

Ecole Nationale de la Santé Publique

**L'ORGANISATION
DE FILIERES DE PRISE EN CHARGE
AU S.A.U. DU C.H. DE BLOIS**

**Directrice de mémoire : Mme LAURENS-BERGE, médecin-
inspecteur de santé publique**

Stéphane PEAN

**Mémoire d'Elève-Directeur
d'Hôpital**

Mémoire de fin de formation

Promotion 1998-2000

SOMMAIRE

Plan détaillé	p.3
Liste des sigles utilisés.....	p.6
Introduction	p.8
Partie I : un état des lieux.....	p.12
A- Le contexte environnemental et historique	p.12
B- La situation actuelle du SAU	p.21
Partie II : étude de la notion de filière de prise en charge.....	p.37
A- Présentation théorique de la notion de filière de prise en charge	p.37
B- Essai de typologie des différents circuits de prise en charge possibles....	p.45
Partie III : quelle organisation pour le SAU de Blois?	p.56
A- Le médecin généraliste de nouveau en première ligne?.....	p.56
B- La nécessaire adaptation du SAU	p.65
C- Les limites d'une structuration du SAU en circuits comme réponse aux difficultés rencontrées.....	p.74
Conclusion	p.85
Bibliographie	p.87
Liste des personnes interrogées	p.91
Annexes.....	p.93

PLAN DETAILLE

I- Un état des lieux	p.12
A- Le contexte environnemental et historique	p.12
<u>1- L'environnement du service des urgences</u>	p.12
1.1- La démographie du Loir-et-Cher	p.12
1.2- Les structures sanitaires et sociales du département.....	p.13
1.3- Le Centre Hospitalier de Blois	p.15
1.4- Le service des urgences dans l'hôpital.....	p.15
<u>2- L'histoire du service des urgences</u>	p.16
2.1- La création du service des urgences	p.16
2.2- La vocation nouvelle du service des urgences	p.17
2.3 - La médicalisation du service des urgences	p.18
2.4- Le service des urgences classé en SATU	p.20
B- La situation actuelle du SAU	p.21
<u>1- L'activité du SAU</u>	p.21
1.1- Les données disponibles.....	p.22
1.2- Analyse de l'activité de l'UAU	p.25
<u>2- Le circuit du patient au SAU</u>	p.28
2.1- Descriptif du circuit.....	p.28
2.2- Analyse du circuit	p.31

II- Etude de la notion de filière de prise en charge	p.37
A- Présentation théorique de la notion de filière de prise en charge	p.37
<u>1- L'organisation traditionnelle et réglementaire d'un SAU</u>	p.38
1.1- Le secteur d'accueil.....	p.38
1.2- Le secteur de traitement.....	p.39
1.3- Le secteur d'hospitalisation de très courte durée.....	p.40
<u>2- Intérêt et limites d'une structuration des urgences en différents circuits</u>	p.41
2.1- Intérêt de la notion	p.41
2.2- Ses limites.....	p.42
<u>3- Le corollaire indispensable à l'existence de circuits :</u>	
<u>une orientation de qualité</u>	p.43
3.1- Le contenu de la fonction	p.43
3.2- Le détenteur de la fonction.....	p.44
B- Essai de typologie des différents circuits de prise en charge possibles	p.45
<u>1- Les circuits organisés selon la discipline médicale dont relève le malade</u>	p.46
1.1- Les circuits médecine/chirurgie	p.46
1.2- Le circuit pédiatrique	p.46
1.3- Le circuit psychiatrique.....	p.47
<u>2- Les circuits fonction de la gravité de l'urgence</u>	p.48
2.1- L'urgence nouvelle et le suivi d'urgence.....	p.48
2.2- L'urgence majeure et l'urgence mineure	p.49
2.3- L'urgence réelle et la consultation de médecine de ville.....	p.51
<u>3- Les circuits visant des publics particuliers</u>	p.52
3.1- La prise en charge des personnes âgées aux urgences	p.52
3.2- La prise en charge des personnes démunies.....	p.54

