



Groupe technique sur la planification et
l'organisation des services d'urgence

Toulouse, 24-28 février 1979



ICP/ADR 040/6
12 février 1979

ORIGINAL : FRANCAIS

ESSAI DE CLASSIFICATION DES SITUATIONS D'URGENCE

par

Professeur M. Cara
Centre hospitalier universitaire Necker, Paris

La notion d'urgence (du latin urgens, pressant) est mal définie : l'urgent, c'est ce qui doit être fait sans délai. Mais comme il y a forcément un délai avant l'exécution, il faut préciser le délai tolérable. L'appréciation en est forcément différente selon qu'il s'agit du demandeur, qui veut une action immédiate, ou du sollicité, qui demande un délai et parfois le justifie.

Sur le plan médical, la chirurgie de guerre a montré quelle importance a sur la mortalité le temps qui s'écoule avant l'opération : une ancienne statistique de SANTSY (6) est particulièrement éloquentes à cet égard.

On a constaté parmi les blessés opérés à :

	<u>p. cent de mortalité</u>
- la première heure	10 p.cent
- la deuxième heure	11 "
- la troisième heure	12 "
- la quatrième heure	26 "
- la cinquième heure	33 "
- la sixième heure	41 "
- la huitième heure	75 "
- la neuvième heure	75 "

Mais cette statistique ne tient pas compte de ceux qui sont morts avant d'avoir été opérés, de sorte qu'il est difficile de tirer d'avantage d'indications de ces chiffres.

Quoiqu'il en soit les chirurgiens ont dégagé les notions classiques de degrés d'urgence (1) :

- 1ère urgence : ce qui doit être fait dans les premières minutes ou les toutes premières heures,
- 2ème urgence : ce qui doit être fait dans les six heures,
- 3ème urgence : ce qui doit être fait dans les 24 heures.

On a admis de retarder l'intervention chirurgicale devant une situation vasculaire précaire, pour essayer d'améliorer celle-ci : c'est l'urgence différée pour le chirurgien, pas pour le réanimateur qui doit faire tout de suite tout ce qu'il peut.

Cette classification des urgences est un peu désuète aujourd'hui; il faut de toute façon y joindre la notion d'urgence ressentie par le demandeur, s'opposant à l'urgence évaluée par les médecins. En effet, le public devient d'année en année plus exigeant. Le Code Pénal français

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization Regional Office for Europe. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Dieses Dokument erscheint nicht als formelle Veröffentlichung. Es darf nur mit Genehmigung des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation besprochen, in Kurzfassung gebracht oder zitiert werden. Beiträge, die mit Namensunterschrift erscheinen, geben ausschliesslich die Meinung des Autors wieder.

Ce document ne constitue par une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

Настоящий документ не является официальной публикацией. Не разрешается рецензировать, аннотировать или цитировать этот документ без согласия Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. Всю ответственность за взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы.

(Art. 63, para. 2) a fait, depuis 1945, une obligation de porter secours, et l'Article 5 du Code de Déontologie Médicale impose à tout médecin "quelque soit sa fonction ou sa qualité" d'apporter ses soins "d'extrême urgence à un malade en danger immédiat si d'autres soins médicaux ne peuvent lui être assurés". C'est pourquoi il est indispensable de nous débarrasser du carcan des termes classiques, et nous avons introduit en 1963 le terme de détresse pour définir les situations qui évoluent rapidement vers la mort si un traitement approprié n'est pas entrepris (3). Selon notre conception, les "extrêmes urgences" du Code ne concernent que le danger vital ou, à la rigueur, la perte d'une fonction essentielle, un oeil par exemple. Ces "extrêmes urgences" devraient être qualifiées de détresses pour éviter toute ambiguïté avec les autres urgences (correspondant en fait à des deuxième ou troisième urgences).

Pour bien situer le problème de l'urgence, il nous paraît indispensable de reprendre la chronologie des phénomènes physiopathologiques consécutifs à un accident traumatique ou médical. Le mot accident est pris dans le sens de phénomène morbide arrivant inopinément par malheur : une thrombose, une douleur brutale signe d'une perforation, un traumatisme, etc. Dans le rapport de recherche opérationnelle de l'INSERM sur les Secours d'urgence (5), les rédacteurs usent du mot chronique pour désigner cette chronologie des événements pathologiques ou thérapeutiques. On doit distinguer deux cas extrêmes : celui où le patient est abandonné sans soins, c'est-à-dire vers la mort en cas de détresse, c'est la chronique de l'évolution naturelle ; celui où le patient est bien traité sans délai, c'est la chronique optimale.

