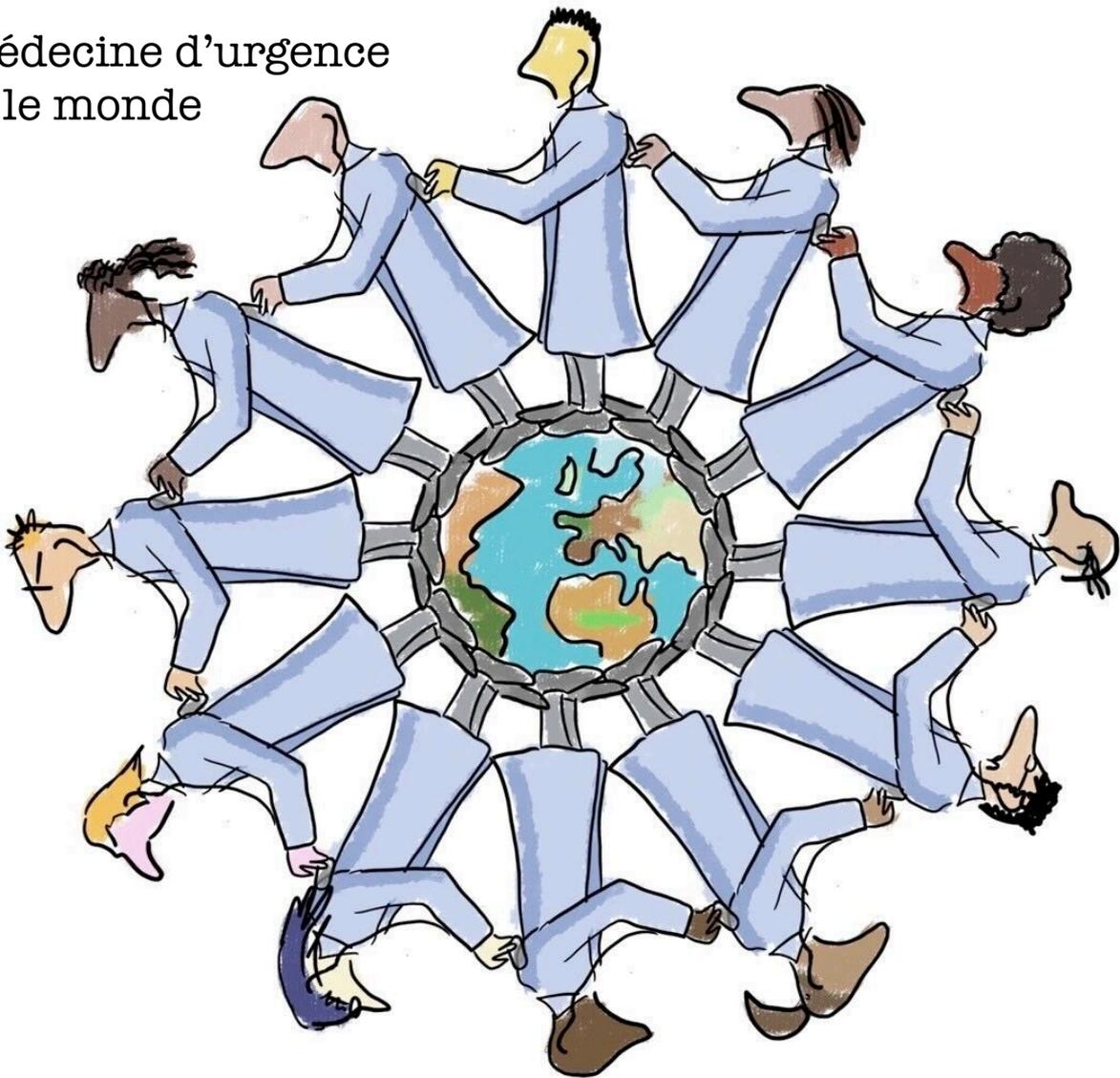


AJMU

LE MAGAZINE

La médecine d'urgence
dans le monde





Bonjour à toutes et à tous,

On est ravi de vous présenter notre mag de l'été, édition spéciale pour juillet / août !
Un format un peu différent qui vous plaira nous l'espérons.

Pas de point d'actualité cette fois-ci. Mais vous n'avez pas pu manquer la nomination de Dr François Braun au Ministère de la Santé, épaulée par Agnès Firmin - Le Bono, pharmacien, responsable des personnels de santé.

Après avoir présenté 41 propositions pour « passer l'été » à la Première Ministre, nous souhaitons que les prochaines décisions de François Braun soient dans la même lignée, respectueuses de tous les soignants, en lien avec le terrain, dans l'intérêt du système de santé et des patients.

Concrètement les salaires augmentent, (même pour les internes !), un peu : 3,5%, les gardes et le temps additionnel sont mieux payés, pour la durée de l'été, et après ?

Chaque service d'urgence et de SAMU a préparé / est en train de préparer ses plans en cas de tension, avec des niveaux graduels et est toujours confronté à la problématique de l'aval.

La solution du filtre en amont ne résoudra que partiellement et momentanément la situation et nous attendons impatiemment les mesures plus pérennes qui seront proposées.

Pour prendre un peu le large, nous vous présentons un superbe dossier sur la médecine d'urgence dans le monde et les manières de travailler de nos collègues dans divers pays.

Quelques jeux, qui vous distrairont peut être 5 minutes en garde, et l'incontournable agenda pour nos prochains rendez-vous.

Nous continuons de travailler à vos côtés,

Prochain numéro à la rentrée,

Bel été à vous,

Marion



SOMMAIRE

<u>DOSSIER</u> : MU dans le monde	3
<u>JEUX</u>	25
<u>AGENDA</u>	30
<u>ANNONCES</u>	31
<u>JEUX</u> : réponses	32
<u>NOUVEAU PARTENARIAT</u> : TopMU	33
<u>PARTENAIRES</u>	34

DOSSIER : Médecine d'urgence dans Le monde

Dr Eric Revue, chef de service des Urgences de Lariboisière, membre de la section préhospitalière à l'EuSEM, de la Commission Scientifique de la SFMU et j'en passe, a fait une présentation passionnante sur la médecine d'urgence dans le monde au congrès de la CPCMU. Pour aller plus loin sur le sujet, il a gentiment accepté de nous en parler.

INTRODUCTION

La médecine d'urgence est depuis longtemps établie comme spécialité médicale principale en Australasie, au Canada, en Irlande, au Royaume-Uni et aux États-Unis, mais le titre de la spécialité peut prêter à confusion lorsqu'il est traduit dans l'une des nombreuses autres langues d'Europe. Cependant, la spécialité de médecine d'urgence est une spécialité interdisciplinaire, interdépendante de toutes les autres disciplines cliniques.

Selon le rapport de l'EuSEM (Société Européenne de Médecine Urgence), les soins préhospitaliers d'urgence font partie intégrante de la médecine d'urgence en tant que premier maillon de la chaîne de survie et sont disponibles pour tous les citoyens européens. Les soins d'urgence préhospitaliers exigent un éventail spécifique de connaissances et de compétences de la part des prestataires, sur la base de connaissances et d'une expérience exceptionnelle dans le travail au service des urgences en tant que base clinique de l'EM. Malgré des approches différentes au sein des pays européens, la section pré hospitalière souhaite développer les soins pré hospitaliers d'urgence et assurer la meilleure qualité de prestation dans toute l'Europe.

L'encombrement des services d'urgence (ED), et en particulier l'« *accès block* » , représente potentiellement la plus grande menace pour la mission principale des soins d'urgence à travers le monde. Le problème est omniprésent, à grande échelle et équivaut à une urgence de santé publique avec des conséquences parfois désastreuses. Les patients nécessitent une attention immédiate pour toutes les situations d'urgences médicales, traumatiques ou psychologiques. Le COVID-19 représente un excellent exemple de la façon dont l'encombrement et le blocage d'accès aux urgences peuvent être dangereux pour les infections pandémiques.

Les principaux actes fédérateurs pour la prise en charge des urgences au sein de l'Union européenne ont été la création en 1991 du numéro d'appel urgent commun, le 112 et l'établissement d'une carte sanitaire européenne d'urgence en 1986.

NOMBRE PASSAGES

En 1998 le nombre total des passages aux urgences en France a pu être évalué à 11,3 millions dans le secteur public soit 18,4 % de la population totale. En 2001, ce nombre est passé à 14 millions, soit une augmentation de 32 %.

2022 : Des données nationales manquent dans de nombreux pays, surtout ceux dont le système de santé est régionalisé (Allemagne, Espagne, Italie).

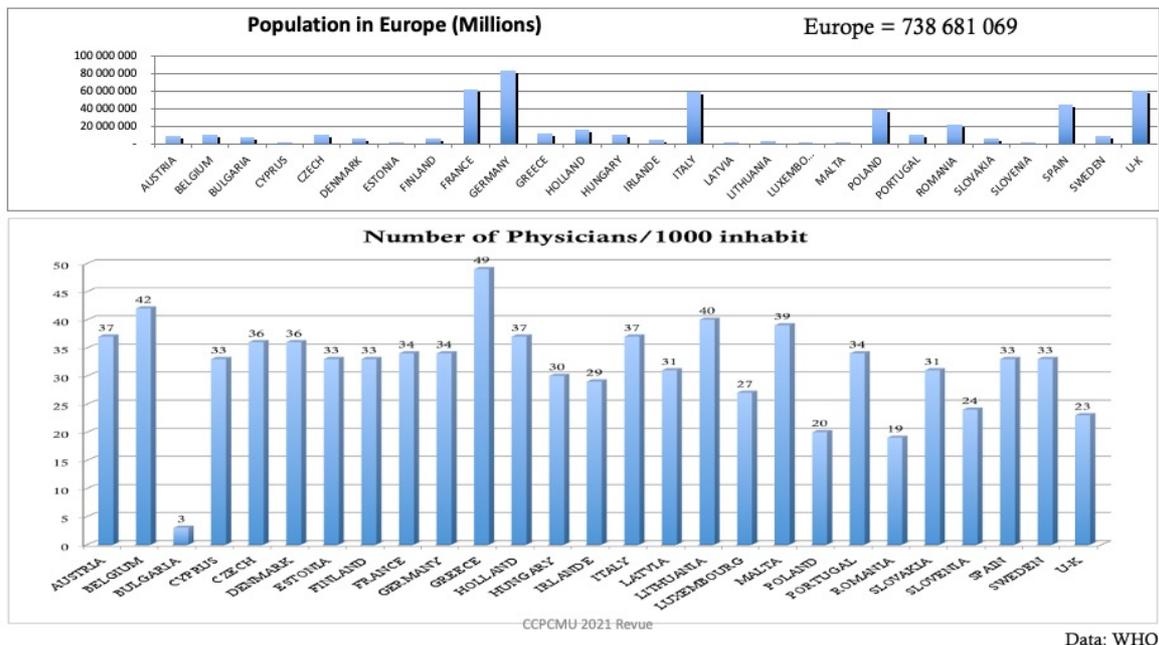


Figure 1 Nombre de médecins / 1000 habitants Europe

LES URGENCES DANS LES PAYS DÉVELOPPÉS

Le but de la médecine d'urgence est de stabiliser les patients qui ont une blessure ou une maladie potentiellement mortelle. Contrairement à la médecine préventive ou aux soins primaires, les soins médicaux d'urgence se concentrent sur la fourniture d'interventions médicales immédiates ou urgentes. Il comprend deux éléments principaux : la prise de décision médicale et les actions nécessaires pour prévenir un décès ou une invalidité en raison de problèmes de santé urgents, quels que soient l'âge, le sexe, l'emplacement ou l'état du patient.

