

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).

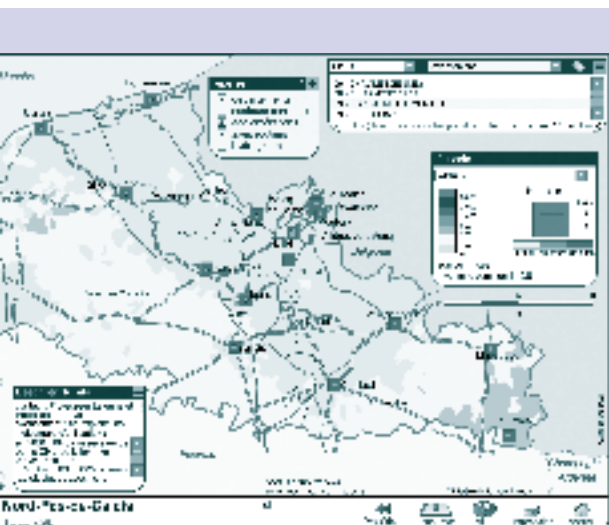
Par ailleurs, il est évident que l'augmentation du délai de prise en charge des enfants ou de patients présentant des troubles psychiatriques a une influence sur leur évolution...

L'activité aux urgences est pourtant « presque programmable »

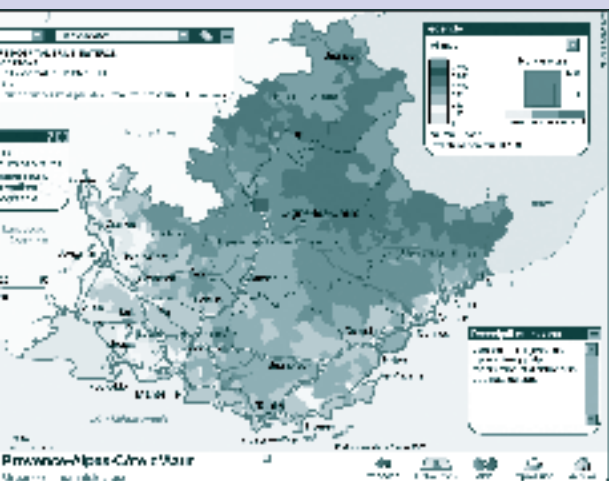
Les causes de l'engorgement sont maintenant bien identifiées, les conséquences redoutées, alors que l'activité des services d'urgences est presque programmable dans le temps.

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 « Télurge » 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.



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

particulier aux urgences, par un pédiatre et du personnel paramédical ayant une expérience dans l'accueil et la prise en charge des enfants». Elle définit trois niveaux d'intervention des établissements de santé en fonction de leurs moyens pédiatriques :

- établissement ne disposant pas de service de pédiatrie,

- établissement disposant d'un service de pédiatrie

- et établissement disposant de l'ensemble des ressources (service de pédiatrie médical et chirurgical, réanimation pédiatrique). Ce troisième niveau est souvent reconnu comme Posu² pédiatrique selon la nomenclature actuelle. Il fait l'objet de recommandations sur la prise en charge des urgences vitales et les caractéristiques des salles de « déchocage » [10].

Les projets modifiant les décrets relatifs à l'accueil et aux traitements des urgences intègrent cette hiérarchisation. Les exigences en termes de filière de soins, de locaux adaptés et individualisés ainsi que d'accueil des familles sont reconnues.

Les données démographiques concernant les pédiatres [26] et les chirurgiens pédiatres rendent indispensable une organisation intelligente en réseau avec les structures accueillant des adultes selon les particularités géographiques. Ce maillage en réseau est à établir dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) dans ses parties pédiatrie et urgences, grâce aux contrats relais (protocoles et procédures communes de prises en charge, évaluation des pratiques,...).

La création d'unités d'hospitalisation de courte durée aux urgences pédiatriques n'est réalisable que dans les grandes structures pédiatriques disposant d'effectifs médicaux et paramédicaux suffisants. Les travaux menés par le Colpège (Collège des pédiatres des hôpitaux généraux) montrent que, même sans individualisation d'unité fonctionnelle dédiée à l'urgence, la totalité des services de pédiatrie des hôpitaux généraux accueillent les urgences médicales en leur sein dans des locaux spécifiques ; pour les urgences chirurgicales, les prises en charge sont variables.