Les toxicologues, par de très nombreuses expériences sur l'animal et des observations sur l'homme, ont établi que la courbe de mortalité en fonction de la dose était une fonction logarithmiconormale caractérisée par la dose létale à 50 p. cent (Médiane) ou DL50 : il nous a paru logique d'appliquer cette fonction à la chronique de l'évolution naturelle d'une détresse (2). Ainsi, l'on peut décrire trois phases (fig. 1) :

- Avant un certain délai, il n'y a pas de morts et les séquelles sont réduites au minimum si l'on peut supprimer la cause (il suffit en général de soins simples). En pathologie infectieuse, cette phase correspond à l'incubation.

- Pendant un certain laps de temps, les sujets meurent les uns après les autres, même si l'on supprime la cause : la mortalité n'est pas enrayerée définitivement. La statistique de SANTY rapportée ci-dessus en est un exemple. Par quelques observations privilégiées, nous avons montré (2), qu'à cette phase les soins étaient fort longs et difficiles et qu'il pourrait demeurer une incapacité permanente considérable (fig. 2).

- Passé un certain délai, tous les sujets sont morts, les soins sont donc inutiles, mais, comme il faut un certain temps pour faire le diagnostic de mort, l'acte médical ne peut pourtant pas être évité.

Pour qu'un système de lutte contre les accidents soit efficace, il faut donc agir avant la troisième phase. Bien plus, pour être vraiment efficace et, corrélativement, peu onéreux eu égard à la longueur et à la difficulté des soins ainsi qu'aux séquelles, il faut agir avant le commencement de la deuxième phase.

Si, en effet, la mortalité commence à apparaître au début de la deuxième phase, c'est que des dégâts vitaux se produisent ; ils entraînent la mort chez les plus faibles, des lésions irréversibles chez les plus forts ou chez ceux qui sont protégés : c'est le rôle retardateur du secourisme.

Mais l'évolution se fait plus ou moins rapidement selon la pathologie (fig. 3). L'urgence la plus grande est celle de l'arrêt cardiaque : tout se déroule en quelques minutes. Dans l'asphyxie, on a une minute de plus du fait de la réserve d'oxygène des poumons. Pour l'hémorragie, la situation est évidemment très variable selon le débit, on ne peut faire figurer qu'une évolution moyenne : tous les cas particuliers sont un peu différents, il faudrait apprécier la perte de sang pour plus de précision.

Mais l'hémorragie suscite, on le sait, une souffrance tissulaire, le choc, véritable intoxication qui évolue ensuite pour son compte et entraîne une mortalité importante en quelques heures même si l'hémostase est faite. Ainsi, la chronique d'un accident n'est pas uniforme, elle décrit des atteintes multiples évoluant chacune plus ou moins séparément et engendrant des atteintes secondaires comme le choc. La thérapeutique intervient aussi pour pallier ces atteintes si elle le peut. C'est pourquoi l'évolution d'une "urgence" est elle-même modifiée successivement par les différentes actions qui peuvent être faites (fig. 4).

Il en ressort que le facteur temps est fondamental. Certes, la chronique évolue plus ou moins vite selon la pathologie; si c'est vers la mort, on est devant une détresse, et donc il faut agir très vite. Pour l'arrêt cardiaque, l'on dispose tout juste d'une minute ou deux, d'où l'organisation des chariots d'urgence dans les hôpitaux avec système d'alerte en salle, à vrai dire encore peu développé en France. Les patients à haut risque doivent être constamment surveillés, d'où l'importance des salles de réveil, de soins intensifs (cardiaques ou autres) qui ont fait la preuve de leur efficacité. Les salles d'accueil des urgences dans les hôpitaux devraient bénéficier du même niveau de sécurité.

En ce qui concerne les détresses survenant hors de ces lieux privilégiés, on ne peut faire face que par une organisation des secours et une éducation du public. Il est hors de question de remettre aux médecins praticiens de ville la responsabilité des détresses puisque la chronique de celles-ci se déroule si vite qu'ils ne peuvent en général intervenir qu'à la troisième phase. En France, seule une organisation telle que les S.A.M.U. (Service d'Aide médicale urgente) est capable de faire face dès les premières minutes, et encore cela n'est-il possible que dans les villes parce que l'alerte y est rapide et les distances courtes.

