

RÉFÉRENCES  
EN MÉDECINE  
d'urgence



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

Journées thématiques interactives  
de la SFMU



**L**avoisier  
Médecine  
SCIENCES

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

## Dans la même collection

*Blessures par armes de guerre*, par S. Ausset et L.-M. Joly

*Mer et Loisirs*, par T. Desmettre

*Cœur et Urgences*, par T. Desmettre

*La mère et l'enfant*, par T. Desmettre

*Urgences AVC*, par S. Deltour et Y. L'Hermitte

*Scores en médecine d'urgence*, par P. Ray

*Analgésie et Sédation*, par T. Desmettre

*Urgences respiratoires*, par T. Desmettre

*Urgences vasculaires*, par T. Desmettre

*Méningites et syndromes méningés*, par P. Hausfater

## Chez le même éditeur

*Le manuel de réanimation, soins intensifs et médecine d'urgence*, 5<sup>e</sup> édition, par J. Vincent

*Manuel de médecine de catastrophe*, par H. Julien

*Secours en milieu périlleux*, par D. Savary

*Cas cliniques en médecine d'urgence*, par J.-M. Haegy et B. Blettery

*Guide des outils d'évaluation en médecine d'urgence*, par G. Debaty

*Maladies rares en médecine d'urgence*, par Y. E. Claessens et L. Mouthon

*Les biomarqueurs en médecine d'urgence : des données biologiques au lit du malade*, par Y. E. Claessens et P. Ray

*Traité d'anesthésie et de réanimation*, par O. Fourcade, T. Geeraerts, V. Minville et K. Samii

*Réanimation et urgences*, par J.-J. Lehot et C. Arvieux

*Le livre de l'interne – Réanimation*, par A. Bouglé

*Le livre de l'interne – Les urgences*, par P. Hausfater

*Le livre de l'interne – Médecine interne*, par L. Guillevin

*Le livre de l'interne – Anesthésiologie*, par F. Bonnet et N. Lambert

*Le livre de l'interne – Traumatologie*, par R. Nizard

*Imagerie de l'oreille et de l'os temporal – Volume 3. Traumatologie, urgences, otospongiose*, par F. Veillon et JW Casselman

*Chroniques de l'urgence*, par P. Carli

*Traité de médecine*, par P. Godeau, S. Herson et J.-C. Piette

*Principes de médecine interne Harrison*, par E. Braunwald, A.S. Fauci, D.L. Kasper, S.L. Hauser, D.L. Longo et J.L. Jameson

*La petite encyclopédie médicale Hamburger*, par M. Leporrier

*Guide du bon usage du médicament*, par G. Bouvenot et C. Caulin

*Dictionnaire français-anglais/anglais-français des termes médicaux et biologiques et des médicaments*, par G.S. Hill

*Manuel d'anglais médical*, par F. Brethenoux

Pour plus d'informations sur nos publications :



[newsletters.lavoisier.fr/9782257207678](https://newsletters.lavoisier.fr/9782257207678)

RÉFÉRENCES  
EN MÉDECINE  
d'urgence



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

Journées thématiques interactives  
de la Société française  
de médecine d'urgence  
Lille, 2021

Coordonné par **Thibaut Desmettre**,  
Service d'accueil des urgences/SAMU 25,  
CHRU de Besançon

**Lavoisier**  
Médecine  
SCIENCES  
editions.lavoisier.fr

# Comité de rédaction des *Annales françaises de médecine d'urgence*

## Rédacteur en chef

Bruno RIOU (Paris, France)

## Comité de rédaction

Pierre-Nicolas CARRON (Lausanne, Suisse)

Hélène CHAPPUY (Paris, France)

Sandrine CHARPENTIER (Toulouse, France)

Pierre-Géraud CLARET (Nîmes, France)

Guillaume DEBATY (Grenoble, France)

Thibaut DESMETTRE (Besançon, France)

Florence DUMAS (Paris, France)

Patricia JABRE (Paris, France)

Luc-Marie JOLY (Rouen, France)

Frédéric LAPOSTOLLE (Bobigny, France)

Emmanuel MONTASSIER (Nantes, France)

Andréa PENALOZA (Bruxelles, Belgique)

*Direction éditoriale* : Jean-Marc Bocabeille

*Édition et fabrication* : Solène Le Gabellec

*Couverture et composition* : Nord-Compo (Villeneuve-d'Ascq)

*Illustration de couverture* : @bannosuke, Adobe Stock

© 2022, Lavoisier, Paris

ISBN : 978-2-257-20767-8

# Journées thématiques interactives de la Société française de médecine d'urgence 2021

## Conseil d'administration

*Président* : Karim TAZAROURTE (Lyon)

*Vice-Présidente* : Sandrine CHARPENTIER (Toulouse, France)

*Past-Présidente* : Agnès RICARD-HIBON (Pontoise)

*Présidents honoraires* : Pierre-Yves GUEUGNIAUD (Lyon), Patrick GOLDSTEIN (Lille), Jeannot SCHMIDT (Clermont-Ferrand), Dominique PATERON (Paris)

