

**RAPPORT DES GROUPES DE TRAVAIL
SUR LES URGENCES**

INTRODUCTION

Les conclusions qui vont être présentées dans ce document résultent des travaux des groupes de réflexion sur les urgences qui ont été constitués en mars 2001 dans le cadre de l'application des protocoles des 13 et 14 mars 2000.

La composition de ces groupes associait les organisations syndicales signataires des deux protocoles, représentant les personnels hospitaliers non médicaux et les personnels hospitaliers médicaux, des représentants du ministère de l'Emploi et de la Solidarité ainsi que des représentants d'autres institutions (fédérations d'établissements publics ou participant au service public, Ordre des Médecins, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Conférences des doyens, directeurs d'agence, directeurs d'établissements, présidents de Commission Médicale d'Etablissement). Les organisations représentatives des Médecins Libéraux ont également été conviées aux travaux du groupe dont la mission était de réfléchir à la complémentarité dans la prise en charge des « urgences » entre la médecine libérale et la médecine hospitalière.

L'origine même de ces groupes et leur composition centraient donc les travaux sur la mission des établissements hospitaliers dans la prise en charge des « urgences », même s'il est malaisé d'isoler cette problématique de l'environnement général, c'est-à-dire de l'ensemble de l'offre de soins. Toutefois la réflexion nécessaire sur l'articulation entre la permanence des soins assurée par la médecine libérale et en particulier la garde médicale libérale d'une part et la mission d'accueil et de prise en charge des « urgences » par les hôpitaux d'autre part, ne donnait aucune légitimité aux groupes de travail pour faire quelque recommandation que ce soit sur l'organisation de la médecine de ville hors du champ de la complémentarité rappelé ci-dessus.

Il est important de rappeler cette origine des travaux et leur fondement contractuel pour ne pas encourir une critique d'hospitalo-centrisme, alors que le souci méthodologique central a été de ne pas amener des hospitaliers à interférer dans l'organisation de l'offre de soins extrahospitalière à la place de ses représentants légitimes dès lors que l'action et l'organisation des deux secteurs ne s'interpénétraient pas.

La difficulté méthodologique est en réalité fondée sur l'extrême ambiguïté de la notion d'urgence. Le fait que dans diverses instances officielles de réflexion, l'accent ait été mis sur les appellations rend bien compte de la difficulté à cerner la notion. L'usage d'expressions telles qu' « urgences ressenties » ou « demandes de soins non programmés » immédiatement contesté par tel ou tel partenaire illustre le caractère flou de la notion sur laquelle on tente de réfléchir.

I) ETAT DES LIEUX

Un essai de typologie.

Les deux groupes de travail ont aisément trouvé un consensus sur une typologie des besoins de soins exprimés en urgence.

D'abord, l'urgence où le pronostic vital est engagé et qui exige, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention immédiate de moyens médicalisés lourds de type S.M.U.R. avec ses partenaires éventuels et en particulier les services d'incendie et de secours.

Ensuite, l'urgence de la « demi-heure », qui appelle dans ce délai la présence d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir. Là où ils existent, les associations ou les réseaux de médecins formés à l'urgence ont capacité à couvrir ce type de besoin, en coordination avec la structure de l'aide médicale urgente et des autres moyens qu'elle peut, le cas échéant, mobiliser.

Troisième besoin de soins exprimé en urgence : la situation qui appelle dans un délai relativement rapide, mais non immédiat, la présence d'un médecin. Cette demande relève prioritairement de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux.

Quatrième demande : le conseil. Il faut distinguer ce besoin de la simple demande de renseignement (pharmacie de garde, interprétation d'un résultat de biologie, etc.). Il s'agit d'une part de plus en plus prépondérante tant des appels aux médecins généralistes et urgentistes qu'aux S.A.M.U./Centre 15 : cette mission contribue souvent à réorienter ce qui est ressenti comme une urgence vers une programmation des soins ou une dédramatisation du ressenti du patient ou de sa famille.

Ces divers besoins exprimés, même si l'on ne prend en compte que les trois premières catégories, sont évidemment extrêmement hétérogènes quant à leur degré réel d'urgence et quant aux moyens qu'ils appellent. Les groupes de travail ont essayé d'en cerner la réalité.

Essai de mesure des actes demandés en urgence.

En 1999, dans les 565 établissements ayant un ou plusieurs services d'urgences (740 au total), le nombre de passages a été de 12,34 millions dont plus de 90% dans les hôpitaux publics soit 11,3 millions de passages. Le nombre de passages rapporté à la population est en moyenne de 18,4 %, la différence sensible entre régions n'apparaissant pas corrélée avec la démographie médicale.

L'accroissement du nombre de passages aux urgences est important : + 43 % de 1990 à 1998, soit un taux annuel de + 4,6 %. Cet accroissement est de 8,6 % pour les enfants. Or, pendant la même période, le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences n'a crû que de 1 % par an. La cause principale d'accroissement de l'activité vient donc d'actes non programmés réalisés en ambulatoire, ce qui ne constitue pas pour autant un jugement sur leur caractère d'urgence, ni de l'activité et des hospitalisations réalisées à l'UHCD, et qui ne sont pas répertoriées en journées d'hospitalisation MCO.

Parmi l'ensemble des passages en 1998, moins d'un tiers (29,32 % soit 3,4 millions de passage) a donné lieu à hospitalisation avec des variations significatives selon les régions. Des études ponctuelles montrent que près de la moitié des recours aux urgences sont dus à des problèmes de traumatologie (contre 6 à 8 % à des problèmes cardio-vasculaires).

En regard, les actes « demandés en urgence » aux médecins libéraux sont au nombre de 41 millions par an. La réponse donnée permet toutefois de relativiser la notion d'urgence : 15 millions sont traités sans attente, plus de 13 millions sont effectués rapidement mais en temps différé, 12 millions environ sont reprogrammés. Ces chiffres comprennent les actes réellement effectués et non les conseils par téléphone.

Au total, ce sont donc 53 millions d'actes qui sont demandés en urgence et 41 millions sont réalisés sans programmation. Le problème de fond est donc de bien coordonner l'offre de soins qui répondra à cette demande de façon à éviter des inadéquations dangereuses ou coûteuses.

Le portail d'entrée

Aujourd'hui le patient (ou sa famille) devant un besoin de soins vécu comme urgent a l'initiative de « choisir » dans une certaine mesure la réponse qu'il attend :

- appel à son médecin traitant ou au médecin de garde qui lui aura été indiqué par tout moyen (répondeur, journal, etc.)
- appel, là où elles existent, à une structure ou association de médecins urgentistes
- appel au Centre 15
- venue spontanée dans un service d'urgences

Dans les trois premiers cas, il y a information téléphonique et le cas échéant possibilité de réorienter la demande ou, pour le moins, de gérer celle-ci. Le recours aux urgences, sur le seul choix du patient, va entraîner obligatoirement une prise en charge même succincte dans tous les cas, y compris lorsque l'urgence n'est finalement pas avérée ou que d'autres solutions, moins lourdes étaient possibles.

Le recours de plus en plus fréquent aux services d'urgences (publics mais aussi privés là où ils existent) a fait l'objet de nombreuses analyses. Le groupe de travail n'a pas cherché à établir des responsabilités. Il a constaté que le nombre de passages avait augmenté considérablement, notamment pour des actes qui ne nécessitent pas d'hospitalisation. La facilité du recours, une certaine impression de gratuité, ont sans doute poussé les patients à cette attitude. Dans le même temps, les difficultés de fonctionnement des urgences ont provoqué des demandes de renfort qualitatif et quantitatif de moyens, notamment la séniorisation médicale. En s'adaptant (même avec retard et difficulté) à la demande des patients, les services d'urgences ont incontestablement permis à la demande de se développer.

Mais l'élément qui paraît important et qui a été mis en évidence par des études, notamment un travail conjoint de l'U.R.M.L., de l'A.R.H. et de l'U.R.C.A.M. de Poitou-Charentes, et souligné par plusieurs partenaires participant au groupe de travail, est l'anticipation par le patient du besoin de recours au plateau technique : on choisit d'aller aux urgences parce que l'on pense que des examens complémentaires seront nécessaires, notamment des actes d'imagerie, et qu'ils seront effectués dans la continuité même au prix de temps d'attente. Or dans près de 80 % des cas cette anticipation est fondée. Ce fait devra être pris en compte dans l'élaboration de toute solution nouvelle.

Par ailleurs le groupe a relevé que l'organisation des gardes médicales dans le cadre du code de déontologie connaît un certain nombre de défaillances, même si la situation est très diverse selon les régions et entre milieu rural et milieu très urbanisé. Le groupe n'a pas à se prononcer sur des responsabilités mais il lui appartient de constater qu'une certaine évolution des urgences hospitalières et celle des gardes médicales de ville (généralistes et spécialistes)

voire le développement, dans les villes d'une certaine importance, des associations d'urgentistes a créé une nouvelle situation qui appelle des initiatives et des coordinations. La recherche des causes ne doit toutefois pas être ignorée pour y porter remède. Parmi de nombreuses considérations, il en est plusieurs qui doivent être prises en compte. D'abord les problèmes de sécurité que les professionnels rencontrent dans certains secteurs durant leurs gardes doivent trouver des solutions (diminutions des visites au profit des consultations en cabinet de garde, accompagnement dans les déplacements, etc.). Ensuite, une information partagée entre le médecin traitant et l'hôpital permettrait une prise en charge plus cohérente du patient. Enfin, la visite à domicile doit rester possible lorsqu'elle est médicalement justifiée.

Enfin une information, voire une éducation de la population dans ses choix des filières de soins, permettrait une meilleure coordination de l'offre de soins et une prise en charge ciblée.

II) COORDONNER L'OFFRE DE SOINS

Le schéma de travail prévu à l'origine organisait la réflexion sur « les urgences pré hospitalières » ; cette notion est discutable. En réalité, de nombreux acteurs concourent à la prise en charge des demandes de soins ressentis comme urgents et dans la majorité des cas (cf. les chiffres cités supra) ceux-ci, même si la nature en est très hétérogène, sont assurés en dehors de l'hôpital : l'organisation de ce secteur relève des relations conventionnelles entre les professionnels concernés et les organismes de sécurité sociale sous le contrôle de l'Etat. Le groupe, constitué sur la base des protocoles avec des représentants de personnels hospitaliers, ne peut donc se préoccuper que des organisations qui inter réagissent avec la mission de l'hôpital ou qui appellent une coordination.