La circulaire de 2003 intègre l'accueil des « adolescents en crise ». Des organisations doivent être établies avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour permettre une réponse spécifique dans les situations d'urgence en santé mentale chez l'enfant et l'adolescent. Pour les situations de maltraitance et de sévices sexuels chez les mineurs, l'accueil dans les services de pédiatrie doit être organisé pour la réalisation des soins, l'élaboration des procédures médico-légales et l'hospitalisation dans les meilleures conditions.

Cette organisation planifiée n'exclut pas le rôle important de la médecine libérale. Une enquête « un jour donné », menée à Lyon, a montré que si les structures hospitalières reçoivent 6 à 18 % des consultations non programmées, les généralistes en assurent 65 à 74 % et les pédiatres libéraux 10 à 18 % [29]³. À ce titre, l'enseignement de la pédiatrie en situation d'urgence est à développer dans les cursus universitaires des

2. Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences.

3. Cette répartition ne recouvre cependant pas exactement celle des demandes de soins urgents puisqu'elle prend en compte toutes les consultations non prévues 24 heures à l'avance. Par ailleurs, Lyon a la spécificité d'avoir une garde pédiatrique libérale structurée.

figure 1

Moyenne horaire des passages sur un an au service des urgences pédiatriques, groupe hospitalier Le Havre (29 240 passages en 2003)

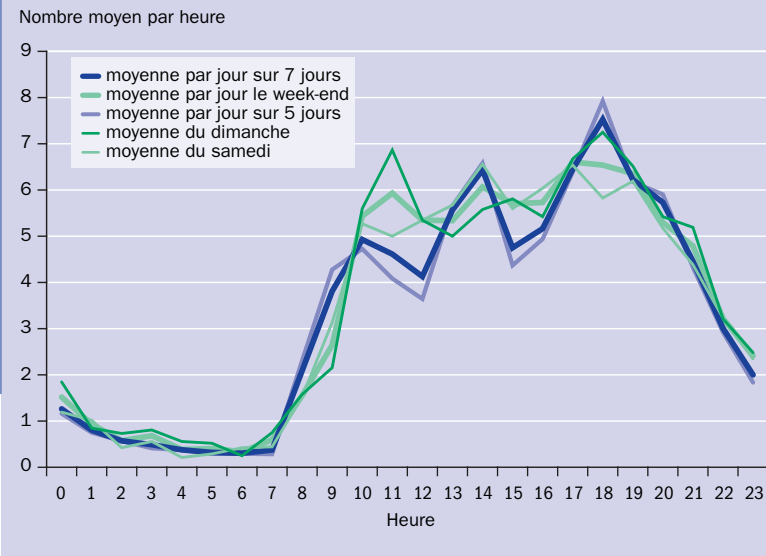
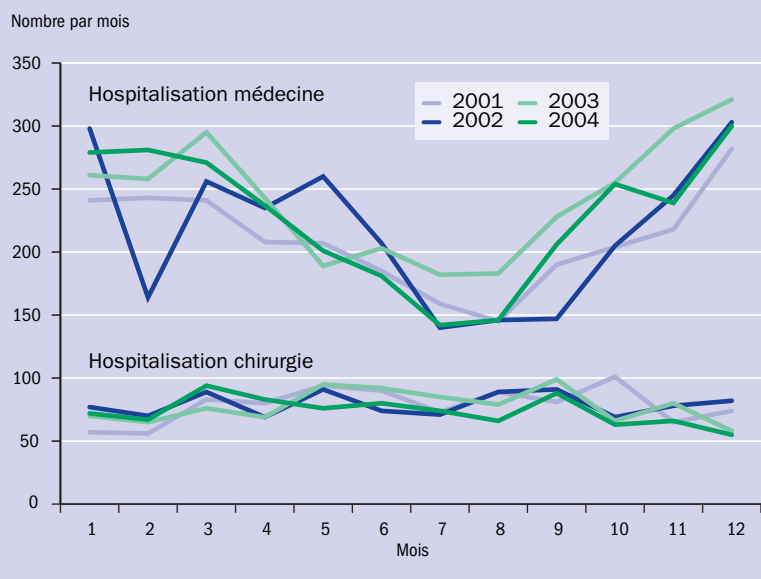


figure 2

Détail des hospitalisations médecine, chirurgie, service des urgences pédiatriques, groupe hospitalier Le Havre



futurs médecins généralistes à l'instar de ce qu'ont fait nos voisins québécois.

