

À l'hôpital et après

Les services d'urgences sont souvent saturés et leur organisation interne doit encore être améliorée. Mais leur situation aujourd'hui est largement dépendante de l'implication de l'hôpital tout entier dans la prise en charge de l'urgence et de l'articulation des services avec les ressources sanitaires de leur territoire, en amont autant qu'en aval.

Services d'urgences : difficultés actuelles, perspectives

Régulièrement, les services d'urgences se retrouvent sous « pression ». Pression au quotidien, avec des services saturés par un flux continu de patients, des salles d'attente qui ne désemplissent pas, et des brancards qui s'entassent dans les couloirs... L'hôpital est plein : le nombre de malades accueillis aux urgences ne diminue pas, les patients « ne rajeunissent pas » même en dehors des crises sanitaires hivernales (épidémie de grippe, de bronchiolite...) ou de crise sanitaire majeure (canicule été 2003...). Et depuis peu, une nouvelle composante « politico-médiatique » fait son apparition, avec des images des « urgences » qui envahissent l'actualité, plus dans un cadre de tension « sociale » que sanitaire, accentuant cette pression qui devient une « compagne » pas toujours facile à apprivoiser sur un fond de l'air... électrique.

Tout est en place aujourd'hui pour que les patients des urgences ne soient pas de « bonne humeur », aient de moins en moins confiance dans nos services, avec

cette frontière invisible qui sépare l'exigence normale d'une qualité de soins, de la velléité d'être pris en charge « corps » et biens... et vite !

Quelle que soit la conjoncture, les missions fondamentales des services d'urgences doivent rester les mêmes : prendre en charge tout patient s'y présentant, garantir la continuité (24 heures sur 24 toute l'année) et la qualité des soins, avec obligation de performances diagnostique et thérapeutique, et s'assurer de l'orientation la plus adaptée.

Mais comment concilier deux logiques qui peuvent apparaître contradictoires :

- Mise en place des nouvelles dispositions sociales à l'hôpital (réduction du temps de travail, 48 heures hebdomadaires, repos de sécurité) considérées, de manière générale, comme une extraordinaire avancée sociale du mode de vie professionnel des docteurs des urgences, mais aussi comme un gage de sécurité dans l'exercice de la médecine d'urgences... avec des

Pierre Mardegan

Chef du service des urgences et du Samu 82, coordonnateur du pôle départemental des urgences 82



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

médecins qui ne doivent plus rester « debout » après une nuit de garde. Et de fait, le volume de l'activité clinique annuelle de chaque médecin diminue.

- Élévation des seuils d'exigence pour coller aux référentiels cliniques internationaux, qui définissent des niveaux à atteindre supérieurs pour le nombre de gestes de réanimation par médecin et par an permettant de maintenir de bonnes pratiques en médecine d'urgences.

Pendant longtemps, les services d'urgences ont dû faire face à un nombre sans cesse croissant de malades. Le retard était considérable en termes d'effectifs médicaux

et soignants, et de structures adaptées à cette évolution. Des moyens importants ont été investis dans les services d'urgences au cours de ces dix dernières années. L'effort doit se poursuivre, mais il nous faut réfléchir à de nouvelles organisations médicales, au sein même des services d'urgences et dans les établissements de santé, pour répondre à ces nouvelles contraintes et à l'exigence légitime des malades.

L'engorgement des services et ses conséquences

Le constat est là : urgences saturées ! Mais avant de s'attaquer aux « remèdes », quelles sont les compli-

Intérêt de la téléimagerie dans la prise en charge des urgences

La télé médecine, et plus spécialement la téléimagerie, est particulièrement adaptée dans les situations d'urgence.

Elle offre en effet un système de santé équitable garantissant, quel que soit le lieu de la prise en charge d'un patient, l'égalité d'accès aux soins et à l'expertise par la télétransmission d'images radiologiques accompagnée de données médicales ou par la visioconférence permettant de rapprocher virtuellement médecins et patients.

C'est dans le domaine de la neurochirurgie, de la traumatologie que tout a débuté en France dans les années quatre-vingt-dix. Plus récemment, la télé médecine se développe dans le domaine de la neurologie et dans la prise en charge hospitalière et ambulatoire des patients présentant des accidents vasculaires cérébraux constitués.

