



L'ORGANISATION DE L'AVAL DES URGENCES : ETAT DES LIEUX ET PROPOSITIONS

Ce texte est issu d'un groupe de travail constitué à l'initiative de la SFMU.

Coordinateur : G Potel (SAU Nantes)

Membres du groupe : D Lauque (SAU, Toulouse), J Bouget (SAU, Rennes), JL Lejone (Gériatrie, Créteil), L DeDecker (Gériatrie, Nantes), Ph Bourrier (SAU, Le Mans), G Bleichner (SAU, Argenteuil), A Bellou (SAU, Nancy), JP Fournier (Médecine Polyvalente, Nice), A Hericord (Service social, HEGP), Ch Cesari (Service social, Vichy), J Schmidt (SAU, Clermont-Ferrand), T Biais (Direction des Affaires Médicales, Nantes), O Matas (SAU, Vienne), E.Hinglais (SAU Hôtel Dieu, Paris)

PREAMBULE

Historiquement, le service des urgences (SU) était la principale porte d'entrée de l'hôpital, et constituait donc un passage quasi-obligatoire pour les patients avant leur admission dans la plupart des services hospitaliers. En raison des progrès médicaux et techniques et du développement des spécialités médicales (et de leur diffusion en milieu libéral), les admissions directes dans les services hospitaliers sont devenues possibles puis ont progressivement augmenté, au point d'être, aujourd'hui, privilégiées par les spécialistes. Les difficultés d'hospitalisation des patients des urgences se sont encore aggravées en raison d'une demande générale en soins qui s'accroît, d'une modification des besoins en santé d'une population vieillissante, d'une transformation des structures hospitalières en unités de soins programmés – unités de semaine, de jour – et de contraintes économiques fortes. Aujourd'hui, alors que la fréquentation des SU a doublé en 10 ans, les patients ayant initialement transité par les SU ne représentent plus que 40% des malades séjournant dans les services hospitaliers. (1).

Tous ces éléments contribuent à l'engorgement, à la saturation des SU, et à leurs conséquences potentiellement dangereuses. Pour tenter d'y remédier, une redéfinition des missions des hôpitaux publics apparaît indispensable et urgente. Les 2 piliers organisationnels de cette redéfinition pourraient être :

Les pôles cliniques : ils doivent inscrire dans leur projet la mission d'accueil des urgences relevant de leur spécialité. Les moyens dévolus à cette activité d'accueil des urgences spécialisées, et l'organisation de cette permanence médicale spécialisée doivent être précisés dans le projet. Les flux de malades en provenance des urgences doivent être pris en compte dans les programmations d'activités réglées. L'admission rapide ou directe dans le cadre de filières spécifiques vers les plateaux médico-techniques spécialisés (infarctus du myocarde, AVC, traumatisme crânien grave par exemple) montre que cette voie est réaliste..

La commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP), émanation de la C.M.E., a été créée par la circulaire du 16 avril 2003 (2) . Elle doit permettre de dégager des solutions consensuelles garantissant la fluidité de la prise en charge en aval du SU au sein des établissements accueillant des urgences. Elle doit prévoir la contribution de chaque service, en y garantissant une capacité d'accueil suffisante pour les malades des urgences. Elle doit également valider et évaluer l'application des protocoles organisant les filières spécifiques ainsi que les modalités d'hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). L'activité non programmée liée aux admissions directes, sans passage

par le SU doit être mesurée. La CACNP doit proposer aux instances les liens à mettre en place en aval des urgences, soit dans l'établissement de santé, soit en complémentarité avec d'autres institutions. Suite à ses propositions, la direction de l'établissement public de santé doit prendre les mesures visant à inciter les services de soins à s'impliquer effectivement dans l'amélioration de la prise en charge des urgences. A cette fin, les services qui intègrent les urgences dans leur projet de service et respectent leurs engagements devraient se voir attribuer des moyens supplémentaires.

1/ L'accueil des urgences est une mission essentielle des hôpitaux publics. Celle-ci doit être réaffirmée avec force.

2/ Il ne s'agit pas d'opposer l'activité programmée à l'activité non programmée, mais de définir de façon concertée et prévisionnelle la place de chacune.

Dans ce texte, la SFMU s'est efforcée de faire l'état des lieux et de formuler des propositions concrètes à travers les réponses à 7 questions :

-Quelles sont les méthodes actuelles d'admission et de transfert des malades en aval du SU ?

-Comment permettre les admissions directes dans les services sans passage par le SU ? Quelle doit être l'implication des spécialistes hospitaliers ?

-Quelle est la place de la gériatrie dans la prise en charge des malades des urgences ?

-Quel est l'intérêt de la médecine polyvalente dans la prise en charge des patients en aval de l'accueil ?

-A l'intérieur même des SU, quelle est la place d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitales ?

-Comment organiser l'hospitalisation des patients traumatisés ?

-Quelle est la place des établissements hospitaliers privés dans la prise en charge des malades de l'accueil ?

1-Les méthodes actuelles d'admission et de transfert des malades en aval de l'accueil des urgences

Ce chapitre répertorie les dispositifs d'hospitalisation et de mutation des malades des urgences dans l'établissement. Les méthodes proposées pour trouver rapidement un lit d'aval sont précisées. Les hospitalisations inadéquates de malades de médecine dans les services de chirurgie (ou l'inverse) sont envisagées.

1-La recherche de lits par le seul SU

Etat des lieux :

La circulaire du 16 avril 2003 prévoit que les SU connaissent la disponibilité des lits des services de soins de leur établissement. A ce jour, les systèmes de recherche de lits permettent rarement d'avoir une connaissance exacte en temps réel du nombre de lits disponibles dans l'établissement. 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'urgence 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 (3). A l'hôpital Henri Mondor à Paris, une infirmière coordinatrice de l'aval et du réseau recherche les lits d'aval dans des établissements de soins conventionnés (4). Cette infirmière a permis d'augmenter le nombre de mutations tout en diminuant l'encombrement du service d'urgence.

La gestion des flux et leur coordination concerne l'ensemble du service, y compris l'urgentiste qui doit anticiper les événements, afin de réduire autant que possible le temps de passage dans les urgences. L'anticipation des besoins est souvent possible dès la phase d'accueil par l'IOA.

Propositions :

-Aux Urgences, 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 SU. 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 SU. Pour les patients nécessitant une hospitalisation, le type d'hospitalisation (y compris dans l'UHCD) 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 SU.

-Le renseignement correct des bases d'information passe par :

- *une formation du personnel des services d'aval, et leur 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. A 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 sanitaires.

2-La réservation centralisée de lits:

Etat des lieux :

Certains hôpitaux ont mis en place une structure centralisée gérant les demandes d'hospitalisation programmées ou non, comme à l'hôpital St Joseph et St Luc de Lyon (PSPH). Cette structure comprend deux cadres soignants, l'un pour la médecine, l'autre pour la chirurgie, et une secrétaire. En plus de l'identité du malade et de sa pathologie, les demandeurs communiquent le délai et la durée prévisionnelle de l'hospitalisation, au moins pour certaines pathologies ciblées. Si le devenir prévisible du patient est une orientation en structure d'hébergement, alors cette information doit être précisée afin d'accélérer la prise en charge médico-sociale.

Au SU, une infirmière référente place les malades en collaboration avec cette structure centralisée. Elle communique les caractéristiques des malades et leur pathologie. Elle reçoit

une réponse d'hospitalisation immédiate, de délais de lits disponibles, ou d'impossibilité d'hospitalisation à court terme. L'intérêt d'une telle structure paraît évident pour toutes les pathologies (notamment chirurgicales) dont le séjour est programmable (en termes de ciblage d'organe et de durée prévisible de séjour) ou reprogrammable à partir du SU. Il l'est beaucoup moins pour les malades de médecine se présentant au SU avec des défaillances multiples, et à l'avenir plus incertain quant à la date, voire à la possibilité du retour vers la structure d'origine ou le domicile.

Ce système, en cours d'évaluation, donne une vue globale sur la disponibilité des lits de l'hôpital pour les jours actuels et à venir. Il réduit la charge de travail des urgences puisqu'un seul coup de téléphone suffit par patient. Il a cependant des inconvénients : il ne fonctionne pas la nuit ; des adaptations doivent être trouvées lorsqu'un lit de semaine n'est pas libéré au terme du délai prévu. Enfin, les services perdent le contrôle de leurs admissions, ce qui peut être difficile à leur faire accepter.