Demandes de soins et motifs

Les demandes de soins urgentes qui parviennent à l'hôpital se répartissent entre urgence réelle (ou ressentie) et mauvaise utilisation de l'offre de soins. Les services d'accueil et d'urgences pédiatriques sont désorganisés par les demandes de consultation, le soir, de parents après leur travail. Les faibles taux d'hospitalisation, inférieurs à 20 %, et même à 10 % chez les plus de 6 ans, montrent l'inadéquation de nombreux recours à l'hôpital [9]. En atteste également la faible part (5 %) chez les moins de 15 ans des situations classées 3 à 5⁴ dans la classification clinique des malades des urgences. Le recours direct aux services d'urgences est très fréquent (80 % des cas) tandis que l'adressage par un médecin est rare ; il est alors souvent suivi d'une hospitalisation [9]. De notre expérience, la mise en place des maisons médicales de garde élargit l'offre de soins mais ne « désengorge » pas les structures hospitalières. Il serait utile que les pédiatres participent aux comités départementaux de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins pour aider à la résolution de ce problème.

L'angoisse parentale représente environ un quart des motifs évoqués en premier lors de l'arrivée aux urgences [9, 29]. Elle est également un motif important de consultations téléphoniques en urgence [23]. Dans notre expérience, les demandes pour les moins de 1 mois sont surreprésentées par rapport à l'ensemble des moins de 6 ans. Elles ont lieu aux heures ouvrables des médecins libéraux et concernent souvent des questions de puériculture (conduite à tenir lors des difficultés d'allaitement, en cas de pleurs, définition du transit normal, de la température normale,...). À ce titre, les informations données en maternité sont essentielles. La diminution annoncée des durées de séjour des mères en maternité nécessite des actions de prévention fortes et coordonnées avec les pédiatres libéraux, les médecins généralistes, sans oublier les services de protection maternelle et infantile.

Chez les moins de 2 ans, les variations saisonnières des passages aux urgences sont liées aux pathologies virales respiratoires et digestives (bronchiolites, gastro-entérites). L'importance numérique de ces affections a conduit les services de pédiatrie à organiser des lits supplémentaires l'hiver et à favoriser la création de permanences de kinésithérapeutes libéraux en fin de semaine en période hivernale.

La fièvre est une situation clinique délicate et très fréquente chez les nourrissons aux urgences ; elle appelle un diagnostic précis et rapide et nécessite une bonne information des familles sur sa prise en charge.

Les douleurs abdominales représentent 15 à 20 % des motifs de consultation en urgence, pour lesquels


il importe de différencier pathologie chirurgicale (ex : appendicite) et cause médicale organique ou psychologique.

Chez les jeunes enfants, les accidents de la vie courante peuvent représenter jusqu'à 45 % de l'activité des services d'urgences médico-chirurgicales pédiatriques, *versus* environ 15 % chez les adultes. Parmi eux, les morsures d'animaux domestiques sont une préoccupation majeure, car quotidienne, et souvent lourde de conséquences fonctionnelles et esthétiques. Les services d'urgences jouent un rôle de sentinelle concernant les accidents de la vie courante pour l'Institut de veille sanitaire qui réalise en continu une surveillance de ces motifs de consultation (enquête EPAC, www.invs.fr). Ce travail permet l'élaboration de campagnes de prévention comme celle sur le port du casque et de protections pour la pratique de sports type rollers.

Chez les plus de 6 ans, les motifs de consultation en urgence sont majoritairement liés à la traumatologie, dont la prise en charge doit tenir compte des spécificités liées à la croissance de ces enfants. La pathologie infectieuse reste présente ; les pédiatres participent aux campagnes sur le bon usage des antibiotiques avec, par exemple, l'utilisation des tests de diagnostic rapide dans les angines.