SOINS MÉDICAUX D'URGENCE ET TRANSPORT DANS LE MONDE

L'absence de transport médical d'urgence est un obstacle courant aux soins d'urgences dû à plusieurs facteurs, notamment le manque de véhicules appropriés ou l'incapacité de payer les services de transport. Les conséquences d'un manque de transport peuvent être graves. Plutôt que de tenter de créer un système de soins médicaux d'urgence de novo, l'utilisation de centres de soins primaires établis pourraient servir de points de prise en charge des blessés sur place pour l'évaluation initiale.

Lorsque l'état d'un patient nécessite des ressources que ne possède pas un centre de soins primaires, il peut être transféré à l'hôpital le plus proche. L'implication des centres de soins de santé primaires dans la fourniture de soins médicaux d'urgence devrait réduire le risque que les hôpitaux de district et régionaux soient submergés par des cas non urgents.

Ainsi si l'on considère que les principales causes d'urgence dans le monde sont des causes médicales (tout pays confondu) certains pays continue d'organiser la prise en charge des urgences autour des accidents de la route c'est le cas en particulier pour l'Inde la Chine ou la Turquie qui ont dépassé Les pays d'Europe du Nord.

Les pays à faible revenu comme l'Inde, impactés par un grand nombre de traumatologie routière, suggèrent d'envisager de mettre en œuvre des programmes pour enseigner les bases des premiers secours à un grand nombre de volontaires afin d'accomplir des gestes de premier secours comme le contrôle des saignements et l'immobilisation des fractures puis transporter les victimes vers les centres de santé communautaires. Un véhicule adapté, est suffisant pour la grande majorité des cas.

Pre-hospital EMS and in hospital challenges

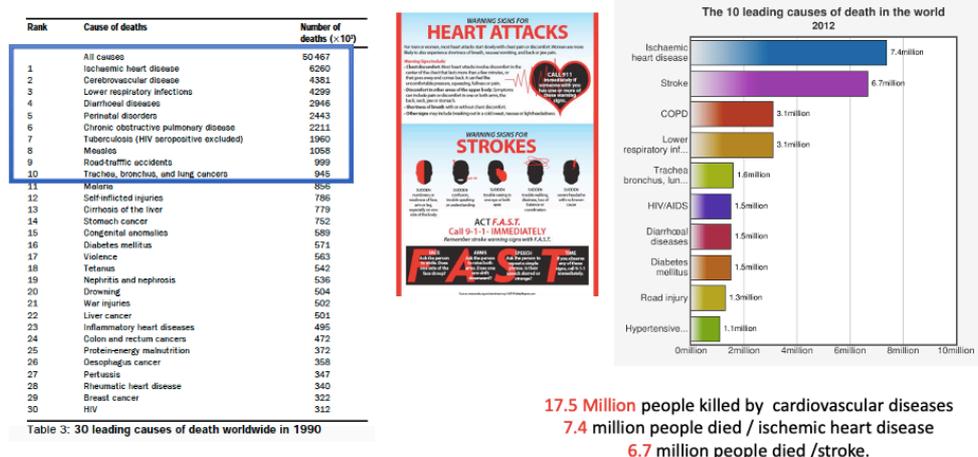


Figure 2 Causes de décès dans le monde : pathologies médicales (SCA, AVC, IRA..) les accidents de la route en 9ème position

National telephone number for medical emergencies

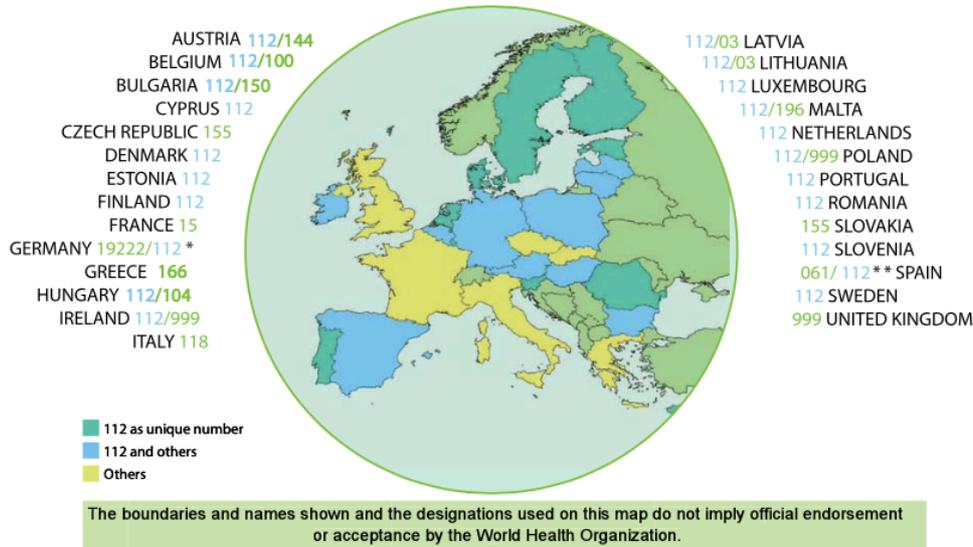


Figure 3 Numéros d'Urgence Médicale dans le Monde (source WHO)

Pour la majorité des pays de l'UE, le 112 est le numéro de téléphone d'activation d'urgence.

En Suède et au Portugal, le 112 est le numéro de téléphone d'urgence unique. L'expédition des ambulances est contrôlée par un centre de répartition régional, qui peut également coordonner les appels d'incendie et de secours.

Au téléphone, en particulier au Royaume-Uni, en Suède, en Belgique et en Finlande, l'opérateur est un technicien, une infirmière ou un ambulancier utilisant des protocoles d'intervention.

Dans 30 % des pays européens, le dispatching n'a pas de médecin superviseur. Ils utilisent un outil de catégorisation standard national de A (urgence vitale 25 %) à C (pas d'urgence).

Le centre de répartition de Stockholm est le plus grand d'Europe, près de 60 % des Emergency Medical Services (EMS) préhospitaliers utilisent le centre d'appels de répartition pour les urgences, mais seulement 30 % ont un médecin au téléphone.

Globalement, le nombre d'appels téléphoniques aux EMS continue de croître sans un nombre croissant d'ambulances probablement liées à un meilleur avis médical avec un médecin au téléphone. La gestion des appels téléphoniques d'urgence est organisée avec un PE en France, en Espagne, au Portugal et en Italie. Il n'y a pas d'études en Europe qui analysent et démontrent que le système de régulation pourrait être plus efficace si un ambulancier, infirmier ou un médecin est au téléphone. Néanmoins, une bonne organisation du « *dispatching* » des ambulances semble éviter l'engorgement des urgences.