Proposition :

-Cette méthode suppose que l'établissement soit doté d'un pool important de lits « banalisés », n'« appartenant » à personne, voire que la totalité des lits réponde à cette exigence de disponibilité. Des évaluations complémentaires sont nécessaires, tenant compte de la taille des établissements et de la nature des services accessibles, avant d'envisager une possible généralisation.

3-Les conventions avec les services spécialisés

Etat des lieux :

Le SU et les unités d'hospitalisation établissent des contrats permettant d'établir les modalités d'hospitalisation et de mutation : documents médicaux, soignants, sociaux, contacts avec le spécialiste, éventuellement protocoles de prise en charge, horaires des transferts. Ces contrats décrivent les malades relevant d'une prise en charge spécialisée, et ceux pouvant être pris en charge en dehors de la spécificité affichée par le service concerné.

Propositions

- Les relations avec les services d'aval doivent être contractualisées.
- La contribution des différents services concernés par la prise en charge des urgences doit être formalisée.

-Des protocoles doivent être établis pour faciliter l'hospitalisation des patients dans les services adaptés à leur prise en charge

- Le projet d'établissement doit affirmer et préciser la mission d'accueil et de prise en charge des urgences. Il doit inscrire dans son principe l'accueil, par les services de l'hôpital, des malades arrivés au service des urgences et décrire les actions correspondant à cet objectif. Particulièrement dans les CHU, le projet médical doit définir clairement les missions de chaque pôle ou service, en distinguant ce qui revient aux missions d'hôpital de référence de ce qui revient à celles d'hôpital de proximité. Les modalités d'hospitalisation des malades ne relevant pas d'une prise en charge spécialisée doivent également être prévues.

- L'évaluation du respect des protocoles doit être régulièrement effectuée par la CACNP qui doit se doter des moyens (tableaux de bord) lui permettant de dépister facilement les dérapages.

4-Inadéquation entre la pathologie du patient et le lit d'aval (=les hébergements)

Etat des lieux :

L'hébergement signifie que, faute de place dans le service adéquat, le patient est hospitalisé dans un lit vacant d'un service d'une autre spécialité sans aucun lien avec les problèmes médicaux posés. Ce système est généralement mal accepté par le service receveur. Il est mal adapté aux malades polypathologiques, *a fortiori* quand la spécialité du malade n'est pas représentée dans l'établissement. Les inadéquations les plus criantes concernent par exemple les malades de médecine hospitalisés dans les services de chirurgie. De ce point de vue, la ré-orientation secondaire vers des services spécialisés est d'autant plus problématique qu'il s'agit de patients polypathologiques qui peuvent n'être revendiqués par aucun service d'organe.

Propositions :

Cette procédure doit être validée par les instances de l'établissement, et nécessite l'accord du médecin hébergeur et du médecin dont relève le patient, lorsqu'il a pu être identifié (problème des malades polypathologiques qui ne sont revendiqués par aucun service, renforçant l'intérêt de services polyvalents dans l'établissement-cf infra). Ce dernier s'engage

à assurer le suivi médical dans le service hébergeur, et à reprendre le patient dans son service dans un délai court (en général moins de 48h). Une fiche de transfert résumant la pathologie, la surveillance et le traitement à poursuivre immédiatement doit accompagner le transfert du patient dans le service hébergeur. Les noms et les coordonnées du médecin urgentiste, du spécialiste (lorsqu'il existe) ayant accepté de prendre en charge le patient et du médecin du service hébergeur ayant donné son accord doivent figurer sur cette fiche.

Les hébergements doivent être réalisés préférentiellement dans des services proches géographiquement et complémentaires par leur activité, le plus souvent réunis au sein d'un même pôle. Ainsi un patient présentant un problème médical gastro-entérologique sera hébergé préférentiellement dans le service de chirurgie digestive du même pôle afin que le relais de la prise en charge soit assuré correctement. Des fiches de recommandations spécifiques à une pathologie donnée peuvent simplifier la surveillance des patients dans les services hébergeurs.

L'unité d'hospitalisation de courte durée (U.H.C.D.) du SU peut permettre d'attendre la libération du lit dans une spécialité, et éviter l'hébergement dans une autre spécialité, à échéance de 24-36 heures (en fonction du règlement interne de l'UHCD).

5-Méthodes d'hospitalisation avec contrainte

Etat des lieux :

*L'impôt-lit est la réservation systématique de lits pour recevoir des malades des urgences dans les services de l'établissement. Ces services s'engagent à recevoir un nombre donné de patients tous les jours, ou un jour donné en alternance entre plusieurs services, ou une semaine donnée. L'impôt-lit fonctionne mal en période de forte activité lorsque les services d'aval sont saturés. Les hôpitaux qui utilisent ou ont utilisé l'impôt-lit rapportent que ce dispositif est facile à contourner (les malades programmés passent par les urgences pour utiliser ces lits) et a une efficacité qui décroît avec le temps.

*La réquisition de lits consiste à prendre un lit pour un patient des urgences, alors que ce lit devait être occupé le lendemain par un patient programmé. Cette procédure, préjudiciable pour l'activité programmée est une mauvaise méthode, et ne peut s'envisager que comme mesure exceptionnelle lorsque l'hébergement n'est pas possible dans un autre service (hôpital plein) ou dans un autre établissement, ou en période de crise lors du

déclenchement d'un plan blanc. La réquisition d'un lit passe par l'autorisation du directeur de l'établissement ou son représentant.

*le contrôle de l'occupation des lits est de la responsabilité de l'administration, qui doit s'assurer que tous les lits sont soit occupés, soit réservés pour une admission programmée.

*Les lits supplémentaires permettent d'augmenter les capacités d'hospitalisation pendant des périodes critiques à partir de moyens existants ou nouveaux

Propositions :

Ces dispositifs impopulaires nécessitent une implication médicale et administrative durable. Ils doivent être validés par les instances de l'établissement sur proposition de la CACNP.

- La méthode de l'impôt-lit ne peut donc se concevoir que sur des périodes courtes
- Concernant l'installation de lits supplémentaires, une évaluation des possibilités architecturales et des moyens matériels et humains doit être faite « à froid » : identification des chambres pouvant être doublées dans les diverses unités fonctionnelles, sans exclusion, identification des chambres nécessitant des aménagements techniques. L'ouverture de ces lits supplémentaires se fait progressivement, de manière graduée, lorsque les capacités d'hospitalisation en aval des urgences sont saturées. Les patients installés dans ces lits supplémentaires sont sous la responsabilité médicale et soignante du personnel médical et soignant habituel du service. Un seuil limite (en nombre de jours par an) de leur installation sur l'année doit faire l'objet d'une négociation avec la Direction des Soins Infirmiers et les partenaires sociaux.

- Pour les hébergements et les méthodes avec contrainte, il est nécessaire de prévoir un système d'alerte dans chaque établissement, puis de mise en place progressive ou complète des procédures. Ces dispositifs doivent être validés et évalués par les instances, et doivent avoir une réactivité quasi instantanée pour une efficacité dans les délais les plus brefs.

1-Les systèmes d'information permettant de repérer les lits disponibles doivent être améliorés pour devenir fiables, lisibles, reproductibles.

2-Les relations entre les services d'urgence et les services d'aval doivent être contractualisées et régulièrement évaluées par la CACNP. Les services qui remplissent leur contrat doivent être valorisés..

3-En cas de manque de place d'aval, les patients peuvent être hospitalisés transitoirement dans un service d'une autre spécialité que celle dont ils relèvent. En période critique, des lits supplémentaires peuvent être ouverts pour une période limitée. Ces procédures doivent être validées au préalable par les instances de l'établissement.

2-l'implication des spécialités dans l'organisation du contournement de l'accueil

Etat des lieux :

L'hospitalisation de malades non programmés ne nécessite pas le passage systématique par les urgences. Les pôles et les services reçoivent directement des malades dont l'admission se fait en temps réel (ou presque) sur appel téléphonique d'un médecin libéral ou d'un autre hôpital. Ces entrées directes permettent un accès plus rapide aux soins spécialisés et évitent l'encombrement des services d'urgence.