*Secrétaire générale* : Catherine PRADEAU (Bordeaux)

*Secrétaire générale adjointe* : Muriel VERGNE (Toulon)

*Trésorier* : Jean-Paul FONTAINE (Paris)

*Trésorier Adjoint* : Tahar CHOUHED (Nancy)

*Directrice administrative* : Isabelle BOUST (Paris)

*Membres* : Thibaut DESMETTRE, Florence DUMAS, Olivier GANANSIA, Yann PENVERNE, Patrick RAY, Youri YORDANOV

*Membre soignant* : Delphine HUGENSCHMITT

*Membre SSA* : Stéphane TRAVERS

*Représentant membre associé* : Yann-Erick CLAESSENS

*Membres invités* : Xavier BOBBIA, Anthony CHAUVIN, Saïd LARIBI, Patrick MIROUX, Griselda RAZAFIMANANTSOA, Patrick SERRE, Eric TENTILLIER, Nicolas TERMOZ-MASSON

## Commission soins et urgences

*Président* : Nicolas TERMOZ-MASSON (Grenoble)

*Membres* : Florence BONNET, Cristelle CHAZEAU, Aline CHENOU, Carla DE STEFANO, Emeline DELON, Estelle DELORME, Merlin DESCOURS, Geoffroy GALOPIN, Perrine JOLIBOIS, Karinne LE GLOAN, Jean-Baptiste MAGNIN, Eric PERRET, Jonathan POISSONNIER, Caroline VAREILLE, Charlotte VERJUX

## Commission d'élaboration des manifestations scientifiques

*Président* : Xavier BOBBIA (Nîmes)

*Secrétaire* : Mélanie ROUSSEL (Rouen)

*Membres* : Jérôme BOKOBZA, Xavier COMBES, Guillaume DEBATY, Chloé GERBAUD-COULAS, Matthieu HEIDET, Elena-Laura LEMAITRE, Mickael MARTINEZ, Emmanuel MONTASSIER, Andréa PENALOZA, Aurélien RENARD, Eric REVUE, Pierre-Clément THIÉBAUD, Mathieu VIOLEAU

*Membre invité* : Stéphane TRAVERS

# Sommaire

Préface . . . . .	XI
Avant-propos . . . . .	XIII
Conférence inaugurale . . . . .	XV

## ATELIER 1 ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ET ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE

EXPERTS : STÉPHANE GENNAI (Reims), MARIE GIROT (Lille)

RAPPORTEUR : PIERRE-CLÉMENT THIEBAUD (Paris)

ANIMATEURS : VINCENT BRULIN (Lille), MATHIEU VIOLEAU (Niort)

### 1. Au cœur des filières de soins : prise en charge des accidents vasculaires cérébraux

par STÉPHANE GENNAI, MARIE GIROT . . . . .	3
Généralités . . . . .	4
Étape préhospitalière . . . . .	5
Étape hospitalière . . . . .	14
Orientation du patient . . . . .	26
Perspectives . . . . .	26
Conclusion . . . . .	27

## ATELIER 2 TRAUMATISME SÉVÈRE

EXPERTS : FRANÇOIS-XAVIER AGERON (Lausanne), CHRISTOPHE COUTURIER (Dunkerque)

RAPPORTEUR : AURÉLIEN RENARD (Toulon)

ANIMATEURS : CHLOÉ GERBAUD-COULAS (Lyon), XAVIER BOBBIA (Nîmes)

### 2. Traumatisme sévère

par FRANÇOIS-XAVIER AGERON, CHRISTOPHE COUTURIER, AURÉLIEN RENARD . . . . .	35
Objectifs et bénéfices d'un réseau et d'une filière régionale des traumatisés graves . . . . .	36
État des lieux régional : étape initiale de la création d'un réseau . . . . .	38
Définition et évaluation du traumatisme grave : un langage commun à définir . . . . .	44
Orientation des traumatisés sévères : de l'appel à la régulation à l'arrivée à l'hôpital . . . . .	54
Structuration du réseau . . . . .	58
Évaluation et registre de pratique . . . . .	60
Conclusion . . . . .	62

### ATELIER 3 ARRÊT CARDIAQUE

EXPERTS : ERIC WIEL (Lille), FLORENCE DUMAS (Paris)

RAPPORTEUR : GUILLAUME DEBATY (Grenoble)

ANIMATEURS : STÉPHANE TRAVERS (Paris), MATTHIEU HEIDET (Créteil)

#### 3. Arrêt cardiaque

##### Les filières de soins de l'arrêt cardiaque

par ERIC WIEL, AMÉLIE VROMANT, FLORENCE DUMAS . . . . .	69
Filières de soins et <i>cardiac arrest centre</i> (CAC) . . . . .	69
Intérêt d'organiser une filière d'assistance circulatoire (ECPR) . . . . .	73
Modalités d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles grâce à un registre . . . . .	78

### ATELIER 4 PÉRINATALITÉ

EXPERTS : GILLES BAGOU (Lyon), SOIZIC PARANON (Bordeaux), ANTOINE FILY (Lille)