D'autres accidents évoluent moins vite; on dispose d'un délai de l'ordre de la demi-heure. Cette chronique est celle de la plupart des accidents du trafic. L'évolution se fait encore souvent vers une détresse: il nous paraît que les praticiens de ville peuvent difficilement intervenir à temps et, s'ils le font, ils sont peu efficaces faute de moyens.

Pour la pathologie classique (intoxications par voie orale, infections graves, convulsions, perforations digestives, etc.) la chronique se déroule moins vite: nous proposons donc de garder les termes consacrés de première ou deuxième urgences. Ces situations ne deviennent des détresses qu'au bout d'un certain temps (plus d'une heure), elles sont du classique domaine des médecins praticiens qui les connaissent bien et sont habitués à y faire face, mais bien souvent on faisant hospitaliser le patient car la surveillance à domicile est insuffisante.

Enfin, la pathologie plus légère relève de la "troisième urgence", mot qu'il vaudrait mieux éviter ici: le patient peut sinon être traité à domicile, du moins y être observé et l'hospitalisation éventuelle ne devrait pas se faire hors des heures ouvrables.

Restent les urgences ressenties, mais éventuellement non confirmées: elles doivent être envisagées parce qu'elles encombrant les services d'urgence et parce que d'autre part elles témoignent d'un mauvais fonctionnement du Service de Santé. Elles doivent être d'abord triées, le plus vite possible, pour séparer les détresses et autres urgences vraies. Le rôle du conseil téléphonique, tel qu'il est assuré par le S.A.M.U., est primordial; nous pensons que le système du numéro de téléphone unique, qui se met en place dans de nombreux pays, est un grand progrès. La France, malgré le projet du 15, prend du retard, sur les U.S.A. notamment avec leur 991. Encore faut-il que le central téléphonique soit médicalisé pour, en cas de doute, envoyer un praticien juger sur place de la situation et, en cas de détresse, faire partir tout de suite une équipe médicalisée. C'est ce qui se fait de plus en plus en France, et qui est institutionnalisé à Grenoble et à Rouen notamment.

En conclusion, la classification des urgences médicales doit se faire compte tenu de la rapidité d'évolution des diverses pathologies. L'horaire de l'accident initial, bien qu'il soit parfois difficile à connaître avec précision, est très important à estimer pour établir une prévision correcte.

- Si l'évolution se fait vers la mort en un temps court, disons jusqu'à deux heures pour fixer les idées, c'est une détresse.

- Si l'évolution est plus lente et pas nécessairement mortelle, c'est une urgence médicale : l'intervention doit être faite à court délai, c'est-à-dire en quelques heures (1ère urgence moins de 2 heures, 2ème urgence moins de 6 heures).

Enfin, les situations moins graves, qualifiées un peu exagérément d'urgences (3ème urgence), ne devraient pas être appelées ainsi, bien qu'elles puissent demander l'intervention d'un médecin dans les 24 heures. Elles justifient des visites prioritaires des médecins de ville, qui apprécient s'il y a réellement urgence.

Aux situations de détresse doit répondre une intervention médicalisée (ou paramédicale selon l'organisation) immédiate.

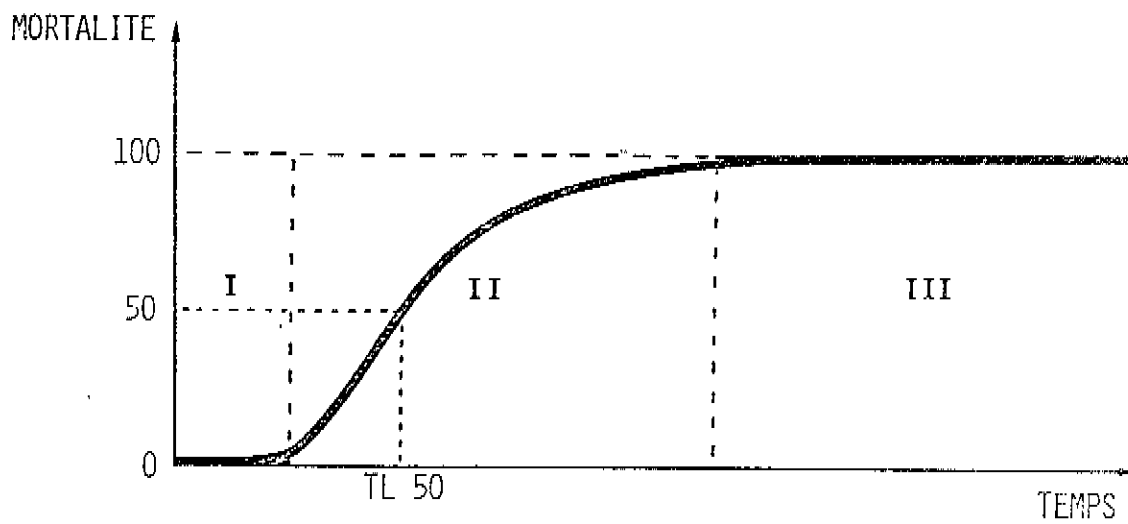
Aux urgences médicales, on réagira par l'envoi d'un praticien ou l'hospitalisation.

