service ou de son pôle. Il devra également partager l'information issue de la SU afin d'intégrer le projet de service dans le projet du pôle de rattachement et du projet d'établissement. Le rôle, les moyens et les missions de l'encadrement doivent être formalisés dans un contrat d'engagement réciproque avec la direction [5]. L'encadrement doit favoriser par différents moyens la communication et les échanges au sein de l'équipe : échanges informels, individuels ou en groupe, staffs, réunions de service, par exemple. Ces temps d'échanges permettent de recueillir les attentes et les propositions de chaque membre de l'équipe. Ils favorisent la motivation et l'engagement et assurent un management individualisé. Les entretiens annuels sont obligatoires pour les personnels non médicaux, et recommandés pour les personnels médicaux. Même si ces entretiens sont un temps fort dans la vie d'une équipe, ils ne peuvent pas se substituer à une communication régulière au sein de l'équipe.

COMPÉTENCES ET FORMATION DE L'ENCADREMENT EN SU

Pour assurer sa mission, l'encadrement doit posséder des compétences de gestionnaire et de leadership. Les compétences de gestionnaire permettent par exemple la planification de l'activité, l'affectation des ressources et le contrôle du fonctionnement de la SU. Les compétences de leadership permettent de diriger, communiquer et motiver au sein de l'équipe [6, 7]. Une attention particulière devra être portée dans le traitement des réclamations et des événements indésirables. Ce type d'évènement peut provoquer une désorganisation sévère de la SU et une démotivation des équipes. La stratégie de gestion des risques recommandée est de favoriser la sécurité psychologique [8, 9]. Ces deux types de compétences nécessitent chacun des formations en management spécifiques, idéalement adaptées au monde hospitalier. Elles visent à apporter des connaissances sur le fonctionnement des établissements de santé et de l'organisation des systèmes de santé, et plus précisément des connaissances dans les domaines financiers, réglementaires et de ressources humaines. Elles doivent également apporter des compétences comportementales : résolution de conflit, communication (auprès des médias, de l'équipe, des partenaires), gestion du stress, intelligence émotionnelle entre autres. Elle devra être prévue dans le plan de formation et intégrée dans le contrat d'engagement réciproque avec la direction [10, 11].

R8.4. Les experts proposent que l'encadrement suive des formations adaptées au monde hospitalier permettant de développer des compétences de gestionnaire et de leadership.

TEMPS DÉDIÉ À L'ENCADREMENT EN SU

La fonction d'encadrement en SU est une mission qui nécessite un temps dédié adapté à la charge de travail et aux missions demandées. Le temps nécessaire doit être évalué au moment de la prise de fonction et inscrit dans le contrat d'engagement réciproque. Il est important de préciser qu'en plus de l'aspect visible de la fonction de manager (réunions, coordination, rédaction de projets, par exemple), le management de proximité est un travail non visible qui demande du temps de présence et de disponibilité auprès des équipes. En parallèle, la crédibilité de l'équipe d'encadrement passe par du temps dédié à de l'activité clinique. Ce double impératif contradictoire peut être à l'origine d'un épuisement de l'encadrement. À ce titre, une solution est le partage des fonctions d'encadrement entre plusieurs personnes avec différentes missions, afin de pouvoir garder une part d'activité clinique. Un temps de coordination est, de fait, nécessaire et inclus dans le temps défini au contrat d'engagement réciproque. Pour limiter les effets d'épuisement des managers, une rotation des fonctions de manager est une solution séduisante. Le temps dédié aux fonctions d'encadrement en SU doit être plus important que celui dédié aux autres unités de l'hôpital en raison des spécificités de fonctionnement (24 heures sur 24, 7 jours sur 7), des contraintes fortes sur ces organisations, de la taille des équipes, de nombreuses interfaces intra- et extrahospitalières entre autres [12]. Pour les médecins, ce temps dédié est décompté du temps clinique réglementaire et est identifié dans le tableau des effectifs du service. Il est proposé d'affecter un ratio de l'équivalent d'au moins 1 ETP manager médical pour 20 médecins et d'au moins 1 ETP manager paramédical pour 35 soignants paramédicaux, en fonction du nombre d'unités fonctionnelles et de l'organisation architecturale.

RÉFÉRENCES

1. Oberlin M, Lemaire C, Douplat M, *et al.* Recommandations de bonne pratique – Manager de structure de médecine d’urgences. *Ann Fr Med Urg* 2023 ; 13 : 313-30.
2. Kilroy S, Fu N, Bosak J, *et al.* Reducing day-level emotional exhaustion: The complementary role of high involvement work systems and engaging leadership. *Hum Resour Manag J* 2022 ; 33 : 846-67.
3. Wilson S, Rixon A, Hartanto S, *et al.* Review article: systematic literature review of leadership in emergency departments. *Emerg Med Australas* 2020 ; 32 : 935-52.
4. de Chatillon EA, Desmarais C. Le rôle de traduction du manager. Entre allégeance et résistance. *Rev Française de Gest* 2010 ; 205 : 71-88.
5. Olivier C. Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières. 2020. [Cité le 25 octobre 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_claris_version_finale.pdf
6. Burns JM. *Leadership*. New York : HarperCollins, 2010.
7. Northouse PG. *Leadership: Theory and Practice*. SAGE publications, 2015.
8. Edmondson AC. *L'Entreprise sereine : la sécurité psychologique, levier d'une organisation performante, apprenante et innovante*. Paris : Pearson éditions, 2022.
9. Clark TR. *The 4 Stages of Psychological Safety: Defining the Path to Inclusion and Innovation*. Oakland : Berrett-Koehler Publishers, 2020.
10. Rixon A, Wilson S, Hussain S, *et al.* Leadership challenges of directors of emergency medicine: An Australasian Delphi study. *Emerg Med Australas* 2020 ; 32 : 258-66.
11. Straus SE, Soobiah C, Levinson W. The impact of leadership training programs on physicians in academic medical centers: A systematic review. *Acad Med* 2013 ; 88 : 710-23.
12. Carroll J, Rudolph J. Design of high reliability organizations in health care. *Quality and Safety in Health Care* 2006 ; 15 : 4-9.

QUESTION 9

Quels sont les effectifs cohérents pour faire fonctionner la structure d'urgence du futur ?

Experts : G. ROUSSEAU, A. CHENOU, D. SAVARY, M. NOIZET

R9.1. Les experts recommandent d'adapter les effectifs médicaux en s'aidant d'algorithmes afin de prendre en charge les patients dans le délai associé à leur triage et d'éviter la tension du service.

R9.2. Les experts recommandent de prendre en compte le temps de travail administratif pour calculer les effectifs. Ce temps de travail peut varier selon les fonctions des praticiens : responsable d'unité fonctionnelle, chef de service...

R9.3. Les experts recommandent d'avoir du personnel infirmier dédié à l'accueil 24 heures sur 24 afin d'effectuer le triage et l'orientation des patients. Un renfort est nécessaire au-delà de dix patients par heure admis au sein de la SU.

R9.4. Les experts recommandent d'avoir du personnel médico-soignant dédié à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), défini selon le nombre de lits. Ce personnel ne doit pas être une variable d'ajustement pour la SU.

R9.5. Les experts recommandent que la présence prolongée de patients (qui attendent un transport ou un lit) au-delà de vingt-quatre heures nécessite du personnel médico-soignant supplémentaire pour leur surveillance et leur réévaluation.

R9.6. Les experts recommandent de prévoir des effectifs en renfort en cas de patient grave ou de tension au sein du service.

R9.7. Les experts recommandent d'adapter les effectifs paramédicaux en s'aidant d'algorithmes afin de prendre en charge les patients dans le délai associé à leur triage et d'éviter la tension du service.

R9.8. Les experts recommandent que certains personnels amenés à intervenir dans certains SU soient intégrés dans le calcul des ratios : personnel de structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) (renfort partiel), infirmier en pratique avancée mention urgences (IPA-U), autres spécialistes de l'institution.

En France, les textes législatifs relatifs aux effectifs dans les SU stipulent que les effectifs doivent être suffisants pour permettre le bon fonctionnement. Cette législation est bien plus précise pour des services de soins intensifs (polyvalent ou de spécialité tels que les soins intensifs de cardiologie, neurologie...) puisqu'ils requièrent « un infirmier pour quatre lits ouverts et un aide-soignant pour quatre lits ouverts de jour et d'un aide-soignant pour huit lits ouverts de nuit » [1]. Le Code de la santé publique précise que : « l'effectif de la SU est fixé de façon que cette structure puisse assurer ses missions » ; que cet effectif doit être « renforcé pendant les périodes où une activité particulièrement soutenue est régulièrement observée » ; « l'effectif de la SU comprend un nombre d'infirmiers suffisant pour qu'au moins l'un d'entre eux soit présent en permanence » [2]. La spécialité de MU est plus ancienne aux États-Unis qu'en France. Elle bénéficie d'une longue expérience sur l'organisation des soins. Depuis 2009, la Californie a établi un ratio d'un infirmier pour quatre patients, avec une adaptation du personnel selon la situation : un infirmier pour deux patients en situation critique et un infirmier par patient traumatisé sévère [3]. Cette mesure s'est depuis étendue à d'autres États américains ou pays anglo-saxons. Il est ainsi montré que lorsque ce ratio n'est pas respecté (en cas de surcharge), le délai d'attente entre le triage et l'installation en box ainsi que les durées de prise en charge jusqu'à la sortie du patient (du service ou hospitalisation) sont majorés [4].

L'adoption par l'Assemblée nationale le 29 janvier 2025 du texte de loi relatif à l'instauration des ratios de soignants à l'hôpital va permettre de combler ce manque réglementaire qui pénalisait les SU. Le calcul des effectifs paramédicaux doit s'effectuer en s'adaptant à chaque structure et permettre de répondre au flux et à la gravité des patients établis lors du triage.

Sur le plan médical, la productivité des médecins urgentistes est mesurée en nombre de patients par heure et était historiquement estimée le plus souvent entre 2,4 et 3,3. Ces estimations sont anciennes, datent de 20 à 40 ans et ne reflètent plus une MU acceptable aujourd'hui en termes de flux de patients et de qualité et sécurité des soins à proposer. L'American College of Emergency Physicians établissait en 2001 un repère de productivité maximale de 2,5 patients par médecin urgentiste par heure [5]. Il peut être difficile d'estimer un ratio spécifique puisque plusieurs facteurs fluctuants peuvent interférer : la complexité d'un patient et son impact sur la prise en charge des autres patients, la charge administrative, la disponibilité des box de consultations et des lits d'aval, les ratios paramédicaux, l'ancienneté dans le service, la supervision des étudiants [6]. Des médecins urgentistes seniors interrogés en 2023 estimaient pouvoir prendre en charge 2,1 patients par heure (médiane) de manière sécuritaire. Des algorithmes permettent de prédire le nombre d'heures de personnel requis pour atteindre 80 % des patients pris en charge dans un délai d'une heure, en différenciant les jours de semaine et de week-end [7]. Toutefois, d'autres critères doivent être pris en compte dans le calcul des effectifs médicaux afin de répondre à la spécificité de notre spécialité et garantir une qualité de vie au travail. La pénibilité du métier est liée à la permanence de l'activité, y compris nocturne et de week-end, à un afflux continu de patients et à de plus en plus de situations de conflits. Dans ce contexte, des ratios protecteurs aideraient à permettre une longévité dans la carrière des médecins urgentistes. Le temps de travail non posté doit également être intégré afin d'assurer les missions administratives, de recherche et de qualité (instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les SU-SAMU-SMUR). Ce temps peut toutefois être insuffisant pour des fonctions de management d'équipe ou de service où les interactions sont transversales au sein de l'hôpital et avec l'ensemble des partenaires extrahospitaliers, plaidant pour un temps dédié.

Les experts recommandent de prendre en compte plusieurs paramètres qui incitent à calculer l'effectif cible à l'aide d'algorithmes :

- le nombre de passages annuels n'est pas suffisant pour qualifier l'effectif (il s'agit d'un modèle simpliste qui ne tient pas compte de la gravité des patients, du score de triage, de la durée de séjour au SU...);
- la moyenne ne fait pas le dimensionnement. Si la calibration des ressources est ajustée pour faire juste face au flux moyen, le service sera en tension environ la moitié du temps ;
- l'effectif doit pouvoir répondre à la gravité des patients. Chaque catégorie de tri (quelle que soit la grille utilisée) définit un délai moyen acceptable d'attente du patient mais aussi le temps nécessaire à sa prise en charge. Il existe un large consensus international sur ces délais d'attente et de prise en charge. Quand une consultation simple peut patienter avant sa prise en charge et entraîne un temps d'occupation de l'équipe médico-soignante réduit, une urgence vitale nécessite au contraire d'être traitée sans délai en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) avec un temps d'occupation des personnels prolongés (tableau 1, adapté à la grille FRENCH et selon la littérature existante).

Tableau 1 Temps d'occupation de soignant selon la gravité d'un patient.

TRI IOA	MINUTES PAR PATIENT		DISTRIBUTION EN CATÉGORIE DE TRIAGE (%)
	Médecin	Infirmier	
Tri 1	90	180	1
Tri 2	60	120	12
Tri 3A	45	60	23
Tri 3B	30	60	16
Tri 4	20	40	39
Tri 5	15	20	9

Sources : Anderson CK *et al.* *CJEM* 2009 ;11 :321-9 ; Graff LG, Radford MJ. *Am J Emerg Med.* 1990;8:194-9 ; Gries *et al.* *Der Anaesthetist* 2011 ; 60 :71-8 ; Hogan B, Brachmann M. *Notfall Rettungsmed* 2011;14:249-51 ; Innes GD *et al.* *CJEM* 2005;7:299-308 ; Fullam C. *J Emerg Nurs* 2002;28:138-40.

RÉFÉRENCES

1. Articles D. 6124-28-5, D. 6124-29-3 du Code de la santé publique.
2. Structure des urgences et antenne de médecine d'urgence. Articles D. 6124-17 à D6124-24 du Code de la santé publique.
3. Drennan J, Recio-Saucedo A, Pope C, *et al.* Safe staffing for nursing in accident and emergency departments [Internet]. Evidence Review 2014. Disponible sur : www.nice.org.uk/media/default/news/safe-staffing-ae-nursing-evidence-review.pdf
4. Chan TC, Killeen JP, Vilke GM, Marshall JB, Castillo EM. Effect of mandated nurse-patient ratios on patient wait time and care time in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2010 ; 17 : 545-52.

QUESTION 9. QUELS SONT LES EFFECTIFS COHÉRENTS POUR FAIRE FONCTIONNER... ?

5. American Academy of Emergency Medicine. Position statement on emergency physician-to-patient ED staffing ratios [Internet]. 22 février 2001. Disponible sur : [www.aaem.org/statements/position-statement-on-emergency-physician-to-patient-ed-staffing-ratios/#:~:text=Therefore %20be %20it %20resolved %20that,per %20hour %20is %20not %20exceeded](http://www.aaem.org/statements/position-statement-on-emergency-physician-to-patient-ed-staffing-ratios/#:~:text=Therefore%20be%20it%20resolved%20that,per%20hour%20is%20not%20exceeded)
6. Schreyer KE, Kuhn D, Norton V. Physician productivity and supervision. *West J Emerg Med* 2023 ; 24 : 373-76.
7. Green LV, Soares J, Giglio JF, Green RA. Using queueing theory to increase the effectiveness of emergency department provider staffing. *Acad Emerg Med* 2006 ; 13 : 61-8.

QUESTION 10

Quels médecins (spécialistes de l'urgence ou autres) pour répondre aux missions de la MU ?

Experts : R. CHOCRON, B. VILLOING, K. TAZAROURTE, A.-D. CURUNET-RAOUL

R10.1. Les experts recommandent que les missions de MU, définies préalablement, soient assurées par des médecins urgentistes, notamment pour le premier contact médical.

R10.2. Les experts recommandent d'organiser les interactions avec les praticiens de médecine générale, sur un circuit interne ou externe à l'hôpital, pour les patients ne relevant pas des missions de MU.

R10.3. Les experts recommandent que des filières spécifiques soient créées pour les patients ne répondant pas aux critères des missions de MU (notamment pédiatrie, gériatrie, gynécologie).

R10.4. Les experts recommandent que les patients relevant de soins psychiatriques exclusifs soient admis dans des SU spécialisées dédiées.

Les données nationales objectivent qu'un nombre important de patients relèvent d'un besoin en soins non programmés (SNP) (tri infirmier organisateur de l'accueil [IOA] 4 et 5 de la *French Emergency Nurses Classification in Hospital* [FRENCH]), relevant de la compétence en médecine générale. La gestion de ces patients n'implique pas nécessairement la compétence de MU. De fait, l'interaction avec des médecins généralistes pouvant prendre en charge les patients relevant d'un SNP est une nécessité. Du fait de sa polyvalence, le rôle du médecin urgentiste est central dans la prise en charge initiale des patients se présentant en situation d'urgence médicale ou chirurgicale. Après une évaluation complète de la situation clinique, le médecin urgentiste établit un diagnostic et détermine les priorités thérapeutiques. Il joue un rôle clé dans la coordination avec les autres spécialités, orientant les patients vers le ou les spécialistes appropriés s'il y a lieu. Aucune autre spécialité n'est nécessaire pour assurer la prise en charge des patients en SU relevant des missions des SU. Certaines spécialités médicales

ou chirurgicales se doivent d'être accessibles à un médecin urgentiste pour assurer une prise en charge globale du patient.

SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

L'intérêt d'une spécialité chirurgicale au sein d'une SU a été principalement évalué sur la chirurgie orthopédique-traumatologique et la chirurgie générale pour l'accueil des patients poly-traumatisés. Globalement et en comparaison à l'accès à un chirurgien d'astreinte, la présence d'un chirurgien sur place au sein d'une SU ou plutôt en tant que premier contact médical n'a pas montré de bénéfice sur le pronostic des patients [1-5]. Cependant le chirurgien d'astreinte doit être accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et sa disponibilité pour être au chevet du malade variant selon les études de 15 minutes à moins de 1 heure. La revue de la littérature observait que l'intégration d'un chirurgien directement en tant que premier contact pourrait engendrer des redondances, imposer une charge organisationnelle et financière supplémentaire pour les hôpitaux.

SPÉCIALITÉS MÉDICALES – MÉDECIN GÉNÉRALISTE

En SU, de nombreuses consultations pourraient relever du soin primaire par un médecin généraliste (selon les études entre 15 et 40 % des consultations) [6, 7]. La définition d'un soin non urgent est très subjective, ce qui explique l'hétérogénéité des études. Plusieurs études qualitatives portent sur le positionnement du médecin généraliste en SU (positionnement comme *gate-keeper* pour réorienter les consultants vers un rendez-vous ultérieur ou vers des consultations spécifiques, positionnement sur le flux en consultation en SU) [6-11]. Quelques études de grande hétérogénéité et de faible qualité statistique examinent l'impact de la présence d'un médecin généraliste sur le flux de patients, la durée de prise en charge et la prescription d'examens complémentaires [8, 12-15]. Certaines retrouvent une diminution du nombre d'examens complémentaires prescrits et une diminution du recours aux spécialistes lorsque les patients sont vus par le généraliste [13]. D'autres études retrouvent une diminution du temps d'attente et de prise en charge. Cependant, ces études ne sont pas réalisées à effectif constant de médecins mais par ajout d'un médecin généraliste en poste [14, 15]. Une autre ne retrouve aucun effet statistique de la présence d'un médecin généraliste sur la durée d'attente, le nombre de partis sans attendre ou la mortalité à J30 [16]. Une revue de la littérature *Cochrane* sur quatre études hétérogènes et de faible qualité statistique (dont une étude sur les consultations d'IPA et non de médecins généralistes) [17, 18] montre peu d'évidences statistiques pour une réduction du temps de prise en charge et du temps de passage en SU, de la diminution d'examens complémentaires biologique et radiologique, de la diminution du recours aux spécialistes et de la diminution des coûts. Aucune étude ne porte sur de potentiels effets secondaires.

RÉFÉRENCES

1. de la Mar ACJ, Lokerman RD, Waalwijk JF, *et al.* In-house versus on-call trauma surgeon coverage: A systematic review and meta-analysis. *J Trauma Acute Care Surg* 2021 ; 91 : 435-44.
2. Green SM. Is there evidence to support the need for routine surgeon presence on trauma patient arrival? *Ann Emerg Med* 2006 ; 47 : 405-11.
3. Arbabi S, Jurkovich GJ, Rivara FP, *et al.* Patient outcomes in academic medical centers: Influence of fellowship programs and in-house on-call attending surgeon. *Arch Surg* 2003 ; 138 : 47-51.

4. Fulda GJ, Tinkoff GH, Giberson F, Rhodes M. In-house trauma surgeons do not decrease mortality in a level I trauma center. *J Trauma* 2002 ; 53 : 494-500.
5. Demarest GB, Scannell G, Sanchez K, *et al.* In-house versus on-call attending trauma surgeons at comparable level I trauma centers: A prospective study. *J Trauma* 1999;46:535-40.
6. Scantlebury A, Brant H, Anderson H, *et al.* Potential impacts of general practitioners working in or alongside emergency departments in England: Initial qualitative findings from a national mixed-methods evaluation. *BMJ Open* 2021 ; 11 : e045453
7. Dale J, Green J, Reid F, *et al.* Primary care in the accident and emergency department: II. comparison of general practitioners and hospital doctors. *BMJ* 1995 ; 311 : 427-30..
8. Scantlebury A, Adamson J, Salisbury C, *et al.* Do general practitioners working in or alongside the emergency department improve clinical outcomes or experience? A mixed-methods study. *BMJ Open* 2022 ; 12 : e063495.
9. McFadzean IJ, Edwards M, Davies F, *et al.* Realist analysis of whether emergency departments with primary care services generate "provider-induced demand". *BMC Emerg Med* 2022 ; 22 : 155.
10. Gaughan J, Liu D, Gutacker N, *et al.* Does the presence of general practitioners in emergency departments affect quality and safety in English NHS hospitals? A retrospective observational study. *BMJ Open* 2022 ; 12 : e055976.
11. Cooper A, Edwards M, Davies F, *et al.* Programme theories to describe how different general practitioner service models work in different contexts in or alongside emergency departments (GP-ED): Realist evaluation. *Emerg Med J EMJ* 2024 ; 41 : 287-95.
12. Gonçalves-Bradley D, Khangura JK, Flodgren G, *et al.* Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database Syst Rev* 2018.
13. Jennings N, Gardner G, O'Reilly G. A protocol for a pragmatic randomized controlled trial evaluating outcomes of emergency nurse practitioner service. *J Adv Nurs* 2014 ;70 : 2140-8.
14. Kumpel L, Oslislo S, Resendiz Cantu R, *et al.* Exploring the views of low-acuity emergency department consultants on an educational intervention and general practitioner appointment service: A qualitative study in Berlin, Germany. *BMJ Open* 2023 ; 13 : e070054.
15. Ramlakhan S, Mason S, O'Keeffe C, *et al.* Primary care services located with EDs: A review of effectiveness. *Emerg Med J* 2016 ; 33 : 495-503.
16. Anderson H, Scantlebury A, Leggett H, *et al.* Factors influencing streaming to general practitioners in emergency departments: A qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2021 ; 120 : 103980.
17. Willson KA, Lim D, Toloo GS, *et al.* Potential role of general practice in reducing emergency department demand: A qualitative study. *Emerg Med Australas EMA* 2022 ; 34 : 717-24.
18. Aldus C, Pope I, Brainard J, *et al.* Feasibility and evaluation of an emergency department-based general practitioner streaming and treatment service. *J Eval Clin Pract* 2023 ; 29 : 485-94.

QUESTION 11

Quel environnement institutionnel est nécessaire au fonctionnement d'une structure d'urgence ?

Experts : O. MIMOZ, M. JONCHIER, L. SOULAT

R11.1. L'établissement de santé siège d'une SU doit disposer de lits d'hospitalisation complète en médecine en nombre suffisant pour répondre aux besoins de la SU et à la typologie des patients pris en charge.

R11.2a. L'établissement de santé siège d'une SU doit disposer d'un accès à un plateau technique de chirurgie 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, en son sein ou, par convention, avec un autre établissement de santé.

R11.2b. Lorsque l'accès à un plateau technique de chirurgie est dans un autre établissement de santé, l'établissement de santé siège de la SU met en place une organisation permettant d'assurer le transfert des patients dans des délais compatibles avec leurs besoins.

R11.2c. En cas de transfert vers un autre établissement, l'admission du patient doit se faire directement dans le service receveur, sans transiter par la SU de l'établissement de santé receveur.

R11.3a. Chaque établissement de santé doté d'une SU doit formaliser un engagement institutionnel à organiser les parcours de soins en aval des urgences dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qu'il conclut avec son agence régionale de santé (ARS). Cet engagement doit comporter la mise à contribution explicite, solidaire et transparente de l'ensemble des filières. Il est également traduit dans le règlement intérieur de chaque établissement et décliné dans les contrats de pôle.

R11.3b. Chaque établissement de santé doit disposer d'un plan d'accueil de la SU, précisant les modalités d'hospitalisation des patients passant par la SU en fonction des spécialités.

R11.3c. Ce plan repose sur l'application du besoin journalier minimal en lits d'hospitalisation (BJML) pour les patients issus de la SU afin d'anticiper les besoins. Le nombre de lits dédiés à la SU doit être calculé par spécialité médicale, chirurgicale, psychiatrique et gériatrique.

R11.3d. Le plan inclut un dispositif de gestion des lits (*bed management*) permettant d'attribuer les lits dédiés et de rechercher des lits vacants pour hébergement selon une charte d'hébergement institutionnelle validée par la commission des admissions non programmées, en lien avec une cellule d'ordonnancement pour les soins programmés et non programmés.

R11.3e. Le périmètre d'action de la cellule de gestion des lits est l'ensemble du territoire de santé, incluant les établissements publics ou privés, participant au service public et/ou disposant de secteurs d'hospitalisation de médecine chirurgie obstétrique (MCO).

R11.3f. Chaque établissement de santé doit se doter d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PGTHSSE), précisant les mesures supplémentaires à activer lorsque les capacités d'accueil des patients de la SU sont dépassées.

R11.3g. Ce PGTHSSE prévoit, en cas de saturation, l'organisation d'une cellule de crise réunissant l'ensemble des cadres de santé / chefs de service des différents secteurs concernés afin de mettre en œuvre des mesures permettant de rapidement libérer des lits.

R11.3h. Chaque établissement de santé disposant d'une SU planifie l'activation d'une unité d'hospitalisation saisonnière permettant d'adapter le capacitaire de lits d'aval aux variations saisonnières des besoins (épidémies hivernales).

L'organisation territoriale de la prise en charge des « urgences » consiste à répondre à plusieurs problématiques :

- adapter la prise en charge des soins aux besoins des patients, avec le souci impératif de qualité et de sécurité sur l'ensemble du dispositif ;
- garantir un accès aux soins urgents à trente minutes maximum en tous points du territoire ;
- porter une analyse pragmatique de la notion de territoire ;
- optimiser les ressources médicales qualifiées dans l'ensemble du dispositif ;
- prendre en compte l'application des nouvelles modalités d'organisation du travail dans les structures d'urgence.

Le territoire de santé correspond soit au secteur d'un établissement de santé, de deux établissements de santé contigus ou plus, soit de l'ensemble du groupement hospitalier du territoire (GHT).

Le nombre de passages dans les SU augmente de manière continue depuis 1996. La croissance du nombre de passages entre 2015 et 2019 (+ 11,1 %) correspond davantage à une augmentation du recours aux SU de la population (+ 10,5 %) qu'à l'augmentation de la population, qui n'y a contribué que faiblement (+ 0,6 %). Un peu plus de 60 % des passages aux SU correspondent à des cas peu graves ou peu urgents, en dépit des diverses mesures prises ou annoncées par les pouvoirs publics pour tenter de restreindre le recours aux SU hospitalières aux cas justifiant une réelle inquiétude par leur gravité apparente et la réaction immédiate qu'ils peuvent appeler. Près de 54 % des passages ont lieu de jour et en semaine, 16 % de jour le week-end et 27 % la nuit (de 20 heures à 8 heures du matin), c'est-à-dire en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets de médecine libérale [1].

Ces différents éléments traduisent, dans une proportion difficile à mesurer précisément, la difficulté des patients à accéder à des SNP en ville ainsi que la facilité à pouvoir solliciter ce

service public à toute heure du jour et de la nuit. Cette sursollicitation de la MU au regard de ses propres capacités et de ses propres missions n'est pas sans risque pour la pérennité des services, d'une part, et pour la qualité de la prise en charge, d'autre part.

Selon les données collectées par les ARS avec les observatoires régionales des urgences (ORU) et analysées par la Fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU), la durée moyenne d'un passage en SU, entre l'enregistrement administratif à l'arrivée et la sortie de la SU, quelle que soit l'orientation de celle-ci, s'allonge pour toutes les catégories de patients, notamment pour ceux dont l'état est le plus critique : les patients hospitalisés après passage en SU et/ou les patients âgés de plus de 75 ans [2].

Mais le nombre d'admissions n'est pas le seul facteur influant sur la saturation des SU ; celle-ci résulte même davantage de l'insuffisance de disponibilité de lits d'aval que d'un excès d'entrées dans la structure [3, 4].

Parmi les solutions possibles, les mesures d'organisation de l'accès aux SU ont, au vu de ces premiers résultats, des effets positifs. En réduisant le nombre de patients qui ne relèvent pas d'une SU, elles permettent un recentrage de ces structures sur leur cœur de métier, un plus grand confort de travail pour les équipes et, donc, de meilleures conditions de prise en charge des patients. Toutefois, ces mesures ont peu d'effets sur les taux d'hospitalisation et sur les tensions en lits d'aval, les cas les plus graves n'entrant pas dans le cadre de ces régulations.

En aval des SU, l'adaptation quantitative et qualitative de l'offre en lits ainsi qu'une préparation plus rigoureuse des sorties des patients sont autant de facteurs qui favorisent la fluidité des parcours. Les admissions directes en hospitalisation, sans passer par les SU, constituent un objectif important, notamment pour réduire les hospitalisations trop longues des patients âgés et les effets indésirables associés. Les admissions directes dans les services doivent pouvoir aussi s'appuyer sur un ordonnancement robuste des lits à l'échelle de l'établissement de santé et disposer ainsi d'une vision globale des arrivées et des sorties, permettant de prioriser les entrées.

L'offre adaptée en lits d'aval, tant en capacité qu'en qualité, doit s'accompagner d'une régulation territoriale forte. Les freins à son déploiement sont encore nombreux, au premier rang desquels figure la faiblesse des processus d'ordonnancement des lits au sein des établissements de santé. La régulation territoriale des lits exige une organisation opérationnelle et stratégique, associant les différentes parties prenantes d'un territoire (hôpitaux publics et privés, hospitalisation à domicile, soins médicaux de réadaptation, service d'aide médicale d'urgence-service d'accès aux soins [SAMU-SAS], ORU, etc.) sous le pilotage attentif de l'ARS, animée régulièrement au-delà des seules périodes de tensions.

Cette régulation territoriale des lits a pour objectifs :

- un partage des informations sur un espace dématérialisé accessible aux professionnels (activités des services d'urgence, SAMU-SAS, lits disponibles, fermetures prévisionnelles de lits ou de services, etc.) ;
- la régulation et la répartition de l'activité en période de tension ;
- l'organisation de l'entraide départementale (territoire de santé, public-privé, ville-hôpital) ;
- l'organisation des parcours non programmés.

PRIORITÉ À ACCORDER AU PARCOURS DU PATIENT AU SEIN ET À LA SORTIE DE LA SU

L'orientation du patient, dès son admission au sein de la SU et sa prise en charge au sein de circuits identifiés, adaptés à son état de santé, constituent les étapes réalisées au sein même de la SU. La fluidification du parcours du patient doit permettre son accès rapide et sécurisé aux examens ou aux avis complémentaires nécessaires à l'établissement du diagnostic (imagerie, analyses de biologie, avis de spécialistes), ainsi qu'exigé par le Code de la santé publique à l'article R. 6123-32-1.

À l'autre extrémité de ce parcours, la sortie rapide du patient et l'optimisation des conditions de son orientation vers les capacités en lits disponibles au sein de l'établissement de santé ou dans son environnement constituent un paramètre majeur de la fluidification du parcours au sein des SU. Le rapport de la mission « flash » sur les urgences présenté par le Dr François Braun en juin 2022 a repris le sujet de l'optimisation du parcours et a proposé de rendre obligatoire la fonction de gestionnaire de lits dans tous les établissements exerçant la MU, et l'organisation d'une gestion territorialisée des lits sous l'égide des ARS [5]. Cette mesure est devenue effective dans le décret du 29 décembre 2023.

La fonction de gestionnaire de lits est présentée dans les guides de bonne pratique comme une condition indispensable au désengorgement des SU et à l'efficacité du parcours du patient. L'existence d'une fonction spécifique, chargée du déploiement des outils de gestion des lits et de leur utilisation quotidienne à l'échelle de l'établissement, représente un progrès indéniable par rapport aux situations antérieures caractérisées par l'atomisation de cette fonction, réparties sur tous les acteurs de l'hôpital de manière non coordonnée et non étayée par des données fiables [6, 7].

L'utilisation de l'indicateur du BJML a été introduite par la voie d'une circulaire en 2019. Cet indicateur consiste à évaluer, a minima, le nombre de lits d'hospitalisation nécessaires quotidiennement pour répondre au mieux à la demande d'hospitalisation en provenance des SU. Le BJML permet d'anticiper le besoin en lits d'aval mais son utilisation suppose la mise en place de protocoles et une procédure d'ordonnancement des lits efficace, incluant l'ensemble des besoins en lits pour toutes les activités programmées et non programmées de l'établissement [8].

L'élaboration du PGTHSSE s'impose à tous les établissements de santé quel que soit leur statut (article L. 3131-7 du Code de la santé publique). Ce plan, élaboré sous la responsabilité du directeur de l'établissement, comprend deux niveaux : niveau 1 « plan de mobilisation interne » et niveau 2 « plan blanc ».