Parmi les patients reçus au SU qui relèvent d'une hospitalisation, il faut cependant distinguer ceux qui se présentent aux urgences sans consultation préalable d'un médecin, ceux régulés par le centre 15 et pris en charge par les SMUR et/ou les sapeurs pompiers, et ceux adressés aux urgences par un médecin libéral. Pour ces derniers, le médecin traitant ou de garde appelle parfois d'abord les spécialistes qui peuvent demander le passage par les urgences. Le malade y bénéficiera d'une nouvelle évaluation médicale et d'exams para cliniques permettant de préciser l'hypothèse diagnostique. Cette nouvelle évaluation peut rendre le malade inéligible pour une admission secondaire dans le service de spécialité initialement prévu.

Le plus souvent, le médecin adresse le patient au SU sans joindre le service spécialisé, connaissant à l'avance la proposition qui lui serait faite de faire passer le patient par le SU (5) L'envoi de ces malades aux urgences correspond le plus souvent à une demande d'hospitalisation justifiée, si l'on en juge par le ratio d'hospitalisation de tels patients en aval de l'accueil qui est proche de 70%. (6). Peu d'études ont mesuré le pourcentage de passages inutiles par les urgences. Pour Derame et al (7), 10 %, soit 51 sur 520 patients consécutifs se présentant dans une unité d'accueil d'urgences médicales adultes auraient pu être admis directement dans un service, sans préjudice pour leur prise en charge. Il s'agissait surtout de patients âgés, adressés par leur médecin traitant, présentant des affections médicales variées (cutanées, respiratoires, rhumatologiques, etc).

Propositions

- Redimensionnement des services (en nombre de lits de court séjour) de l'établissement en fonction des besoins mesurés:

Le redimensionnement des services n'est possible que s'il existe une bonne définition des objectifs que s'assigne l'établissement, tenant compte aussi bien de ses domaines d'excellence que de son rôle dans la médecine de proximité, en même temps que de son environnement médical (y compris le volume et la typologie de l'activité des établissements privés). Le projet d'établissement constitue, pour les pôles et les services concernés, un temps fort du projet collectif, visant à quantifier les activités de référence aussi bien que la demande de proximité s'exprimant au SU. A ce propos, on ne peut faire l'impasse sur la dimension économique liée aux nouveaux modes de financement issus de la tarification à l'activité. Ainsi, la confrontation des missions de soins, des logiques de financement et des analyses quantitatives et qualitatives des malades admis en activité programmée vs non programmée, doit permettre de proposer une meilleure organisation de l'établissement à travers une affectation plus rationnelle du nombre de lits, pôle par pôle et service par service. Cette approche est évolutive, tenant compte des missions fixées aux établissements privés, du vieillissement de la population, des innovations thérapeutiques, des contraintes économiques, etc.....

La piste prioritaire semble être celle d'une redistribution quantitative des lits de médecine en adéquation avec les conclusions d'une analyse qualitative du recrutement au sein d'un service de spécialité ou de médecine polyvalente et/ou d'un pôle. Ce travail de réaffectation des lits, à défaut d'en créer, permet une gestion plus responsabilisée des hospitalisations programmées, tout en ouvrant plus les services de médecine pour lesquels la programmation est faible, vers les malades des urgences. Il faut rappeler ici que le système de répartition des lits devrait s'adapter avec plus de réactivité à l'évolution de la demande de soins : l'augmentation de 43% de la fréquentation des SU publics entre 1990 et 1998 (pour dépasser les 10 millions de passages annuels) (1) vient souligner avec brutalité l'inadéquation croissante entre la demande de soins de proximité exprimée dans les SU et l'offre hospitalière...

- Contournement de l'accueil : pour quels malades ?

- Les malades en fin de vie, suivis en secteur hospitalier, dont le motif d'admission aux urgences s'inscrit dans l'évolution terminale attendue d'une affection médicale ne devraient pas passer par les services d'urgence (8).

- Les malades graves (CCMU5, éventuellement 4) (Annexe 1) dont l'évaluation médicale pré-hospitalière faite par l'urgentiste régulateur et du SMUR conclut à une hospitalisation en unité de réanimation ou en unité de soins intensifs. Pour ces malades, la valeur ajoutée en terme de qualité de soins aux urgences est le plus souvent insignifiante, et l'admission directe en secteur de soins intensifs paraît plus appropriée

- Le troisième contournement possible concerne les patients CCMU 3 (voire 2) pour lesquels le passage par l'accueil du SU n'est pas nécessaire. Pour ces patients, un système de recours téléphonique direct entre le praticien libéral et un praticien d'une unité de court séjour spécialisée ou polyvalente devrait être mis en place dans tous les services aux heures ouvrables, évitant ainsi un recours abusif à l'accueil du SU. Cette procédure doit être explicite.

- Des contrats-relais entre les UPATOU et les établissements sièges de SU, et les conventions entre les SU départementaux et le CHU le plus proche doivent prévoir l'entrée directe dans les services de spécialité, dès lors que les patients ont été stabilisés et cadrés dans l'UPATOU ou le SU d'origine.

- La CACNP doit garantir la mise en œuvre de ces mesures et en surveiller l'application et l'évaluation, par l'encouragement des services de court séjour à développer leur disponibilité en temps réel vis-à-vis de la médecine libérale.

1/ L'admission directe des malades non programmés doit être organisée au sein de tous les services.

2/ Le projet d'établissement doit prévoir la contribution des services à l'activité de proximité.

3/ La CACNP doit assurer l'évaluation de la démarche.

3-LA PLACE DE LA GERIATRIE AUX URGENCES

Etat des lieux

L'accueil des personnes âgées aux Urgences varie d'un établissement à l'autre. En effet, les conditions sociodémographiques ne sont guère comparables entre les zones urbaines et les zones rurales. La raréfaction des praticiens de soins primaires, notamment en zones rurales, leur moindre investissement dans la permanence des soins, notamment en zone urbaine, invitent à proposer des solutions pragmatiques et très souples, adaptables à chaque site hospitalier.

L'impact social des conséquences de la maladie ou de l'accident est particulièrement important en gériatrie ; la maîtrise des conditions d'accès aux structures de soins de suites et de réadaptation (SSR) et/ou de longue durée est complexe, et réclame un savoir-faire propre, médical et social.

Néanmoins, quelques grandes règles semblent pouvoir être admises, et on s'appuiera sur la Circulaire DHOS du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques (9), et sur les recommandations de la conférence de consensus sur l'accueil de la personne âgée aux Urgences qui s'est tenue à Strasbourg en décembre 2003 sous l'égide de la SFMU (10)

*A l'accueil des Urgences.

D'une manière générale, il semble que les personnes âgées de plus de 75 ans examinées à l'accueil des Urgences hospitalières le sont rarement pour un problème exclusivement social. En revanche, les conséquences sociales consécutives à la crise que représente la pathologie (ou le traumatisme) ayant motivé le recours aux urgences sont généralement importantes.

A l'accueil, la démarche diagnostique et thérapeutique immédiate est privilégiée. Deux situations peuvent être décrites :

Il peut s'agir d'une pathologie de diagnostic et de traitement simples, pouvant autoriser le retour à domicile. Quelquefois, celui-ci peut réclamer des mesures sociales immédiates d'accompagnement. Dans ces cas, la présence d'une assistante sociale pour une prise en charge adaptée et l'existence d'un réseau médico-social avec la Cité sont précieuses. Par exemple, une fracture de Pouteau-Colles ou une fracture du col chirurgical de l'humérus, une fois traités, vont s'assortir d'un retour au domicile immédiat sous réserve que des aides soient mises en place, notamment si la personne âgée est isolée.

Mais dans la plupart des cas (exemple : malaise et/ou chute), la procédure diagnostique et le choix thérapeutique sont complexes. Quatre vingt pour cent des personnes âgées de plus de 75 ans sont admises le plus souvent dans des services ne disposant pas de compétences gériatriques. Le rôle de l'urgentiste est prioritairement médical et non social. Cette priorité donnée au médical est liée à la nécessité de faire face au flux important, et fluctuant dans le temps, des passages dans la zone d'accueil.

Dans les grands établissements, et notamment en CHU, beaucoup de patients âgés sont admis dans les UHCD lorsqu'elles sont suffisamment dimensionnées. Ces structures, censées être de (très) court séjour, ne sont *a priori* pas les plus adaptées à l'accueil des patients gériatriques.

*Les équipes mobiles gériatriques.

La mise en place d'équipes mobiles gériatriques (EMG) est encouragée par la DHOS. Là où elles existent, elles constituent une source d'expertise complémentaire utile dans les cas difficiles.