RAPPORTEUR : XAVIER COMBES (Bordeaux)

ANIMATEURS : EMMANUEL MONTASSIER (Nantes), ANTOINE FILY (Lille)

#### 4. Transferts maternels

par GILLES BAGOU . . . . .	89
Les filières de soins en périnatalité : l'histoire des plans et des réseaux de périnatalité . . . . .	90
Les types de maternités . . . . .	91
Les indications des transferts in utero . . . . .	92
Les contre-indications des transferts in utero . . . . .	93
Le choix de la maternité d'accueil . . . . .	95
Quels moyens mettre en œuvre pour le transport ? . . . . .	96
La réalisation d'un transfert in utero . . . . .	98
Les transferts maternels après accouchement . . . . .	99
L'évaluation des pratiques . . . . .	99
Les réseaux de périnatalité en France . . . . .	100

<b>Annexe</b> . . . . .	102
-------------------------	-----

#### 5. Transfert néonatal

par SOIZIC PARANON, AYOUB MITHA . . . . .	103
Offre de soins . . . . .	104
Le réseau de santé en périnatalité : autres missions . . . . .	110

### ATELIER 5 PERSONNES ÂGÉES

EXPERTS : ANNE-LAURE FERLAL-PIERSSENS (Paris), FRANÇOIS PUISIEUX (Lille)

RAPPORTEUR : JÉRÔME BOKOBZA (Paris)

ANIMATEURS : AURÉLIE AVONDO-RAY (Paris), CAROLE GODESENCE (Roubaix)

#### 6. Personnes âgées

par FRANÇOIS PUISIEUX, ANNE-LAURE FERLAL-PIERSSENS . . . . .	115
Définitions . . . . .	116



Les difficultés rencontrées dans la prise en charge des personnes âgées aux urgences . . . . .	121
Solutions possibles et expériences réussies ou non . . . . .	125
Conclusion. . . . .	129

## ATELIER 6

### SYNDROME CORONARIEN AIGU ET CHOC CARDIOGÉNIQUE

EXPERTS : TAHAR CHOUIHED (NANCY), JÉRÔME CUNY (LILLE), ALAIN-ÉRIC DUBART (BÉTHUNE)

RAPPORTEUR : SANDRINE CHARPENTIER (TOULOUSE)

ANIMATEURS : NICOLAS PESCHANSKI (RENNES), JÉRÔME CUNY (LILLE)

#### 7. Parcours de soins des syndromes coronariens aigus avec et sans sus-décalage du segment ST

##### Intérêt de la mise en place d'un réseau de prise en charge

par JÉRÔME CUNY, ALAIN-ÉRIC DUBART, NICOLAS PESCHANSKI . . . . .	137
Généralités. . . . .	138
Syndrome coronarien aigu avec surélévation du segment ST (SCA ST+). . . . .	139
Syndrome coronarien aigu sans surélévation du segment ST (SCA non ST+) . . . . .	141
Stratégie d'orientation et filières de soins . . . . .	146
Conclusion. . . . .	147

#### 8. Choc cardiogénique et réseau de soins

par TAHAR CHOUIHED, BRUNO LEVY . . . . .	149
La problématique . . . . .	150
Diagnostic précoce = détection du choc cardiogénique = activation filière. . . . .	151
Stratification du risque . . . . .	151
Le circuit optimisé du patient en choc cardiogénique . . . . .	151
Spécificités de la filière de choc cardiogénique post-infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST . . . . .	154
Spécificités de la filière choc cardiogénique de l'arrêt cardiaque . . . . .	155
Conclusion. . . . .	156

<b>Abréviations et acronymes. . . . .</b>	<b>159</b>
---	------------



# Préface

## Vingt ans après

Vingt ans après... On les voulait ces JTI à Lille en 2020, mais pourquoi en 2020 ?

À Lille, en 2000, nous avons réuni pour la première fois les forces vives de l'Urgence « intra » et les forces tout aussi vives de l'urgence « pré » en un premier congrès commun que l'on peut sans flagornerie qualifier de fondateur.

Trois ans après ce moment d'importance, de compréhension et d'espoirs, nous souhaitons, avec nos composantes respectives donner ensemble naissance à la SFMU, la Société savante de tous les urgentistes. J'eus alors l'honneur d'en être le premier Président.

Alors vingt ans après, c'est avec bonheur que le Nord accueillait le monde de l'Urgence. Vingt ans... c'est long et c'est court, mais quel parcours pendant ces vingt ans.

L'émergence d'une véritable spécialité, enfin reconnue, une société savante riche d'échanges, de projets, d'ambition. Une Urgence qui n'est plus qu'une, l'Urgence, discipline tournée vers l'avenir, c'est maintenant le dedans et le dehors et tout l'avenir est fait de cette mutualisation indispensable et d'une telle évidence.