III- Quelle organisation pour le SAU de Blois ?	p.56
A- Le médecin généraliste de nouveau en première ligne ?	p.56
<u>1- Une solution logique</u>	p.57
1.1- Les causes du phénomène de recours croissant au SAU	p.57
1.2- Les recommandations des rapports officiels	p.59
<u>2- Une solution en trompe-l'oeil</u>	p.61
2.1- Les motivations de consultation des patients du SAU	p.61
2.2- Un phénomène conforme à l'évolution de la société et de la médecine	p.63
B- La nécessaire adaptation du SAU	p.65
<u>1- Une consultation de médecine libérale sur le site de l'hôpital</u>	p.66
1.1- Le contenu du projet	p.66
1.2- Une réalisation délicate et aux effets incertains.....	p.67
1.3- Une solution préférable : un service de garde décentralisé	p.69
<u>2- La constitution de filières de prise en charge au sein du SAU</u>	p.70
2.1- Les projets à l'étude	p.70
2.2- Analyse des projets	p.71
2.3- Une nécessaire clarification	p.72
C- Les limites d'une structuration du SAU en circuits	p.74
<u>1- La prise en charge sociale aux urgences</u>	p.75
1.1- L'hôpital redécouvre sa fonction originelle d'accueil des plus démunis.....	p.75
1.2- Le réseau, base d'une réelle prise en charge médico-sociale	p.77
<u>2- La nécessaire gestion de l'attente</u>	p.79
2.1- Au niveau de l'accueil.....	p.80
2.2- A la sortie de l'UAU	p.81

LISTE DES SIGLES UTILISES

ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ASH	Agent des Services Hospitaliers
CGO	Consultation Gériatrique d'Orientation
CH	Centre Hospitalier
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
GEMSA	Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil
IAO	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MEP	Médecin à Exercice Particulier
PAC	Praticien Adjoint Contractuel
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PH	Praticien Hospitalier
POSU	Pôle Spécialisé d'Accueil et de Traitement des Urgences
PRAPS	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
SATU	Service d'accueil et de traitement des urgences
SAU	Service d'accueil et d'urgence

SROS.....	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UAU	Unité d'Accueil et d'Urgence
UCSA.....	Unité de Consultation en Soins Ambulatoires
UHTCD	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
UPATOU.....	Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences



INTRODUCTION

Depuis la publication du premier rapport Steg en 1989, les services d'urgence n'ont cessé de faire l'objet d'une attention toute particulière de la part des autorités publiques. Différents textes, accompagnés de moyens supplémentaires, ont progressivement cherché à améliorer le fonctionnement du système de prise en charge des urgences en France. Les derniers décrets de 1997 confirment cette volonté des pouvoirs publics.

Pourtant le Haut Comité de la Santé Publique, dans son dernier rapport sur « l'état de santé des Français » de 1998, relève des insuffisances persistantes et souligne que :

« les services d'urgence sont largement débordés. Environ 8 millions de passages par an, chiffre croissant au rythme de 4 % annuels. »¹

Le service des urgences du CH de Blois ne fait pas exception à ce constat général. Le projet médical de l'établissement, élaboré en 1998, confirme au niveau local les difficultés mises en lumière au niveau national :

- croissance continue du nombre des passages ;
- utilisation des urgences pour des soins ou des consultations qui auraient pu faire l'objet d'une programmation ou d'une prise en charge par la médecine de ville ;
- délais d'attente relativement longs ;
- difficultés de placement des patients à hospitaliser ;
- accroissement d'urgences à caractère plus social.

Ce mémoire propose une réflexion sur l'organisation du service des urgences en vue de répondre à ces différentes difficultés.

¹ Haut Comité de la Santé Publique - « La santé en France 1994-98 ». - novembre 1998.

Le choix de ce sujet résulte de la conjonction de trois éléments :

- *un intérêt personnel* : le premier stage hospitalier, dit stage d'immersion, a été l'occasion de découvrir sur le terrain les difficultés auxquelles le SAU est régulièrement confronté. L'engorgement du couloir des urgences a tout particulièrement retenu l'attention tant il est significatif des dysfonctionnements que connaissent les urgences.
- *une réalité officialisée par le projet d'établissement de l'hôpital de Blois* : le projet d'établissement rédigé en 1998 a mis en lumière, à travers l'analyse du parcours du patient, les points critiques rencontrés par ce dernier sur le circuit des urgences.
- *une « commande » du chef d'établissement* : conscient de ces difficultés, le chef d'établissement a souhaité qu'un travail soit effectué sur l'accueil des urgences, en se concentrant sur l'entrée, afin d'envisager l'organisation de « filières d'accueil » au sein du SAU.

