
UM6SS EDITIONS

International Journal of Medicine and Surgery

2017, Volume 4, Special Issue, ID 149

DOI: [10.15342/ijms.v4is.149](https://doi.org/10.15342/ijms.v4is.149)

PERSPECTIVE

URGENCES ET MEDECINE DE CATASTROPHE

EMERGENCIAS AND DISASTER MEDICINE

Pr Jihane BELAYACHI^{1 2} ; Pr Redouane ABOUQAL^{1 2}

¹ Service de Réanimation Médicale, Hôpital Avicenne, CHU Ibn Sina, 10000 Rabat, Maroc.

² Université Mohammed V, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Laboratoire de Biostatistiques, Recherche Clinique et Epidémiologique LBRCE, 10000 Rabat, Maroc.

RESUME

La concentration humaine et urbaine, le développement des technologies, les menaces de destruction et de contamination sont à l'origine d'une prise de conscience de la nécessité d'une assistance civile. L'aide médicale urgente, qui s'affirme et s'oriente vers une médecine de réseau, en partenariat avec toutes les structures concourant à l'urgence, participe à la rationalisation de la politique sociale. Les acteurs de l'aide médicale urgente contribuent ainsi à sauvegarder, tout en l'améliorant, un secteur sanitaire et social qui est désormais l'un des fondements de la démocratie et l'une de ses assises face aux défis du futur.

MOTS CLÉS : Technologies, Urgences Médicales, Politique Sociale.

ABSTRACT

Human concentration, the development of technologies, threats of destruction and contamination are at the origin of an awareness of the need for civilian assistance. Urgent medical aid, which is developing and moving towards network medicine, in partnership with all the structures contributing to the emergency, is contributing to the rationalization of social policy. The actors of emergency medical aid thus contribute to safeguarding, while improving, a health and social sector, which is now one of the foundations of democracy and one of its foundations in the face of the challenges of the future.

KEY WORDS: Technologies, Emergencies, Social Policy.

Correspondance :

Pr Jihane Belayachi, Service de Réanimation Médicale, hôpital Avicenne, CHU Ibn Sina, 10 000 Rabat, Maroc,

E-mail : jihanebelayachi@gmail.com

Droits des auteurs © 2017 Pr Belayachi Jihane et al.

C'est un article d'accès libre distribué sous la licence [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), ce qui permet son utilisation libre, à la condition de l'attribuer aux auteurs en citant leurs noms.

INTRODUCTION

Les conflits et drames humains pour les soldats mais aussi pour les civils, ont toujours suscité et développé des solutions, si ce n'est pour guérir, du moins pour soulager. Le lendemain de deux guerres mondiales, la crainte de l'imprévu et le besoin en sécurité fut ressenti davantage par toutes les catégories sociales.

CONCEPT D'URGENCE : GENESE ET EVOLUTION DANS LE TEMPS

Au début des années 40, les publications s'intéressant à la genèse et à l'organisation d'un nouveau concept de soin [1-6] se multiplient. Un concept qui permet l'accès aux

soins « 24/24h » ; « pour tous » et « Tout sur place » ; appelé « Accident And Emergency Medicine » destiné à la prise en charge des patients présentant une urgence médicale [entrée de patient urgent → soins urgent → sortie].

Cette porte nouvellement ouverte de l'hôpital fut attrayante pour toute souffrance et on constate alors un flux important de la population vers les services des urgences.

Vers la fin des années 50 la littérature signale un polymorphisme de patients qui se dirigent vers les services des urgences « admissions inappropriées » soit

par leur profil médical considéré comme non urgent [7] ou par leur profil social [8,9].

Au début des années 70, des études signalant la charge accrue de travail et l'encombrement des urgences émergent alors comme un sujet important pour la recherche. L'encombrement universel des services des urgences [10] suscite des interrogations: est-il un indicateur de qualité des soins ? D'une vulnérabilité économique et sociale ? Ou d'une inadéquation des réponses des structures organisationnelles au regard des évolutions économiques et sociétales ?

En effet ; des éléments de la réponse à ces interrogations se trouvent dans la société; et dès le début des années 80 , les travaux de recherche se sont tourné vers la société afin d'en évaluer la satisfaction à l'égard des soins urgents [11-13].

En effet, la satisfaction des patients est un indicateur de qualité des soins prodigués par les départements des urgences [14-16]. La littérature offre de nombreuses définitions de la satisfaction des patients. Hostutler et al. définit la satisfaction comme se produisant lorsque les services sont rendus en fonction des attentes, des besoins et des perceptions des clients [17]. Des revues systématiques de la littérature identifient trois principaux facteurs associées à une moindre satisfaction des patient en médecine d'urgences : un facteur relationnel « la relation patient staff »; et deux facteurs organisationnels; « le temps d'attente »; et « la catégorie de triage : patient non urgent » [18-20].