Valoriser la garde médicale libérale, organiser la disponibilité des autres professionnels et coordonner avec l'aide médicale urgente

Les groupes de travail ont jugé indispensable que le principe de permanence des soins s'exprime notamment par l'existence de systèmes de gardes médicales libérales, couvrant l'ensemble du territoire et organisés tant pour les généralistes que les spécialistes. Les défaillances déjà relevées dans certaines villes pourraient s'aggraver demain du fait de la démographie médicale dans les zones rurales ou semi-rurales, alors qu'à ce jour ce dispositif reste très présent. Il en résulterait un déséquilibre dans l'offre de soins et des problèmes graves d'accessibilité. L'Ordre des Médecins et plusieurs représentants des syndicats de médecins libéraux ont souligné que l'obligation résultant du code de déontologie est à la fois imprécise dans sa portée et dépassée dans la pratique. Le groupe n'a pas à s'immiscer dans la définition des organisations qui doivent être le fait des professionnels concernés, mais il souligne la nécessité de reconnaître au plan de la loi ou du règlement l'intérêt public qui s'attache à l'existence, à l'effectivité et à l'efficacité d'un système de gardes médicales libérales couvrant la totalité du pays pour que l'hôpital se recentre bien sur ses missions

principales. Toutefois, l'institutionnalisation de la mission de permanence de soins doit se faire dans tous les domaines de la filière. Elle doit progressivement s'étendre, au-delà des médecins et personnels médicaux, à d'autres professionnels de santé : infirmières, kinésithérapeutes, biologistes, pharmaciens, ambulanciers, chirurgiens-dentistes, etc. ainsi qu'aux professionnels médico-sociaux dont la capacité d'intervention précoce conditionne un retour ou un maintien dans le milieu de vie traditionnel ou la recherche d'une nouvelle solution de vie.

Ce système de garde libérale doit avoir pour fin de répondre aux besoins de soins urgents exprimés par la population dans le cadre de la mission normale de la médecine de ville. C'est pourquoi une coordination départementale, et demain peut-être régionale, devra être mise sur pied entre la médecine libérale et l'ensemble des acteurs concourant à l'aide médicale urgente. Ce travail, qui respecterait la liberté de chacun pour s'organiser mais évaluerait les besoins de permanence de soins par profession et par spécialité, pourrait être confié à un Comité de l'Aide Médicale Urgente, de la Garde Libérale et des Transports Sanitaires, dont les missions seraient étendues et la composition revue pour une représentativité effective de tous les professionnels concernés.

Ce CoDAMU rénové pourrait avoir mission d'agréeer les modes d'organisation proposés par les professionnels de santé, au regard de l'évaluation des besoins. Dans ce but, les Ordres et organisations professionnels communiquent au CoDAMU la liste de leurs membres non dispensés de garde. En cas de carence des professionnels, le Préfet pourrait demander aux Ordres, ou à défaut à la D.D.A.S.S., de se substituer aux professionnels pour l'organisation de la réponse.

L'agrément par le CoDAMU de l'organisation de garde mise en place par les professionnels permettrait l'utilisation d'une nomenclature spécifique de la permanence de soins qui sera à revoir dans le cadre conventionnel. Une telle négociation doit prendre en compte le souci à la fois d'organiser une réponse exhaustive aux besoins urgents de soins manifestés par la population mais aussi de préserver, en évitant tout effet pervers, l'offre de soins et tous les acteurs qui aujourd'hui y concourent, et de la renforcer.

Cette coordination, après évaluation précise des besoins, de la réponse à l'urgence appelle un mode d'emploi clair pour la population. Il conviendra d'informer de façon simple : la règle habituelle est celle du premier recours au médecin traitant, à défaut au système de garde, en cas d'urgence grave au 15/112. L'étude de l'évolution prévisible de ces systèmes d'appel (notamment au regard des directives européennes) devra faire l'objet d'une large concertation associant toutes les parties concernées.

L'ensemble de ce dispositif doit favoriser l'émergence d'un travail en réseau sur le terrain. Ce choix implique :

- la recomposition des CoDAMU avec entrée des autres professions de santé primaires du secteur ambulatoire
- la création d'un comité national de l'aide médicale urgente, lieu de rencontre des professionnels et d'élaboration des politiques nationales. Dans un premier temps, la transformation des actuels groupes de travail en comité de suivi permettrait de remplir ce rôle
- l'incitation, à partir des systèmes de permanence de soins, à la création de réseaux d'aide médicale urgente avec les partenaires hospitaliers et les Services Départementaux d'Incendie et de Secours sur le modèle des conventions quadripartites (circulaire du 2 février 1996).

Encourager des expériences innovantes

Diverses expériences ont été lancées pour apporter une réponse adaptée aux besoins urgents de soins. Plusieurs sont en cours d'évaluation. Celles qui paraîtront pertinentes en terme de service réellement rendu et de coût, mais aussi de coordination avec les dispositifs sociaux et médico-sociaux devront faire l'objet d'une large diffusion auprès des Agences Régionales de l'Hospitalisation pour servir à la réflexion sur les SROS de 3^e génération.

Parmi les expériences innovantes, le groupe souligne l'intérêt de la maison médicale de garde qui doit être considérée comme l'un des modes possibles d'organisation : elle peut permettre un regroupement fonctionnel des systèmes de garde des différentes professions, en liaison avec les structures hospitalières publiques ou privées de façon à éviter tout doublon, notamment en matière de plateau technique, en organisant une véritable complémentarité et non une structure surajoutée à un dispositif déjà complexe.

Le groupe de travail note que des « maisons médicales de garde » ont été mises en place dans plusieurs villes avec des financements du FASQSV, sur des fonds non pérennes. Il estime que le financement de la garde médicale libérale devrait faire l'objet d'une réactualisation afin de s'adapter aux nouveaux modes d'organisation, sauf à créer des inégalités qui risquent de déstabiliser les gardes et organisations existantes pourtant fonctionnelles. Il n'entre toutefois pas dans son champ de compétence d'aller plus avant dans les propositions à cet égard, mais il souligne l'urgence de cette problématique.

III – L'URGENCE DANS L'HOPITAL

Le groupe de travail sur les centres 15 / SAMU / SMUR / SDIS / transports sanitaires ne s'est pas encore réuni dans l'attente des négociations qui sont menées depuis le printemps 2001. Aucune proposition particulière n'est donc faite même si les complémentarités et l'organisation dans ce domaine appellent des innovations.

Le seul problème abordé par les groupes de travail a été le mode de régulation des appels dans le cadre d'un ensemble coordonné entre médecine de ville, médecine hospitalière et autres intervenants, à travers le CODAMU. La transformation des centres 15 en centre d'appel « santé » qui est une des solutions, poserait des problèmes de moyens, de logistique et sans doute d'efficacité. Pourvu qu'il y ait coordination dans la mise en œuvre, le maintien d'appels 10 chiffres pour la garde médicale à côté du 15 est possible. Des solutions différentes peuvent toutefois être adoptées selon les départements notamment dans l'attente d'une éventuelle unification des systèmes d'appel d'urgence sur le 112 à l'échelle européenne.

L'évolution prévisible des services d'urgences

Quelles que soient les modes d'organisations qui peuvent être mis en place pour prendre en charge des patients hors l'hôpital, le groupe estime qu'il serait peu réaliste d'escompter une baisse massive de la fréquentation des services d'urgence. On peut toutefois espérer une évolution freinée par une organisation plus structurée et une sensibilisation accrue du public.

Par ailleurs, on ne saurait exclure que l'évolution à la baisse de la démographie médicale et des prises en charges hospitalières affaiblissent un certain nombre d'UPATOUs. A tout le moins, une définition serrée, précise et protocolisée (par le biais des contrats – relais avec les SAU) de leurs missions pourra avoir pour effet de reporter vers les services d'accueil des urgences d'hôpitaux plus importants un certain flux de patients. Même si ce phénomène n'est pas avéré et encore moins mesuré, on ne saurait l'exclure : il faut donc évaluer ces évolutions qui devront être prise en compte dans les SROS.

A ce stade doit être évoquée la question des missions et des moyens. La mission précise des services d'urgences a été une problématique récurrente des travaux du groupe. Or cette définition est par nature très générale : toute personne qui n'a pas pu ou pas voulu avoir recours à un autre acteur et se présente aux urgences doit être accueillie et prise en charge. De ce fait, l'organisation précise et écrite des filières en aval est évidemment déterminante. L'admission directe dans les services de spécialités de patients préalablement diagnostiqués, doit être développée. L'observation des urgences et le recollement des données (sous la forme d'un observatoire régional comme en Midi-Pyrénées ou autre) sont à promouvoir pour définir à bon escient de nouvelles prises en charge ou de nouvelles filières dans le cadre de la planification régionale ou de la stratégie des établissements.

La question des moyens est non moins récurrente. Chacun convient que des avancées importantes ont eu lieu. Il est indispensable de terminer l'effort pour mettre aux normes les structures qui ne le sont pas encore.

Le groupe de travail enfin a considéré comme acquise la reconnaissance de la spécialité de médecine d'urgence à travers la création d'un DESC. Ce point n'a pas seulement pour but de conférer un statut mais d'être une garantie d'organisation. Quand un patient se présente aux urgences, il est pris en charge par un médecin spécialiste qui va décider d'une stratégie de soins, laquelle peut faire appel en tant que de besoin à tel ou tel spécialiste qui devra être disponible soit par présence sur place soit par tout moyen approprié et évalué (astreinte, télé-médecine, etc...)

La qualité de l'accueil et de la prise en charge, la capacité à gérer le stress et l'agressivité des patients et des familles, la maîtrise de la technicité croissante, la connaissance de la structure complexe des réseaux au centre desquels se situe le service des urgences appellent une politique adaptée et spécifique de formation du personnel médical, paramédical, social et administratif avec une approche systématiquement pluri-professionnelle. Il serait souhaitable que plus qu'ailleurs, le conseil de service ou de département de médecine d'urgence se saisissent de ces questions et qu'il participe activement à l'élaboration de la politique de formation.