Le PGTHSSE doit contenir [9] :

- les modalités de mise en œuvre et de levée des dispositions visant à organiser la réponse de l'établissement de santé à la SSE ;
- les modalités d'organisation de la cellule de crise hospitalière ;
- les procédures de gestion des SSE déclinées en volets correspondant à chaque plan de l'organisation de la réponse sanitaire (ORSAN) et de disposition spécifique transversale (DST) en fonction du positionnement de l'établissement de santé dans ces plans ;
- les modalités de continuité de l'activité de l'établissement ;

- le recensement des moyens de réponse, en particulier des produits de santé et des médicaments, ainsi que les modalités d'organisation et de déploiement, adaptés à chacun des plans de réponse du dispositif « ORSAN » ;
- le plan de formation des personnels et des professionnels de santé de l'établissement aux SSE.

RÉFÉRENCES

1. L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital – novembre 2024. Cour des comptes.
2. www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/urgences-hausse-de-5-du-nombre-de-passages-de-personnes-agees-en-2024-fedoru-new_id/70336
3. Cakir OD, Cevik SE, Bulut M, Guneyseyes O, Aydin SA. Emergency department overcrowding in turkey: reasons, facts and solutions. *JNMA J Nepal Med Assoc* 2014 ; 52(195) : 878-85.
4. Hillier DF, Parry GJ, Shannon MW, Stack AM. The effect of hospital bed occupancy on throughput in the pediatric emergency department. *Ann Emerg Med* 2009 ; 53(6) : 767-76.e3.
5. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf
6. Howell E, Bessman E, Kravet S, Kolodner K, Marshall R, Wright S. Active bed management by hospitalists and emergency department throughput. *Ann Intern Med* 2008 ; 149(11) : 804-11.
7. Bodnar B, Kane EM, Rupani H, *et al.* Bed downtime: the novel use of a quality metric allows inpatient providers to improve patient flow from the emergency department. *Emerg Med J* 2022 ; 39(3) : 224-9.
8. Cheng L, Tapia M, Menzel K, Page M, Ellis W. Predicting need for hospital beds to reduce emergency department boarding. *Perm J* 2022 ; 26(4) : 14-20.
9. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pgthsse_2024.pdf

QUESTION 12

Quels moyens architecturaux pour une SU ?

Experts : M. OBERLIN, B. DOUAY

R12.1. Les experts recommandent que les moyens architecturaux s'appuient sur le projet médico-soignant de la SU.

R12.2. Les experts recommandent que les principes de qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) soient pris en compte dans tous les projets architecturaux.

R12.3. Les experts recommandent que l'architecture d'une SU s'appuie sur le modèle avec zone d'évaluation rapide et des zones d'attente adaptées à la charge en soins et aux principes de dignité du patient.

R12.4. Les experts recommandent que la SU soit organisée en plusieurs zones dont la taille est adaptée au volume de passages et à l'activité, que son accès soit sécurisé et puisse s'adapter aux SSE.

ARCHITECTURE

L'architecture d'une SMU a fait l'objet de recommandation de bonnes pratiques en 2024 [1]. La SU appartient à la SMU composée de plusieurs unités selon le niveau de chaque établissement de santé : SU dont l'UHCD et la SAUV, la SMUR et le SAMU-SAS. Le SAMU-SAS et la SMUR sont implantés dans l'enceinte d'un établissement de santé. La SMUR est attenante à la SU. Toute réflexion architecturale doit s'appuyer sur le projet médico-soignant de la SU, véritable socle de valeurs et d'objectifs, duquel dépendront toute l'organisation et donc l'architecture des locaux.

R12.1. Les experts recommandent que les moyens architecturaux s'appuient sur le projet médico-soignant de la SU.

QUELLE ERGONOMIE POUR LA SU ?

Les principes d'ergonomie favorisant la fluidité du parcours du patient et la vie au travail doivent être une préoccupation permanente lors de tout projet architectural : lumière naturelle, mobilier adapté, homéothermie, niveau sonore, éclairage modulable, débit d'aération suffisant

pour limiter les désagréments et les risques infectieux, par exemple [2, 3]. Elle se situe de plain-pied dans l'établissement, sur un même niveau, sans avoir à utiliser d'ascenseur ou d'escaliers pour y accéder. Les locaux doivent être conçus pour améliorer la sécurité des usagers et des soignants (pas de zones isolées, doubles entrées et systèmes d'alerte, par exemple). Les SU doivent intégrer un point d'accès Wi-Fi afin que les patients et les professionnels puissent se connecter pour patienter plus facilement ou communiquer avec leurs proches.

Les experts recommandent que les principes d'ergonomie et de QVCT soient intégrés dès la conception du projet architectural.

R12.2. Les experts recommandent que les principes de QVCT soient une priorité dans tous les projets architecturaux.

QUEL MODÈLE D'ORGANISATION DE LA SU EST À DÉFINIR POUR LA SU ?

Il existe différents modèles d'organisation [4, 5]. Chaque modèle présente des avantages et des inconvénients en fonction de la typologie principale des patients et des ressources hospitalières disponibles : circuit rapide, circuit ambulatoire – couché, circuit selon la pathologie. Dans tous les cas, les flux de circulation devront être séparés en minimisant autant que possible leur croisement. Pour choisir le meilleur modèle d'organisation, un bilan des besoins devra être réalisé. Le groupe de travail devra visiter d'autres SU pour explorer les différentes solutions possibles en fonction de chaque besoin. Le modèle avec zone d'évaluation rapide a été évalué dans différentes organisations. Il réduit le délai de premier contact médical. Dans ce modèle, l'IOA réalise le tri des patients les plus graves ou relevant de filières spécifiques. Les patients relevant d'une prise en charge complexe ou longue sont ensuite presque immédiatement évalués par un binôme médecin-soignant. En attendant les résultats des examens, le patient est surveillé dans une zone d'attente dédiée qui respecte les principes de confidentialité et d'intimité [6, 7]. Les zones d'attente sont adaptées à la charge en soins que nécessite le patient et peuvent être divisées en secteur assis, couché, scopé ou encore adapté aux besoins spécifiques pour les patients avec handicap, par exemple.

R12.3. Les experts recommandent que l'architecture d'une SU s'appuie sur le modèle avec une zone d'évaluation rapide et des zones d'attente adaptées à la charge en soins et aux principes de dignité du patient.

QUELLES ZONES FONCTIONNELLES ?

La SU est organisée en zones fonctionnelles respectant la confidentialité et l'intimité des patients, facilement accessibles en brancard, avec des zones d'attentes modulables pour éviter la saturation avec un personnel dédié et identifié. La répartition et le dimensionnement des zones dépendent du volume de passages et de l'activité de la SU. Les différents secteurs peuvent être sécurisés facilement en cas de menace extérieure. La SU doit pouvoir fonctionner en séparant des flux de patients en cas de situation infectieuse épidémique.

Les experts suggèrent que la SU soit constituée de plusieurs zones :

- un sas ambulance ;
- une zone d'accueil avec salle d'attente pour les accompagnants et les patients en attente d'être admis ;

- une zone d'accueil pour l'accueil et le triage [8] ;
- une zone de SAUV de minimum 25 m² pour un patient et de 15 m² en sus pour chaque place supplémentaire ;
- une zone d'évaluation psychiatrique sécurisée [9] ;
- une zone de consultation ou de circuit court avec salle d'attente dédiée ;
- une zone d'examen circuit couché avec des salles d'examens d'au moins 14 m² et des espaces d'attente dédiés respectant l'intimité des patients ;
- une zone administrative ;
- une zone de stockage de proximité et une zone de stockage de réserve dont l'équipement et la localisation devront être réfléchis en amont afin de limiter les redondances et les déplacements inutiles ;
- une zone de préparation des médicaments ;
- une zone de bureau et de salle de réunion ;
- une zone pour le circuit sale ;
- une zone pour accueillir les entretiens avec les familles ;
- des toilettes accessibles facilement pour les patients et les équipes ;
- un office pour le stockage des repas des patients ;
- une zone de repos et de collation pour les équipes.

R12.4. Les experts recommandent que la SU soit organisée en plusieurs zones dont la taille est adaptée au volume de passages et de l'activité, que son accès soit sécurisé et puisse s'adapter aux SSE.

UNITÉ D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE (UHCD)

L'UHCD est située à proximité de la SU. Son fonctionnement et son équipement font l'objet de référentiels et de textes réglementaires. Le nombre de places est de 3 à 5 lits par tranche de 10 000 passages annuels au sein de la SU [10], dédiés principalement à la surveillance courte de patients. Le nombre de places en UHCD ne doit pas dépasser ces chiffres, afin de ne pas transformer ce secteur en zone d'hospitalisation traditionnelle ou en antichambre d'hospitalisation, ce qui, au final, contribuerait d'après certaines études à allonger les durées de séjour totales des patients [11, 12].

RÉFÉRENCES

1. Recommandations de bonne pratique : architecture des structures de médecine d'urgence. 2024. SFMU.
2. Commission risque incident securite surete qualite (RIS2Q). Être et durer en médecine d'urgence. Guide de la qualité de vie au travail [Internet]. Société française de médecine d'urgence 2023. [Cité le 17 décembre 2023]. Disponible sur : www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/ref_QVT_2023_v2.pdf
3. République française. Décret n° 2022-1689 du 27 décembre 2022 modifiant le Code de l'environnement en matière de surveillance de la qualité de l'air intérieur [Internet]. 2022. [Cité le 17 décembre 2023]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046829320
4. Marmor YN, Golany B, Israelit S, *et al.* Designing patient flow in emergency departments. *IJSE Trans Healthc Syst Eng* 2012 ; 2 : 233-47.
5. Wiler JL, Gentle C, Halfpenny JM, *et al.* Optimizing emergency department front-end operations. *Ann Emerg Med* 2010 ; 55 : 142-160.e1.

6. Bullard MJ, Villa-Roel C, Guo X, *et al.* The role of a rapid assessment zone/pod on reducing overcrowding in emergency departments: a systematic review. *Emerg Med J* 2012 ; 29 : 372-78.
7. Grant S, Spain D, Green D. Rapid assessment team reduces waiting time. *Emerg Med* 1999 ; 11 : 72-7.
8. Claret PG, Segal N, Maignan M, *et al.* Le triage en structure des urgences. *Ann Fr Med Urgence* 2014 ; 4:196-200.
9. Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, *et al.* Recommandations de la Société francophone de médecine d'urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. *JEUR* 2001 ; 14 : 144-52.
10. République française. Instruction DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). 2010. [Cité le 17 décembre 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0100_0136.pdf
11. Burgess L, Hines S, Kynoch K. Association between emergency department length of stay and patient outcomes: A systematic review protocol. *JBI Evid* 2018 ; 16 : 1361.
12. Rouff E, Braun F. Emergency Department Observation Unit (EDOU) : changer de paradigme sur l'UHCD en France ? *JEUR* 2022 ; 34 : 19-23.

QUESTION 13

Quels environnements techniques (imagerie, bio, informatique) sont nécessaires dans un service d'urgence pour optimiser la prise en charge ?

Experts : C. GIL-JARDINE, M. VIOLEAU, A. VROMANT

R13.1. Les experts recommandent que l'optimisation des environnements informatiques en SU repose sur un dossier patient informatisé (DPI) interopérable, garantissant un accès sécurisé aux données du patient, des outils d'aide à la décision pour améliorer la prise en charge et un suivi en temps réel des capacités d'hospitalisation. Et ce avec une cybersécurité renforcée selon les normes.

R13.2. Les experts recommandent une intégration progressive de l'intelligence artificielle (IA), sous validation clinique, pour optimiser la prise en charge des patients à chaque étape.

R13.3. Les experts recommandent que l'accès aux examens biologiques via le dossier médical partagé soit facilité.

R13.4. Les experts recommandent que le système d'information hospitalier soit robuste et évolutif pour assurer une prise en charge rapide, fluide et sécurisée des patients. Le choix des outils informatiques doit se faire en conformité avec les besoins de la SU tout en prenant en compte les logiciels institutionnels mais aussi faciliter la coopération interétablissements du territoire.

R13.5. Les experts recommandent de renforcer les environnements techniques en imagerie pour améliorer l'accessibilité, la rapidité et la qualité des examens en SU. L'objectif est d'assurer une imagerie rapide, accessible et fiable, optimisant ainsi la prise en charge des patients en SU.

R13.6. Les experts recommandent de mettre en place des créneaux prioritaires pour les SU, ainsi qu'une meilleure coordination avec les radiologues afin de réduire les délais. Ils recommandent également le développement de plateformes de télé-imagerie et de téléexpertise, notamment pour généraliser le modèle de la télé-AVC. Il est essentiel que les résultats soient

disponibles aux urgences dans un délai maximal d'une heure, afin d'optimiser le parcours du patient.

R13.7. Les experts recommandent que l'intégration de l'échographie clinique en médecine d'urgence (ECMU) soit systématique.

R13.8. Les experts recommandent une connexion fluide avec le laboratoire central, un acheminement prioritaire des prélèvements et une astreinte biologique vingt-quatre heures sur vingt-quatre, qui sont essentiels pour assurer des résultats rapides et sécurisés.

R13.9. Les experts recommandent d'intégrer la biologie médicale en SU de manière optimisée et sécurisée en développant la biologie délocalisée. Les experts proposent que si le laboratoire central n'est pas en mesure de répondre à la demande d'examens biologiques dans un temps compatible avec la prise en charge en urgence, la biologie délocalisée peut être développée, en collaboration avec les biologistes.

R13.10. Les experts recommandent de développer une collaboration renforcée entre biologistes et médecins urgentistes permettant d'optimiser les prescriptions et l'interprétation des analyses critiques. L'objectif est de garantir un accès rapide et fiable aux examens biologiques pour accélérer les décisions cliniques et améliorer la prise en charge des patients.

R13.11. Les experts recommandent d'inscrire la maintenance préventive et le support technique dans un plan global de gestion des risques, impliquant à la fois le service biomédical, la direction informatique et les équipes médicales et paramédicales, afin de garantir une disponibilité optimale des équipements et de sécuriser la prise en charge des patients.

ENVIRONNEMENTS TECHNIQUES EN INFORMATIQUE

Les systèmes d'information hospitaliers (SIH) sont essentiels pour assurer l'efficacité et la qualité des soins au sein des SU. Ils permettent un accès immédiat aux informations des patients, facilitent la coordination entre les différents intervenants et contribuent à la fluidité du parcours de soins [1]. Une étude récente montre que les systèmes d'information d'urgence améliorent la rapidité et la précision des décisions médicales, réduisant ainsi les erreurs et optimisant la prise en charge des patients [2].

Accès aux informations du patient

Un SIH performant doit offrir aux professionnels de santé un accès en temps réel au DPI, incluant :

- antécédents médicaux : pathologies chroniques, interventions chirurgicales antérieures ;
- allergies et traitements en cours : pour éviter les interactions médicamenteuses ;
- résultats d'examens biologiques et d'imagerie : pour une prise de décision rapide ;
- comptes rendus d'hospitalisation : pour une compréhension globale du parcours de soins ;
- accès aux examens et aux bilans biologiques *via* le dossier médical partagé (DMP), permettant une meilleure continuité des soins et une consultation rapide des antécédents médicaux. L'intégration de ces données dans les plateformes du SAMU-SAS faciliterait la transmission des informations biologiques délocalisées, notamment pour les prises en charge en amont de la SU.

Cette centralisation des données est cruciale pour éviter les examens redondants et réduire les erreurs médicamenteuses [3, 4].

Ergonomie et accessibilité des systèmes

Le choix des logiciels utilisés en SU doit répondre à plusieurs critères :

- praticité : interfaces intuitives, compatibilité avec des dispositifs mobiles, saisie vocale et tactile ;
- adaptabilité : personnalisation selon les spécificités des différents espaces (zone d'accueil, salles d'examen, UHCD) ;
- lisibilité : présentation claire des informations pour tous les professionnels de santé.

Une étude a démontré que l'augmentation du nombre de postes informatiques, notamment dans les box de consultation et aux postes de soins, réduit les déplacements du personnel soignant et améliore la réactivité clinique [5, 6].

Outils d'aide à la décision et à la prescription

Les SIH modernes intègrent des fonctionnalités avancées pour assister les professionnels de santé :

- aides à la décision clinique : protocoles, check-lists, recommandations basées sur les dernières évidences scientifiques ;
- aides à la prescription : alertes en cas d'interactions médicamenteuses, suggestions posologiques ;
- suivi des constantes vitales : affichage dynamique en temps réel des données physiologiques des patients.

Ces outils contribuent à améliorer la qualité des soins et à réduire le risque d'erreurs médicales [7].

Sécurité des données et cybersécurité

La protection des données médicales est un enjeu majeur. Les SIH doivent garantir :

- confidentialité : accès restreint aux informations sensibles ;
- intégrité : prévention des altérations non autorisées des données ;
- disponibilité : accès continu aux informations, même en cas de défaillance du système.

Le décret confidentialité encadre le traitement des données médicales à caractère personnel, imposant des mesures strictes pour assurer leur sécurité [8].

Intégration de l'IA

Bien que secondaire, l'IA commence à trouver sa place dans les SIH des SU, notamment à travers :

- des algorithmes d'aide au triage : évaluation automatisée de la gravité des cas ;
- des modèles prédictifs de flux de patients : anticipation des pics d'affluence ;
- d'une analyse automatique des examens radiologiques : détection assistée des anomalies.

Toutefois, l'intégration de l'IA doit se faire dans le respect des cadres réglementaires et éthiques, en veillant à la validation scientifique des outils utilisés [7,9-11].

ENVIRONNEMENTS TECHNIQUES EN IMAGERIE

L'imagerie médicale est un pilier central du diagnostic et de la prise en charge des patients en situation d'urgence. Son optimisation permet d'accélérer les décisions médicales, de fluidifier le parcours des patients et d'améliorer la qualité des soins. L'intégration de circuits adaptés, l'accessibilité vingt-quatre heures sur vingt-quatre aux équipements d'imagerie ainsi que le développement de la télé-imagerie sont des éléments stratégiques pour renforcer l'efficacité des SU.

Accès immédiat et optimisation des circuits d'imagerie

L'accès rapide aux examens d'imagerie est essentiel pour éviter les pertes de chance chez les patients nécessitant un diagnostic rapide. Une étude a démontré que l'optimisation des circuits d'imagerie réduit significativement le délai moyen de prise en charge des patients nécessitant un scanner ou une imagerie par résonance magnétique (IRM), notamment en contexte de surcharge hospitalière [12].

Les recommandations actuelles suggèrent la mise en place :

- d'une organisation prioritaire pour les examens d'imagerie des patients des SU ;
- de créneaux dédiés pour fluidifier l'accès aux examens [13] ;
- d'une communication renforcée entre les SU et les services d'imagerie pour éviter les délais inutiles.

Télé-imagerie et téléexpertise

Le recours à la télé-imagerie et à la téléexpertise permet d'assurer une continuité d'interprétation des examens, en particulier dans les établissements où les radiologues ne sont pas disponibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre. L'imagerie déportée et l'analyse à distance sont des solutions particulièrement efficaces pour améliorer la réactivité diagnostique [14].

La télé-AVC en est un exemple concret : la téléexpertise en neuroradiologie permet une prise en charge rapide des accidents vasculaires cérébraux (AVC), réduisant ainsi le délai de thrombolyse et améliorant le pronostic des patients [15].

Les GHT, instaurés par le décret de 2016 (JORF n° 0137 du 14 juin 2016), renforcent cette organisation en favorisant la mutualisation des ressources et la couverture territoriale des soins. Ils garantissent un accès homogène aux services d'imagerie médicale sur l'ensemble du territoire, notamment dans les zones sous-dotées [16].

Échographie au lit du patient : un outil incontournable aux urgences

L'ECMU s'impose comme une extension de l'examen clinique et un outil indispensable pour l'évaluation rapide des patients en situation critique. Des études ont démontré que son usage permet de réduire significativement le temps de diagnostic et d'optimiser l'orientation thérapeutique, notamment pour :

- les traumatismes graves, en identifiant rapidement des saignements intra-abdominaux ;
- les douleurs abdominales aiguës, en détectant des pathologies comme la cholécystite ou l'appendicite ;

- les détresses respiratoires, en différenciant rapidement un œdème pulmonaire d'une pneumopathie infectieuse [17] ;
- les états de choc, en différenciant les différents types de choc et en guidant les stratégies de prise en charge.

Cependant, l'efficacité de l'ECMU repose sur la formation rigoureuse des médecins urgentistes. Une étude a souligné que l'absence de formation approfondie est un frein majeur à son usage optimal [18]. Il est donc impératif de renforcer les programmes de formation continue en ECMU et d'instaurer des évaluations régulières des compétences acquises.

Maintenance et qualité des équipements d'imagerie

L'imagerie médicale nécessite un suivi technique rigoureux afin de garantir la qualité des examens et la sécurité des patients. Un manque de maintenance des équipements peut conduire à :

- des erreurs diagnostiques dues à des images de mauvaise qualité ;
- des interruptions de service pouvant allonger le temps de prise en charge.

Un rapport de la Cour des comptes de 2022 souligne que les délais d'indisponibilité des appareils d'imagerie sont un problème majeur dans certains établissements. Il est recommandé d'instaurer un plan de maintenance préventive systématique afin de garantir une disponibilité optimale des équipements d'imagerie [19].

ENVIRONNEMENTS TECHNIQUES EN BIOLOGIE

L'intégration de la biologie médicale dans les SU est essentielle pour accélérer le diagnostic et améliorer la prise en charge des patients. L'accès rapide aux résultats biologiques permet de réduire les délais décisionnels, d'optimiser les flux de soins et d'assurer une meilleure réactivité clinique.

Le Code de la santé publique encadre la biologie médicale en urgence en précisant les exigences en matière de délais et de qualité des analyses. Le décret n° 2016-46 du 26 janvier 2016, qui transpose la directive européenne 2013/55/UE, impose que toute biologie médicale, y compris délocalisée, respecte des normes strictes de qualité et de traçabilité. De plus, la norme ISO 15189 fixe les critères de qualité des laboratoires hospitaliers, notamment en termes de fiabilité des résultats, formation des utilisateurs et maintenance des équipements [20, 21].

La biologie délocalisée : un outil clé pour améliorer la réactivité clinique

L'utilisation de la biologie délocalisée (*Point of Care Tests* [POCT]) en SU permet un rendu immédiat des résultats essentiels, tels que :

- les gaz du sang pour évaluer les désordres acido-basiques et les détresses respiratoires ;
- la troponine ultrasensible pour le diagnostic rapide des syndromes coronariens aigus.

Des études démontrent que l'intégration des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) améliore le flux des patients et réduit le délai de décision clinique [22]. Toutefois, leur usage doit être encadré pour éviter les erreurs préanalytiques et garantir la fiabilité des résultats [23].

Ainsi, la formation des soignants et un contrôle qualité strict sont indispensables pour assurer une interprétation fiable des examens POCT et prévenir les erreurs diagnostiques [24].

Un laboratoire central efficace et connecté à la SU

Si la biologie délocalisée permet une première orientation diagnostique, les analyses plus complexes restent sous la responsabilité du laboratoire central. Il est essentiel d'établir :

- des délais de rendu optimisés et contractualisés, garantissant un impact minimal sur la prise en charge clinique ;
- un acheminement prioritaire des prélèvements, grâce à un circuit dédié et une traçabilité informatisée pour éviter toute perte de temps [25] ;
- une astreinte biologique vingt-quatre heures sur vingt-quatre, permettant de gérer les périodes de surcharge et d'assurer une continuité des soins, notamment en cas de crises sanitaires [26].

L'usage d'un système d'information du laboratoire interconnecté avec le DPI des urgences est recommandé pour accélérer la transmission des résultats, réduire les erreurs de retranscription et améliorer la coordination entre urgentistes et biologistes.

Encadrement des pratiques et gestion des équipements

Pour garantir la fiabilité des analyses biologiques, un suivi strict des équipements est indispensable :

- maintenance préventive régulière pour éviter les dérives analytiques et garantir la performance des automates [23] ;
- étapes de calibration et de vérification de qualité obligatoires, conformément aux exigences de la norme ISO 15189 [21] ;
- protocoles stricts de formation continue des utilisateurs afin de minimiser les erreurs de manipulation et d'interprétation des résultats.

Une meilleure coordination entre urgentistes et biologistes est également essentielle pour :

- limiter la sur-prescription d'examens inutiles, en favorisant une prescription raisonnée [27] ;
- améliorer l'interprétation des résultats anormaux ou critiques, en assurant un dialogue permanent entre les acteurs de la biologie et de l'urgence.

Facturation de la biologie médicale délocalisée

Bien que l'arrêté sur la facturation de la biologie médicale délocalisée ne soit pas encore validé (arrêté EBMD – Proposition du SDBIO, 2024), son intégration dans les modèles de financement hospitalier reste un enjeu majeur. Un cadre clair doit être défini pour permettre une reconnaissance et une prise en charge adaptée des coûts liés à l'EBMD. L'élaboration d'une tarification adaptée pourrait faciliter le déploiement de ces technologies dans les SU tout en garantissant une équité d'accès aux patients.

MAINTENANCE, SUPPORT TECHNIQUE ET CONDITIONS DE RÉUSSITE

Les équipements techniques en milieu hospitalier, qu'il s'agisse d'imagerie, de biologie ou de systèmes informatiques, doivent faire l'objet d'une gestion rigoureuse de la maintenance

afin d'éviter des interruptions critiques dans la prise en charge des patients en urgence. Une étude a démontré que la mise en place de contrats de maintenance préventive et curative permet de réduire significativement le taux de pannes et d'augmenter la disponibilité des équipements [28].

Les pannes imprévues des équipements médicaux, notamment en radiologie et biologie délocalisée, sont responsables de retards dans le diagnostic et peuvent affecter la qualité des soins. La mise en œuvre d'un système de gestion de maintenance assistée par ordinateur (CMMS) permet d'améliorer le suivi des équipements et de prioriser les interventions en fonction de l'urgence [29].

La coordination entre les équipes médicales, biomédicales et informatiques est essentielle pour anticiper les besoins futurs et assurer une homogénéité des outils utilisés. Une revue de la littérature a souligné que l'absence de standardisation des dispositifs et logiciels en milieu hospitalier entraîne des erreurs de saisie et une perte de données [30]. L'interopérabilité des systèmes informatiques est donc un facteur clé de succès pour la fluidité des processus hospitaliers.

L'évolution des technologies médicales impose également une mise à jour régulière des équipements et des protocoles de maintenance. Des études récentes insistent sur l'importance d'un suivi rigoureux des nouvelles solutions technologiques, comme l'IA en radiologie ou les dispositifs connectés de biologie délocalisée, afin d'assurer leur fiabilité et leur intégration sécurisée dans la pratique clinique [31].

Enfin, la sécurité informatique et la protection des données médicales sont des enjeux majeurs, en particulier dans les SU où les cyberattaques peuvent provoquer des interruptions de service critiques. Une analyse récente a mis en évidence la nécessité de renforcer les protocoles de sauvegarde et les mesures de cybersécurité pour éviter la perte de données sensibles et garantir la continuité des soins [32].

CONCLUSION

Une SU performante repose sur la disponibilité d'un environnement technique complet intégrant imagerie sur site, laboratoire dédié et systèmes informatiques interconnectés. Ces éléments sont non seulement nécessaires pour garantir une prise en charge rapide et sécurisée, mais ils constituent également un pilier des bonnes pratiques en MU.

RÉFÉRENCES

1. Atlas des systèmes d'information hospitalier – DGOS [Internet]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/sih/article/atlas-des-systemes-d-information-hospitaliers?utm_source=chatgpt.com
2. Handayani PW, Hidayanto AN, Pinem AA, *et al.* Acceptance model of a hospital information system. *Int J Med Inform* 2017.
3. Menachemi N, Collum TH. Benefits and drawbacks of electronic health record systems. *Risk Manag Healthc Policy* 2011 ; 4 : 47-55.
4. Systèmes d'information hospitalier (SIH) et de santé (SIS) par Stéfan Darmoni et Pascal Staccini. Normandie Université. Pdf, 43 pages.
5. Aissaoui N, Layeb S, Zeghal F, *et al.* Amélioration de la performance d'un service d'urgences : apport du *business process management* et du *lean management*. ResearchGate. 2021.
6. Bayongwa, Burakali. (2022). Systèmes d'information hospitaliers.

7. Haute Autorité de santé. Évaluation de la gestion des risques numériques dans les pratiques [Internet]. Disponible sur : www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_systeme_info_hospitalier_dossier_patient_certification.pdf
8. Ministère de la Santé et de la Prévention. Introduction à la sécurité des systèmes d'information [Internet]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_-_introduction_a_la_securite_du_systeme_d_information_-_dgos_-_091213.pdf
9. Stewart J, Sprivilis P, Dwivedi G. Artificial intelligence and machine learning in emergency medicine. *Emerg Med Australas* 2018.
10. Vieira SM, Leite F, Fernandes M, *et al.* Clinical decision support systems for triage in the emergency department using intelligent systems: A review. *Artif Intell Med* 2020.
11. Chenais G, Lagarde E, Gil-Jardiné C. Artificial intelligence in emergency medicine: Viewpoint of current applications and foreseeable opportunities and challenges. *J Med Internet Res* 2023.
12. Perotte R, Lewin GO, Tambe U, *et al.* Improving emergency department flow: reducing turnaround time for emergent CT scans. *AMIA Annu Symp Proc* 2018.
13. Smalley CM, Simon EL, Muir MKR, *et al.* A real-world experience: Retrospective review of point-of-care ultrasound utilization and quality in community emergency departments. *J Emerg Med* 2023.
14. Macri F, Niu BT, Erdelyi S, Mayo JR. Impact of 24/7 onsite emergency radiology staff coverage on emergency department workflow. *Can Assoc Radiol J* 2022.
15. Demaerschalk BM, Berg J, Chong BW, *et al.* American telemedicine association: Telestroke guidelines. *Telemed J E Health* 2017 ; 23(5) : 376-89.
16. JORF n° 0137 du 14 juin 2016. Article relatif aux groupements hospitaliers de territoire [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913559
17. Whitson MR, Mayo PH. Ultrasonography in the emergency department. *Crit Care* 2016 ; 20(1) : 227.
18. Lewiss RE, Cook J, Sauler A, *et al.* A workflow task force affects emergency physician compliance for point-of-care ultrasound documentation and billing. *Crit Ultrasound J* 2016.
19. Cour des comptes. Rapport sur l'imagerie médicale en France [Internet]. 2022. Disponible sur : www.ccomptes.fr/system/files/2022-10/20221004-Ralfss-2022-4-imagerie-medicale.pdf
20. Décret n° 2016-46 du 26 janvier 2016. Organisation et qualité de la biologie médicale. Journal officiel de la République française [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031931186
21. ISO 15189:2022. Exigences relatives à la qualité et à la compétence des laboratoires de biologie médicale. Organisation internationale de normalisation (ISO) [Internet]. Disponible sur : www.iso.org/standard/56115.html
22. Plebani M, Nichols JH, Luppia PB, Greene D. Point-of-care testing: state-of-the-art and perspectives. *Clin Chem Lab Med* 2025.
23. Kazmierczak SC, Morosyuk S, *et al.* Evaluation of preanalytical point-of-care testing errors and their impact on productivity in the emergency department in the United States. *J Appl Lab Med* 2022.
24. Jarvis PRE. Improving emergency department patient flow. *Clin Exp Emerg Med* 2016.
25. Goldstein LN, Wells M, Vincent-Lambert C. The cost of time: A randomised, controlled trial to assess the economic impact of upfront, point-of-care blood tests in the Emergency Centre. *Afr J Emerg Med* 2019.
26. Bouzid D, Zanella MC, Kerneis S, *et al.* Rapid diagnostic tests for infectious diseases in the emergency department. *Clin Microbiol Infect* 2021.
27. Gerlier C, Pilmis B, Ganansia O, *et al.* Clinical and operational impact of rapid point-of-care SARS-CoV-2 detection in an emergency department. *J Emerg Med* 2021.
28. Alburaisi ML. Using computerized maintenance management system (CMMS) in healthcare equipment maintenance operations. *JETT* 2020.
29. Baharum MR, Akbar ARN, Abd Rani NA. Perception of maintenance management strategy on healthcare facilities. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*.
30. Osman H, Salah M, Hosny O. Performance-based reliability-centered maintenance planning for hospital facilities. *J Perform Constr Facil* 2018.
31. Shamayleh A, Awad M, Farhat J. IoT-based predictive maintenance management of medical equipment. *J Med Syst* 2020.
32. Abdul Wahab AK, Azizan MM, *et al.* A systematic review of medical equipment reliability assessment in improving the quality of healthcare services. *Front Public Health* 2021.

INDICATEURS ET QUALITÉ DES SOINS DE FONCTIONNEMENT

QUESTION 14

Quels indicateurs de fonctionnement pour une structure d'urgence ?

Experts : N. TIBERTI, G. ROUSSEAU, C. CAPLETTE,
J. DUCHENNE, M. NOIZET, G. NOËL

R14.1. Les experts recommandent d'utiliser comme indicateur de saturation intraservice le taux d'occupation, en rapportant le nombre de patients présents sur le nombre de box de la structure d'urgence (SU).

R14.2. Les experts recommandent d'utiliser comme indicateur de saturation intrahospitalier les lits-brancards estimés ou l'*Emergency Department boarding* (ED boarding).

R14.3. Les experts recommandent la validation psychométrique et l'évaluation métrologique d'un outil de mesure *Patient Reported Experience Measures* (PREM) spécifique au contexte des SU pour une amélioration de la qualité des soins d'urgence centrés sur le patient.

R14.4. Les experts recommandent de travailler sur des indicateurs évaluant le présentisme (présence en contexte de maladie) ayant un impact sur la qualité de vie au travail et la sécurité des soins.