En effet, les deux facteurs organisationnels affectant la satisfaction des patients sont directement liés à la problématique de l'encombrement des urgences.

Il n'existe pas de définition universel des 'patients non urgents' [21,22]. la littérature a décrit une très grande variabilité dans la proportion des patients non urgents (4.8 à 90%) ; un manque de fiabilité et de reproductibilité des méthodes et les critères de catégorisation des patients aux urgences [23]. les patients considérés comme non urgents restent mal identifiés et plusieurs facteurs sont intégrés dans leur catégorisation aussi bien médicaux, sociaux que environnementaux.

Ainsi le concept d'urgence médicale jusque là monodimensionnel, dont seul le professionnel de santé pouvait juger de la nécessité d'une réponse urgente ou pas : « urgences réponses ». Se décline en deux dimensions ; « urgences réponses » et « Urgences demandes ». Urgences demandes ou urgences ressenties définies comme toute demande d'une solution immédiate par le patient à un problème de santé [24,25]. Le modèle qui définit l'encombrement des urgences sanitaires suit alors l'évolution [entrée patient (urgent et non urgent) → soins urgents et non urgents → sortie] [26-28].

ORGANISATION DES URGENCES SANITAIRES

Les urgences sanitaires se déclinent en deux parties :

- Urgence individuelle: détresse isolée d'un malade ou quelque personne.
- Urgence collective: situations de catastrophes naturelles, technologiques ou de guerre impliquant des populations importantes de blessés ou de malades. Multidisciplinaire et multidimensionnel, son volet médical : « médecine de catastrophe » : rejoint l'organisation des urgences individuelles.

Géométriquement, la MU comprend deux espaces distincts: les urgences préhospitalières et les urgences hospitalières. Les premières font intervenir de nombreux métiers et se déclinent en plusieurs modèles alors que les secondes se concentrent sur les structures de soins.

SECURITE DES URGENCES SANITAIRES

Les services d'urgence sont le point de croisement des grandes disciplines des urgences sanitaires dans lesquelles le flux et l'activité des patients sont, par définition, imprévisibles. Travailler dans cet environnement est donc un défi. Le personnel doit effectuer plusieurs tâches tout en prenant des décisions complexes et chronologiques. En effet, dans un travail observationnel, [29] KeeR and al a objectivé que chaque personnel des services des urgences réalise 101 tâches par heure ; 42% en communication, 35% en attitudes de soin clinique et 24% à l'usage de l'ordinateur et seulement 9% en attitudes non cliniques. L'activité médicale est potentiellement dangereuse : c'est ce qu'a mis en évidence le rapport « To err is human » en 2000 aux États-Unis [30]. La médecine d'urgence est une spécialité à risque et son activité peut être source de dangers. Au cours de la dernière décennie, de nombreuses études ont montré une association entre l'encombrement des services des urgences et l'effet négatif sur la qualité des soins d'urgence. La majorité de ces études démontrent des associations avec des retards dans la rapidité des soins [31-34], mais peu de données permettant de retracer l'effet du l'encombrement des urgences sur la sécurité des patients [35,36]. Le travail de Benjamin C. Sun et al sur 995,379 ED admission aux urgences dans 187 hôpitaux, publié 40 ans après les premières publications concernant l'encombrement des urgences, associe les périodes de suremboulement des urgences significativement à une augmentation de la mortalité, de la durée de séjour et au coût de l'hospitalisation [37]. Les services des urgences par leur encombrement sont devenus un environnement dangereux et décrit par Jesse M et al comme « silent killer », «silencieux» car n'a pas suscité la même attention que d'autres problèmes de santé publique qui causent des décès évitables [38].

LA TELEMEDECINE EN MEDECINE D'URGENCE

Même dans les organisations des urgences sanitaires les plus matures; le paradoxe d'égalité des chances existe. Etre victime d'un accident ou d'une maladie aiguë en rase campagne ou dans une ville siège de structures hospitalières ne présente pas les mêmes chances de guérison. Offrir les mêmes chances à chacun quel que soit l'endroit ou le moment où survient le besoin de soins urgents est impossible du fait de l'imprévisibilité de la survenue de ce besoin. Le désenclavement des territoires est actuellement possible grâce aux progrès de télécommunication;

La télémédecine :

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [39], la télémédecine est une composante de la médecine et « désigne, en général, la fourniture de services de soins de santé, lorsque l'éloignement est un facteur déterminant, par des professionnels des soins de santé faisant appel aux technologies de l'information et des communications, d'une part, pour assurer l'échange d'informations valides à des fins de diagnostic, de traitement et de prévention des maladies et des traumatismes et, d'autre part, pour les besoins tant des activités de la formation permanente des prestataires de soins de santé que des travaux de recherche et d'évaluation, toujours dans l'optique de l'amélioration de la santé des individus et des communautés dont ils font partie ».