Les filières spécifiques

Le groupe a considéré que dans 4 domaines au moins, la prise en charge devrait faire l'objet d'une organisation spécifique. Le but est d'initier très tôt (en disposant des moyens mais plus encore des hommes – ressources indispensables et travaillant en réseau) une démarche de soins qui, en égard à la spécificité du patient, n'occasionne pas de perte de chance. Il ne s'agit pas seulement de pouvoir compter sur la mobilisation du spécialiste, mais bien de mettre en route une démarche et, le cas échéant, une équipe pluridisciplinaire et une filière d'aval. Ces quatre domaines sont :

- L'accueil et la prise en charge de l'enfant
- L'accueil et la prise en charge du malade psychiatrique
- L'accueil et la prise en charge de la personne âgée

- L'accueil et la prise en charge des démunis

Pour ne pas alourdir le texte, ces quatre points ont fait l'objet de fiches particulières de recommandations qu'on trouvera en annexe. D'autres filières peuvent être définies.

Les malades pouvant s'intégrer dans une filière de prise en charge spécifique (psychiatrie, gériatrie, pédiatrie, alcoolisme) devront y être intégrés de façon la plus précoce possible.

Cette exigence est supportée par deux arguments :

- Une inopportunité d'admission dans les services de médecine ou de chirurgie, les malades ne nécessitant pas une prise en charge spécialisée
- Un souci de qualité : il a été démontré notamment en gériatrie et en pédiatrie qu'une prise en charge spécialisée précoce améliorerait le pronostic et diminuait l'hospitalisation.

De même pour l'alcoolisme il faut essayer d'éviter les hospitalisations itératives pour dégrisement et mettre en place une prise en charge, non pas uniquement symptomatique, mais établie dans la durée grâce à un réseau dans et hors l'hôpital.

Les Unités d'Hospitalisation de Courte Durée pourraient jouer à ce propos un rôle essentiel : dans l'espace temps de 24H. Elles peuvent permettre une collaboration entre le médecin urgentiste responsable de l'unité et un représentant de la filière de soins considérée. Ce dernier doit être disponible au niveau des services d'urgences de façon quotidienne et ne doit pas être seulement porteur d'un avis spécialisé mais également, en concertation avec le médecin urgentiste, acteur et décideur de la filière de soins concernée.

La capacité permanente d'un recours à une assistante sociale et la disponibilité des services sociaux des collectivités territoriales doivent être assurées dans une coopération la plus large possible permettant un retour à domicile précoce avec l'entourage social nécessaire, ou la recherche rapide d'une solution de vie adaptée.

La reconnaissance de la mission d'accueil des urgences par l'ensemble de l'hôpital

Trop souvent les patients arrivant aux urgences sont considérés comme le problème du seul service des urgences.

Les services spécialisés ont en effet quelquefois tendance à considérer que ceux qui leur sont alors confiés viennent perturber le fonctionnement normal du service avec sa programmation et ses malades adressés par des confrères.

Or l'accueil des urgences est l'une des missions importantes de l'institution tout entière. A ce titre, il est indispensable que le projet médical, le projet du service de soins infirmiers et le projet d'établissement intègrent cette dimension à l'échelle du fonctionnement de l'ensemble de l'hôpital. Et le groupe de travail recommande que les ARH soient sensibilisées sur ce point et qu'elles y veillent notamment à travers les contrats d'objectifs et de moyens.

Commission des admissions non programmées ou Comité de gestion et d'évaluation de la prise en charge hospitalière des malades non programmés

Ces appellations seraient préférables à celle de commission des urgences, il implique l'ensemble des intervenants hospitaliers et non pas uniquement ceux des services des urgences. Pour répondre aux exigences rappelées ci-dessus, la composition indicative pourrait être la suivante :

- le directeur d'établissement

- le président de la C.M.E.
- le chef de service des Urgences
- le chef de service du SAMU-SMUR
- un chef de service ou de pôle de médecine
- un chef de service ou de pôle chirurgical
- le chef du service de réanimation
- un chef de service ou de pôle de pédiatrie
- un chef de service ou de pôle d'imagerie
- le responsable du D.I.M.
- un chef de service de psychiatrie
- un chef de service de gériatrie
- le chef de département d'anesthésie-réanimation
- le biologiste coordonnateur des laboratoires
- un chef de service de soins de suite et de réadaptation
- le directeur du service de soins
- le cadre infirmier des urgences
- un représentant du service social des hospitalisés

Cette commission aurait cinq missions :

1) Evaluer avec le DIM la probabilité approximative selon le jour de la semaine et la saison de recevoir des urgences relevant spécifiquement d'une spécialité médicale afin que le(s) service(s) concerné(s) prévoient leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences, évolutive en fonction des périodes et traduite dans un contrat. Ce système pourrait se substituer avantageusement au brutal et aveugle impôt-lit qui aboutit trop souvent à une inadéquation ubuesque entre placement et pathologie.

Veiller à la mise en place d'une évaluation des capacités. Une évaluation précise des capacités d'accueil, par type de pathologie, par secteur sanitaire et par établissement au jour le jour, sous forme d'histogramme précis, est un préalable indispensable à toute réflexion sur les problèmes capacitaires. Cette mesure comporte deux préalables :

-Un recueil précis pluri-quotidien fiable des capacités disponibles en temps réel, qui ne devra pas être uniquement administratif ; en effet, il y a souvent discordance entre les lits occupés réellement et les lits déclarés occupés.

-L'intégration des données ainsi recueillies rend absolument indispensable la disposition d'outils informatiques pouvant donner tout type de synthèse quotidienne, annuelle, saisonnière, locale et sectorielle.

➤ Réévaluation des capacités

Sa périodicité pourrait coïncider avec chaque SROSS, les modifications pourraient être ainsi proposées en tenant compte :

- de l'évolution des données capacitaires
- de l'évolution perceptible des profils de population (vieillesse de la population, flux.)
- des modifications de pratiques médicales : imagerie, progrès techniques aboutissant à raccourcir les durées d'hospitalisation
- de l'existence d'une gestion coordonnée des capacités estivales en fonction des engagements des établissements par rapport à leur autorisation, par rapport aux contrats relais.

- 2) valider la charte entre services et UHCD (cf. ci-après)
- 3) valider et évaluer les protocoles et procédures organisant les filières spécifiques
- 4) définir les missions et valider les règles d'organisation des unités de médecine polyvalente et/ou gériatrique
- 5) valider après évaluation les propositions de fermeture temporaire de lits (ou les réaffectations provisoires) et fixer les capacités à maintenir disponible pour l'urgence.

Le rôle déterminant de cette commission est de proposer à la C.M.E. qui l'arrête, au C.T.E. et au C.A. qui la valident, à l'A.R.H. qui l'évalue, une politique cohérente de prise en charge des urgences qui organise l'aval soit à l'hôpital soit en complémentarité avec d'autres institutions (cf. points suivants)

Les unités d'hospitalisation de courte durée

L'UHCD n'est pas un passage obligé ou une zone tampon. Sa vocation est de permettre une observation du malade avant diagnostic définitif et orientation ou d'initier une prise en charge en filière spécifique (cf. supra) Son fonctionnement encadré par une charte doit assurer une durée de séjour de moins de 24 heures dans au moins 90% des cas, sous le contrôle de la commission des admissions non programmées.

Les UHCD sont obligatoires avec des capacités clairement définies pour les UPATOU, comme pour les SAU. Les unités doivent être de véritables unités d'hospitalisation à proximité de l'accueil des urgences, sous la responsabilité du service des Urgences avec des personnels propres, un fonctionnement de service à part entière. Le fonctionnement doit être clairement défini quant à ses missions, la durée d'hospitalisation et les moyens nécessaires à son fonctionnement par une charte. L'ensemble de ces recommandations a été assez clairement défini par les sociétés savantes de médecine d'urgence.

Les unités de médecine polyvalente et/ou gériatrique

Diverses expérimentations sont en cours. Quelques points peuvent être soulevés :

- Ces unités n'ont pas vocation systématique à être gérées par les médecins des Urgences et, quand c'est le cas, elles doivent être autonomes dans leurs moyens et leur fonctionnement.
- Elles doivent relever d'un contrat clair, notamment quant à leur mission, leur coordination avec les urgences et la durée d'hospitalisation.
- Il faut veiller à la qualité de recrutement des responsables : Praticiens Hospitaliers
- En fonction de critères précis quant à la nature de la population accueillie, il faudra préciser le rôle exact de la gériatrie au niveau de ces unités de médecine générale :
 - soit en faire de véritables unités de gériatrie aiguë avec tout l'intérêt d'une prise en charge de qualité globale et précoce de la personne âgée
 - soit, du fait de l'hétérogénéité des tranches d'âge, de la nature de l'établissement et des autres services disponibles, faire intervenir un gériatre à côté d'un médecin de médecine polyvalente.

En référence au rapport présenté sur la gériatrie aux Urgences, le développement d'une activité de Gériatrie aiguë est impératif à court terme, vu l'évolution démographique des tranches d'âge. Le gériatre sera, soit un consultant au niveau des UHCD, soit un Praticien Hospitalier responsable d'un service de Gériatrie aiguë, ou intégré à un service de médecine générale polyvalente.

Les consultations non programmées / différées

Les malades, dont l'état clinique apprécié aux Urgences ne présente pas l'acuité nécessitant une hospitalisation immédiate, vont pouvoir être dirigés vers des consultations hospitalières. L'utilisation de l'outil informatique doit pouvoir, après accord au niveau de la commission des soins non programmés, prévoir par un système de rendez-vous flottant, des consultations ou des hospitalisations différées.

Dans certains établissements, notamment dans les grandes villes, la création d'une policlinique pratiquant sur une large plage horaire des consultations non programmées assurées essentiellement par des internistes ou généralistes paraît tout à fait pertinente.