INDICATEURS DE SURCHARGE

La saturation/fluidité des SU dépend de plusieurs facteurs : les arrivées en amont, l'organisation de la SU elle-même et la disponibilité des lits d'aval. Afin d'évaluer cette situation de saturation/fluidité des SU, des indicateurs peuvent être utilisés. L'indicateur doit permettre de repérer précocement les situations de tensions de la SU et de la structure hospitalière de manière objective, et permettre de mettre en place une réponse appropriée [1]. Les organisations doivent donc anticiper ces situations et adapter leurs organisations à l'aide de ces indicateurs afin de diminuer la fréquence de ces épisodes de surcharge. La surcharge peut être définie par une situation où les performances d'une SU sont compromises, principalement par un nombre excessif de patients en attente d'une consultation, d'un diagnostic, d'un traitement, de leur hospitalisation ou de la sortie du service. Cela engendre des durées de passage prolongées au sein de la SU, une augmentation du nombre d'erreurs médicales et du nombre de patients partis sans avis.

Des scores objectifs ont été développés pour évaluer cette surcharge : le CEDOS (*Community Emergency Department of Overcrowding Scale*) ou encore le NEDOCS (*National Emergency Department Overcrowding Scale*) [2] basés sur le nombre de brancards disponibles dans la SU, les durées d'attente, le nombre total de patients en SU, la durée de passage la plus longue après admission ou la durée de séjour en salle d'attente la plus longue. Le ressenti de surcharge du personnel soignant est mal corrélé au score pouvant engendrer un risque d'erreurs médicales [3]. D'autres mesures permettent d'évaluer la surcharge sans pour autant pointer quel élément est bloquant : taux d'occupation des urgences, durée de séjour, temps d'attente, nombre de patients en salle d'attente, etc. SAMU-urgences de France (SUF) a présenté, dans le cadre du *no bed challenge*, un indicateur correspondant au nombre de patients ayant passé la nuit sur un brancard au sein de la SU par défaut de place d'hospitalisation [4]. L'observatoire régional des urgences (ORU) du Grand Est (Est-RESCUE) a travaillé sur l'indicateur « lit-brancard estimé » se basant sur le nombre de patients ayant passé la nuit sur un brancard par manque de lits d'aval. Cet indicateur recueille automatiquement le nombre de patients présents au sein de la SU à 8 heures, les présents depuis 22 heures la veille et les patients hospitalisés au décours. Il est en cours de validation de l'exactitude. Un autre indicateur pertinent est l'ED *boarding* qui correspond au séjour prolongé (> 2 heures) de patients en attente d'hospitalisation, reflet de la surcharge hospitalière. Ce délai augmenté est par ailleurs associé à une plus grande mortalité [5, 6].

INDICATEURS DE QUALITÉ/SÉCURITÉ DES SOINS

En France, les PREM sont des indicateurs reconnus par la Haute Autorité de santé (HAS) pour évaluer la qualité et la sécurité des soins [7]. Les PREM sont intégrés aux mécanismes de financement des SU depuis 2003 aux États-Unis, depuis 2004 au Royaume-Uni, et depuis 2021 en France, dans le cadre de la réforme du financement des SU [8, 9]. Les PREM sont définis comme « l'ensemble des instruments qui capturent le point de vue du patient sur ce qui s'est passé lors d'une rencontre de soins et comment cela s'est passé » [10]. À l'échelle internationale, deux revues de littérature récentes ont mis en évidence des limites concernant la validité et la fiabilité des PREM existants pour les SU, soulignant une lacune dans notre compréhension de la perception des patients dans ce contexte critique [11, 12]. Aux États-Unis, le questionnaire *Emergency Department Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (ED CAPS) est remis aux patients de plus de 18 ans traités et libérés des SU [13]. ED CAPS comprend 35 questions axées sur la communication, la coordination, l'arrivée en SU, les soins, la sortie mais aussi certains éléments sociodémographiques. Au Royaume-Uni, l'outil *Accident and Emergency Department Questionnaire* comporte 58 questions, les résultats sont publiés annuellement sur le site de la *Care Quality Commission* [14, 15]. En Australie, l'outil *Emergency Department Patient Reported Experience Measures* (ED PREM), un instrument fiable et spécifiquement conçu pour mesurer l'expérience patient en SU a été développé et validé psychométriquement [10, 16]. Une analyse factorielle exploratoire a validé 26 questions réparties en quatre dimensions : la communication et l'attitude empathique du personnel soignant, la perception du temps d'attente par le patient, son engagement dans les décisions de soins, ainsi que le respect de son intimité et de son confort. La fiabilité interne de l'outil a été confirmée par un coefficient alpha de Cronbach (α) variant entre 0,87 et 0,97, et sa validité discriminante a été démontrée par analyses de sous-groupes.

En France, la mesure de l'expérience patient s'inscrit dans une démarche nationale visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins [17]. À ce jour, seules les expériences des patients hospitalisés plus de quarante-huit heures en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), en

chirurgie ainsi que celles des patients en soins médicaux et de réadaptation (SMR), sont recueillies par le biais de la plateforme e-Satis [18]. Aucun outil de mesure de l'expérience patient spécifique au SU n'a encore été validé en langue française. Une étude soutenue financièrement par le groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation méditerranéenne, dont l'objectif est l'adaptation transculturelle et validation psychométrique initiale de l'outil ED PREM, doit débuter prochainement [19]. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a missionné récemment la HAS pour la constitution d'un groupe de travail chargé du développement d'un indicateur de qualité des soins perçue par les patients pris en charge dans une SU [20]. Alors que les SU du monde entier sont confrontées aux mêmes défis, l'adaptation au contexte français de questionnaire validé et fiable pourrait permettre une harmonisation de nos mesures de PREM pour une amélioration des soins d'urgence centrés sur le patient. D'autant que Doyle *et al.* ont démontré la corrélation positive du PREM avec l'efficacité clinique et les résultats de santé [21].

RÉFÉRENCES

1. Oberlin M, Andrès E, Behr M, *et al.* La saturation de la structure des urgences et le rôle de l'organisation hospitalière : réflexions sur les causes et les solutions. *Rev Med Interne* 2020 ; 41 : 693-9.
2. Weiss SJ, Ernst AA, Nick TG. Comparison of the National Emergency Department Overcrowding Scale and the Emergency Department Work Index for quantifying emergency department crowding. *Acad Emerg Med* 2006 ; 13 : 513-8.
3. Strada A, Bravi F, Valpiani G, Bentivegna R, Carradori T. Do health care professionals' perceptions help to measure the degree of overcrowding in the emergency department? A pilot study in an Italian University hospital. *BMC Emerg Med* 2019 ; 19(1) : 47.
4. No bed challenge – SUDF [Internet]. [Cité le 28 octobre 2019]. Disponible sur : <https://nbc.samu-urgences-de-france.fr/classement/index/index>
5. Singer AJ, Thode HC, Viccellio P, Pines JM. The association between length of emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med* 2011 ; 18(12) : 1324-9.
6. Claret P-G, Boudemaghe T, Bobbia X, *et al.* Consequences for overcrowding in the emergency room of a change in bed management policy on available in-hospital beds. *Aust Health Rev* 2016 ; 40(4) : 466-72.
7. Cong-Tri T. Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROM et PREM. 2021 ; 134.
8. Bull C, Callander E. Current PROM and PREM use in health system performance measurement: Still a way to go. *Patient Exp J* 2022 ; 9(1) : 12-8.
9. Décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation et portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé – Légifrance [Internet]. 2022. [Cité le 17 mars 2022]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043185042
10. Bull C, Crilly J, Latimer S, Gillespie BM. Establishing the content validity of a new emergency department patient-reported experience measure (ED PREM): a Delphi study. *BMC Emerg Med* 2022 ; 22(1) : 65.
11. Male L, Noble A, Atkinson J, Marson T. Measuring patient experience: A systematic review to evaluate psychometric properties of patient reported experience measures (PREM) for emergency care service provision. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care* 2017 ; 29(3) : 314-26.
12. Bull C, Byrnes J, Hettiarachchi R, Downes M. A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Serv Res* 2019 ; 54(5) : 1023-35.
13. ed-cahps-10-2-column-survey-english-july-2020.pdf [Internet]. [Cité le 6 février 2025]. Disponible sur : www.cms.gov/files/document/ed-cahps-10-2-column-survey-english-july-2020.pdf
14. Core questionnaire Type 1.pdf [Internet]. [Cité le 6 février 2025]. Disponible sur : <https://nhssurveys.org/wp-content/surveys/03-urgent-emergency-care/02-survey-materials/2020/Core%20questionnaire%20Type%201.pdf>
15. Enquête sur les soins urgents et d'urgence 2024 – Care Quality Commission [Internet]. [Cité le 6 février 2025]. Disponible sur : www.cqc.org.uk/publications/surveys/urgent-emergency-care-survey

16. Bull C, Crilly J, Latimer S, Hall E, Gillespie BM. The initial psychometric evaluation of a new Emergency Department Patient-Reported Experience Measure (ED PREM). *Patient Exp J* 2023 ; 10(2) : 59-74.
17. ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf [Internet]. [Cité le 26 octobre 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
18. Haute Autorité de santé [Internet]. 2023 [cité 11 février 2023]. IQSS – e-Satis : mesure de la satisfaction et de l’expérience des patients hospitalisés. Disponible sur : www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises
19. Résultats AO GIRCI [Internet]. [Cité le 6 février 2025]. Disponible sur : <https://gircimediterranee.fr/appels-a-projet/ao-girci/>
20. Haute Autorité de santé [Internet]. Développement d’un indicateur de qualité des soins perçue par les patients pris en charge dans une structure des urgences. Constitution d’un groupe de travail. [Cité le 6 février 2025]. Disponible sur : www.has-sante.fr/jcms/p_3574303/fr/developpement-d-un-indicateur-de-qualite-des-soins-percue-par-les-patients-pris-en-charge-dans-une-structure-des-urgences-constitution-d-un-groupe-de-travail
21. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013 ; 3(1) : e001570.

QUESTION 15

Formation *in situ*, faut-il en faire ? quand ? comment ?

Experts : D. DOUILLET, N. MARJANOVIC, I. BORRACCIA, M. DESCOURS, C. BERTRAND, J. TRUCHOT, A.-L. PHILIPPON

R15.1. Il est probablement recommandé de réaliser de la simulation *in situ* afin d'améliorer la sécurité et la qualité des soins.

R15.2. Les experts recommandent d'avoir une vigilance particulière au maintien de la sécurité des patients présents dans les SU lors des formations *in situ*.

R15.3. Les experts recommandent que des formations *in situ* soient réalisées dans les SU afin d'identifier les axes de progression aux niveaux individuels, collectifs et systémiques, tout en travaillant en interprofessionnalité.

R15.4. Les experts recommandent que la simulation *in situ* soit proposée au sein d'un programme de formation, en complément d'autres modalités de formation (simulation en centre, staffs thématiques, cas cliniques, etc.).

R15.5. Les experts recommandent d'assurer la sécurité psychologique et physique des participants grâce à l'implication d'enseignants formés à la simulation.

RATIONNEL

L'objectif de la simulation en santé est de recréer des situations ou des apprentissages techniques dans un environnement réaliste, proche de la réalité du travail avec, comme double objectif, le retour d'expérience immédiat et l'évaluation des acquis. La simulation *in situ* interprofessionnelle (SISIP) a été décrite comme étant un mélange de simulation et d'environnement de travail réels, conçu pour offrir une formation sur le lieu même du travail [1]. Cela permet aux apprenants de se familiariser avec les conditions spécifiques de leur lieu d'exercice, renforçant ainsi l'ancrage des apprentissages et facilitant leurs applications directes dans la pratique. Cette méthode de formation vise à améliorer la gestion des situations d'urgence en recréant des scénarios réalistes dans les lieux mêmes de travail des professionnels. Elle favorise la coordination interprofessionnelle. Ce type de simulation est particulièrement adapté aux situations critiques et à l'amélioration des compétences techniques et non techniques d'équipe (facteurs

humains, compétences non techniques, *Crisis Resource Management* (CRM) selon le rapport HAS-SoFraSims 2024 [2]. Les séances de SISIP peuvent être annoncées en amont ou organisées sans annonce préalable [3].

La SISIP permet d'identifier les dysfonctionnements organisationnels, les axes d'amélioration dans la communication notamment en situation aiguë ainsi que les erreurs liées à l'utilisation des équipements. En impliquant l'ensemble du personnel, cette méthode favorise une dynamique de collaboration, d'engagement et renforce la cohésion d'équipe. La SISIP met l'accent sur la dimension collaborative du travail en équipe. Elle permet de clarifier les rôles et responsabilités de chacun tout en améliorant les compétences en communication et en coordination. La SISIP aide à renforcer des compétences clés comme la communication, la prise de décision collective, le leadership et le partage des responsabilités, indispensables pour une collaboration efficace [4]. Cette approche offre un cadre d'entraînement pour la gestion des urgences, au quotidien ou en situations exceptionnelles. Elle optimise la répartition des rôles, la prise de décision rapide et la communication. L'objectif est de former les professionnels de santé à travailler ensemble de manière efficace pour répondre à la complexité croissante des soins et améliorer la qualité des prises en charge [4]. En favorisant la réflexion sur des situations concrètes, la SISIP contribue à renforcer le professionnalisme et les valeurs essentielles telles que la responsabilité, l'entraide, la bienveillance et le respect mutuel. Ces valeurs, une fois intégrées, augmentent l'implication du personnel dans les soins et les projets collectifs.

Les professionnels perçoivent la SISIP comme une approche innovante et pertinente, notamment parce qu'elle se déroule dans leur environnement habituel de travail, ce qui renforce le réalisme. Elle est jugée bénéfique pour améliorer la communication, la collaboration et la répartition des rôles dans des situations critiques. Certains participants expriment des appréhensions initiales, liées au stress ou à la crainte du jugement, mais celles-ci diminuent généralement au cours de la formation. La SISIP a son intérêt pour former les professionnels de santé dans un cadre interprofessionnel. Malgré quelques défis, cette approche est globalement bien accueillie et contribue à une meilleure gestion des urgences dans les contextes variés [5].

La SISIP permet aussi l'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT) [6, 7]. Cela a été démontré dans deux études portant sur les soins aigus. La SISIP peut être une opportunité supplémentaire : les professionnels (médicaux et non médicaux) ont conscience que l'établissement peut prendre en compte leurs besoins et leurs difficultés et investir dans des formations de qualité pour l'ensemble de l'équipe. De plus, le temps de débriefing permet aux professionnels de s'écouter, de parler de l'importance de la place de chacun (prise de parole [*speaking up*], développement de l'assertivité [8]) et de renforcer la cohésion d'équipe. La SISIP est de plus en plus reconnue pour répondre aux exigences de la certification des établissements de santé. Elle démontre une démarche proactive en matière de sécurité des soins, de gestion des risques et de formation continue, recommandée par la HAS. La SISIP peut avoir un impact global sur l'organisation de la SU. Elle est perçue comme un levier d'amélioration de la qualité des soins d'urgence et de la sécurité des patients, tout en renforçant les compétences collaboratives des équipes. Deux études confirment que les apprenants des simulations *in situ* fournissent davantage d'informations concernant les défaillances organisationnelles que les apprenants en centre de simulation [9,10]. Contrairement aux centres de simulation, la SISIP ne nécessite pas de déplacements, ni de location d'infrastructures spécifiques, réduisant ainsi les coûts logistiques et organisationnels. Dans une revue narrative, Sørensen *et al.* comparent la simulation dans les centres ou *in situ* [3].

Ils concluent que sur la base des recherches, encore limitées actuellement, le choix du cadre physique pour les simulations ne semble pas influencer l'apprentissage individuel et collectif. Cependant, il s'agit d'une littérature principalement en urgence obstétricale. Opposer la simulation *in situ* aux simulations réalisées dans un centre de simulation paraît peu pertinent puisque ces modalités de formation sont complémentaires et répondent à des objectifs pédagogiques distincts [11].

Cependant, la mise en place de SISIP dans les SU peut être source de difficulté. Bien que les coûts logistiques soient réduits, la planification des simulations reste exigeante, notamment pour éviter d'interrompre les activités cliniques courantes. Le matériel médical utilisé au quotidien et les outils pédagogiques comme les mannequins doivent être disponibles ou transportables. De plus, l'environnement réel peut entraîner des interruptions ou des imprévus pouvant nuire à la concentration des participants. Dans une *scoping review* (incluant quatre-vingt-un articles), les auteurs évaluent la prise en compte de la sécurité des patients dans les études portant sur la mise en place de SISIP. Cette dernière est très peu évaluée et, lorsqu'elle l'est, il s'agit plutôt de l'évaluation de l'identification de menaces latentes à la sécurité que de l'impact réel pour les patients recevant simultanément des soins aux urgences.

Comme dit précédemment, la SISIP peut se faire de façon annoncée aux apprenants ou non. Une étude française évaluait l'impact chez les apprenants des deux modalités d'organisation. Ils ne retrouvaient pas de différence en termes d'apprentissage autoévalué et de stress perçu [12]. Cependant, une SISIP non annoncée semble plus difficile à mettre en place sur le plan organisationnel. Une revue systématique (incluant quatre essais contrôlés randomisés et six non randomisés) concernant uniquement la formation *in situ* à la gestion d'un arrêt cardio-respiratoire suggère qu'il s'agit d'une option intéressante [13]. Cependant, là encore le niveau de preuve est faible.

De plus, il est essentiel que les formateurs soient formés à la simulation pour garantir une utilisation optimale de cette méthode pédagogique, avec des impacts positifs sur les compétences des apprenants et la qualité des soins en santé [14]. Les formateurs doivent comprendre les bases théoriques et méthodologiques de la simulation, notamment ses objectifs pédagogiques, ses limites et ses avantages, afin de maximiser l'apprentissage des apprenants. La conception et l'utilisation des scénarios de simulation requièrent une expertise technique et pédagogique. Les formateurs doivent savoir élaborer des scénarios réalistes, pertinents et adaptés au niveau des apprenants. Le débriefing est une étape cruciale dans l'apprentissage par simulation. Les formateurs doivent maîtriser les techniques de communication et d'analyse réflexive pour aider les apprenants à tirer des enseignements de leurs expériences. Une formation spécifique permet aux enseignants de mieux comprendre comment la simulation favorise le développement des compétences techniques, non techniques (communication, travail d'équipe) et la prise de décision en situation complexe. Les enseignants formés peuvent mieux personnaliser les sessions de simulation en fonction des besoins individuels ou collectifs des apprenants, garantissant ainsi une formation plus efficace.

QUAND ET COMMENT ?

Il faut définir les besoins et créer un parcours de formation à suivre par des groupes pluri-professionnels, sur une ou deux années par exemple, avec un calendrier, des objectifs définis en amont associant plusieurs séances ayant des thématiques différentes.

Dans une revue narrative, les auteurs décrivent dix conseils pour réaliser une SISIP en SU [15] :

1. réfléchir à l'emplacement de la SISIP et à l'ensemble de l'équipement ;
2. encourager les responsables et les leaders des équipes à soutenir la simulation. Il est essentiel d'obtenir l'autorisation de procéder à des SISIP. Le soutien des responsables est sans doute le facteur le plus déterminant pour assurer la durabilité ;
3. se mettre d'accord sur les objectifs d'apprentissage pour les participants et la SU ;
4. prévoir d'emblée un programme de simulation interprofessionnel avec des objectifs d'équipe et propres à chaque profession d'apprenant ;
5. veiller à tout moment à la sécurité des patients admis en SU en parallèle de la SISIP ;
6. rendre les simulations aussi réelles que possible ;
7. commencer en faisant simple puis complexifier les choses au fur et à mesure ;
8. s'assurer que tout le monde connaît les règles et se sent en sécurité ;
9. le débriefing est primordial ; il doit se faire par des personnes formées, avec prudence et habileté ;
10. profiter des résultats de la SISIP réalisée pour améliorer l'organisation de la SU.

Voici quelques exemples possibles de mises en place de SISIP dans les SU à partir de formations existantes (réglementaires et obligatoires pour certaines) :

- SISIP organisée autour de la sédation procédurale à la suite de la mise en place d'un protocole de service. La formation sera alors tournée autour de l'organisation d'équipe, la bonne réalisation de ce geste dans un objectif de qualité des soins ;
- attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU 2) : les deux premiers jours peuvent être réalisés au Centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU). Tandis que le troisième jour (ou la réactualisation) peut être réalisé *in situ* dans le lieu d'exercice des apprenants (deux séances de 3 h 30 ou une séance de 7 heures).

Il est possible de planifier des séances sur une demi-journée (pour le personnel posté en 7 h 30) ou sur une journée. Il est nécessaire de mettre à disposition un box ou une salle de déchocage, le matériel médical utilisé au quotidien et le matériel pédagogique comme les mannequins. Cela implique que l'architecture de la SU se prête à ce type d'exercice. Ces séances de SISIP peuvent être combinées à d'autres formats pédagogiques comme des ateliers procéduraux, des capsules théoriques en présence ou à distance sur Internet.

En synthèse, la SISIP est un outil pédagogique intéressant pour les SU dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins, de renforcer la sécurité des patients et de répondre aux exigences des certifications [11]. Encadrée par des formateurs formés à la simulation, elle représente une valeur ajoutée pour le personnel et le service dans son ensemble. La SISIP peut être agrémentée par d'autres formats pédagogiques.

RÉFÉRENCES

1. Rosen MA, Hunt EA, Pronovost PJ, *et al.* In situ simulation in continuing education for the health care professions: A systematic review. *J Contin Educ Health Prof* 2012 ; 32(4) : 243-54.
2. HAS, SoFraSims. Bonnes pratiques en matière de simulation en santé. 2024.
3. Sørensen JL, Østergaard D, LeBlanc V, *et al.* Design of simulation-based medical education and advantages and disadvantages of in situ simulation versus off-site simulation. *BMC Med Educ* 2017 ; 17(1) : 20.

4. Policard F. L'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles. 2015.
5. Borraccia I, Weiss A, Brunstein V, *et al.* Le ressenti des professionnels concernant la simulation in situ interprofessionnelle (SISIP) dans le cadre d'une formation aux gestes et soins d'urgence en service de soins conventionnels et en structure médico-sociale. *RFIRI* 2024 ; 10(3) : 100327.
6. Clerc C. Former les soignants en simulation améliore la qualité de vie au travail. *Actusoins* 2022.
7. El Khamali R, Mouaci A, Valera S, *et al.* Effects of a multimodal program including simulation on job strain among nurses working in intensive care units: A randomized clinical trial. *JAMA* 2018 ; 320(19) : 1988-97.
8. Richard A, Pfeiffer Y, Schwappach DDL. Development and psychometric evaluation of the speaking up about patient safety questionnaire. *J Patient Saf* 2021 ; 17(7) : e599-606.
9. Sørensen JL, Navne LE, Martin HM, *et al.* Clarifying the learning experiences of healthcare professionals with in situ and off-site simulation-based medical education: A qualitative study. *BMJ Open* 2015 ; 5(10) : e008345.
10. Sørensen JL, van der Vleuten C, Rosthøj S, *et al.* Simulation-based multiprofessional obstetric anaesthesia training conducted in situ versus off-site leads to similar individual and team outcomes: A randomised educational trial. *BMJ Open* 2015 ; 5(10) : e008344.
11. Truchot J, Philippon A-L. La simulation in situ en médecine d'urgence : mise au point 2023 et guide pratique à l'égard des futurs formateurs. *Ann Fr Med Urgence* 2023 ; 13(4) : 232-40.
12. Freund D, Andersen PO, Svane C, *et al.* Unannounced vs announced in situ simulation of emergency teams: Feasibility and staff perception of stress and learning. *Acta Anaesthesiol Scand* 2019 ; 63(5) : 684-92.
13. Cortegiani A, Ippolito M, Abelaïras-Gómez C, *et al.* In situ simulation for cardiopulmonary resuscitation training: A systematic review. *Resusc Plus* 2025 ; 21 : 100863.
14. Jaffrelot M, Pelaccia T. La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants. *Recherche et formation* 2016 ; (82) : 17-30.
15. Spurr J, Gatward J, Joshi N, *et al.* Top 10 (+1) tips to get started with in situ simulation in emergency and critical care departments. *Emerg Med J* 2016 ; 33(7) : 514-6.

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DANS LES STRUCTURES D'URGENCE

QUESTION 16

Comment organiser le temps de travail dans un service d'urgence ?

*Experts : T. MARKARIAN, N. PARISOT, P. SERRE,
A. CHENOU, C. VERJUX, J.-F. CIBIEN*

Temps de travail du personnel médical

R16.1.1. Les experts recommandent d'éviter les temps cliniques postés de vingt-quatre heures.

R16.1.2. Le temps de travail ne peut excéder quarante-huit heures par semaine, lissé sur quatre mois, sauf à la demande du praticien.

R16.1.3. Le praticien doit bénéficier d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures. Cependant, si la durée de la séquence de travail est continue et supérieure à treize heures, la durée de repos est égale à la durée de la séquence de travail.

Temps de travail du personnel paramédical

R16.2.1. Le temps de travail quotidien ne peut excéder 12 heures.

R16.2.2. Le temps de travail ne peut excéder 48 heures lissées sur 7 jours (heures supplémentaires incluses) et devrait cibler des rythmes entre 35 et 40 heures.

R16.2.3. Le professionnel de santé doit bénéficier d'un repos quotidien d'une durée minimale de 11 heures consécutives par période de 24 heures.

Temps non cliniques

R16.3.1. Les experts recommandent que le temps hors clinique pour les infirmiers en pratique avancée mention urgence (IPA-U) soit de 20 % afin d'optimiser la qualité des soins, de renforcer la recherche infirmière, d'améliorer la formation des professionnels et de soutenir le leadership clinique.

R16.3.2. Les experts recommandent d'investir dans le temps non posté contractualisé des praticiens avec des missions structurantes pour le praticien, la structure d'urgence (SU) et l'établissement.

R16.3.3. Les experts recommandent que les SU accompagnent leurs agents (médecins et soignants) dans la formation continue.

R16.3.4. Les experts recommandent que les SU créent des groupes de travail pour repenser et adapter leurs organisations, évaluer leurs effets et communiquer les résultats.

R16.3.5. Les experts recommandent de dédier un temps hors clinique au personnel paramédical afin de promouvoir leur participation à l'enseignement, à l'organisation et à la recherche de la SU.

Intérêt des pauses, notamment quand la durée du *shift* est prolongée (12-24 heures)

R16.4.1. Les experts recommandent que des pauses régulières soient prises, plus particulièrement dans les périodes de fortes charges mentales (travail à haute intensité).

Temps de travail du personnel médical

Le travail posté des médecins urgentistes inclut des plages pouvant durer jusqu'à 24 heures consécutives avec des périodes nocturnes. Le bon fonctionnement des SU est basé sur la polyvalence de l'exercice des médecins urgentistes avec une charge de travail imprévisible, variant selon le flux de patients et leur sévérité, et parfois des situations cliniques émotionnellement très lourdes sans oublier la gestion des hospitalisations et des patients brancards. L'objectif principal est de garantir la sécurité des soins en minimisant les erreurs médicales dues à la fatigue, à la pénibilité et au stress, tout en protégeant les médecins urgentistes en limitant les situations d'épuisement professionnel, personnel et/ou relationnel [1]. Pour ce faire, il est donc nécessaire de trouver un équilibre entre la recherche de la qualité et de la sécurité des soins et la protection des médecins urgentistes, en proposant des conditions d'exercice permettant que leur qualité de vie tant sur le plan professionnel que personnel et familial soit améliorée. La durée maximale des postes de travail a toujours été basée sur un équilibre entre la productivité et les risques liés à la fatigue physique, sans tenir suffisamment compte de l'impact sur la fatigue mentale et des risques associés en matière de performance, de sécurité et de santé [2]. Si les mécanismes reliant la durée des postes aux conséquences en matière de santé restent flous, la relation entre la durée des postes et les résultats en matière de performance et de sécurité est relativement bien établie [3]. Les heures de travail contrôlent la durée et le moment de l'éveil et limitent la durée et le moment du sommeil, ce qui affecte la manifestation de la fatigue mentale, qui à son tour influence les performances, y compris physiques [4], mentales [5], de leadership [6], et les risques de sécurité [7]. La manifestation de la fatigue est exacerbée lorsque l'organisation du temps de travail est limitée et/ou déplace le temps disponible pour dormir [8]. D'autres contraintes, notamment le temps nécessaire pour manger ou les responsabilités de soignant, peuvent encore réduire le temps disponible pour dormir et augmenter la somnolence et la fatigue [2]. En outre, les effets d'une exposition répétée à un manque de sommeil et/ou à un sommeil décalé pendant plusieurs jours consécutifs sont cumulatifs [9]. Sur le lieu de travail, d'autres facteurs, tels que la charge de travail [10] et le stress, interagissent avec la fatigue/somnolence. Ces différentes données ont été étayées dans plusieurs études médicales. Concernant le temps de travail, des auteurs ont évalué les performances d'internes après 4 semaines « intenses » (80 à 90 heures par semaine et une garde de nuit

tous les 4 à 5 jours) en comparaison avec une rotation dite « légère » (44 heures par semaine avec en moyenne une garde en 4 semaines) [11]. Après 4 semaines intenses, il a été observé une diminution des performances postgardes concernant l'attention, la vigilance et la conduite simulée comparée à une rotation de garde légère, avec des altérations similaires à celles associées à un taux d'alcool de 0,4 à 0,5 g par litre de sang. Comparée à l'ingestion d'alcool, la variabilité de la vitesse en conduite simulée après une garde intense était 30 % plus élevée. Une autre étude américaine, prospective et randomisée, a comparé les taux d'erreurs médicales graves commises par les internes lorsqu'ils travaillaient selon un emploi du temps traditionnel (gardes prolongées de 24 heures ou plus, toutes les trois nuits) et lorsqu'ils travaillaient selon un emploi du temps modifié qui supprimait les gardes prolongées et réduisait le nombre d'heures travaillées par semaine [12]. Au cours de 634 admissions, les internes ont commis 35,9 % d'erreurs médicales graves en plus avec l'emploi du temps traditionnel par rapport à l'emploi du temps modifié. Dans les unités de soins intensifs, le taux total d'erreurs graves était de 22 % plus élevé avec l'emploi du temps traditionnel qu'avec l'emploi du temps modifié. Les internes ont également commis 20,8 % d'erreurs médicamenteuses graves en plus avec l'emploi du temps traditionnel et ont fait 5,6 fois plus d'erreurs diagnostiques graves avec l'emploi du temps traditionnel qu'avec l'emploi du temps modifié. Ces travaux ont été complétés par Lockley *et al.*, qui observent que l'élimination des gardes prolongées des internes en réanimation a augmenté significativement leur temps de sommeil et réduit les défaillances attentionnelles lors des heures de travail en garde de nuit [13]. Enfin, une étude prospective a montré que chaque garde prolongée programmée au cours d'un mois augmentait le risque mensuel d'accident de la route de 9,1 % (IC 95 % [3,4-14,7]), le risque d'accident pendant le trajet du retour après le travail de 16,2 % (IC 95 % [7,8-24,7]) et que lorsque les internes effectuaient cinq gardes prolongées ou plus dans le mois, le risque de s'endormir au volant ou à l'arrêt augmentait significativement (OR = 2,39 ; IC 95 % [2,31-2,46]) et OR = 3,69 ; IC 95 % [3,60-3,77] respectivement) [14]. En France, une étude prospective, monocentrique et randomisée en crossover a évalué les performances cognitives des médecins urgentistes (vitesse de traitement, capacité de mémoire de travail, raisonnement perceptif et flexibilité cognitive) après une activité de nuit de 14 heures (H14) et après un temps de travail de 24 heures (H24), en comparaison avec ces mêmes tests effectués après une nuit de repos (H0) [1]. Quarante urgentistes ont ainsi été évalués de manière aléatoire. Aucune capacité cognitive n'a été significativement altérée après H14 par rapport à H0. Trois des quatre capacités cognitives étaient altérées à H24 par rapport à H0. Ces résultats avaient été précédemment observés en réanimation (24 seniors et 27 résidents) dans laquelle les capacités cognitives étaient significativement altérées après une garde de nuit indépendamment de l'expérience professionnelle ou de la durée de sommeil pendant la garde [15]. Seule la flexibilité cognitive semblait être restaurée après deux heures de sommeil. Enfin, une méta-analyse incluant 11 études (2 125 participants) a évalué les effets de l'adaptation des horaires de travail posté sur la qualité du sommeil, la durée du sommeil et la somnolence chez les travailleurs postés [16]. Les résultats sont de très faible niveau de preuve mais il semblerait qu'une rotation plus rapide avec des plages « en avant » (matin, soir, nuit) et des plages de garde peut réduire la somnolence. De même, la durée de sommeil semble être diminuée en cas de rotation rapide et un temps de travail limité à 16 heures augmenterait la durée de sommeil et réduirait la somnolence. Ainsi, les politiques relatives à la durée des postes doivent être spécifiques au contexte et basées sur une analyse des compromis qui intègre une évaluation complète des besoins et des risques [2]. Le temps de travail doit probablement être adapté en fonction du nombre de passages et la complexité de la pathologie prise en charge. De même, il faut considérer les changements de poste (par exemple, une journée en SU et une nuit en structure mobile d'urgence et de réanimation

[SMUR]) qui permettent probablement d'envisager des temps de travail prolongés à la différence d'un temps posté de 24 heures en SU. Cependant aucune donnée scientifique ne permet de corroborer ces hypothèses. Compte tenu du vieillissement physiologique et des éventuelles pathologies individuelles qui se déclarent au cours de la carrière du médecin urgentiste, il faut prévoir une transition progressive vers une activité décroissante, tant en volume horaire quotidien et hebdomadaire qu'en intensité de pratique, en particulier en période nocturne. Afin de préserver une acuité physique et intellectuelle élevée quel que soit l'âge, l'organisation du temps de travail posté, en particulier nocturne, doit permettre le recours à des périodes de repos et de relaxation pendant son exercice actif en faisant appel à des techniques éprouvées : pauses cognitives, microsiestes, prise de repas à horaires fixes, plages de récupération en nuit profonde. En effet, ces outils apparaissent comme des facteurs de longévité dans la pratique de la médecine d'urgence (MU). Par ailleurs, l'uniformité des horaires entre tous les médecins urgentistes, souvent confondue avec l'équité, peut entraîner une augmentation du stress et de l'épuisement professionnel chez les médecins urgentistes vieillissants, moins aptes au travail nocturne. Un système de planification éthique doit ainsi être développé et mis en place dans chaque SU afin de tenir compte des préférences individuelles et des circonstances de la vie, en équilibrant les besoins du service et le bien-être de ses médecins. Les encadrants ont un rôle majeur pour diminuer le risque d'épuisement professionnel chez les soignants ; ils doivent être convaincus des besoins physiologiques des personnels dont ils ont la responsabilité en gardant à l'esprit que la mise en place de programmes de qualité de vie et de conditions de travail est un contrat gagnant pour les personnels, les patients et l'établissement [17]. Ainsi, des programmes ont été mis en place par les établissements américains pour améliorer les conditions de travail, notamment pour les personnels travaillant de nuit [18].