Il n'est pas opportun, actuellement, de disposer d'une équipe gériatrique à l'accueil des Urgences 24 heures/24 365 jours par an. Ces équipes, structurées à partir des unités de gériatrie aiguë des hôpitaux, ont vocation à intervenir dans l'hôpital d'aigus, tant dans les services qu'aux Urgences, pour améliorer la prise en charge médicale et sociale des patients « à problème ».

Comme on l'a vu précédemment, le bénéfice de l'intervention de telles équipes à l'accueil même des Urgences est souvent limitée. Néanmoins, certains hôpitaux ont pu organiser la présence d'un gériatre à l'accueil aux heures ouvrables. Par l'approche spécifique des problèmes, elle évite des admissions inopportunes. En pratique, c'est dans les UHCD que l'EMG peut être amenée à intervenir régulièrement au SU. Elle est composée, idéalement, d'un gériatre et d'une assistante sociale. Le travail d'évaluation médicale gériatrique est long. Il exige un examen médical approfondi ; il réclame souvent le contact ou la présence de l'entourage (famille ou aidant). La lourdeur de la tâche suppose que l'EMG ne soit sollicitée que pour des malades ciblés, posant des problèmes d'orientation dépassant les compétences et le temps disponible de l'urgentiste.

*Les Unités de Gériatrie Aiguë.

La caractéristique essentielle du patient âgé malade est la poly-pathologie. On estime à 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans admises pour une seule pathologie. Dans ce cas, la prise en charge a lieu dans le service de spécialité correspondant par admission directe programmée (exemple : chirurgie de hanche, chirurgie prostatique, trouble du rythme cardiaque). Ailleurs, les patients âgés sont admis au SU pour une pathologie aiguë survenant le plus souvent sur un fond d'une ou plusieurs pathologies chroniques (rétention aiguë d'urines ou IDM ou AVC ou OAP ou pneumopathie chez un hypertendu et/ou diabétique et/ou insuffisant respiratoire...). La majorité des patients âgés des urgences étant donc poly-pathologiques, leur prise en charge optimale est susceptible de réclamer une contribution gériatrique complémentaire de la prise en charge par l'urgentiste. Il existe très peu d'unités de gériatrie aiguë, tant dans les hôpitaux gériatriques que dans les hôpitaux d'aigus.

Le développement de telles structures, financé dans le cadre du volet 2004 du plan Urgences 2004-7, a pour objet de favoriser la prise en charge de la personne âgée malade admise au SU ou par recrutement direct (11). Il semble souhaitable que ces unités de court séjour se mettent en place non seulement dans les hôpitaux gériatriques, mais aussi dans tout hôpital de court séjour.

C'est à partir de ces unités que les équipes mobiles peuvent se développer (Cf. supra), prioritairement au bénéfice du SU...

*Les hôpitaux gériatriques.

Les structures hospitalières gériatriques devraient disposer également d'unités de court séjour gériatrique, ce qui compléterait le dispositif de prise en charge des personnes âgées malades. Il semble souhaitable que l'ensemble du dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes, y compris au SU et en post-urgence, soit coordonné par un service de gériatrie. Pour les raisons évoquées ci-dessus, la situation n'est susceptible de s'améliorer qu'à moyen ou long terme. Cependant, les enjeux sont majeurs en raison de la croissance des admissions de personnes âgées au SU, justifiant la création de telles unités, du fait notamment de la spécificité du travail social auprès des personnes âgées (complexité des procédures d'aides sociales aux personnes âgées, des modalités d'admission dans les établissements de soins de suite et de longue durée).

Propositions :

- Les solutions doivent être adaptées à la situation de chaque site, en s'appuyant sur l'expertise gériatrique en place ou à développer.
- L'évaluation gériatrique, médicale et sociale, le plus précocement possible est souhaitable. Néanmoins, une équipe mobile gériatrique qui ne dispose pas de lits de court séjour dans l'établissement ou d'un court séjour insuffisamment dimensionné, a une action très limitée pour décider l'orientation du patient après son passage au SU. Les EMG et les structures gériatriques qui les gèrent doivent définir une véritable régulation de la prise en charge des personnes âgées dans

l'hôpital, s'appuyant sur des contrats établis avec toutes les parties concernées, et notamment tous les services ou pôles

- La création d'Unités de Gériatrie Aiguë est inscrite dans le « Plan Urgences ». Ces unités devraient permettre d'éviter le passage obligé par le SU de toutes les personnes âgées réclamant une hospitalisation, tels les patients dépendants dont le maintien à domicile devient impossible malgré l'absence de défaillance viscérale aiguë. La création de telles unités spécifiquement gériatriques est complémentaire de celle d'unités polyvalentes (cf infra). Leurs objectifs et les moyens médico-sociaux qui leur sont affectés sont différents et spécifiques.

1/ La contribution gériatrique à l'activité du SU (UHCD) constitue déjà une amélioration significative qui doit être encouragée et développée
2/ L'activité gériatrique en aval ou en complément du SU est appelée à se développer.
3/ La création d'unités de gériatrie aiguë, avec des objectifs complémentaires de ceux des unités de médecine polyvalente, est prévue au Plan Urgences, et doit devenir une réalité.

4-La place de la Médecine Polyvalente en aval de l'accueil

Etat des lieux

L'engorgement chronique des SU n'est pas seulement lié à l'insuffisance quantitative de lits d'aval, 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 une activité de proximité plus polyvalente et non programmée. Le flux entrant continu des services d'urgences est en opposition avec un fonctionnement hospitalier progressivement discontinu : fermeture des unités de semaine et absence de décision médicale de sortie dans les services traditionnels en fin de semaine. Cette difficulté est liée :

- à l'insuffisance d'évolution vers des modes alternatifs d'hospitalisations programmées : en effet, notre pays (qui est par ailleurs, en Europe, un de ceux où il y a le plus de lits hospitaliers par habitant...), est très en retard en chirurgie ambulatoire, en hospitalisation de jour ou de semaine, en hospitalisation à domicile.... L'hospitalisation « classique »

(7j/7, continue) devrait essentiellement concerner l'activité d'urgence, les pathologies instables ou évolutives ou les pathologies graves (relevant de la réanimation par exemple où il est beaucoup plus difficile de prévoir la durée de séjour). C'est la voie choisie par certains Etats (Pays-Bas par exemple).

- à la définition insuffisante des missions des structures complémentaires de l'activité d'urgence : psychiatrie de proximité, gériatrie, SSR, consultations avancées de spécialistes

- à l'évolution du système de soins vers une organisation qui est de plus en plus pénalisante pour les urgences, ce qui accentue continuellement ses dysfonctionnements:

- *la nature de la « file active »* des services hospitaliers: l'entropie du système de soins tend vers le suivi régulier et souvent de plus en plus exigeant d'un nombre limité de patients déjà connus d'un praticien hospitalier. Cette tendance lourde a un impact aussi bien sur les médecins généraliste ou spécialiste que sur les consultations ou les hospitalisations spécialisées des grands centres hospitaliers et la disponibilité de leurs médecins, au détriment de la prise en charge du patient qui entre dans la maladie (ou de l'accidenté), bref du « nouveau » malade qui n'a alors d'autre recours que le SU ;
- *le recrutement sélectif des SSR* : il existe en général une sélection féroce pour l'admission des patients de court-séjour vers les SSR

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.

Parmi les services à vocation polyvalente, la Médecine Interne et la Gériatrie n'échappent pas à l'expression légitime d'une volonté d'activité spécifique, avec ses effets négatifs vis-à-vis de l'offre d'hospitalisation en aval du SU.

La spécialité Gériatrique est centrée sur des objectifs de prise en charge déjà évoqués dans le chapitre 3, et ne peut répondre à l'ensemble des problèmes de défaillances aiguës observées chez la personne âgée. Sa contribution à la prise en charge des personnes âgées doit s'inscrire dans le projet d'établissement en complément de la prise en charge en milieu polyvalent ou spécialisé, dès lors qu'une prise en charge spécifique apparaît nécessaire.

La spécialité de Médecine Interne recouvre des réalités de pratiques très différentes en fonction des hôpitaux et des praticiens qui l'exercent. La plupart des praticiens sont titulaires de DESC (Médecine vasculaire, maladies infectieuses, immunologie clinique...) en complément de leur DES de Médecine Interne, qui les éloignent de la pratique polyvalente, de sorte que le projet de service est généralement centré en priorité sur la prise en charge des patients relevant de ces spécialités, plutôt que sur celle des patients polypathologiques de l'urgence. Il s'agit le plus souvent d'une discipline de recours éloignée de la demande de soins primaires.