Le triple intérêt de la télé médecine pour les urgences n'est plus à démontrer. Son utilisation est tout à fait appropriée aux différentes séquences de la chaîne des urgences, du pré-hospitalier à l'accueil dans les services d'urgences où sont pratiqués les examens jusqu'à la prise en charge sur le même site ou le transfert dans un autre établissement et même jusqu'au post-hospitalier facilitant une coordination des soins entre les multiples intervenants*.

Dans le domaine complexe des urgences (multiplicité des situations,

des intervenants et des actes), il est clair que l'organisation fonctionnelle doit précéder la mise en œuvre des outils techniques. Ce prérequis, du reste, est valable pour toute application de télé médecine.

Dans une étude Dhos/Anaes publiée en 2003**, les facteurs qui interviennent dans la mise en œuvre, le fonctionnement et la pérennité de la télé radiologie ont été identifiés. Le plus important est d'ordres organisationnel et humain : ils sont les facteurs clés du succès de la téléimagerie dès lors que les besoins médicaux et les acteurs ont clairement été identifiés.

Le cadre juridique lié à la pratique de la télé médecine s'est largement clarifié avec la promulgation de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, notamment dans l'article 32 (reconnaissance de l'acte médical) et l'article 33 (intégration de la télé médecine dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire).

Véritable outil d'organisation des soins, en respectant les droits des patients et la déontologie, la télé médecine globalement (et plus particulièrement la téléimagerie) :

- consolide le maillage des urgences en proximité,
- favorise l'organisation graduée des plateaux techniques dans les territoires de santé,
- permet le recours aux soins spécialisés au niveau régional et inter-régional.

Plus de 15 000 télétransmissions dans le domaine de l'urgence ont été identifiées en 2004 et ce type d'activité interétablissements est reconnu dans l'arrêté du 12 avril 2005 relatif aux missions d'intérêt général et d'accompagnement à la contractualisation (Migac).

À ce jour, la presque totalité des régions en métropole et deux départements d'outre-mer, utilisent la télé médecine pour les urgences neurochirurgicales et traumatologiques afin de décider et d'optimiser les décisions de transferts des patients vers des services spécialisés.

La première carte présentée est celle du réseau « Télurge » en Nord-Pas-de-Calais où tous les établissements publics hospitaliers sont acteurs.

La seconde illustre un réseau de télé radiologie en Paca, en territoire rural de montagne.

Dans la mise en œuvre du Sros de troisième génération, caractérisé par une approche par « territoire de santé », on devrait assister à un développement important de la télé médecine, particulièrement dans le domaine de l'urgence.

* Principes directeurs de l'utilisation de la télé médecine pour les urgences, DHOS 2000 : www.sante.gouv.fr.

** État des lieux de la téléimagerie médicale en France et perspectives de développement, Rapport d'étape juin 2003- DHOS/Anaes : www.sante.gouv.fr.

Hélène Faure-Poitout
Conseiller « télésanté » à la sous-direction de l'Organisation du système de soins, DHOS

cations de cet engorgement ? Comment évaluer ses conséquences ?

Au pic d'engorgement des services d'urgences, il serait pertinent d'évaluer l'impact de l'augmentation du temps de passage sur le devenir des patients grâce à des indicateurs tels que la mortalité à 48 heures, la morbidité, la durée de séjour en réanimation, voire le nombre de ré-hospitalisations précoces..., pour des groupes de patients homogènes (par exemple : sujet âgé > 75 ans et infarctus du myocarde... ou sujet âgé et dyspnée...). Ces délais ne sont pas sans conséquences :

À Toronto, au pic d'engorgement du service d'urgences,

le délai thérapeutique de la thrombolyse pour un infarctus du myocarde peut être augmenté de 40 %... !

En France, pour la région Midi-Pyrénées, on observe un recours élevé aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans, en dehors d'un contexte épidémique, avec un taux élevé (65 %) d'hospitalisation à l'issue d'un passage aux urgences (source observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées, Orumip, 2004). Le temps de passage moyen est multiplié par 2, pour les plus de 75 ans (cinq à six heures !) (étude de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, MEAH). Ces phénomènes sont certainement semblables à ceux observés sur l'ensemble du territoire.

De même, il est facile de comprendre que le risque de contamination, pour les soignants des services d'urgences, augmente avec la durée de séjour aux urgences d'un patient supposé contagieux (urgences de Toronto : un malade atteint de Sras a séjourné plus de dix-huit heures dans le service et un taux de transmission de 22 % chez les soignants des urgences et de l'hôpital a été observé).