Les outils de télémédecine suivent l'évolution technologique avec le développement des moyens de communication. Tous ces outils doivent participer à

l'amélioration de la qualité des soins, de l'aide diagnostique ou de la thérapeutique.

En médecine d'urgence, l'application la plus élaborée de la télémédecine est le dispositif télé-AVC [40] et la régulation médicale [41].

Le syndrome coronarien aigu est l'exemple historique qui reste d'actualité dans certains sites isolés. La concertation entre le médecin régulateur, médecin urgentiste et le cardiologue permet une prise d'une décision pour une prise en charge optimale [42].

La télémédecine peut se décliner sous la forme de téléconsultation, de télé-expertise, de télésurveillance, de télé-assistance médicale, de réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale des urgences ou de la permanence des soins. Toutes les spécialités peuvent bénéficier des applications de télémédecine dans le domaine de l'urgence [43]. La télémédecine permet d'optimiser les compétences et de mutualiser les ressources [44,45]. L'évaluation de télémédecine, pour les situations d'urgence vitale est indispensable [46]. La télémédecine, tout particulièrement dans le domaine de

l'urgence vitale, doit être fiable, sécurisée, facilement et rapidement accessible. Elle est encadrée par des mesures juridiques, déontologiques et éthiques [47].

CONCLUSION

De nos jours, la concentration humaine et urbaine, le développement des technologies qui font peser des menaces de destruction et de contamination sont à l'origine d'une prise de conscience de la nécessité d'une assistance civile. L'aide médicale urgente, qui s'affirme et s'oriente vers une médecine de réseau, en partenariat avec toutes les structures concourant à l'urgence, participe à la rationalisation de la politique sociale. Les acteurs de l'aide médicale urgente contribuent ainsi à sauvegarder, tout en l'améliorant, un secteur sanitaire et social qui est désormais l'un des fondements de la démocratie et l'une de ses assises face aux défis du futur.

LIENS D'INTERET

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.

