



## 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](http://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](http://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).

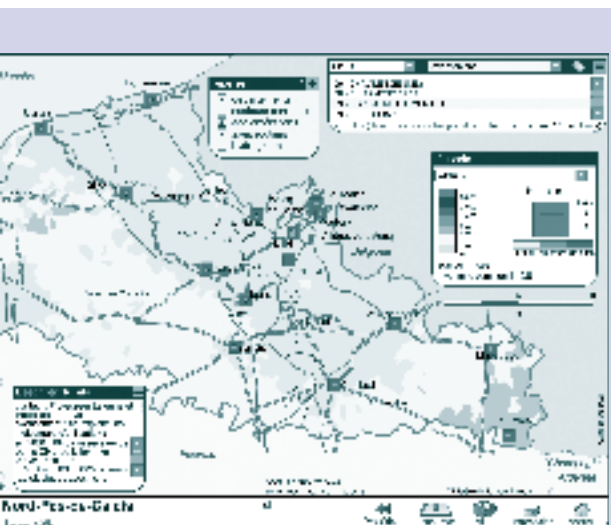
Par ailleurs, il est évident que l'augmentation du délai de prise en charge des enfants ou de patients présentant des troubles psychiatriques a une influence sur leur évolution...

### L'activité aux urgences est pourtant « presque programmable »

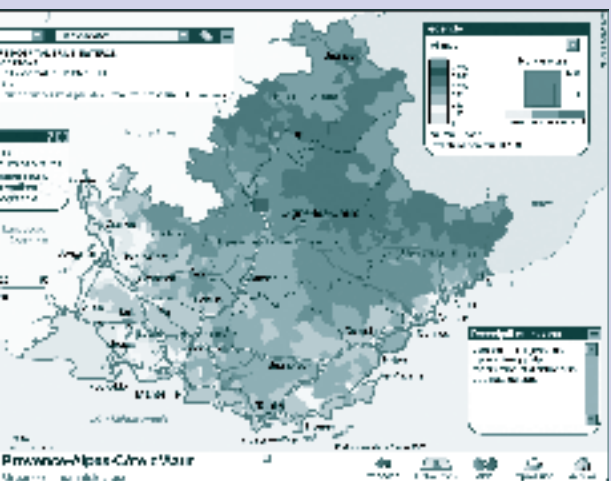
Les causes de l'engorgement sont maintenant bien identifiées, les conséquences redoutées, alors que l'activité des services d'urgences est presque programmable dans le temps.

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](http://www.observatoire-telesante.sante.gouv.fr)