

# REVUE DE PRESSE

MARS 2024

## Commission d'enquête parlementaire ?

Damien Maudet, député La France Insoumise de Haute-Vienne  
Pierre Dharréville, député Groupe Démocrate et Républicain des Bouches-du-Rhône  
Sabrina Sebaihi, députée Ecologiste des Hauts-de-Seine  
Arthur Delaporte, député Socialiste du Calvados  
Sébastien Peytavie, député Génération.s de Dordogne  
Yannick Favennec, député Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires de Mayenne

APM News 21/02/2024



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ

Madame Yaël Braun-Pivet  
Présidente de l'Assemblée nationale

Paris, le 21/02/2024

**Objet : demande d'une commission d'enquête sur la situation des services d'urgences en France**

Madame la Présidente,

Depuis plusieurs mois la situation des services d'urgence dans le pays est extrêmement préoccupante. Il ne se passe plus une semaine sans que la presse ne relaie des histoires de patients décédés aux urgences, parfois sur un brancard, dans le couloir, faute de capacité de prise en charge adéquate.

Les soignants ne sont pas responsables de ces drames. Depuis des années, ils alertent sur la dégradation des conditions de travail dans les services d'urgence et sur les risques pour les patients.

A l'été 2022, une mission flash confiée à M. François Braun, ancien Ministre de la santé, préconisait la mise en place d'une régulation par le 15 pour les entrées aux urgences pour lutter contre la surcharge de ces dernières. Alors que cette mesure devait représenter un fonctionnement dégradé mais transitoire pour résister à un été de grande tension, elle devient malheureusement de plus en plus la norme. A l'été 2023, ce sont plus d'un service sur deux qui ont dû fermer totalement ou partiellement.

Sur le seul mois de décembre 2022, le syndicat Samu Urgences de France a estimé à 150 le nombre de décès aux urgences du fait d'une trop longue attente avant prise en charge. Selon une étude de l'INSERM, de l'APHP et de l'Université de Rouen, une nuit sur un brancard pour un patient de plus de 70 ans augmente de 40% le risque de mortalité hospitalière pour ce dernier.

Tout prête à croire que ces situations tragiques sont en forte progression. Un récent article du Parisien relate le témoignage glaçant de soignants urgentistes : « La vérité, c'est que quand il y a des morts, on ne fait pas remonter ».

Le 18 septembre 2023, une proposition de résolution déposée par une centaine de députés demandait la création d'une commission d'enquête pour faire la lumière sur les pertes de chance aux urgences et proposer des solutions pour les soignants et les patients. Nous renouvelons ici cette demande et nous vous demandons la mise à l'ordre du jour de l'Assemblée de cette proposition de résolution.

Dans l'attente de votre réponse, nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, nos plus respectueuses salutations.



- Décret LFSS 2023, début en septembre 2023 pour 1 an.
- 6 régions : IDF, ARA, OCC, HDF, CVL, LRE.
- Indications : majeurs, à domicile (+ EHPAD), H24, régions concernées, pas de dispo d'un médecin « dans un délai raisonnable ».
- Exclusions : ES, mineurs, VP, morts violentes (en particulier les suicides).
- IDE volontaires, sans distinction d'exercice, ayant bénéficié d'une formation.
- Eligibilité contrôlée par CDO infirmiers.
- Implication directions EHPAD.

- Projet de décret permettant d'étendre l'expérimentation de la rédaction des certificats de décès par les infirmiers.
- **Le projet de décret supprime la nécessité d'une vérification préalable de l'indisponibilité d'un médecin pour certifier le décès dans un "délai raisonnable"** avant sollicitation ou intervention d'un infirmier.
- L'expérimentation prendrait fin "un an après la date d'entrée en vigueur" du texte.
- Les infirmiers pourront être sollicités par les Samu, les services de police ou de gendarmerie ou le médecin traitant "qui ne peut se déplacer au domicile d'un patient décédé".
- "Lorsque l'infirmier ne parvient pas à établir seul les causes du décès, il fait appel, par tout moyen, à l'expertise d'un médecin, quels que soient le mode et le lieu d'exercice de ce dernier".
- L'infirmier devra informer le médecin traitant de la personne décédée du décès et de ses causes "lorsqu'il dispose de ses coordonnées".

## MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Décret n° 2024-18 du 9 janvier 2024 pris en application de l'article L. 6153-4 du code de la santé publique

NOR : SPRH2329585D

*Publics concernés : étudiants en santé, unités de formation et de recherche, agences régionales de santé, services départementaux ou territoriaux d'incendie et de secours.*

*Objet : le décret prévoit que l'agrément d'un service départemental ou territorial d'incendie et de secours comme lieu de stage atteste du caractère formateur des activités de soins réalisées par des étudiants en santé au sein de cet établissement et fixe les conditions et les modalités de réalisation d'un tel stage.*

## MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 9 janvier 2024 relatif aux conditions et modalités de réalisation des stages au sein des services départementaux ou territoriaux d'incendie et de secours par les étudiants en formation de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique

NOR : SPRH2329586A

- Possibilité pour les SDIS de devenir un terrain de stage pour les étudiants en sante.
- Vaut pour les études de **médecine**, de **pharmacie** et d'**odontologie** ainsi que le cursus suivi par les futures **sages-femmes**.
- Agrément délivré "*selon les modalités prévues par les arrêtés relatifs aux filières et cycles de formation concernés*" et attestera "*du caractère formateur des activités de soins pratiquées*" chez les pompiers "*et de leur adéquation avec les objectifs de la formation poursuivie* ».
- La loi prévoit également que les pompiers deviennent un terrain de stage pour les étudiants des IFSI mais les deux textes précités ne mentionnent pas ces futurs paramédicaux.

- Actuellement, un futur ambulancier doit obligatoirement détenir son permis B depuis trois ans pour espérer entrer dans un institut de formation.
- La levée de ce frein semble tout de même se confirmer.
- Pour favoriser les recrutements, le ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités travaille en effet actuellement avec les représentants de la profession à "*une évolution des conditions d'accès à la formation*", en particulier la "*suppression*" de cette durée probatoire de trois ans.
- Si les discussions aboutissent, tout jeune conducteur pourrait dès l'âge de dix-huit ans et l'obtention de son permis de conduire s'orienter vers le métier d'ambulancier.



## **MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS**

**Arrêté du 20 février 2024 relatif à l'ouverture d'une période transitoire pour l'innovation  
« urgences dentaires : intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation du SAMU - Centre  
15 (dimanches et jours fériés) »**

**NOR : TSSH2405337A**



- Inscription dans la durée de l'innovation article 51 baptisée "urgences dentaires »
- S'accompagne d'une période transitoire de seize mois et d'un cahier des charges
- Début en février 2022 pour une durée de deux ans : Auvergne-Rhône-Alpes, Grand-Est et Bretagne achevaient leur phase d'essai en cette fin février-début mars.
- Pour les six autres régions (Île-de-France, Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine, Hauts-de-France, Centre-Val de Loire et Bourgogne-Franche-Comté), cette date de fin d'expérimentation s'étale jusque fin mars 2025.
- *Seuls 55% des appels ont donné lieu à une orientation vers la garde, les 45% restant ayant été gérés par des conseils téléphoniques ou des téléprescriptions".*
- 97% des patients reçus dans les cabinets de garde relevaient effectivement de l'urgence.



## **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION**

**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**

*NOR : SPRP2324370D*

organise la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles



# Dispositif ORSAN : dispositions générales

10

- **Définit les parcours de soins** et précisent les missions des SAMU, des SMUR, des CUMP, des ES, des ESMS et des professionnels exerçant en secteur ambulatoire;
- Identification des actions à mener pour **maintenir ou développer les capacités nécessaires** : PeC des patients ou des victimes, formation des professionnels de santé aux SSE, attribution des moyens opérationnels.
- Réalisation chaque année d'un ou plusieurs **exercices ou entraînements** associant les acteurs du système de santé et permettant d'évaluer le caractère opérationnel du dispositif "ORSAN".
- **Déclenché par DG ARS**, à la demande du préfet ou du ministre chargé de la santé.
- L'ARS inclut dans les **CPOM des ES et ESMS**, les objectifs opérationnels qui leur sont assignés dans le cadre du dispositif "ORSAN".