Ces consultations peuvent rendre de grands services pour éviter l'embolisation des urgences. Toutefois, il sera indispensable d'associer la médecine de ville et les professionnels paramédicaux et sociaux extérieurs pour éviter que cette offre de soins devienne un recours habituel au détriment de la prise en charge par un médecin référent.

L'informatisation accélérée des services d'urgence

L'informatisation doit mettre en réseau les urgences avec :

- les autres services hospitaliers
- les filières et réseaux de soins spécifiques
- les médecins libéraux qui devront avoir accès, (selon les recommandations de la CNIL), aux dossiers médicaux de leurs malades, notamment de ceux précocement autorisés à sortir (50 % des malades des UHCD),
- les logiciels choisis pour les services d'Urgences devront exploiter les technologies intranet/extranet, afin que l'accès aux dossiers médicaux des Urgences puissent se faire de tout point de l'établissement mais également hors établissement. Le dossier informatisé doit être intégré dans un réseau de l'urgence sectoriel voire régional entre différents établissements et entre différents secteurs. Des critères de compatibilités techniques, à défaut d'utilisation du même logiciel permettront tous les échanges d'informations nécessaires. L'informatisation des services permettra également de réaliser toutes les évaluations nécessaires au travers d'enquêtes de santé publique démarche-qualité.

Cet objectif permettrait, en corrélation avec le PMSI, d'alimenter en données l'observatoire régional des urgences.

IV – L'AVANT DE L'HOPITAL

L'intégration de la fonction d'accueil des urgences dans l'organisation générale de l'hôpital ne doit pas occulter la nécessité d'une organisation de l'aval, soit dans le cadre des filières, soit par l'existence de structures permettant aux établissements, dont le fonctionnement très technique est coûteux, de ne pas obérer ce potentiel avec des malades qui pourraient être pris en charge avec la capacité médicale indispensable dans un cadre plus adapté, plus humain, moins coûteux.

Des conventions avec les professionnels libéraux

Il convient de favoriser la mise en place de conventions avec les médecins libéraux ou leurs représentants dans le cadre de réseaux ville-hôpital agréés, d'équipes de soins ambulatoires, associant généralistes, pharmaciens, paramédicaux travailleurs sociaux. Ces réseaux devront avoir la réactivité nécessaire pour une prise en charge rapide. Là aussi l'outil informatique sera utile à la circulation de l'information..

En convention avec les médecins libéraux ou avec des Maisons médicales, ou des établissements privés, des systèmes de rendez-vous en urgence différée peuvent être mis en place pour proposer des consultations à des malades ne nécessitant pas une hospitalisation immédiate.

Plus largement, doivent être encouragés les réseaux entre établissements SAU – UPATOUC et le secteur libéral, en recherchant l'adéquation entre les besoins du malade et les plateaux techniques. Le recours aux unités de soins de suite devrait être possible après séjour et évaluation en UHCD sans délai supérieur à 24 heures.

Les recommandations quant à la mise en place des ces réseaux ne sauraient être rigides pour s'adapter aux aspects particuliers des secteurs sanitaires, notamment en ce qui concerne les proximités entre les SAU et les UPATOUC et leurs capacités réciproques, mais également l'existence du secteur d'hospitalisation libérale et ses caractéristiques.

Les capacités en lit de médecine et la place des hôpitaux de proximité.

Le groupe a souligné à plusieurs reprises qu'une fréquentation en deçà de 85% des lits de médecine permet d'assurer une fluidité des patients à partir de l'urgence. Au-delà, des problèmes ponctuels voire permanents se posent. Or, beaucoup d'hôpitaux sont dans cette dernière situation. Parallèlement, le bilan 1999 sur les cartes sanitaires fait encore ressortir des excédents de lits de médecine dans de nombreuses régions. Le groupe de travail est très interrogatif sur cette apparente contradiction. Il paraîtrait utile de décider un moratoire sur les fermetures et de faire un bilan précis des lits réellement ouverts, de leur taux d'occupation et des pics d'occupation, de l'inadéquation de leur utilisation par manque de soins de suite ou de toute autre structure.

La place des hôpitaux de proximité, en aval des établissements très techniques, a sans doute besoin d'être réaffirmée notamment du fait du vieillissement de la population et du rôle qu'il peuvent développer dans les soins de fin de vie et d'une manière générale dans un deuxième temps de l'hospitalisation quand la technicité peut être relayée par la proximité, sous réserve d'un effort important de formation des professionnels des hôpitaux locaux. La délocalisation dans ces établissements de consultations effectuées par les spécialistes du centre hospitalier - pivot de secteur ou du C.H.U. serait de nature à la fois à conforter ces petites structures dans leur rôle propre au profit des patients et à créer des synergies déterminantes pour la vitalité du réseau et le savoir-faire des acteurs locaux.

Médicaliser les soins de suite

D'autres structures d'aval sont toutefois à adapter. Les lits de soins de suite qui permettraient de réduire les séjours en médecine très spécialisée existent mais se révèlent inappropriés du fait de leur sous-médicalisation et de leurs capacités d'accueil réduites. Leur

médicalisation permettrait de désengorger une partie des urgences. Ce point concerne plus particulièrement les établissements privés sous OQN qui du fait de tarifs insuffisants (prix de journée inférieurs à 450 francs et honoraires de surveillance médicale égaux à 0,8 C par semaine et par patient), n'offrent pas le niveau d'encadrement soignant et médical nécessaire à la prise en charge de patients sortant précocement des services de court séjour. Une telle action supposerait une revalorisation ciblée des tarifs de ces établissements, sous réserve que le taux de progression de l'OQN l'autorise.

Développer les alternatives à l'hospitalisation

Le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) est aujourd'hui pénalisé par l'actuel système de taux de change. Il conviendrait d'abaisser ce taux lorsque ces lits sont créés par reconversion de lits excédentaires d'hospitalisation. Les besoins d'après des études américaines peuvent être estimés entre 3 et 6 % du nombre de lits d'hospitalisation, chiffres que l'on est loin d'atteindre en France. Or le coût par place et par jour se situe entre 1000 et 1200 F.

Le développement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), dont le coût moyen par jour et par place est inférieur au plafond de 212 F, fait déjà l'objet d'un plan de développement très important. Toutefois, les demandes de création non financées restent trop nombreuses. Il conviendrait de financer des places supplémentaires mais également de financer réellement les places de SSIAD autorisées après avis du CROSS. Il serait utile de ne pas limiter l'intervention des infirmiers libéraux dans ces services par un quota d'actes et de la même façon, il conviendrait d'ouvrir sous contrôle médical le bénéfice de ces services à des personnes de moins de 60 ans.

Développer les dispositifs conventionnels

Les conventions pourraient être développées en trois directions : avec d'autres établissements de soins, avec des établissements médico-sociaux ou avec des associations.

En effet, les difficultés pour hospitaliser les malades des urgences sont parfois dues au maintien en médecine de malades relevant d'établissements ou services médico-sociaux. La signature de conventions de complémentarité et de concertation entre établissements permettrait souvent une meilleure coordination de la filière et ne requiert aucun moyen financier.

CONCLUSION

L'organisation générale de la permanence des soins, notamment par l'organisation de gardes médicales libérales couvrant l'ensemble du paysage en coordination forte avec l'aide médicale urgente et les services d'accueil des urgences des hôpitaux privés comme publics, est un des grands enjeux de l'avenir immédiat. En effet, l'évolution de la démographie médicale, les contradictions de l'organisation interne de l'hôpital et les signes d'une certaine démobilité parmi les médecins libéraux, peuvent conduire rapidement à des défauts de couverture du risque médical urgent ou à des gaspillages dans l'utilisation de moyens lourds et coûteux pour des prises en charge qui ne l'exigent pas. C'est pourquoi il paraît indispensable que dans le cadre du département d'abord, de la région dans l'avenir, et grâce à un CoDAMU renouvelé et légitimé, dans le respect du droit des différentes parties à s'organiser ainsi que des missions des pouvoirs publics d'une part, de l'Ordre des Médecins d'autre part, un maillage coordonné de réponse aux besoins sanitaires exprimés dans l'urgence par nos concitoyens soit construit en tenant compte des particularités, de l'histoire, de la sociologie locale.

De la même façon, les hôpitaux doivent s'organiser, en interne mais aussi dans la définition des réseaux, pour répondre efficacement aux besoins : compétence, pluridisciplinarité, disponibilité des hommes et des structures, développement de la fluidité dans la prise en charge en aval. Les recommandations qui sont faites sont pour certaines d'application possible sans coûts supplémentaires et sans délais de mise en œuvre. D'autres demandent des aménagements législatifs et réglementaires. D'une manière générale, le rôle des A.R.H. pour l'urgence hospitalière va être déterminant : resserrement des dispositifs dans les SROS de 3^e génération, mais surtout prise en compte dans les contrats d'objectifs et de moyens – ou de leur actualisation – de l'absolue nécessité de mettre l'urgence, parmi d'autres missions, au cœur du projet d'établissement.

ANNEXE 1 : URGENCES ET GERIATRIE

▪ **DIMENSION DEMOGRAPHIQUE**

L'ensemble des données statistiques concorde pour affirmer une augmentation prévisible du nombre de personnes âgées dans les années qui suivent.

- 1982 : 3.5 millions
- 1990 : 4 millions
- 1999 : 4.5 millions de plus de 75 ans

- En 2010 :
 - les plus de 60 ans représenteront 22.8 % de population
 - les plus de 75 ans, 8.9 %
 - les plus de 85 ans, 2.5 %

- En 2050 :
 - les plus de 60 ans, représenteront 33.7 % de la population
 - les plus de 75 ans, 15.2 %
 - les plus de 85 ans, 6.9 %

Ceci est la rançon de l'augmentation de l'espérance de vie : 1 trimestre/an depuis 10 ans avec, comme fait remarquable, l'augmentation du nombre de grands vieillards de plus de 85 ans.

Ces chiffres résultent de plusieurs données bibliographiques dont le rapport de Paulette GUINCHARD-KUNSTLER au Premier ministre, en septembre 1999.