L'orientation des patients en aval du SU doit être adaptée, en fonction d'une règle générale de fonctionnement simple, et d'un objectif de soins centré sur une prise en charge ciblée.

La règle de fonctionnement générale repose sur :

- * l'orientation vers un milieu spécialisé (médical ou chirurgical) dès lors que le diagnostic et/ou la prise en charge thérapeutique nécessitent le recours à des compétences et/ou des moyens techniques disponibles uniquement dans certains services (chirurgie, unités de soins intensifs, pathologie aiguë d'organe etc..)

- * l'orientation en milieu polyvalent dès lors que le diagnostic et/ou la prise en charge thérapeutique ne nécessitent pas le recours à des compétences et des techniques de spécialités.

Dans une enquête prospective réalisée au CHU de Nantes sur une cohorte de 1300 patients consécutifs admis à l'Accueil adulte non traumatique (à l'exclusion des patients de psychiatrie et de gynéco-obstétrique), plus de la moitié des patients hospitalisés relevaient d'une prise en charge non spécialisée (UHCD, Médecine Polyvalente ou Médecine Interne) (7), rejoignant les conclusions d'autres auteurs (1).

Le concept de Médecine Polyvalente trouve donc aujourd'hui sa définition à travers un projet de prise en charge des patients indépendant du (ou des) organe(s) atteint(s), mais réunissant les praticiens autour d'une fonction commune : il s'agit principalement de compléter l'idée d'une prise en charge globale (au sens où tous les aspects médicaux et psycho-sociaux doivent être pris en compte) par la nécessité d'une prise en charge ciblée. Prendre en charge globalement un malade ne doit pas conduire au comportement excessif et dangereux des 4T (« Tout, Tout de suite, Tout le temps pour Tout le monde »). Si considérer la globalité, c'est

identifier et prendre en compte tous les besoins, en revanche, il est indispensable de cibler, hiérarchiser, programmer et surtout déléguer ce qui peut l'être dans les soins et la prise en charge, en utilisant au maximum les filières de soins existantes, qu'elles soient hospitalières ou extra-hospitalières, et en remettant la médecine générale libérale dans le circuit de soins actifs. Il a pu ainsi être montré qu'avec une séniorisation renforcée, et dès lors que des praticiens motivés s'impliquaient totalement dans le projet, il est possible de réduire de 50% les durées moyennes de séjour des pathologies les plus courantes, en réduisant d'un facteur 2 à 3 les dépenses en examens complémentaires (12)

Propositions:

C'est la création d'Unités de Médecine Polyvalente dédiées à l'aval des SU, dont le cahier des charges peut être ainsi défini :

-L'unité est administrativement ou contractuellement rattachée au SU (fédération, département, ou mieux pôle d'activité) en fonction de l'architecture administrative générale de l'hôpital, des hommes et des femmes qui en ont fait l'histoire ;

-Son volume doit être dimensionné pour répondre à la demande non spécialisée du SU. Elle comporte des lits d'hospitalisation ouverts en permanence, avec une possibilité d'ouverture transitoire de lits supplémentaires en cas d'afflux conjoncturel, notamment saisonnier (lits « gigognes » ou provisoires).

-Les référentiels de prise en charge des pathologies les plus fréquentes sont disponibles et actualisés de façon régulière, en collaboration avec les spécialistes de l'établissement, tenant compte de l'évolution des consensus et des recommandations professionnelles ;

-Les praticiens qui y sont affectés sont issus de diverses filières (notamment médecine interne, médecine générale, mais aussi médecine d'urgence, cardiologie, pneumologie, gériatrie....) mais exercent une fonction commune au sein de l'unité, dans le cadre de la prise en charge indifférenciée de tous les patients se présentant dans l'unité. Ils exercent ou ont exercé des fonctions dans un SU.

-Les patients admis dans l'unité proviennent en totalité du SU et ne sont pas programmés. L'admission d'un malade dans l'unité ne donne lieu à aucune négociation entre l'accueil et l'unité, dès lors que la décision d'hospitaliser a été prise par un senior du SU. Aucun recrutement direct à partir du secteur libéral (ou d'un autre service hospitalier) ne peut être effectué, à la seule exception des patients qui ne sont connus que de l'unité et de ceux

pour lesquels le passage par l'accueil n'apparaît pas utile. Ce recrutement direct ne doit pas excéder 5 à 10% de l'activité.

-Une durée de séjour aussi courte que possible est un objectif figurant explicitement dans le projet médical de l'unité (l'objectif d'une moyenne de 7 jours paraît réaliste au vu des expériences déjà réalisées). Pour y parvenir, il est nécessaire d'identifier, dès l'admission du patient, les procédures diagnostiques appropriées à la présente hospitalisation, et celles qui peuvent être différées et réalisables en externe. Les unités de médecine polyvalente sont ainsi un moyen électif de « re-programmer le non programmé ». Une prise en compte de ce qui est réalisable après la sortie du patient et en accord avec le médecin traitant, évitera les écueils de l'« hospitalocentrisme »

-L'orientation précoce vers un SSR doit se faire dans le cadre d'un contrat, dans lequel l'unité de Médecine Polyvalente s'engage à reprendre le malade en cas de ré-aggravation précoce (cf. recrutement direct, paragraphe précédent).

-La seniorisation de la prise en charge est quotidienne. Aucun examen complémentaire n'est systématique. La juste utilisation des moyens biologiques ou d'imagerie permet d'éviter les redondances.

-Dans le cadre d'une démarche qualité, les indicateurs d'évaluation comprennent la DMS, le pourcentage de retours précoces non programmés (dans les jours ou les semaines qui suivent) après la sortie de l'unité, et le taux de mutations en services de spécialités. L'analyse trimestrielle des données du PMSI de l'unité permet de garantir l'absence de dérive vers une activité spécialisée.

-Des sorties sont possibles 7j/7. Pour être supportable, cette charge de travail doit faire l'objet d'une mutualisation des moyens médicaux entre les praticiens de l'unité et ceux du SU ;

-L'appel à des médecins spécialistes doit être fait dès lors que l'application des référentiels pour les situations les plus courantes se révèle insuffisante. Aucune spécialité ne doit se sentir exonérée d'une contribution plus ou moins fréquente au fonctionnement de l'unité. Parmi les plus sollicitées, la gériatrie occupe une place particulière en raison de son rôle dans l'évaluation de la dépendance, et sa position facilitatrice pour orienter les patients qui le nécessitent vers la gériatrie aiguë, ou vers d'autres structures fonctionnant en réseau.;

-Le nombre de praticiens affectés au fonctionnement de l'unité doit être suffisant pour que la mutualisation des moyens médicaux avec le SU permette de faire face aux périodes de congés et de formation, et pour permettre les sorties de patients 7j/7. Le temps d'assistant(e) social(e) doit être également adapté au volume de l'unité.

-Ces unités de Médecine Polyvalente ont aussi une mission universitaire de formation vis-à-vis des internes se destinant à la médecine générale. La seniorisation de l'activité est la garantie d'un encadrement poussé au maximum. Elles constituent également un terrain de stage privilégié pour des internes d'autres spécialités qui souhaitent se doter d'une formation générale pour la prise en charge des problèmes courants d'autres disciplines (médecine interne, infectiologie, médecine d'urgence, gériatrie, pneumologie, cardiologie etc...). Cette dimension souligne encore la nécessité d'établir des référentiels de prise en charge en accord avec les services spécialisés de l'établissement. Elles ont enfin vocation à participer à l'effort de Recherche Clinique de l'établissement dans tous les domaines correspondant à leur recrutement, en collaboration éventuelle avec les services de spécialités.

1/ La création ou la re-création d'unités de médecine polyvalente entièrement dédiées à l'aval des SU correspond à un besoin identifié et à des expériences déjà réalisées qui ont montré leur intérêt.

2/ Ces unités doivent être rattachées au service d'urgence. Certaines activités doivent être mutualisées avec celui-ci.

3/ La seniorisation doit y être maximale, 7j/7, et les référentiels de prise en charge régulièrement actualisés en collaboration avec les spécialistes de l'établissement.

