

Histoire des urgences et des évaluations de l'adéquation à leur recours

Albert Vuagnat

Médecin-conseiller scientifique au bureau
Établissements de santé, Drees

Fabien Toutlemonde

Chef du bureau Établissements de santé,
Drees

D'une « hospitalité aux malheureux » à la prise en charge innovante de la détresse vitale, les urgences n'ont cessé de se transformer. Cette évolution éclaire l'intérêt croissant pour la question de l'adéquation du recours à ces services.

Apprécier l'adéquation des venues des patients dans les services des urgences hospitalières renvoie à la fonction attribuée à ces services. Or cette fonction a beaucoup évolué, quoique progressivement. Il reste cependant des traces de cette histoire dans les missions actuelles des urgences, tant ce qui se déroule dans ces services peut être intense pour les individus, soignants comme patients.

Une fonction originelle d'hospitalité à laquelle vient s'ajouter la prise en charge technicisée pour du sauvetage médical

La fonction la plus ancienne des « services porte », ancêtres des services d'urgences, est celle de sas d'accueil aux portes de l'établissement [1], dans l'esprit d'hospitalité. Avant une éventuelle admission, gîte et couvert sont offerts à ceux qu'un problème de santé aura démunis. La société et les personnes qui s'y présentent s'en remettent alors à l'institution pour prendre en charge leur situation. Ce comportement de recours persiste aujourd'hui dans les services d'urgences, par exemple pour des personnes âgées démentes ou très dépendantes, pour des situations de fin de vie, offrant aussi par là même un répit à l'entourage habituel [2, 3]. De même, dans le cadre institutionnel, la conduite aux urgences de personnes errant sur la voie publique est en lien avec le maintien de l'ordre. Ou encore, dans des situations

de pathologies psychiatriques avec une anxiété incontrôlée, une hospitalisation sous contrainte peut y être prononcée après une période d'observation, les soins somatiques ayant été effectués.

À compter de la seconde moitié du XIX^e siècle, des moyens thérapeutiques et techniques ont été développés : aseptie et anesthésie sécurisant la chirurgie, puis perfusion, transfusion, appareils de suppléance vitale, antibiotiques, fibrinolytiques, plus récemment interventions endovasculaires. Ces progrès permettent alors de modifier favorablement le pronostic vital de patients avec traumatisme, intoxication ou situation médicale aiguë graves. Une nouvelle et tout autre fonction est ainsi attribuée aux services des urgences, comme étant un lieu où ce type de traitements peut être démarré.

La circulaire du 5 janvier 1949 relève que les postes de secours des établissements de soins, qui existaient alors, ne disposent pas des moyens matériels et humains permettant la prise en charge adéquate des blessés sévères. Une organisation spécifique est alors petit à petit mise en place, et la circulaire de 1965 définit les nouvelles conditions d'organisation des services d'urgence et de réanimation des hôpitaux¹, avec l'équipement de salles maintenant dénommées salles d'accueil des urgences vitales (SAUV). L'apparition des SAUV en

1. Circulaire du 13 août 1965 relative à l'instruction sur l'organisation des services d'urgence et de réanimation dans les hôpitaux. Ministère de la Santé publique et de la Population.

France reprend le concept nord-américain des *emergency rooms*, qui s'apparentaient initialement à un sas d'accès rapide au bloc opératoire pour les patients blessés.

Les premières initiatives de secours médicalisé aux blessés de la route, dont le nombre était en augmentation, datent de 1956. La circulaire de 1959, relative à l'organisation des secours aux blessés de la route, propose que le sauvetage médical puisse se faire sur le lieu même des accidents au moyen d'un service mobile d'urgence et de réanimation (Smur), dont les décrets de 1965 viennent préciser la nature, les conditions d'utilisation et la liste des hôpitaux devant en disposer.

