

OBSERVATIONS prononcées à la suite de la communication de M. Alain Larcan, (séance du lundi 2 juillet 2007)

Jean Baechler : Il y a deux conceptions possibles de l'urgence médicale. Vous semblez avoir défendu la première, à savoir qu'il est possible de circonscrire l'urgence en y incluant un certain nombre d'occasions repérables à l'avance et, donc, de réunir les moyens qui permettent de traiter de la manière la plus efficace possible ces urgences.

En termes économiques, l'urgence est, sinon fixe, du moins très peu élastique et, par conséquent, c'est à l'offre à s'adapter à la demande. Mais, on peut également soutenir que l'urgence est très élastique. En effet, à mesure que l'offre s'améliore, l'urgence se développe, si bien qu'à la limite, tout finit par devenir urgent.

Dans quelle mesure le dispositif de la santé français ne risque-t-il pas d'être vidé de sa substance au bénéfice de la médecine d'urgence et au bénéfice de ceux qui auront su se constituer en un groupe efficace pour montrer qu'il y a urgence à traiter en priorité la médecine d'urgence ?

*
* *

Gérald Antoine : En vous écoutant évoquer le cas d'une certaine princesse britannique dont on a beaucoup parlé, j'ai pensé à un autre cas qui vous touche de beaucoup plus près. Est-il indiscret de vous demander si l'accident de santé dont le général de Gaulle fut la victime à Colombey et qui entraîna sa mort ne relevait pas de la médecine d'urgence ?

*
* *

Alain Plantey : Il conviendrait de faire une distinction entre l'accident à domicile et l'accident sur la voie publique. Chez soi, on peut s'organiser. A l'extérieur, on est pris totalement au dépourvu. Ce n'est pas non plus la même chose que de devoir faire appel aux urgences en ville ou en pleine campagne. N'y a-t-il pas, à cet égard, deux façons de traiter les urgences ?

*
* *

André Vacheron : Le Professeur Alain Larcan a parfaitement souligné l'urgence à rétablir le fonctionnement cardiaque en cas d'arrêt cardiocirculatoire. L'Académie de Médecine a participé à l'élaboration du décret ministériel du 4 Mai 2007 paru au Journal Officiel du 5 Mai autorisant toute personne, même non médecin, à utiliser un défibrillateur automatisé externe capable de restaurer les contractions cardiaques en attendant l'arrivée des équipes de secours. Elle préconise la formation du plus grand nombre possible de personnes aux premiers secours : appeler, masser, défibriller. Elle préconise aussi l'implantation des défibrillateurs dans les lieux publics, les aéroports, les gares, les centres commerciaux, les centres sportifs. C'est à ces conditions qu'on pourra améliorer le taux de

survie après arrêt cardiocirculatoire, de l'ordre de 3 % alors qu'il atteint près de 30 % dans des villes américaines comme Seattle.

Ma question concerne le transport des malades vers les services hospitaliers les plus appropriés pour leur prise en charge, en cas d'urgence cérébro-vasculaire ou de traumatisme grave par exemple. Ne pensez-vous pas qu'au moins pour certains départements, un SAMU régional permettrait de mieux coordonner les SAMU départementaux et de mieux orienter les patients ? La création de SAMU de zone a été évoquée pour les situations de crise, je crois ? Pourriez-vous nous donner également quelques informations sur le corps de réserve sanitaire envisagé par le Ministre Xavier Bertrand ?

*
* *

Henri Amouroux : Il y a trois ans, préparant un reportage pour le *Figaro Magazine*, j'ai passé 27 heures aux urgences de l'hôpital Cochin. J'ai été frappé par le fait que beaucoup de personnes venant consulter ne semblaient motivées que par le souhait d'échapper à la solitude de la nuit. Durant toute la durée de mon séjour, seuls deux cas graves se sont présentés. N'y a-t-il pas un abus de l'urgence qu'un premier filtre à l'entrée du service permettrait peut-être d'éviter ?

*
* *

Lucien Israël : Peut-on aujourd'hui savoir si les services d'urgence sont plus efficaces qu'il y a dix ans ?