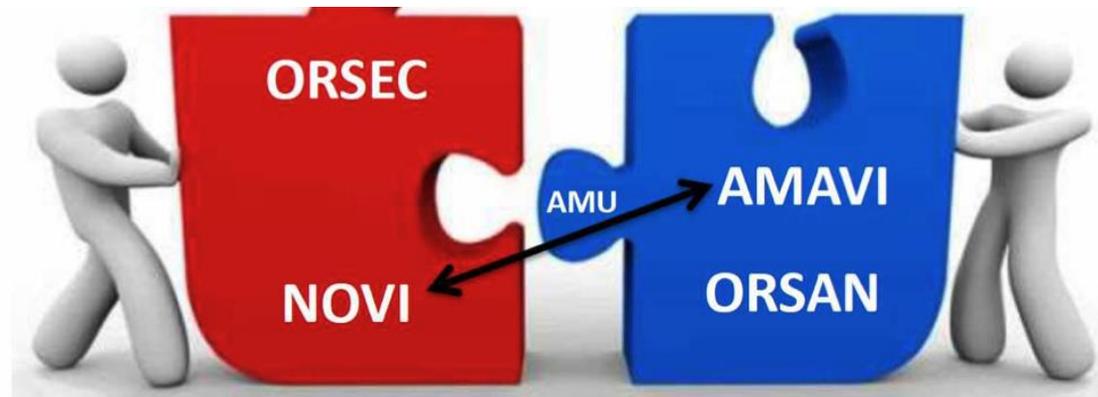
# Dispositif ORSAN : articulation ORSEC

11

Le dispositif “ORSAN” s’articule avec le dispositif opérationnel ORSEC

Lorsque les moyens prévus par le dispositif “ORSAN” ne sont pas suffisants pour faire face à une SSE, le préfet peut, soit de sa propre initiative, en informant le DG ARS, soit à la demande de ce dernier, mobiliser les moyens ORSEC afin d’assurer notamment les missions suivantes:

- L’évacuation des ES et ESMS
- La vaccination exceptionnelle
- La distribution exceptionnelle de produits de santé





# Plan gestion tensions hospitalières et SSE

12

Plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE :

“**Plan de mobilisation interne**” pour la gestion des tensions hospitalières;  
“**Plan blanc**” pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

- cellule de crise hospitalière
- procédures de gestion des événements;
- continuité de l'activité de l'établissement;
- mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée;
- 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”;
- plan de formation des PS de l'établissement aux SSE.

Plan arrêté par le directeur de l'ES, après avis : du directoire, de la CME, du CTE



## Dispositifs de renfort : PZM

Le plan zonal de mobilisation complète les mesures prises dans le cadre du dispositif “ORSAN” afin de les renforcer. Il s’articule avec le plan Orsec de zone et détermine :

- cartographie des moyens de la zone
- mobilisation et d’acheminement des moyens de renfort
- déclenchement et de sa mise en œuvre opérationnelle.

DG ARS zone en concertation avec ARS de la zone et préfet de zone

PZM arrêté par préfet de zone

DG ARS de zone désigne un **SAMU de zone** :

- coordination des renforts dans le cadre du plan zonal de mobilisation
- participe à la formation et entraînement du personnel des ES de la zone.



## Dispositifs de renfort : professionnels de santé

14

Les PS volontaires apportent leur concours aux ES dans le respect de leurs compétences et, le cas échéant, des spécialités pour lesquelles ils se sont spécifiquement portés volontaires.

- Interventions SMUR, idem cadre classique
- Interventions CUMP, idem cadre classique
- Les PS doivent être inscrits auprès du conseil de l'ordre, du service ou de l'organisme compétent pour leur profession.
- Convention entre le PS mobilisé et l'ES auprès duquel il exerce son activité.
- En cas de SSE survenant à l'étranger, les PS volontaires peuvent, à la demande du MAE, être appelés par le MS afin d'exercer leur activité à l'étranger.



# Dispositif ORSAN : missions ESR

## MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

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

NOR : TSSP2401821A

## MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 18 janvier 2024  
fixant la liste des établissements de santé de référence

NOR : TSSP2401819A

Régions	Mission de référence REB	Mission de référence NR	Mission de référence C	Mission de référence AMAVI	Mission de référence MÉD-PSY
Bourgogne-Franche-Comté	- CHU de Besançon	- CHU de Dijon	- CHU de Besançon	- CHU de Dijon	- CHU de Dijon



## **Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients?**

Fabien Coisy<sup>a</sup>, Guillaume Olivier<sup>b</sup>, François-Xavier Ageron<sup>c</sup>, Hugo Guillermou<sup>d</sup>,  
Mélanie Roussel<sup>e</sup>, Frédéric Balen<sup>f</sup>, Laura Grau-Mercier<sup>a</sup> and Xavier Bobbia<sup>g</sup>

## Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients?