Le thème des urgences étant relativement vaste, le sujet de ce mémoire a été restreint dans son champ et dans son orientation.

Dans son champ, l'analyse s'est concentrée au niveau de l'entrée du SAU. Une réflexion globale sur le circuit du patient à partir des urgences aurait été trop ambitieuse et, étant hors du champ de la commande, n'aurait pas permis l'approche approfondie d'une problématique particulière. Il semblait donc à la fois plus raisonnable et plus logique d'axer l'essentiel de cette réflexion sur le début du circuit, à savoir l'accueil.

Le sujet a aussi été restreint dans son orientation puisque, à la demande du chef d'établissement, il s'agissait d'évaluer la pertinence et la faisabilité d'une solution proposée a priori : **la structuration du service des urgences en différentes « filières d'accueil »**.

L'idée de base est en effet que l'accueil systématique et obligatoire de tout patient se présentant aux urgences ne permet pas une orientation et un fonctionnement optimal du service des urgences, lorsque l'activité devient importante. Aussi la création de « filières

d'accueil » distinctes, définies en fonction des types de demandes que le service doit traiter, doit permettre de mieux répondre à la détresse des patients.

L'expression « filière de prise en charge » (ou « circuit de prise en charge ») sera cependant ici préférée à celle de « filière d'accueil ». En toute logique, « l'accueil » du patient aux urgences doit en effet être unique puisque c'est à partir de ce point de convergence que, dans un second temps, une orientation vers l'une des différentes « filières de prise en charge » peut être envisagée.

Il convient enfin de préciser que l'étude ici proposée s'inscrit dans une réflexion plus globale, actuellement en cours, sur l'évolution immobilière du Centre Hospitalier de Blois pour les années à venir.

Pour mener à bien le traitement de ce sujet, quatre sources d'information ont essentiellement été mobilisées :

- *la littérature relative aux urgences* : articles de presse ou de revues spécialisées, mémoires de fin de formation, rapports officiels ou internes à l'hôpital, réglementation et ouvrages divers (notamment dans le domaine de l'architecture hospitalière).
- *l'observation* du fonctionnement des urgences sur le terrain même. A cette occasion, des échanges informels avec le personnel des urgences ont eu lieu.
- *des entretiens* avec trois types d'interlocuteurs : des responsables du CH de Blois, en relation avec le SAU ; des représentants de structures extérieures à l'hôpital (CPAM, médecins de ville, clinique, pompiers...) ; des chefs de service des urgences de divers hôpitaux français. Des visites ont à ce titre eu lieu aux SAU du Mans, d'Orléans et de Saint-Nazaire.
- *une enquête* : celle-ci a eu pour objectif de mieux saisir les motivations des patients s'adressant aux urgences. Elle a pu être menée à bien grâce au concours des agents de l'antenne des admissions (cf. annexe n°1).

Une seconde enquête, plus ambitieuse, a aussi été réalisée. Elle visait à décrire l'activité du service en cherchant notamment à quantifier la part de l'urgence à caractère social et celle

qui aurait pu faire l'objet d'une prise en charge par la médecine de ville. Malheureusement, le personnel des urgences, sollicité récemment par une enquête relativement lourde de la CPAM, n'a pu se remobiliser autour de cette seconde enquête. Compte tenu du faible nombre de questionnaires remplis, les résultats n'ont donc pas pu être exploités (cf. annexe n°2).

La réflexion conduite autour de l'organisation des urgences de l'hôpital de Blois se développe en trois temps :

Elle débute par un état des lieux (I). Celui-ci vise tout d'abord à replacer le SAU dans son contexte environnemental mais aussi historique (A). Il se poursuit par une analyse du fonctionnement du SAU, tant du point de vue de son activité que de l'organisation de la prise en charge du patient (B). Ce bilan de l'existant permet ainsi de diagnostiquer les difficultés rencontrées par le SAU.

Dans un second temps, la notion de « filière de prise en charge », envisagée comme élément de solution, est étudiée (II), à la fois de façon théorique (A) mais aussi sous un angle plus pratique, à travers un essai de classification des différents types de filières possibles (B).