En urgence, comme face à toute demande de soins, le pédiatre reste économe des examens complémentaires potentiellement source de douleurs pour l'enfant. La prise en charge de la douleur reste une priorité forte. De la même façon, le pédiatre prenant en charge un enfant ou un adolescent aura systématiquement un regard de surveillance sur le développement statur pondéral (dépistage de la surcharge pondérale), le calendrier vaccinal, les éventuels troubles comportementaux et scolaires évoqués par les parents et, si besoin, l'orientera vers son pédiatre référent et/ou la structure adaptée. Il s'attachera également à repérer les situations d'enfants en danger ou de maltraitance⁵ (vigilance accrue lors des consultations répétées quel que soit le motif).

Conclusion

L'urgence pédiatrique présente des spécificités dans l'organisation des soins et dans la pathologie rencontrée notamment du fait de sa dimension triangulaire enfant-parents-pédiatres et soignants formés à la pédiatrie. La mise en place des Sros de troisième génération fournit l'opportunité d'établir un maillage constructif et harmonieux au profit des enfants et adolescents en demande de soins en urgence. Quoi qu'il arrive, la situation de consultation non programmée doit systématiquement être mise à profit pour vérifier les paramètres de la santé de l'enfant (croissance, vaccinations, scolarité, harmonie familiale). 

5. Conférence de consensus organisée par la Société française de pédiatrie et la Société francophone de médecine d'urgences.

4. États graves ou susceptibles de s'aggraver.



Le patient âgé et les urgences

Claude Jeandel

Professeur de médecine interne-gériatrie, chef du Service de gériatrie-Centre de prévention et de traitement des maladies du vieillissement, CHU de Montpellier

Près de 30 % des patients accueillis au sein des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) sont âgés de 75 ans et plus. Ce chiffre peut paraître modéré, mais plus de 80 % d'entre eux nécessiteront une hospitalisation. La majorité des patients âgés de plus de 75 ans sont hospitalisés de manière non programmée via le service d'accueil et de traitement des urgences.

Si ce mode d'admission demeure adapté pour les patients âgés ou très âgés relevant d'une médecine de spécialité, elle est par contre reconnue inadaptée pour les patients gériatriques qui relèvent d'une prise en charge globale. La méconnaissance et non-prise en compte des spécificités du patient gériatrique (modes de présentation volontiers atypiques ou paucisymptomatiques, polyopathologies, décompensations en cascade, syndromes gériatriques) et la non-reconnaissance des situations de vulnérabilité exposent aux risques d'une décision erronée de non-hospitalisation, d'une mauvaise orientation du patient au sein de la structure hospitalière et finalement à un risque accru de ré-hospitalisation précoce. En outre, l'admission d'un patient âgé fragile au SAU expose à certaines conséquences pouvant résulter de la longueur du temps d'attente et de l'absence de compétence gériatrique. Les retentissements d'une immobilisation prolongée peuvent ainsi apparaître en quelques heures : déshydratation, rétention aiguë d'urine, fécalome, plaies de pression, syndrome confusionnel...

L'organisation optimale doit permettre d'assurer l'orientation la plus adaptée du patient gériatrique admis au service d'accueil et de traitement des urgences, et de faciliter les admissions directes en court séjour gériatrique. Un tel dispositif, préconisé dans la circulaire DHOS/02/DGS/SD 5 DN 2002-157 du 18 mars 2002, relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques, implique l'intervention d'unités mobiles de gériatrie au sein des SAU et le développement des services de court séjour gériatrique. Il doit également pouvoir s'appuyer sur des consultations et hospitalisations de jour gériatriques pluridisciplinaires pour les patients ne nécessitant pas une hospitalisation à temps complet.