Fabien Coisy<sup>a</sup>, Guillaume Olivier<sup>b</sup>, François-Xavier Ageron<sup>c</sup>, Hugo Guillermou<sup>d</sup>, Mélanie Roussel<sup>e</sup>, Frédéric Balen<sup>f</sup>, Laura Grau-Mercier<sup>a</sup> and Xavier Bobbia<sup>g</sup>

### Cas clinique

- triage d'un service d'urgence
- patient de 50 ans qui est admis
- douleur thoracique difficile à décrire
- semble dyspnéique, n'a pas fait d'effort mais reporte un contexte d'anxiété lié a des problèmes familiaux (dispute avec son fils adolescent ce matin)
- antécédent personnel : épisode dépressif majeur il y a 2 ans
- pas d'antécédents familiaux connus
- pas de prise de médicaments, déclare avoir fumé ½ paquet pendant 12 ans, sevré depuis 5 ans
- TA 135/75 mmHg, Fc, 83/min, SaO2 98% en air, FR 16/min

## Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients?

Fabien Coisy<sup>a</sup>, Guillaume Olivier<sup>b</sup>, François-Xavier Ageron<sup>c</sup>, Hugo Guillermou<sup>d</sup>,  
Mélanie Roussel<sup>e</sup>, Frédéric Balen<sup>f</sup>, Laura Grau-Mercier<sup>a</sup> and Xavier Bobbia<sup>g</sup>

Huit images ont été générées par IA avec exactement la même requête, à l'exception du sexe (masculin, féminin) et de l'apparence ethnique (blanches, noires, nord-africaines et asiatiques du Sud-Est).

La phrase de demande d'image était la suivante :

- 50 ans avec une chemise blanche fermée
- main droite sur la poitrine, qui a des douleurs à la poitrine
- Son visage exprime la douleur.

### 2 questions

- évaluation visuelle de l'intensité de la douleur : 0 à 10 du patient
- priorisation de l'urgence du triage : 1 ((urgence vitale) à 5 (urgence relative qui peut attendre 2 heures)

## Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients?

Fabien Coisy<sup>a</sup>, Guillaume Olivier<sup>b</sup>, François-Xavier Ageron<sup>c</sup>, Hugo Guillermou<sup>d</sup>,  
Mélanie Roussel<sup>e</sup>, Frédéric Balen<sup>f</sup>, Laura Grau-Mercier<sup>a</sup> and Xavier Bobbia<sup>g</sup>

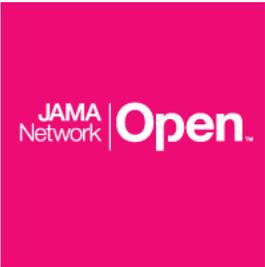
1563 répondants

Age (years)	36 ± 10
Gender female	867 (55%)
Profession	
Emergency physician	777 (50%)
Emergency resident	180 (11%)
Nurse	606 (39%)
Clinical emergency medicine experience (years)	5 (2; 11)
Country	
France	1300 (87%)
Switzerland	139 (9%)
Belgium	49 (3%)
Monaco	19 (1%)

## Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients?

Fabien Coisy<sup>a</sup>, Guillaume Olivier<sup>b</sup>, François-Xavier Ageron<sup>c</sup>, Hugo Guillermou<sup>d</sup>,  
Mélanie Roussel<sup>e</sup>, Frédéric Balen<sup>f</sup>, Laura Grau-Mercier<sup>a</sup> and Xavier Bobbia<sup>g</sup>