5-La prise en charge des urgences vitales

Etat des lieux:

Les urgences vitales (CCMU 4 et 5) représentent une faible proportion des patients admis dans les SU, mais néanmoins correspondent à la mission prioritaire de ces services. Les données nationales fournies par la DREES indiquent le chiffre de 2,4%, tous patients confondus (14). Ramené aux seuls patients adultes non traumatisés, ce pourcentage varie de 3 à 8% selon les séries (15,16). Il revient aux urgentistes d'assumer la prise en charge initiale de ces patients qui représentent 6 à 12 malades par jour dans un SU recevant 60 000 passages adultes par an. Les durées de prise en charge de ces patients sont significativement plus longues et mobilisent totalement une partie de l'équipe du SU : il revient au SU d'organiser la prise en charge coordonnée avec les collaborations adaptées (16) . De façon variable en fonction des établissements, des circuits rapides et courts permettant d'éviter la zone d'accueil doivent être organisés, en particulier lorsque l'évaluation pré-hospitalière et l'acheminement des malades effectués par le SAMU/SMUR permettent l'accès direct vers un bloc opératoire ou une unité de soins intensifs (paragraphe 2). L'efficacité de ces circuits dépend à la fois du niveau de confiance et des relations qui existent entre les médecins des unités de soins intensifs et de la régulation, et de l'évaluation pré-hospitalière faite par les urgentistes du

SAMU/SMUR. Elle est très variable d'un hôpital à l'autre, en fonction de son histoire et de la capacité des intervenants des différentes structures à dialoguer et à construire des filières efficaces

Propositions :

La prise en charge adaptée des urgences vitales est une mission prioritaire des SU . La prise en charge dans des conditions acceptables des urgences vitales au SU passe par l'organisation et/ou l'activation des circuits courts d'admissions directes dans les services de réanimations et de soins intensifs. Ceci correspond à des pathologies parfaitement identifiés . Le transit par la SAUV n'apporte pas d'amélioration thérapeutique.

Même avec des circuits courts organisés, une forte proportion de patients graves arrivent au SU sans médicalisation préalable (49% d'après les chiffres publiés par le SU de Pontoise en 2002, réf 14). Dans ce domaine, la constitution de pôles dans lesquels se retrouveraient les différents services concernés constitue une piste d'amélioration qui doit être explorée partout où cela est possible.

En dehors de ces circuits courts, et même s'ils existent, l'installation d'une **Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV)** constitue une obligation réglementaire partout où elle n'existe pas encore. La SAUV répond à un besoin complémentaire des structures de réanimation et de soins intensifs et des Unités de Surveillance Continue (USC) adossées à ces services, et qui sont en cours de création. Le SAUV est le plus petit dénominateur commun qualitativement acceptable pour tout centre d'urgence pouvant accueillir une urgence vitale. Les recommandations des quatre sociétés savantes (S.F.M.U, S.F.A.R, SRLF et SDF) font référence à la nécessité d'au moins deux emplacements par tranche de 15000 passages par an (16, 17). Son cahier des charges répond aux exigences suivantes :

- elle est sous la responsabilité exclusive des médecins urgentistes, et est contiguë à la zone d'accueil . C'est **une entité du SU** (16).

- elle s'adresse aux patients nécessitant une prise en charge immédiate avec mise en jeu du pronostic vital, ce qui représente 5 à 6% des passages à l'accueil adulte ;

- elle prend en charge les patients qui ne relèvent pas (ou pas encore) d'une prise en charge en réanimation ou en USC, et qui transitent tous par la zone d'accueil ;

- elle est justifiée par la nécessité de pouvoir surveiller de façon étroite les patients en état de détresse vitale réelle ou potentielle, au moins pendant le temps nécessaire pour établir un diagnostic et un pronostic, conduisant ensuite vers une USC, un service de réanimation, ou vers une unité de soins conventionnelle.

Les temps diagnostique et thérapeutique initiaux (complétés par le recueil d'informations sur les antécédents du patient permettant de **poser un pronostic**) doivent être contemporains d'une surveillance qu'il est impossible d'assurer dans les boxes dans des conditions acceptables, mais qui pourrait devenir optimale dans une salle dédiée, définie selon les principes directeurs consensuels de la SAUV (16)

La SAUV doit être considérée comme une zone propre du SAU au même titre que la zone d'orientation, l'unité d'hospitalisation de courte durée, ou UHCD. Elle rend lisible la gestion des urgences vitales.

6-L'organisation de l'hospitalisation des patients traumatisés

Etat des lieux :

Le motif de recours traumatologique représente plus de la moitié des passages dans les SU (50,4%) et concerne une population plus jeune (31,2 ans versus 38,3) dont la durée de passage est plus courte (94,9 minutes versus 147,7) et dont les besoins en terme d'aval hospitalier sont plus faibles (10% versus 31,8)(18).

Néanmoins, l'hospitalisation pose un certain nombre d'interrogations que l'on peut résumer ainsi :

- Le blessé polytraumatisé nécessite un travail pluridisciplinaire (cf. paragraphe 5).
- Le traumatisme peut être lié à une cause médicale justifiant une double prise en charge médicale et chirurgicale.
- Le blessé peut nécessiter une surveillance en milieu hospitalier sans forcément nécessiter une intervention chirurgicale. Cette « traumatologie non opératoire » pose des difficultés d'orientation, variables selon les centres, souvent liées au dimensionnement des services de chirurgie (hospitalisation en orthopédie d'un traumatisé crânien, en médecine d'un tassement vertébral traumatique...), au type de recrutement et à la volonté des équipes.

Propositions :

-Par évidence, les relations entre le SAU et le service d'orthopédie traumatologique doivent être privilégiées. Les accords ou les chartes passées entre les 2 services doivent prioritairement être axées sur les modalités et la rapidité d'intervention et de conseils des chirurgiens aux urgences. Dans chaque service d'urgence, en fonction des organisations

hospitalières, des protocoles doivent établir de manière consensuelle le rôle et la place des urgentistes et des orthopédistes.

- Concernant le blessé polytraumatisé accueilli au SU, il trouve naturellement sa place en SAUV, le médecin urgentiste étant le coordinateur des différents intervenants en plus de son rôle premier de maintien des fonctions vitales et d'antalgie.
- Pour les patients « médico-chirurgicaux », il revient au médecin urgentiste de hiérarchiser les problèmes afin de proposer l'orientation la mieux adaptée. Au moins transitoirement, l'UHCD peut être alors d'un appoint utile (voir règlement interne de l'UHCD) (19). Le transfert de compétences (20) ou l'avis spécialisé doivent être recherchés afin de mettre en place les premiers soins chirurgicaux et d'aider à cette hiérarchisation.
- L'UHCD est une unité polyvalente, faisant partie des SAU. Elle constitue donc une structure pivot de l'aval traumatologique, dans le respect des référentiels nationaux.
- Pour les malades traumatologiques qui ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale (traumatologie non opératoire), une contractualisation (ou des accords de bonnes pratiques, protocoles, etc..) est nécessaire : hospitalisation en chirurgie ou hospitalisation en unité polyvalente dédiée à l'aval des urgences
- Les suites des soins de traumatologie prodigués initialement au SU doivent être organisées en cohérence avec l'activité de consultation des services d'orthopédie-traumatologie.

1/ La contractualisation avec les services impliqués dans l'aval traumatologique doit être recherchée pour mieux clarifier les rôles de chacun en relation avec les accords des sociétés savantes et préparer l'aval des patients en fonction des différents scénarii possibles.

2/Compte tenu de la fréquence de la traumatologie de membres, les relations avec l'orthopédie traumatologie sont nécessaires et doivent être axées sur les délais de réponse pour avis et/ou prise en charge opératoire. Les suites de soins doivent être organisées en accord avec les chirurgiens orthopédistes

3/ L'UHCD est une unité médico-chirurgicale où un certain nombre de blessés doivent trouver leur place dans le respect des recommandations existantes.

7-La place de la médecine hospitalière libérale dans la prise en charge des malades du SU.

Etat des lieux :

Il existe certes une relation linéaire inverse entre l'encombrement des services d'urgences et la disponibilité des lits d'aval, mais la multiplication insuffisamment réfléchie de lits d'aval n'est pas réaliste. L'utilisation rationnelle de structures déjà existantes représente une approche beaucoup plus logique. Dans cette perspective, le recours à des structures d'hospitalisation non publiques (privées ou Participant au Service Public Hospitalier-PSPH) peut représenter une réponse partielle à cette problématique.