L'unité mobile de gériatrie (UMG)

Les unités mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés hospitalisés en étroite collaboration avec les équipes hospitalières et les réseaux de soins. Elles aident les différents services ou structures de soins non gériatriques à prendre en charge et à orienter les malades âgés qu'ils accueillent. Ces équipes ont notamment pour mission de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la

personne âgée fragilisée dans l'ensemble des services de l'établissement et tout particulièrement dans les services d'accueil et de traitement des urgences. Elles contribuent à l'établissement du projet gérontologique du malade, à réduire les erreurs de filières et la durée globale d'hospitalisation. L'UMG met à la disposition des services une compétence spécifique auprès des personnes âgées hospitalisées. Elle joue un rôle de liaison entre les différentes structures gériatriques et les autres services hospitaliers. Elle devrait également à court terme assurer ce rôle de liaison avec les établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes (Ehpad), les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les intervenants au domicile.

L'intervention de l'unité mobile se fonde sur la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée. L'évaluation gériatrique standardisée est une approche globale de la personne âgée qui a fait la preuve de son efficacité en termes de diminution de la mortalité, d'institutionnalisation et de ré-hospitalisation précoce. Elle permet de poser les problèmes dans toutes leurs dimensions, médicales, fonctionnelles, psychologiques et sociales. Cette méthode utilise des outils validés en matière d'évaluation de l'autonomie, de la locomotion, des fonctions cognitives, des troubles de l'humeur, des risques de dénutrition, de chute ou de iatrogénie médicamenteuse.

L'activité d'unité mobile est assurée à l'aide de moyens spécifiquement alloués. L'unité mobile se compose au minimum d'une équipe pluridisciplinaire expérimentée, comportant un(e) gériatre, un(e) infirmier(e) et un secrétaire. La collaboration d'un(e) ergothérapeute et d'un(e) psychologue est nécessaire pour effectuer les évaluations fonctionnelles et psychométriques. Un contact doit souvent être pris avec l'assistante sociale du service en vue d'échanger les informations utiles pour proposer un projet de prise en charge post-hospitalisation. L'ensemble de l'équipe doit être formé aux techniques d'évaluation gériatrique.

Favoriser les filières courtes en s'appuyant sur le court séjour gériatrique

Le grand âge ne saurait constituer en soi un critère d'exclusion pour une admission en service de spécialité. Cependant les personnes âgées sont trop souvent admises dans ces services par défaut. Il importe donc de développer des unités de court séjour gériatrique destinées aux patients gériatriques et mieux adaptées à leurs besoins, c'est-à-dire à même d'apporter une approche globale, appropriée à leur polyopathologie et/ou à leur risque de dépendance. L'objectif est de favoriser les admissions directes en service de gériatrie,

chaque fois qu'une hospitalisation dans ce service est nécessaire, sans passage préalable par le service des urgences. Cette procédure représente un bénéfice tel pour le patient qu'il est impératif qu'elle soit offerte dans tous les services de court séjour gériatrique.

La capacité en lits du service de court séjour gériatrique et son organisation interne doivent permettre de concilier la gestion des flux d'admission en provenance des urgences et celui des admissions par la filière courte. Le service se fixera des objectifs chiffrés pour chacun de deux modes d'admission et tendra, progressivement, à privilégier la filière courte.

Toutefois, il reste des situations où le passage par le service des urgences ne peut être évité. C'est pourquoi il est indispensable d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dans ces services. L'objectif de doter à terme tous les établissements hospitaliers sièges d'un SAU d'un service de court séjour gériatrique devrait permettre aux médecins urgentistes de faire appel à l'intervention précoce d'un gériatre ou d'un membre de l'équipe mobile gériatrique. Celui-ci pourra ainsi procéder à une évaluation globale de l'état de santé du patient, souvent plus facile à réaliser au sein de l'unité d'hospitalisation de très courte durée (lits portes) qu'aux urgences même. Cette évaluation permettra de mieux orienter le patient. Des hospitalisations ou ré-hospitalisations pourront ainsi être évitées en organisant le retour à domicile du patient avec les aménagements et les aides nécessaires, éventuellement en faisant appel à un service d'hospitalisation à domicile, tout en proposant, si nécessaire, un rendez-vous à l'hôpital de jour pour une évaluation gériatrique plus complète. L'admission du patient dans un service de gériatrie de court séjour ou son admission précoce en soins


de suite et de réadaptation sera facilitée, lorsqu'elle s'avère nécessaire.

La consultation et l'hôpital de jour gériatriques

La consultation gériatrique est une consultation polyvalente assurant une expertise médicale et sociale s'appuyant en particulier sur une évaluation gériatologique afin de garantir une prise en charge et une orientation des plus adaptées.

