

Quelle lisibilité de l'offre pour l'utilisateur ?

De tout temps, l'hôtel-Dieu, l'hospice, puis l'hôpital ont constitué, dans la cité, un lieu d'asile naturel pour les individus et les populations en détresse. La proximité était alors le maître mot de l'organisation ; chaque bourg avait son hôpital et chaque hôpital son service d'urgences. Alors que les services d'urgences étaient les parents pauvres de l'hôpital, les années soixante ont vu la création des premières équipes médicales pré-hospitalières, puis les années soixante-dix-quatre-vingt la création suivie de l'officialisation des Samu et de leur numéro d'appel national, le 15.

Les patients consommateurs

En décembre 1992, le magazine *50 millions de consommateurs* [1] jetait un pavé dans la mare en titrant en première page : « Urgences médicales, sauvez votre peau — la liste des urgences à éviter ». Brutalement, le « patient », devenu « client », découvrait que qualité et proximité n'étaient pas synonymes : « *Nous nous imaginons, dans notre infinie candeur, que chaque hôpital, dès lors qu'il affiche une belle enseigne Urgences, est à même d'offrir les soins du plus haut niveau, à toute heure du jour et de la nuit* ». Bien que non analysée, la médecine pré-hospitalière n'était pas épargnée : « *Hélas, tous les Français ne peuvent pas encore faire le 15. Des pressions corporatistes ou des rivalités entre services de secours s'opposent à sa généralisation, pourtant inscrite dans la loi. Encore une inégalité intolérable...* » La lisibilité de l'offre de soins en urgence était-elle alors réduite à la lecture d'un magazine, d'un guide rouge ou bleu ?

Organiser l'offre de soins

Pouvoirs publics et professionnels, préalablement alertés par le Pr Steg [27], s'emparaient du problème, déployant de nombreux efforts financiers et humains pour organiser, normaliser, rationaliser cette offre de soins, l'objectif premier restant la qualité de la prise en charge. La circulaire du 16 avril 2003 [14] relative à la prise en charge des urgences a donné les grands axes de cette restructuration, axes largement repris dans la troisième révision des schémas régionaux d'organisation sanitaires (Sros) : dès lors, les secours pré-hospitaliers s'organisent, à l'échelle d'un département, autour du Samu-Centre 15, les services d'urgences d'une région s'organisant en réseau de services autour de plateaux techniques plus ou moins développés.

Le client face à une situation d'urgence

Lorsque l'on parle d'urgence, le discours est souvent confus du fait de l'extrême ambiguïté de cette notion d'urgence : vue par les patients, toute demande de soins rapide est qualifiée d'« urgence », alors que vue par les

professionnels, une distinction est habituellement faite entre urgences « ressenties » et urgences « vitales » ou « fonctionnelles ». Dans le cadre de la demande de soins en urgence, c'est bien le point de vue du « patient-client » qu'il faut prendre en compte, l'urgence ne pouvant être qualifiée de « ressentie » qu'après prise en charge par un professionnel de santé.

Aujourd'hui, le patient (ou sa famille), devant un besoin de soins vécu comme urgent, a, en France, contrairement à d'autres pays européens, l'initiative de « choisir » dans une certaine mesure la réponse qu'il souhaite :

- appel à son médecin traitant, ou au médecin généraliste assurant la permanence des soins,
- appel au Centre 15,
- appel, là où elle existe, à une structure ou association de médecins généralistes dédiée à l'urgence (type SOS médecins, par exemple),
- venue spontanée dans un service d'urgences.

Ce choix préjuge de la capacité du patient à évaluer avec justesse le niveau de soins nécessaire : afin cependant de garantir la qualité de la prise en charge, les autorités sanitaires incitent fortement les différents partenaires de l'urgence et de la permanence des soins à s'organiser en réseau et à articuler entre eux services d'urgences, pré-hospitaliers et hospitaliers, et permanence des soins (PDS).

La régulation médicale, pilier de l'organisation

L'un des axes de cette articulation, validé à l'échelon départemental au sein des Codamups (comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires), est la mise en place d'une régulation de la permanence des soins : cette démarche, basée sur la complémentarité des régulations « généraliste » et « urgentiste », est une source certaine d'amélioration de la prise en charge de l'appelant, surtout lorsque les régulateurs se côtoient dans une même salle de régulation. Le regroupement en un lieu unique de cette double expertise médicale, « généraliste » et « urgentiste », apporte, là où il existe, en plus d'une réponse nécessairement plus efficiente, une solution simple pour l'appelant en détresse quel que soit le niveau réel ou ressenti de cette détresse : demain, le regroupement de toute l'offre de soins d'urgence au sein d'une plate-forme télé-médico-sociale et sanitaire, développée autour et avec le Samu-Centre 15, en collaboration avec tous ses partenaires, facilitera l'accès à l'offre de soins en urgence.

Le client face à l'offre de soins d'urgence

En 2005, l'offre de soins en urgence apparaît bien structurée : services d'urgences, Samu, permanence

François Braun

Praticien hospitalier, service des urgences, Samu 55, CH Verdun

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 68.



Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ?

des soins... s'organisent en réseaux de soins, au sein desquels le patient dispose de plusieurs portes d'entrée. Mais une question persiste : le patient s'adresse-t-il au bon endroit ?