Textes réglementaires

Selon la directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 : le temps de travail de nuit ne doit pas dépasser huit heures en moyenne par période de 24 heures ; la durée moyenne de travail pour chaque période de 7 jours ne doit pas excéder 48 heures, y compris les heures supplémentaires ; tout travailleur doit bénéficier, au cours de chaque période de 24 heures, d'une période de repos de 11 heures consécutives à laquelle s'ajoute une période minimale de repos sans interruption de 24 heures au cours de chaque période de 7 jours. Selon les articles R. 6152-1 à R. 6152-33 du Code de la santé publique, section 1 : statut des praticiens hospitaliers : les obligations de service hebdomadaires des praticiens hospitaliers sont fixées à 10 demi-journées lorsqu'ils exercent à temps plein et entre cinq et neuf demi-journées lorsqu'ils exercent à temps partiel ; la durée du service hebdomadaire est fixée, en application de l'article R. 6152-27, sans que la durée de travail ne puisse excéder 48 heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois ; lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser 48 heures ; le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel ; il bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de 11 heures consécutives par période de 24 heures ; par dérogation, en cas de nécessité de service, il peut accomplir une durée de travail continu maximale de 24 heures. Dans ce cas, il bénéficie, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente. De même, selon l'arrêté du 4 novembre 2016 : le temps de travail additionnel (TTA) doit être contractualisé et le praticien doit être volontaire pour travailler au-delà

du temps de travail hebdomadaire. En pratique, de nombreux praticiens effectuent du TTA sans signature d'un contrat qui est pourtant une obligation légale de la part de l'employeur. L'arrêt du Conseil d'État du 6 mars 2013 (arrêt n° 352404) stipule que : « le temps de travail additionnel effectué par un praticien hospitalier au titre de la permanence des soins et avec l'accord de son établissement ouvre droit à son indemnisation, même en l'absence de contrat d'engagement. ». Cet arrêt protège donc l'ensemble des praticiens hospitaliers qu'il existe ou non un contrat signé. L'analyse ne s'arrête pas seulement au TTA lié au seul temps clinique mais englobe potentiellement la totalité des activités cliniques et non cliniques.

Ces recommandations sont renforcées et complétées par la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les SU, service d'aide médicale d'urgence (SAMU) et SMUR affirmant trois principes complémentaires : la généralisation du principe du décompte horaire du temps de travail ; la mise en place d'un référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail permettant d'identifier, dans le respect du maximum de 48 heures hebdomadaires, un temps dédié au travail clinique posté de 39 heures et un temps réservé aux activités non cliniques à forfaitiser ; l'adaptation des organisations de l'urgence dans les territoires en vue d'une amélioration du service rendu au patient. Depuis décembre 2014, la « borne » des 39 heures est encore la référence servant de déclenchement à un temps de travail différent dans sa nature. En travail posté, les SU ont le choix entre trois périodes : 10/14 heures, 11/13 heures et 12/12 heures. Les activités non postées, cliniques ou non, activités à vocation majoritairement collective et institutionnelle, qui demandent par nature à être programmées dans les tableaux de service afin que les praticiens puissent les assumer, sont prévues sur un temps de neuf heures par semaine sur le principe d'une forfaitisation incluant le temps de formation des médecins urgentistes.

Le décompte effectif du temps de travail des praticiens n'apparaît pas sur les fiches de salaire conformément à l'article L. 3243-1 du Code du travail car les praticiens ne sont pas soumis à ce Code. Le bulletin doit comprendre entre autres et de façon obligatoire la période et le nombre d'heures auxquels se rapporte le salaire, en distinguant les heures payées au taux normal et celles payées en heures supplémentaires. Certes, les praticiens ne sont pas soumis au Code du travail mais le Code de la santé publique devrait clairement imposer ces obligations aux établissements de santé employeurs.

Tout salarié doit bénéficier chaque semaine *a minima* d'un jour de repos hebdomadaire de 24 heures consécutives. Il existe pour les praticiens une anomalie puisque souvent ce repos hebdomadaire comme le repos quotidien de 11 heures sont assimilés au repos de sécurité.

Exemple américain

Les résidents de MU ne peuvent travailler plus de 12 heures continues (contre 16 à 24 heures pour les autres spécialités). Il doit y avoir au minimum une période équivalente de temps libre continu entre les périodes de travail. Les résidents de MU ne doivent pas travailler plus de 60 heures cliniques par semaine (contre 80 heures pour les autres spécialités) et pas plus de 72 heures lorsqu'on y intègre le temps non clinique. Il n'existe pas de réglementations concernant le temps de travail des seniors et le temps plein est défini différemment selon le lieu d'exercice (30 heures minimum et 40 heures maximum par semaine en général). De même les durées de temps de travail sont variables (8, 9, 10, 12 et 24 heures). Plusieurs sites essaient de respecter les principes du rythme circadien, à savoir programmer les rotations vers l'avant (matin, soir, nuit), minimiser les retours rapides et accorder plus de temps libre après une garde de nuit afin de maximiser le sommeil de récupération.

Temps de travail du personnel paramédical

En France, plusieurs modèles de durées de travail quotidiennes sont établis dans nos SU variant de 7 h 30 à 12 heures. Bien que des durées quotidiennes de travail supérieures ou égales à 12 heures peuvent être attractives pour des questions de continuité des soins, de tolérance physique concernant la charge de travail et/ou d'organisation de vie personnelle [19], ces longues durées de travail ne sont pas sans risques. En effet, le travail sur une plage horaire supérieure à 12 h 30 est notamment associé à un plus grand risque d'erreurs dont plus de la moitié sont en lien avec des administrations médicamenteuses [20]. Une revue systématique vient confirmer ces résultats et met en lumière des effets néfastes pour les patients lorsque le temps hebdomadaire travaillé est supérieur à 40 heures, comme des erreurs médicamenteuses ou encore des chutes avec blessures [21]. Cependant, cette étude présente des échantillons hétérogènes et des méthodes d'analyse diverses. Par ailleurs, une enquête transversale menée auprès de 31 627 infirmiers travaillant dans 12 pays européens montre que les infirmiers travaillant sur une durée quotidienne longue (≥ 12 heures) étaient plus susceptibles de souffrir d'épuisement professionnel (au niveau émotionnel, de dépersonnalisation et de faible accomplissement personnel) comparé aux infirmiers travaillant sur des durées de travail moins longues (≤ 8 heures). D'autre part, ils étaient plus susceptibles d'éprouver de l'insatisfaction au travail et de déclarer leur intention de quitter leur emploi en raison de celle-ci [22].

Aussi, les SU accueillent un nombre de patients fluctuant au cours de la journée. En France, le personnel paramédical effectue des roulements sur des plages fixes entre 7 h 30 et 12 heures avec un nombre défini de personnels sur ces tranches horaires, entraînant de fait des sur- ou sous-effectifs en fonction de la journée ou de la nuit car non toujours adaptés à la charge de travail réelle. Aux États-Unis, de nouveaux modèles sont proposés avec des roulements de travail fixés en autoplanification, avec identification en amont du nombre cible d'infirmiers nécessaires à la charge de travail par tranches horaires de quatre heures évoluant au cours d'une journée de 24 heures, en tenant compte des besoins en personnel, des réglementations en vigueur et des préférences des infirmiers [23]. Cependant, bien qu'aucune preuve scientifique ne suggère une supériorité pour ce type de modèle, certaines études suggèrent un intérêt à l'autoplanification par les professionnels de leurs jours et/ou plages horaires travaillés [24]. D'autres études traitent spécifiquement du poste de triage, poste exigeant, demandant des prises de décision rapides après évaluation de la situation de santé des patients en un temps restreint. En effet, dans une étude pilote, il est constaté une corrélation entre-temps de triage et fatigue, avec un pic de fatigue entre quatre et huit heures après la prise de poste. Elle suggère un intérêt d'être positionné à ce poste sur un temps limité notamment lorsque le temps de travail journalier est de 12 heures [25]. Cependant, des études supplémentaires sont nécessaires afin de déterminer la plage horaire la plus appropriée.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer et suggérer un modèle plutôt qu'un autre en prenant en compte la réglementation, les besoins en personnel nécessaires à la sécurité des soins, la qualité de vie au travail (QVT) pour une pérennisation des professionnels de santé dans les SU et les coûts nécessaires à la mise en œuvre de ceux-ci.

Textes réglementaires

La durée hebdomadaire moyenne du temps de travail (heures supplémentaires comprises) ne peut excéder 48 heures sur une période de 7 jours glissants. Spécifiquement pour le personnel non médical, un repos hebdomadaire de 36 heures consécutives au minimum doit être pris et un repos quotidien de 12 heures consécutives minimum (qui peut être fixé à

11 heures minimum par dérogation après informations des risques pour la santé). Le nombre de jours de repos est fixé à 4 jours pour 2 semaines de travail, dont 2 jours au moins consécutifs incluant un dimanche (décret n° 2021-1544 du 30 novembre 2021 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière). La durée de travail continu quotidienne pour les équipes de jour est prévue à neuf heures maximum et dix heures maximum pour les équipes de nuit. Cependant, lorsque les contraintes de continuité du service l'exigent, le chef d'établissement peut, après avis du comité social de l'établissement, déroger à la durée quotidienne du travail dans un maximum de douze heures (article 7 du n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière modifié par le décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 – article 86). En ce qui concerne les heures supplémentaires, les professionnels non médicaux peuvent réaliser 240 heures par année maximum lorsque les besoins du service l'exigent (article 15 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction, modifié par décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021). Enfin, « le tableau de service » ou planning précise les horaires de travail pour chaque mois, doit être communiqué au moins 15 jours à l'avance, doit pouvoir être consulté à tout moment et toute modification doit être reportée 48 heures avant, sauf urgence (article 13 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière).

Temps non cliniques

IPA-U

Un temps hors clinique dédié pour les IPA-U est une nécessité pour garantir l'exercice optimal de leurs missions au-delà du seul volet clinique. En effet, selon le Conseil international des infirmières, la pratique avancée ne se limite pas à la prise en charge des patients, mais inclut également des fonctions essentielles comme la formation, la recherche, le leadership clinique et l'amélioration de la qualité des soins [1]. Ces dimensions, fondamentales pour l'évolution du système de santé, ne peuvent être pleinement investies sans un temps dédié en dehors de la charge clinique quotidienne. Le modèle de Hamric, qui guide la pratique avancée en France, souligne que l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins fait partie intégrante du rôle des IPA [2]. Disposer d'un temps hors clinique permet aux IPA-U d'analyser les pratiques, d'évaluer les parcours de soins, et de proposer des stratégies d'optimisation, notamment en élaborant et en mettant en œuvre des protocoles de soins basés sur les meilleures données scientifiques disponibles. Un autre pilier du modèle de Hamric est la recherche. Or, la participation active aux études cliniques, l'élaboration de projets de recherche en soins infirmiers et l'intégration des résultats dans la pratique quotidienne nécessitent du temps. Sans espace dédié, le risque est que les IPA-U soient absorbés par leurs tâches cliniques et ne puissent contribuer pleinement au développement des connaissances infirmières et médicales, limitant ainsi leur rôle dans l'innovation des pratiques. Par ailleurs, les IPA-U jouent également un rôle clé en formation des professionnels de santé, notamment des infirmiers et des étudiants. Cette fonction, mise en avant par le Conseil international des infirmières, est cruciale pour diffuser les connaissances et favoriser l'évolution des pratiques professionnelles. Un temps dédié hors clinique permet aux IPA-U d'organiser et d'animer des sessions de formation, de développer des outils pédagogiques et d'accompagner leurs collègues dans la montée en compétences.

De plus, leur engagement dans le leadership clinique et la coordination interprofessionnelle nécessite un investissement en dehors de la prise en charge directe des patients, afin d'initier des projets collaboratifs et d'améliorer la communication entre les différentes professions de santé. Enfin, un temps hors clinique structuré contribue à la prévention de l'épuisement professionnel. La charge clinique des IPA-U est souvent lourde, et l'absence de temps dédié aux autres dimensions de leur rôle peut générer une surcharge, limitant leur capacité à remplir pleinement leurs missions. En valorisant ces temps dédiés, les institutions favorisent l'équilibre professionnel des IPA et assurent la pérennisation de leur fonction, qui ne peut être réduite à une simple extension du rôle infirmier classique.

En conclusion, un temps hors clinique pour les IPA-U est un investissement stratégique pour le système de santé. Il permet d'assurer une meilleure qualité des soins, de renforcer la recherche infirmière, d'améliorer la formation des professionnels et de soutenir le leadership clinique. Sans cet aménagement, les IPA-U risquent d'être cantonnés à une fonction strictement clinique, limitant ainsi leur potentiel et l'impact de leur expertise avancée sur l'amélioration des soins et des parcours de santé. Il est donc essentiel que les institutions de santé reconnaissent et valorisent ces temps hors clinique pour les IPA, en tant qu'élément clé du développement de la pratique avancée infirmière [26, 27].

Temps non clinique des médecins

Textes réglementaires

Depuis 2015, la législation sur le temps de travail des médecins en « temps continu » définit le temps de travail à 48 heures par semaine (lissé) avec un temps clinique posté de 39 heures et un temps non posté de 9 heures [28]. Ce temps non posté comprend le temps de formation continue ainsi que les missions structurantes du service et de l'établissement : coordination des soins (réunions de services, groupes de travail, structuration de filières), suivi et analyse des données, contribution à l'organisation et à la gestion du service et à la vie institutionnelle, participation à des démarches collectives qualité-risques-vigilance, aux démarches de préparation des gestions de crises et aux travaux de recherche et d'enseignement. Le temps consacré à la fonction de chef de service n'est pas inclus dans ces missions. Ce temps non posté est réparti entre les praticiens sous la responsabilité du chef de service. Comprenant le temps de formation, ce temps doit être disponible pour tout praticien (même sans mission structurante) en étant assorti à une démarche de formation portée par le service et l'établissement (diplôme universitaire [DU], congrès).

Données scientifiques

La possibilité de s'investir au sein du service ou de l'établissement est un facteur d'attractivité des établissements et d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT). Des activités professionnelles mixtes ont un impact positif sur la QVCT et la récente enquête auprès des jeunes urgentistes français met en évidence que la possibilité de s'investir est un élément d'attractivité même si cet investissement ne fait pas l'unanimité [29]. Une enquête au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris en 2022 a mis en évidence que plus de 70 % des répondants trouvent un intérêt personnel à une valence non clinique avec un équilibre de vie et un bénéfice intellectuel pour entretenir leurs connaissances. Sont également mis en avant l'intérêt collectif, l'émulation, l'amélioration des pratiques de soins, la vocation du centre hospitalier universitaire (CHU) [30]. L'évolution de nos SU va entraîner le besoin d'adapter nos pratiques et nos organisations et donc de pouvoir investir du temps des

professionnels des SU sur ces problématiques, pour mettre en place de nouvelles organisations mais également de pouvoir les évaluer.

Intérêt des pauses, notamment quand la durée du poste est prolongée (12 heures-24 heures)

Textes réglementaires

La réglementation française sur les pauses est assez pauvre et ne mentionne que l'obligation d'un temps de pause minimum de vingt minutes consécutives après six heures de travail effectif (ce temps pouvant correspondre à la pause repas) tout en laissant la porte ouverte à des pauses courtes de « façon raisonnable » (téléphoner, prendre un café) (article L. 3121-16 du Code du travail). De fait, il n'existe pas de législation pour les praticiens hospitaliers dans le Code de la santé publique.

Données scientifiques

L'aviation civile applique depuis longtemps le concept de pauses lors de périodes de travail longues avec une haute charge mentale. En effet, un travail américain avait identifié une fatigue ressentie dès 2 heures de travail à « flux intense » [31]. Ainsi, les contrôleurs aériens ont des pauses de 30 minutes après une période de travail de 2 h 30. La MU est réputée pour sa charge mentale élevée avec des soignants en charge de plusieurs patients aigus en simultané et avec de nombreuses interruptions de tâches. Cette charge mentale peut avoir un impact négatif sur les capacités cognitives des professionnels de santé. De plus, les périodes de travail sont souvent longues, fréquemment de 12 heures, voire plus pour les médecins avec des effets délétères identifiés. Une étude australienne auprès de soixante-douze étudiants a montré une amélioration de l'apprentissage après une pause à la suite d'un effort cognitif intense [32]. Concernant l'impact des pauses sur les travailleurs, une revue systématique de 2022 [33] met en évidence une amélioration de la performance, une baisse de la sensation de fatigue et une impression de boost. Une autre revue a exploré l'impact des siestes durant les périodes de travail de nuit avec un impact favorable sur les fonctions cognitives [34]. Ces deux derniers travaux ont néanmoins une forte hétérogénéité des études et une population cible qui n'est pas celle du propos de ce travail. Peu d'études dans les métiers de la santé mettent en lien fatigue et sécurité des patients mais également sur leur propre sécurité [35]. Selon l'European Cockpit Association, la fatigue serait un élément contributif dans 15 à 20 % des accidents aéronautiques. La mise à disposition d'espaces de repos adaptés (calme, isolés du bruit, avec la possibilité de s'allonger) et l'autorisation de courtes siestes lors des gardes réduisent significativement la somnolence et le risque d'accidents professionnels [36]. Une méta-analyse a démontré que les pauses régulières, même courtes, favorisent une meilleure vigilance et diminuent les erreurs médicales [37]. Selon le rapport sur la santé des soignants commandé par le ministère de la Santé en 2023, 60 % déclaraient des phases d'épuisement professionnel à des taux identiques qu'ils soient aides-soignants, infirmiers ou médecins. Mais des solutions restent possibles en agissant sur les causes primaires (élimination des causes de stress) ou secondaires (gestion du stress et des facteurs de stress), ce d'autant plus que la fatigue et l'épuisement professionnel ont un impact sur la qualité du travail fourni avec un risque pour le patient [20, 38]. Pour un travailleur sur écran avec tâche intensive, l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) recommande une pause active de 5 minutes (se lever, marcher) toutes les heures ainsi qu'un examen ophtalmologique et auditif régulier dans le cadre de la médecine du travail. L'activité des assistants de régulation médicale (ARM) et

des médecins régulateurs présente une spécificité par rapport aux autres emplois en MU ; il s'agit d'un travail quasi exclusivement sur écran avec une forte charge cognitive ; or le Code du travail définit des règles d'ergonomie et d'organisation du travail dans les articles R. 4542-1 à R. 4542-19 et l'INRS donne nombre de recommandations quant à l'ergonomie, la luminosité, l'acoustique (www.inrs.fr/risques/travail-ecran/prevention-risques.html).

Les siestes dans la société occidentale sont perçues négativement, voire inconcevables. Or, de nombreuses études ont montré leur bénéfice sur la récupération et l'optimisation des personnels qui les pratiquaient [39]. Elles sont encouragées dans les armées [40] et dans le milieu du travail en général par l'INRS [41]. Pour être parfaitement utilisées au sein des SU, les siestes doivent être planifiées, organisées et intégrées dans le temps de travail par les encadrants [42]. Les périodes idéales pour faire la sieste se situent entre 2 et 6 heures et 14 et 16 heures. Il existe trois types de siestes : siestes longues (60 à 90 minutes), siestes courtes (20 à 30 minutes) et microsiestes (5 à 15 minutes) ; ce sont ces dernières qui sont à privilégier car elles n'induisent pas d'inertie de réveil (pouvant durer de 10 à 40 minutes) pendant lesquelles on évitera de prendre des décisions. Afin de faciliter le réveil, il peut être mis en place des « siestes caféinées » avec prise d'une dose de caféine juste avant la sieste et qui vont faciliter le réveil correspondant au pic d'activité de la caféine [43].

RÉFÉRENCES

1. Persico N, Maltese F, Ferrigno C, *et al.* Influence of shift duration on cognitive performance of emergency physicians: A prospective cross-sectional study. *Ann Emerg Med* 2018 ; 72(2) : 171-80.
2. Gurubhagavatula I, Barger LK, Barnes CM, *et al.* Guiding principles for determining work shift duration and addressing the effects of work shift duration on performance, safety, and health: guidance from the American Academy of Sleep Medicine and the Sleep Research Society. *J Clin Sleep Med* 2021 ; 17(11) : 2283-306.
3. Kecklund G, Axelsson J. Health consequences of shift work and insufficient sleep. *BMJ*. 2016 ; 355 : i5210.
4. Grandou C, Wallace L, Fullagar HHK, *et al.* The effects of sleep loss on military physical performance. *Sports Med* 2019 ; 49 : 1159-72.
5. Jackson ML, Gunzelmann G, Whitney P, *et al.* Deconstructing and reconstructing cognitive performance in sleep deprivation. *Sleep Med Rev* 2013 ; 17(3) : 215-25.
6. Barnes CM, Guarana CL, Nauman S, Kong DT. Too tired to inspire or be inspired: Sleep deprivation and charismatic leadership. *J Appl Psychol* 2016 ; 101(8) : 1191-9.
7. Caldwell JA, Caldwell JL, Thompson LA, Lieberman HR. Fatigue and its management in the workplace. *Neurosci Biobehav Rev* 2019 ; 96 : 272-89.
8. Satterfield BC, Van Dongen HP. Occupational fatigue, underlying sleep and circadian mechanisms, and approaches to fatigue risk management. *Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior* 2013 ; 1(3) : 118-36.
9. Belenky G, Wesensten NJ, Thorne DR, *et al.* Patterns of performance degradation and restoration during sleep restriction and subsequent recovery: A sleep dose-response study. *J Sleep Res* 2003 ; 12(1) : 1-12.
10. Grech MR, Neal A, Yeo G, Smith S, Humphreys M. An examination of the relationship between workload and fatigue within and across consecutive days of work: Is the relationship static or dynamic? *J Occup Health Psychol* 2009 ; 14(3) : 231-42.
11. Arnedt JT, Owens J, Crouch M, Stahl J, Carskadon MA. Neurobehavioral performance of residents after heavy night call vs after alcohol ingestion. *JAMA* 2005 ; 294(9) : 1025-33.
12. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, *et al.* Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 2004 ; 351(18) : 1838-48.
13. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, *et al.* Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med* 2004 ; 351(18) : 1829-37.
14. Barger LK, Cade BE, Ayas NT, *et al.* Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. *N Engl J Med* 2005 ; 352(2) : 125-34.

15. Maltese F, Adda M, Bablon A, *et al.* Night shift decreases cognitive performance of ICU physicians. *Intensive Care Med* 2016 ; 42(3) : 393-400.
16. Hulsegge G, Coenen P, Gascon GM, *et al.* Adapting shift work schedules for sleep quality, sleep duration, and sleepiness in shift workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2023 ; 9(9) : CD010639.
17. Niinihuhta M, Häggman-Laitila A. A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being. *Int J Nurs Pract* 2022 ; 28(5) : e13040.
18. Caruso CC, Geiger-Brown J, Takahashi M, *et al.* NIOSH training for nurses on shift work and long work hours. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health [Internet]. Octobre 2023. Disponible sur : <https://doi.org/10.26616/NIOSH PUB2015115revised102023>
19. Ose SO, Tjønnås MS, Kaspersen SL, Færevik H. One-year trial of 12-hour shifts in a non-intensive care unit and an intensive care unit in a public hospital: A qualitative study of 24 nurses' experiences. *BMJ Open* 2019 ; 9(7) : e024292.
20. Scott L, Rogers A, Hwang W-T, Zhang Y. The effects of critical care nurse work hours on vigilance and patient safety. *Am J Crit Care* 2006 ; 15(4) : 30-7.
21. Bae S-H. Relationships between comprehensive characteristics of nurse work schedules and adverse patient outcomes: A systematic literature review. *J Clin Nurs*, 2021 ; 30 : 2202-21.
22. Dall'Orsi C, Griffiths P, Ball J, *et al.* Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: Findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open* 2015 ; 5 : e008331.
23. Svirsco AC, *et al.* Using mathematical modeling to improve the emergency department nurse-scheduling process. *J Emerg Nurs* 2019 ; 45(4) : 425-32.
24. Ejebu OZ, Dall'Orsi C, Griffiths P. Nurses' experiences and preferences around shift patterns: A scoping review. *PLoS One* 2021 ; 16(8) : e0256300.
25. McMahon B, Hudson J, Prewitt J, Carman MJ, Engleson M. Measuring fatigue in triage: A pilot study. *Adv Emerg Nurs J* 2017 ; 39(2) : 114-22.
26. International Council of Nurses [ICN]. Guidelines on advanced practice nursing [Internet]. 2020, p. 44. [Cité le 4 mai 2024]. Disponible sur : www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
27. Tracy MF, O'Grady ET, Phillips SJ, Hamric AB. *Hamric & Hanson's Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*, 7^e éd. Missouri : Elsevier, 2023, 808 p.
28. Instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.
29. Dupuy M, Gossioime A, Segond N, *et al.* Qu'attendent les médecins urgentistes français de moins de 35 ans dans leur pratique ? Une enquête nationale de la commission des jeunes de la société française de médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urgence* 2024 ; 14(5) : 292-301.
30. https://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme8novembre2022_valencesnoncliniques.pdf
31. Spencer MB, Rogers AS, Stone BM. *A review of the current scheme for the regulation of air traffic controllers hours (SCRATCOH)*. Farnborough : Defense Evaluation and Research Agency, 1997.
32. Ginns P, Muscat K, Naylor R. Rest breaks aid directed attention and learning. *Educational and Developmental Psychologist* 2023 ; 40(2) : 141-50.
33. Albulescu P, Macsinga I, Rusu A, *et al.* « Give me a break! » A systematic review and meta-analysis on the efficacy of micro-breaks for increasing well-being and performance. *PLoS One* 2022 ; 17(8) : e0272460.
34. Dutheil F, Bessonnat B, Pereira B, *et al.* Napping and cognitive performance during night shifts: A systematic review and meta-analysis. *Sleep* 2020 ; 43(12) : zsaa109.
35. Rogers AE. «The effects of fatigue and sleepiness on nurse performance and patient safety ». In: Hughes RG (ed). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses, Chapter 40*. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
36. Martin-Gill C, Barger LK, Moore CG, *et al.* Effects of napping during shift work on sleepiness and performance in emergency medical services personnel and similar shift workers: A systematic review and meta-analysis. *Prehosp Emerg Care* 2018 ; 22(sup1) : 47-57.

37. Wolkow AP, Barger LK, O'Brien CS, *et al.* Associations between sleep disturbances, mental health outcomes and burnout in firefighters, and the mediating role of sleep during overnight work: A cross-sectional study. *J Sleep Res* 2019 ; 28(6) : e12869.
38. De Stefano C, Philippon AL, Krastinova E, *et al.* Effect of emergency physician burnout on patient waiting times. *Intern Emerg Med* 2018 ; 13(3) : 421-8.
39. Zion N, Shochat T. Let them sleep: The effects of a scheduled nap during the night shift on sleepiness and cognition in hospital nurses. *J Adv Nurs* 2019 ; 75(11) : 2603-15.
40. Chennaoui M, Rabat A, Sauvet F. Guide pratique. Gestion veille sommeil en milieu militaire. IRBA, 2015.
41. Morvan E, Primerano J. La « micro-sieste » à l'épreuve de la nuit. *Temporalités* [Internet] 2023 : 37-38. [Consulté le 3 février 2025]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/temporalites/11399>
42. Li H, Shao Y, Xing Z, *et al.* Napping on night-shifts among nursing staff: A mixed-methods systematic review. *J Adv Nurs* 2019 ; 75(2) : 291-312.
43. Wallace PJ, Haber JJ. Top 10 evidence-based countermeasures for night shift workers. *Emerg Med J* 2020 ; 37(9) : 562-4.

QUESTION 17

Comment préserver une qualité de vie et des conditions de travail tout au long de la carrière des soignants de l'urgence ?

Experts : A. DEPIL-DUVAL, C. GIL-JARDINE, P. SERRE, J.-F. CIBIEN, N. PESCHANSKI, M. DUPUY

R17.1. Les experts recommandent d'organiser un suivi médical personnalisé et de prévention santé *via* des bilans réguliers adaptés aux risques de la MU avec l'intégration de psychologues et de référents santé au travail.

R17.2. Les experts recommandent de développer l'activité physique, la nutrition et le bien-être *via* la promotion de programmes comprenant l'accès à l'activité physique encadrée, des ateliers nutritionnels adaptés aux horaires décalés et des techniques de relaxation (sophrologie, yoga, méditation).

R17.3. Les experts recommandent de former les encadrants à un management éthique et humain, une reconnaissance des besoins physiologiques des équipes et à la mise en place de QVCT personnalisées selon l'âge et les contraintes.

R17.4. Les experts recommandent de permettre aux praticiens vieillissants une transition progressive vers des postes mixtes (administratif, enseignement, mentorat), *via* des plans de carrière anticipés et une réduction progressive de l'activité clinique.

R17.5. Les experts recommandent de maintenir une formation continue en encourageant l'*e-learning*, la simulation immersive, la mise à jour des compétences en lien avec les évolutions médicales et des modules de gestion du stress ou des relations humaines.

R17.6. Les experts recommandent de déployer des outils numériques pour la planification intelligente, la téléexpertise, l'intelligence artificielle pour le triage et la documentation tout en garantissant l'encadrement humain pour éviter les dérives.

R17.7. Les experts recommandent de mettre en place un plan global de gestion des incivilités incluant une communication auprès des patients et de leur famille sur les risques

encourus en cas d'incivilité ou d'agression des soignants, une formation du personnel soignant à la désescalade et à la communication non violente, des protocoles clairs d'intervention en collaboration interprofessionnelle (soignants, sécurité, police, gendarmerie et justice).

R17.8. Les experts recommandent d'organiser un dépôt de plainte anonyme facilité et sécurisé avec maintien du salaire complet en cas d'accident du travail dû à une agression.

R17.9. Les experts recommandent de formaliser des débriefings postévènements à fort impact émotionnel avec la participation de professionnels formés (psychologues, médiateurs, conciliateurs), un protocole sécurisé et confidentiel et un suivi psychologique adapté.

SUIVI MÉDICAL PERSONNALISÉ ET PRÉVENTION SANTÉ

Dans le contexte de la MU, l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle revêt une importance toute particulière. En effet, outre les rythmes décalés, le burn out est un risque majeur en MU. Afin de le prévenir, il est crucial pour le praticien de trouver un équilibre entre travail et vie personnelle, et ce, dès le début de sa carrière. Cela inclut des périodes de repos régulières, des durées de vacances suffisantes et des activités qui permettent de décompresser. En outre, la MU représente une spécialité source de stress inhérente à la pratique (pression sociétale, institutionnelle, évènementielle, confrontation à la souffrance et à la mort, etc.). Ainsi, développer des outils efficaces de gestion du stress ou la pratique de techniques de relaxation, telles que la méditation, la pratique de *hobbies* créatifs ou le yoga, peut aider à prévenir l'épuisement professionnel et à préserver la santé mentale. Le suivi de la santé des professionnels de la MU est un enjeu majeur pour la QVT et la prévention des risques professionnels. En raison des horaires décalés, de la charge cognitive élevée et de l'exposition aux agents infectieux, les urgentistes et soignants sont particulièrement vulnérables au burn out, aux troubles musculosquelettiques (TMS) et aux risques psychosociaux [1]. Les visites médicales périodiques permettent d'identifier précocement les signes de fatigue chronique, d'anxiété ou de dépression, et d'adapter la prise en charge en conséquence. Une coordination étroite avec la médecine du travail favorise une détection des troubles liés aux conditions de travail spécifiques aux urgences, *via* des bilans de santé approfondis et des tests fonctionnels ciblés. L'impact du stress aigu et de la surcharge de travail a été démontré dans plusieurs études, mettant en évidence un taux de burn out particulièrement élevé chez les urgentistes. Selon une revue systématique, jusqu'à 65 % des soignants des urgences présentent des symptômes de burn out, affectant directement leur bien-être et la sécurité des soins [2]. En parallèle, les TMS représentent une cause fréquente d'arrêt de travail, nécessitant des mesures de prévention spécifiques telles que l'ergonomie des postes de travail et des formations à la prévention des blessures [3]. L'un des facteurs clés de succès réside dans l'intégration de dispositifs de soutien internes, avec des référents en santé au travail, des psychologues hospitaliers et des cellules d'écoute pour accompagner les soignants en difficulté. L'instauration d'un suivi personnalisé, notamment après des événements traumatisants (accidents graves, décès de patients), est essentielle pour limiter les risques de stress post-traumatique et garantir un environnement de travail sain et résilient [4].