La science, la recherche, l'enseignement, le management, la prospective, tout est dirigé vers une discipline forte et unie. Prospective bien sûr, car nous sommes à la croisée des chemins, tout est évolution et demain, de nouvelles relations avec tous nos partenaires, le partage avec nos collègues paramédicaux, l'acquisition de nouveaux outils toujours mieux adaptés à notre exercice particulier guideront le chemin des vingt prochaines années.

Alors oui, bien sûr rien n'est simple, et l'optimisme béat et l'attentisme n'ont jamais été une solution, mais les urgentistes ont toujours su rester maîtres de leur destin, maîtres de leur avenir et demain sera différent d'hier, et tant mieux.

Il s'est tant passé de choses pendant ces vingt années, et il s'en passera encore plus dans les toutes prochaines. Une évolution moderniste et « décoiffante » nous attend. Il n'y a pas d'avenir dicté par le dogmatisme et l'immobilisme.

Alors oui, vingt ans après, à Lille, non vingt et un an parce que 2020, c'était un peu compliqué.

Bonne route à la médecine d'urgence pour les vingt prochaines années, et rendez-vous à Lille en 2040.

Dr Patrick GOLDSTEIN  
Président honoraire  
de la Société française de médecine d'urgence



# Avant-propos

Les journées thématiques interactives (JTI) de la SFMU se sont déroulées en 2021 à Lille. Grâce à un travail remarquable d'experts nationaux et internationaux et à l'engagement sans faille d'un comité d'organisation local dynamique, ces journées ont été un réel succès. La méthodologie innovante a permis l'élaboration d'un texte issu de l'expertise et de la vue des cliniciens de terrain. La monographie qui en est issue est d'une qualité remarquable.

Le thème des JTI 2021 était « La médecine d'urgence au cœur des filières de soins ». Nous savons tous que notre spécialité est centrale dans l'organisation hospitalière. Les textes issus des ateliers permettent de comprendre l'intérêt de filières de soins organisées et comment les mettre en place. Les principales filières qui devraient exister et fonctionner dans nos régions sont décrites : neuro-vasculaire, traumatologie sévère, arrêt cardiaque, périnatalité, personnes âgées, syndrome coronarien aigu et choc cardiogénique.

Compte tenu de la qualité des experts et de la richesse des débats, cette monographie permet une vue scientifique et pratique de l'intérêt des filières de soins centrées sur la médecine d'urgence. Elle aidera également les acteurs de terrain désireux de mettre en place de tels réseaux.

Pr Karim TAZAROURTE,  
Président de la Société française  
de médecine d'urgence

Pr Xavier BOBBIA,  
Président de la Commission scientifique  
de la Société française de médecine d'urgence



# Conférence inaugurale

## Société, politique et médecine d'urgence

Lorsque l'on est un professionnel de l'urgence, il est somme toute logique de considérer que les missions que l'on exerce sont utiles et nécessaires au bon fonctionnement de la société. À cela s'ajoute en règle générale une vision assez claire de ce que les décideurs publics devraient faire pour rendre le système plus efficace encore.

On est donc amené à se demander pour quelles raisons ceux que l'on appelle les décideurs, depuis le ministre au centre (ou au sommet) jusqu'à l'ARS, en passant aussi bien sûr par le directeur de l'hôpital, ne mettent pas en place, ou pas toujours en place, ce qui permettrait que son travail se déroule dans de meilleures conditions, pour les professionnels bien sûr mais aussi pour le public accueilli. Cette interrogation est sans doute encore plus lancinante lorsque le métier que l'on exerce consiste à soigner son prochain et, souvent, à lui sauver la vie.

Pour résumer, la question que nombre d'urgentistes se posent sans doute est : pourquoi les décideurs politiques et l'administration ne prennent pas, ou pas toujours, ou pas quand cela est nécessaire, les « bonnes décisions » pour l'urgence, ce alors même que le « monde de l'urgence » bénéficie au sein de la société d'une image très favorable ?

Pour essayer de répondre à ce questionnement quasi métaphysique, le détour par une approche de science politique peut être utile, notamment, peut-être, pour donner quelques outils de réflexion qui peuvent servir à armer la réflexion et l'argumentation.

Au départ, il convient de décentrer le regard et de considérer que la médecine d'urgence n'est pas uniquement, ou pas premièrement, une activité médicale parmi d'autres activités médicales mais une activité totalement ancrée dans le fonctionnement de la société, répondant à des attentes particulières des populations, et donc, pour cette raison, doit être appréhendée comme une activité sociale et politique au sens premier de ce terme, c'est-à-dire participant à la marche de la Cité.