Vous avez mentionné beaucoup de préconisations, mais qui pourra les faire passer dans la pratique ?

*
* *

Réponses :

À Jean Baechler : Comment en effet circonscrire le domaine de l'urgence – urgences selon le type (chirurgical, obstétrical, pédiatrique), urgences de spécialistes (ophtalmologie, O.R.L), urgences selon les circonstances (accident sur la voie publique, malaise dans un moyen de transport ou malaise à domicile) ? L'offre est déjà très importante et la demande continue à croître. Cela est parfaitement exact. Quant à l'impression que tout peut, aux yeux du public, nécessiter le recours à la médecine d'urgence, elle correspond, hélas, à une réalité.

À Gérard Antoine : Le général de Gaulle a été victime d'une rupture brutale d'un anévrisme de l'aorte abdominale. La mort s'étant produite en moins de dix minutes, l'intervention – même très rapide – d'un service d'urgence n'aurait pas permis de l'éviter.

À Alain Plantey : Vous avez raison de souligner les disparités qui existent entre les différentes zones du territoire français ainsi qu'en fonction des circonstances (domicile, voie publique, moyens de transport, etc.). Bien entendu le tissu des urgences est différent selon que l'on parle de Paris, de la grande couronne, des grandes villes sièges de CHU, des villes de moyenne

importance, des bourgs ou de la rase campagne. Beaucoup de zones dites « blanches » existent qui ne sont desservies que par des pompiers volontaires.

À André Vacheron : Je souscris pleinement à vos propos avisés sur les défibrillateurs. En Meurthe et Moselle, toutes les ambulances de Sapeurs-pompiers actives en ont été équipées et cela a permis d'arriver à près de 27 % de résultats positifs.

Pour ce qui est de l'implantation d'un SAMU régional, il faut bien sûr commencer par passer des accords au niveau inter-départemental, la plupart des SAMU, sièges de CHU, jouent déjà ce rôle, en particulier lorsqu'ils disposent d'un hélicoptère sanitaire à vocation régionale.

Je suis en revanche très réservé sur l'idée d'un corps de réserve sanitaire car, si l'on a besoin de secours supplémentaires en cas de crise sanitaire majeure, il convient d'abord de faire appel à ceux qui existent, à savoir les SDIS et les associations de secouristes – Protection civile et Croix Rouge – fort bien équipées et préparées. Une mobilisation de type militaire me paraît par contre inappropriée en raison des délais de préparation nécessaires.

À Henri Amouroux : Que constate-t-on dans les centres « 15 » d'urgence ? Tout d'abord que sont nombreuses les erreurs de numéro sans compter les faux appels, les mauvaises blagues, les injures obscènes, la confusion avec SOS social, les dénonciations, les appels concernant les animaux domestiques et... les ascenseurs en panne ! Tout cela constitue, comme on peut le comprendre, un encombrement considérable.

Quant aux personnes qui arrivent au SAU, elles sont réputées être isolées et/ou abandonnées par leur famille. Ce n'est que partiellement vrai. On dit aussi que ce sont surtout des exclus, des SDF. Et là non plus, ce n'est pas exact. Il s'agit en fait surtout de jeunes qui ignorent la médecine praticienne et recherchent, non pas un contact avec un médecin, mais une médecine anonyme techniquement performante. Ce sont aussi des personnes à revenus faibles qui calculent que la consultation en urgence revient moins cher que celle d'un praticien. Les statistiques montrent qu'environ 10 % de la population ne consulte plus de médecin en ville, mais se rend aux urgences – ce qui est un contresens complet sur la conception même des urgences.

À Lucien Israël : Les services d'urgence font – comme les autres – l'objet d'évaluations régulières. À votre question « Fait-on mieux qu'autrefois », je répondrai que je souhaite que l'on fasse toujours aussi bien. En effet, avec la multiplication des appels et en dépit des progrès accomplis dans les transmissions, le délai d'intervention a doublé en dix ans. Nous sommes donc aujourd'hui, à cet égard, moins performants.

*

* *