Elle a l'avantage d'utiliser des structures pré existantes. Elle est une réponse à une approche réglementaire générale très explicitement contenue dans l'article L6121 du Code de la Santé Publique (21). Y apparaissent en effet les notions de satisfaction des besoins de la population au sein de la carte sanitaire, de l'identification de certaines pathologies ou activités de soins, de meilleure orientation du patient, de coordination et de continuité des soins, de promotion de la délivrance de soins de proximité de qualité. Les circulaires du 16 avril 2003, du 5 mars 2004, et le Plan Urgences reprennent ces différents points en précisant que l'objectif principal est bien de limiter le temps de passage de ces patients dans le SU (2, 11, 13). Le Plan Urgences précise en outre que l'appartenance à un réseau fera partie des critères d'accréditation des SU par l'ANAES. Elle évite « l'hospitalocentrisme » dont est régulièrement accusé l'hôpital public.

Cette démarche a été largement engagée dans plusieurs centres, permettant d'augmenter très sensiblement la proportion des patients hospitalisés en dehors de l'établissement.

Propositions

La rédaction de conventions entre l'établissement siège d'un SU et les établissements du secteur libéral ou mutualiste doit obéir à certaines règles :

-typologie des patients concernés: de façon générale, elle doit s'adapter à la fréquente spécialisation des établissements receveurs, le plus souvent à vocation chirurgicale ou médico-technique. Ceci implique donc de sélectionner les patients par pathologie et de définir les conditions de transfert. Ces transferts concernent notamment des patients victimes de pathologies traumatiques telles que les fractures du col du fémur, des patients âgés dirigés vers des cliniques gériatriques, des patients transférés vers des centres de Cardiologie, voire de Réanimation privés, ou des patients relevant d'une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Cette liste n'est pas limitative, et des conventions de ce type existent déjà dans de nombreux centres hospitaliers entre les SAMU et des unités spécialisées de cardiologie par exemple.

-Origine des transferts : directement à partir du SU. Si une évaluation sociale s'avère nécessaire, elle est réalisée avant le transfert ;

- Etablissements receveurs : tous sont concernés, qu'ils soient de statut privé ou Participant au Service Public Hospitalier (PSPH). Les unités qui reçoivent ces patients sont généralement de court séjour, mais rien ne s'oppose à l'implication de structures de type SSR ou long séjour. Ces établissements doivent être situés à proximité de l'hôpital (ou à proximité du lieu de vie des patients pour les structures SSR), accepter les patients relevant de leur offre de soins, et ne pas facturer de surcoûts que n'aurait pas facturés l'hôpital, sans l'accord explicite du malade.

-Un tel transfert, non facturé au patient, implique l'obtention de l'accord écrit du patient ou de ses représentants légaux. La confidentialité est garantie. Tout le contenu du dossier médical est transféré, y compris les examens d'imagerie (en cas de contre types, ceux-ci ne doivent pas être facturés au patient) et les examens biologiques pour éviter les doublons. Ces notions devraient être rendues obsolètes par la mise en place du dossier partagé ;

-Le transfert a lieu après accord entre le médecin urgentiste et le médecin ou chirurgien receveur. Les modalités pratiques du transfert doivent faire l'objet de protocoles (horaires, choix des ambulances assurant le transfert en dehors des patients instables justifiant d'un transfert médicalisé, conditions de re-transfert vers les urgences pour aggravation du patient, diagnostic initial erroné, etc...)

-L'évaluation de ces conventions est régulière, au moins annuelle ou à la demande de l'un des établissements concernés, ou de la CACNP. Les rubriques suivantes peuvent en constituer la trame : adéquation des patients avec le cahier des charges, adéquation des établissements avec le cahier des charges, nombre et horaire des transferts, difficultés rencontrées, nombre de re-transferts, plaintes (aspect quantitatif et qualitatif) des patients ou/et de leur entourage.

<p>1/ La contribution des établissements privés à la prise en charge des patients en urgence est inscrite dans la loi.</p> <p>2/ Des conventions doivent exister entre le SU et les établissements privés qui définissent la typologie des malades concernés et les modalités de transfert.</p>

REFERENCES :

1. Bellou A, de Korwin JD, Bouget J, Carpentier F, Ledoray V, Kopferschmitt J, Lambert H. Place des service d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. La Revue de Médecine Interne 2003 ; 24 : 602-12.
2. Circulaire N°195/DHOS// du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
3. Milojevic K, Bembaron MC, Coudert B, Pereira E, De Menthière E, Simon N, Lambert Y. La charge de travail représentée par le téléphone dans les services d'urgence. JEUR 2003 ; 16 :127-31
4. Constan E, Ledorze L, Chartrain C, Brunet E, Vin X. Un nouveau métier aux urgences : I.C.A.R. (infirmière coordinatrice de l'aval et du réseau). JEUR 2004 ; 17 : 1S142 (résumé)
5. Andronikof et coll.. Les services de spécialité médicale sont-ils capables de programmer des hospitalisations sur demande téléphonique d'un généraliste ? Evaluation de quatre spécialités de l'AP-HP. Congrès Urgence 2003.
6. Billault C, Marsaud R et coll. Valeur informative de la lettre d'admission d'un patient au SAU. Etude prospective avec analyse de 228 courriers au cours d'une « semaine type » reconstituée. Congrès Urgence 2003

7. Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carre E, Potel G. Les passages non justifiés au Service d'Accueil-Urgences- Proposition d'une offre de soins différenciée. La Presse Médicale. 2004 ; 33 : 780-783.
8. Billault C, Boespflug O, Aublet-Cuvelier B, Jaffreux P, Schmidt J. Le service des urgences : un lieu de passage « obligé » pour mourir à l'hôpital ? Congrès Urgence 2004
9. Circulaire DHOS/DGS/n°2202-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique
10. SFMU : Conférence de Consensus « Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences, Strasbourg » 5 décembre 2003
11. Plan Urgence.
12. J Lemant- Peut-on diminuer la durée de séjour hospitalier sans altérer la qualité des soins ? : à propos de patients hospitalisés en médecine interne pour pneumopathie ou œdème aigu pulmonaire depuis les urgences.-Th. Med. : Nantes : 1999 ; 108 ; Qualification en médecine interne.
13. Circulaire N°101/DHOS/ du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROSS de troisième génération ; Code de la Santé Publique : article L6121
14. DREES, études et résultats, n°212, janvier 2003
15. Bensaïd et coll., JEUR 2002 15,1S29 P 42, abstract congrès urgences 2002.
16. Tissot B et coll. Abstracts du 30^{ème} congrès de la SRLF, Réanimation, Décembre 2001, vol 10, Suppl 1, 94S/SP73
17. Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitales. (SAUV) Groupe de Travail associant SFMU, SFAR, SDF et SRLF. Février 2003. <http://www.sfm.org>
18. Enquête RPU de juin 2002 (165000 passages en 1 semaine sur 350 services d'urgences), ministère de la santé, groupe PMSI. <http://www.atih.sante.fr>
19. P. Gerbeaux et coll. Recommandation de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. Masson, Paris, JEUR 2001, 14, 144-152.
20. Traumatologie d'urgence : Recommandations issues d'un groupe de coopération entre la SOFCOT, la SFMU, le Samu de France, le CNEMU, l'AMUHF et le SUH, avril 2005, non publié.

21. Code de la Santé Publique : article L6121

RESUME :

Apporter des solutions concrètes au problème de l'aval des services d'urgences est désormais une priorité dont le temps n'est plus à la réflexion, mais à l'action, tant les informations sur les causes de dysfonctionnement et l'insuffisance des moyens traditionnellement employés sont convergentes.

Les différentes méthodes utilisées pour rendre les lits de l'hôpital plus accessibles aux malades de l'urgence passent par l'optimisation des moyens déjà existants, mais aussi par une politique de redéploiement de ressources existantes, voire par de nouveaux moyens créés *ex-nihilo*.

La Société Francophone de Médecine d'Urgence formule 7 propositions issues des réflexions d'un groupe de travail *ad hoc* :

1° - Amélioration des méthodes actuelles d'admission et de transfert des malades en aval de l'accueil des urgences :

- Le personnel médico-soignant des urgences passe beaucoup de temps au téléphone pour repérer les lits disponibles dans les services de spécialité. L'amélioration des systèmes d'information actuels constitue donc une priorité.
- Une procédure de réservation centralisée des lits disponibles pourrait constituer une solution pour certains établissements.
- La contractualisation des relations entre les urgences et les services d'aval, sous l'égide de la commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP) pourrait permettre de faciliter et de veiller à l'application des protocoles mis en place.