L'hôpital de jour gériatrique est une structure indispensable qui permet de dispenser un diagnostic, des soins médicaux, un suivi psychogériatrique ou une rééducation-réadaptation adaptés, en minimisant la désinsertion socio-familiale du malade.

L'amélioration des conditions de l'accueil du patient gériatrique au service des urgences est conditionnée par :

- la présence de compétences gériatriques aux urgences, par le biais d'une équipe mobile de gériatrie dont l'objectif est, outre l'évaluation des patients gériatriques, d'impulser une sensibilisation et une formation gériatologique ;
- un secteur spécifiquement destiné aux patients gériatriques au sein des unités d'hospitalisation de courte durée dans les établissements à fort recrutement ;
- un nombre de lits de médecine aiguë gériatrique adapté aux besoins du bassin de population ;
- une filière gériatrique efficiente afin de réduire la durée moyenne de séjour et d'assurer un *turn-over* suffisant des patients gériatriques pris en charge dans les unités de court séjour gériatrique ;
- un réseau gériatrique ville-hôpital-Ehpad efficient, assurant entre autres des liens formalisés entre la filière gériatrique hospitalière et les Ehpad. 

Les urgences et après ?

Le problème de l'aval des services d'urgences

L'engorgement répété des services d'urgences ne peut être analysé qu'à travers une réflexion qui doit savoir distinguer les causes conjoncturelles (la canicule, les catastrophes naturelles en général, les épidémies hivernales...), des causes structurelles (l'organisation des hôpitaux et du système de soins, la permanence des soins et la régulation téléphonique du Centre 15, etc.). Très souvent, les deux phénomènes s'intriquent, venant encore compliquer la recherche de solutions alors nécessairement complexes. La maîtrise de l'amont (dans la limite de ses possibilités) est traitée dans d'autres articles de ce numéro et vise à organiser de la façon la plus rationnelle possible la fréquentation des services d'urgences. Au travers d'exemples simples et d'expériences récentes vécues plus ou moins par

tous les urgentistes de notre pays, ces quelques lignes n'ont d'autre ambition que de résumer la situation et de formuler quelques propositions concrètes.

Dans l'inconscient collectif (faites l'expérience autour de vous!), les urgences hospitalières reçoivent avant tout « les accidents de la route » et, d'une façon générale, la traumatologie, ce qui est loin de correspondre à la réalité. De ce point de vue, la série télévisée *Urgences* a probablement contribué de façon décisive à modifier cette image caricaturale et monolithique du monde des urgences.

Les flux de patients dans les services des urgences

Dans la réalité quotidienne, il faut distinguer trois grands flux qui font le quotidien de nos services, à l'origine de

Gilles Potel
Chef du service
des urgences,
SAU Nantes



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

besoins très différents en termes de structures d'aval, qui méritent d'être bien présents à l'esprit si l'on veut construire des solutions adaptées. Dans les hôpitaux à vocation généraliste, la distinction de ces trois flux a l'avantage de représenter des quantités à peu près équivalentes de patients.

Flux n° 1 : les adultes traumatisés

Il s'agit essentiellement de « petite » traumatologie : accidentologie routière, chutes sur la voie publique, rixes, traumatologie sportive, blessures domestiques etc. Certains de ces patients relèvent d'une prise en charge chirurgicale en urgence, mais pour 85 à 90 % d'entre eux, leur passage aux urgences est suivi d'un retour à domicile après les soins adaptés.

Flux n° 2 : la pédiatrie

Pour des parents inquiets, toute manifestation pathologique chez leur enfant est ressentie comme une urgence exigeant un recours médical immédiat qui rentre dans la mission des services d'urgences hospitaliers. Là encore, le service à fournir est principalement de l'ordre de la simple consultation, qui est suivie d'un retour à domicile dans 85 à 90 % des cas.