▪ **DIMENSION QUALITATIVE**

La qualité de l'accueil des malades âgés aux Urgences qui nécessiteraient un bilan et une évaluation gériatrique est insuffisante : seuls 3 % ont un bilan d'autonomie dans le service d'Urgences (Dr Beauvais - CHU de Rennes), or il apparaît que « **la prise en charge dans les premières 24 heures conditionne le pronostic vital ou fonctionnel de la personne âgée** » (Pr J. Belmin).

Par ailleurs, toujours d'après les mêmes auteurs, il est démontré qu'une « prise en charge rapide et adaptée diminue le taux des entrées en Institution ».

La formation médicale en gériatrie-gérontologie doit être renforcée. Depuis le 4 mars 1997, un enseignement théorique gériatrie-gérontologie est obligatoire en DCEM. Le CSCT (certificat de synthèse clinique) inclut la gériatrie ; il existe d'autre part un DSC de gériatrie et une capacité de gérontologie, aboutissant à la reconnaissance légale d'une compétence en gériatrie-gérontologie.

Le médecin urgentiste reste et doit rester le pivot de l'accueil médical et chirurgical aux Urgences et il doit être en première ligne pour l'accueil des malades de gériatrie comme les autres malades.

L'accueil du malade gériatrique en salle d'urgence prend beaucoup de temps du fait de la multiplicité des problèmes cliniques et sociaux. Ceci doit compter dans l'appréciation de la charge de travail et du nombre de postes de médecins urgentistes nécessaires au niveau des services d'Urgences.

L'importance croissante de la gériatrie aux Urgences doit être prise en compte dans la formation de la CAMU.

Il est évident que dans les centres accueillant une grande proportion de personnes âgées, notamment dans certaines régions du midi de la France et de la région parisienne, l'activité gériatrique est importante.

A coté de ce rôle de prise en charge de première ligne qui doit rester dévolue aux médecins urgentistes, les données de littérature montre l'intérêt d'un bilan gériatrique et gérontologique aux Urgences.

De la même façon qu'est réalisé au niveau des UHCD l'accueil des urgences psychiatriques avec disponibilité d'un des psychiatres de secteur de façon quotidienne et il serait souhaitable que des solutions permettant de bénéficier d'une évaluation gériatrique dès les Urgences soient mises en place.

La longueur de cette évaluation approfondie ne peut prendre place au niveau d'un box d'examen d'urgence et pourra par contre se faire dans de bonnes conditions au niveau des UHCD.

Il est naturellement hors de propos de créer une permanence 24h/24 d'un gériatre aux Urgences, l'accueil initial reposant sur le médecin urgentiste, mais un bilan approfondi gériatrique doit être possible par la disponibilité généralement au niveau des UHCD d'un gériatre dans les 24 heures.

Plusieurs systèmes peuvent être imaginés sans grever les moyens médicaux des Urgences qui doivent être renforcés :

- utilisation de la journée d'intérêt général ou la prime d'activité multi-sites pour des gériatres exerçant soit au sein de l'hôpital soit dans les hôpitaux du secteur,
- au maximum obtention des vacances dans le cadre d'un projet spécifique sectoriel

Si le médecin urgentiste doit rester le pivot de l'accueil aux Urgences, il convient de prévoir pour la gériatrie comme pour d'autres spécialités (psychiatrie) les modalités d'intervention des consultants qu'il juge nécessaire à l'initialisation précoce d'une prise en charge spécifique.

DIMENSION STRATEGIQUE

Trois niveaux d'amélioration peuvent être obtenus :

En pré-hospitalier :

Bien des expériences ont été tentées pour diminuer en amont, par une prise en charge précoce notamment libérale, le flux des malades aux Urgences, avec des succès mitigés.

En gériatrie, la promotion des CLICS et des « CEGAP » mise en point par les gériatres et en collaboration avec les services sociaux peut permettre des évaluations gériatriques et gérontologiques précoces. Ils doivent être expliqués aux médecins libéraux au travers d'EPU, d'informations, d'articles divers. Le médecin traitant est généralement très bien placé pour ressentir les difficultés prochaines de maintien à domicile. L'intervention de ces structures d'évaluation et de conseils permettrait, peut-être, d'éviter bien des hospitalisations aux Urgences par défaut. Il s'agit là évidemment d'un effort à moyen terme.

Au niveau des Urgences :

L'intervention précoce d'un gériatre agissant à la demande du médecin urgentiste comme consultant idéalement au niveau de l'UHCD , par l'intermédiaire d'une antenne mobile, doit permettre, nous l'avons vu ci-dessus, une évaluation complète et précoce.

L'évaluation précoce gériatrique doit s'accompagner de l'inscription rapide du patient dans une filière de prise en charge gérontologique qui peut permettre :

- . le retour à domicile dans des structures aménagées, au moyen notamment d'un **réseau d'hospitalisation à domicile,**
- . l'admission précoce au moyen séjour.

Mais également et surtout,

En aval :

- . l'admission dans un service de **gériatrie de court séjour,**

Diverses situations peuvent être ainsi évoquées :

- des patients qui relèvent d'une intervention spécialisée médicale ou chirurgicale urgente,
-
- des patients qui pourront a priori être soignés dans un service de médecine avec un bon espoir de retour à domicile ou en HAD, compte tenu d'une mono ou paucipathologie,
-

- des patients en situation fragile, polypathologiques ou très âgés, sans nécessité de prise en charge dans un service spécialisé, qui devront relever d'un **court séjour gériatrique**, plutôt que parfois errer de service de spécialités en service de spécialités, voire de s'égarer dans les services de chirurgie sous le seul prétexte de lits vacants : dans ces conditions, les responsables médicaux des services qui les accueillent ont rarement une compétence en gériatrie pas plus que le personnel paramédical.

Diverses études randomisées nord américaines montrent que le défaut de prise en charge précoce aboutit à des durées d'hospitalisation plus longues, des retours à domicile plus faibles, voire des chances de survie plus faibles.

La collégiale des internistes a préconisé dans un document de réflexions de 1998 sur l'avenir de la médecine interne à l'APHP la création d'unité de court séjour gériatrique.

Actuellement, seuls l'hôpital Bichat et l'HEGP ont suivi cette recommandation. Il existe par ailleurs un service de gériatrie de court séjour au Centre Hospitalier de Beauvais, récemment ouverte.

Ces unités de court séjour gériatrie doivent s'inscrire dans une activité en réseau ou en Fédération entre plusieurs Hôpitaux dans un projet de secteur incluant une structure d'HAD afin d'obtenir des partenariats de proximité entre les SAU et les hôpitaux gériatriques.

La réflexion actuelle situe la taille de ces unités autour de **20 lits avec des DMS de l'ordre de 8 à 10 jours avec une activité majoritairement réservée à l'aval des malades se présentant aux Urgences (60 à 90 %).** Ces paramètres devront être contractuels. Une réflexion du nombre de lits par rapport aux entrées gériatriques est en cours, mais globalement une unité par secteur sanitaire de 200 à 400 000 habitants semble raisonnable.

Il est évident que des réflexions s'imposent au niveau de la carte sanitaire. Cette réflexion doit intégrer des paramètres variables selon la région en fonction des indices.

De ce fait, bien souvent les malades âgés, polypathologiques, ne relevant pas d'une prise en charge médicale ou chirurgicale aiguë, aboutissent de façon quotidienne dans des services(le plus souvent chirurgicaux) dont les taux de remplissage sont bas. Le redéploiement des capacités proposées n'aboutirait finalement qu'à valider une répartition qui est le lot quotidien du défaut de place en médecine. La requalification de ces lits en « court séjour gériatrique » y ajoutera la qualité de prise en charge médico-sociale, sous réserve de personnels appropriés.

CONCLUSION

Le rôle de l'urgentiste reste pivot au niveau des centres hospitaliers et le principe de sa polyvalence ne doit pas être mis en cause. Il doit pouvoir tant pour la psychiatrie que pour la gériatrie assurer l'accueil en urgence de ces malades et doit avoir pour ce faire des conditions de travail améliorées.

Il doit également rester le responsable de l'organisation et de la coordination d'un service d'Urgence, qui ne doit pas être balkanisé en micro-unités spécialisées.

Pour autant le recours à des consultations spécialisées, notamment celles de psychiatrie et de gériatrie, qui sont particulièrement chronophages, doivent être accessibles dans un soucis

d'amélioration de la qualité des soins, de raccourcissement de durée d'hospitalisation, voire d'après les statistiques nord américaines, de diminution de décès, dès le service des Urgences préférentiellement au niveau des UHCD, ou le temps disponible est plus long qu'en box d'accueil.

La disponibilité de lits d'aval, sous forme d'unités de court séjour gériatrique, est signalée comme indispensable tant dans le monde de la médecine interne que dans le monde de la gériatrie. Ces capacités imposent une révision de la carte sanitaire essentiellement par redéploiement.

L'ensemble de ces dispositions doit pouvoir améliorer la qualité des soins et de la prise en charge de nos anciens. Ils méritent tout autant d'égard et de visibilité quant à leur devenir au service des urgences que les autres malades. Ils ne méritent plus l'improvisation et l'inadaptation qui prévalent actuellement.

rapport présenté par M. le Dr Gérard Meyer
Chef du service des Urgences
du Centre Hospitalier de Creil.

(rapport validé par le groupe de travail le 6 septembre 2001)

ANNEXE 2 : RECOMMANDATIONS SUR L'ACCUEIL DES PERSONNES DEMUNIES A L'HOPITAL

▪

Dans le domaine de la santé, l'objectif de la loi contre les exclusions et de différents dispositifs est de faire en sorte que les personnes démunies puissent être accueillies, accompagnées et prises en charge dans le système de santé quel que soit leur âge, leur sexe, leur pathologie, leur statut social et leurs difficultés.

Les services d'Accueil Urgences sont des maillons essentiels dans cette prise en charge.

1 - De qui parle-t-on ?

C'est le préalable indispensable afin de pouvoir :

- mettre en place les dispositifs réellement adaptés,
- partager les différentes expériences,
- évaluer la pertinence du dispositif.