Pour décider et adapter au mieux le « sauvetage médical » à chaque patient, outre un personnel formé pour ces situations très aiguës [6], un accès sans délai à des moyens de diagnostic, de biologie comme d'imagerie médicale, doit être organisé et effectif^{2,3,4}. Ces dispositions seront affirmées par décrets successifs, pour continuer d'adapter les conditions techniques et de fonctionnement et façonner les urgences que nous connaissons aujourd'hui.

L'intérêt croissant du public amène les questions du « triage » aux urgences et des motivations de recours

Le public semble avoir perçu la transformation progressive des établissements hospitaliers⁵, qui tendent à des soins médicaux plus efficaces. Toujours plus

2. Circulaire n° 60 du 29 janvier 1975 relative à l'organisation de l'accueil à l'hôpital et notamment des urgences. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

3. Circulaire n° 91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation. Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité.

4. Décrets relatifs à l'accueil et au traitement des urgences et décrets relatifs aux conditions techniques de fonctionnement des services des urgences 95-647, 95-648, 97-615, 97-616, 2006-576, 2006-577.

5. Dont la modernisation est consacrée par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Les salles communes sont progressivement transformées en chambres individuelles ou à deux lits (37 % de la capacité en lits dans les hôpitaux en 1968, cf. Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, Statistiques sociales, novembre 1971, supplément 56), et une diminution des durées de séjour est observée, correspondant à la transition de convalescence à soins aigus pour une partie des établissements de santé.

nombreux chaque année à se rendre dans les services des urgences, les patients viennent y trouver de l'aide en cas de blessure ou de symptômes intenses et de survenue brusque. Dans ces structures, outre un examen et un avis médical, des premiers soins peuvent être réalisés, ainsi que des examens biologiques ou anatomiques (imagerie médicale) si nécessaire, pour préciser le diagnostic. La temporalité et l'intensité des prises en charge y sont différentes de celles des conseils donnés lors d'une consultation auprès du médecin traitant (à partir de 1945, avec la création de la Sécurité sociale, les consultations deviennent financièrement accessibles⁶) ou des actes de prévention réalisés dans un centre de santé (créés à la suite de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, qui a marqué le début d'une offre de soins médicaux accessibles au plus grand nombre) [4].

Aux États-Unis, l'augmentation de la fréquentation des services des urgences a été décrite dès les années 1950 et comme étant le résultat de l'évolution de la pratique médicale, qui cherche à réaliser des soins plus précis car mieux compris par les médecins et les soignants, et de la reconnaissance par les patients de ces nouvelles possibilités [5]. Ce mouvement de fréquentation accrue des urgences se poursuit, alimenté d'une part par l'amélioration de la performance diagnostique et d'autre part par la raréfaction de la maladie suite à l'amélioration des conditions de vie dans les pays occidentaux, qui fait que tout symptôme gagne en visibilité pour les patients et que des éléments de compréhension sont plus recherchés auprès des professionnels de santé. Plus tard vient s'ajouter l'accès de tous à de la documentation sur Internet, qui offre un complément d'information utile pour les professionnels. Pour le public, l'accès facilité à des informations médicales et à une meilleure connaissance de l'offre de soins de proximité transforme les comportements de recours aux soins, notamment la décision de recourir ou non à un avis médical.

Pour faire face au nombre croissant des recours aux urgences, les équipes des services des urgences nord-américains développent dès le milieu des années

6. Historique du système français de sécurité sociale. <http://www.securite-sociale.fr>.

1960 une évaluation clinique rapide des patients à leur arrivée, permettant de définir à chaque fois la meilleure orientation au sein de la structure des urgences [7]. Ce mode d'organisation est dénommé par le terme militaire français « triage ». L'objectif premier est de prioriser, dans le flux des arrivants, la prise en charge de ceux qui nécessitent des soins médicaux d'urgence vitale à réaliser sans délais, tout en maintenant un fonctionnement organisé de la structure et une moindre fatigue des équipes.