*Cette idée très générale entraîne au moins deux conséquences :*

- La première conséquence est que les acteurs politiques s'intéressent (parfois) à la médecine d'urgence, d'abord parce qu'elle est un sujet politique, et ensuite seulement un sujet professionnel. Et ils s'y intéressent avec leurs lunettes qui ne sont pas premièrement celles des professionnels de l'urgence. Ils sont loin de maîtriser tous de la même manière les aspects techniques du secteur (quand ils les maîtrisent), ils sont dépendants largement d'informations qui leur sont apportées par leurs conseillers qui sont eux-mêmes « situés » et font passer leurs préférences au travers des conseils qu'ils leur donnent. Surtout, ils ne hiérarchisent pas nécessairement les priorités de la même manière que les professionnels du secteur. Dit autrement, les enjeux du monde de l'urgence sont logiquement les enjeux centraux pour les professionnels de l'urgence qui, de surcroît, les connaissent et les maîtrisent. Ils sont en revanche « noyés » au milieu d'une multitude d'autres enjeux, sanitaires ou non, pour les acteurs politiques et administratifs centraux, les décideurs, qui n'en ont souvent qu'une vision incomplète, très fortement dépendante d'informations et d'analyses dont ils ne maîtrisent pas la fabrication.

- La deuxième conséquence est que les acteurs politiques appréhendent la médecine d'urgence dans un ensemble d'enjeux liés à la santé et opèrent des choix d'opportunité par rapport à cet ensemble d'enjeux. Cela renvoie à deux points : d'abord la médecine d'urgence n'est pas nécessairement la médecine la plus urgente pour les acteurs politiques ; ensuite la médecine d'urgence n'est pas nécessairement la plus urgente pour le monde médical lui-même qui, comme tous les mondes professionnels, est un espace de compétition dans lequel les ressources des professionnels de l'urgence se situent plus en fait du côté de la société que du côté du monde médical lui-même. On veut dire par là que dans l'espace des positions professionnelles légitimes, les urgentistes sont souvent peu valorisés, leurs carrières moins reconnues, ce qui implique qu'ils ne pèsent pas nécessairement beaucoup dans les arbitrages propres au monde de la santé par rapport à d'autres catégories de professionnels plus « légitimes ». En revanche, vu du côté de la société, vu du côté des profanes que ne sont pas les médecins, les urgentistes sont des héros modernes qui bénéficient d'une valorisation médiatique qui leur donne un poids symbolique important lorsqu'il s'agit de défendre leurs intérêts. On n'imagine pas un radiologue ou un ophtalmologue susciter des soutiens citoyens dans la défense de son métier, un urgentiste oui sans doute possible, même s'il doit aussi partager cette popularité singulière avec les pompiers...

Mais il convient de prendre un peu de recul ou de hauteur par rapport au monde de l'urgence pour essayer de regarder la société d'un peu plus haut et de comprendre les logiques sociales, médiatiques et politiques qui « font » la hiérarchisation des problèmes et des enjeux pris en compte par les acteurs publics.

Il faut considérer très simplement que la société française, comme toutes les sociétés démocratiques, abrite une multitude d'enjeux, d'attentes, de natures extrêmement diverses, qui sont portés par une multitude d'acteurs qui tous cherchent à faire valoir devant les acteurs politiques la centralité, et l'urgence, de leurs arguments et de leur cause.

Une société fonctionne au fond comme un espace de compétition entre des revendications de toute nature, parfois concurrentes, dont les porteurs cherchent à convaincre les acteurs politiques, ceux que l'on appelle les gouvernants, que leur cause est plus légitime que les autres et doit donc faire l'objet en priorité d'un traitement politique. Par traitement politique, il faut entendre des choses très diverses : la mise en place d'un groupe de travail, la production de nouveaux textes juridiques, des créations de postes, des revalorisations salariales...

Cette mise en concurrence entre des bonnes causes s'observe dans tous les secteurs couverts par l'action publique, dont le secteur de la santé bien entendu.

Le champ politique apparaît comme une sorte de cible qu'il s'agit d'atteindre. Il est un ensemble complexe et divers qui abrite notamment une catégorie bien particulière d'acteurs qui sont les décideurs publics, c'est-à-dire les femmes et les hommes qui sont élus ou nommés pour incarner l'intérêt général et prendre en notre nom les décisions qui permettent a priori d'améliorer la vie en société, ou au moins de ne pas trop la dégrader.

Ces acteurs sont secondés par des conseillers, par des hauts fonctionnaires, qui, en théorie en tous les cas, ne sont là que pour mettre en musique les décisions publiques mais dont on sait bien qu'ils peuvent avoir tendance, sinon à décider à la place des politiques, en tous les cas à exercer une influence sur les décisions du fait de l'expertise, technique et juridique, dont ils sont porteurs. On regroupe cet ensemble d'acteurs dans une catégorie très générale que l'on appelle le monde politico-administratif.



Ce monde est lui-même très hétéroclite, très concurrentiel (les administrations et les ministres sont en concurrence les uns avec les autres) et repose schématiquement sur deux formes de légitimité :

- la légitimité démocratique liée au fait que ceux qui gouvernent ou dirigent sont là parce que le peuple les a désignés, directement ou indirectement ;
- la légitimité technocratique car ceux qui accompagnent les acteurs politiques sont là parce qu'ils maîtrisent a priori les aspects techniques, juridiques, organisationnels des problèmes publics.