Au vu des expériences déjà pratiquées, on peut proposer les « définitions » suivantes : au-delà de ceux que l'on a l'habitude de dénommer « grands démunis » (ou de manière plus familière : clochard, S.D.F., grands marginaux...), il s'agit de toute personne arrivant aux urgences et présentant :

- un problème de santé d'intensité variable,
- et/ou une absence de domicile stable,
- et/ou un défaut de couverture sociale,
- et/ou une difficulté d'accès ou de recours aux soins.

Sous ce dernier critère, il s'agit d'évaluer la capacité de la personne à recourir avec facilité ou non au système de santé. En effet, les trois premiers critères ne sont pas suffisants pour déterminer celle-ci. Au delà de ces problèmes assez facilement repérables, il s'agit d'identifier les freins pesant sur toute démarche de santé :

- culturels (mode de vie, pays d'origine...),
- administratifs (formalités qui rebutent...),
- financiers (surendettement...),
- psychologiques (non investissement dans le domaine de la santé),
- difficultés d'accès géographique (monde rural en particulier ou quartiers excentrés...),
- absence de référent santé (médecin traitant, spécialiste...)

2 - Les enjeux ou objectifs

Il s'agit de permettre l'accès aux soins, et de manière plus large l'accès à la santé, tout en favorisant la résolution des autres problèmes.

Un constat préalable : la mise en place de la CMU et de dispositifs spécifiques tels que les PASS et PRAPS ont sensiblement modifié la situation des personnes en difficulté. Il n'en demeure pas moins que de réelles questions persistent. Il s'agit d'adapter le dispositif hospitalier à cette évolution.

L'enjeu est d'offrir un accueil et un suivi « à la carte », pluridisciplinaire, préparé en amont de l'hôpital avec les partenaires habituels de la PASS. Cela nécessite souplesse, adaptation et un partenariat très fort.

Quelques mots clés : pas de filière spécifique, pas de médecine pour les pauvres mais offrir au plus près de la population un accueil et un suivi adaptés.

3 - Recommandations

Les textes réglementaires existent, les financements aussi. Il est proposé des recommandations de quatre types :

▪ *A - en terme de services offerts*

la personne accueillie dans le cadre de la PASS doit pouvoir bénéficier :

- d'un accueil médical permettant la prise en charge de l'accident de santé, si besoin, d'un bilan complet ou d'un suivi des pathologies chroniques, avec le cas échéant délivrance gratuite de médicaments,
- d'un accueil social proposant un bilan sur les conditions de vie (hébergement, nourriture...),
- d'un accueil psychologique en cas de besoin,
- d'un accueil administratif pour la régularisation des droits (CMU, RMI, AME, état civil...)

et dans tous les cas une proposition d'accompagnement, d'orientation et de suivi. Les problèmes linguistiques et culturels doivent être pris en compte, en particulier le recours à des interprètes doit être possible dans un deuxième temps avec l'aide des associations.

Ces différents accueils doivent être proposés selon une chronologie variable relative à l'état de santé de la personne et à sa volonté. Ainsi une personne peut rencontrer plusieurs fois l'assistante sociale ou l'accompagnateur avant d'accepter une consultation médicale.

Cet accueil personnalisé invite à la souplesse, à l'adaptation constante de ce que l'on doit offrir à une personne en difficulté.

B. en terme de moyens

L'hôpital doit afficher sa volonté d'affirmer son « rôle social ». Cela passe par une mobilisation de l'établissement (direction, CA, CME...) et non pas de quelques personnes isolées.

Ce dispositif nécessite des compétences professionnelles clairement identifiées : médicales, administratives, paramédicales et sociales. Ces compétences doivent être mises à disposition de la PASS de manière organisée et planifiée.

De nouveaux métiers, tels que les accompagnateurs sociaux (ou « agents de santé »), lien entre l'hôpital et la cité peuvent enrichir le dispositif, particulièrement l'accompagnement physique des personnes les plus en difficulté. En effet, il n'est pas rare que de simples problèmes de transport nuisent à l'efficacité de l'ensemble.

▪ **Mise en place de formation et sensibilisation**

La mobilisation de l'ensemble des acteurs peut être grandement renforcée par des formations communes, telles qu'elles peuvent être financées actuellement dans le cadre des PRAPS ou les Contrats ville. Deux atouts :

- sensibiliser les uns et les autres à la problématique des personnes démunies,
- leur apprendre à travailler ensemble.

▪ **Locaux**

En aucun cas, une filière spécifique ne doit être créée. Cependant l'organisation, près du service des urgences d'un aménagement propre à améliorer la disponibilité, la confidentialité est recommandée.

▪ **Mise en place de protocoles d'accueil et de suivi**

Ces protocoles, dont l'objectif est de maintenir l'efficacité du dispositif, la confidentialité et le respect de la personne doivent être mis en place avec les acteurs internes et externes de l'hôpital.

▪ **Adaptation au monde rural et aux quartiers excentrés**

Il est nécessaire de trouver avec les différents acteurs des réponses adaptées aux contextes géographique, social et d'offre de soins. Aussi, le concept de PASS devra pouvoir être décliné dans les quartiers les plus défavorisés, éloignés de tout établissement de soins, et en accord avec les associations.

▪ *C. En terme de méthode*

Trois principes de base doivent être respectés :

1 – Rien ne peut se faire sans la mobilisation de quatre types d'acteurs :

- le personnel hospitalier (administratif, soignant et social...)
- les associations œuvrant dans le champ de la santé, de l'insertion et de la solidarité (CHRS, associations caritatives...), et les médecins libéraux,

- les organismes locaux (CPAM, CCAS...)
- et les personnes démunies elles-mêmes.

2 - L'implication effective des services de la DDASS, l'ARH, de la préfecture et celle des élus. Cette mobilisation est absolument essentielle pour que dans la durée, le dispositif et les engagements des uns et des autres perdurent.

Dans ces institutions, des « personnes ressources » doivent pouvoir accompagner la mise en place et l'évolution des PASS et veiller à une harmonie territoriale.

3 – la réunion, au sein d'un comité de pilotage de l'ensemble de ces partenaires : seule, en effet, une confrontation directe des perceptions des uns et des autres permet l'adaptation du dispositif aux besoins réels. Chaque partenaire a une vue particulière sur sa propre mission et sur la réponse à apporter

▪ *D - en terme d'évaluation*

Au-delà d'une évaluation quantitative, qui ne peut être mise en œuvre qu'à partir d'une population cible clairement définie (voir plus haut), il s'agit principalement de définir des critères qualitatifs.

En effet, l'objectif est bien de faire en sorte que chaque personne démunie puisse effectivement être « accueillie », « bénéficiaire » de réponses spécifiques à ses besoins (médicaux, logement, nourriture, droits sociaux...) et être « accompagnée ».

Les personnes les mieux placées pour pouvoir évaluer les résultats d'un passage dans le dispositif PASS sont les acteurs extérieurs à l'hôpital, qui sont en contacts réguliers avec les personnes démunies.

C'est en quelque sorte le regard des associations et des autres professionnels de santé qui, historiquement a fait évoluer l'hôpital dans sa capacité à mieux accueillir les personnes démunies. De la même façon, ce sont elles qui valideront les capacités actuelles de l'hôpital à remplir son nouveau « rôle social ».

Conclusion

L'objectif général est de faire évoluer le dispositif de soins hospitalier afin d'accueillir et de permettre l'accès aux soins de santé aux personnes démunies en inventant des solutions tenant compte des contraintes locales. Il ne doit pas y avoir de modèle unique. Seul l'objectif et les considérations éthiques doivent être partagés.

Rapport rédigé par P. Keusch
Responsable du Service Social
Centre Hospitalier Beauvais
(validé par le groupe de travail le 6 septembre 2001)

ANNEXE 3 : L'URGENCE PSYCHIATRIQUE

La question de l'urgence psychiatrique ne peut être traitée isolément, il faut la replacer dans le contexte de l'urgence en général.

On constate une augmentation très importante de la demande, soit 5 % par an d'augmentation des passages aux urgences hospitalières : 60 % en 10 ans.

Ceci n'est pas sans conséquence et entraîne nécessairement une modification de la structure des hôpitaux généraux qui deviennent un dispositif de 1ère ligne (de premier recours), face à ce flux de personnes s'adressant à lui en première intention, les modifications se traduisent dans la législation et les règlements, voir les décrets du 9 mai 95 et du 30 mai 97 définissant le plateau technique minimum des services d'urgence, et notamment en ce qui concerne la présence psychiatrique, ce qui a eu pour effet de placer l'hôpital général en demandeur de coopération avec les psychiatres.

Analyse de la demande :

L'analyse du flux des patients qui se pressent aux portes des urgences révèle qu'il couvre un champ très vaste, bien au-delà de l'urgence médico-chirurgicale :

- de médecine générale,
- des soins et d'examens non programmés,
- de problèmes psychiatriques
- de problèmes psychologiques et de problèmes sociaux.

Les raisons de cette évolution sont politiques, sociales, culturelles.

Ainsi, on assiste à une concentration urbaine, sans politique adaptée. On voit se constituer des ghettos où se mêlent pauvreté, précarité, exclusion. Les liens sociaux et familiaux sont fragilisés avec, comme conséquence, que le symbolique laisse la place à l'agir.

Les services publics perdent leur capacité à maintenir le lien social ; ils sont attaqués comme agent de contrôle.

Dans ce contexte, les urgences hospitalières en milieu urbain restent le lieu le mieux repéré par la population, mais aussi par les services sociaux de toute sorte, alors que le rôle du médecin généraliste comme "médecin de famille", va en diminuant.

On assiste donc à un mouvement inéluctable vers ces services d'urgence, et l'importance de ce flux impose une réponse quelles que soient les tentatives en amont de ce flux pour en modifier la source et le cours.

Par ailleurs, les psychiatres qui ont longtemps déploré l'isolement de la psychiatrie et la crainte qu'elle inspirait, voient aujourd'hui l'image de celle-ci se modifier favorablement, et le recours à leur service a considérablement augmenté, (ce qui ne concerne pas que l'urgence) tant de la part de la population que des médecins et des acteurs sociaux et politiques, et la demande évolue bien au-delà de la psychose, vers les affections névrotiques, anxio-dépressives, mais aussi vers une nébuleuse médico-psycho-sociale, et

des clientèles ciblées : personnes âgées, exclus, adolescents, victimes, délinquants sexuels, et l'on voit émerger, en ce qui concerne les urgences, au-delà de la décompensation d'une affection mentale grave, la notion de crise reprise dans la circulaire de juillet 92.