Parallèlement, la notion de situation cliniquement non urgente émerge : de façon imagée, les situations de ce type permettent une prise en charge différée de 24 heures sans incidence péjorative sur l'état de santé [9]. En pratique, les patients ou leur entourage évaluent rapidement l'offre de soins environnante dans l'optique de répondre au mieux à leur situation, avant de se décider à se rendre aux urgences [10]. Toutefois, il leur est difficile d'évaluer complètement la situation médicale, notamment son degré d'urgence. Bien qu'appréciées après évaluation comme non urgentes, certaines des venues peuvent donc être considérées comme appropriées du fait même de la nature ou de la sévérité des symptômes dont le patient ne pouvait pas, de lui-même, évaluer la gravité. Une venue non appropriée est donc une venue qui peut être considérée par le patient, de manière certaine, comme non urgente sans examen médical préalable.

Les recours inappropriés aux urgences dans la littérature nord-américaine

La notion d'urgence clinique se distingue donc du caractère approprié ou non du recours aux urgences. En effet, certaines venues relèvent seulement d'un conseil médical ou d'actes de soins courants (appelés *primary care* aux États-Unis) : elles sont généralement considérées comme inappropriées. À titre d'exemple, certains travaux ont évalué à 11 % la proportion de venues jugées inappropriées car pour des soins courants, alors que le volume de passages considérés comme non urgents est évalué à 47 % [11]. Pour ces recours pour motif de soins courants, l'évaluation clinique à l'accueil peut aussi se traduire par une proposition de réorientation vers une structure de consultation sans plateau technique hospitalier [8].

Aux États-Unis, en l'absence d'un système d'assurance de santé généralisé, les recours inappropriés aux urgences sont plus fréquents pour des personnes à faibles revenus ou qui n'ont pas de médecin traitant, les établissements pouvant annuler la facture des soins en cas d'impossibilité de l'honorer [12]. Des programmes ont été développés à l'adresse

des plus démunis pour les aider dans leurs demandes de soins courants et tenter de réduire le volume de recours inappropriés aux urgences⁷.

7. Reducing nonurgent use of emergency departments and improving appropriate care in appropriate settings. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Informational Bulletin, 16 janvier 2014.

Toutefois, l'idée que la contrainte financière serait le déterminant majeur des recours inappropriés aux urgences est critiquée. Trois arguments sont notamment avancés. Tout d'abord, il existe des difficultés réelles d'accès rapide à des soins en dehors des structures des urgences hospitalières [13]. Deuxièmement, l'évaluation clinique initiale n'est pas toujours absolue,