Cette réflexion aboutit enfin à confronter la solution proposée aux dysfonctionnements initialement mis à jour (III). Face à la difficile réorientation du flux croissant des urgences vers le médecin généraliste (A), elle envisage l'adaptation du SAU par l'organisation de différentes filières de prise en charge (B). Elle en souligne par là même les limites en terme de réponse au problème diagnostiqué et conduit à proposer d'autres pistes de solution (C).



Un état des lieux

Un traitement méthodique du sujet nécessite au préalable que les difficultés rencontrées au SAU de Blois soient diagnostiquées.

Aussi, après avoir replacé le SAU dans sa dimension spatiale et temporelle (A), cet état des lieux se propose d'analyser la situation actuelle tant du point de vue de l'activité du service que de l'organisation de la prise en charge du patient (B).

A- Le contexte environnemental et historique

Afin de mieux cerner le contexte dans lequel évolue le service d'urgence, son environnement (1) et son histoire (2) seront successivement présentés.

1- L'environnement du service des urgences

L'environnement du service des urgences est constitué de la population qu'il prend en charge, des structures sanitaires et sociales dont il est le partenaire et de l'hôpital avec lequel et dans lequel il assure sa mission².

1.1- La démographie du Loir-et-Cher

Le Loir-et-Cher compte aujourd'hui 314 600 habitants. Sa densité est d'environ 50 habitants au km² (contre 108 pour la France).

Département plutôt rural (l'agriculture occupe 7,4% de sa population active contre 4,5% en France), il présente trois pôles urbains : Blois (47243 habitants) au centre, Vendôme (17593) au nord-ouest, Romorantin (17692) au sud-est.

Les données statistiques disponibles font apparaître une situation sociale un peu plus dégradée que dans le reste de la France. Le chômage des jeunes de moins de 25 ans

² Les statistiques ci-dessous présentées sont tirées du Mémento STATISS et de l'Atlas Social de la DRASS de la région Centre pour l'année 1998.

touche en effet 23,8% des demandeurs d'emplois (contre 21,6% en moyenne en France) et le chômage de longue durée 39,9% (contre 37,8%).

L'indice de vieillissement du Loir-et-Cher (65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) est pour sa part relativement élevé par rapport à la moyenne française : 82,7% contre 59,5%. Et le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus représente 9,5% de sa population (ce taux est de 7,1% en France).

Le département du Loir-et-Cher se caractérise donc par un réel vieillissement de sa population.

1.2- Les structures sanitaires et sociales du département

Elles concernent l'offre en soins ambulatoires, l'offre en soins hospitaliers et l'hébergement à caractère social.

En ce qui concerne les soins ambulatoires, les données démographiques sont peu favorables au département : si la densité en médecins généralistes reste correcte (109 généralistes pour 100000 habitants contre 114 en France), elle est en effet très faible pour les médecins spécialistes (55 contre 87).

Pour les services de soins à domicile, le taux d'équipement se situe par contre dans la moyenne française (14,44 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus contre 14,72 en moyenne).

Du point de vue de l'équipement hospitalier, le Loir et Cher compte :

- quatre Centres Hospitaliers : Blois (1391 lits), Romorantin (788 lits), Saint Aignan (415 lits) et Vendôme (538 lits) ;
- quatre hôpitaux locaux (Marchenoir, Montoire, Montrichard, Selles-sur-Cher), essentiellement tournés vers la gériatrie ;
- 388 lits de MCO en secteur privé, répartis sur les cliniques de Blois (Florimond Robertet, les Lices, St Côme et St Damien), Romorantin (clinique de Sologne) et Vendôme (le Saint Coeur).

Soit un total de 1158 lits de MCO.

Globalement, secteurs public et privé confondus, le taux d'équipement en lits (pour 1000 habitants) pour le court séjour hospitalier est plus faible dans le Loir-et-Cher que dans le reste de la France, quelle que soit la discipline considérée :

- 1,8 en médecine (contre 2,11 en moyenne en France) ;
- 1,49 en chirurgie (contre 1,89) ;
- 0,38 en gynécologie-obstétrique (contre 0,45).

Les indices de besoins en lits et places de la carte sanitaire font cependant apparaître un suréquipement dans les trois disciplines : 1,65 en médecine, 1,3 en chirurgie et 0,28 en gynéco-obstétrique.

Pour les soins de suite et de réadaptation, le Loir-et-Cher bénéficie de 1,8 lit pour 1000 habitants contre 1,64 en moyenne. L'indice de la carte sanitaire est de 1,49.