ACTIVITÉ PHYSIQUE, NUTRITION ET BIEN-ÊTRE

L'activité physique régulière est une stratégie éprouvée pour réduire le stress, améliorer la qualité du sommeil et renforcer la résilience psychologique [5]. De nombreuses études ont

démontré que les programmes de bien-être intégrant du sport, du yoga ou de la méditation de pleine conscience améliorent la capacité d'adaptation au stress et réduisent les symptômes d'anxiété et de fatigue chez le personnel hospitalier [6]. Une revue systématique a montré que l'intégration de programmes d'exercice physique dans les établissements hospitaliers est associée à une meilleure santé cardiovasculaire et une réduction de l'absentéisme. L'environnement de travail joue également un rôle crucial. La mise en place de salles de sport hospitalières, la facilitation de l'accès à des clubs sportifs extérieurs, ou encore l'organisation d'événements sportifs (courses ou randonnées solidaires) contribuent à renforcer le sentiment d'appartenance et la cohésion des équipes [7]. En complément, l'introduction de techniques de relaxation (yoga, sophrologie, méditation) permet aux soignants de mieux gérer leur réactivité émotionnelle et d'augmenter leur résilience face aux situations de tension [8]. Avec l'âge, la préservation de la santé physique et psychologique de l'urgentiste doit devenir un axe prioritaire dans sa pratique professionnelle comme dans sa vie personnelle.

L'amélioration de l'offre alimentaire à l'hôpital, avec des distributeurs d'aliments sains et des espaces de restauration adaptés aux horaires décalés, est une stratégie efficace pour limiter les comportements alimentaires à risque [9]. L'alimentation des soignants reste problématique surtout lorsqu'ils travaillent en horaires décalés. Ce phénomène est probablement majoré dans les grandes villes où les services de livraison peuvent fournir de la *junk food* vingt-quatre heures sur vingt-quatre, il est donc indispensable de revoir les menus proposés aux soignants ainsi que de proposer une formation à la diététique personnelle adaptée à leurs besoins [10]. Or, la mauvaise alimentation a un impact sur la fatigue et donc l'efficacité des soignants [11].

LEADERSHIP BIENVEILLANT ET GOUVERNANCE PARTICIPATIVE

Dans une SU, la performance des équipes repose autant sur la compétence individuelle que sur la qualité du travail collectif. Le *team building* et une organisation efficace permettent non seulement d'améliorer la communication et la coordination des soins, mais aussi de réduire le stress et l'épuisement professionnel des soignants. Les activités de *team building* favorisent un esprit de collaboration et une meilleure compréhension des rôles au sein de l'équipe interprofessionnelle. Une étude a montré que la mise en place de *serious games* et d'ateliers de simulation dans les services d'urgence renforce la résolution de problèmes en groupe, la répartition des responsabilités et l'entraide lors des situations critiques. Les briefings et débriefings structurés en début et en fin de garde permettent de partager les informations importantes, d'anticiper les difficultés organisationnelles et d'améliorer la réactivité face aux pics d'affluence. Ces réunions de courte durée sont associées à une diminution des erreurs de communication et une meilleure satisfaction des équipes [12]. L'équité dans la répartition des tâches est également un facteur clé pour prévenir la surcharge de travail et éviter l'accumulation de la pénibilité sur les mêmes individus. Une rotation équilibrée entre les postes de tri, les soins techniques et les consultations favorise un engagement durable et réduit le turnover des soignants. Enfin, un leadership positif et participatif est essentiel pour garantir une gouvernance collective et bienveillante. Selon une revue de la littérature sur le leadership en MU, les équipes dirigées par des responsables impliqués et ouverts aux retours des soignants sont plus résilientes face au stress et maintiennent une meilleure qualité de soins sur le long terme. Il existe également une action « thérapeutique » aux débriefings qui permet aux managers de détecter un personnel en difficulté pour l'accompagner mais également aux praticiens de décharger leur stress, leurs émotions. Les staffs jouent un rôle moteur dans la cohésion de l'équipe comme dans sa structuration et la dynamique du groupe.

DIVERSIFICATION DES CARRIÈRES DES SENIORS

Bien vieillir en MU représente un défi unique. La MU est souvent décrite comme l'une des branches les plus intenses de la pratique médicale. Les soignants sont confrontés à des situations critiques et à une nécessaire continuité d'accès aux soins sept jours sur sept, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, augmentant la pression. L'évolution du système de santé dans son ensemble expose cette profession confrontée à une intensité croissante de l'activité liée aux contraintes de l'accès aux soins et aux défis représentés par le vieillissement de la population. Vieillir sereinement dans cet environnement professionnel à haute intensité nécessite pour les soignants d'élaborer une stratégie sur le long terme, alliant adaptation continue et développement personnel afin de maintenir une pratique épanouissante dans une carrière durable qui doit s'allier à une qualité de vie personnelle.

Au fur et à mesure de l'acquisition de l'expérience professionnelle, après une période initiale marquée par la maîtrise des fondamentaux, des intérêts spécifiques envers certains aspects du métier et l'acquisition d'une expertise dans ces domaines de prédilection apparaissent. Il s'agit alors pour le praticien d'adapter progressivement son rôle en fonction de ses points forts et de ses appétences. Certains s'épanouiront dans l'enseignement, d'autres dans la recherche alors que les derniers développeront une valence managériale ou dans les fonctions administratives ou de conseil. Ainsi, tout au long de sa carrière, le médecin urgentiste se doit de rester ouvert à l'idée d'adapter son rôle en fonction de l'évolution de sa pratique et de ses intérêts et doit être informé et accompagné sur les possibilités qui lui sont offertes.

Un autre élément de la pérennité dans sa pratique est représenté par le soutien social dans son cadre de travail qui apparaît comme un facteur clé pour la satisfaction professionnelle et diminuer la tension au travail [13]. En effet, développer des relations solides avec ses collègues peut offrir un soutien émotionnel crucial. Partager des expériences, des projets, des défis et des réussites en équipe peut aider à renforcer le sentiment d'appartenance et de camaraderie, rendant le travail plus agréable et moins stressant. En outre, exposé à des situations professionnelles et/ou personnelles difficiles, l'urgentiste peut plus facilement demander de l'aide dans ce cadre lorsqu'il en ressent le besoin. Il peut s'agir par exemple d'un soutien ou d'une adaptation de poste pour faire face à un problème de santé physique ou mentale, pour gérer une situation stressante ou pour aider à planifier sa retraite. Dans ce contexte de relation interprofessionnelle vertueuse, il est important de reconnaître ses propres limites et de ne pas hésiter à demander de l'aide lorsque cela apparaît nécessaire. Ainsi, afin de se sentir épaulé tout au long de sa carrière, le développement de ces relations solides doit permettre de chercher un soutien psychologique lorsque des événements ou des facteurs de stress deviennent accablants. Cette démarche naturelle doit alors apparaître au praticien comme une preuve de sagesse et non pas de faiblesse. D'autre part, dans une démarche de mentorat qu'il convient de développer, la délégation de certaines tâches à de plus jeunes praticiens peut non seulement alléger la charge de travail mais surtout permettre de développer leurs compétences en bénéficiant de la maîtrise et de l'encadrement du praticien expérimenté. Enfin, la préparation de la transition vers la fin de sa carrière professionnelle doit être envisagée en amont de la cessation de son activité. L'évolution progressive de sa pratique professionnelle vers une activité moins intense peut être une option. L'engagement dans cette démarche peut inclure l'encadrement et la supervision, l'enseignement, la recherche ou encore des postes administratifs. Ces rôles permettent de contribuer au domaine médical dans la continuité tout en réduisant l'exigence physique et émotionnelle inhérente à l'intensité des urgences.

FORMATION CONTINUE INNOVANTE

Du fait de sa transversalité et l'étendue de sa pratique, la MU est un domaine qui évolue continuellement et qui exige de l'urgentiste de rester performant dans sa pratique. En assurant la possibilité d'une formation continue régulière, le praticien maintient ses compétences à jour et s'assure ainsi de fournir les soins adaptés selon les connaissances les plus récentes de la science [6]. Cette démarche se doit d'être encouragée et d'inclure la participation à des formations universitaires et postuniversitaires, des sessions pratiques de recyclage ou d'apprentissage, des conférences et la lecture de publications médicales. Outre cette nécessité absolue de développement continu des connaissances médicales, en tant que médecin expérimenté, l'urgentiste senior est également une mine de connaissances à partager. Ainsi, le mentorat de jeunes collègues représente-t-il un moyen gratifiant de contribuer au développement et au partage des connaissances dans de nombreux domaines et apporte des perspectives nouvelles à sa propre pratique clinique [7].

INTÉGRATION DES TECHNOLOGIES POUR ALLÉGER LA CHARGE COGNITIVE

Dans le contexte évolutif de la MU, savoir tirer parti de l'apport des nouvelles technologies devient un facteur potentiel de longévité. En effet, la technologie peut contribuer à alléger la charge de travail si les outils sont adaptés. L'évolution apportée par l'environnement numérique, la télé médecine ou d'autres solutions technologiques peuvent rationaliser le flux de travail et rendre la pratique plus efficace et durable. Être ouvert aux nouvelles techniques et technologies peut non seulement permettre au praticien de réduire la pression inhérente à son activité en facilitant certaines tâches, mais également améliorer les soins aux patients par la connaissance et la maîtrise de ces nouveaux outils [8].

L'ergonomie des espaces de travail joue un rôle déterminant dans la prévention des TMS et la réduction de la fatigue physique. Une optimisation de l'aménagement des box de consultation et du matériel (par exemple, chariots réglables, brancards facilement manœuvrables) contribue à améliorer le confort des soignants et la fluidité des interventions [14]. L'amélioration de la QVCT dans une SU repose sur une gestion optimisée des ressources humaines, une fluidité des échanges et une réduction de la charge cognitive des soignants. Dans ce contexte, les nouvelles technologies offrent des solutions permettant de répondre à ces défis.

L'introduction de logiciels de planification intelligents optimise la gestion des ressources humaines en assurant une rotation plus équitable des gardes et en réduisant le stress lié aux conflits d'horaires. Des algorithmes avancés permettent une répartition optimale du personnel, en fonction des contraintes organisationnelles et des préférences individuelles. Certains ont suggéré que l'intégration de l'intelligence artificielle dans la gestion des plannings et la planification des tâches peut améliorer la satisfaction des soignants et réduit les risques d'erreurs liés à la surcharge cognitive.

L'usage de la téléexpertise et des outils de communication instantanée facilite l'accès rapide à un avis spécialisé, en particulier dans les hôpitaux ne disposant pas de spécialistes sur place. La télé-imagerie et les plateformes de messagerie sécurisée permettent aux urgentistes de consulter rapidement un spécialiste, ce qui réduit l'isolement décisionnel et améliore la fluidité organisationnelle. Peu d'études se sont intéressées à l'intérêt de la téléexpertise dans la prise en charge des patients. En milieu isolé, une équipe de Médecins sans frontières a précisé l'impact positif de la téléexpertise pour réduire les délais diagnostiques et contribuer à une meilleure prise en charge des patients [15].

L'intelligence artificielle (IA) va immanquablement prendre une place de plus en plus importante en médecine. Les outils d'aide au diagnostic se développent de plus en plus notamment pour le triage et l'orientation des patients en urgence. Ces systèmes d'aide à la décision analysent les symptômes en temps réel et hiérarchisent les priorités. L'IA appliquée au triage permet une réduction significative de l'engorgement et du stress des soignants aux urgences [16]. Son utilisation pour accompagner l'urgentiste dans l'interprétation permet de sécuriser la prise en charge des patients victimes de traumatisme de membre grâce à une excellente sensibilité [17]. Cependant, les études actuelles se focalisent exclusivement sur les performances analytiques sans considérer l'impact sur les éléments de prise en charge concrets.

L'intégration de la formation en *e-learning* et de la simulation immersive permet aux soignants de renforcer leurs compétences de manière flexible. Des modules interactifs et des scénarios immersifs en réalité virtuelle permettent d'améliorer la gestion des situations critiques et de réduire l'anxiété des soignants face aux urgences en conditions réelles [18]. L'*e-learning* permet de développer et de maintenir des compétences professionnelles de manière efficace et moins contraignante [19]. Ces approches se sont développées durant la pandémie de COVID-19 et tendent à se poursuivre.

Enfin, l'automatisation des processus administratifs réduit la charge cognitive des soignants et limite les erreurs humaines. En SU, ces situations sont particulièrement fréquentes. Il peut s'agir de recherches d'historique dans le dossier patient informatisé, de la réalisation des prescriptions électroniques, de la gestion de l'organisation du flux et de la génération des courriers médicaux, missions sources d'interruptions de tâches et consommatrices de temps médical.

Toutefois, l'adoption de ces technologies doit s'accompagner d'une formation adaptée et d'un suivi rigoureux pour éviter une surcharge numérique susceptible d'engendrer de nouvelles formes de stress.

PRÉVENTION DES VIOLENCES ET INCIVILITÉS

Outre les situations communes à toutes les professions et à tous les types d'exercice au sein de l'hôpital public, il existe pour les soignants de l'urgence des situations de violences physiques ou verbales plus fréquentes. Plusieurs explications sont avancées – l'inconnue et le stress des soins non programmés, la consommation de toxiques, la surreprésentation des patients psychiatriques, la surpopulation des urgences, les temps d'attente longs. Les agents d'accueil, les infirmiers organisateurs de l'accueil (IOA) et les personnels chargés de la sécurité sont particulièrement exposés. S'il n'est pas question d'isoler les personnels des SU dans la démarche de protection globale à construire dans la démarche institutionnelle, identifier les risques spécifiques de ces professionnels est à nos yeux utile pour mieux les préserver, les protéger. Cette démarche proactive se doit d'être construite en partenariat avec les acteurs de terrain pour être formalisée et déployée dans l'intérêt de tous les soignants de l'urgence. Les incivilités et les violences affectent directement le bien-être des soignants et la qualité des soins [20]. De plus, les agressions verbales et physiques ont des conséquences psychologiques et organisationnelles, en favorisant le turnover, l'absentéisme et le stress professionnel.

Il n'existe pas, à notre connaissance, de communication institutionnelle sur les violences et incivilités faites aux soignants de santé. Ce sujet n'est souvent abordé qu'au décours d'accidents ou d'épisodes de violence subis par les professionnels de santé et également lors de la remise des rapports annuels de l'Observatoire national des violences en santé (ONVS) ou du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Une communication via les médias comme

des campagnes d'affichage et de sensibilisation dans tous les établissements ou cabinets de consultation nous semblent importantes.

Deux points de vigilance sont à noter et devront faire l'objet d'une communication vaste et adaptée. Premièrement, les menaces ou insultes déversées lors des appels téléphoniques. Ce point, même s'il est rapidement évoqué à la page 60 du rapport sur les violences à l'encontre des soignants, mérite toute notre attention et une réponse du même ordre que celle apportée pour les autres conditions d'exercice. Deuxièmement, les commentaires affichés sur les réseaux sociaux et contre lesquels nous ne pouvons pas répondre, sauf à nous exposer à des sanctions du fait de notre devoir de réserve et/ou nos obligations de conserver le secret médical, seront aussi à intégrer dans la réflexion sur la nécessité de protéger les soignants.

Une approche de prévention proactive s'avère nécessaire, notamment par la formation des soignants aux techniques de désescalade et de communication non violente. Une étude a démontré que les programmes de formation en gestion des conflits réduisent significativement le nombre d'incidents violents et améliorent le ressenti de sécurité du personnel [21].

Les protocoles de collaboration entre les équipes hospitalières, les services de sécurité et les forces de l'ordre sont indispensables. Une étude menée dans plusieurs hôpitaux a montré que les établissements ayant mis en place des procédures claires d'intervention pour les incidents violents ont observé une diminution des actes d'agression et une amélioration du climat de travail [22]. Outre la préparation du personnel, des modifications environnementales peuvent également contribuer à limiter le risque d'incivilité. Par exemple, l'optimisation de l'espace d'attente, la clarté de l'information donnée aux patients et la présence visible de dispositifs d'alerte (boutons d'appel d'urgence, signalisation de vidéosurveillance) sont associées à une diminution de la frustration et de l'agressivité dans les services d'urgence [23].

DÉPÔT DE PLAINTE FACILITÉ ET SÉCURISÉ ET MAINTIEN DU SALAIRE COMPLET EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL DÛ À UNE AGRESSION

L'anonymisation nécessaire du dépôt de plainte comme élément majeur pour favoriser les déclarations des victimes. La possibilité lors du dépôt de la plainte d'être domicilié à son adresse professionnelle est trop peu connue et rarement utilisée (article 7076-57 du comité de protection des personnes [CPP]). Si la violence physique fait irruption parfois de façon très violente dans notre quotidien de soignants, les violences psychiques au travers d'incivilités et d'insultes s'immiscent insidieusement dans notre quotidien et se déploient plus vite et plus fort avec l'utilisation des réseaux sociaux. Le référencement dans chaque département, au niveau régional et national des conventions « santé-sécurité-justice » doit être effectif. De même, des retours d'expérience aux niveaux régional et national sur des cas d'usage pourraient nous permettre de partager les éléments qui fonctionnent bien et d'apporter si besoin les éléments à corriger ou à renforcer sur chaque territoire.

Dans l'état actuel de la législation, concernant la position d'accident de travail des praticiens sur ce type d'agression, l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) et les autres primes ne sont intégrées dans la base du calcul que les six premiers mois pour un praticien hospitalier (PH) victime d'un accident de travail (article R. 152-23-1, 4° et 6° du Code de la santé publique [CSP]). Tous ces éléments péjoratifs sont également à intégrer

dans le fait que seule la fonction publique hospitalière ne bénéficie ni de protection sociale complémentaire, ni de prévoyance. Enfin, un accompagnement psychologique adapté pour les soignants victimes d'agression est essentiel. Les hôpitaux ayant intégré un programme de soutien postagression ont observé une réduction du stress post-traumatique et une meilleure rétention du personnel [24].

DÉBRIEFINGS STRUCTURÉS APRÈS SITUATIONS CRITIQUES

Les situations critiques rencontrées en SU, telles que les décès inattendus, les poly-traumatismes graves, la violence envers le personnel ou les conflits avec les familles des patients, sont sources de stress intense et peuvent altérer la résilience psychologique des soignants. Une exposition répétée à ces événements sans un soutien adapté peut entraîner des symptômes de stress post-traumatique, un désengagement progressif et une augmentation des arrêts de travail.

Le débriefing structuré est une stratégie essentielle pour renforcer la résilience individuelle et collective après une situation à fort impact émotionnel. Il permet de partager les émotions, d'analyser les aspects organisationnels et techniques de la prise en charge et d'identifier des pistes d'amélioration pour l'avenir. Un protocole clair doit préciser les modalités de convocation, le cadre de confidentialité et la méthodologie de restitution afin d'assurer un espace sécurisé de discussion [25].

L'implication d'un professionnel formé au soutien psychologique (psychologue, médiateur en communication ou un pair facilitateur) optimise l'efficacité des débriefings en favorisant une expression libre et sans jugement [26]. La mise en place de sessions systématiques de débriefing réduit les symptômes d'épuisement professionnel et améliore la cohésion d'équipe.

Enfin, des recherches récentes ont souligné que les interventions précoces, telles que les *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) et le *Critical Incident Stress Management* (CISM), permettent aux équipes d'urgence de mieux gérer l'impact psychologique des événements traumatiques, en limitant la chronicisation des troubles liés au stress [27].

RÉFÉRENCES

1. Moukarzel A, Michelet P, Durand AC, *et al.* Burnout syndrome among emergency department staff: Prevalence and associated factors. *Biomed Res Int* 2019 ; 6462472.
2. Gualano MR, Sinigaglia T, Lo Moro G, *et al.* The burden of burnout among healthcare professionals of intensive care units and emergency departments during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021 ; 18(15) : 8172.
3. Basu S, Qayyum H, Mason S. Occupational stress in the ED: a systematic literature review. *Emerg Med J.* 2017 ; 34(7) : 441-7.
4. Shreffler J, Petrey J, Huecker M. The impact of COVID-19 on healthcare worker wellness: A scoping review. *West J Emerg Med* 2020 ; 21(5) : 1059-66.
5. Shechter A, Diaz F, Moise N, *et al.* Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Gen Hosp Psychiatry* 2020 ; 66 : 1-8.
6. Moffatt-Bruce SD, Nguyen MC, Steinberg B, Holliday S, Klatt M. Interventions to reduce burnout and improve resilience: Impact on a health system's outcomes. *Clin Obstet Gynecol* 2019 ; 62(3) : 432-43.
7. Melnyk BM, Kelly SA, Stephens J, *et al.* Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: A systematic review. *Am J Health Promot* 2020 ; 34(8) : 929-41.

8. La Torre G, Raffone A, Peruzzo M, *et al.* Yoga and mindfulness as a tool for influencing affectivity, anxiety, mental health, and stress among healthcare workers: Results of a single-arm clinical trial. *J Clin Med* 2020 ; 9(4) : 1037.
9. El-Shafei DA, Abdelsalam AE, Hammam RAM, Elgohary H. Professional quality of life, wellness education, and coping strategies among emergency physicians. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2018 ; 25(9) : 9040-50.
10. Wolska A, Stasiewicz B, Kaźmierczak-Siedlecka K, *et al.* Unhealthy food choices among healthcare shift workers: a cross-sectional study. *Nutrients* 2022 ; 14(20) : 4327.
11. Utter J, McCray S, Denny S. Eating behaviours among healthcare workers and their relationships with work-related burnout. *Am J Lifestyle Med* 2023 ; 0(0).
12. Milton K, Bauman AE, Faulkner G, *et al.* Maximising the impact of global and national physical activity guidelines: the critical role of communication strategies. *Br J Sports Med* 2020 ; 54(24) : 1463-7.
13. Bouillon-Minois JB, Trousselard M, Mulliez A, *et al.* A cross-sectional study to assess job strain of emergency healthcare workers by Karasek questionnaire: The SEEK study. *Front Psychiatry* 2023 ; 13 : 1043110.
14. Bazazan A, Dianat I, Bahrapour S, *et al.* Association of musculoskeletal disorders and workload with work schedule and job satisfaction among emergency nurses. *Int Emerg Nurs* 2019 ; 44 : 8-13.
15. Delaigue S, Bonnardot L, Steichen O, *et al.* Seven years of telemedicine in Médecins sans frontières demonstrate that offering direct specialist expertise in the frontline brings clinical and educational value. *J Glob Health* 2018 ; 8(2) : 020414.
16. Chenais G, Lagarde E, Gil-Jardiné C. Artificial intelligence in emergency medicine: Viewpoint of current applications and foreseeable opportunities and challenges. *J Med Internet Res* 2023 ; 25 : e40031.
17. Herpe G, Nelken H, Vendeuvre T, *et al.* Effectiveness of an artificial intelligence software for limb radiographic fracture recognition in an emergency department. *J Clin Med* 2024 ; 13 : 5575.
18. Mahling M, Wunderlich R, Steiner D, *et al.* Virtual reality for emergency medicine training in medical school: Prospective, large-cohort implementation study. *J Med Internet Res* 2023 ; 25 : e43649.
19. Suppan L, Abbas M, Stuby L, *et al.* Effect of an e-learning module on personal protective equipment proficiency among prehospital personnel: web-based randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2020 ; 22(8) : e21265.
20. Schnapp BH, Slovis BH, Shah AD, *et al.* Workplace violence and harassment against emergency medicine residents. *West J Emerg Med* 2016 ; 17(5) : 567-73.
21. D'Ettorre G, Pellicani V, Mazzotta M, Vullo A. Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in emergency departments. *Acta Biomed* 2018 ; 89(4-S) : 28-36.
22. Somani R, Muntaner C, Hillan E, Velonis AJ, Smith P. A systematic review: Effectiveness of interventions to de-escalate workplace violence against nurses in healthcare settings. *Saf Health Work* 2021 ; 12(3) : 289-95.
23. Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B, Lumini E, Rasero L. Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: Current approaches. *Open Access Emerg Med* 2016 ; 8 : 17-27.
24. Mento C, Silvestri MC, Bruno A, *et al.* Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggress Violent Behav* 2020 ; 51 : 101381.
25. Wuthnow J, Elwell S, Quillen JM, Ciancaglion N. Implementing an ED critical incident stress management team. *J Emerg Nurs* 2016 ; 42(6) : 474-80.
26. Pallas J. The acute incident response program: A framework guiding multidisciplinary responses to acutely traumatic or stress-inducing incidents in the ED setting. *J Emerg Nurs* 2020 ; 46(5) : 579-89.e1.
27. Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2002 ; (2) : CD000560.

**FILIÈRES SPÉCIFIQUES (AFFLUX MASSIF
DE PATIENTS/SITUATION SANITAIRE
EXCEPTIONNELLE, GÉRIATRIE,
PSYCHIATRIE, PÉDIATRIE)**

QUESTION 18

Quelle organisation pour un afflux de victimes (hôpital en tension – situation sanitaire exceptionnelle) ?

Experts : L. GABILLY, C. OCCELLI, P. LE BORGNE, H. DELELIS-FANIEN, L. GOIX

R18.1. Les experts recommandent que dans tous les établissements sièges d'une structure d'urgence (SU), l'équipe projet en charge de la préparation de l'établissement aux tensions hospitalières et situation sanitaire exceptionnelle (SSE) intègre au moins un professionnel de santé issu de la SU. Pour les établissements de première ligne, un médecin urgentiste de la SU participe à l'équipe projet. Cette équipe projet rattachée au niveau stratégique de l'établissement comprend aussi un pharmacien. Ces professionnels bénéficient de la formation de référent SSE.

R18.2. Les experts recommandent que dans les établissements de santé experts ou sièges d'une mission de référence organisation de la réponse sanitaire (ORSAN), l'équipe projet en charge de la préparation de la réponse de l'établissement aux tensions hospitalières et SSE intègre un médecin urgentiste de la SU de l'établissement et un médecin urgentiste du service d'aide médicale d'urgence (SAMU). Ces médecins bénéficieront *a minima* de la formation régionale de référent SSE.

R18.3. Les experts recommandent de mettre en place une astreinte directeur des secours médicaux (DSM) 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, dans tous les SAMU. Les médecins d'astreinte DSM devront avoir les qualifications requises pour exercer ce poste (formation nationale DSM ou validation par l'expérience).

R18.4. Les experts recommandent de mettre en place une astreinte directeur médical de crise (DMC) 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, dans tous les établissements de santé sièges de SMU. Les médecins d'astreinte DMC devant avoir les qualifications et formations requises pour exercer ce poste. Au moins un médecin urgentiste devant être intégré à cette liste, par la plus-value de la polyvalence de leur formation.

R18.5. Les experts recommandent de mettre une compétence SSE obligatoire pour les cadres de santé (CDS) des SU ; ces CDS devant bénéficier *a minima* de la formation régionale de référent SSE.

R18.6. Les experts recommandent que dans les établissements sièges du SAMU de zone, un temps de travail dédié (déduit du travail clinique) soit affecté à un médecin urgentiste, un CDS, un pharmacien et des personnels non médicaux (assistant de régulation médicale [ARM], ambulancier diplômé d'État [ADE], infirmier diplômé d'État [IDE], logisticien, etc.) permettant d'assurer les missions de coordination, de conseil et actions du SAMU de zone. Ces derniers devront bénéficier de la formation régionale de référents SSE.

R18.7. Les experts recommandent que dans les établissements désignés établissements de santé de référence (ESR régional, ESR national), un temps de travail dédié (déduit du travail clinique) soit affecté à un médecin urgentiste sur chacun des dispositifs ORSAN attribués pour participer à la réponse réglementaire des missions des ESR en plus des experts désignés auprès de l'agence régionale de santé (ARS). De même, le CDS des SU devra avoir un temps dédié aux SSE.

R18.8. Les experts recommandent que la capacité de médecine de catastrophe soit acquise par les médecins responsables de SU, de structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ou de SAMU, en prérequis ou adaptation à l'emploi.

R18.9. Les experts recommandent que les médecins urgentistes, personnels de santé et personnels non médicaux travaillant en SU soient formés aux SSE (formation initiale et continue), notamment par les modules des gestes et soins d'urgence en SSE (attestation de formation aux gestes et soins d'urgence [AFGSU] SSE).

R18.10. Les experts recommandent que les établissements de santé organisent pluriannuellement des entraînements et/ou des exercices impliquant tout ou partie de la SU, permettant le maintien opérationnel et validant les mises à jour des modules des gestes et soins d'urgence en SSE (AFGSU SSE).

R18.11. Les experts recommandent que les pharmaciens et préparateurs en pharmacie de l'établissement de santé siège d'une SU bénéficient de formations, entraînements et exercices communs avec les personnels des SU sur le SSE, notamment l'emploi des ressources tactiques (postes sanitaires mobiles, antidotes, etc.).

R18.12. Les experts recommandent que les établissements de santé, sièges de SU, bénéficient d'un environnement architectural permettant le respect de la marche en avant d'un afflux de victimes. Selon la classification de l'établissement dans les différents volets ORSAN, la SU doit bénéficier des aménagements architecturaux permettant la prise en charge de victimes selon les recommandations.

R18.13. Les experts recommandent que les établissements de santé, sièges de SU, soient équipés d'une hélisation permettant les mouvements d'hélicoptères de jour comme de nuit, à proximité immédiate de la SU et/ou de l'axe rouge de l'établissement de santé.

R18.14. Les experts recommandent que les SU s'équipent en kits afflux massif de victimes (AMAVI) première heure et de kits de décontamination d'urgence (alerte, chasubles, kits zone verte et zone rouge), en attendant l'activation des autres kits plans blancs prévus, selon la doctrine de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

R18.15. Les experts recommandent de prévoir des moyens fiables de partage d'information en interne (personnels en poste) en cas d'AMAVI ou de crise dans un établissement de santé communication externe : outils SI.

R18.16. Les experts recommandent de s'assurer que les éléments médicaux inhérents à la SSE qui sont communiqués soient faits en concertation médico-administrative et en impliquant un personnel médical qualifié et formé à la communication de crise.

R18.17. Les experts recommandent d'optimiser les différents canaux de sensibilisation et d'acculturation du public sur les conduites à tenir en cas de SSE.

PRÉPARATION ET ANTICIPATION

La planification de la gestion des tensions hospitalières et des SSE mentionnée à l'article L. 3131-7 du Code de la santé publique prend en compte les objectifs opérationnels fixés dans le dispositif ORSAN. L'élaboration du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PGTHSSE) s'impose à tous les établissements de santé quels que soient leurs statuts [1]. Élaborée sous la responsabilité de la direction de l'établissement, cette planification obéit à un cadre méthodologique dont la première phase réside dans la désignation d'une équipe projet en charge de l'identification des risques et de l'organisation de la réponse de l'établissement, pour permettre une montée en puissance progressive et coordonner des moyens en fonction de l'ampleur et de la cinétique de l'évènement [2]. Les SU sont en première ligne de l'identification des risques et de la prise en charge des patients en SSE (AMAVI, gestion du parcours de soins du patient risques émergents biologiques [REB], identification du risque nucléaire, radiologique biologique, chimique [NRBC]) impliquant une acculturation et une sensibilité particulière aux enjeux de l'organisation de cette réponse opérationnelle.

Il est donc indispensable que la SU participe pleinement à la préparation du pilotage et de l'organisation de la réponse de son établissement de soins (ES), en identifiant parmi ses personnels un référent SSE qui intégrera l'équipe projet SSE. Désignés par le directeur d'établissement et le président de la commission médicale d'établissement (CME), les référents SSE sont des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, CDS, infirmiers, ingénieurs en gestion de risques, etc.) ou tout autre personnel d'encadrement qualifié dans les domaines des SSE (MU, médecine de catastrophe, gestion de crise, nucléaire, radiologique, biologique, chimique – explosif [NRBC-E], etc.). Les référents SSE sont chargés de l'élaboration et de l'actualisation continue du PGTHSSE, de sa diffusion auprès des professionnels de l'établissement, de l'organisation d'exercices en vue de tester son caractère opérationnel et de la mise en œuvre du retour d'expérience. Les référents SSE sont formés par les ES de référence régionaux (ESRR) (centre d'enseignement des soins d'urgence [CESU] en association avec les spécialistes et experts des différentes disciplines concernées) sur la base d'un référentiel national de formation, avec l'appui, si besoin, du réseau zonal des CESU coordonné par le CESU de zone. Les référents SSE ont vocation à suivre, dans la mesure du possible, l'ensemble des modules de formation de la FGSU SSE [3].

Les missions de référence sont exercées, dans chaque région, par un ou plusieurs ES, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'ARS parmi les établissements disposant des capacités et moyens définis dans l'arrêté du 18 janvier 2024 relatif aux missions de référence, aux capacités et moyens de prise en charge et de diagnostic des établissements de santé de référence et aux missions des ARS. Les ESRR sont notamment chargés d'assurer des missions d'expertise, de diagnostic et de prise en charge thérapeutique des patients pour répondre à la survenance de risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ainsi que d'urgences collectives traumatiques graves et médico-psychologiques [4]. Ce niveau d'expertise nécessite une collaboration permanente avec la SU de l'établissement permettant l'élaboration de filières de soins spécifiques, l'acquisition-maintenance-mise en œuvre

de matériels, l'organisation de la montée en puissance de l'ES dans le cadre du risque identifié. La cellule opérationnelle de la mission ESR rattachée au directeur général de l'établissement inscrit ses actions d'organisation et de pilotage dans un travail commun avec l'équipe projet SSE, afin de doter le PGTHSSE de l'ES siège de l'ESR des dispositions spécifiques de montée en puissance, des procédures d'organisation et de prise en charge des patients adaptées à la ou les missions assignées [5].

L'équipe projet SSE de l'ES doit donc intégrer, au-delà des médecins experts dédiés à la mission de référence, au moins un praticien de la SU en mesure de faciliter ces échanges avec la mission ESR et de favoriser la mutualisation des actions sur le plan de la formation et la diffusion des organisations. Ce médecin urgentiste issu de la SU bénéficiera de la formation de référent SSE décrite dans la note technique de cadrage [2].