Pour compléter ce tableau impressionniste, il faut avoir conscience que depuis plusieurs années, ces deux formes de légitimité sont en partie contestées et mises en cause : par l'abstention et plus généralement la contestation des élus d'abord, qui peut aller jusqu'à des dépôts de plainte. On peut citer ici le niveau de méfiance vis-à-vis des décideurs durant le Covid et les effets de cela, mesuré par sondage, sur les décisions, par exemple sur le retard pris à rendre la vaccination obligatoire, par la contestation de l'expertise technocratique qui s'imposerait aux élus ensuite : d'abord car les experts n'ont pas nécessairement raison, ensuite le fait qu'ils puissent imposer leurs analyses aux représentants du peuple au nom de leur expertise suscite des débats de plus en plus intenses, notamment parce que ceux que l'on appelle les profanes – par distinction avec les experts – contestent de plus en plus le monopole de l'expertise par des « sachants ». On ajoutera à cela qu'une décision publique n'est jamais le reflet « pur » d'une expertise technique ou scientifique, notamment parce que les décideurs intègrent à leurs analyses la prise en compte des attentes sociétales, celles-ci pouvant les conduire à retarder une décision ou à prendre une décision incomplète.

*Ces éléments de cadrage général ayant été posés, il faut essayer de répondre rapidement à trois questions :*

1. Qu'est-ce qui peut faire ou qu'est-ce qui va faire que la société et les acteurs politiques vont s'intéresser à un enjeu, par exemple celui de la médecine d'urgence ?
2. Qu'est-ce qui explique le type de décision qui pourra être prise ?
3. Qu'est-ce qui peut expliquer que finalement la décision n'est pas prise ou pas totalement ou ne donne pas les résultats attendus ?

## **1. Qu'est-ce qui peut faire ou qu'est-ce qui va faire que la société et les acteurs politiques vont s'intéresser à un enjeu, par exemple celui de la médecine d'urgence ? Comment rendre compte des mécanismes de la mise à l'agenda public d'un enjeu ?**

Il convient de retenir ici deux éléments que l'on peut énoncer simplement de la manière suivante : d'abord, une décision publique n'est jamais le fruit du constat objectivement réalisé de l'existence d'un problème dont l'importance impose que les responsables politiques s'en emparent ; ensuite, la multitude des thèmes sur lesquels les décideurs ont à agir en même temps les conduit à opérer des choix d'opportunité, une sorte de « tri », dictés non pas par le fait qu'ils refuseraient de reconnaître la validité d'un problème, mais tout simplement parce qu'ils ne sont pas en mesure – faute de temps, de moyens.... – de s'occuper en même temps et avec la même intensité de beaucoup de problèmes différents.

Le premier élément conduit à relativiser ce que l'on appelle l'approche objectiviste qui voudrait, en résumé, que la décision publique concerne d'abord et surtout des questions

dont l'importance s'imposerait « objectivement » à la société et aux décideurs (nombre de décès, coût budgétaire...). L'idée est que pour qu'un sujet devienne une question de politique publique entraînant des décisions, il convient que celui-ci coche un certain nombre de « cases » : qu'il corresponde aux représentations dominantes de la société concernée et à son système de valeurs, que les médias lui portent attention et contribuent par là à sa diffusion, que des lanceurs d'alerte et des leaders d'opinion s'en emparent, que des situations dramatiques et/ou scandaleuses « aident » en quelque sorte à la prise en charge par les acteurs publics. Par exemple, des sujets comme l'usage de drogue, la pédophilie, l'alcoolisme, le droit à l'avortement, la sécurité routière, le VIH dont on pouvait accrédi- ter de la gravité pour la société n'ont fait pas l'objet d'une saisine politique immédiate mais décalée dans le temps.

Le second élément, la saturation de l'agenda politique, oblige en quelque sorte les décideurs à arbitrer entre une multitude de causes, de « bonnes causes ». Pour cela, ils prennent en compte des éléments aussi différents que leur proximité idéologique au sujet, le coût budgétaire, la « popularité » de la thématique qu'ils vont mesurer en commandant des enquêtes d'opinion, l'importance du relais médiatique car il leur est difficile de faire comme si une cause évoquée par les médias n'était pas un « vrai problème »...

L'addition de ces deux éléments peut expliquer des phases de maturation ou d'incubation lente dans la mise à l'agenda d'un sujet, entre le moment où celui-ci va commencer à être porté dans l'espace public et le moment où les acteurs politiques vont effectivement s'en saisir.

La méfiance a priori des acteurs politiques face à un nouvel enjeu à prendre en compte explique aussi ce que l'on appelle la circulation circulaire des problèmes. Schématiquement, les décideurs n'aiment pas reprendre à leur compte un sujet qui leur est imposé par des tiers, car cela revient pour eux à reconnaître qu'ils n'avaient pas su l'identifier et à intégrer à leur travail un dossier supplémentaire dont la gestion est incertaine et potentiellement problématique. Par exemple : on accepte de discuter de la revalorisation des professionnels de santé mais avec la crainte de l'effet boule de neige sur d'autres secteurs et l'incertitude sur le coût final sur les finances publiques. La conséquence de cela est une capacité certaine à multiplier les effets dilatoires pour mettre en scène des décideurs qui affrontent un problème mais qui en réalité n'ont pas très envie de décider (commission, groupe de travail voire textes réglementaires dont la date d'application renvoie au gouvernement suivant...).