LA MÉDECINE D'URGENCE DANS LE MONDE : QUELQUES EXEMPLES

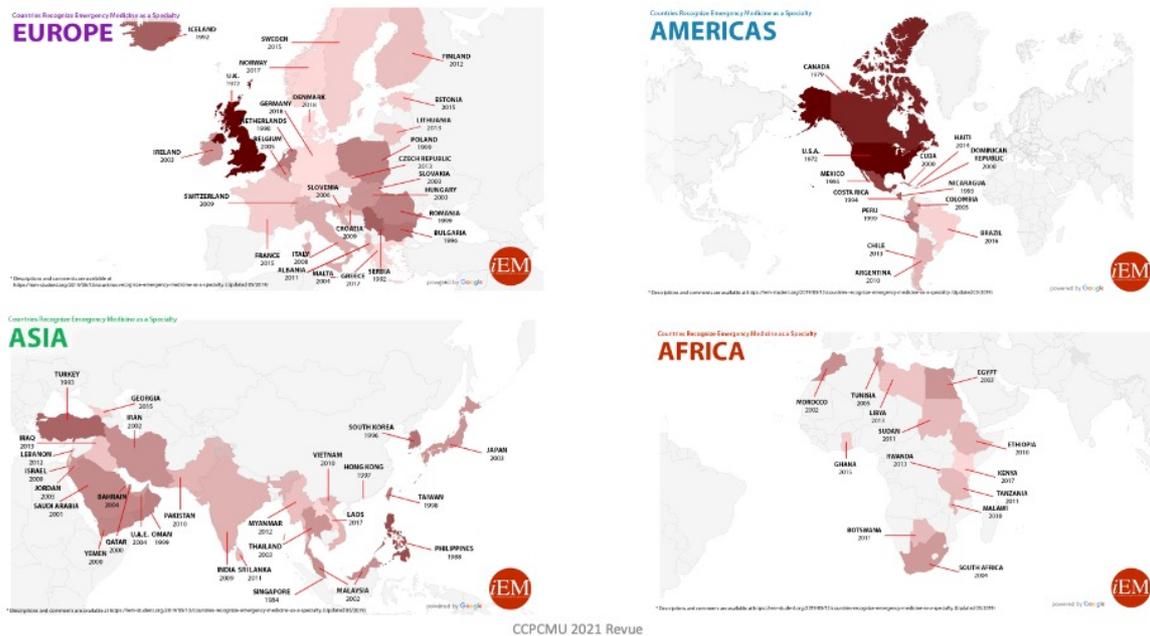


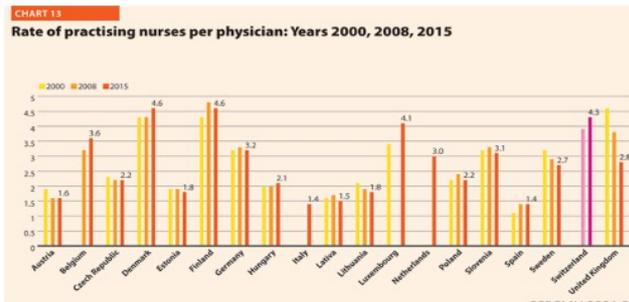
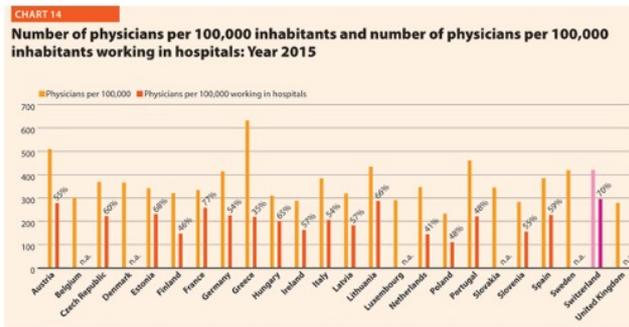
Figure 4 La spécialité de MU dans le monde
(source : <https://iem-student.org/2019/05/13/countries-recognize-emergency-medicine/>)

La croissance de l'activité des urgences s'observe aussi dans quasiment tous les pays d'Europe, d'Asie ou d'Amérique du Nord avec des causes multifactorielles.

En Allemagne, en Italie et en Espagne, les services d'urgence connaissent une augmentation de leur fréquentation, mais il n'existe pas de données nationales chiffrées du fait de la décentralisation de leurs systèmes de santé.

Les données comparatives en Europe sur la répartition des médecins par milliers d'habitants montre des différences importantes d'un pays à l'autre mais avec une réduction de près de 30% du nombre de lits dans les hôpitaux (cf Fig 5).

En corollaire, il y a une augmentation du nombre de passages aux urgences depuis 20 ans et le problème d'encombrements aux urgences (« *overcrowding* ») est devenu un challenge quotidien sans solutions universelle.



CCPCMU 2021 Revue

Figure 5 Nombre de médecins, de lits aigus / 100 000 habitants

Allemagne

N de Médecins/hab : 4,25 ‰ soit + 53% en 30 ans
Pas de spécialité en médecine d'urgence (MU)

Le système allemand se différencie de la France par plusieurs points :

- Son système de santé, plus décentralisé, avec une médecine libérale qui semble mieux répartie sur le territoire et mieux contrôlée,
- Les urgences pré hospitalières, avec la régulation des appels urgents non médicalisée et une organisation sensiblement variable en fonction des régions,
- Les urgences intra hospitalières, qui ne sont ni une spécialité à part entière ni un service indépendant.

Le système de santé allemand est basé sur l'assurance maladie obligatoire depuis sa fondation par Bismarck en 1883.

Les hôpitaux sont au nombre de 2 260 avec environ 572 000 lits d'hospitalisation aiguë, correspondant en moyenne à 7 lits pour 1 000 habitants en 1998 (chiffre variant en fonction des Länder, néanmoins très nettement au dessus de la moyenne européenne qui est de 4,5).

Il n'y a pas de spécialité reconnue de MU en Allemagne : une sous spécialité de médecine d'urgence avec 2 ans de formation supplémentaires (l'anesthésie, la médecine générale, la médecine interne, la neurologie, la pédiatrie ou la chirurgie), comprenant 6 mois de stage dans un service de réanimation, des cours théoriques interdisciplinaires, 50 sorties en ambulances médicalisées sous la responsabilité d'un

médecin expérimenté et un examen final. Cette qualification n'est pas obligatoire pour travailler dans la médecine d'urgence.

Il existe 2 types de médecins urgentistes :

- employés de l'hôpital qui exercent dans différentes spécialités (anesthésie, chirurgie, médecine interne) : ils doivent répondre à des appels urgents, pour lesquels ils ne sont pas rémunérés s'ils surviennent pendant leurs heures de travail à l'hôpital;
- les autres médecins exerçant au Service d'Accueil des Urgences (SAU) : mieux formés, plus expérimentés, plus motivés, et rémunérés pour chaque intervention.

L'Allemagne présente un système d'urgence uniforme pour chaque Länder, avec des dispositifs législatifs régulant la structure du service, la qualification du personnel et le financement du système.

Le système de médecine d'urgence doit être accessible à tous les citoyens. L'Etat peut déléguer cette responsabilité totalement ou en partie à d'autres organisations, telles que les pompiers, la Croix Rouge Allemande (DRK), y compris des compagnies de médecine d'urgence privées. Le service de secours d'urgence ou « Nottfallrettung » et les transports sanitaires forment un ensemble d'organisation sanitaire de prévention secondaire.

Les hôpitaux organisent librement leurs urgences, mais la majorité des SU correspondent à des zones d'accueil rattachées aux services de médecine interne, avec des infirmières affectées au service et des médecins des autres disciplines se relayant par garde. Les patients sont triés dès leur arrivée, en fonction de critères symptomatologiques propres au service, par une infirmière expérimentée, puis orientés vers le spécialiste adéquat en fonction du degré d'urgence.

Les médecins seniors (« oberarzt ») sont rémunérés environ 4 500 € /mois, les assistants (« assistenzarzt », internes après 1 an ½ de formation) 3 500 € /mois et les internes en 1ère année (« Arzt Im Praktikum » ou « AIP ») 1200€ /mois. Les gardes sont rémunérées en sus du salaire. Les assistants ont le même niveau de responsabilité que les internes en France.

- Tous les médecins sont salariés sous contrat.
- Les médecins travaillent (en théorie) 38,5 heures par semaine.

Espagne

(Sub)Specialité : 1988

N de Médecins/hab : 3,87 ‰ (+91% en 30 ans)

Nb Urgentistes : > 8000 (2021)

L'Espagne, possède l'un des systèmes de santé classé parmi les plus efficaces au monde selon l'indice Bloomberg d'efficacité de la santé (2018). L'une des principales raisons de cet accomplissement est le système de Dossiers de Santé Electroniques (DSE) mis en place il y a plus de 20 ans dans le pays. Ce système a amélioré la communication entre les patients et les professionnels de la santé et a contribué à accélérer la recherche en renforçant la capacité à diagnostiquer les maladies et à améliorer la précision clinique et les résultats.

Un autre facteur clé de succès pour la digitalisation des soins de santé dans le pays, sont les nombreuses startups qui y sont présentes. Par exemple, *Doctoralia* est une plateforme numérique reconnue, née d'une startup espagnole, et aide environ 200 millions d'utilisateurs par an à trouver des médecins et à obtenir des rendez-vous dans 20 pays différents.

Le système de santé des urgences espagnol se caractérise par une organisation des urgences pré et intra hospitalières comparable à celle de la France. La médecine générale semble mieux organisée, totalement publique, avec des centres de santé et des consultations en urgence 24 h/24. Mais les délais d'attente parfois longs incitent les patients au recours trop systématique aux urgences. 2/3 des espagnols (20 millions) font appel chaque année aux services d'urgence avec une partie qui devrait être prise en charge en ambulatoire. Les consultations des urgences sont entièrement gratuites pour les patients.

Contrairement à la France, il y a globalement trop de médecins en Espagne, sauf dans les services d'urgence.

Avec 3,4 donneurs pour un million d'habitants décédés (28,7 en France), l'Espagne (en particulier *Barcelone et Madrid*) détient depuis 30 ans le record mondial de don d'organes (*Données Agence Biomédecine*).

Les services d'urgence sont financés par les hôpitaux, et fonctionnent avec du personnel dédié.

Les urgences sont séparées en 2 concepts distincts:

- les « *urgencias* », correspondant à des situations urgentes n'engageant pas de risque vital,
- les « *emergencias* », où le risque vital est engagé.

Les médecins généralistes, ont l'obligation légale d'effectuer des gardes la nuit, les dimanches et les jours fériés, mais en pratique cette obligation n'est pas respectée dans les grandes villes.

L'organisation est semblable à celle du SAMU en France.

Il existe 4 types d'ambulances, tous appartenant au service régional de santé :

- Ambulance « lourde » avec support médicalisé, transportant 1 médecin, 1 infirmière, et 2 techniciens;
- Véhicule d'Intervention Rapide (VIR), transportent 1 médecin, 1 infirmière et 1 technicien
- Unité de soins à domicile ou «*Unidad d'Atencion Domiciliaria (UAD)*» pour les « urgencias », transportent un médecin ou une infirmière avec un technicien ;
- Ambulances « légères » ou support de base, 2 techniciens.

Il n'existe pas de spécialité universitaire de médecine d'urgence en Espagne, les médecins travaillant dans le système d'urgence, estimés > 10 000 sont des généralistes de famille qui ont suivi le plus souvent une formation complémentaire. Les médecins seniors travaillent environ 52 h/semaine.

Selon l'Organisation médicale collégiale (OMC), dans les dix prochaines années, 40 % des employés du système de santé publique espagnole partiront à la retraite. Or, le nombre de postes offerts aux différents concours est insuffisant et les conditions de travail peu avantageuses (faible salaire, contrat à durée déterminée) en particulier pour le recrutement d'urgentistes.

Italie

N de Médecins/hab : 3,98 ‰ (- 15% en 30 ans)

N Urgentistes : 3000 (2021)

Le système de santé italien est proche du « National Health System » (NHS) anglais mais organisé par région.

La médecine d'urgence est une spécialité médicale depuis 2008 : elle correspond à une formation spécifique de 3 ans, accessible aux seuls médecins spécialistes (principalement les anesthésistes, les réanimateurs et les cardiologues).

Le consumérisme fait son apparition dans les services d'urgence, ainsi que les problèmes de violence, tant dans les services d'urgence que lors des interventions pré hospitalières.