En ce qui concerne les structures d'accueil pour personnes âgées, les taux d'équipement (nombre de lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus) sont les suivants :

- 139,56 (contre 146,38 en moyenne en France) pour les structures d'hébergement (lits maison de retraite, logements-foyers, hébergement temporaire) ;
- 79,63 (contre 56,99) pour les lits médicalisés (lits en section de cure médicale en maison de retraite et logements-foyers, lits de soins de longue durée).

Enfin pour ce qui est des CHRS (Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale) et des CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile), le taux d'équipement est relativement favorable au Loir-et-Cher puisqu'il est de 1 contre 0,98 en France (nombre de lits ou places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans).

1.3- Le Centre Hospitalier de Blois

La situation de Blois place son Centre Hospitalier à mi-chemin entre le CHRU de Tours (dans l'Indre et Loire) et le CHR d'Orléans (dans le Loiret), distants l'un de l'autre d'une centaine de kilomètres environ.

D'une capacité totale de 1391 lits, il est composé comme suit :

- l'hôpital : situé à la périphérie, au nord-ouest de Blois, il compte 276 lits de médecine, 128 de chirurgie, 42 de gynécologie-obstétrique, 30 lits de médecine physique et réadaptation.

Le SAMU 41 - Centre 15 y est basé.

- le service psychothérapeutique : avec 106 lits, il se trouve actuellement au sud de la ville.

- la maison médicale : sur le site de l'hôpital, son activité se partage entre le moyen séjour (83) et le long séjour (100).

- quatre maisons de retraite dispersées dans et autour de Blois : 162 lits de valides, 269 en section de cure et 195 de long séjour.

Alors que l'année 1998 a été consacrée à la rédaction du projet d'établissement, 1999 est marqué par l'élaboration du contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARH. Parallèlement, le CH de Blois a entamé une réflexion sur l'évolution de son parc immobilier, à travers l'élaboration d'un double schéma directeur (l'un pour les établissements rattachés, l'autre pour l'hôpital).

1.4- Le service des urgences dans l'hôpital

A l'instar du plateau technique (radiologie, bloc opératoire), le service des urgences est basé au rez-de-chaussée. Les différents services d'hospitalisation sont situés dans les 9 étages de la tour de l'hôpital.

A proximité du service de réanimation et du SAMU-SMUR, l'entrée du SAU se trouve à l'opposé du hall d'accueil de l'hôpital. Le flux des urgences est ainsi distinct de celui des patients et des visiteurs arrivant par l'entrée principale.

Le SAU jouit donc d'une situation satisfaisante tant pour ce qui est de son accès que pour ses relations avec les autres structures constituant le plateau technique.

2- L'histoire du service des urgences

Le SAU de Blois illustre l'évolution que les services d'urgence ont connu en France, depuis leur mise en place jusqu'aux décrets du 30 mai 1997.

2.1- La création du service des urgences

Jusqu'au début des années 1970, les urgences étaient accueillies directement dans les services d'hospitalisation. Il n'existait pas de structure particulière centralisant toutes les urgences à l'entrée de l'hôpital.

En conséquence, l'orientation initiale vers le service d'hospitalisation adéquat n'était pas assurée. De plus, l'absence de médecins seniors (médecins thésés) sur place (du moins la nuit et l'après-midi) faisait que la prise en charge médicale reposait essentiellement sur les internes. Enfin, installé dans un lit d'hospitalisation à son arrivée, le patient devait être de nouveau brancardé vers le service de radiologie ou le bloc opératoire si son état, après examen, le nécessitait.

Ce système d'accueil direct dans les services d'hospitalisation était donc peu sécurisant, en particulier pour les cas les plus graves.

La nécessité de mettre en place une structure destinée à canaliser toutes les urgences à l'entrée de l'hôpital s'est donc imposée et en 1974, le premier service des urgences de l'hôpital de Blois a été créé. Sa fonction est alors de recevoir et d'orienter le plus rapidement possible toutes les urgences adressées à l'hôpital.

Gérée par le service d'anesthésie-réanimation, cette structure ne bénéficie pas encore d'une existence autonome au sein de l'établissement.

