



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