Les politiques de santé de dernières années ont diminué le nombre de lits d'hospitalisation aiguë en médecine, aboutissant à la surcharge des services d'urgence.

Les urgences extrahospitalières fonctionnent avec un numéro d'appel unique relié avec la police mais indépendant des pompiers. Les centres de régulation des appels urgents dépendent de l'hôpital comme en France, et fonctionnent avec des infirmiers spécialisés et des médecins.

Les urgences hospitalières n'ont pas une organisation uniforme avec une organisation semblable aux SU français, elles sont organisées en secteurs par spécialités. Le tri des patients est organisé par des protocoles d'aide à la décision d'hospitalisation.

Les soins ambulatoires non programmés semblent défaillants avec des centres de santé peu compétents et surchargés, et une médecine de ville payante pour les patients sans assurance complémentaire, créant une médecine à 2 vitesses.

Les médecins titulaires sont des fonctionnaires salariés appartenant à un corps unique. Le salaire brut mensuel moyen d'un chef de service (« responsable d'unité complexe ») est de 4 500 €, et 2 000 € pour responsable d'unité simple .

Le salaire moyen d'un urgentiste est environ 2500 € net/mois.

Les internes sont rémunérés par l'université environ 700 € /mois.

UK (Royaume Uni)

Specialité : 1972

N Médecins/hab : 2,80 ‰ (+251% en 60 ans)

Nb Urgentistes : 1632

Le Royaume Uni est le pionnier de la création de la spécialité de médecine d'urgence dans le monde avec sa création officielle en 1972 .

Le système de santé, NHS afin de régler l'encombrement (*overcrowding*) des services d'urgence (A&E) appelés « *corridors of shame* » (les couloirs de la honte) s'est illustré par une décision radicale dans les années 2000. Le NHS a décidé de pénaliser financièrement les hôpitaux qui ne respecteraient pas la règle des 4h (« *4 hours target* ») de prise en charge totale (entrée sortie) pour tout patient qui se présenterait aux urgences.

Cette pénalisation financière fut très efficace pour contraindre l'ensemble de l'hôpital à organiser les admissions des patients depuis les urgences , mais a entraîné inévitablement des défaillances et des débordements : de longues listes d'attente d'ambulances devant les urgences (parfois > 2h).

Les urgentistes ont par la suite réclamé un assouplissement de la règle des 4h sans effet sur la diminution de la fréquentation des services d'urgence et la situation fut notamment exacerbée lors de la pandémie du COVID.

Suède

Specialité : 2002

N de Médecins/hab : 3,98 ‰ + 298% en 60 ans

Particularités : *Person Centered Care* = équipes mobiles gériatriques

Le système de santé suédois est organisé en trois niveaux : national, régional et local.

La loi sur les services de santé et les services médicaux précise que la responsabilité de veiller à ce que toute personne vivant en Suède ait accès à de bons soins de santé incombe aux conseils de comté / régions et municipalités. Par conséquent, le type de services de santé disponibles peut varier. Les services d'urgence complets sont situés dans les hôpitaux de soins tertiaires et dans la plupart des hôpitaux locaux des comtés et fonctionnent 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Par ailleurs, l'accent a été mis sur les services mobiles de secours (ambulances) et les soins préhospitaliers dispensés par ces équipes mobiles. En cas d'urgence, il faut composer le 112 pour la police, des pompiers ou d'une ambulance.

Parallèlement, on assiste à une évolution vers l'utilisation d'équipes mobiles d'urgence, composées de différentes compétences cliniques et effectuant des visites à domicile, en particulier pour les personnes qui ont des besoins de soins plus importants, comme les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques.

Urgences saturées, pénurie de médecins : ces contraintes ont poussé l'Etat providence à innover pour mieux soigner, avec des moyens identiques.

Rentable télémédecine

Avec ses régions du Nord faiblement peuplées et ensevelies sous la neige pendant les longs mois d'hiver, la Suède s'est lancée notamment dans la télémédecine. A Göteborg, le dermatologue John Paoli a ainsi développé une application permettant aux généralistes d'obtenir, par une simple photo faite sur smartphone, le diagnostic du dermatologue hospitalier sur la dangerosité d'un vilain grain de beauté. Son invention, qui a reçu le prix de l'innovation suédoise en 2013, a déjà été adoptée par 20 centres de santé régionaux. Testée sur deux groupes de quelque 800 patients, elle a permis une prise en charge bien plus rapide des cas de mélanomes (neuf jours au lieu de trente-cinq), évitant 20 % de visites inutiles à l'hôpital. Un gain de 10 millions d'euros pour la collectivité.

Person Centered Care

Autre recette dont pourrait s'inspirer la médecine française : le Person Centered Care, le soin centré sur la personne. L'amélioration, qualitative et financière, est évidente : taux de satisfaction en nette hausse et durée d'hospitalisation réduite de 25 % en six ans.

Avec > 25 Millions de visites/an (3 visites/an pour 1 personne), l'organisation des services d'urgence en Suède varie selon le type d'hôpital. En général, dans les grands hôpitaux universitaires, les patients sont triés selon la nature de leur plainte : médicale ou chirurgicale. Les patients pédiatriques, obstétriques et gynécologiques, oto-rhino-laryngologiques et ophtalmologiques sont tous triés et traités dans des départements distincts qui ne sont pas associés au service d'urgence principal.

Les urgences ne sont pas toujours considérées et gèrent 24 / 24 l'afflux de patients vers les hôpitaux, sans pouvoir contrôler les admissions et sorties (*ouput*), conduisant inéluctablement à l'accumulation de patients aux urgences, entraînant un manque de sécurité, un mauvais environnement de travail, etc. Par conséquent, les soins d'urgence suédois doivent améliorer la collaboration avec d'autres acteurs, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital, tels que les services de soins de santé et de soins communautaires. De nombreux patients pourraient préférer se faire soigner à domicile plutôt que dans une SAU. Dans une plus large mesure, certains patients pourraient être admis directement vers les services.

Chine, Hong Kong Vietnam, Singapour

<p>Spécialité : 1997 (HK), 1984 (Singapour) 2010 (Vietnam) N de Médecins/hab : 1,98 ‰ (Ch), 2,3(Singapour) 52000 médecine 0,83‰ (Vietnam) + 244% en 40 ans Nb Urgentistes : 40,000 (Chine) 212 (Singapour) Système : "ED of internal Medicine"</p>
--

Tandis que la médecine d'urgence se développe dans la plupart des pays d'Asie, on peut considérer que l'évolution est favorablement développante en Chine et en particulier dans les grandes villes comme Shenzhen où Hong Kong. Le Vietnam a développé depuis 15 ans des structures hospitalières privées permettant d'investir des capitaux étrangers et de recruter des médecins en se basant sur la population aisée vietnamienne (ou touristique) et de permettre de réinvestir dans le développement des structures hospitalières après 10 ans d'utilisation.

Les gros volumes de patients se présentant aux urgences, notamment en Chine, sont particulièrement organisés, et il est donc curieux de voir que la population jeune chinoise a recours aux urgences et croit d'avantage que la population en la médecine

moderne plutôt qu'en la traditionnelle. Les salles d'attente ont dû faire preuve d'organisation originale pour combiner une population jeune en position assise avec sa perfusion magique.

La médecine d'urgence a fait de grands progrès à Singapour. C'est désormais une spécialité médicale reconnue avec un bassin croissant de médecins formés et des programmes de formation structurés établis. La médecine d'urgence à Singapour est toujours confrontée à de nombreux défis, nette amélioration du niveau des soins d'urgence aux patients alors que Singapour entre dans le troisième millénaire.

Emirates, Dubai

Spécialité : 2004

N de Médecins/hab : 2,53 ‰

Nb Urgentistes : 1,93 ‰

Système très performant

Particularités : 75% de problèmes mineurs ; EMS gérée par la Police

La médecine d'urgence a été reconnue comme spécialité aux Émirats Arabes Unis (EAU) en 2004. Dans ce court laps de temps, la médecine d'urgence s'est imposée et s'est rapidement développée aux EAU. Les grands services d'urgence bien équipés sont généralement situés dans des hôpitaux publics, dont certains fonctionnent comme des centres régionaux de traumatologie. La plupart des grands services d'urgence sont dotés de médecins formés en médecine ou en chirurgie, avec des médecins urgentistes certifiés par le conseil d'administration servant de consultants supervisant les soins. Les soins préhospitaliers et les services médicaux d'urgence (EMS) fonctionnent sous les auspices du service de police.

Des protocoles normalisés ont été établis pour la certification paramédicale, le triage et les décisions de destination. La majorité des ambulances offrent une Basic Life Support (BLS/Type 2) avec une minorité croissante offrant une Advanced Life Support (ALS/Type 3).

Les programmes de résidence en médecine ont été créés il y a 5 ans et constituent la base de la formation de spécialistes en médecine d'urgence pour les EAU. Cet article décrit l'éventail complet de la médecine d'urgence aux EAU : soins préhospitaliers, EMS, soins d'urgence en milieu hospitalier, formation en médecine d'urgence et préparation aux catastrophes. Nous espérons que notre expérience, notre compréhension des défis auxquels la spécialité est confrontée et les orientations futures prévues seront importantes pour d'autres faisant progresser la médecine d'urgence dans leur région et à travers le monde.

USA

Spécialité : 1972
N de Médecins/hab : 2,61 ‰
Nb Urgentistes : 48 835
Particularités : Chicago > 20 plaies par arme à feu par jour

Avec la création de la spécialité de médecine d'urgence en 1972, les États-Unis ont connu une période creuse il y a 20 ans avec une désaffection de la spécialité de médecine d'urgence.

Grâce à une campagne active de recrutement et sans doute probablement grâce au feuilleton « ER » (*Michael Crichton*) dans les années 1995, la spécialité de médecine d'urgence aux États-Unis constitue l'une des 3 spécialités les plus demandées par les étudiants en médecine.

Attractive, cette spécialité s'est féminisée avec des horaires de rotations de travail en général 3 shifts par semaine.