Les numéros d'urgences

La question du choix du numéro d'urgence peut être rapidement écartée : en effet, l'expérience des Samu montre, dans la très grande majorité des cas, que les usagers appellent, en France, le numéro approprié à la situation d'urgence à laquelle ils sont confrontés : le 15 pour un problème de santé grave et urgent, le 18 pour les incendies, les noyades, les accidents de la route..., le 17 pour tous les problèmes liés à l'ordre public. Même si la confusion peut parfois persister, ces services travaillent en étroite collaboration, se transmettant les appels ou les informations lorsque la situation l'exige, l'interconnexion de leurs centres d'appels étant la règle [3] : le patient, encore inquiet, dans certains cas, de la multiplicité des intervenants téléphoniques, doit être rassuré sur ce point. Une campagne d'information du public, mais aussi des professionnels de santé, sur les rôles respectifs du Samu (les soins médicaux) et des sapeurs-pompiers (le secours) aiderait sûrement à lever cette inquiétude.

Le « 112 », s'appuyant réglementairement sur les numéros d'appels d'urgence existants [18, 22], sans s'y substituer, offre aux étrangers séjournant dans notre pays des fonctionnalités similaires.

Place de la permanence des soins

Le choix entre l'appel au Centre 15 ou à la PDS est plus complexe : dans une publication récente s'intéressant aux patients n'ayant pas recours au 15 pour un infarctus du myocarde [24], Mulazzi *et al.* mettent en évidence une sous-utilisation des procédures de revascularisation et un allongement de la durée d'hospitalisation, dès lors que les patients n'ont pas appelé le Samu mais un médecin généraliste ou un cardiologue. Une mauvaise utilisation de l'offre de soins par le patient, mais également par les médecins traitants, est ici mise en exergue : notons cependant que cette étude est basée sur une analyse de dossiers datant de 2000, donc avant les recommandations sur la régulation de la PDS [12, 20] et la mise en place de plates-formes de régulation communes.

Les services d'urgences

L'utilisation directe, sans contact médical préalable, du service d'urgences par le patient est, pour de nombreux urgentistes, ressentie comme une utilisation abusive de cette offre de soins. Connaître les moyens du service d'urgences importe peu désormais, dès lors que ce service est officiellement reconnu : en effet, l'organisation en réseau des SAU, Upatou et Posu garantit une prise en charge échelonnée et coordonnée des patients. Hormis les usagers adressés au service d'urgences par le Samu ou après un avis médical (42 %), la majorité

choisit de se diriger directement vers ces services : les spécificités d'un service d'urgences (permanence des soins, spécialisation, plateau technique), l'alternative à la médecine de ville, l'échec du parcours de soins précédent ou une convenance personnelle sont les motifs principaux évoqués par les clients [5].

Pour autant, le choix fait par le patient non adressé par un médecin est-il pertinent ?

D'après une étude réalisée en Poitou-Charentes, l'anticipation par le patient du recours au plateau technique (25 % des patients) semble fondée dans près de 80 % des cas (rapport des groupes de travail sur les urgences, rapport Nicolle).

L'utilisation du service d'urgences comme alternative à la médecine de ville (14 % des patients) est, par contre, une mauvaise solution, l'organisation et les pratiques professionnelles n'y étant pas celles de la médecine de ville. La régulation de la permanence des soins et la mise en place progressive de maisons médicales de garde devraient, dans un proche avenir, diminuer ce recours aux « urgences alternatives » clarifiant l'offre de soins.

Entamée il y a une dizaine d'années, la restructuration des urgences permet aujourd'hui une offre de soins cohérente et coordonnée. Le patient, face à une situation ressentie comme urgente, ne se trompe pas et trouve, en tout point du territoire, une réponse adaptée à sa situation. « Urgence » et « permanence des soins » se côtoient et se mêlent, tant dans les Centre 15 que dans les services d'urgences, le patient ayant souvent du mal à faire, seul, la distinction. Cette nécessaire complémentarité, voulue par l'ambiguïté même de la notion d'urgence, est une force de notre système, dès lors que les deux organisations se mélangent, tant dans la fusion des centres de régulation que dans les liens fonctionnels unissant maisons médicales de garde et services d'urgences.

Ce mélange culturel médical, centré sur la préoccupation d'une prise en charge de qualité d'un épisode de soins urgent ou ressenti comme tel, est le challenge qui s'offre actuellement aux professionnels que nous sommes et aux autorités sanitaires. Le réussir, c'est garantir une accessibilité et une lisibilité claire de l'offre de soins d'urgence dans notre pays, qui joue un rôle de précurseur ici, aujourd'hui, comme il l'a été hier avec la médecine pré-hospitalière.

Cette organisation de l'offre de soins d'urgence est nouvelle et témoigne d'un postulat simple : la lisibilité vient de la simplicité, plus que de la multiplication des messages et des explications ; et quoi de plus simple que d'appeler le « 15 » en cas de problème de santé, et de venir vers un service d'urgences « identifié », quel que soit son niveau, dès que l'on a besoin d'une expertise médicale spécialisée et/ou d'un plateau technique performant. Et cela 24 heures sur 24 !

C'est ce message simple et direct que nous, professionnels et pouvoirs publics, devons transmettre et expliquer.