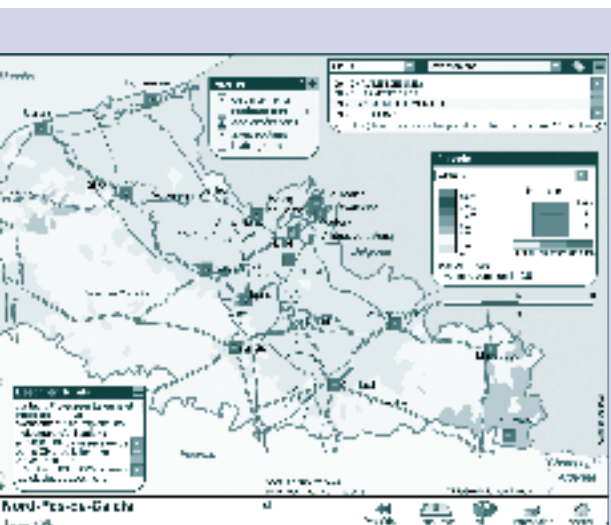
Par ailleurs, il est évident que l'augmentation du délai de prise en charge des enfants ou de patients présentant des troubles psychiatriques a une influence sur leur évolution...

L'activité aux urgences est pourtant « presque programmable »

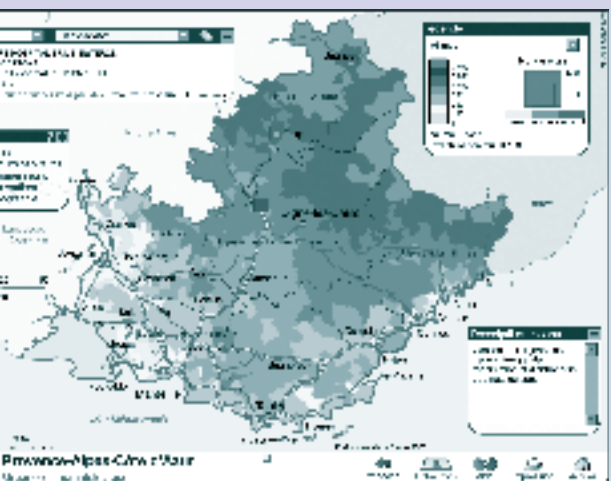
Les causes de l'engorgement sont maintenant bien identifiées, les conséquences redoutées, alors que l'activité des services d'urgences est presque programmable dans le temps.

En effet, les variations de volume d'une année à l'autre sont faibles. Lundi et vendredi en fin de matinée et fin d'après-midi (17-19 heures), ainsi que les mois d'hiver, sont des périodes bien connues pour leur suractivité dans les services d'urgences (source Orumip). Et pourtant, les sorties des malades des établissements, pour la plupart, restent fixées (« figées » ?) en début d'après-midi (14-15 heures)... et les hospitalisations dites « programmées », essentielles pour l'institution, demeurent le plus souvent concentrées sur les jours de début de semaine, sans véritable concertation préalable entre les différents responsables de services ou d'unités de soins d'hospitalisation, sans prendre en compte ces données temporelles d'activité du service d'urgences de leur établissement. Les programmes des blocs opératoires et des examens « externes » d'imagerie médicale sont élaborés, eux aussi, pour la plupart, sans prendre la mesure des indicateurs qui identifient ces jours de semaine pressentis pour connaître une suractivité aux urgences.

De son côté, l'organisation médicale des services d'urgences, en France, voit diminuer de façon globale la présence médicale après 18 ou 19 heures en semaine, les week-ends et jours fériés. Par ailleurs, des travaux récents de la MEAH menés auprès de huit services d'urgences volontaires semblent mettre en évidence



Le réseau « Télurgeo » en Nord-Pas-de-Calais



Un réseau de téléradiologie en Paca

Observatoire des réseaux de télésanté
www.observatoire-telesante.sante.gouv.fr



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

des différences significatives en termes de performance de temps de passage, qui seraient reliées à des modes d'organisation médicale raisonnés et anticipés (mise en place de protocoles de prise en charge, d'installation du patient, de contractualisation avec le laboratoire, le service d'imagerie, intervention d'équipes mobiles gériatriques...).

En plus de ses qualités de clinicien, le médecin des urgences doit faire preuve de qualité de chef d'équipe, de coordonnateur des soins et doit savoir installer le meilleur climat relationnel possible avec les autres dis-

ciplines de l'établissement. Ses qualités individuelles ont, à n'en pas douter, une influence déterminante dans la gestion des flux.