Actuellement, 3 sociétés de médecine d'urgence dominent aux États-Unis : SAEM ACEP et AAEM. La formation des jeunes médecins est développée grâce à des programmes complets intégrant la simulation. Il n'existe quasiment pas d'expérience de médecine pré hospitalière aux États-Unis mais le retour d'expérience lors des attentats de Boston de Las Vegas ont permis de développer des programmes de médecine pré hospitalières basées sur la médecine de catastrophe.

En 1999, le Conseil d'agrément pour l'enseignement médical supérieur (ACGME) a identifié six compétences générales comme objectifs éducatifs de base requis par tous les programmes de formation pour leurs résidents. Un atelier de consensus tenu lors de la conférence 2006 du Council of Emergency Medicine Residency Directors (CORD) "Best Practices" a identifié des mesures spécifiques pour cinq des six compétences en médecine d'urgence - compétences en communication interpersonnelle, soins aux patients, apprentissage basé sur la pratique, professionnalisme et systèmes - fondée sur la pratique (les connaissances médicales ont été exclues).

Les Urgences dans le Pacifique : l'Australie et la Nouvelle Zélande

Spécialité : 1993 (Australie) 1995 (Nouvelle Zélande)
N de Médecins/hab : 3,68 ‰ (Australie, Nouvelle Zélande)
Nb Urgentistes : 1761 (Australie) 225 (Nouvelle Zélande)
Système : paramedics

Les services paramédicaux en Australie et en Nouvelle-Zélande (Australasie) partagent de nombreuses caractéristiques, les deux offrant des versions du système anglo-américain d'intervention médicale d'urgence.

La principale différence entre les deux pays réside dans leurs sources de financement, les services paramédicaux australiens recevant généralement plus de financement gouvernemental que ceux de la Nouvelle-Zélande.

Les deux pays offrent une gamme de services qui utilisent un mélange de personnel bénévole et professionnel et emploient des technologies de communication et médicales de pointe pour fournir des services cliniques de haut niveau. Comme d'autres pays à revenu élevé, ils sont confrontés au défi de l'augmentation de l'utilisation associée au vieillissement de la population. Les deux pays s'adaptent à cette situation en élargissant leurs modèles de réponse, passant d'une focalisation sur la réponse médicale d'urgence à la fourniture d'un service de santé mobile qui verra l'émergence d'un plus grand nombre de rôles paramédicaux. Ces modèles émergents remettent en question les missions fondamentales des services paramédicaux, ainsi que l'identité professionnelle des paramédics.

LE DÉVELOPPEMENT DU MODÈLE ANGLOSAXON OU EUROPÉEN DE FORMATION MU

Les initiatives de Formation en Médecine d'Urgence sont de plus en plus développées à l'échelle mondiale grâce aux organisations nationales, transnationales et internationales de MU.

Le manque de ressources et de capacités de financement dans certains pays peut entraver le développement des spécialités.

La poursuite de la croissance de la spécialité dans ces pays nécessite une compréhension de leurs priorités en matière de santé et des agences mondiales de santé et de développement qui aident souvent ces pays à soutenir le secteur de la santé.

Les programmes de résidence en médecine d'urgence répondent au besoin d'avoir des médecins formés en médecine d'urgence dans les services d'urgence. Le comité d'examen des résidences du Conseil d'agrément pour l'enseignement médical supérieur (ACGME) veille à ce que tous les programmes aient un programme structuré comprenant à la fois un enseignement didactique et au chevet, ainsi que des méthodes structurées d'évaluation des résidents et des professeurs.

Il existe des formats de formation de trois et quatre ans pour la médecine d'urgence aux États-Unis. En Europe, l'EUSEM prône une formation en 4-5 ans en Médecine d'Urgence avec un curriculum (EBEEM).

OVERCROWDING : UNE FATALITÉ POUR LES URGENCES DU 21^{EME} SIÈCLE ?

L'encombrement des urgences (« *overcrowding* ») est fréquemment décrit en termes de modèle « *input-throughput-output* » par Asplin et al. Une revue systématique par Morley et al. aux soins primaires ce qui a entraîné une augmentation des présentations de faible acuité, une utilisation accrue des services d'urgence par les personnes âgées et celles souffrant de conditions complexes, et une augmentation globale de la demande de services d'urgence.

Plusieurs types de modèles de SAU peuvent être décrits en fonction des ressources des différents pays afin de tenter de remédier au recours des patients aux urgences.

Table 4 Selected combinations of emergency department categories

Characteristics	Example
1. Contiguous ED without triage to service and with separate general population care	Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA
2. Contiguous ED without triage to service and with combined general population care	Sanatorio Italiano, Asuncion, Paraguay
3. Contiguous ED with triage to service and with combined general population care	Number Six Hospital, Beijing, China
4. Contiguous ED with triage to service, combined general population surgical care, and separate general population medical care	Regionshospitalet Holstebro, Holstebro, Denmark
5. Non-contiguous ED with combined general population care	Køge Sygehus, Køge, Denmark
6. Non-contiguous ED with separate general population medical care and combined general population surgical care	University Medical Center Maribor, Maribor, Slovenia
7. Contiguous pediatric ED without triage to service	The Children's Hospital, Aurora, CO, USA
8. Contiguous pediatric ED with triage to service	Instituto Privado de Nino, Asuncion, Paraguay
9. Contiguous, adult ED without triage to service	Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, USA
10. Non-contiguous, adult ED	Nykøbing F. Sygehus, Nykøbing Falster, Denmark

Abbreviation: ED, emergency department

Figure 6 Categories de SAU Steptoe et al. International Journal of Emergency Medicine 2011

« SCOOP AND RUN » VS « STAY AND PLAY » : UN DÉBAT ÉTERNEL ?

The 2 General Types of EMS Systems	
 "Anglo-American" system	 "Franco-German" system
<i>"Scoop and Run" to "Load and Go"</i>	<i>"Stay and Play" to "Stay Stabilize"</i>
paramedics	physicians
BLS ambulances	MICU ambulances HEMS
Patients delivered to hospital-based	Patients delivered directly to inpatient services
<i>"Bring the patient to the doctor"</i>	<i>"Bring the doctor to the patient"</i>
May just transfer problems to the nearest hospital ?	May take more time on-the-scene ? Cost +++



CCPCMU 2021 Revue

The worse situation :
« *Stay and Pray* »

Deux grands modèles de prestation de soins d'urgence existent aujourd'hui en Europe : le modèle anglo-américain et le modèle franco-allemand.

Une majorité (63 %) des pays européens dispose d'un système EM pré hospitalier (EMS) et géré par des médecins urgentistes formés.

Différents pays d'Europe du Nord utilisent le système paramédical et le SMU pré hospitalier, en partie géré par des médecins (33%) ou des techniciens.

La plupart des pays développant de nouveaux systèmes de soins d'urgence suivent le modèle anglo-américain.

Au Royaume-Uni, le délai passe de 8 minutes à 20 minutes avec les ambulances de maintien de la Basic Life Support (BLS) ou les ambulances de Advance Life Support (ALS) avec 7000 ambulanciers paramédicaux formés (2 ans) aux compétences d'urgence ou au service d'ambulance du NHS.

Dans le régime de soins immédiats, certains médecins formés à la médecine pré hospitalière d'urgence peuvent intervenir sur place, en particulier dans les interventions hélicoptérées (HEMS) en UK ou Australie .

Le système de médicalisation pré hospitalière peut toutefois retarder l'heure d'arrivée du patient au service des urgences.

La douloureuse expérience de l'accident de la princesse Diana en 1997 avait déclenché une lourde polémique sur la médicalisation des secours pré hospitaliers et du modèle du SAMU Français.

Cependant, il existe peu d'études comparant 2 modèles de soins d'urgence franco-allemand vs anglo-américain. Il n'y a pas d'études de morbi/mortalité pour évaluer le système paramédical.

À défaut d'études fiables comparant les 2 systèmes « *scoop and run* » (rebaptisé « *load and go* ») et « *stay and play* » (« *stay and stabilize* »), l'analyse des systèmes pré hospitaliers dans le Monde semble surtout s'organiser au niveau de la prise en charge des urgences médicales ou traumatiques adaptée.

Ainsi autant l'urgence coronaire semble favorable à une médicalisation précoce pour orienter le patient dans les plus brefs délais sur la salle de cathétérisme , autant les traumatismes pénétrants (arme blanche ou arme à feu) nécessitent un transport rapide vers le plateau technique adapté selon les modèles de services d'urgences américain, Israélien ou UK dotés d'équipes chirurgicales entraînées à la chirurgie. Sans comparer les 2 systèmes, il faut néanmoins considérer qu'une combinaison des 2 systèmes avec une équipe médicale entraînée prenant des décisions rapides pour orienter le patient vers le bon endroit serait la meilleure attitude « *stay, stabilize, load and go* ».

Le SAMU, système pré hospitalier français même s'il a démontré ses preuves d'expertise en particulier dans la gestion du COVID et en particulier dans le transport sanitaire de longues distances montre que cette expertise reste coûteuse et peu de pays y compris d'Amérique du Nord choisissent cette perspective.

LE MODÈLE DU SAMU DANS LE MONDE ?

La régulation des appels urgents est médicalisée en Espagne, en Italie , Portugal comme en France.

Les ARM reçoivent les appels urgents sur la nature et le motif d'appel. Les médecins régulateurs sont formés à la médecine d'urgence. En Allemagne, ce sont des « techniciens d'urgence médicale » qui décident de l'envoi d'un médecin sur place. Ces techniciens ont suivi une formation de deux ans validée (80 heures de formation théorique à la régulation et participation régulière obligatoire aux secours sur le terrain) et peuvent joindre un médecin urgentiste si besoin.

Ainsi plusieurs Samu 15 français se trouvent en Amérique (Guadeloupe, Guyane , Martinique) , en Océanie (Tahiti,) à la Réunion ou Ile Maurice. Le modèle du SAMU Français existe dans plusieurs pays du Maghreb (Algérie , Maroc, Tunisie) ainsi qu'en Afrique (Bénin, Côte d'Ivoire , Gabon) ..