Références

- Dodier N., Camus A. L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital. *Annales Histoire, Sciences sociales*, 1997 (4) : 733-63.
- Tardy B., Viallon A. Fin de vie aux urgences. *Réanimation*, 2005, 14 (8) : 680-5.
- Lanièce I., Couturier P., Dramé M., Gavazzi G., Lehman S., Jolly D., Voisin T., Lang P. O., Jovenin N., Gauvain J.-B., Novella J.-L., Saint-Jean O., Blanchard F. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age and Ageing*, 2008, 37 (4) : 416-22.
- Faure O. La médecine gratuite au XIX^e siècle : de la charité à l'assistance. *Histoire, économie et société*, 1984, 3 (4) : 593-608.
- Shortliffe E. C., Hamilton T. S., Noroian E. H. The emergency room and the changing pattern of medical care. *New England Journal of Medicine*, 1958, 258 (1) : 20-5.
- Steg A. *L'Urgence à l'hôpital*. Rapport au Conseil économique et social, 1989.
- Weinerman E. R., Rutzen S. R., Pearson D. A. Yale studies in ambulatory medical care. Part 2. Effects of medical "triage" in hospital emergency service. *Public Health Reports*, 1965, 80 (5) : 389-99.
- Derlet R. W., Nishio D. A. Refusing care to patients how present to an emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 1990, 19 : 262-7.
- Gavaler J. S., Van Thiel D. H. The non-emergency in the emergency room. *Journal of the National Medical Association*, 1980, 70 (1) : 33-6.
- Buesching D. P., Jablonowski A., Vesta E., Dilts W., Runge C., Lund J., Porter R. Inappropriate emergency department visits. *Annals of Emergency Medicine*, 1985, 14 : 672-6.
- Kellermann A. L. Nonurgent emergency department visits. Meeting an unmet need. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 271 (24) : 1952-3.
- Baker D. W., Stevens C. D., Brook R. H. Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presenting to a public hospital emergency department. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 271 : 1909-12.
- Rust G., Ye J., Baltrus P., Daniels E., Adegunloye B., Fryer G. E. Practical barriers to timely primary care access. Impact on adult use of emergency department services. *Archive of Internal Medicine*, 2008, 168 (15) : 1705-10.
- Adams S. L., Fontanarosa P. B. Triage of ambulatory patients. *Journal of the American Medical Association*, 1996, 276 (6) : 493-4.
- Young G. P., Wagner M. B., Kellermann A. L., Ellis J., Bouley D. Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. *Journal of the American Medical Association*, 1996, 276 (6) : 460-5.
- Gill J. M. (1994). Nonurgent use of the emergency department : appropriate or not? *Annals of Emergency Medicine*, 1994, 24 : 953-7.
- Durand A.-C., Gentile S., Devictor B., Palazzolo S., Vignally P., Gerbeaux P., Sambuc R. ED patients : how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *American Journal of Emergency Medicine*, 2011, 29 : 333-45.
- Gentile S., Durand A.-C., Bongiovanni I., Rofritsch S. (2007). Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. *Journal européen des urgences*, 2007, vol. 20, n° 1S.
- Meunier L. *Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre*. Thèse pour le doctorat de médecine, université Paris VII, 2009.
- Le Roux S. *Les patients CCMU1 consultent-ils au service des urgences du CHU de Nîmes suite à des difficultés d'accès aux soins primaires ?* Thèse pour le doctorat de médecine, université de Montpellier, 2013.
- Bouniort L. *Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale : déterminants, pertinence et orientation*. Thèse pour le doctorat de médecine, université de Poitiers, 2012.
- Vesnitch M. *Le Nouveau-né aux urgences pédiatriques du CHU de Nantes : caractère approprié de la consultation*. Thèse pour le doctorat de médecine, université de Nantes, 2008.
- Richard A. *Passages inappropriés des personnes âgées au service d'accueil des urgences de Périgueux et prise en charge de la dépendance en Dordogne*. Thèse pour le doctorat de médecine, université de Bordeaux, 2012.

ainsi que le montre la petite fraction de patients initialement évalués comme non urgents qui sont finalement hospitalisés [14, 15]. Enfin, aux États-Unis, les structures des urgences sont dimensionnées pour faire face à l'afflux d'un grand nombre de blessés. De ce fait, le coût marginal d'une venue aux urgences est faible par comparaison aux coûts fixes, si bien que la structure d'accueil des urgences n'est pas incitée à organiser la réduction du volume de passages inappropriés [16].

Si le phénomène et les concepts émergent de la littérature scientifique nord-américaine, leur quantification précise souffre de plusieurs limites : l'absence de définitions pratiques robustes, tant pour les recours non urgents que pour les recours inappropriés, l'absence de recueil d'information systématique au moment de la prise en charge où ces caractéristiques doivent être appréciées, et la diversité des groupes de population rapportés dans les études [17].

En France, peu de travaux sur l'adéquation du recours aux urgences avant l'enquête de la Drees

En France, des études ont été conduites, souvent à l'échelle d'un seul service des urgences et sur un nombre restreint de venues. La plupart des travaux décrivent les motifs de recours par grands groupes de pathologies et le contenu des prises en charge, dont l'intérêt est d'illustrer une activité en fort développement. Certains travaux tentent de caractériser les venues non urgentes et, plus rarement encore, d'évaluer leur caractère non approprié.