Les leviers à mobiliser

Pour résoudre ces problèmes d'engorgement parfois chroniques, il existe *grosso modo* deux logiques pour les acteurs de l'urgence :

- considérer que tout ce qui dysfonctionne aux urgences relève de la responsabilité de l'État, quel que soit le « diagnostic »... Ce « tout pouvoir » de l'État

Les projets de décrets concernant les services des urgences

Un important travail de concertation a été effectué au sein d'un groupe de professionnels* réunis de septembre 2002 à décembre 2004. Il a permis d'élaborer, dans la continuité de la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, des propositions de modifications des décrets actuellement applicables à l'activité d'accueil et de traitement des urgences. Ces modifications visent à donner un cadre réglementaire rénové et plus lisible à l'organisation de la prise en charge des urgences.

Ces projets de décrets vont dans le sens d'une vision globale et cohérente de la médecine d'urgences : figurent désormais sous une même activité de soins — « médecine d'urgences » — l'ensemble des missions assurées par les Samu, les Smur et les services d'urgences. Cette approche complémentaire, qui s'inscrit dans une démarche de qualité, permettra de soutenir la mise en place d'équipes communes qui exercent sur les trois champs de la médecine d'urgences : la régulation des appels aux Samu, l'intervention en Smur et la prise en charge des patients au service des urgences. Cette organisation permet en effet de maintenir un niveau de formation, d'activité et de compétence satisfaisant pour l'ensemble des médecins urgentistes. Elle optimise également la gestion des moyens médicaux. Elle permet enfin de développer une nouvelle

perspective d'activité diversifiée et de décloisonner les équipes pour la mise en place de procédures partagées et pour ainsi permettre des échanges de bonnes pratiques.

Par ailleurs, le nouveau dispositif est fondé sur une construction rénovée de la relation entre le service des urgences et son environnement, intra ou extra-hospitalier.

En premier lieu, l'amélioration du fonctionnement des services d'urgences passe par une meilleure articulation avec la médecine de ville et une organisation plus opérationnelle de l'accueil des patients, qui permette d'orienter immédiatement le patient vers la structure la plus adaptée à sa prise en charge (médecine de ville, maison médicale, consultations organisées au sein de l'hôpital...).

En second lieu, ces textes visent à mieux articuler les services d'urgences et les services d'hospitalisation de l'établissement, en remplaçant la prise en charge de l'urgence dans la mission de l'ensemble de l'établissement autorisé pour cette activité et non sur le seul service des urgences.

Pour nourrir cette réflexion, une « fiche de dysfonctionnements » sera mise en place dans chaque établissement accueillant des urgences. En s'inscrivant dans une démarche de recherche d'amélioration de la qualité des soins, l'exploitation de ces fiches permettra de recenser les principales difficultés rencontrées et d'y chercher des réponses.

En troisième lieu, le dispositif place l'urgence au cœur d'une organisation fondée sur les ressources mobilisables au sein du territoire de santé dans le cadre d'un réseau formalisé autour de l'établissement siège du service d'urgences. Ce réseau, qui associe les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux concernés, offre les compétences médicales et les capacités d'hospitalisation indispensables pour garantir une prise en charge de qualité, y compris en amont et en aval des urgences.

Enfin, le projet de décret prévoit des modalités de prise en charge spécifiques à certaines populations ou pathologies, pour lesquelles la qualité des soins implique qu'elle soit assurée directement par les services compétents et que le passage aux urgences soit ainsi évité. Dans cet esprit, le décret définit des modalités de prise en charge spécifiques et mieux adaptées concernant la pédiatrie, la gériatrie et la psychiatrie, mais aussi pour les urgences vitales, comme par exemple en matière d'accident vasculaire cérébral ou d'infarctus du myocarde ou encore de traumatisme crânien, pathologies pour lesquelles le délai d'intervention est essentiel. 📄

* Syndicats et sociétés savantes de médecine d'urgences, fédérations et conférences hospitalières, représentants des agences régionales de l'hospitalisation.

Solenne Barat
Sous-direction
de l'Organisation
du système de
soins, direction de
l'Hospitalisation et
de l'Offre de soins

confortant des professionnels dans l'impression qu'ils n'ont aucune responsabilité et sont dans une totale incapacité à proposer et à agir ;

- ou, avec discernement, faire la part de ce qui relève de l'État (les revendications n'en sont que plus pertinentes) et de ce qui dépend directement de leurs propres capacités de professionnels à résoudre leurs problèmes, en s'engageant à améliorer leur organisation.