Aux autres urgences ressenties, la réponse est un tri soigneux opéré par un central médical téléphonique. Normalement, le malade doit être envoyé en consultation pendant les heures ouvrables, ou faire l'objet d'une visite prioritaire s'il ne veut ou ne peut pas se rendre jusqu'à un centre médical.

BIBLIOGRAPHIE

1. Brocq, Poilleux et al. Traitement des urgences en chirurgie, Paris, Masson, 1956.
2. Cara, M., L'archarnement thérapeutique, Gestions Hospitalières No. 162, January 1977, 17-26.
3. Cara, M. & Poisvert, M., Premiers secours dans les détresses respiratoires, Paris, Masson, 1963.
4. Creyssel, J. & Suire, P., Choc traumatique, Paris, Masson, 1944.
5. INSERM, Secours d'urgence, Recherche opérationnelle, Paris, 1970 (rapport).
6. SANTY, Le traitement du shock chez les grands blessés. Congrès de chirurgie interallié. Lyon Chirurgical, Jan.1917, 14, 54 cité par 4.

Fig. 1



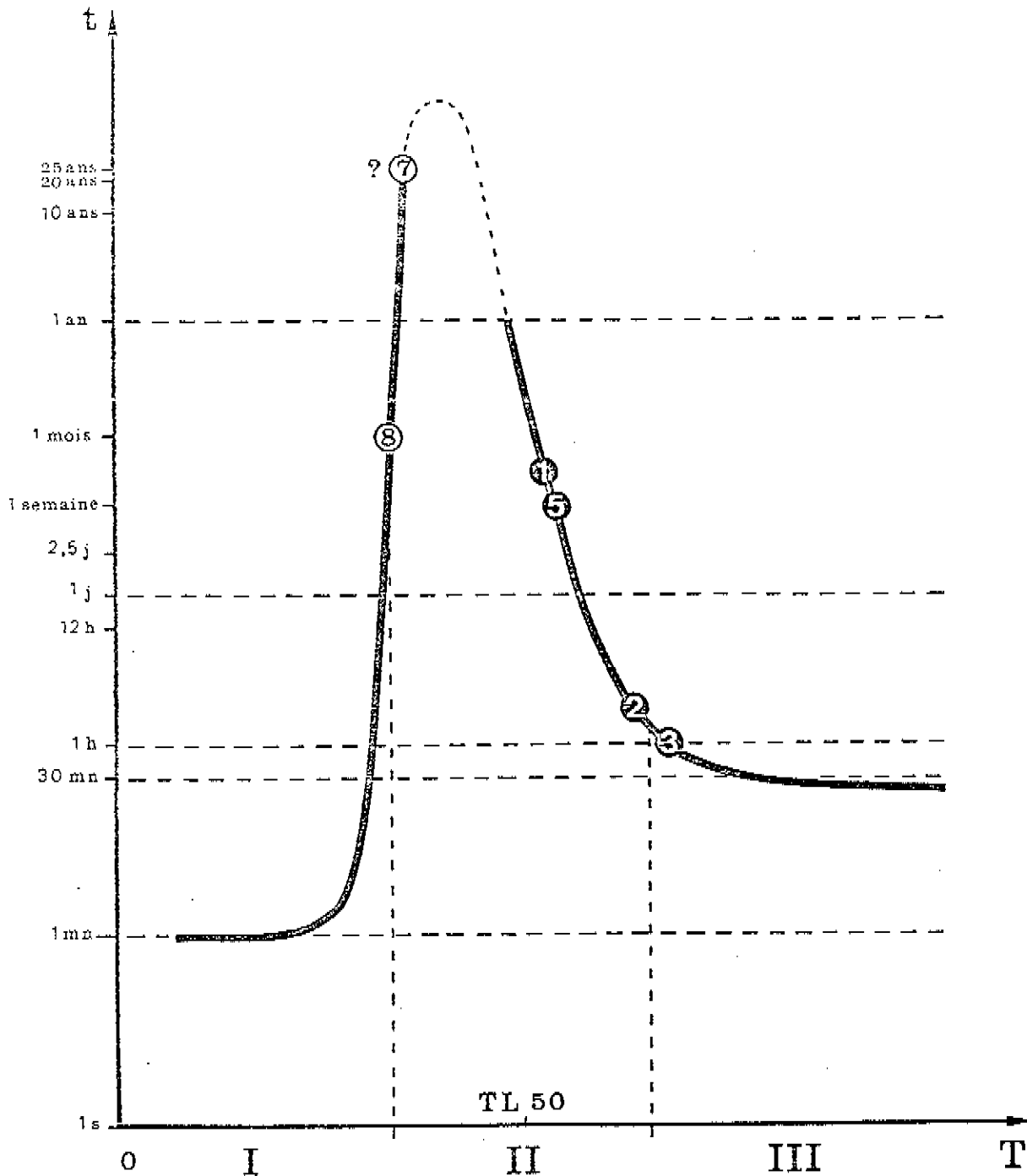
COURBE TYPE DE L'EVOLUTION DE LA MORTALITE EN FONCTION
DU TEMPS OÙ LE PATIENT EST LAISSE SANS SOINS EFFICACES.