En 2007 par exemple, Gentile, Durand *et al.* [18] publient des résultats à partir d'une série d'entretiens semi-directifs, conduits tant auprès de patients que du personnel médical, pour tenter de déterminer les motivations du recours et leur caractère approprié. Si pour ceux des patients évalués comme relevant de soins simples, les motivations pour se rendre aux urgences sont clairement exprimées (des symptômes inquiétants, la disponibilité d'un plateau technique par comparaison à l'offre ailleurs qu'aux urgences), la définition des recours inappropriés par les professionnels de santé ne trouve pas de consensus.

Les travaux de Meunier publiés en 2009 [19] considèrent les motifs de recours de tous les patients venant aux urgences aux

heures d'ouverture des cabinets médicaux et non hospitalisés à l'issue du passage. Le motif de recours est traumatologique dans 53 % des cas, lié à une autre pathologie dans 44 % des cas (avec des douleurs pour deux tiers d'entre eux), et psychiatrique dans 3 % des cas. Les hommes jeunes sont en proportion plus importante. Enfin, la décision du recours est celle du patient, ou de son entourage, pour des motifs de disponibilité du plateau technique dans 80 % des cas. Des résultats similaires sont retrouvés par Le Roux en 2013 [20].

En 2012, les travaux de Bouniort [21] portent sur des patients se rendant de leur propre initiative aux urgences aux heures d'ouverture des cabinets médicaux. Ils constatent que sur cet ensemble de venues, 11 % des patients sont finalement hospitalisés et 11 % sont réorientés dès l'évaluation à l'accueil. D'autres travaux s'adressent à des populations particulières, par exemple les nouveau-nés, pour lesquels le fait d'être un premier enfant est plus fréquemment associé à une consultation inappropriée [22], ou encore les personnes âgées, pour lesquelles la perte d'autonomie peut à elle seule constituer un motif de recours aux urgences [23]. Il ressort de tous ces travaux la diversité des approches retenues pour tenter d'appréhender le caractère non urgent, et éventuellement non approprié.

L'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, un jour donné, le mardi 11 juin 2013, était destinée à recueillir les motifs de recours et les éléments de la prise en charge de chaque patient se présentant dans l'une des 736 structures autorisées en France. L'objectif premier était d'actualiser les connaissances issues de la première enquête nationale, menée en janvier 2002, en élargissant le périmètre et avec un recueil d'information en temps réel.

Lors de l'élaboration du questionnaire, il a été proposé d'ajouter à la fin une section relative à l'appréciation, par le médecin ayant fait la prise en charge, du degré d'adéquation du recours. La formulation des questions a été discutée avec les représentants de la Société française de médecine d'urgence (SFMU), de Samu-Urgences de France (SUdF) et de l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf), pour aboutir à des libellés combinant des notions de délai et d'accessibilité à une offre de soins alternative aux

structures des urgences. Une fois défini, le questionnaire a été testé en situation réelle, en mars 2013, auprès de vingt et une structures des urgences : il a été estimé que le questionnaire était compréhensible par lui-même et ne nécessitait pas de notice d'aide au remplissage.

Les données brutes agrégées restituant les réponses à cette enquête sont disponibles sous la forme de tableaux croisés sur le site d'*open data* de la Drees⁸. Des travaux sont engagés à la Drees pour analyser finement les associations entre les réponses faites par les urgentistes sur le degré d'adéquation du recours et les caractéristiques de la venue du patient. Il convient de garder à l'esprit que, dans cette enquête, l'appréciation des urgentistes est réalisée à l'issue du passage aux urgences, c'est-à-dire une fois la situation intégralement évaluée d'un point de vue médical, et non pas à l'arrivée du patient aux urgences. ■

8. <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/report-Folders.aspx>, rubrique « Établissements de santé », sous-rubrique « Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières », tableau 6.