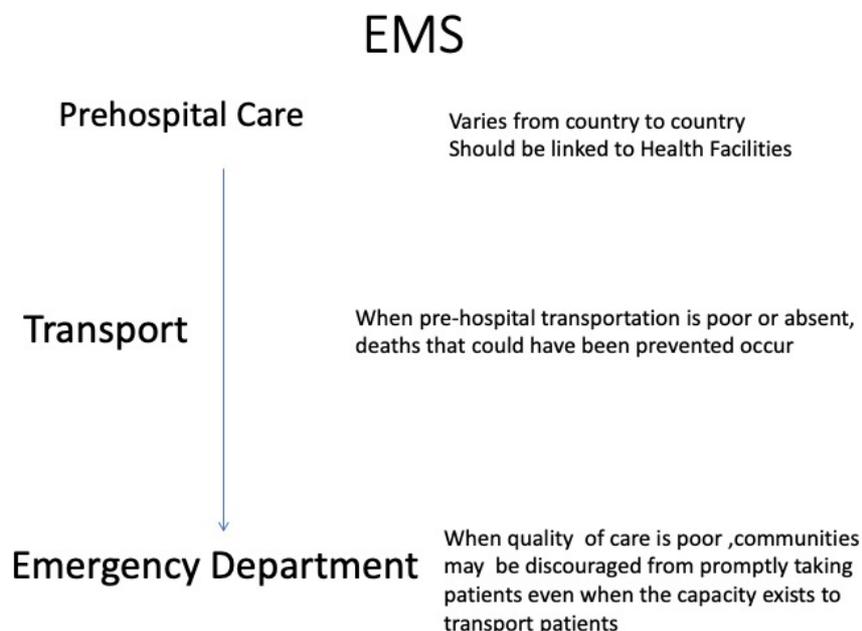


Figure 7 Tout système de santé de MU repose sur un principe : développer un système préhospitalier performant nécessite d'avoir un système intra hospitalier en adéquation. Lorsque le système pré-hospitalier est pauvre, l'accueil aux urgences doit être particulièrement développé

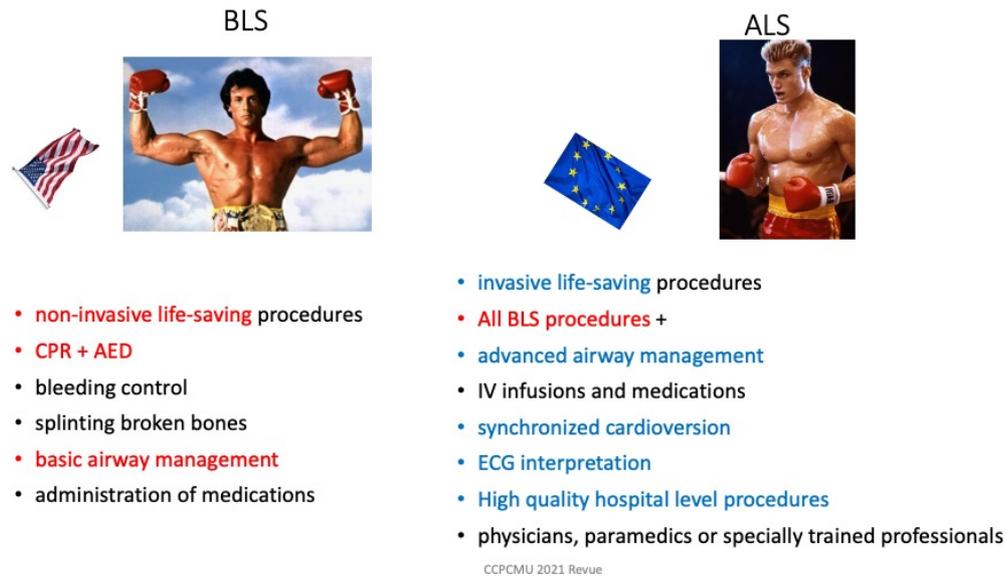


Figure 8 Comparaison des systèmes Basic Life Support des Advance Life Support des systèmes paramedics

LES RECORDS : LA TURQUIE

Spécialité : 1993
N de Médecins/hab : 1,85 ‰
Nb Urgentistes : 1546
Record mondial du nombre de passages aux Urgences : > 2000/jour
Particularités : 45% de violence

Avec un nombre de passages avoisinant les 1000 à 2000 patients aux urgences sur 24h à Istanbul ou Ankara, la Turquie détient le record du nombre de patients aux urgences.

L'organisation des urgences combine un système de paramédics et les médecins sont formés à tous les domaines de la médecine d'urgence pré hospitalière et hospitalière notamment en médecine de catastrophe.

Les universités turques développent des modèles d'enseignement basés sur les universités américaines.

Malgré son histoire relativement courte, la formation en résidence en médecine d'urgence en Turquie s'est développée rapidement afin de répondre à la demande de tels services. La toute première étape dans le développement des programmes de résidence en médecine d'urgence a commencé avec les efforts du médecin urgentiste John Fowler, originaire des États-Unis, où la médecine d'urgence est née, suite à son

invitation à rejoindre le service d'urgence de l'hôpital universitaire Dokuz Eylul (Izmir, Turquie) en 1990.

UN MODÈLE D'ORGANISATION : LE DANEMARK

Spécialité : 2018

N de Médecins/hab : 4,01 ‰

Système de santé basé sur la MG

Particularités : les patients ne doivent plus se rendre aux urgences d'eux-mêmes

Au Danemark, les patients ne doivent plus se rendre aux urgences d'eux-mêmes. Depuis 2014, les habitants de la région de Copenhague doivent appeler le numéro d'urgence au lieu de se rendre directement à l'hôpital en cas de maladie ou de blessure. Dans le reste du pays, ce sont les médecins généralistes qui s'organisent pour orienter les patients jour et nuit. Un modèle qui a désengorgé les services d'urgences et inspire le gouvernement français enlisé dans la crise des hôpitaux. Mais qui reste perfectible et sous pression.

Confronté au même manque de moyens et à des urgences hospitalières saturées, en 2007, l'Etat, qui consacre 10,4% de son PIB à la santé (contre 11,1% pour la France) a dépensé près de 6 milliards d'euros sur dix ans dans son plan de transformation des hôpitaux. Les régions, responsables des soins de premier recours et des urgences, ont dû trouver des solutions pour compenser la fermeture d'hôpitaux.

Aller aux urgences... sur rendez-vous

En première ligne, les médecins généralistes sont devenus les pivots du système de santé danois.

Les patients doivent impérativement passer par un médecin avant de se rendre aux urgences. "En dehors des heures d'ouverture des cabinets, les généralistes se relaient pour répondre à un numéro d'assistance médicale et, si besoin, recevoir en consultations ou rendre visite aux patients. Ils n'envoient vers l'hôpital que les urgences les plus graves", explique Jonatan Schloss, président de l'Organisation des médecins généralistes.

Le Danemark est reconnu comme le « lieu idéal » pour l'innovation. Le Danemark a été un pionnier de la télésanté, et aujourd'hui la e-santé est établie, devenant un succès. Chaque patient danois profite des avantages d'un dossier de santé électronique auquel lui et son médecin peuvent accéder. En outre, de nombreux services digitaux incitent les patients à être plus proactifs dans les décisions concernant leur santé et à améliorer les résultats de santé. Par exemple, le projet Telecare North a mis en place un suivi des soins à domicile pour les patients atteints

de BPCO ou de pathologies psychiatriques. Grâce à la télémédecine, les patients ont pu enregistrer et communiquer des données concernant leur état de santé.

Selon The Health Care in Denmark (2008), ce projet a amélioré la qualité de vie des patients et réduit le nombre d'hospitalisations de 11 %. Grâce à leur stratégie de santé digitale, les hôpitaux danois ont réduit de 75% le nombre de consultations externes.

CONCLUSION

L'organisation des services d'urgence pré hospitaliers et hospitaliers varie d'un pays à l'autre et notamment s'est adapté à la typologie des patients. Le recours aux urgences qu'il soit organisé par une médicalisation de l'appel ou bien par une para médicalisation n'offre pas de perspective idéale, car l'encombrement aux urgences reste de mise dans la quasi-totalité des pays avec des causes multifactorielles. Le record mondial du nombre de passages aux urgences reste celui de la Turquie.

Mise à part le modèle danois basée sur une éducation de la population et une organisation reposant sur la médecine générale, aucun autre modèle n'a été développé afin de mieux organiser le recours aux urgences.

Le modèle préhospitalier du SAMU français reste un modèle référent mais difficilement transposable dans des pays avec de faibles ressources. Mis à part les situations de médecine de catastrophe d'attentat terroriste ou de crise COVID où l'expertise de médecine préhospitalière du SAMU français a été reconnue, la majorité des pays anglo-saxon continue d'essayer de développer une médecine d'urgence avec plusieurs modèles de triage des patients en fonction des ressources.

La formation en médecine d'Urgence basée sur le modèle Anglo-saxon s'est peu à peu développée. En Europe un Curriculum de 4-5 ans a été proposé par la Société Européenne de Medecine d'Urgence (EuSEM) permettant sans doute dans le futur d'exercer dans toutes les structures de l'Union Européenne.

Pr Eric REVUE

L'EUSEM

L'European Society for Emergency Medicine est la société savante européenne de médecine d'urgence.

Je t'invite à découvrir l'European Journal of Emergency Medicine (dont l'éditeur en chef est le Pr Yonathan Freund, que tu connais déjà - si tu ne le connais pas on t'invite à visionner son portrait dans notre série Un Jour, Un Portrait ! <https://www.youtube.com/watch?v=gyG5DAW1pMo>)

Envie de découvrir la médecine d'urgence dans un autre pays ? C'est auprès d'eux que tu peux te renseigner !