I - PHASE SANS MORTALITE.

II - PHASE DE MORTALITE PROGRESSIVE.

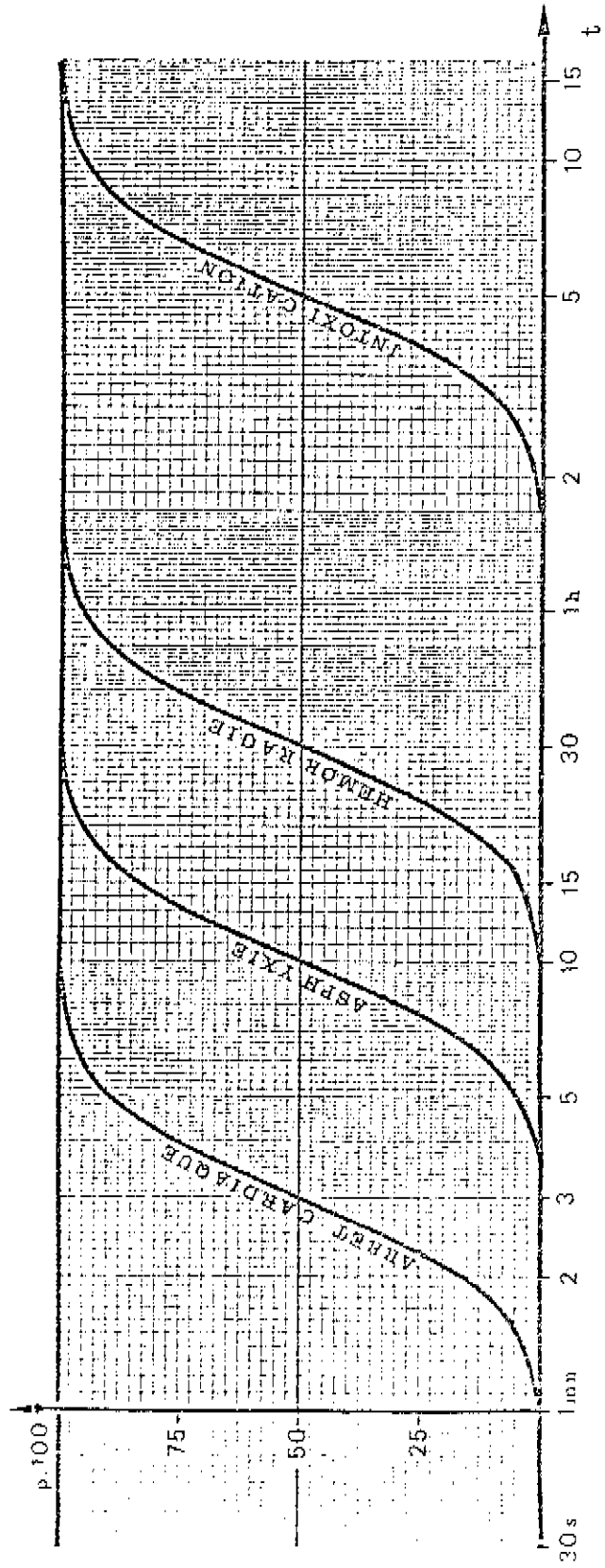
III - MORTALITE TOTALE.