## 2. Qu'est-ce qui va expliquer le type de décision qui pourra être prise ? Comment rendre compte de la rationalité de la décision

Herbert Simon est un économiste, spécialiste aussi de psychologie sociale, qui est considéré comme le père de ce que l'on appelle l'analyse de la décision en termes de « rationalité limitée ». Il considère qu'un décideur est structurellement en très grande difficulté pour parvenir à être rationnel, ce pour au moins six raisons qui s'appliquent d'ailleurs aussi bien aux comportements humains habituels qu'aux comportements des acteurs publics :

- (i) un décideur **ne sait pas tout** car son savoir est par définition incomplet ;
- (ii) un décideur **ne sait pas bien anticiper** les conséquences de ses décisions ;
- (iii) un décideur **ne peut pas être attentif et concentré sur un seul sujet**, il doit en permanence gérer divers dossiers également chronophages ;
- (iv) un décideur **a une mémoire limitée, sélective et souvent reconstruite** ;
- (v) un décideur **agit souvent en fonction de routines et de choix passés** ;

(vi) un décideur est **soumis à des contraintes organisationnelles** qui limitent ses possibilités de choix.

Sur cette base, **Simon** a repris à son compte l'analyse selon laquelle l'individu-décideur n'est pas en mesure de maximiser son utilité mais seulement de satisfaire des intérêts, dont les siens propres.

La pensée de Simon a fortement structuré l'analyse de la décision publique autour de deux points plus particuliers :

- (i) d'abord, la prise en compte de ce que l'on appelle les **représentations cognitives** des acteurs de la décision. On entend par là leurs valeurs, leurs préférences, leurs représentations du monde et la manière dont éventuellement celles-ci peuvent évoluer dans le temps ;
- (ii) ensuite, la prise en compte de l'**information disponible** pour les décideurs et des conséquences du fait que cette information est incomplète et, surtout, qu'elle leur est apportée par des informateurs (conseillers, membres de l'administration) qui peuvent tout à fait orienter ou hiérarchiser cette information en fonction de leurs propres préférences et/ou intérêts.

L'idée générale qu'il convient donc de retenir ici est que **les acteurs en jeu dans le cadre d'une décision appréhendent celle-ci à partir de représentations et de valeurs différentes, voire antagonistes**. Autrement dit, ils ne voient pas le problème de la même manière et n'envisagent pas non plus les solutions de la même manière. Surtout, leurs finalités face à un problème donné ne sont pas par définition de chercher absolument à régler ce problème.

Par exemple, de nombreux acteurs en jeu vont chercher (on l'a déjà évoqué) à préserver leurs positions, leur influence ou leur puissance, quitte à défendre une vision de la « solution » qui ne semble pas optimale (ou rationnelle). Imaginons un instant ce que peut être la stratégie d'un acteur face à une solution dont la mise en œuvre réussie pourrait se traduire par sa disparition ou par une importante baisse de moyens (par exemple : instaurer une concurrence entre Pôle Emploi et les entreprises privées de placement de chômeurs, autoriser les pharmacies à pratiquer des soins de base, voire des vaccins contre, donc, les intérêts des médecins, développer des peines alternatives à la prison...)? Dans ce cadre, et pour terminer ici, on peut accorder une place particulière au concept de **dissonance cognitive** développé par le psychologue Léon Festinger en 1957 (*A Theory of Cognitive Dissonance*) qui explique qu'un acteur peut choisir d'ignorer un ensemble de faits parce qu'en acceptant de les prendre en compte dans son analyse d'une situation, il serait amené à abandonner tout ou partie de son système de valeurs.

### **3. Qu'est-ce qui peut expliquer que finalement la décision n'est pas prise ou pas totalement ou ne donne pas les résultats attendus ? Comment expliquer que les résultats d'une décision échappent à ceux qui l'ont prise ?**

L'analyse de l'action publique essaie aussi d'expliquer pourquoi une décision finalement prise, car toutes ne le sont pas, ne produit pas nécessairement les résultats attendus sur le terrain ou peut produire des résultats différents, voire inattendus. Ceci en considérant bien évidemment qu'une décision s'accompagne d'une attente de résultats précisément énoncés et évaluables.

Dans ce cadre, deux notions peuvent être mobilisées avec profit : la dépendance au sentier, ou *path dependency*, et la *street level bureaucracy*.