Ici, on doit introduire une notion importante propre à réduire une certaine confusion face à l'augmentation d'activités et à l'élargissement du champ de la psychiatrie publique, et au risque de désorganisation de celle-ci.

La notion de santé mentale, est une notion de santé publique, elle recouvre un champ bien plus vaste que celui des concepts des pathologies mentales et de psychiatrie, branche de la médecine ayant pour vocation de traiter les dites pathologies mentales.

Ainsi, le champ de la santé mentale déborde celui de la psychiatrie proprement dite, comme le champ de la santé dépasse celui de la médecine ; les conditions de vie, d'hygiène, de nourriture, de travail sont aussi largement responsables de l'augmentation de la durée de vie que les progrès de la médecine.

Aujourd'hui, les pouvoirs publics se préoccupent de la souffrance psychique, voire de la souffrance morale dans le cadre de la santé mentale.

Ceci implique qu'il y aura bien lieu de distinguer quelle est la nature des actions à mener, et dans quel champ : politique, social, sanitaire et quels dispositifs et quels professionnels doivent être mobilisés, ainsi que leur part respective dans ce champ, et comment ils s'y coordonnent.

Toute souffrance psychique, comme toute politique de prévention de celle-ci, ne ressort pas nécessairement ou exclusivement du champ sanitaire, et la prise en charge pourra souvent en être sociale, avec une composante psychologique, voire éducative.

Ainsi, pour ne donner qu'un exemple, la politique de prévention du suicide ne paraît pas, à l'évidence, se traiter uniquement dans le champ de la médecine fut-elle psychiatrique.

Le dispositif sectoriel :

On connaît :

- son architecture générale, son histoire,
- les raisons qui l'ont créé : désinstitutionnalisation des soins aux psychotiques;
- ses principes : proximité, continuité des soins au long cours.

Depuis 1960, divers textes ont progressivement tenté d'introduire la notion d'accueil et d'urgence (circulaire du 15 juin 1979, circulaire du 30 juillet 1992), d'autres ont incité à un rapprochement avec l'hôpital général (rapport MASSE).

Mais, encore aujourd'hui, le secteur reste essentiellement organisé autour du soin du psychotique au long cours, et est mal préparé à aborder l'élargissement du champ d'action de la psychiatrie publique, même en restant dans le champ sanitaire car, on l'a dit, l'image de la psychiatrie se modifie et le recours y est beaucoup plus fréquent pour les pathologies dépressives, anxieuses, névrotiques, on lui demande aussi d'intervenir dans le domaine du travail, de la justice et des victimes.

Ainsi, l'urgence psychiatrique suscite des oppositions ; le "il n'y a pas d'urgence psychiatrique" résumait l'orientation vers les pathologies au long cours, l'idéologie de la demande, la crainte du contrôle social (voir BARBIER E.M.C. 1995 - art "le secteur").

Néanmoins, le dispositif sectoriel s'est parfois doté de structures d'accueil et d'urgence spécifiques : centres d'accueil permanents, centres de crise, au sein des Centres médico-psychologiques ou des Centres Hospitaliers Spécialisés, mais réparties de façon très inégale sur le territoire, et bien souvent ces structures accueillent en majorité des patients déjà connus des secteurs ou adressés par les urgences des Centres Hospitaliers Généraux.

Si l'on accepte que l'urgence psychiatrique soit autre chose que la décompensation brutale d'une psychose et l'hospitalisation sous contrainte, sa prise en compte va nécessairement modifier la structuration du modèle sectoriel classique ; il va falloir dégager des moyens pour la psychiatrie aux urgences de l'hôpital général, et le Centre médico-psychologique doit évoluer comme lieu de soins ambulatoires non programmés et intensifs car le recours à l'hospitalisation psychiatrique doit être le plus limité possible.

Enfin, la notion de dispositif pré-hospitalier et de régulation, encore peu prise en compte, finira certainement par s'imposer de par la demande, on voit bien ce mouvement se dessiner au niveau du SAMU - Centre 15 qui, de dispositif hyper-technique destiné à l'urgence vitale, évolue progressivement vers une régulation et une prise en compte de problèmes beaucoup plus larges.

Il faudra aussi, au-delà du sanitaire, savoir articuler le dispositif sectoriel au champ social, notamment aux urgences.

Bien sûr, les psychiatres de secteur ont l'habitude de travailler dans le champ social, mais aujourd'hui n'assiste-t-on pas à un débordement des dispositifs sociaux qui n'ont bien souvent, pour seul recours, que de se rabattre vers l'hôpital, notamment vers les urgences et la psychiatrie.

Il faudra donc, au-delà des problèmes hospitaliers, veiller aussi à adapter les dispositifs sociaux tant quantitativement que qualitativement.

L'urgence psychiatrique à l'hôpital général :

La psychiatrie est une discipline spécifique.

L'acte psychiatrique isolé, ponctuel, rapide, n'a pratiquement jamais de valeur thérapeutique ; il n'aurait de sens qu'éliminant une problématique psychiatrique.

Un acte psychiatrique demande du temps en lui-même, et s'inscrit dans une trajectoire ou l'inaugure. Il est d'emblée à valeur thérapeutique et il doit être soigneusement pesé afin d'éviter d'être lui-même (ou les conditions dans lesquelles il est initié) source de résistance chez le patient car la 1ère défense, et la plus spontanée, est la dénégation de la maladie mentale

Ceci a des conséquences quant à la place et la pratique de la psychiatrie aux urgences de l'hôpital général, c'est-à-dire qu'il faut distinguer deux niveaux d'utilité de la psychiatrie aux urgences :

- niveau 1 : services rendus à l'institution hospitalière
- niveau 2 : services rendus aux patients

Le service rendu à l'institution hospitalière, c'est-à-dire une intervention psychiatrique limitée, rapide, qui aura essentiellement une fonction de tri, d'orientation, de conseil à valeur médico-légale pour l'équipe médicale, ce qui est différent du service réellement rendu au patient.

En effet, il ne faut pas croire qu'un patient sortant des urgences avec un numéro de téléphone va nécessairement prendre rendez-vous et il faudrait évaluer l'activité d'un service d'urgence et son rendement réel auprès du patient, en comparant le nombre de patients orientés vers une structure d'aval, et le nombre de ces patients qui y recevront réellement des soins. Ceci en dehors des patients transférés d'hôpitaux à hôpitaux.

Le service réellement rendu au patient : il s'agit là d'un acte psychiatrique ayant d'emblée un souci thérapeutique ; il devra pouvoir être effectué en un lieu adapté, en un temps suffisant, et en articulation avec tous les acteurs du soin en amont et en aval des urgences.

Ce que signifie ce concept d'articulation :

Nous devons dire ici un mot de ce que l'on peut appeler la triangulation (DE CLERCQ). Nous avons dit que l'acte psychiatrique est spécifique, sa spécificité ne commence pas avec le psychiatre, et dès lors que le somaticien voudra passer le relais au psychiatre, c'est qu'il aura déjà fait lui-même une première évaluation ; si alors il ne veut pas simplement évacuer le patient ou "l'abandonner" au psychiatre, il devra passer réellement le relais en exposant devant le patient, au psychiatre, pourquoi c'est nécessaire, ce qui permettra d'éviter que le patient entre en résistance auprès du psychiatre et ne le place, paradoxalement, en demandeur auprès du patient.. Il devrait pouvoir en être de même, lorsque le psychiatre des urgences va orienter, en aval, son patient.

On voit qu'on est ici, loin d'une simple orientation, et qu'il est nécessaire d'avoir du temps disponible, aussi bien pour évaluer et guider le patient comme nous venons d'en esquisser une modalité, que pour permettre une prise en charge de la crise et un bilan, notamment dans des lits d'hospitalisation temporaire ou de courte durée évitant une hospitalisation plus longue dans un service n'ayant pas la réactivité et la disponibilité pour traiter la crise.

La localisation et l'organisation de ces lits doivent être étudiées relativement à la disponibilité locale : au Centre Hospitalier Général (lits portes) ou au Centre Hospitalier Spécialisé (service d'urgence et de crise).

Si le niveau 1 est peu exigeant, notamment dans le respect de la spécificité de la psychiatrie, il n'en est pas de même pour le niveau 2.

Cette distinction importante n'est pas forcément repérée dans les organisations qui se mettent en place :

- par méconnaissance des somaticiens,
- par désintérêt des psychiatres qui supportent mal un surcroît de travail aux urgences, en plus de leur tâche habituelle.

Il faudra savoir être lucide sur le niveau d'organisation que l'on met en place localement et, s'il est concevable dans un premier temps d'organiser un dispositif de niveau 1, il faudra être vigilant car on voit que la réglementation (30 mai 97) pousse à multiplier les points d'intervention des psychiatres dans tous les UPATOU et SAU, et certains secteurs desservent de nombreuses structures de ce type, le risque est alors grand de voir se multiplier les interventions de niveau 1, sans possibilité de développement ultérieur de niveau supérieur, donc sans grand intérêt réel pour le patient, mais avec le risque de désorganiser le secteur psychiatrique.

Il faut donc s'interroger sur une application trop stricte de la règle, et prévoir des systèmes plus souples (conventions entre hôpitaux).

A l'issue du passage aux urgences se pose le problème de l'aval :

- y-a-t-il intérêt à revoir certains patients aux urgences ?
- articulation avec le secteur :
 - * hospitalisation (convention Centre Hospitalier Général - Centre Hospitalier Spécialisé),
 - * plus difficile est d'organiser un suivi extra-hospitalier (accueil non programmé ou rapide des Centres médico-psychologiques pouvant par ailleurs offrir un véritable soutien intensif ambulatoire).
- articulation avec le réseau social, notamment les possibilités d'hébergement (CHRS.)