Fig. 2



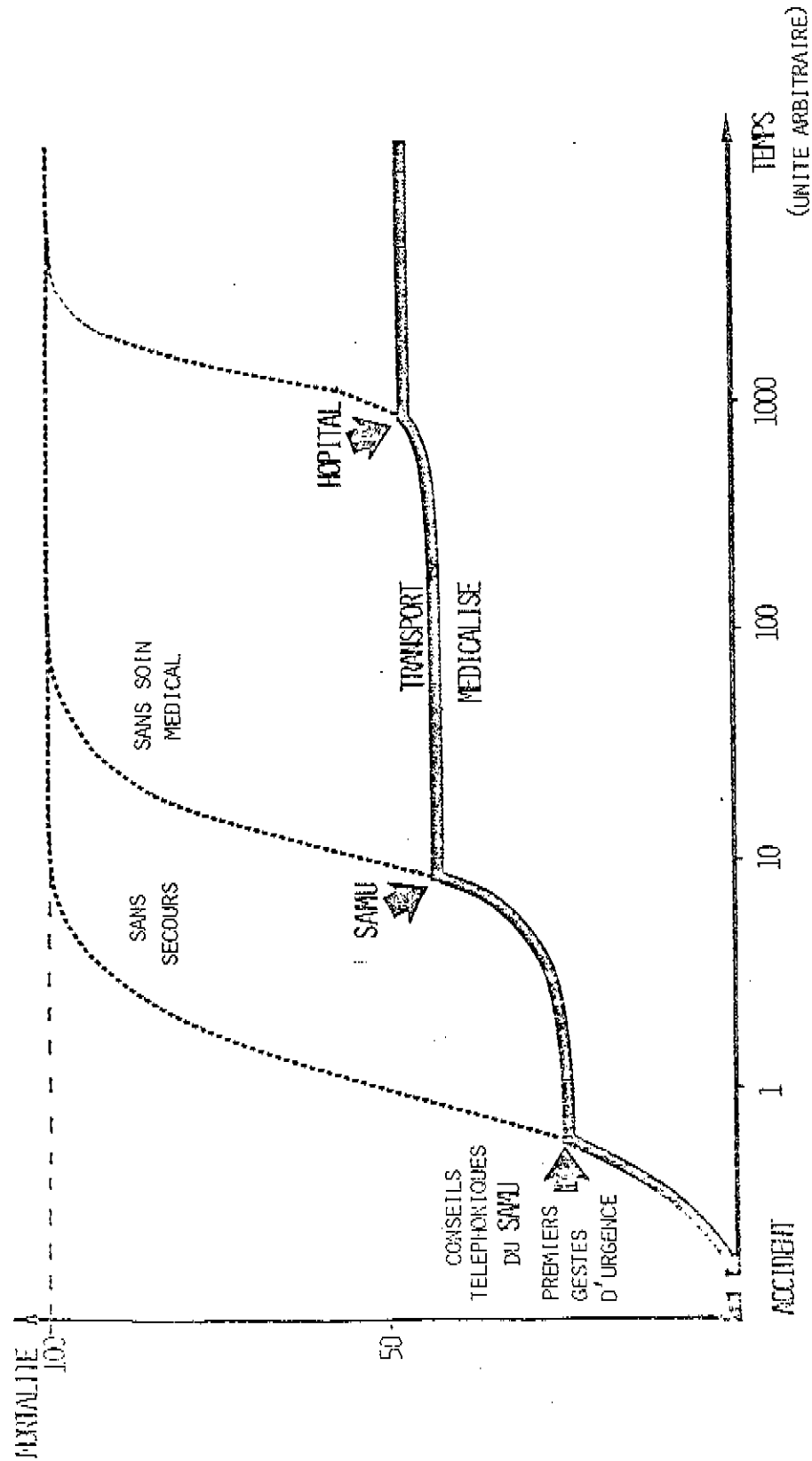
DUREE DES SOINS INTENSIFS t , EN FONCTION DE LA DUREE T ENTRE L'ACCIDENT INITIAL ET LES PREMIERS SOINS EFFICACES (RETARD AUX PREMIERS SOINS). TL 50, TEMPS LETAL MEDIAN (CORRESPONDANT A UNE MORTALITE DE 50 POUR CENT).

Fig. 3



MORTALITE EN FONCTION DE LA PATHOLOGIE

Fig. 4



MORTALITE EN FONCTION DU TEMPS ET AVEC ASSISTANCE.