ORGANISATION

Les SAMU, service opérationnel assurant la réponse sanitaire et notamment médicale, aux situations d'urgence, participent à la mise en œuvre des plans organisation de la réponse de sécurité civile (ORSEC) et ORSAN territoriaux [6]. Ils doivent être en mesure d'assurer en permanence les missions qui leur sont dévolues dans ce cadre par le préfet de département, le préfet de zone de défense et de sécurité ou par le préfet maritime [7]. Le guide national « ORSEC NOVI » prévoit que la fonction de DSM doit être assurée par un médecin formé, parfaitement rompu à l'organisation des secours et des soins médicaux d'urgence et disposant d'une connaissance des filières de prise en charge hospitalière afin de lancer le parcours de soins des patients. La formation interministérielle des DSM venant homogénéiser les compétences requises pour leurs missions est soumise au prérequis d'une activité régulière en MU extrahospitalière [8]. Les dispositifs ORSAN définissent les parcours de soins et précisent les missions et les objectifs opérationnels confiés aux SAMU, SMUR et cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) en SSE [4]. Pour assurer ces objectifs, chaque SAMU doit se doter dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens de montants financiers permettant d'avoir une astreinte opérationnelle de médecins afin de garantir une disponibilité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 de médecins formés aux gestions organisationnelles des secours et de soins médicaux d'urgence pour assurer soit les missions de DSM, soit les missions d'appui au DSM, que ce soit sur le terrain afin d'optimiser les relations interservices (service de santé des armées [SSA], service de santé et de secours médical [SSSM], SMUR) ou en salle de gestion de crise (centre opérationnel départemental [COD], cellule de crise du SAMU [CCSAMU], cellule de crise hospitalière [CCH], etc.). La conduite de gestion des premiers moments de la SSE et du polymorphisme des situations, les compétences de ces médecins formés, rompus aux filières de soins et ressources territoriales ainsi qu'à la planification ORSEC et ORSAN doivent pouvoir conseiller ou renforcer le centre de réception et de régulation des appels du SAMU, les éventuelles autorités gestionnaires (ARS, préfectures, direction d'ES, etc.) et éventuellement se projeter sur le terrain dans les délais les plus courts devant la nécessité de l'articulation synergique entre les acteurs des plans ORSEC et ORSAN [9,10].

R18.4. LES EXPERTS RECOMMANDENT DE METTRE EN PLACE UNE ASTREINTE DMC 24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7, DANS TOUS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SIÈGE DE SMU. LES MÉDECINS D'ASTREINTE DMC DEVANT AVOIR LES QUALIFICATIONS ET FORMATIONS REQUISES POUR EXERCER CE POSTE. AU MOINS UN MÉDECIN URGENTISTE DEVANT ÊTRE INTÉGRÉ À CETTE LISTE, PAR LA PLUS-VALUE DE LA POLYVALENCE DE LEUR FORMATION.

L'organisation médicale opérationnelle en SU et au niveau du plateau technique médico-chirurgical doit être placée sous la responsabilité d'un médecin préalablement identifié et formé qui assure les fonctions de DMC en cas d'afflux de patients [11]. Cette fonction doit être mise en place dans les établissements identifiés comme étant de première ligne [11]. Les cinétiques d'évènement générant une SSE, par afflux de victimes spontanées ou baisse de ressources sanitaires nécessitant la mise en œuvre des plans de continuité et de retour d'activité, nécessitent qu'au-delà de la direction administrative et de direction des soins des établissements dont la disponibilité 24 heures sur 24 est assurée, qu'une astreinte de DMC puisse être immédiatement mobilisée afin d'assurer la gouvernance opérationnelle de l'établissement de santé en rajoutant les champs de compétences médicales au directeur de permanence et CDS de garde [12].

Sans aller jusqu'à l'équivalence d'aide au logement dans les cadres statutaires des postes de direction d'ES ou de direction de soins par nécessité absolue de service ou utilité de service [13], il apparaît que la gouvernance de l'établissement relève bien d'une disponibilité permanente pour laquelle si l'élément médical est expressément exclu par le décret, il est clairement recommandé par les circulaires notamment en SSE.

Si le président de CME doit avoir été dans sa carrière formé aux fonctions de DMC, il doit être préservé de la réaction immédiate afin de garder une hauteur de vue d'ensemble pour la gestion stratégique de l'établissement [11]. Il pourra être entouré d'une équipe médicale formée aux fonctions opérationnelles de DMC dans toutes les transversalités rencontrées, que ce soit de l'AMAVI, du NRC, du REB, de l'EP-CLIM (épidémies saisonnières – événements climatiques¹), médico-psychologique ou des interruptions de fournitures notamment informatiques, énergétiques, en fluides (de l'eau potable aux fluides médicaux), etc. Au moins un médecin urgentiste, ayant une formation à la médecine de catastrophe [14], doit être dans ce groupe afin d'assurer les différentes fonctions de préventions, planifications et de décisions opérationnelles en SSE pour l'établissement, voire le groupement hospitalier de territoire (GHT). Ces postes de DMC doivent être multipliés selon le dimensionnement de l'établissement afin que par subsidiarité à un DMC « central » les différents établissements du groupe ou filières bénéficient rapidement de cette fonction de pilotage opérationnel [15].

1 Pour assurer la prise en charge dans le système de santé des patients en situation d'épidémie saisonnière et de tensions hospitalières, ainsi que pour assurer la prise en charge des victimes d'un événement de nature climatique ou environnemental (pollution, canicule, grand froid,...).

Les CDS affectés en tout ou partie à une SU, SMUR ou SAMU doivent bénéficier d'une formation d'adaptation à l'emploi comprenant la formation régionale de référent SSE. Ils doivent être inclus dans les missions de transversalité de l'établissement afin d'optimiser la réponse de ce dernier aux différents SSE et continuités d'activités.

EXPERTISE, APPUI, RESSOURCES HUMAINES

Les SAMU de zone ont des missions d'expertise, d'appui, de soutien et de formations [16]. L'expérience montre qu'un travail d'équipe est indispensable pour répondre à toutes les missions et sollicitations SSE. Ainsi, du temps médical, pharmaceutique et non médical en dehors de l'activité clinique est nécessaire. Le temps médical étant idéalement partagé entre plusieurs praticiens. Les non-médicaux pouvant être répartis entre CDS, superviseurs d'ARM, coordinateur en ARM, ARM, infirmiers, IPA-U, ambulanciers, préparateurs en pharmacie. La formation de référent dispensée par l'ESRR est le minimum requis pour ces personnels. À noter qu'une permanence de personnels habilités secret de la défense nationale ayant à connaître les capacités de renfort de contre-mesures médicales sur la zone de défense et sécurité s'impose.

Dans le cadre du renforcement des capacités des ESRR, il est essentiel d'affecter un temps de travail dédié aux médecins urgentistes, déduit de leur activité clinique, pour assurer une participation effective aux cinq dispositifs ORSAN. Cette mesure garantit le respect des obligations réglementaires liées aux dispositifs ORSAN ainsi qu'une montée en compétence continue, une préparation efficace aux crises et une amélioration de la résilience hospitalière face aux SSE. Ce temps alloué ne doit pas uniquement être consacré à la réponse réglementaire des missions des ESRR, mais également à un axe stratégique de formation continue, d'exercices et d'entraînements, garantissant une préparation optimale aux crises et SSE. Il faut construire un programme structuré et obligatoire de formation, d'exercices et d'entraînements pour les ESRR, en lien avec les ARS et les autres acteurs du secours et de la santé.

Formation continue des médecins urgentistes

Objectifs

- Renforcer les compétences en gestion des urgences collectives et des crises sanitaires.
- Intégrer les retours d'expérience des précédentes crises (COVID, attentats, catastrophes naturelles, etc.).
- Maintenir un haut niveau de technicité et d'expertise dans les procédures ORSAN.

Moyens

- Sessions théoriques régulières sur la gestion des plans blancs et la coordination ORSAN.
- Formations aux nouveaux protocoles et outils de communication en situation d'urgence.
- Interventions d'experts en médecine de catastrophe, régulation et logistique médicale.

Exercices et simulations de crise

Objectifs

- Tester la réactivité et la coordination des équipes médicales en situation dégradée.
- Identifier les axes d'amélioration dans l'organisation et la communication interservices.
- Assurer une mise en application des plans ORSAN en condition réelle.

Moyens

- Exercices de simulation grandeur nature (attentats, accidents de masse, risques NRBC, etc.).
- Scénarios de crise en hôpital et en préhospitalier, impliquant SAMU, pompiers et forces de l'ordre.
- Débriefing postexercice pour analyser les forces et faiblesses du dispositif.

Entraînements pratiques réguliers

Objectifs

- Maintenir l'efficacité opérationnelle des équipes face aux situations d'urgence.
- Assurer une coordination fluide avec les autres acteurs du secours et de la santé.
- Familiariser les équipes avec le matériel spécifique et les techniques avancées.

Moyens

- Ateliers pratiques de prise en charge des victimes en situation de catastrophe.
- Entraînement sur la gestion des flux massifs de patients aux urgences.
- Simulation en réalité virtuelle pour perfectionner la prise de décision rapide.

FORMATION/ENTRAÎNEMENTS/EXERCICES

La formation initiale aux SSE est minime dans le cursus médical, et ne comporte que trois heures d'initiation théorique durant l'AFGSU-2. L'intégration de la médecine de catastrophe en formation initiale est déjà mise en place dans de nombreux pays [17-19], et est recommandée par la Société mondiale de médecine de catastrophe (WADEM) [20]. Des programmes existent sous forme optionnelle au sein du deuxième cycle, parfois en lien avec le service de santé des armées (programme Cadets de santé) [21], mais ne sont pas intégrés dans le cursus obligatoire, et ne sont pas systématisés. Les différents modules de l'AFGSU SSE sont optionnels et ne sont pas enseignés par tous les CESU. Ceux-ci sont pourtant des prérequis essentiels à la gestion de SSE, et devraient faire partie *a minima* du cursus initial du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence (DES MU) et du plan de formation continue des personnels non médicaux travaillant dans les secteurs de soins critiques. La capacité de médecine de catastrophe constitue le principal cursus de formation continue à la médecine de catastrophe, et doit constituer un préalable à l'exercice de responsabilité au sein d'une SU, de SAMU-SMUR ou de soins critiques [22]. Les formations complémentaires permettent de renforcer des compétences spécifiques (formation DSM École des hautes études en santé publique [EHESP]/Val-de-Grâce/École nationale et supérieure des officiers sapeurs-pompiers [ENSOSP], DU NRBC, master en gestion et organisation de la réponse à la catastrophe...) ou la formation de référents paramédicaux (diplôme universitaire [DU], masters). Il s'agit de formations complémentaires spécialisées, qui ne peuvent pas se substituer à la capacité de médecine de catastrophe pour la prise de responsabilité.

Compte tenu des enjeux qu'elle revêt, la formation aux SSE et à la mise en œuvre des plans de continuité et de rétablissement de l'activité impose la pleine mobilisation des professionnels du système de santé, opérateurs de soins et des structures de formation sous la coordination de l'ARS dans une logique de coopération renforcée [3,23]. Les ES sièges de SU, de SMUR ou de SAMU doivent pleinement s'impliquer dans la planification de la réponse

aux tensions hospitalières et SSE [5]. Les personnels des SU doivent bénéficier des formations AFGSU modules SSE adaptées au classement ORSAN de l'établissement et à leurs fonctions dans la prise en charge des victimes [5,24].

Le plan pluriannuel de formation comprend une mise à jour annuelle de la majorité des modules SSE des AFGSU. À cette fin et pour remplir les obligations réglementaires des ES [25], des entraînements et exercices doivent être organisés impliquant tout ou partie de la SU, permettant le maintien opérationnel de l'ES aux SSE et la validation des mises à jour des modules des AFGSU SSE. Bien que chaque professionnel travaillant dans un SU devrait suivre les formations AFGSU SSE modules 4 et 7, la sensibilisation de ces mêmes professionnels est indispensable pour la reconnaissance grâce à des outils mémo-techniques des signes cliniques d'un toxidrome. Ces professionnels doivent être en capacité d'alerter leur hiérarchie et notamment faire déclencher un point de regroupement des victimes hospitaliers pour faire réaliser la décontamination d'urgence dans un premier temps. Ces professionnels doivent aussi savoir utiliser les équipements de protection individuels à leur disposition. En parallèle, devra être mise en œuvre l'unité de décontamination qui permettra la réalisation de la décontamination approfondie pour une prise en charge secondaire au SU.

STRUCTURE/ARCHITECTURE

Les projets d'agrandissement ou les nouveaux SU devront intégrer cette donnée, afin de pouvoir s'adapter à ces potentiels AMAVI. Les retours d'expérience mondiaux, notamment rapportés par l'OMS, sont tous en faveur de l'importance de l'anticipation de l'espace aménagé ou aménageable rapidement.

Les transports hélicoptérés sont préconisés pour toutes les pathologies dans lesquelles le facteur temps a un impact sur la prise en charge médicale et thérapeutique. Ils le sont également pour tous les patients nécessitant une densité de soins importante relevant de soins critiques parfois distants des lieux de leur prise en charge initiale. Une des contraintes à l'utilisation des hélicoptères sanitaires est l'accessibilité des hôpitaux dont beaucoup sont encore dépourvus de zone de poser autorisée. En effet, un tiers des établissements de soins seulement dispose d'une zone de poser permettant un accès direct aux services sans relais terrestre. Pour un autre tiers, le poser s'effectue en dehors de l'hôpital nécessitant un relais terrestre, augmentant ainsi les délais d'acheminement du patient [26]. En 2008, l'Association française des médecins hospitaliers utilisateurs d'hélicoptères sanitaires hospitaliers (AFHSH) préconisait de « rendre obligatoire la création d'une aire de poser pour toute structure accueillante ou exportant des patients en état critique » [27]. En 2023, dans sa doctrine d'emploi des hélicoptères dans le cadre de l'aide médicale urgente, SAMU-urgences de France (SUDF) recommandait « d'équiper tous les établissements de soins disposant d'une SU d'hélistations diurnes et nocturnes » [28].

LOGISTIQUE

L'OMS dispense dans son académie depuis fin 2021 des formations afflux massif et inopiné de victimes de trois jours pour des équipes médico-soignantes et de direction. L'objectif est d'assurer une réponse universelle et adaptée à chaque établissement. La cible est de faire face aux trente à soixante premières minutes d'un service des urgences. L'objectif est de sauver le plus grand nombre de victimes en se concentrant sur les morts évitables (20 % des patients en zone rouge). En pratique, la protection de l'établissement, la séparation des flux en amont de l'hôpital (valides et invalides) permettent de se concentrer en zone rouge (située aux urgences) sur les victimes à prioriser. L'implication des services d'aval, la constitution de kits et de chasubles

font partie des points clés. Le relais du plan blanc classique pouvant ensuite s'effectuer. Le processus AMAVI saturant inopiné étant la première marche du plan blanc. Plus d'une dizaine d'établissements français et étrangers ont déjà été formés avec un retour positif, y compris pour des établissements ayant vécu auparavant un AMAVI. La doctrine OMS AMAVI première heure montre que des éléments logistiques sont indispensables à anticiper avant l'évènement lui-même. L'objectif étant lors de cette *golden hour* de sauver le plus de morts évitables possibles. Ainsi, les kits de matériels préétiquetés devront être préparés et intégrés aux formations des personnels des SU. Les matériels sont notamment ceux du *damage-control* (garrots tourniquets, pansements compressifs, kits à perfusion, etc.). L'alerte par un système type alarme sonore par bouton rouge est importante à anticiper pour la mise en place quasi réflexe de l'accueil des victimes.

COMMUNICATION

À l'instar de la campagne « réagir en cas d'attaque terroriste », la sensibilisation du grand public sur les conduites à tenir en cas de SSE est indispensable. Qu'il soit terroriste, naturel, technologique ou cyber, la culture du risque est un enjeu majeur dans la société actuelle. Les établissements de santé ainsi que les structures d'urgence (SU) sont des espaces idéaux pour la diffusion des campagnes de sensibilisation auprès du grand public (salle d'attente, hall, cafétéria, etc.).

RÉFÉRENCES

1. Circulaire n° DGS/VSS/2024/16 du 16 février 2024 relative au renforcement de la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles et à l'organisation territoriale de leur gestion.
2. DGS. Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PGTHSSE). 2024.
3. DGS. Note technique de cadrage « Formation des professionnels du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles ». 2024.
4. Code de la santé publique : articles R. 3131-5 à R. 3131-9.
5. Guide méthodologique d'élaboration du PGTHSSE des ES DGS. 2024.
6. Code de la santé publique notamment article R. 6311-1, article R. 6311-3, article R. 3131-4.
7. Article R. 741-1 du Code de la sécurité intérieure.
8. Circulaire interministérielle n° DCSSA/DGS/DGOS/DGSCGC/2019/1 du 20 décembre 2019 relative à la formation interministérielle des directeurs des secours médicaux dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse de sécurité civile (ORSEC).
9. Référentiel interministériel relatif à l'anticipation opérationnelle n° 55/SGDSN/PSE/PSN du 7 février 2023
10. Noto R, Huguenard P, Larcan A. *Abrégé de médecine de catastrophe*. Paris : Masson, 1987.
11. Guide méthodologique d'élaboration du dispositif ORSAN régional DGS. 2024.
12. Circulaire n° DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier Claris.
13. Décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et ces modifications dont décret 2024-54 du 30 janvier 2024.
14. SGDSN. Directive générale interministérielle relative à la planification de défense et de sécurité nationale n° 320/SGDSN/PSE/PSN du 23 janvier 2023.
15. Riou B, *et al.* Retour d'expérience sur la direction médicale de crise à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris pendant la crise Covid-19. *AFMU* 2020 ; 10(4-5).
16. Arrêté du 18 janvier 2024 relatif aux missions de référence, aux capacités et moyens de prise en charge et de diagnostic des établissements de santé de référence et aux missions des agences régionales de santé.

17. Jasper E, Berg K, Reid M, *et al.* Disaster preparedness: what training do our interns receive during medical school? *Am J Med Qual* 2013 ; 28(5) : 407-13.
18. Jasper EH, Wanner GK, Berg D, Berg K. Implementing a disaster preparedness curriculum for medical students. *South Med J* 2017 ; 110(8) : 523-7.
19. Kasselman N, Willy C, Domres BD, Wunderlich R, Back DA. Implementation of disaster medicine education in German medical schools – a nationwide survey. *GMS J Med Educ* 2021 ; 38(4) : Doc79.
20. Shanes A, Shecter I, Davis M. WADEM position statement: Disaster medicine education in health care profession training. *Prehosp Disaster Med* 2025 ; 40(1) : 4-5.
21. Ministère des Armées. Cadets de santé du service de santé des armées [Internet]. [Cité le 31 mars 2025]. Disponible sur : www.defense.gouv.fr/sante/actualites/cadets-sante-du-service-sante-armees
22. Société française de médecine de catastrophe. Enseignement de la médecine de catastrophe en France : état des lieux et recommandations de la Société française de médecine de catastrophe (SFMC) [Internet]. [Cité le 30 mars 2025]. Disponible sur : www.sfmc.eu/wp-content/uploads/2021/10/2018-11-Recommandations-enseignement-medcata.docx#:~:text=La%20France%20a%20%C3%A9t%C3%A9%20pionni%C3%A8re,vu%20le%20jour%20en%201983
23. SGDSN. Guide de la continuité d'activité. 2023.
24. Circulaire DGOS/DGS/RH1/MC n° 2010-173 du 27 mai 2010 relative à l'obligation d'obtenir l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence pour l'exercice de certaines professions de santé.
25. Décret n° 2024-8 du 3 janvier 2024 relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles.
26. Carli P, Berthier F. Rapport du conseil national de l'urgence hospitalière. Hélicoptères sanitaires. Doctrine d'emploi et place des hélicoptères dans le cadre des transports sanitaires ; 2013.
27. Letellier N. *Le Livre blanc de l'hélicoptère sanitaire*. Paris : AFHSH, 2008, p. 18.
28. SAMU Urgences de France. Doctrine d'emploi des hélicoptères dans le cadre de l'aide médicale urgente. 2023, p. 24.

QUESTION 19

Comment organiser l'accueil des personnes âgées aux urgences ?

Experts : X. DUBUCS, A. BENHAMED, H. VILLARS

R19.1. Les experts recommandent le développement et le maintien de compétences gériatriques des soignants de l'urgence qui peuvent favoriser la qualité de la prise de décision, la qualité des soins et limiter le risque iatrogène. Cette « acculturation gériatrique » des équipes des SU peut se faire par le biais de corpus de formation communs aux cursus des internes en DES MU et de DES de gériatrie.

R19.2. Les experts recommandent de favoriser l'accès à l'expertise gériatrique, la qualité des parcours et/ou l'accès à un parcours de soins dédié à certaines populations de patients âgés aux urgences dont les personnes ayant des troubles neurocognitifs.

R19.3. Les experts recommandent de proposer une alternative aux passages en SU chez les patients âgés présentant une situation gériatrique aiguë ne nécessitant pas le plateau technique des SU.

La réflexion proposée dans cette section du guide est basée sur trois éléments : les grands principes des chartes existantes (charte du patient hospitalisé, charte de la personne en situation de handicap ou dépendante, accompagnement du patient dans le grand âge [1-3] ; les travaux de l'European Society of Emergency Medicine (EUSEM) [4, 5] ainsi que l'état des lieux selon des revues de littérature et expériences existantes nationales. L'approche d'éthique biomédicale de bienfaisance, de non-malfaisance, d'autonomie et de justice est à mettre en œuvre chez le patient âgé comme chez tout patient se présentant en SU. Le sujet âgé gériatrique, par ses caractéristiques intrinsèques, peut compromettre d'une certaine manière la fluidité des SU et générer du stress chez les équipes [6]. En effet, la prise en charge de ces patients est complexe, pour des raisons déjà bien identifiées dans la littérature (polypathologie, polymédication, sémiologie atypique ou tronquée, anamnèse compliquée, nécessaire hiérarchisation des problèmes, prise en compte des autres dimensions de l'individu [affective, fonctionnelle, sociale]). Tout ceci s'oppose au rythme de la prise en charge dans une SU, rythme pourtant gage d'efficacité du système dans son ensemble et pour tous les patients [6]. La littérature nous indique en outre que les séjours prolongés des sujets âgés sont source de iatrogénie et délétères pour eux et le système [7-9]. Cette simple idée légitime, celle de *fast track*, que nous évoquerons ci-après, visant, déjà, à la limitation du temps d'attente avant prise en charge.

Des standards minimaux ont été édictés par la fédération internationale de MU, publiés en 2017 [10]. En 2021, un agenda de recherche en médecine gériatrique d'urgence a été publié par les sociétés savantes européennes de gériatrie et MU, pointant dix questions de recherche, dont la plupart sont encore en cours, sur la meilleure prise en charge des patients âgés en SU [5]. Un groupe européen a été créé à l'EUSEM [11], *task force* européenne, qui mène des travaux de recherche [4] et propose des recommandations [4] sur la prise en charge du sujet âgé en SU. Les huit domaines ciblés par ces auteurs et qui ont fait l'objet de recommandations pratiques sont : la place de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) en SU, les stratégies de stratification du risque (âge et fragilité), confusion et troubles cognitifs, iatrogénie, place de l'aidant, l'environnement de la SU, fin de vie, traumatisme [4]. Cet intergroupe a été décliné en France récemment (intergroupe Société française de médecine d'urgence-Société française de gériatrie et gérontologie [SFMU-SFGG]).

À QUI S'ADRESSE-T-ON ? QUEL PATIENT BÉNÉFICIERAIT D'UNE APPROCHE SPÉCIFIQUE ?

L'âge biologique ne permet évidemment pas à lui seul d'appréhender les besoins en soins du patient gériatrique en SU. Ces besoins sont également liés aux comorbidités, à l'autonomie fonctionnelle, au statut psychologique et socio-économique de la personne, à son entourage et son niveau de médicalisation habituel. Nous avons fait le choix d'aller au-delà du public cible de la mission Braun, les plus de 75 ans, en considérant plusieurs sous-populations types, comprenant les plus de 65 ans. Or l'identification de ces sous-populations nécessite certaines compétences gériatriques.

Le principal élément d'une montée en compétence gériatrique des équipes des SU est la mise en œuvre d'une approche « centrée sur la personne » et non « sur la maladie », c'est-à-dire basée sur les principes fondateurs de la gériatrie moderne, incarnés par le concept d'EGS [12]. Conçue par les gériatres il y a quarante ans, l'EGS est un outil validé d'« évaluation systématique de plusieurs dimensions essentielles de la condition d'une personne âgée (statut physique, nutritionnel, cognitif, fonctionnel, sensoriel, affectif, social) » qui a fait la preuve de son efficacité, notamment sur la mortalité [13, 14]. Cependant cette EGS est chronophage, et son rapport coût/efficacité s'en trouve abaissé aux urgences [15]. C'est donc vers un *screening* de la « fragilité », concept qui essaie de saisir l'effet intégré du vieillissement, des comorbidités multiples et de facteurs socio-environnementaux et génétiques, que les experts de l'EUSEM se sont tournés [4,16]. La question se pose de la pertinence de ce *screening* comme nous allons l'évoquer ci-après. Il faudrait tendre, chez les patients de plus de 75 ans, vers une « approche combinée » entre l'usage de « protocoles standardisés habituels » associés à une approche « personnalisée multidimensionnelle » de la santé, des souhaits, du problème apparent et les options disponibles [17], de la dimension sociale et de la place de l'aidant, dont ce *screening* peut faire partie. Les protocoles et fiches standardisés habituels peuvent s'avérer, sinon, inopérants car ciblant des problématiques archétypales, simples et uniques [18]. La présence de la famille, droit fondamental du patient âgé hospitalisé [1], et de la charte éthique d'accompagnement du grand âge [3] fait également partie de la « culture gériatrique ». Une personne âgée en SU doit pouvoir bénéficier de la présence de ses proches, personne de confiance ou famille pour plusieurs raisons : aide au diagnostic (anamnèse, recueil de données), aide à la prise de décision selon les valeurs de la personne, aide à la prévention des syndromes gériatriques (confusion, chutes). Enfin, la pluridisciplinarité essentielle en gériatrie est à rechercher et à favoriser si possible, notamment dans les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) (assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute, pharmacien). Cette

acculturation gériatrique des équipes des urgences peut se faire par le biais de corpus de formation communs aux cursus des internes en MU et de gériatrie.

Concernant la qualité de la prise de décision et conformément aux chartes et aux recommandations, tous les efforts doivent être faits pour une prise de décision de qualité [10]. Cette prise de décision partagée doit survenir dans un cadre qui intègre les principes de l'EGS, faire suite à une information claire et loyale délivrée au patient et à ses proches/représentants légaux (consentement éclairé aux soins) [17]. Elle doit survenir après « explication des options disponibles en fonction de la situation » et des « objectifs et choix de la personne en matière de soins de santé ainsi que son pronostic probable à long terme » [19] sans être « réduite à une seule ligne directrice ». Dans les situations d'incertitude, « les principes de l'éthique médicale servent de cadre aux considérations relatives au problème aigu, aux circonstances, aux options disponibles et à l'intérêt supérieur de la personne âgée qui n'est pas apte à consentir » [17]. Ces auteurs soulignent la difficulté liée à l'absence de cadres éthiques opérationnels pour les soins aux personnes âgées dans les services d'urgence [17, 18]. En allant plus loin dans leur réflexion, ils pointent le défi de la prise en charge des dilemmes moraux des soignants dans les questions de fin de vie, notamment chez les personnes âgées avec troubles cognitifs. La part des biais cognitifs dans les processus décisionnels est également documentée [17]. Il s'agit là d'un sujet de recherche à part entière.

Au sujet de la qualité des soins, il existe un entrechoquement de deux cultures médicales, qui peut être un frein à toute évolution des pratiques. D'un côté, la rapidité du diagnostic et l'efficacité de la prise en charge, de l'autre le nécessaire temps de l'anamnèse et de l'évaluation pour une prise en charge centrée sur la personne. Tous les efforts doivent être faits pour une démarche de « promotion globale de la qualité des soins gériatriques » et pour le respect des droits de l'usager conformément aux chartes. Certains outils gériatriques peuvent être utilisés pour améliorer cette qualité des soins et de la décision, comme les fiches conçues par l'EUSEM [4]. Dans la temporalité des SU, screener la fragilité a semblé pertinent à ces experts car la fragilité est associée à une mortalité plus élevée [20, 21]. Une étude multicentrique européenne a montré sa grande prévalence dans les SU, atteignant 40 % des patients âgés admis dans ces structures [19]. Un *screening* de la fragilité serait utile par exemple avant une chirurgie générale [22] ou digestive [21] pour aider à la prise de décision chirurgicale (choix des stratégies postopératoires). Dans ces travaux [23], la fragilité prédit la mortalité postopératoire, les complications, la durée prolongée du séjour et la perte d'autonomie [21]. Certaines équipes ont d'ailleurs essayé de concevoir des scores de fragilité spécifiques aux urgences pouvant prédire le risque d'événements indésirables [24]. Il existe aussi des stratégies de stratification du risque. Par exemple, l'EUSEM décrit un simple outil d'évaluation *age/frailty adjusted risk stratification* s'apparentant à une courte EGS proposée à l'issue d'un *Clinical Frailty Scale* [23], permettant de stratifier le risque de mortalité hospitalière, de confusion, de réadmission, d'institutionnalisation, mais aussi déclin fonctionnel et mortalité à plus long terme [4]. Il existe aussi des stratifications de risque de troubles cognitifs au moyen utilisant l'intelligence artificielle [25].

Ces trois éléments (stratification du risque, *screening* de la fragilité ou EGS complète) peuvent chacun apporter une plus-value dans certaines sous-populations ciblées. Le ciblage de ces sous-populations nécessite une montée en compétence gériatrique des professionnels des urgences, déjà pointée [10]. En effet, certains sujets ne nécessitent pas un *screening* de la fragilité, notamment les patients dépendants confinés au lit/fauteuil ; chez ces patients, le propos est de fournir un soin de qualité et un parcours respectant les « droits élémentaires de la personne dépendante à l'hôpital » rappelés dans la charte [2]. Dans tous les cas, les

soins doivent être prodigués selon les protocoles habituels mis en œuvre « dans un contexte centré sur la personne », que cette connaissance des outils gériatriques peut permettre, et non « centré sur la maladie » suivant une standardisation systématique [10]. Les protocoles sont malgré tout utiles dans un souci d'efficacité et de lutte contre la surcharge cognitive des cliniciens, mais toute protocolisation excessive des procédures peut s'avérer infructueuse ici (accumulation des conditions, nécessité de hiérarchiser, multiplication des investigations), voire délétère. En revanche, l'intérêt de la protocolisation de stratégies de prévention (confusion iatrogène, dépendance iatrogène) est primordial, comme nous allons l'aborder.

Concernant la limitation du risque iatrogène, le temps de passage aux urgences des > 75 ans est deux fois plus long que celui de l'adulte jeune en France d'après un rapport de la Cour des comptes en 2019, et les séjours prolongés [9] ou de nuit [7] sont source de iatrogénie. Cette iatrogénie est représentée notamment par un risque accru de confusion (surtout chez le patient ayant des troubles cognitifs et d'autant plus pour un passage prolongé de plus de dix heures) [8,26], de perte d'autonomie [27], de iatrogénie médicamenteuse et d'infections associées aux soins. Il existe une « iatrogénie » intrinsèque à l'environnement des urgences vis-à-vis du risque de confusion, surtout chez les patients ayant des troubles cognitifs préexistants et qui peut être limitée par différentes mesures : une signalétique simple, une diminution de la stimulation sensorielle (volume sonore, luminosité), l'éclairage en lumière naturelle, un environnement familial (mobilier), des moyens d'orientation (horloge), l'accueil du proche, un personnel formé (communication) [28]. Adapter l'environnement physique et les équipements du service aux besoins des personnes âgées pour accueillir ceux et celles ayant des troubles neurocognitifs est essentiel. Il est important de rechercher bien sûr toute iatrogénie médicamenteuse (responsable de 10 à 30 % des admissions de personnes âgées à l'hôpital) en investiguant l'ordonnance : l'effort doit porter sur une enquête minutieuse sur les changements récents, l'observance, les interactions médicamenteuses mais aussi l'élimination (calcul du débit de filtration glomérulaire [DFG]), la présence de médicaments identifiés au moyen d'outils validés tels que la liste *stop/start* [29], la liste de Beers [30] et de celle de Laroche [31] avec une attention particulière sur les psychotropes anticholinergiques [4]. Enfin, la perte d'autonomie dite « dépendance iatrogène » doit être combattue [27]. Comme l'ont pointé la SFGG et la Haute Autorité de santé (HAS), il y a six grandes causes de dépendance iatrogène (syndrome d'immobilisation, confusion, dénutrition, chutes, incontinence urinaire et médicaments) [32] contre lesquelles doivent être mises en œuvre des actions préventives pour tous les patients de 70 ans et plus ou identifiés fragiles, des interventions précoces ciblées selon la problématique identifiée, ou encore des interventions gériatriques plus complètes (accès à l'expertise) pour les patients souffrant de confusion syndrome d'immobilisation, de dénutrition ou d'une chute grave [32].

En ce qui concerne le syndrome confusionnel aigu, il s'agit d'un syndrome grave en gériatrie entraînant une mortalité accrue [33, 34], qu'il faut donc dépister au moyen d'outils conçus pour un repérage rapide en SU, comme la *Confusion Assessment Method* (CAM) [35] afin de mettre en place des stratégies pour l'éviter ou limiter sa gravité [36]. La prévalence des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs arrivant en SU est également importante et ces deux cadres nosologiques [33] doivent être distingués par les cliniciens. La confusion peut apparaître pendant le séjour, et être une confusion iatrogène. Les facteurs de risque en sont la durée de plus de dix heures, la douleur, le fait de résider en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la surdité, les troubles cognitifs préexistants, ou un antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC). Ces patients doivent faire l'objet de mesures de prévention de la confusion [8] (limiter la contention physique, chimique, mobiliser, soulager la douleur, réviser l'ordonnance, limiter les sondes urinaires, hydrater, réorienter).