Pour améliorer la gestion des flux, nous devons agir sur les points suivants :

- Poursuivre l'effort engagé en développant de nouvelles structures d'accueil : plus spacieuses, plus confortables, avec des agents d'accueil, des médiateurs... et pas seulement plus de médecins.

- L'organisation interne des établissements sièges de services d'urgences, sous la responsabilité du directeur et du président de la commission médicale d'établissement, doit prendre en compte les indicateurs d'activité des urgences, pour programmer les activités d'hospitalisation, chirurgicales, d'exams d'imagerie... Une véritable volonté doit s'afficher davantage que des déclarations de bonnes intentions.

- L'organisation des services d'urgences : l'effort pour renforcer les effectifs d'équipes en difficulté doit se poursuivre, mais il faut « optimiser le temps médical », avec de nouvelles organisations : modification des plages horaires médicales en fonction des pics d'activité, « mutualisation » des médecins du Smur (en dehors de leurs interventions) pour renforcer l'équipe des urgences. La constitution d'équipes médicales communes Samu/Smur/Urgences dans un même établissement, voire interétablissements, autorise cette mise en commun des moyens, et augmente donc le temps médical disponible pour le service d'urgences. Par ailleurs, il faut organiser dans nos services une répartition des flux en fonction de la durée prévisible de prise en charge des patients (prise

en charge « courte » : malades relevant de la permanence des soins, traumatologie sans gravité..., une autre pour les patients qui seront probablement hospitalisés ou pour ceux dont la durée de prise en charge estimée, dès l'accueil, sera plus longue, et une autre, bien sûr, spécifiquement réservée aux patients graves...) On peut ainsi légitimement espérer une diminution globale du délai d'attente.

- L'évaluation de nos pratiques cliniques doit rester un objectif essentiel pour répondre aux objectifs de performances diagnostiques et thérapeutiques, et améliorer la gestion des flux (nos collègues nord-américains affichent une durée de passage inférieure à 4 heures pour 33 % des patients admis, et ceux de Grande-Bretagne pour 77 %...). Cette évaluation doit nous conduire, afin de maintenir un bon niveau de pratiques, vers la formation continue bien sûr, mais aussi, et surtout, nous engager à participer à des séances d'entraînement, à des exercices de simulation (stages de pratiques, mannequins...).

Nous finissons de traverser actuellement une période relativement favorable, avoir du soleil pendant les vacances (sans canicule...), et des ressources supplémentaires pour renforcer nos équipes en difficulté... Et pourtant, certaines déclarations sous-entendent des discours catastrophistes sur le devenir de nos services d'urgences...

Tâchons de préserver autant que possible un acquis essentiel : la confiance de nos concitoyens dans nos services d'urgences, car elle est précieuse, et que l'on cesse de croire que tout peut nous être accordé... Laissons de côté cette crédulité et continuons à nous « retrousser les manches » avec tous nos collègues hospitaliers pour être prêts à répondre aux besoins de la population dans le domaine de la médecine d'urgences. 🇫🇷

Urgences pédiatriques Quelles spécificités ?

Un quart des urgences en France sont des urgences pédiatriques [9]. Les nourrissons de moins de 1 an ont recours aux urgences trois fois plus souvent que la population générale. Les moins de 6 ans représentent la moitié de la population pédiatrique vue en urgence. Ces quelques chiffres attestent du poids de la pédiatrie dans l'urgence et la demande de soins en urgence.

Les particularités liées à l'âge des patients, aux pathologies rencontrées, aux nombreuses demandes imposent une organisation spécifique de la prise en charge des situations urgentes en pédiatrie. Autre spécificité, l'urgence en pédiatrie concerne un trio : une

équipe médicale, un enfant et ses parents. Elle est toujours pour une famille une situation traumatisante et la qualité de l'accueil, la gestion de la souffrance physique et morale et la capacité à partager les informations doivent être des soucis permanents.

Spécificités organisationnelles

La circulaire Dhos/SDO du 20 mai 2003 établit une reconnaissance des urgences pédiatriques [16]. Elle pose comme préambule : « *les enfants¹ ont vocation à être pris en charge, chaque fois que cela est possible, et en*

1. Enfant ou adolescent de moins de 18 ans.

Pascal Le Roux
Pédiatre, chef du
Service des urgences
pédiatriques, groupe
hospitalier Le Havre

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