La première, la dépendance au sentier, repose sur le constat qu'une décision publique est d'autant plus difficile à définir, à mettre en œuvre et à « fonctionner » (à avoir des résultats tangibles) que le secteur d'action concerné est fortement marqué par des routines de fonctionnement anciennes, des cultures professionnelles prégnantes et peu interrogées, par un corpus de règles abondant. Pour filer la métaphore, l'idée est que plus un système d'action est engagé depuis longtemps sur un chemin, plus il lui est difficile de modifier celui-ci, de changer au sens littéral de route. Si l'on prend un exemple en dehors de la sphère politique, on peut considérer que le développement de Tesla par Elon Musk est rendu aisé par le fait que l'entreprise s'est développée directement comme une entreprise de voiture électrique quand les constructeurs automobiles « classiques » doivent, eux, pour passer à la voiture électrique, modifier fortement leurs installations, former leurs ouvriers à de nouvelles pratiques, modifier leurs *process* commerciaux.

La seconde notion, la *street-level bureaucracy* (ou bureaucratie au niveau de la rue), interroge la capacité des acteurs de terrain, que l'on appelle aussi l'administration de face-à-face (avec les usagers), à appliquer effectivement les changements de politiques décidés dans leurs pratiques quotidiennes. On sait bien, en effet, que toutes les décisions, même les plus adaptées sur le papier, n'auront d'effets que si ceux qui doivent s'en occuper concrètement les considèrent justes, adaptées, acceptent aussi de modifier leurs pratiques et, donc, de sortir d'une forme de zone de confort professionnel liée à la répétition de gestes routiniers. Les travaux menés dans ce cadre montrent l'importance de l'accompagnement au changement et la force de l'inertie administrative. Ils soulignent aussi la centralité des cadres intermédiaires en tant qu'ils sont à la fois des traducteurs des décisions prises au-dessus d'eux (pour les rendre effectives) et des acteurs essentiels de la légitimation de ce changement. En fait, s'il existe une sorte de coalition conservatrice d'accord pour faire comme si on appliquait les nouvelles normes sans le faire réellement, alors les réformes, quelles qu'elles soient, sont vouées à l'échec. La clé au fond réside dans le travail de persuasion et de sens, sauf à tomber dans l'effet Potemkine : une maison dont la façade est superbement décorée et rénovée mais qui cache la réalité de pratiques et de représentations qui évoluent peu.

Au total de cette présentation nécessairement incomplète, le plus important sans doute à retenir est le caractère fondamentalement relatif des processus de décision. Un enjeu ne sera jamais pris en compte tel quel par les décideurs pour la seule raison qu'il est objectivement fondé ; une décision publique ne permettra jamais de régler totalement et rapidement un problème. Le constat est un peu lapidaire et sans doute désenchanté, mais il est préférable de faire preuve de réalisme lorsque l'on veut agir.

SFMU, Lille, 22 septembre 2021

Pierre MATHIOT,  
Professeur de science politique, Directeur de Sciences Po Lille





## Références en médecine d'urgence

---

**Références en médecine d'urgence**, collection placée sous l'égide de la Société française de médecine d'urgence, a pour objectif de proposer des ouvrages contribuant à la formation continue des médecins et des soignants urgentistes afin de leur apporter un savoir et un savoir-faire indispensables au quotidien.

Elle fait appel aux meilleurs experts francophones du domaine pour proposer au lecteur des monographies complètes sur les pathologies spécifiques des urgences ou des ouvrages plus pratiques centrés sur les techniques de soin qui accompagneront les soignants vers une prise en charge optimale des patients.

Elle s'adresse à tous les praticiens à la recherche d'outils pour actualiser leurs connaissances dans cette spécialité exigeante en constante évolution.

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

L'organisation des filières de soins et leur fonctionnalité est un enjeu fondamental en médecine d'urgence. La qualité de cette organisation en filière est sous-tendue par la mise en place de réseaux de soins et d'une bonne coordination des professionnels impliqués, dans un territoire donné.

*La médecine d'urgence au cœur des filières de soins* est structurée en six parties, dont chacune traite d'une filière spécifique : l'accident vasculaire cérébral et l'accident ischémique transitoire, le traumatisé sévère, l'arrêt cardiaque, la périnatalité, les personnes âgées et enfin le syndrome coronarien aigu et le choc cardiogénique. Pour chaque chapitre, les éléments de l'état de l'art concernant la prise en charge en urgence sont rappelés, puis les conditions de mise en place et de fonctionnement de la filière sont précisées. Cela concerne à la fois les acteurs de terrain urgentistes, mais bien entendu aussi les autres spécialistes impliqués dans les chaînes de prise en charge. Les conditions d'évaluation et d'amélioration de ces filières sont décrites, avec la mise en place d'indicateurs partagés, source d'amélioration continue de la qualité.

Cet ouvrage intéressera les personnels de l'urgence, mais également tous les professionnels impliqués dans un des maillons de ces différentes filières. Il constitue un ouvrage de référence pour tout professionnel à la recherche d'un référentiel afin de l'aider à comprendre mais aussi à structurer localement ou régionalement une ou plusieurs de ces filières.

**Thibaut Desmettre** est Professeur de médecine d'urgence à l'Université de Franche-Comté et responsable du Pôle Urgences/SAMU/Médecine intensive et Réanimation au CHU de Besançon. Il a coordonné cet ouvrage.

Journées thématiques interactives de la SFMU  
2021, Lille