Propositions concrètes :

Il ne s'agit pas ici de proposer une organisation de la psychiatrie des urgences des hôpitaux généraux selon un schéma rigide et s'imposant à tous, mais seulement de faire des propositions concrètes pour permettre une organisation réellement utile, et permettant de respecter les identités locales, à partir de principes d'organisation très généraux déjà admis, et bien souvent mis en œuvre :

- * la psychiatrie doit être présente aux urgences de l'hôpital général
- * non concurrence mais complémentarité entre Centres Hospitaliers Généraux et dispositifs sectoriels

1ère proposition :

- bilan de l'existant concernant le traitement des urgences psychiatriques : enquête nationale dans les Centres Hospitaliers Généraux et le secteur psychiatrique :
- recensement des organisations mises en place,
- évaluation de leur efficacité par les acteurs locaux,
- recherche en vue de la mise au point d'un outil d'évaluation.

2ème proposition :

définition d'un seuil minimal d'organisation permettant de parler de niveau 2 :

- un psychiatre titulaire, coordonnateur de l'urgence psychiatrique,
- une équipe de psychiatres rodée, connue et intégrée au service d'urgence. Il peut y avoir intérêt à ce que cette équipe soit constituée à partir des effectifs de secteur desservi par le service d'urgence afin de ne pas découpler secteur et urgence.
- présence infirmière à vocation psychiatrique 24 h/24 - éventuellement, d'autres professionnels : psychologues, psychiatres libéraux.

Remarque : la psychiatrie aux urgences devra éviter 2 écueils :

- se cantonner au niveau 1
- devenir, à l'hôpital général, véritablement indépendante de l'urgence somatique avec le risque que se reconstitue un ghetto psychiatrique, et pour le patient d'échapper à l'évaluation somatique

Tout en évitant cette autonomie, une individualisation des moyens budgétaires préservera de l'absorption des moyens de l'urgence psychiatrique par l'urgence somatique, toujours ressentie comme prioritaire car pouvant jouer sur la vie et la mort.

3ème proposition :

A partir du bilan national effectué et des propositions de seuil définies, les moyens à affecter à la psychiatrie dans le cadre des urgences pourraient être quantifiés nationalement et régionalement et affectés à un budget spécifique.

4ème proposition :

la présence d'un personnel spécialisé ne devra pas faire négliger l'importance majeure de la connaissance approfondie des problèmes psychiatriques par les médecins urgentistes, ce dont leur formation devra tenir compte.

De même, pour le personnel infirmier ; problème accentué depuis la suppression d'une filière de formation spécialisée et, si les infirmiers spécifiquement affectés à la psychiatrie devront avoir une expérience antérieure professionnelle approfondie, une sensibilisation dans le cadre de la formation professionnelle devrait concerner tout le personnel infirmier des urgences.

Remarque :

L'organisation de l'urgence en général, comme de l'urgence psychiatrique, ne peut se concevoir sans une adaptation des structures d'aval.

En ce qui concerne l'urgence psychiatrique à l'hôpital général, elle est à l'interface de trois dispositifs ; elle a donc comme structures d'aval :

- l'hôpital général : l'urgence psychiatrique doit rester intégrée aux urgences générales et bénéficier des mêmes structures hospitalières avec parfois des unités d'hospitalisation psychiatrique.

- le secteur psychiatrique :

* nous avons vu que s'il est nécessaire qu'il y ait un psychiatre coordonnateur de l'urgence, la présence solidaire de psychiatres de secteur reste une nécessité.

* l'adaptation du secteur, l'élargissement du champ de la psychiatrie, de nouvelles pratiques comme l'urgence, auront nécessairement un retentissement sur l'organisation et la définition du secteur ; ses buts, son champ d'application, son organisation, l'équilibre intra et extra-hospitalier.

- le champ social : c'est un problème d'aval extrêmement important.

L'outil social ne paraît pas dimensionné à la hauteur des problèmes à traiter, et il doit être aussi reconsidéré dans ses objectifs qui doivent intégrer le champ de la santé mentale au sens large, donc aussi dans ses modes de prise en charge et les métiers qui le constituent..

A tout le moins; la présence d'assistants sociaux au service des urgences est indispensable.

Rapport rédigé par Jean-Raoul CHAIX
Chef de service
Centre Hospitalier Spécialisé de Bourges
(validé par le groupe le 6 septembre 2001)

ANNEXE 4 : PROPOSITIONS POUR LES URGENCES PEDIATRIQUES

Introduction : faits et objectifs

L'accroissement des urgences de l'enfant est plus important que celui des urgences de l'adulte. La collaboration est indispensable entre les différents professionnels concernés : pédiatres, urgentistes polyvalents, chirurgiens, anesthésistes, médecins généralistes mais aussi parents. Le degré d'individualisation des urgences pédiatriques doit tenir compte du découpage actuel des urgences en POSU, UPATOU, SAU, et des circuits d'urgences pédiatriques déjà existants. Le maintien de relations fonctionnelles étroites entre urgences préhospitalières pédiatriques, accueil des urgences pédiatriques, unité d'hospitalisation pédiatrique « porte » et/ou d'hospitalisation de jour, services d'hospitalisation pédiatriques et consultations est une nécessité absolue. Les urgences sont un lieu d'accueil d'évaluation, parfois de traitement et d'orientation. Le regroupement des urgences médicales chirurgicales et psycho-sociales de l'enfant est souhaitable. L'accueil des adolescents doit faire l'objet d'une analyse particulière et de procédures de protocoles définis ensemble par les urgences adultes et enfants, somatiques et psychiatriques, dans chaque établissement. Les urgences de l'enfant doivent faire l'objet d'une analyse particulière dans les SROS de troisième génération.

Les Locaux

Ils doivent être dédiés et adaptés à l'accueil des enfants et de leurs familles. Leur organisation doit faire l'objet d'une réflexion commune entre pédiatres et urgentistes, en tenant compte du contexte géographique et historique de chaque établissement.

Le personnel médical et paramédical :

Les urgences de pédiatrie doivent faire l'objet d'affectation de personnel dédié. La participation de l'ensemble des équipes de pédiatrie aux urgences doit être encouragée, en accord avec le service d'urgences polyvalent. Les urgences de pédiatrie peuvent faire l'objet de la création d'une unité fonctionnelle si cela est nécessaire à l'optimisation des moyens.

Le matériel

Il doit permettre la prise en charge depuis l'âge du nourrisson jusqu'à l'adolescence comprise des détresses vitales, des pathologies médicales et chirurgicales, des problèmes psycho-sociaux et psychiatriques. Des protocoles de traitement spécifiques de l'enfant,

actualisés, validés et signés devront être disponibles et facilement accessibles. La prise en charge de la douleur et de l'accueil de l'enfant et de ses parents, fera l'objet de protocoles particuliers.

LES UPATOU (Unité de Proximité d'Accueil de Traitement d'Orientation des Urgences)

Pour les établissements ne disposant pas de service de pédiatrie (la plupart des Unités de Proximité) l'accueil des urgences pédiatriques doit se faire par le personnel médical et paramédical permanent des urgences en insistant particulièrement sur les points suivants :

- Accord de collaboration en réseau faisant l'objet de procédures.
- Nomination d'un pédiatre référent désigné au sein du SAU ou du POSU.
- Assurance d'une réponse par un senior référent 24 heures sur 24 en cas de difficulté à l'UPATOU.
- Mise en place d'un comité de suivi et d'évaluation pour améliorer les organisations et corriger les dysfonctionnements.
- Mise en place de formations et de protocoles.

LES SAU (Service d'Accueil et d'Urgences)

1 - Création de circuits et de sites d'accueil spécifiques pour les urgences pédiatriques médico-chirurgicales et psycho-sociales, quel que soit le mode d'organisation retenue.

2 - Mise à disposition de personnel paramédical auprès des enfants (personnel du SAU et/ou personnel du service de pédiatrie) par collaboration entre les deux services, en fonction du contexte local.

3 - Personnel médical dédié :

- soit pédiatres.
- soit généralistes
- soit urgentistes

4 - Organisation :

- En cas de nombre de passages d'enfants faible (< 6000 par an) : si l'équipe du service de pédiatrie ne peut organiser l'accueil des enfants, leur prise en charge pourra être assurée par le SAU. Le service de pédiatrie doit nommer un pédiatre référent (tableau de service) pour pouvoir répondre à toute demande urgente émanant des médecins du SAU, de jour comme de nuit.
- En cas de nombre important de passages par an (de l'ordre de plus de 6000 passages d'enfants par an) : création éventuelle d'UF d'accueil pédiatrique avec nomination d'un pédiatre responsable de l'UF. La responsabilité médicale de l'UF doit être assurée par ce pédiatre. Ce pédiatre doit rendre compte aux chefs des services de pédiatrie et des urgences et obtenir avec eux les moyens nécessaires. Pour que l'organisation s'intègre harmonieusement avec celle définie par le Chef du Service de SAU, une collaboration entre les deux services est indispensable :

l'organisation en fédération ou département doit être encouragée. Dans tous les cas l'UF d'accueil pédiatrique doit rester en liaison avec le service de pédiatrie (participation de l'ensemble des pédiatres au service de garde) mais doit s'intégrer dans l'organisation globale du SAU.

POSU :

Les urgences sont sous la responsabilité pleine et entière des pédiatres et chirurgiens pédiatres qui doivent trouver selon les spécificités locales la meilleure articulation avec les pédiatres des différents services de l'hôpital. Ces POSU sont les centres de référence pour la pédiatrie. Il doit en exister au moins un par région. Ils doivent être présents dans un environnement immédiat de surspécialistes pédiatres. Ils se justifient aussi par le flux important d'urgences courantes qu'ils accueillent. Ils doivent donc avoir aussi les moyens de répondre à ces flux importants.

Evaluation

Dans tous les cas des réunions cliniques et un comité de suivi et d'évaluation, des formations seront mis en place dans le but d'améliorer les organisations et de corriger les dysfonctionnements entre les différents partenaires de l'urgence. Les urgences de l'enfant doivent faire l'objet d'un rapport annuel à la Commission des gardes et astreintes, transmis à la CME.

Rapport rédigé par le Dr Daniel Cau
Chef de service de Pédiatrie au
Centre Hospitalier de Cherbourg
(validé lors de la réunion du 15/11/2001)