En résumé, tous les efforts doivent être faits pour protocoliser des stratégies de prévention du syndrome confusionnel aigu [4,36], de la dépendance iatrogène [27, 32] et de la iatrogénie médicamenteuse, notamment [4,31] chez le patient âgé en SU.

EXPERTISE GÉRIATRIQUE

La montée en compétence gériatrique ne peut complètement se substituer à l'accès à une expertise gériatrique. Les apports possibles du gériatre en SU sont la qualité des soins et du parcours, la lutte contre la iatrogénie en SU par une prise en charge gériatrique d'emblée du patient [18], l'aide à la prise de décision, l'aide au choix du parcours par la connaissance de la filière, la sécurisation de la sortie. En outre, elle permet une acculturation des équipes par la présence même du ou de la gériatre dans les SU. La littérature montre que les unités d'urgence gériatriques apportent un bénéfice clinique [37]. Différentes solutions sont expérimentées actuellement en France : un gériatre aux urgences [38] ; une unité de MU de la personne âgée « MUPA » [39] ; une équipe de « coordination gériatrique d'urgence », des équipes mobiles intrahospitalières intervenant en SU ; la mise en place d'infirmière en pratique avancée (IPA) dédiée aux patients âgés [28]. Ces dispositifs permettraient de diminuer le taux d'hospitalisation et le risque de réadmission [38-40].

Concernant la qualité des parcours, dès l'admission, la qualité du soin gériatrique et du parcours commence par la qualité de l'anamnèse. L'aidant, comme évoqué, doit avoir une place essentielle et être considéré comme un interlocuteur ressource et non comme une gêne [28]. Tous les efforts doivent être faits pour faire l'anamnèse du patient à domicile (aidant) ou en EHPAD (soignants, dossier de liaison d'urgence [DLU]).

Au vu de ce qui a été évoqué précédemment, un recours à des parcours de soins dédiés est nécessaire pour certaines sous-populations de patients âgés. Tout d'abord, les sujets ayant des troubles neurocognitifs majeurs, notamment dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer, nécessitent une prise en charge particulière au moyen d'une adaptation structurelle et organisationnelle des SU [41]. Un guide intitulé « Améliorer l'accueil aux urgences des personnes âgées et ayant des troubles cognitifs » conçu par la SFMU, la SFGG, France Alzheimer, l'Union nationale des associations familiales (UNAFF) et la Fédération hospitalière de France (FHF) et publié par la Fondation Mederic Alzheimer synthétise les connaissances sur ce sujet [28]. Ces patient(e)s ont notamment besoin de procédures de prévention et de soins, d'un « climat adapté » (compétence comportementale des équipes, communication), de procédures organisationnelles limitant la iatrogénie, d'un environnement physique adapté, d'un cadre éthique décisionnel et d'un accès à leurs proches [28]. D'autres sous-populations pourraient bénéficier de la mise en place de parcours de soins dédiés, comme les patients fragiles identifiés comme tels à leur admission en proposant un *fast track* selon les cas (chirurgie, réanimation). Cette limitation de la durée de passage serait utile, également pour tout patient hospitalisé [7, 8]. La HAS recommande d'ailleurs d'écourter la durée de séjour du patient en attente d'hospitalisation dans une unité [32] pour prévenir la dépendance iatrogène. Par ailleurs, d'autres parcours de soins pourraient être envisagés pour les patients en fin de vie [4] ; les patients dépendants [1] ; ceux pris en charge pour traumatisme [4]. Enfin, en cas de retour à domicile, partie intégrante du parcours de soins, il faut s'assurer de la « qualité de la sortie » en « organisant et sécurisant la sortie ». Il est établi que la consigne orale de sortie n'est pas suffisante en gériatrie. Un support écrit est essentiel [42] pour les familles et/ou les professionnels des EHPAD.

ALTERNATIVE AUX URGENCES

Le développement récent du service d'accès aux soins (SAS) a pour objectif de fédérer les acteurs de soins de premier recours du territoire en organisant l'aide médicale d'urgence et en contribuant à la structuration des soins de ville non programmés. Cette amélioration de l'interface ville/hôpital visant au meilleur accès au juste soin est une opportunité pour proposer une offre de soins de qualité aux personnes âgées, actuellement accueillies dans les SU, qui soit plus adaptée à leurs besoins lorsqu'elles ne nécessitent pas le plateau technique des SU. Ces alternatives peuvent être diverses, sous la forme de téléconsultation, d'accès rapide au plateau ambulatoire ou d'hospitalisation programmée ou non en entrée directe en milieu gériatrique. En effet, le mode d'admission hospitalière des patients, dont la condition médicale nécessite une hospitalisation, semble avoir un impact sur leur prise en charge. Par exemple, les patients âgés admis en hospitalisation directe sans passage par les SU ont une durée d'hospitalisation moindre comparée à ceux préalablement admis en SU [43]. De nombreux travaux sont en cours pour déterminer le meilleur accès aux soins pour cette population de sujets âgés ne nécessitant pas le plateau technique d'une SU [44-46]. Concernant la population particulière des résidents d'EHPAD, une part non négligeable (21 %) des transferts en SU de ces patients sont probablement inappropriés [47]. Pour limiter ces admissions inappropriées et proposer à la place des alternatives de qualité, plusieurs dispositifs ont récemment été étudiés [48, 49]. La mise en place par les médecins gériatres d'un hôpital de jour réactif dédié aux résidents d'EHPAD en situation médicale aiguë permet par exemple d'accueillir sous trois jours ces patients en proposant une prise en charge pluridisciplinaire [50]. Un autre type de dispositif innovant a été récemment proposé par les médecins gériatres, généralisé au moment de la crise de COVID, celui d'une *hotline* gériatrique joignable directement par les professionnels des EHPAD [49, 51]. Ces collaborations entre les services gériatriques hospitaliers et les EHPAD ont montré qu'elles étaient associées à une diminution de transferts des résidents en SU [52]. Ces constatations argumentent donc l'optimisation du parcours de soins de ces patients âgés en envisageant des alternatives au passage en SU, dès lors que le patient ne nécessite pas le plateau technique des SU [46]. La littérature étant à ce jour limitée, il faut promouvoir la recherche organisationnelle et interdisciplinaire sur ces dispositifs [53].

RÉFÉRENCES

1. Sante.gouv.fr. Charte de la personne âgée hospitalisée [Internet]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/chartedelapersonnehospitalisee/IMG/pdf>
2. Solidarites.gouv.fr. Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles.
3. Grand Âge. Solidarites.gouv.fr. Charte éthique et accompagnement grand âge | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles.
4. Lucke JA, Mooijaart SP, Heeren P, *et al.* Providing care for older adults in the emergency department: Expert clinical recommendations from the european task force on geriatric emergency medicine. *Eur Geriatr Med* 2022 ; 13(2) : 309-17.
5. Mooijaart SP, Nickel CH, Conroy SP, *et al.* A European research agenda for geriatric emergency medicine: A modified Delphi study. *Eur Geriatr Med* 2021 ; 12(2) : 413-22.
6. Torres C, Langlois M, Verny M, Boddaert J, Magny E. [Geriatric pathways and organisation in response to the needs of EDS]. *Soins Gerontol* 2021 ; 26(151) : 10-3.
7. Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, *et al.* Overnight stay in the emergency department and mortality in older patients. *JAMA Intern Med* 2023 ; 183(12) : 1378-85.

8. Oliveira JE, Silva L, Berning MJ, *et al.* Risk factors for delirium in older adults in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Ann Emerg Med* 2021 ; 78(4) : 549-65.
9. Cour des comptes [Internet]. Disponible sur : www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf
10. Ellis B, Carpenter CR, Lowthian JA, *et al.* Statement on minimum standards for the care of older people in emergency departments by the geriatric emergency medicine special interest group of the International Federation for Emergency Medicine. *CJEM* 2018 ; 20(3) : 368-9.
11. Bellou A, Conroy SP, Graham CA. The European curriculum for geriatric emergency medicine. *Eur J Emerg Med* 2016 ; 23(4) : 239.
12. Rubenstein LZ, Wieland D, English P, *et al.* The Sepulveda VA geriatric evaluation unit: Data on four-year outcomes and predictors of improved patient outcomes. *J Am Geriatr Soc* 1984 ; 32(7) : 503-12.
13. Veronese N, Custodero C, Demurtas J, *et al.* Comprehensive geriatric assessment in older people: An umbrella review of health outcomes. *Age Ageing* 2022 ; 51(5) : afac104.
14. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, *et al.* Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 ; 9(9) : CD006211.
15. Parker SG, McCue P, Phelps K, *et al.* What is comprehensive geriatric assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing* 2018 ; 47(1) : 149-55.
16. Graf CE, Zekry D, Giannelli S, Michel JP, Chevalley T. Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the emergency department : a systematic review. *Aging Clin Exp Res* 2011 ; 23(4) : 244-54.
17. van Oppen JD, Coats T, Conroy S, *et al.* Person-centred decisions in emergency care for older people living with frailty: Principles and practice. *Emerg Med J* 2024 ; 41(11) : 694-9.
18. Conroy S, Thomas M. Urgent care for older people. *Age Ageing* 2022 ; 51(1) : afab019.
19. Lawless MT, Drioli-Phillips P, Archibald MM, Ambagtsheer RC, Kitson AL. Communicating with older adults with long-term conditions about self-management goals: A systematic review and thematic synthesis. *Patient Educ Couns* 2021 ; 104(10) : 2439-52.
20. European Taskforce on Geriatric Emergency Medicine (ETGEM) collaborators. Prevalence of Frailty in European Emergency Departments (FEED): An international flash mob study. *Eur Geriatr Med* 2024 ; 15(2) : 463-70.
21. Kennedy CA, Shipway D, Barry K. Frailty and emergency abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis. *Surgeon* 2022 ; 20(6) : e307-14.
22. Fehlmann CA, Patel D, McCallum J, Perry JJ, Eagles D. Association between mortality and frailty in emergency general surgery: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2022 ; 48(1) : 141-51.
23. Rockwood K, Song X, MacKnight C, *et al.* A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005 ; 173(5) : 489-95.
24. Gilbert T, Neuburger J, Kraindler J, *et al.* Development and validation of a hospital frailty risk score focusing on older people in acute care settings using electronic hospital records: An observational study. *Lancet* 2018 ; 391(10132) : 1775-82.
25. Haimovich AD, Shah MN, Southerland LT, Hwang U, Patterson BW. Automating risk stratification for geriatric syndromes in the emergency department. *J Am Geriatr Soc* 2024 ; 72(1) : 258-67.
26. Bo M, Bonetto M, Bottignole G, *et al.* Length of stay in the emergency department and occurrence of delirium in older medical patients. *J Am Geriatr Soc* 2016 ; 64(5) : 1114-9.
27. Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, *et al.* Preventable iatrogenic disability in elderly patients during hospitalization. *J Am Med Dir Assoc* 2015 ; 16(8) : 674-81.
28. Fondation Mederic Alzheimer. Repères Fondation Mederic Alzheimer [Internet]. Disponible sur : www.fondation-mederic-alzheimer.org/wp-content/uploads/2023/03/2020-12-04-cp-guide-reperes-alzheimer-3-service-des-urgences.pdf
29. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, *et al.* Stopp/start criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. *Age Ageing* 2015 ; 44(2) : 213-8.
30. Beers MH, Ouslander JG. Risk factors in geriatric drug prescribing. A practical guide to avoiding problems. *Drugs* 1989 ; 37(1) : 105-12.
31. Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charnes JP. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *Rev Med Interne* 2009 ; 30(7) : 592-601.
32. HAS. Prévenir la dépendance iatrogène. 2017.

33. Chen F, Liu L, Wang Y, *et al.* Delirium prevalence in geriatric emergency department patients: A systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med* 2022 ; 59 : 121-8.
34. Han JH, Shintani A, Eden S, *et al.* Delirium in the emergency department: An independent predictor of death within 6 months. *Ann Emerg Med* 2010 ; 56(3) : 244-52.e1.
35. Laplante J, Cole M, McCusker J, Singh S, Ouimet MA. [Confusion assessment method. Validation of a french-language version]. *Perspect Infirm* 2005 ; 3(1) : 12-4, 16-8, 20-2.
36. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, *et al.* Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 ; 3(3) : CD005563.
37. O'Shaughnessy Í, Robinson K, O'Connor M, *et al.* Effectiveness of acute geriatric unit care on functional decline, clinical and process outcomes among hospitalised older adults with acute medical complaints: A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2022 ; 51(4) : afac081.
38. APM. 2023.
39. Clementz A, Jost J, Lacour A, Ratsimbazafy V, Tchalla A. Do clinical pharmacy activities have an impact on the rehospitalisation rate of elderly patients admitted to a MUPA unit for a fall? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2022.
40. SFGG.2024.
41. Hill JD, Schmucker AM, Siman N, *et al.* Emergency and post-emergency care of older adults with Alzheimer's disease/Alzheimer's disease related dementias. *J Am Geriatr Soc* 2022 ; 70(9) : 2582-91.
42. Hoek AE, Anker SCP, van Beek EF, *et al.* Patient discharge instructions in the emergency department and their effects on comprehension and recall of discharge instructions: A systematic review and meta-analysis. *Ann Emerg Med* 2020 ; 75(3) : 435-44.
43. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, *et al.* Factors associated with inappropriate use of emergency departments: Findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Qual Saf* 2020 ; 29(6) : 449-64.
44. Dubucs X, Balen F, Charpentier S, *et al.* Factors associated with emergency medical dispatcher request and residents' inappropriate transfers from nursing homes to emergency department. *Eur Geriatr Med* 2022 ; 13(2) : 351-7.
45. Foucaud A, Gilbert T, Vincent A, *et al.* Evaluation of a training program for emergency medical service physician dispatchers to reduce emergency departments visits. *J Am Geriatr Soc* 2023 ; 71(2) : 484-95.
46. Jones HT, Teranaka W, Hunter P, Gross L, Conroy S. What is the impact of a pre-hospital geriatrician led telephone « Silver Triage » for older people living with frailty? *Eur Geriatr Med* 2023 ; 14(5) : 977-81.
47. Rolland Y, Mathieu C, Tavassoli N, *et al.* Factors associated with potentially inappropriate transfer to the emergency department among nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc* 2021 ; 22(12) : 2579-86.e7.
48. Norman G, Bennett P, Vardy ERLC. Virtual wards: A rapid evidence synthesis and implications for the care of older people. *Age Ageing* 2023 ; 52(1) : afac319.
49. Goethals L, Barth N, Martinez L, *et al.* Decreasing hospitalizations through geriatric hotlines: A prospective French multicenter study of people aged 75 and above. *BMC Geriatr* 2023 ; 23(1) : 783.
50. Laffon de Mazières C, Romain M, Hermabessière S, *et al.* An innovative day hospital dedicated to nursing home resident: A descriptive study of 1 306 residents referred by their physicians. *J Nutr Health Aging* 2018 ; 22(9) : 1138-43.
51. Villars H, Balardy L, Ghisolfi A, Blain H, Rolland Y. « Geriatric team health care pathways »: An organizational innovation to enhance care pathways of long-term care facilities' residents in the French region of Occitania. *J Am Med Dir Assoc* 2024 ; 25(6) : 104976.
52. Rolland Y, Tavassoli N, de Souto Barreto P, *et al.* Systematic dementia screening by multidisciplinary team meetings in nursing homes for reducing emergency department transfers: The IDEM cluster randomized clinical trial. *JAMA Netw Open* 2020 ; 3(2) : e200049.
53. Mooijaart SP, Nickel CH, Conroy SP, *et al.* A European Research Agenda for geriatric emergency medicine: A modified Delphi study. *Eur Geriatr Med* 2021 ; 12(2) : 413-22.

QUESTION 20

Comment organiser la prise en charge des patients pédiatriques aux urgences ?

*Experts : H. CHAPPUY, Y. GILLET, A. MOUROT,
C. GRAS LE GUEN, C. GIL-JARDINE*

R20.1. Les experts recommandent de définir un seuil d'âge officiel entre 16 et 18 ans pour la prise en charge des patients pédiatriques en SU, adapté à chaque établissement selon ses capacités géographiques et la disponibilité de professionnels médico-soignants formés en pédiatrie. Ces professionnels doivent être formés aux soins urgents mais aussi aux situations usuelles spécifiques à la pédiatrie pour améliorer la précision diagnostique, diminuer le recours aux examens complémentaires et améliorer la qualité de l'accueil. L'organisation des soins doit inclure des programmes de formation continue de l'ensemble des professionnels ainsi que des sessions de simulation clinique régulières.

R20.2. Les experts recommandent de prévoir un espace d'attente distinct pour les enfants et leur famille. Un espace spécialement dédié aux soins spécifiques du nourrisson doit également être prévu et facilement identifié. Dans le but de réduire les erreurs et la durée des prises en charge, les experts recommandent dans les structures à haut volume pédiatrique de créer un parcours de soins spécifique à l'enfant incluant tri initial par IOA formé à la pédiatrie, zone de consultation dédiée et matériel de soins adapté. Dans les services de taille plus modeste, une organisation spécifiquement pédiatrique (signalétique, protocole de tri et chariot pédiatrique) est une alternative acceptable.

R20.3. Les experts recommandent de maintenir un stock de matériel indispensable dédié à la pédiatrie (médicaments avec galénique adaptée, brassard à tension, masques, sondes, cathéters, balance), d'utiliser des échelles d'évaluation pédiatriques uniformisées et de maintenir une formation pratique régulière sur ces outils et les gestes d'urgence.

R20.4. Les experts recommandent d'établir un protocole de prise en charge pédo-psychiatrique qui comporte impérativement un examen somatique complet sauf si le motif de consultation aux urgences correspond au motif connu et est identique aux prises en charge pédopsychiatriques antérieures du patient. Ce protocole doit pouvoir bénéficier en complément de l'expertise d'une équipe formée à l'évaluation et aux soins en santé mentale (pédopsychiatre

sur place ou en astreinte, IDE psy sur place, psychologue référent). Une zone d'accueil dédiée calme et sécurisée doit être prévue pour évaluer ces patients.

R20.5. Les experts recommandent de structurer une UHCD pédiatrique ou des lits dédiés aux enfants en observation avec du personnel formé et un environnement permettant dans tous les cas la présence d'un parent. Des protocoles partagés avec la pédiatrie hospitalière doivent encadrer l'admission et la sortie.

R 20.6. Les experts recommandent de mettre en place des protocoles précis de transfert pédiatrique, des outils de calcul automatisé des doses de médicaments ainsi qu'une concertation territoriale régulière avec les établissements supports afin d'actualiser ces protocoles et optimiser la sécurité et l'efficacité des transferts.

R20.7. Les experts recommandent de formaliser une filière de réorientation pédiatrique grâce à un protocole d'évaluation initial clair et validé et en s'appuyant sur un réseau ville-hôpital dédié à la pédiatrie. L'utilisation d'applications validées de guidance parentale en cas d'inquiétude pourrait limiter les passages abusifs en SU et les appels vers le SAMU-SAS en proposant une alternative adaptée à l'état de santé de l'enfant.

R20.8. Les experts recommandent d'élaborer au niveau territorial des protocoles partagés spécifiques à l'enfant et basés sur un haut niveau de preuve. Ces protocoles doivent traiter des situations usuelles en pédiatrie comme des situations complexes. En cas de mort inattendue du nourrisson (MIN), le nouveau cahier des charges des centres de référence des MIN précise qu'il est impératif d'orienter la victime vers un centre référent MIN afin d'investiguer les causes du décès et d'implémenter le registre national des MIN. Il est impératif d'inclure tous les acteurs concernés et d'organiser une révision régulière de ces documents.

R20.9. Les experts recommandent d'intégrer des outils informatisés validés spécifiques à la pédiatrie dans le dossier patient informatisé (DPI), de développer la téléexpertise en lien avec le centre pédiatrique de référence.

DÉFINIR L'ÂGE PÉDIATRIQUE ET LES COMPÉTENCES REQUISES

La question du seuil d'âge pour la prise en charge pédiatrique en MU est un sujet sensible et déterminant pour garantir une approche cohérente et sécurisée. Plusieurs études ont souligné l'hétérogénéité des pratiques entre les établissements, où l'âge limite pour la prise en charge pédiatrique varie entre 15 et 18 ans selon la disponibilité des médecins spécialisés et les infrastructures hospitalières [1]. L'absence de directives claires peut entraîner des retards au triage, des erreurs de prise en charge ou des décisions médicales inadéquates.

L'enjeu ne se limite pas à l'âge : les compétences spécifiques des soignants sont cruciales. La physiologie pédiatrique diffère notablement de celle de l'adulte (volémie, tolérance aux hypoxies, posologies ajustées) et les prises en charge doivent être adaptées pour réduire les risques d'erreurs [2]. Une étude menée sur les SU pédiatriques aux États-Unis a révélé que la présence de médecins spécifiquement formés en pédiatrie améliorait la précision diagnostique et diminuait le recours aux examens complémentaires inutiles [3]. Les recommandations actuelles insistent sur la formation continue des médecins urgentistes aux spécificités pédiatriques, l'organisation des soins doit inclure des programmes de formation continue pour tout le personnel incluant des sessions de simulation clinique [4].

Un programme de formation spécialisée transversale (FST) en MU pédiatrique, associé à des simulations régulières, permet d'améliorer la prise en charge [5]. En l'absence de spécialistes pédiatriques sur site, la mise en place d'une astreinte de référents pédiatriques est une alternative recommandée pour garantir une assistance en temps réel aux équipes généralistes.

AMÉNAGER UNE SALLE D'ATTENTE PÉDIATRIQUE DÉDIÉE ET CRÉER UN PARCOURS SPÉCIFIQUE À L'ENFANT

La salle d'attente est un environnement pouvant engendrer du stress et de l'anxiété chez l'enfant et sa famille, notamment en raison de la promiscuité avec des adultes présentant des pathologies parfois impressionnantes (détresse respiratoire, blessures ouvertes, agitation psychiatrique). La conception multisensorielle d'un espace pédiatrique réduit significativement le stress des enfants et des parents en attente de soins [6]. L'ambiance sonore et visuelle joue également un rôle déterminant. La mise à disposition de jeux, de livres et d'éléments de décoration adaptés favorise une réduction du stress et de l'anxiété [7]. L'aménagement d'espaces dédiés contribue à une meilleure coopération de l'enfant lors des soins et à une réduction des comportements opposants [8]. Au-delà du bien-être, l'aménagement d'un espace spécifique pour les enfants réduit le risque de transmission infectieuse, particulièrement chez les nourrissons [9]. L'impact psychologique sur les parents est également à considérer. La perception d'un environnement pensé pour les enfants améliore l'acceptabilité de l'attente et diminue le sentiment d'insécurité des familles. En conséquence, cela favorise une meilleure relation entre soignants et parents, facilitant la prise en charge globale adaptée à l'enfant [10]. Au-delà d'une salle d'attente adaptée, un circuit pédiatrique dédié dans une SU polyvalente permet une prise en charge plus rapide, plus sécurisée et plus adaptée aux spécificités physiologiques et psychologiques des enfants. La mise en place de filières pédiatriques distinctes a montré une amélioration significative de la fluidité du parcours de soins et une réduction des erreurs médicales [11]. Un tri pédiatrique spécifique, basé sur une échelle de tri validée, réalisé par un personnel formé aux critères de gravité pédiatriques (évaluation de la fréquence respiratoire, signes de déshydratation, gestion de la douleur), permet une meilleure priorisation des urgences pédiatriques et limite les erreurs de triage [12]. L'organisation en parcours différencié (« ambulatoire vs secteur aigu ») facilite la répartition entre les enfants nécessitant une surveillance rapprochée et ceux pouvant être pris en charge en ambulatoire. Cette approche a démontré son efficacité pour réduire les délais de consultation et améliorer la satisfaction des familles [13]. Un circuit pédiatrique bien structuré permet également de regrouper le matériel adapté (brassards de tension, masques, canules pédiatriques, scopes spécialisés), réduisant ainsi le risque d'erreurs liées à l'utilisation de matériel adulte. En outre, le stockage anticipé de médicaments pédiatriques essentiels (antipyrétiques, antalgiques, anticonvulsivants, solutés en dosages adaptés) optimise la rapidité de l'administration des traitements et réduit les risques de surdosage. Enfin, un personnel spécifiquement formé à la pédiatrie, capable d'adopter une communication adaptée aux enfants et à leurs parents, favorise une prise en charge plus rassurante et plus efficace. La gestion de l'anxiété de l'enfant et l'implication des parents dans les soins sont des facteurs clés pour le bon déroulement de ceux-ci [14].

GARANTIR LA DISPONIBILITÉ DE MATÉRIEL ET D'OUTILS D'ÉVALUATION SPÉCIFIQUES

En MU pédiatrique, la précision du matériel médical et des outils d'évaluation est essentielle pour assurer une prise en charge efficace et sécurisée. La morphologie variable des patients (poids, taille, périmètres corporels) nécessite l'utilisation d'outils et d'équipements adaptés, faute de quoi des erreurs médicales graves peuvent survenir [15]. Les outils de triage et d'évaluation clinique jouent un rôle central pour détecter rapidement les situations critiques. Des études ont démontré que l'intégration des scores pédiatriques, comme le *Pediatric Early Warning Score* (PEWS) et le *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC), permet une évaluation plus précise de la gravité des cas et une meilleure prise en charge des urgences pédiatriques [16].

Un stock de matériel dédié, clairement identifié et régulièrement vérifié, est indispensable pour garantir une utilisation optimale des dispositifs spécifiques, notamment :

- brassards de pression artérielle de différentes tailles pour des mesures fiables ;
- cathéters, masques, sondes et canules adaptés pour éviter les traumatismes liés à un matériel inapproprié [17] ;
- médicaments en dosages pédiatriques clairement identifiés afin de réduire les erreurs de prescription et d'administration [18].

Par ailleurs, la formation du personnel à l'utilisation du matériel pédiatrique et aux outils d'évaluation est primordiale. Des recherches ont prouvé que les sessions de simulation *in situ* améliorent l'efficacité des interventions en urgence, réduisent le stress des soignants et augmentent la fiabilité des gestes techniques [19].

DÉVELOPPER LA PRISE EN CHARGE PÉDOPSYCHIATRIQUE

Depuis plusieurs années, on observe une augmentation importante des consultations pour motif psychiatrique, notamment en raison des idées suicidaires, automutilations, troubles anxieux ou phobies scolaires [20]. Parmi les adolescents (10-19 ans), le suicide est la cinquième cause de mortalité dans le monde (45 000 morts/an) et la deuxième en France [21]. Un récent rapport de la Direction de la recherche, des études et évaluation statistiques (DRESS) fait état d'une très forte hausse du taux annuel d'adolescentes et jeunes femmes hospitalisées en lien avec un geste auto-infligé depuis la fin 2020, quels que soient les territoires, niveaux de gravité et modes opératoires [22]. Les données des passages en SU, appels SOS médecin et centres antipoison vont dans le même sens [23, 24]. De même que les enquêtes rapportant une dégradation globale de la santé mentale des collégiens et lycéens, plus marquée chez les filles, associée à une forte progression des pensées suicidaires chez les lycéens entre 2018 et 2022 [25]. Parallèlement, la précarisation récente des ressources médicales et paramédicales en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) s'ajoute à un manque de lisibilité dans la sectorisation, une hétérogénéité des moyens et de la qualité des soins proposés [26]. Ce qui situe les professionnels de santé primaire (médecins généralistes, médecins urgentistes et pédiatres) en première ligne du dépistage, de l'évaluation et de la prise en charge des adolescents avec idées et conduites suicidaires. Face à ces situations, les SU doivent adapter leur organisation afin de garantir une prise en charge appropriée. En effet, les enfants en détresse psychique nécessitent une évaluation psychosociale complète, dépassant souvent le champ de compétence des urgentistes non formés à la pédopsychiatrie [27]. L'absence de protocoles clairs

et de filières dédiées entraîne un allongement des délais de prise en charge, une aggravation de l'état clinique des jeunes patients et une détresse accrue des familles [28].

Un protocole pédopsychiatrique standardisé est donc indispensable pour organiser :

- un tri efficace basé sur des critères de gravité psychiatrique (suicidabilité, risque de fugue ou de passage à l'acte violent) [29] ;
- un espace sécurisé et apaisant, séparé de l'agitation de l'unité principale, pour éviter l'aggravation des symptômes anxieux et des troubles du comportement [30] ;
- l'implication d'un psychologue ou pédopsychiatre référent, que ce soit en présentiel ou *via* une téléexpertise, afin d'assurer une évaluation et une orientation adaptées [31].

En cas d'hospitalisation, les unités dédiées (pédiatrie, médecine de l'adolescent ou pédopsychiatrie) doivent être privilégiées sur la psychiatrie adulte (et nécessitent un aménagement le cas échéant). L'absence de lits en pédopsychiatrie aggrave la saturation des services d'urgence. Certaines structures ont mis en place des alternatives ambulatoires, comme l'orientation prioritaire vers un centre médico-psychologique (CMP) ou un programme de suivi posturgence [32].

Enfin, la gestion de la crise doit être adaptée aux besoins spécifiques des enfants et adolescents. La contention physique doit rester exceptionnelle, et les traitements médicamenteux doivent être prescrits avec prudence pour éviter toute sédation excessive [33], selon des protocoles communs avec les pédopsychiatres mis en place dans les SU.

METTRE EN PLACE UNE UHCD ADAPTÉE À LA PÉDIATRIE

L'hospitalisation de courte durée en pédiatrie constitue une solution intermédiaire précieuse entre la prise en charge ambulatoire et l'hospitalisation conventionnelle. De nombreuses pathologies pédiatriques, telles que les gastro-entérites aiguës nécessitant une réhydratation, les bronchiolites modérées ou encore les traumatismes crâniens légers, nécessitent une surveillance médicale temporaire sans pour autant justifier un séjour prolongé en service de pédiatrie. La mise en place d'une UHCD pédiatrique, ou à défaut de lits d'observation spécifiques, permet d'éviter la saturation de la zone aiguë des SU, tout en garantissant une surveillance adaptée aux enfants dont l'état clinique nécessite une évaluation prolongée. L'existence d'une UHCD pédiatrique contribue à une optimisation des ressources hospitalières. En limitant les admissions non justifiées en hospitalisation conventionnelle, elle permet de désengorger les services de pédiatrie tout en garantissant une prise en charge efficace des enfants nécessitant une surveillance médicale transitoire. De plus, elle améliore la qualité des soins en offrant un cadre plus adapté pour les enfants et leurs familles, réduisant ainsi leur niveau de stress et facilitant leur prise en charge. La présence parentale dans cette unité, grâce à un aménagement adéquat des espaces (lit ou fauteuil permettant au parent de rester avec son enfant), est un facteur clé dans l'acceptabilité des soins et la diminution de l'anxiété des jeunes patients. Le bon fonctionnement d'une UHCD pédiatrique repose sur plusieurs éléments essentiels. Il est primordial de définir des motifs précis d'admission et de sortie en UHCD, en collaboration avec les services de pédiatrie hospitalière, afin de faciliter la prise de décision pour une hospitalisation complète ou un retour à domicile. La formation spécifique du personnel médical et paramédical à la surveillance des enfants en observation est également indispensable pour garantir une prise en charge adaptée. Par ailleurs, l'accès rapide aux examens complémentaires (imagerie, biologie) permet d'optimiser le diagnostic et

d'éviter les délais inutiles dans la prise en charge [34]. Enfin, la mise en place d'une UHCD ou d'un circuit d'observation pédiatrique doit être réalisée en coordination étroite avec les services de pédiatrie hospitalière et les unités d'accueil ambulatoire, afin d'assurer une fluidité des parcours de soins et de garantir une continuité dans la surveillance des enfants après leur sortie de l'unité.

FORMALISER DES PROTOCOLES DE TRANSFERT POUR LES PATIENTS PÉDIATRIQUES

Le transfert interhospitalier des patients pédiatriques est une étape critique qui nécessite une organisation rigoureuse afin de garantir la sécurité, la continuité des soins et la stabilisation optimale de l'enfant avant et pendant le transport. Dans de nombreuses situations, notamment en cas de réanimation néonatale, de chirurgie pédiatrique spécialisée ou de pathologies complexes, il est impératif d'acheminer l'enfant vers un centre de référence disposant des moyens techniques et humains adaptés [35]. L'absence de protocoles formalisés entraîne un allongement des délais de départ, augmentant ainsi le risque de décompensation au cours du transport. De plus, l'absence de coordination entre les services hospitaliers et les équipes de transport peut conduire à des difficultés logistiques et organisationnelles compromettant la qualité de la prise en charge du patient [36]. Il est donc essentiel d'établir des accords territoriaux entre les hôpitaux généraux et les centres spécialisés pour structurer ces transferts, en définissant des critères précis de stabilisation prétransfert et les circuits téléphoniques d'appel [37].

La stabilisation avant transfert constitue un élément fondamental du protocole. L'enfant doit recevoir une prémédication adaptée, la pose d'une voie veineuse sécurisée si indiquée et une sécurisation ventilatoire si nécessaire. Une équipe formée aux spécificités du transport pédiatrique doit être présente afin d'assurer une surveillance continue et la gestion des complications potentielles durant le transport [38]. Le choix du mode de transport est également un paramètre déterminant. Selon l'état clinique de l'enfant et la distance entre les établissements, le transfert peut être effectué par ambulance médicalisée, hélicoptère ou SMUR pédiatrique. Une coordination rigoureuse avec les SU territoriales en lien avec le SAMU permet d'assurer une prise en charge rapide et efficace du patient dès son admission dans l'établissement receveur [39]. Enfin, un protocole de transfert bien défini doit inclure une check-list de transfert, précisant le matériel requis, les critères de stabilisation et le mode de surveillance pendant le transport. L'intégration d'un système de transmission en temps réel des données cliniques entre l'hôpital d'origine et l'établissement de destination contribue à optimiser la coordination médicale et à anticiper les besoins spécifiques du patient dès son arrivée [40].