REFERENCES

- [1] Rourke AJ. The hospital: in emergency medical service. *Cal West Med.* 1944 ; 61(4):199-201.
- [2] Dutcher Ch. Emergency Medical Department facilities. *Hosp Corps Q.* 1949 ;22(2):42
- [3] Miller vf. Philosophy of a hospital emergency room. *Hospitals.* 1952 ; 26(11):84-6.
- [4] Celebrezzehttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=CELEBREZZE%20FD%5bAuthor%5d&cauthor=true&cauthor_uid=21008456 Fd, et al. The key to emergency care is cooperation. *Hospitals.* 1946 ;20 (1):35-7.
- [5] Rourke AJ. The Hospital: In Emergency Medical Service. *Cal West Med.* 1944; 61(4):199-201.
- [6] M. F. Haralson. Health Department Service in War Emergency. *Am J Public Health Nations Health.* 1942; 32(2): 125-128
- [7] Murphy A W. 'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. *FamPract.* 1998; 15 (1): 23-32
- [8] Kurz D; Stark E. Not-so-benign neglect: the medical response to battering. In: *Feminist perspectives on wife abuse*, edited by Kersti Yllo and Michele Bograd. Newbury Park, California, Sage Publications, 1988. 249-66. (Sage Focus Editions)
- [9] S Holt et al. alcohol and the emergency service patient. *British medical journal* 1980; 281 (6)
- [10] S Di Somma et al Overcrowding in emergency department: an international issue. *Intern EmergMed.* 2015; 10:171-175
- [11] Morgan S, dela Paz A, McCall P. Measuring ED patient satisfaction with a questionnaire. *J EmergNurs.* 1986; 4: 32A-35A.
- [12] Matulich E, Finn DW. Determinant criteria in patient satisfaction surveys. *J Amb Care Manage.* 1989; 12: 45-51.
- [13] Yarnold PR, Michelson EA, Thompson DA, Adams SL. Predicting patient satisfaction: a study of two emergency departments. *J Behav Med.* 1998; 21: 545-63.
- [14] Hansagi H, Carlsson B, Brismar B. The urgency of care need and patient satisfaction at a hospital emergency department. *Health Care Manage Rev.* 1992; 17(2):71-5.
- [15] Kurata JH, Nogawa A, Phillips DM, Hoffman S, Werblun MN. Patient and provider satisfaction with medical care. *J FamPract.* 1992; 35:176-9.
- [16] Yarnold PR, Michelson EA, Thompson DA, Adams SL. Predicting patient satisfaction: a study of two emergency departments. *J Behav Med.* 1998; 21:545-63.
- [17] Hostutler JJ, Taft SH, Snyder C. Patient needs in the emergency department. Nurses' and patients' perceptions. *J Nurs Admin.* 1999; 29:43-50.
- [18] Taylor C, JR. Patient satisfaction in emergency medicine-*Emergency medicine journal*, 2004
- [19] Trout A, AR Magnusson. Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say?- *emergency medicine, 2000 - Wiley Online Library*
- [20] Boudreaux ED, EL O'Hea Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice *The Journal of emergency medicine*, 2004
- [21] Durand et al. Be careful with triage in emergency departments: interobserver agreement on 1,578 patients in France. *BMC Emergency Medicine* 2011, 11:19
- [22] Durand et al. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients *BMC Research Notes* 2012, 5:525
- [23] Durand AC et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med* 2011;29:333-45
- [24] Leveau P. Médecine d'urgence dans le monde. *EMC - Médecine d'urgence* 2015;10(2):1-12 [Article 25-210-D-50].
- [25] Morgans A, Burgess SJ. What is a health emergency? The difference in definition and understanding between patients and health professionals. *Aust Health Rev* 2011;35:284-9.
- [26] Kierke K G, Pourriat JL. Gérer l'encombrement aux urgences, est-ce possible ? *Rev Prat* 2009;59:1272-5.
- [27] United States Government Accountability Office. Hospital Emergency Departments: Crowding Continues to Occur, and Some Patients Wait Longer than Recommended Time Frames. US Federal Government; Washington, DC: 2009.
- [28] Schiff GD. System dynamics and dysfunctions: levers for overcoming emergency department overcrowding. *Acad Emerg Med* 2011;18 :1255-61.
- [29] Kee R, and al « One hundred tasks an hour: an observational study of emergency department consultant activities. *Emerg Med Australas.* 2012 Jun;24(3):294-302
- [30] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (Institute of medicine). In: *To err is human: building a safer health system.* Washington DC: National Academy Press; 2000. 312 p
- [31] Fee C, et al. Effect of emergency department crowding on time to antibiotics in patients admitted with community-acquired pneumonia. *Ann Emerg Med.* 2007; 50:501-9.
- [32] Pines JM, Hollander JE, Localio AR, Metlay JP. The association between emergency department crowding and hospital performance on antibiotic timing for pneumonia and percutaneous intervention for myocardial infarction. *Acad Emerg Med.* 2006; 13:873-8.
- [33] Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med.* 2008; 51:1-5
- [34] McCarthy ML, Zeger SL, Ding R, et al. Crowding delays treatment and lengthens emergency department length of stay, even among high-acuity patients. *Ann Emerg Med.* 2009; 54:492-503.
- [35] Scheuermeyer FX, Christenson J, Innes G, Boychuk B, Yu E, Grafstein E. Safety of assessment of patients with potential ischemic chest pain in an emergency department waiting room: a prospective comparative cohort study. *Ann Emerg Med.* 2010; 56:455-62.
- [36] Viccellio A, Santora C, Singer AJ, Thode HC Jr, Henry MC. The association between transfer of emergency department boarders to inpatient hallways and mortality: a 4-year experience. *Ann Emerg Med.* 2009; 54:487-91.
- [37] Benjamin C. Sun et al. Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients. *Ann Emerg Med.* 2013 June ; 61(6): 605-611

- [38] Jesse M. Pines Emergency Department Crowding in California: A Silent Killer? *Annals of Emergency Medicine* 2013 61 ;6: 612-14.
- [39] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins 2008. Accès: [http://esante.gouv.fr/sites/default/files/Rapport final Telemedecine.pdf](http://esante.gouv.fr/sites/default/files/Rapport_final_Telemedecine.pdf).
- [40] Audebert HJ et al. Telemedicine pilot project for integrative stroke care group. Effects of the implementation of a telemedical stroke network: the telemedicine pilot project for integrative stroke care (TEMPIS) in Bavaria, Germany. *Lancet Neurol* 2006; 5:742-8.
- [41] Giroud M. Régulation médicale. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-210-D-10, 2007.
- [42] Mattam K, et al . Role of telemedicine in treatment of acute cardiac emergencies in rural setting. *Int J Cardiol* 2010;140:S18.
- [43] McConnochie KM, et al. Differences in diagnosis and treatment using telemedicine versus in-person evaluation of acute illness. *AmbulPediatr* 2006;6:187-95.
- [44] Bonnans V, et al Mise en oeuvre d'un service de télédermatologie en Franche-Comté. *EurResTelemed*2012;1:96-103.
- [45] Abou Al Tout Y, et al. Télémédecine et urgences de la main : étude de faisabilité. *Ann ChirPlastEsthet* 2010;55:8-13.
- [46] Wilcox E, Adhikari N. The effect of telemedicine in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *Crit Care* 2012;16:R127.
- [47] Tififha R, et al. Télémédecine et médecine d'urgence. EMC - Médecine d'urgence 2014;9(2):1-6