Flux n° 3 : les adultes non traumatisés

Il s'agit là d'une demande plus polyvalente dans sa nature, constituée essentiellement (mais pas seulement) de personnes âgées, atteintes d'affections chroniques déstabilisées (principalement cardiaques, neurologiques ou respiratoires) ou aiguës, et qui ont généralement fait l'objet d'une consultation préalable par un médecin généraliste qui les adresse aux urgences. Il faut y ajouter les urgences psychiatriques, et notamment les intoxications médicamenteuses volontaires, la pathologie liée à l'alcool, les urgences sociales, etc. Ce flux des adultes « non traumatisés » est à l'origine de la plus forte demande en lits d'hospitalisation en aval, proche de 50 % des patients admis.

Cette différence dans la nature des besoins en termes de structures d'aval trouve un écho très révélateur dans la mesure d'un indicateur : la durée moyenne de passage (DMP), qui est le temps moyen passé par les usagers sur le site de l'accueil des urgences... À Nantes, alors qu'il est de deux à trois heures pour les flux 1 (traumatologie adulte) et 2 (pédiatrie), il est de.... plus de huit heures trente pour les adultes non traumatisés. Si l'on tient compte du fait que « seulement » un peu moins de 50 % des patients du flux n° 3 requièrent une hospitalisation (un peu plus de 50 % ressortent rapidement après consultation), cette durée d'attente interminable (parfois jusqu'à 24 heures !) traduit la grande difficulté à trouver un lit à l'intérieur de l'hôpital pour les patients qui relèvent d'une hospitalisation.

Les solutions aux problèmes en aval des urgences

Trop souvent, un discours simplificateur conduit à la demande d'attribution de toujours plus de moyens pour les services d'urgences. Certains d'entre eux sont effectivement réellement sous-dotés en personnel (médical

et soignant), et sont fondés à réclamer un réajustement des moyens. En revanche, une observation attentive de la réalité met quasi constamment en lumière l'insuffisance de lits d'hospitalisation en aval de l'accueil, problème qui ne peut être résolu par l'augmentation des moyens médico-soignants sur la seule zone d'accueil.

Rechercher (et trouver) un lit permettant à un malade de quitter la zone d'accueil (qui est le goulot d'étranglement du système) suppose que le service des urgences ait la capacité de connaître en temps réel les lits disponibles et que les lits disponibles correspondent à la pathologie que présente le malade.

La recherche de lits dans l'hôpital

La circulaire du 16 avril 2003 prévoit que les services d'urgences connaissent la disponibilité des lits des services de soins de leur établissement. À ce jour, les systèmes de recherche existants permettent rarement d'en avoir une connaissance exacte en temps réel. La saturation des filières de soins, la compétition entre admissions programmées et non programmées, voire le manque de volonté de la part des services hospitaliers de donner ces informations en sont les principales raisons. Un ou deux pointages sont faits tous les jours par les services d'urgences pour connaître les lits disponibles dans les différents services de leur établissement. Les médecins, les cadres infirmiers et les infirmiers des urgences passent beaucoup de temps au téléphone pour trouver les lits d'aval. Les solutions dans ce domaine sont donc plus d'ordre organisationnel que liées à la dévolution de moyens supplémentaires.

La recherche de lits doit être faite précocement lors de la prise en charge des patients. Elle doit faire l'objet d'une organisation à l'intérieur même du service d'urgences. L'identification précoce des patients reprogrammables vers une consultation (spécialisée ou généraliste) après leur sortie doit faire l'objet de protocoles pré-établis et actualisés disponibles dans le service d'urgences. Pour les patients nécessitant une hospitalisation, le type d'hospitalisation nécessaire est souvent envisageable dès le début de l'examen médical, sans attendre le résultat des examens complémentaires. La fonction de coordinateur de l'aval (médecin et/ou soignant) doit être identifiée et développée à l'intérieur même des services d'urgences.

Enfin, le renseignement correct des bases d'information passe par :

- une formation du personnel des services d'aval, et sa sensibilisation à l'importance du problème ;
- des incitations professionnelles ;
- un contrôle. Les nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC) doivent faciliter le repérage des lits disponibles à l'intérieur de l'établissement de manière fiable, lisible et reproductible. Il s'agit d'un préalable indispensable à toute organisation de l'aval des urgences. À terme, la disponibilité en lits sur un territoire sanitaire (comprenant également les possibilités du secteur privé) devra être également

visible, par l'interconnexion des données des établissements.