OPTIMISER LA RÉORIENTATION DES ENFANTS VERS LA VILLE OU D'AUTRES STRUCTURES

L'engorgement des SU pédiatriques est un problème de santé publique largement documenté. Une part significative des consultations concerne des pathologies bénignes telles que les infections oto-rhino-laryngologiques (ORL), les syndromes fébriles sans gravité ou les traumatismes mineurs, qui pourraient être prises en charge en médecine de ville. Le manque de disponibilité des pédiatres et généralistes, en particulier en soirée et le week-end, ainsi que l'anxiété des parents sont des facteurs majeurs favorisant le recours aux urgences hospitalières.

L'instauration d'un dispositif de tri efficace permet d'identifier rapidement les enfants ne nécessitant pas de prise en charge hospitalière et de proposer une réorientation vers un professionnel de ville. Une réorientation efficace repose sur l'existence de partenariats solides avec des pédiatres et médecins généralistes libéraux ou des maisons médicales de garde, incluant la mise à disposition de créneaux de consultation spécifiques pour les enfants adressés depuis les SU [41]. Certaines expériences ont montré que l'intégration d'une évaluation infirmière rapide, avec des critères cliniques validés, réduit de manière significative le nombre de consultations non pertinentes en SU, sans altérer la sécurité des patients [42]. Des critères de réorientation précis doivent être définis, prenant en compte des éléments tels que l'âge (moins de 3 mois), la présence de signes d'alerte (dyspnée, altération de l'état général, refus alimentaire, purpura) ou encore les antécédents connus. La communication avec les familles est un élément clé de la réussite de ces dispositifs. Une explication claire des raisons de la réorientation, accompagnée d'informations sur les signes nécessitant un retour en SU, favorise l'acceptabilité et la confiance des parents dans le système de soins. Enfin, certaines structures ont expérimenté des systèmes innovants pour améliorer la réorientation des patients. L'utilisation de plateformes de téléconsultation en lien avec les urgences permet, dans certains cas, d'éviter un passage aux urgences en fournissant une première évaluation clinique à distance. De même, la mise en place d'outils numériques facilitant la prise de rendez-vous en médecine de ville, directement depuis l'accueil des SU, améliore la fluidité du parcours de soins et diminue la surcharge des services hospitaliers. L'optimisation de la coordination entre les soins primaires et les urgences pédiatriques est un enjeu clé pour réduire la surcharge hospitalière et assurer un suivi optimal des enfants après leur passage aux urgences. L'absence de disponibilité des pédiatres ou médecins généralistes libéraux ou de créneaux en médecine générale entraîne un afflux de patients pour des motifs parfois bénins aux urgences [43]. Pour améliorer cette situation, plusieurs stratégies sont identifiées. La mise en place de réseaux de soins ville-hôpital facilite l'échange d'informations et l'orientation rapide des patients pédiatriques [44]. L'utilisation de messageries sécurisées et de plateformes de coordination permet un partage structuré des comptes-rendus et des données cliniques entre les différents acteurs de santé [45]. Le développement d'une permanence des soins pédiatriques de ville *via* les maisons médicales de garde, en lien avec les urgences hospitalières, contribue également à limiter l'encombrement des structures hospitalières [46]. L'absence de suivi après une visite à la SU constitue un facteur de risque de récurrence ou de complications évitables. Une meilleure transition vers la médecine de ville permet de limiter le nombre de réadmissions aux urgences et d'améliorer la qualité des soins [47]. Certains établissements ont expérimenté des programmes de suivi posturgence, intégrant des alertes pour les médecins traitants et des rendez-vous systématiques en consultation de suivi [48]. Enfin, un protocole de continuité des soins, incluant des critères de réorientation vers la ville en fonction de la pathologie de l'enfant et un accès facilité aux soins de suivi, renforce l'efficacité du système de santé et limite les passages inappropriés en SU.

STRUCTURER UNE ORGANISATION TERRITORIALE ET DES PROTOCOLES SPÉCIFIQUES

Certaines situations pédiatriques complexes, telles que la chirurgie infantile, la maltraitance infantile, la MIN ou les pathologies rares nécessitant une expertise spécialisée, nécessitent une coordination pluridisciplinaire dépassant le cadre de l'hôpital. L'instauration de protocoles régionaux ou départementaux garantit une réponse rapide et homogène aux enjeux médicaux, légaux et éthiques qui entourent ces situations [49]. Dans le cadre de la maltraitance infantile, une prise en charge rapide et adaptée est essentielle pour assurer la protection de l'enfant

et permettre une évaluation clinique approfondie. Un protocole bien défini doit inclure les critères d'alerte, les modalités de signalement aux autorités compétentes (cellule de protection de l'enfance, service social, justice) ainsi que les étapes de la prise en charge médicale et sociale [50]. La collaboration entre les services hospitaliers, la police/gendarmerie et les structures médico-sociales doit être formalisée pour garantir une continuité des soins et éviter des décisions hâtives pouvant nuire à l'enfant [51]. Concernant la MIN, il est crucial d'adopter un protocole structuré précisant les mesures de réanimation initiales, les démarches médico-légales, l'accompagnement des parents et la gestion des prélèvements post-mortem [52]. Le nouveau cahier des charges précise qu'il est impératif d'orienter la victime vers un centre référent afin d'investiguer les causes du décès et d'implémenter systématiquement le registre national des MIN [53]. Une cellule de crise psychologique dédiée peut être mobilisée pour aider les familles à faire face à cette situation dramatique. D'un point de vue organisationnel, la structuration d'un réseau territorial de santé pédiatrique permet une répartition efficace des ressources et une meilleure coordination interétablissements. La mise en place de formations croisées entre professionnels hospitaliers et libéraux facilite la diffusion des bonnes pratiques et améliore la qualité de la prise en charge. L'intégration de systèmes d'alerte numérique et d'échange d'informations en temps réel entre les services hospitaliers et les autorités médico-sociales renforce l'efficacité des interventions [54]. Enfin, l'actualisation régulière des protocoles spécifiques et leur diffusion auprès de tous les acteurs concernés (services hospitaliers, protection maternelle et infantile [PMI], médecins généralistes, forces de l'ordre, travailleurs sociaux) sont essentielles pour garantir leur application harmonieuse et leur efficacité dans la gestion des situations pédiatriques complexes [55].

PROMOUVOIR L'UTILISATION D'OUTILS DIGITAUX PÉDIATRIQUES

Le développement des outils numériques en pédiatrie d'urgence représente une avancée majeure pour réduire les erreurs médicales, améliorer la réactivité et sécuriser la prise en charge. Parmi ces innovations, les calculateurs de dose informatisés permettent une précision accrue dans l'administration des médicaments pédiatriques, réduisant les erreurs liées aux calculs manuels souvent sujets à des variations [56]. Les applications de tri pédiatrique et d'aide à la décision clinique jouent un rôle clé dans l'optimisation des flux aux urgences. Ces outils, souvent intégrés dans le DPI, facilitent l'utilisation de scores prédictifs et d'échelles validées (PEWS pour l'évaluation précoce de la détérioration clinique) [57]. La télémédecine pédiatrique est également en plein essor, notamment pour les avis spécialisés dans des structures dépourvues de pédiatres vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elle permet de réduire les transferts inutiles, de garantir une expertise rapide en cas de pathologies complexes et d'améliorer la gestion des urgences vitales via une transmission instantanée des données médicales (radiographies, électrocardiogramme [ECG], courbes de surveillance) [58]. Enfin, les applications mobiles dédiées au suivi post-hospitalisation se révèlent particulièrement utiles, notamment après un passage en UHCD. Elles permettent aux parents de renseigner l'évolution des symptômes de leur enfant, d'être alertés en cas de signes inquiétants et d'accéder à des conseils de soins adaptés. Toutefois, pour assurer leur efficacité et leur adoption par les soignants et les familles, ces solutions doivent être ergonomiques, sécurisées et conformes aux réglementations sur la protection des données de santé [59].

RÉFÉRENCES

1. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.
2. Diggs LA, Sheth-Chandra M, De Leo G. Epidemiology of pediatric prehospital basic life support care in the United States. *Prehosp Emerg Care* 2016 ; 20(2) : 230-8.
3. Gausche-Hill M, Ely M, Schmuhl P, *et al.* A national assessment of pediatric readiness of emergency departments. *JAMA Pediatr* 2015 ; 169(6) : 527-34.
4. Siebert JN, Gosetto L, Sauvage M, *et al.* Usability testing and technology acceptance of an mHealth app at the point of care during simulated pediatric in- and out-of-hospital cardiopulmonary resuscitations: Study nested within 2 multicenter randomized controlled trials. *JMIR Hum Factors* 2022 ; 9(1) : e35399.
5. Remick K, Gausche-Hill M, Joseph MM, *et al.* Pediatric readiness in the emergency department. *Pediatrics* 2018 ; 142(5) : e20182459.
6. Higuera-Trujillo JL, Linares Millán C, Montañana i Aviñó A, Rojas JC. Multisensory stress reduction: A neuro-architecture study of paediatric waiting rooms. *Build Res Inf* 2019 ; 48(3) : 269-85.
7. Longobardi C, Prino LE, Fabris MA, Settanni M. Soap bubbles as a distraction technique in the management of pain, anxiety, and fear in children at the paediatric emergency room: A pilot study. *Child Care Health Dev* 2019 ; 45(2) : 300-5.
8. Felluga M, Rabach I, Minute M, *et al.* A quasi randomized-controlled trial to evaluate the effectiveness of clowntherapy on children's anxiety and pain levels in emergency department. *Eur J Pediatr* 2016 ; 175(5) : 645-50.
9. Panda A, Garg I, Shah M. Children's preferences concerning ambiance of dental waiting rooms. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent* 2015 ; 16(1) : 27-33.
10. Corsano P, Majorano M, Vignola V, Guidotti L, Izzi G. The waiting room as a relational space: Young patients and their families' experience in a day hospital. *Child Care Health Dev* 2015 ; 41(6) : 1066-73.
11. Balamuth F, Alpern ER, Grundmeier RW, *et al.* Comparison of two sepsis recognition methods in a pediatric emergency department. *Acad Emerg Med* 2015 ; 22(11) : 1298-306.
12. Bowden CF, True G, Cullen SW, *et al.* Treating pediatric and geriatric patients at risk of suicide in general emergency departments: Perspectives from emergency department clinical leaders. *Ann Emerg Med* 2021 ; 78(5) : 628-36.
13. Rivkin MJ, Bernard TJ, Dowling MM, Amlie-Lefond C. Corrigendum to « Guidelines for urgent management of stroke in children » [*Pediatr Neurol* 2016 ; 56 : 8-17]. *Pediatr Neurol* 2016 ; 64:105.
14. Emerson BL, Setzer E, Blake E, Siew L. Improving quality and efficiency in pediatric emergency department behavioral health care. *Pediatr Qual Saf* 2022 ; 7(1) : e530.
15. Simon Junior H, Schvartsman C, Sukys G de A, Farhat SCL. Pediatric emergency triage systems. *Rev Paul Pediatr Orgao Of Soc Pediatr Sao Paulo.* 2022 ; 41 : e2021038.
16. Studnek JR, Browne LR, Shah MI, *et al.* Validity of the pediatric early warning score and the bedside pediatric early warning score in classifying patients who require the resources of a higher level pediatric hospital. *Prehosp Emerg Care* 2020 ; 24(3) : 341-8.
17. Chapman SM, Maconochie IK. Early warning scores in paediatrics: An overview. *Arch Dis Child* 2019 ; 104(4) : 395-9.
18. Zachariasse JM, Nieboer D, Maconochie IK, *et al.* Development and validation of a paediatric early warning score for use in the emergency department: A multicentre study. *Lancet Child Adolesc Health* 2020 ; 4(8) : 583-91.
19. Vredereg SJ, Moll HA, Smit FJ, Verhoeven JJ. Recognizing critically ill children with a modified pediatric early warning score at the emergency department, a feasibility study. *Eur J Pediatr* 2019 ; 178(2) : 229-34.
20. Gill PJ, Saunders N, Gandhi S, *et al.* Emergency department as a first contact for mental health problems in children and youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017 ; 56(6) : 475-82.e4.
21. Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 – Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes – 5^e rapport / Septembre 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [Cité le 27 mars 2025].
22. Guichard H, Troy L, De Champs C, Hazo JB. Conduites suicidaires en France : des tendances inquiétantes chez les jeunes et de fortes inégalités sociales. *Quest Sante Publique* 2024 ;(49) : 1-8.

23. Pirard P. Hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins aigus en France lors de l'infection à la COVID-19 : tendances temporelles nationales en 2020-2021.
24. Jollant F, Blanc-Brisset I, Cellier M, *et al.* Temporal trends in calls for suicide attempts to poison control centers in France during the COVID-19 pandemic: A nationwide study. *Eur J Epidemiol* 2022 ; 37(9) : 901-13.
25. SPF. La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances.
26. La pédopsychiatrie, un accès et une offre de soins à réorganiser, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. 2023.
27. Gandhi S, Chiu M, Lam K, *et al.* Mental health service use among children and youth in Ontario: Population-based trends over time. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* 2016 ; 61(2) : 119-24.
28. Freedman S, Thull-Freedman J, Lightbody T, *et al.* Introducing an innovative model of acute paediatric mental health and addictions care to paediatric emergency departments: A protocol for a multicentre prospective cohort study. *BMJ Open Qual* 2020 ; 9(4) : e001106.
29. Ballard ED, Cwik M, Van Eck K, *et al.* Identification of at-risk youth by suicide screening in a pediatric emergency department. *Prev Sci Off J Soc Prev Res* 2017 ; 18(2) : 174-82.
30. Ougrin D, Wong BHC, Vaezinejad M, *et al.* Pandemic-related emergency psychiatric presentations for self-harm of children and adolescents in 10 countries (PREP-kids): A retrospective international cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022 ; 31(7) : 1-13.
31. Sheridan DC, Sheridan J, Johnson KP, *et al.* The effect of a dedicated psychiatric team to pediatric emergency mental health care. *J Emerg Med* 2016 ; 50(3) : e121-8.
32. Cost KT, Crosbie J, Anagnostou E, *et al.* Mostly worse, occasionally better: Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022 ; 31(4) : 671-84.
33. McMillan JA, Land M, Leslie LK. Pediatric residency education and the behavioral and mental health crisis: A call to action. *Pediatrics* 2017 ; 139(1) : e20162141.
34. França UL, McManus ML. Availability of definitive hospital care for children. *JAMA Pediatr* 2017 ; 171(9) : e171096.
35. Chaichotjinda K, Chantra M, Pandee U. Assessment of interhospital transport care for pediatric patients. *Clin Exp Pediatr* 2020 ; 63(5) : 184-8.
36. Genovesi AL, Olson LM, Telford R, *et al.* Transitions of care: The presence of written interfacility transfer guidelines and agreements for pediatric patients. *Pediatr Emerg Care* 2019 ; 35(12) : 840-5.
37. Brønnum Nystrup K, Pooririsak P, Breindahl M, Hallas P. Interhospital transport of pediatric patients in Denmark: A survey of current practice. *Pediatr Emerg Care* 2020 ; 36(8) : 389-92.
38. Kronforst KD. Interhospital transport of the neonatal patient. *Clin Pediatr Emerg Med* 2016 ; 17(2) : 140-6.
39. Schumacher S, Mitzlaff B, Mohrmann C, *et al.* Characteristics and special challenges of neonatal emergency transports. *Early Hum Dev* 2024 ; 192:106012.
40. Overview of Pediatric and Neonatal Transport | Request PDF [Internet]. [Cité le 27 mars 2025]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/334235356_Overview_of_Pediatric_and_Neonatal_Transport
41. Mason J, Secord S, MacDougall D. *Interventions Intended to Alleviate Emergency Department Overcrowding: CADTH Horizon Scan*. Ottawa : Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2023.
42. Liguoro I, Pilotto C, Vergine M, Pusiol A, Vidal E, Cogo P. The impact of COVID-19 on a tertiary care pediatric emergency department. *Eur J Pediatr* 2021 ; 180(5) : 1497-504.
43. Van den Heede K, Van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. *Health Policy Amst Neth*. 2016 ; 120(12) : 1337-49.
44. Gausche-Hill M, Ely M, Schmuhl P, *et al.* A national assessment of pediatric readiness of emergency departments. *JAMA Pediatr* 2015 ; 169(6) : 527-34.
45. Marcin JP, Shaikh U, Steinhorn RH. Addressing health disparities in rural communities using telehealth. *Pediatr Res* 2016 ; 79(1-2) : 169-76.
46. Obermeyer Z, Abujaber S, Makar M, *et al.* Emergency care in 59 low- and middle-income countries: A systematic review. *Bull World Health Organ* 2015 ; 93(8) : 577-86G.
47. Smits M, Rutten M, Keizer E, Wensing M, Westert G, Giesen P. The development and performance of after-hours primary care in the Netherlands: A narrative review. *Ann Intern Med* 2017 ; 166(10) : 737-42.

48. Guise JM, Hansen M, O'Brien K, *et al.* Emergency medical services responders' perceptions of the effect of stress and anxiety on patient safety in the out-of-hospital emergency care of children: A qualitative study. *BMJ Open* 2017 ; 7(2) : e014057.
49. Kiragu AW, Dunlop SJ, Mwarumba N, *et al.* Pediatric trauma care in low resource settings: Challenges, opportunities, and solutions. *Front Pediatr* 2018 ; 6:155.
50. Garstang J, Watson D, Pease A, Ellis C, Blair PS, Fleming P. Improving engagement with services to prevent Sudden Unexpected Death in Infancy (SUDI) in families with children at risk of significant harm: A systematic review of evidence. *Child Care Health Dev* 2021 ; 47(5) : 713-31.
51. McCarroll JE, Fisher JE, Cozza SJ, Whalen RJ. Child maltreatment fatality review: Purposes, processes, outcomes, and challenges. *Trauma Violence Abuse*. 2021 ; 22(5) : 1032-41.
52. Behnam-Terneus M, Clemente M. SIDS, BRUE, and safe sleep guidelines. *Pediatr Rev* 2019 ; 40(9) : 443-55.
53. Bulletin officiel santé – Protection sociale – Solidarité n° 2023/8 du 28 avril 2023.
54. Laporte N, Hechtman L, Rousseau C, Greenfield B. Striking a balance: Triage and crisis intervention models within the pediatric emergency room. *Front Psychiatry* 2023 ; 14:1277095.
55. Segal L, Armfield JM, Gnanamanickam ES, *et al.* Child maltreatment and mortality in young adults. *Pediatrics* 2021 ; 147(1) : e2020023416.
56. Ehrler F, Siebert JN. PedAMINES: A disruptive mHealth app to tackle paediatric medication errors. *Swiss Med Wkly* 2020 ; 150 : w20335.
57. Siebert JN, Gosetto L, Sauvage M, *et al.* Usability testing and technology acceptance of an mHealth app at the point of care during simulated pediatric in- and out-of-hospital cardiopulmonary resuscitations: Study nested within 2 multicenter randomized controlled trials. *JMIR Hum Factors* 2022 ; 9(1) : e35399.
58. Sasangohar F, Davis E, Kash BA, Shah SR. Remote patient monitoring and telemedicine in neonatal and pediatric settings: Scoping literature review. *J Med Internet Res* 2018 ; 20(12) : e295.
59. Shah AC, Badawy SM. Telemedicine in pediatrics: Systematic review of randomized controlled trials. *JMIR Pediatr Parent* 2021 ; 4(1) : e22696.

QUESTION 21

Comment organiser la recherche dans une structure d'urgence ?

Experts : F. MOUSTAFA, D. DOUILLET, E. MONTASSIER

R21.1. Les experts recommandent de mettre en place une dynamique de promotion de la recherche clinique dans les SU.

R21.2. Les experts recommandent d'avoir du personnel et du temps dédiés à la réalisation et au suivi des protocoles de recherche dans les SU.

R21.3. Les experts recommandent d'avoir un programme de développement de la recherche annuel dans une SU en fixant des objectifs clairs.

La recherche en SU et plus largement en MU est un des piliers forts de notre spécialité et est essentielle pour améliorer la qualité des soins, développer de nouvelles approches thérapeutiques et répondre aux défis spécifiques d'un environnement de l'aigu [1-4]. Les thématiques de recherche vont des soins de réanimation à l'amélioration de la santé publique. Les publications de travaux de MU dans les plus grandes revues internationales contribuent toujours un peu plus à la reconnaissance par les pairs et par les institutions de notre spécialité [5, 6]. Cependant, mener une recherche clinique dans une SU relève fréquemment d'un défi organisationnel, humain et financier nécessitant une planification rigoureuse, des ressources adaptées et une coordination étroite entre les équipes soignantes et les structures de recherche.

Pour réaliser de la recherche clinique en MU, il est nécessaire que la SU et surtout les responsables aient une dynamique de promotion de la recherche. La recherche ne peut se réaliser seule, elle nécessite une équipe pour se déployer. Il est nécessaire pour les structures de bénéficier de personnels ou de temps dédié de techniciens de recherche clinique. Leurs missions sont d'organiser et réaliser le recueil et la saisie des données cliniques auprès du médecin investigateur et de l'équipe médicale sur les lieux de soins. Il n'existe ni dans la littérature, ni dans les textes réglementaires de nombre idéal de techniciens d'étude clinique (TEC) par SU en fonction de l'activité. Afin de promouvoir des projets de l'équipe, il est nécessaire de travailler au sein de la SU ou la direction de la recherche avec des assistants de recherche clinique (ARC) et/ou des infirmières de recherche clinique (IRC), chefs de projet ou encore spécialistes en pharmacovigilance hospitalière (s'il s'agit d'un essai thérapeutique). Les ARC ont pour mission de mettre en place sur site des essais cliniques, de réaliser le suivi et le contrôle de la qualité

scientifique, technique et réglementaire des projets. Les chefs de projet peuvent aussi être appelés ARC managers responsables d'études cliniques ou gestionnaires de projets de recherche. Il est également nécessaire lors du portage de projet d'avoir des contacts privilégiés au sein de l'hôpital avec des biostatisticiens qui ont pour rôle de concevoir les méthodologies statistiques et réaliser les analyses statistiques des données. Le travail conjoint avec un gestionnaire de données (*data manager*) est également souvent nécessaire. Celui-ci a pour objectif de traiter les données des études cliniques, contrôler la cohérence et la qualité des données cliniques.

Les trois enjeux principaux sont de pouvoir bénéficier d'un soutien à la recherche clinique en MU, d'avoir la capacité de mener à bien un projet et de disposer d'une formation à la recherche clinique de bon niveau. De plus, la recherche clinique en MU est bien souvent limitée à quelques centres universitaires très dynamiques excluant bien souvent des centres de plus petites tailles. Cette répartition est identique à la plupart des autres pays [2]. Une étude qualitative a été réalisée en 2019 auprès de chercheurs en MU aux États-Unis afin d'évaluer les stratégies utilisées pour contribuer à la recherche clinique en MU [7]. Ils décrivent comme principal obstacle l'obtention d'un financement lié au manque de reconnaissance de la MU en tant que spécialité, l'absence d'antécédents de recherche et le manque de ressources de formation. Les interventions délibérées visant à améliorer la recherche en MU comprenaient des sessions éducatives lors de réunions nationales, des paires de mentors externes (à la MU), un financement ciblé pour la MU et l'implication de médecins urgentistes dans les agences de financement.

ORGANISATION/TEMPS DÉDIÉ

La participation à divers réseaux de recherche en MU permet et facilite la réalisation d'essais cliniques. Cette implication passe par du temps dédié à cette activité ainsi que l'emploi de personnes dédiées à la recherche.

Un des enjeux est de pouvoir bénéficier du temps nécessaire pour mener à bien ces missions. Certains travaux ont évalué le temps de travail et concluent que pour réaliser une recherche significative le chercheur ne doit pas travailler plus de vingt-quatre heures de clinique par semaine [8-10]. Cela nécessite une dynamique de la SU pour promouvoir la recherche et donc octroyer le temps nécessaire aux chercheurs pour avancer dans leurs projets. Ce temps est de 50 % pour un médecin universitaire en MU. Pour un IPA-U, 20 % de temps est dédié aux travaux hors clinique dont la recherche paramédicale. Pour les autres professions de l'urgence, un temps dédié peut être proposé selon la politique et les besoins des SU même si la réorganisation du temps de travail des médecins urgentistes a permis de pouvoir octroyer 20 % de temps dédié à des activités non postées dont la recherche (instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de MU prévu par la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les SU-SAMU-SMUR [mise en ligne le 20 juillet 2015]).

L'organisation de la recherche passera donc par une formation et une implication forte des équipes. Une recherche efficace nécessite l'implication active des professionnels des urgences. Pour cela, il est indispensable de : 1/ organiser des formations en méthodologie de recherche, gestion des données et rédaction scientifique ; 2/ sensibiliser le personnel à l'importance de la recherche, en montrant les bénéfices cliniques directs pour les patients ; 3/ inclure toutes les catégories de personnel, des médecins aux infirmiers, afin d'assurer une approche multidisciplinaire. La formation continue en recherche améliore significativement l'engagement des soignants dans les projets de recherche [11, 12].

Les bonnes pratiques cliniques (BPC) sont indispensables en recherche clinique. Ainsi, seuls les professionnels de santé disposant d'un certificat de BPC sont habilités à inclure des patients dans les études. Pour renforcer cette exigence et optimiser la participation du personnel médical à la recherche clinique, il est essentiel de mettre en place une organisation interne dédiée à la formation aux BPC. Cette formation, dispensée régulièrement sous forme d'ateliers ou de sessions interactives, permet aux professionnels de santé d'acquérir et de maintenir les compétences nécessaires à la pratique de la recherche clinique (durée de validité trois ans). Un outil gratuit de formation aux BPC en investigation doit être accessible à chaque professionnel des urgences impliqué dans la recherche clinique. Ne pas oublier également l'implication forte des internes dans la recherche au cours de leurs travaux de thèse de médecine nécessitant un encadrement. De même, l'encadrement de stage de master 1 ou master 2 permet de valoriser certains travaux de recherche.

CONSENTEMENT

La recherche en situation d'urgence pose ses propres problèmes en termes d'information sur la recherche et d'obtention du consentement. En effet, dans une SU, la pratique d'une recherche médicale en situation d'urgence ne permet pas de mettre en œuvre le processus habituel d'information préalable orale et écrite, de temps de réflexion puis de consentement formalisé de la personne qui se prête à la recherche : 1/ altération de la conscience (traumatismes crâniens, AVC, intoxications, personnes âgées avec troubles cognitifs etc.) ; 2/ douleur et stress aigu pouvant limiter la compréhension du patient, 3/ prise en charge urgente ne laissant pas toujours le temps d'expliquer les modalités de la recherche. Face à ces contraintes, différentes approches sont envisagées pour concilier respect des droits des patients et nécessité scientifique.

Le législateur français a décidé de rendre légitimes ces recherches à condition que soient respectées certaines contraintes spécifiques. « En cas de recherches biomédicales à mettre en œuvre dans des situations d'urgence qui ne permettent pas de recueillir le consentement préalable de la personne qui y sera soumise, le protocole présenté à l'avis du comité mentionné à l'article L. 1123-1 peut prévoir que le consentement de cette personne n'est pas recherché et que seul est sollicité celui des membres de sa famille ou celui de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 dans les conditions prévues à l'article L. 1122-1-1, s'ils sont présents. L'intéressé est informé dès que possible et son consentement lui est demandé pour la poursuite éventuelle de cette recherche. Il peut également s'opposer à l'utilisation des données le concernant dans le cadre de cette recherche. » (Article L. 1122-1-2 du Code de la santé publique).

Il faudra donc veiller lors de dépôts de demande de recherche clinique :

- à la justification de l'impossibilité de procéder à l'information préalable de la personne et au recueil de son consentement ;
- à décrire les modalités d'information et de recueil du consentement d'un membre de la famille ou de la personne de confiance, « s'ils sont présents » ; cela implique aussi que soient décrites dans le protocole la procédure de recherche, d'identification, de sollicitation de cette personne et la traçabilité éventuelle de son absence justifiant de l'absence d'information et d'autorisation préalable. Les supports d'information et de recueil du consentement du membre de la famille ou de la personne de confiance doivent naturellement figurer dans le dossier de recherche ;
- enfin, aux modalités d'information différée et de recueil du consentement *a posteriori* de la personne incluse dans la recherche, avec les supports correspondants.

FINANCEMENT/VALORISATION

La recherche en MU nécessite idéalement un financement. Sur une période de dix ans (2013-2023), près d'une trentaine de programmes hospitaliers de recherche clinique nationaux (PHRC-N) et une vingtaine de programmes de recherche sur la performance du système des soins (PREPS) en lien avec des prises en charge en SU ont été obtenus. Les projets retenus en MU représentent en moyenne 2,5 % (Interquartile Range [IQR] 1,9-3,4) des projets retenus dans les PHRC-N et 6,7 % (IQR 1,6-10,0) des projets retenus dans les PREPS. De nombreux programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) ont été obtenus par des soignants de l'urgence. Entre 2012 et 2020, 212 études ont été financées par le PHRIP [13]. Ces subventions ont été attribuées à des professionnels de 8 des 13 professions infirmières et paramédicales en France, avec une représentation notable des infirmiers (42 %) et des kinésithérapeutes (21 %). Le financement médian obtenu par étude est passé de 63 471 euros en 2012 à 251 665 euros en 2020. Les méthodes les plus courantes étaient quantitatives et interventionnelles (144 sur 185, soit 78 %), les essais contrôlés randomisés représentant le modèle d'étude le plus répandu (125 sur 144, soit 87 %). À ce titre, il est également important de valoriser la recherche réalisée au sein de la SU par le biais de communication lors de congrès et/ou de publications. La mise en place de sessions de bibliographie ou de discussion autour de la recherche clinique en MU auprès des plus jeunes internes ou étudiants en médecine est importante.

RECRUTEMENT DANS LES ÉTUDES

Alors que la recherche en cancérologie ou en soins chroniques est bien connue du grand public, la recherche en MU est plus confidentielle. Le recrutement des patients dans les études est un véritable enjeu : temps de présentation de l'étude, temps de réflexion et de questionnement autour de l'étude, recueil du consentement, puis recueil des informations, voire randomisation et délivrance du traitement dans les études médicamenteuses. Des études pilotes sont parfois nécessaires en MU pour s'assurer de la faisabilité de l'étude principale.

SYNTHÈSE

Pour développer la recherche en SU, il est nécessaire que le responsable de la recherche ainsi que le chef de service et l'équipe encadrante créent un environnement dans lequel la recherche n'est pas simplement tolérée, mais est activement encouragée [14]. Il est nécessaire d'avoir un programme de développement de la recherche à l'intérieur de la SU (réunions spécifiques dédiées à la recherche) avec des objectifs fixés par période (par exemple, participation à des protocoles, dépôt à des appels d'offres, promotion de parcours de jeunes universitaires, etc.). Ce programme doit être fixé dans les objectifs du service et rappelé lors des différentes réunions de service.

RÉFÉRENCES

1. Probst MA, Caputo ND, Chang BP. Behind the scenes of successful research in emergency medicine: Nine tips for junior investigators. *AEM Educ Train* 2019 ; 4(Suppl 1) : S75-81.
2. Good AMT, Driscoll P. Clinical research in emergency medicine: putting it together. *Emerg Med J* 2002 ; 19(3) : 242-6.

3. Paxton JH, Messman AM, Harrison NE, *et al.* Resident research in emergency medicine: An introduction and primer. *West J Emerg Med* 2020 ; 21(5) : 1118-22.
4. Sarasin F, Vermeulen B. Quelle recherche en médecine d'urgence ? *Med Hyg* 2003 ; 2446 : 1483-4.
5. Adnet F. La recherche en médecine d'urgence : vers la création d'une discipline scientifique majeure. *Reanimation* 2004 ; 13(8) : 463-4.
6. Freund Y. La recherche en médecine d'urgence au plus haut niveau. *Ann Fr Med Urgence* 2024 ; 14(2) : 75-7.
7. Coates WC, Yarris LM, Clarke SO, *et al.* Research pioneers in emergency medicine-reflections on their paths to success and advice to aspiring researchers: A qualitative study. *Ann Emerg Med* 2019 ; 73(6) : 555-64.
8. Meislin HW, Spaite DW, Valenzuela TD. Meeting the goals of academia: characteristics of emergency medicine faculty academic work styles. *Ann Emerg Med* 1992 ; 21(3) : 298-302.
9. Buckley LM, Sanders K, Shih M, *et al.* Attitudes of clinical faculty about career progress, career success and recognition, and commitment to academic medicine: Results of a survey. *Arch Intern Med* 2000 ; 160(17) : 2625-9.
10. Graham CA. What should I do if I want to pursue an academic career in emergency medicine? *BMJ* 2005 ; 330(7488) : s72.
11. Bernstein SL, Stoney CM, Rothman RE. Dissemination and implementation research in emergency medicine. *Acad Emerg Med* 2015 ; 22(2) : 229-36.
12. Levine AC, Barry MA, Agrawal P, *et al.* Global health and emergency care: Overcoming clinical research barriers. *Acad Emerg Med* 2017 ; 24(4) : 484-93.
13. Barbier J, Poiroux L, Bouix-Picasso J, *et al.* Study characteristics and methods in a national nursing and allied health research programme: A descriptive study. *Int Nurs Rev* 2025 ; 72(1) : e70007.
14. Biros MH, Barsan WG, Lewis RJ, *et al.* Supporting emergency medicine research: Developing the infrastructure. *Ann Emerg Med* 1998 ; 31(2) : 188-96.

A satellite map of Europe is shown with a teal overlay. The map highlights the outlines of the continents and major cities. The title is written in white text over the map.

Guide d'organisation des structures d'urgence en France

Coordination :

Jérémy Guenezan, Jean-Baptiste Bouillon-Minois,
Sandrine Charpentier et Marc Noizet