

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. 