- Les niveaux de priorité pour toutes les réponses étaient de 1 à 5 :  
180 (11 %), 686 (44 %), 539 (34 %), 131 (9 %) et 27 (2 %).
- Il y avait une priorité signalée plus élevée chez les hommes que chez les femmes [62 % contre 49 %, différence 13 % (intervalle de confiance à 95 % ; IC 8–18 %)].
- Par rapport aux Blancs, la priorité a été signalée pour les patients noirs simulés [47 % contre 58 %, différence de –11 % (95 %; IC –18 % à –4 %)] mais pas les personnes d'Asie du Sud-Est [55 % contre 58 %, différence –3 % (IC à 95 % –10–5 %)] et d'Afrique du Nord [61 % contre 58 %, différence –3 % (IC à 95 % –10–5 %)] différence 3 % (IC 95 % –4–10 %)] apparence.
- **Les auteurs concluent sur l'importance de faire connaître ces résultats pour être vigilants face à ces a priori inconscients et à rendre l'évaluation à l'accueil aux urgences plus objective grâce à la mise en place d'échelles de triage.**



## Occupational Sitting Time, Leisure Physical Activity, and All-Cause and Cardiovascular Disease Mortality

Wayne Gao, PhD; Mattia Sanna, PhD; Yea-Hung Chen, PhD; Min-Kuang Tsai, PhD; Chi-Pang Wen, MD, PhD

# Occupational Sitting Time, Leisure Physical Activity, and All-Cause and Cardiovascular Disease Mortality

Wayne Gao, PhD; Mattia Sanna, PhD; Yea-Hung Chen, PhD; Min-Kuang Tsai, PhD; Chi-Pang Wen, MD, PhD

- Programme de surveillance de la santé à Taïwan
- **481 688 adultes** (âge moyen, 39 ans ; 53 % de femmes)
- Recueil de données sur la position assise au travail, l'activité physique pendant les loisirs, le mode de vie et des paramètres métaboliques
- Suivi moyen de près de **13 ans**
- 26257 participants sont décédés
- 57 % des décès sont survenus chez des personnes qui étaient principalement assises au travail
- 5 371 décès liés à des maladies cardiovasculaires, dont 60 % sont survenus dans le groupe des personnes principalement assises..

# Occupational Sitting Time, Leisure Physical Activity, and All-Cause and Cardiovascular Disease Mortality

Wayne Gao, PhD; Mattia Sanna, PhD; Yea-Hung Chen, PhD; Min-Kuang Tsai, PhD; Chi-Pang Wen, MD, PhD

- Analyse multivariée ajustée sur le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, le tabagisme, la consommation d'alcool et l'indice de masse corporelle :
  - adultes le plus souvent assis au travail : risque accru de 16 % de mourir de n'importe quelle cause (rapport de risque [RR], **1,16** ; IC 95 %, 1,11-1,20)
  - risque accru de 34 % de mourir d'une maladie cardiovasculaire (RR, **1,34** ; IC 95 %, 1,22-1,46)
  - Si alternance position assise position non assise au travail : pas un risque accru de mortalité toutes causes confondues (RR, **1,01** ; IC 95 %, 0,97-1,05)
  - Parmi les adultes qui restaient le plus souvent assis au travail et qui avaient une activité de loisir quotidienne faible (15-29 minutes) ou nulle (< 15 minutes), l'augmentation de l'activité de 15 et 30 minutes par jour, respectivement, a réduit le risque de mortalité à un niveau similaire à celui des personnes inactives qui ne restaient pas le plus souvent assises au travail.

# Occupational Sitting Time, Leisure Physical Activity, and All-Cause and Cardiovascular Disease Mortality

Wayne Gao, PhD; Mattia Sanna, PhD; Yea-Hung Chen, PhD; Min-Kuang Tsai, PhD; Chi-Pang Wen, MD, PhD



« Vous n'avez pas besoin de courir un marathon demain. Il suffit de se lever plusieurs fois par jour, de faire quelques tours dans son bureau, d'aller et venir de la boîte aux lettres, de monter et descendre les marches quelques fois – faites simplement quelque chose de plus que ce que vous faites déjà ».

- 1<sup>ère</sup> valvuloplastie aortique percutanée en 1985
- 1<sup>ère</sup> valvuloplastie mitrale en 1992
- Propose au début des années 1990, le concept d'implantation par cathétérisme d'une valve
- Fonde sa propre start-up aux USA en 1999 et conçoit les premiers TAVI
- 2002, pose 1<sup>ère</sup> valve chez un patient avec RA, inopérable
- A ce jour, plus de 3 millions de patients ont bénéficié de la technique.....







Groupement de Coopération Sanitaire  
**Réseau des Urgences**  
de Bourgogne-Franche-Comté  
**RUBFC**

**MERCI DE VOTRE  
ATTENTION !**