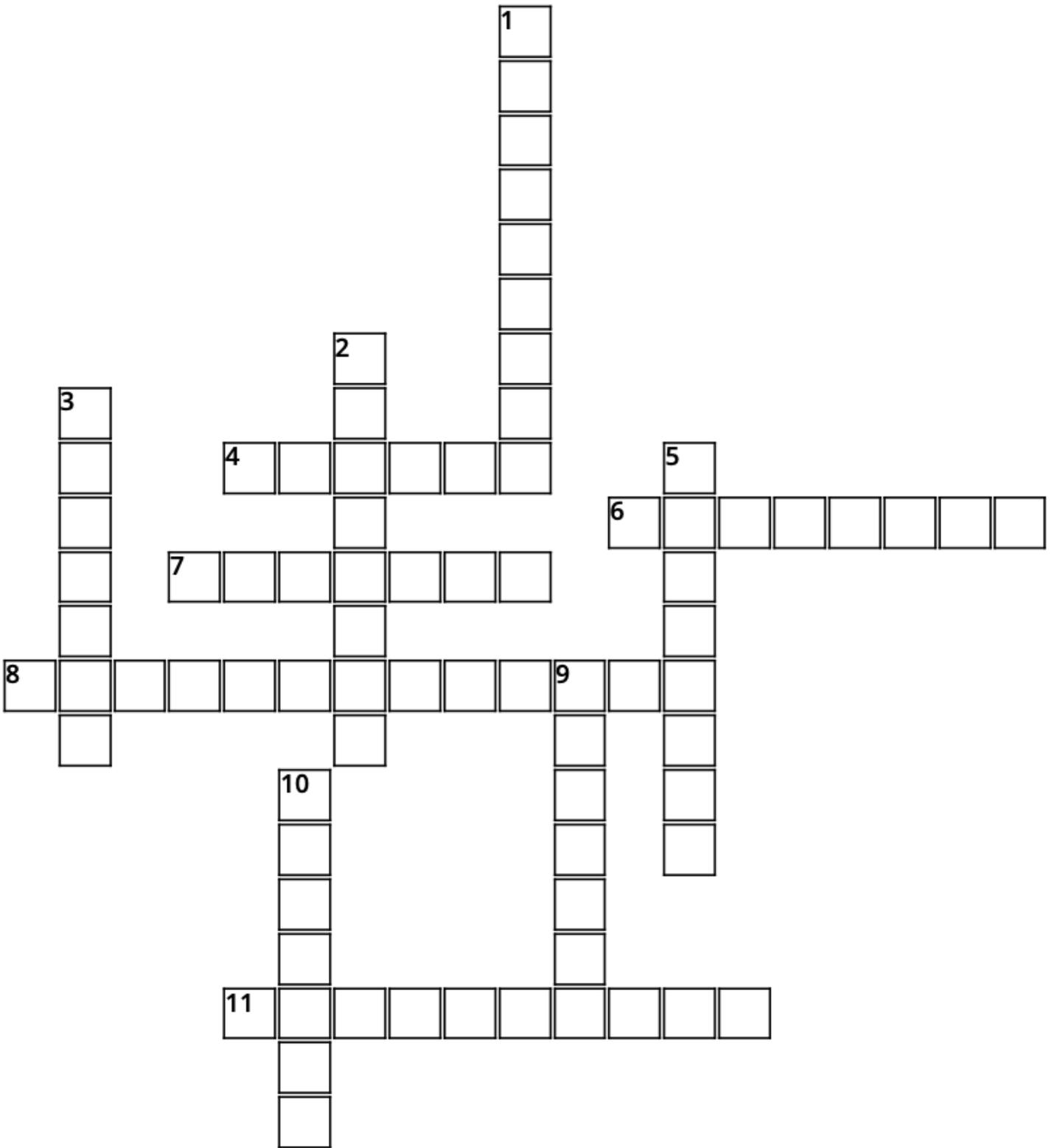
Si tu es curieux de rencontrer d'autres urgentistes européens, rendez-vous à leur congrès. Le prochain aura lieu du 15 au 19 octobre à Berlin !



De quoi te divertir sur la plage, ou entre deux patients en garde :)

Mots croisés spécial noms propres

1. Il a nommé une maladie et un syndrome de son nom. Sans examiner aucun patient mais en les observant dans la rue. Initialement appelée « paralysie agitante », on vous parle de la maladie de...
2. Mon nom est retenu grâce à un outil du bloc opératoire mais je suis à l'origine un chirurgien français du 19^{ème} siècle qui a donné son importance à l'anatomie et l'hygiène en médecine, je suis ...
3. Je suis une maladie neurodégénérative grave induisant une paralysie progressive des muscles volontaires. Mon nom est sclérose latérale amyotrophique, mais on m'appelle aussi du nom de celui qui m'a décrite, la maladie de ...
4. Docteur j'ai mal aux cheveux ! Je suis une inflammation de l'aorte et des branches pouvant aller jusqu'à l'occlusion. On m'appelle aussi artérite temporale, je suis la maladie de ...
5. Maladie ou syndrome, je suis une vascularite, une inflammation, qui touche surtout les enfants. Evoquez moi devant une fièvre persistante, je suis la maladie de ...
6. Je suis présent chez les bébés de moins de 6 mois de manière physiologique, plus tard ma présence atteste d'une atteinte du système nerveux central, je suis le signe de
7. On me teste en position debout, talons joints et bras tendus, je suis positif dans les ataxies, je suis le signe de ...
8. Je suis typique, une belle image, fracture avec bascule postérieure, je représente 80% des fractures de ma catégorie, je suis la fracture de ...
9. Je peux être croisé ou non. Je suis d'une grande sensibilité mais d'une faible spécificité. Si je suis positif, je témoigne d'une possible pathologie radiculaire. Je suis le signe de ...
10. Douleur, fièvre, ictère : syndrome cholédocien aussi appelé triade de ...
11. Je cause des tics moteurs, des tics vocaux, qui font beaucoup rire les gens ou qui les choquent. Je touche les adultes aussi bien que les enfants, je suis le syndrome de ...

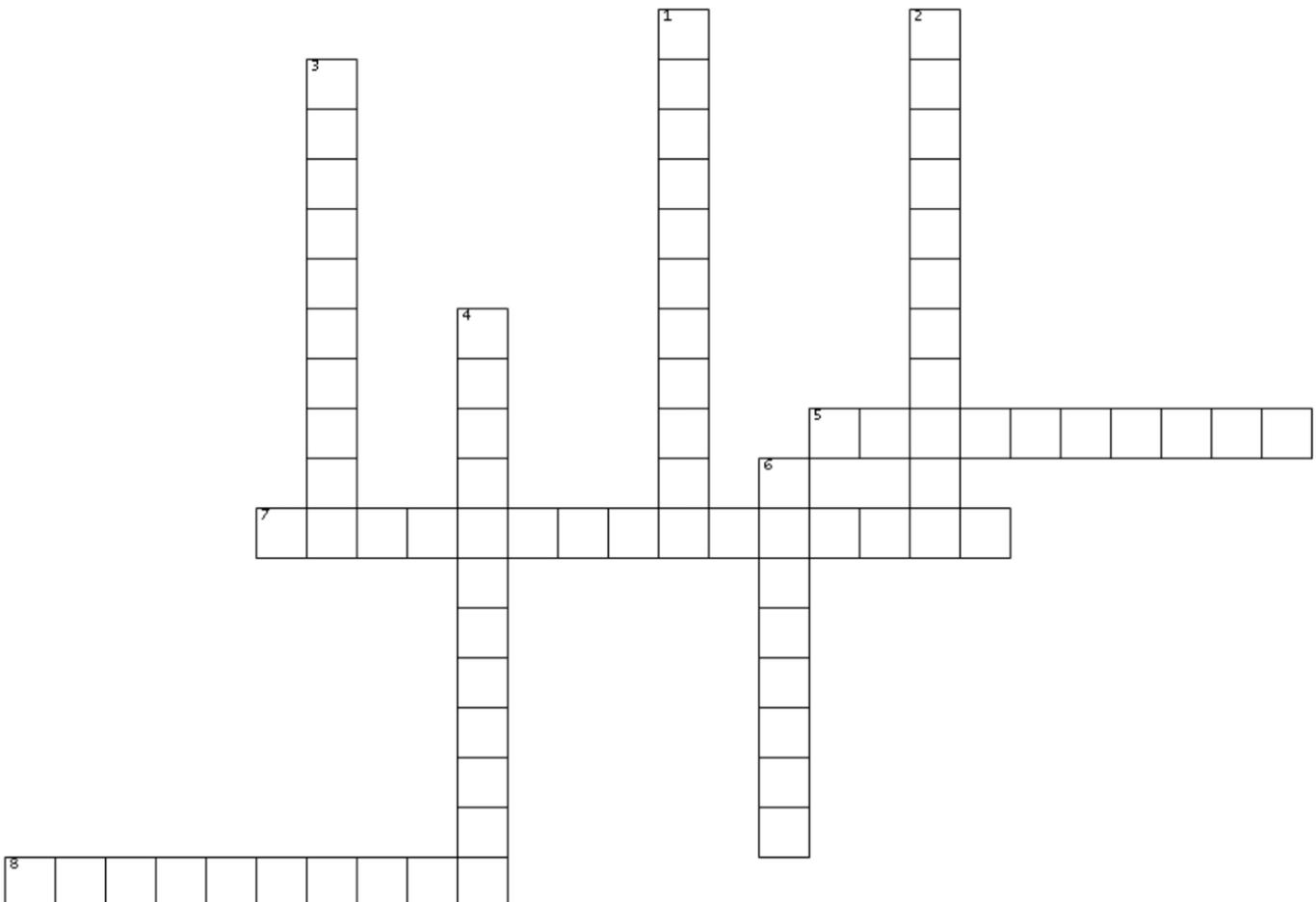


Réalisé sur le site educol.net

Mots fléchés : Devine ma spécialité #caricature

« Allo, c'est l'urgentiste, je sais qu'il est 4 heures du matin mais j'ai besoin d'un avis stp »

1. Franchement il n'est pas réanimateur ton patient si ?
2. Tu m'adresses une jeune femme pour suspi de GEU ? avec beta HCG capillaires positifs et du jus dans le bide à l'écho ? ok mais si ce n'est pas ça je te la renvoie hein !
3. C'est une vraie urgence ? par ce que je suis occupé là, rappelle dans ¼ heure
4. Hum... fais un scanner et on verra ça au staff demain matin, rappelle après 8 heures
5. Tu veux transférer un patient cette nuit ? rapidement ? En réa chir cardiaque pour une tamponnade ? on le fait en ambulance non ?
6. T'as essayé avec une plus grosse ?
7. Attends, il a des signes d'engagement ? non bon tu me rappelles s'il s'aggrave. Tu fais quoi s'il s'aggrave ? bah là il n'y aura plus rien à faire...
8. Le numéro que vous avez demandé n'est pas attribué



Réalisé avec puzzlemaker

Phrase cachée, à toi de jouer !

Trouve les mots de la liste, ils peuvent être dans n'importe quel sens, se croiser et partager des lettres

Quand tu as trouvé tous les mots : recopies les lettres inutilisées et découvre la phrase cachée !