- En période de crise (épidémie hivernale par exemple), l'ouverture de quelques lits supplémentaires dans les services de spécialité constitue une solution d'appoint qui n'est pas négligeable. Cette possibilité doit faire l'objet d'un plan pré-établi, validé par les instances de l'établissement et les partenaires sociaux.
- La réquisition de lits pour des patients des urgences, alors qu'ils étaient destinés à des activités programmées, constitue une mauvaise solution qui doit être évitée.

2° - Maintenir et améliorer l'implication des spécialités dans l'organisation du contournement de l'accueil.

L'implication des spécialités dans l'organisation du contournement de l'accueil relève autant d'une dimension médicale qu'institutionnelle. Elle repose sur au moins 4 points clés :

- Le développement et le fonctionnement plus efficient des réseaux ville/hôpital permettant de faciliter les entrées directes des malades dans les services, sans passage par la zone d'accueil du service d'urgence (SU)
- Eviter le passage par l'accueil du SU des patients pris en charge par la médecine d'urgence pré-hospitalière (SAMU-SMUR) ou adressés par l'UPATOU vers les établissements référents.
- Le projet d'établissement (PE) se doit de définir ces missions, tenant compte des domaines d'excellence, mais également de son rôle dans la médecine de proximité, en exigeant une gestion responsabilisée des hospitalisations programmées. Chaque service ou pôle d'activité se doit de décliner cette exigence au niveau de son propre projet médical.
- La CACNP doit être une force de proposition propre à chaque établissement, garantissant la mise en œuvre des mesures, et chargée d'en surveiller l'application et l'évaluation.

3° - Renforcer la place de la gériatrie aux urgences.

La participation active de gériatres et de professionnels de la gériatrie (soignants, travailleurs sociaux) est susceptible d'apporter une amélioration significative dans la qualité des soins prodigués aux personnes âgées accueillies aux urgences, et dans le fonctionnement des filières de prise en charge.

- La présence d'Equipes Mobiles Gériatriques (EMG) doit être encouragée et renforcée, aux heures ouvrables, notamment dans les secteurs d'hospitalisation courte (UHCD) des SU.

- L'EMG doit être adossée à des unités de gériatrie aiguë dont la création est inscrite dans le « Plan Urgence ». Ces unités sont complémentaires des unités de médecine polyvalente (cf. infra) dans lesquelles les gériatres peuvent également s'impliquer en fonction des moyens disponibles dans chaque établissement.

4° - Création ou renforcement d'unités de médecine polyvalente (UMP) en aval de l'accueil.

La participation de nombreux services à des activités de référence de plus en plus spécialisées conduit à une inadéquation croissante entre la demande de soins qui s'exprime aux urgences (polypathologie et demande non programmée de soins peu spécialisés) et l'offre d'aval, programmée et de plus en plus spécifique. Aucune spécialité n'est épargnée par la tendance à un suivi régulier d'un nombre limité de patients déjà connus du praticien. La nécessité d'ouvrir (ou de rouvrir) des lits à vocation polyvalente constitue une priorité absolue, notamment dans le domaine de l'accueil des malades de médecine. Ces UMP :

- doivent être administrativement ou contractuellement rattachées au SU (fédération, département ou pôle d'activité)
- leur volume doit être proportionné à la demande non spécialisée du SU, avec des lits d'hospitalisation ouverts en permanence, et une possibilité prévue d'ouverture transitoire de lits supplémentaires en cas d'afflux conjoncturel.
- Les patients sont pris en charge sur la base des référentiels publiés et validés pour les pathologies les plus fréquentes.
- Les praticiens qui y sont affectés sont issus de diverses filières cliniques (médecine interne, médecine générale, gériatrie, médecine d'urgence, cardiologie, pneumologie ...). Les praticiens exercent une fonction commune au sein de l'unité, avec la prise en charge indifférenciée de tous les patients qui y sont adressés.
- Tous les patients de l'unité proviennent du SAU, sans aucune négociation entre l'accueil et l'unité.
- Une durée moyenne de séjour (DMS) de 7 jours paraît réaliste dans les expériences réalisées. Cet objectif peut être atteint grâce à la seniorisation effective de l'activité de prise en charge, qui conduit également à une forte diminution des demandes en examens complémentaires et à l'utilisation au plus juste des moyens hospitaliers.
- Les UMP ont une mission de formation, non seulement pour les internes se destinant à la médecine générale, mais aussi pour les internes d'autres spécialités largement

représentées dans le recrutement polyvalent (médecine interne, infectiologie, médecine d'urgence, gériatrie, pneumologie, cardiologie, etc ...)

5°- La prise en charge des urgences vitales

La prise en charge des urgences vitales est sous la responsabilité initiale des médecins urgentistes. Outre l'activation de circuits courts pour des malades très ciblés et clairement identifiés à destination des unités de réanimation et de soins intensifs, la création et la généralisation de Salles d'Accueil des Urgences Vitales est règlementaire . Elle permet d'effectuer la démarche diagnostique, thérapeutique , notamment de stabilisation et pronostique des premières heures.. La SAUV fait partie de la zone d'accueil. C'est vers elle que sont dirigés directement les patients présentant une détresse vitale réelle ou potentielle, selon des procédures prédéterminées à chaque établissement.. Ils y demeurent pendant le temps nécessaire à la prise de décision et d'orientation en aval (réanimation, unités de soins continus, unités conventionnelles). Ce temps doit néanmoins être le plus court possible (17)

6°- L'hospitalisation des traumatisés

Dans chaque établissement doit exister une contractualisation entre les services concernés et le service d'urgences visant à définir les rôles de chacun dans la prise en charge des patients traumatisés, notamment par la mise en application des accords entre sociétés savantes, qui définissent le champ de compétences délégué aux urgentistes. La fréquence de la traumatologie des membres justifie un lien particulier avec les services de traumatologie-orthopédie, qui doivent aider à garantir la prise en charge optimale des suites des soins délivrés aux urgences. Enfin, l'UHCD constitue un site d'accueil possible pour les patients traumatisés, dans le respect des objectifs fixés nationalement à cette unité médico-chirurgicale.

7° - Mieux définir la place de la médecine hospitalière libérale dans la prise en charge des malades de l'accueil.

Le recours possible à des structures d'hospitalisation non publiques [privées ou participant au service public hospitalier (PSPH)] est inscrit dans la loi. Pour rendre cette possibilité effective en aval des services des SU, les conventions établies avec les établissements concernés doivent obéir à certaines règles :

- La typologie des patients doit être adaptée à la fréquente spécialisation des établissements receveurs.

- Les transferts doivent s'effectuer directement à partir du SU, éventuellement après une évaluation sociale.
- Les établissements receveurs doivent être situés à proximité de l'hôpital et ne pas facturer de surcoût que n'aurait pas facturé l'hôpital sans l'accord explicite du malade.
- Le transfert éventuel implique l'accord écrit du patient ou de ses représentants légaux.

L'évaluation des conventions est effectuée au moins annuellement, à la demande notamment de la CACNP

CONCLUSION :

Il n'y a **pas de solution unique** permettant de faire face à l'engorgement chronique des services d'urgence, mais un **ensemble de mesures** nécessitant absolument d'être mis en place, ce qui suppose l'affirmation d'une politique de santé et, à travers elle, une **politique d'établissement** exprimée avec conviction. **Les outils d'évaluation (CACNP)**, et les **procédures** permettant d'exprimer cette conviction sont en place (**projets d'établissement, contrats d'objectifs et de moyens**) ; les structures institutionnelles garantissant l'attribution des moyens et leur répartition existent (notamment à travers les **ARH**). Aujourd'hui, la mise en place des mesures nécessaires ne dépend plus que de l'affirmation du **rôle exact que doit jouer l'hôpital public** dans l'organisation de la prise en charge des soins non programmés.

ANNEXE 1 : Classification Clinique des Malades en Urgence (CCMU)

- 1. Etat clinique stable. SAU injustifié**
- 2. Etat clinique stable. Actes complémentaires justifiés**
- 3. Etat clinique susceptible de s'aggraver. SAU justifié**
- 4. Pronostic vital engagé. Nécessité d'une intervention d'urgence.**
- 5. Pronostic vital engagé. Pratique immédiate de gestes de réanimation.**