Les lits disponibles doivent correspondre aux besoins

L'engorgement chronique des services d'urgences n'est pas seulement lié à l'insuffisance quantitative de lits d'aval (le nombre de lits de court séjour par million d'habitants varie d'ailleurs pratiquement du simple au double d'une région à l'autre pour des raisons totalement incompréhensibles!) mais aussi à l'inadéquation croissante entre la demande de soins qui s'exprime dans les structures d'urgence et l'offre d'aval.

Cette inadéquation atteint son paroxysme dans les grands centres hospitaliers, où la participation de nombreux services à des activités de référence de plus en plus spécialisées et programmées est de moins en moins compatible avec l'activité des services d'urgences, par nature plus polyvalente et non programmée. Le flux entrant continu des services d'urgences est en opposition avec un fonctionnement hospitalier progressivement (et de plus en plus) discontinu : en fin de semaine (du vendredi soir au lundi matin), non seulement on assiste à la fermeture des unités de semaine, mais de plus aucune décision médicale concernant la sortie des patients n'est prise dans les services traditionnels. Les urgences deviennent donc un cul-de-sac pour tous les patients qui relèvent d'une hospitalisation, en dehors de ceux présentant une défaillance d'organe unique pour lesquels une permanence effective des soins existe sur le site de l'hôpital (infarctus du myocarde, intervention chirurgicale ou obstétricale d'urgence, etc.). Les autres, et notamment les personnes âgées polypathologiques (qui représentent plus de la moitié des besoins en lits), relèvent d'une structure beaucoup plus polyvalente. Le problème est que les services à vocation généraliste ont peu à peu disparu des grands hôpitaux, remplacés par des services spécialisés, créés au rythme de l'apparition de nouvelles spécialités ou sous-spécialités médicales ou chirurgicales. L'heure est donc à la création ou au développement de services de médecine à vocation polyvalente. Plusieurs expériences menées en CHU ou dans les hôpitaux généraux peuvent témoigner dès aujourd'hui de l'efficacité de tels services (Nantes, Nice, Caen, Clermont-Ferrand, Créteil, Le Mans, La Roche-sur-Yon, Lorient et d'autres). La question de savoir quelles disciplines (au sens universitaire du terme) doivent prendre en charge de telles unités n'est pas prioritaire. En revanche, ces unités doivent répondre à un cahier des charges récemment précisé par un groupe de travail de la Société francophone de médecine d'urgences, incluant notamment une participation de leurs praticiens au fonctionnement des urgences, un recrutement quasi exclusif à partir du service d'urgences, un fonctionnement « seniorisé » au maximum, et une visite les samedi et dimanche matins avec possibilité de faire sortir des patients ces jours-là. À l'heure de la tarification à l'activité (T2A), de tels services, dont les durées moyennes de séjour sont

raccourcies, sont particulièrement rentables pour les établissements. Dans de nombreux hôpitaux, certains services spécialisés ont un taux d'occupation faible (des taux inférieurs à 70 % ne sont pas rares!), alors que les services à vocation polyvalente ont des taux d'occupation fréquemment supérieurs à... 100 % (par le jeu de l'installation de lits supplémentaires, voire de l'hébergement de patients de médecine... dans des lits de chirurgie). Il faudra un jour trouver le courage dans les établissements de se pencher sur ce problème de l'inadéquation entre la nature de la demande s'exprimant dans les services d'urgences et le maintien d'une offre spécialisée ne remplissant pas les lits!

Conclusion

Notre système hospitalier a vieilli. Ses capacités d'adaptation à des besoins qui changent sont limitées. Nos facultés de médecine forment des praticiens dont les compétences ne correspondent pas suffisamment aux besoins de la population. L'hyper-spécialisation, si elle est nécessaire au maintien d'un haut niveau de soins, doit venir en complément d'une offre de soins polyvalents et non programmés, correspondant à une demande qui s'exprime dans les services d'urgences. Le temps n'est plus à la réflexion, mais à l'action... urgente, faute de quoi les explosions conjoncturelles (saisonnnières ou non) vont se multiplier, avec pour théâtre les services d'urgences, toujours plus encombrés... et plus désespérés. 