É T I L A I G É L L O C R G C
H O E T S I T N E G R U E A O
E C N E I R É P X E M N S R E
D E S M U P Z Q D S I Q S D M
B W T L E S F É U C K I E E N
Z U T F A T C C E I V X C S N
F N K U C H S D Y J P K N K U
H T V L O G É S Q O I E E J R
V E A C U M A S Y G E O G H A
R Z A N E G A T R A P G R A F
A G J L R T M X D P W O U E S
E W M L M E P R O M O T I O N
U Y T N O I T A L U G É R M X
Q V Q P J A Q N Z D H M Z I D
H I D D S P É C I A L I T É A

collégialité

déchocage

équipe

expérience

gardes

internat

médecine

partage

promotion

régulation

samu

sauver

Smur

spécialité

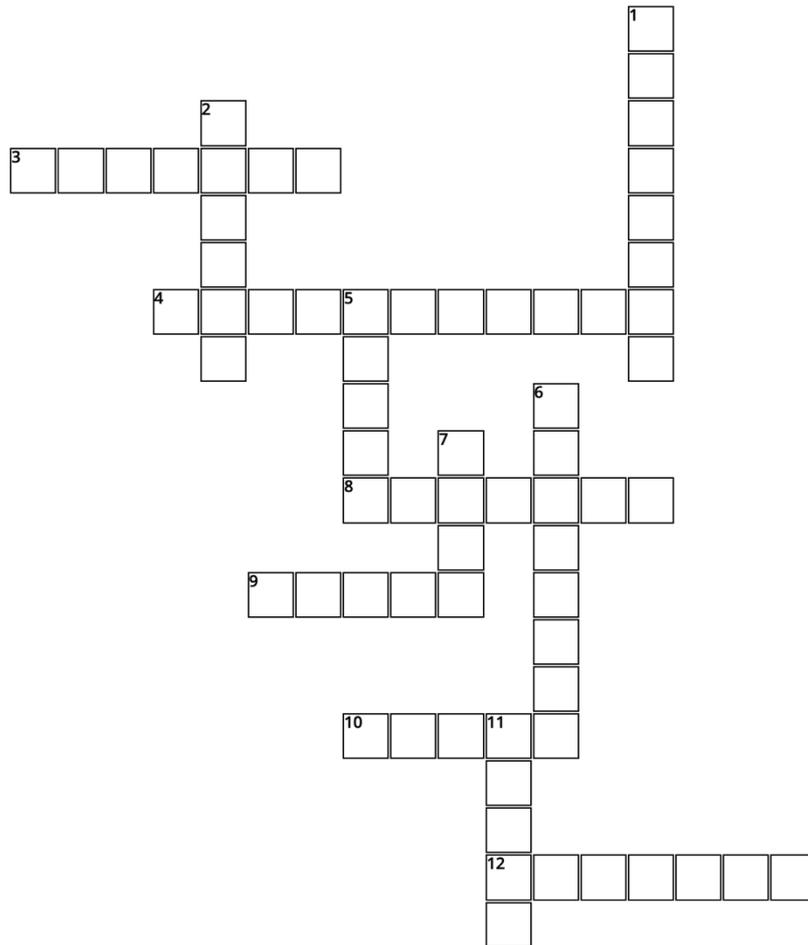
urgences

Urgentiste

Réalisé sur le site [puzzlemaker](http://puzzlemaker.com)

Mots croisés : In english please !

In English please !



Horizontal

- 3. sutures
- 4. faire une prise de sang - to get a ...
- 8. seringue
- 9. avoir des vertiges - to be
- 10. poignet
- 12. plâtre

Vertical

- 1. béquilles
- 2. frissons
- 5. gouttes
- 6. pommade
- 7. radio
- 11. se sentir en mauvaise forme - to be out of ...

AGENDA

Pour ne rien rater !

AJMU : LE MAGAZINE

L'AJMU part en vacances cet été, et son magazine reviendra en octobre !

URGENCES - LE MENSUEL PAR LA SFMU

Reprise des webinaires le 12 septembre avec la traumatologie du membre supérieur !



CONGRÈS ET FORMATIONS



A VENIR

- 5 août : journée internationale de la bière
- 19 août : journée mondiale de l'aide humanitaire
- 17 septembre : journée mondiale de la sécurité des patients
- 28 septembre : journée mondiale de la rage
- 29 septembre : journée mondiale du coeur

ANNONCES : offres d'emploi

Retrouvez toutes nos annonces d'offre de poste et de remplacement sur notre site internet ajmu.fr



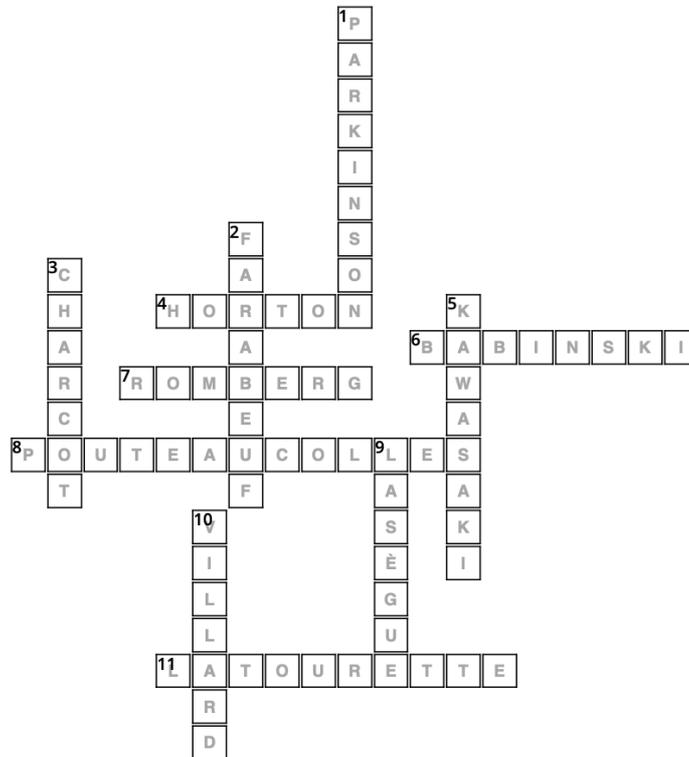
Le Pôle Santé République à Clermont Ferrand recherche des urgentistes à temps pleins

Le **CHU de Tours** propose un poste d'assistant et de PHC à partir de novembre !



Jeux : réponses

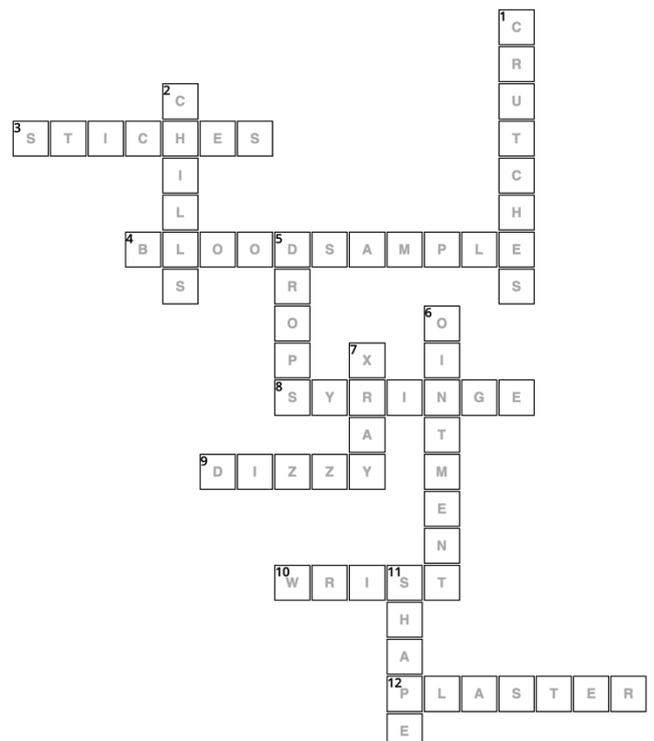
Noms propres en médecine



In English please !

Mots fléchés : Devine ma spécialité #caricature

1. Réanimateur
2. Gynécologue
3. Neurologue
4. Orthopédiste
5. Régulateur
6. Urologue
7. Neurochirurgien
8. Radiologue



Phrase cachée : Choose DESMU

NOUVEAU PARTENARIAT : TopMU

Transfert Optimisé des Publications en Médecine d'Urgence (TopMU) est une plateforme de formation continue 100% composée d'éditeurs impliqués dans la pratique.



TopMU.fr est une nouvelle plateforme multimédia française, indépendante et animée ! Les éditeurs sont des passionnés qui ont comme mission de diminuer le délai de transfert des connaissances en médecine d'urgence pour améliorer les soins aux patients. Les éditeurs visent à prendre l'information directement à la source, soit les publications et la recherche, et les intégrer dans votre pratique, en prenant bien soin de situer le tout dans le contexte de la littérature existante et de la pratique courante.

TopMU.fr et **l'AJMU** ont déterminé une entente de partenariat offrant un rabais aux membres de l'AJMU.

- Pour un interne / médecin résident : 10€ au lieu de 19€ pour un abonnement annuel
- Pour un jeune sénior / médecin Europe : 65€ au lieu de 95€ pour un abonnement annuel

Pour bénéficier du code promotionnel, suivre les étapes suivantes :

1. Adhérer à l'AJMU
2. Nous envoyer un mail contact.ajmu@gmail.com pour recevoir ton code personnel de réduction
3. Aller sur la plateforme de formation (TopMU.fr), onglet « abonnement/abonnement » dans la barre de menu. Sélectionner l'abonnement « médecin résident/interne » ou « médecin Europe ».
4. Ajouter l'abonnement à votre panier
5. Sur la page de paiement, repérer « Cliquez ici pour saisir votre code » et y inscrire le code reçu par mail lors de votre adhésion à l'AJMU.
6. Compléter les détails concernant votre compte *
7. Inscrire les informations de paiement et cliquez sur « Passer la commande »

* Pour ceux et celles qui ont déjà leur accès personnel à TopMU, ouvrir sa session et procéder aux étapes précédentes en ignorant l'étape 4

PARTENAIRES