La création d'une telle structure n'est bien évidemment pas un fait isolé en France. Elle correspond à une évolution de l'organisation des hôpitaux que la réglementation vient confirmer en 1975.

La circulaire n°60 du 29 janvier 1975 consacre en effet cette individualisation de l'accueil des urgences au sein d'une structure particulière. Il y est d'ailleurs déjà envisagé de placer à sa tête un chef de service - encore ne s'agit-il que d'une responsabilité tournante entre les

chefs de services concernés par l'urgence. La mise en place d'un impôt-lit, d'un service-porte et d'un conseil de l'urgence y est aussi évoquée.

2.2- La vocation nouvelle du service des urgences

A l'origine, le service des urgences est assimilé à un « centre de tri » : pour chaque patient arrivé en urgence, un diagnostic est rapidement posé et une orientation est aussitôt décidée. Le patient n'a pas lieu de séjourner dans cette structure : c'est au service d'hospitalisation vers lequel il est dirigé d'engager les explorations nécessaires ainsi que le traitement adéquat.

Au cours des années 1980, le service des urgences voit sa fonction évoluer.

L'orientation se fait désormais à l'issue d'une véritable prise en charge du patient et non plus d'un simple « tri ». Lorsqu'il arrive dans le service d'hospitalisation, le patient a en effet déjà été « débrouillé » (pour reprendre le langage utilisé par les médecins) : les examens complémentaires ont été effectués, un diagnostic plus poussé a pu être posé et un premier traitement prescrit.

Le mouvement de spécialisation que connaissent les services d'hospitalisation explique pour une large part cette évolution. Compte tenu des multiples spécialités vers lesquelles le patient peut désormais être orienté, le médecin des urgences se doit, avant toute décision, d'affiner au mieux son diagnostic.

A cela s'ajoute la moindre disponibilité des médecins dans les services d'hospitalisation, notamment pris par leur activité de consultations.

Cette évolution du service des urgences se concrétise en 1989 par le choix de l'hôpital d'individualiser complètement cette structure. Celle-ci est désormais indépendante du service de réanimation et une chefferie de service est spécialement créée pour l'encadrer - à l'exception de la salle de déchocage qui reste sous la responsabilité du service de réanimation.

2.3- La médicalisation du service des urgences

La publication du rapport Steg en 1989 marque un tournant dans l'histoire des urgences.

Le rapport du Conseil économique et social consacré à « l'urgence à l'hôpital » (baptisé « rapport Steg » du nom de son auteur, le professeur Steg) montre en effet que si l'hôpital a pu accomplir de nombreux progrès dans ses fonctions traditionnelles (plateau technique, soins programmés, hôtellerie), les services d'urgence sont loin d'avoir suivi la même évolution : l'attente, la vétusté et l'inconfort des locaux, la lenteur des formalités administratives représentent les principaux motifs d'insatisfaction des patients et de leurs familles.

Le rapport dénonce par ailleurs la sous-médicalisation de ces services. Les médecins seniors se trouvent rarement en première ligne pour accueillir les urgences : dans 14 % des hôpitaux seulement un médecin senior est sur place 24h sur 24. En conséquence, ce sont les internes qui pour l'essentiel assurent le fonctionnement des services d'urgence.

Or cette situation peut se révéler préjudiciable à plusieurs titres : problèmes de sécurité, prescriptions abusives d'examens complémentaires, hospitalisations excessives...

Le rapport souligne donc la nécessité d'assurer une présence médicale qualifiée 24h sur 24.

Suite à cette prise de conscience, les pouvoirs publics ont cherché à améliorer le fonctionnement des services d'urgence. Véritable guide d'organisation de ces services, la circulaire du 14 mai 1991 met ainsi l'accent sur leur médicalisation :

« Tous les patients arrivant à l'accueil des urgences devront être examinés par un praticien, expérimenté en matière d'urgence. Pour les internes et les résidents, ce service constitue avant tout un lieu de formation : ils assistent le praticien dans la prise en charge médicale mais ils ne doivent pas être employés pour compléter l'effectif médical et ne peuvent en aucun cas être laissés seuls aux urgences. »³

Ces instructions sont accompagnées de moyens budgétaires permettant la création de postes médicaux. Elles se traduisent pour le CH de Blois par une modification conséquente de son organisation médicale.

Jusqu'au début des années 1990, les patients étaient en effet accueillis par des médecins attachés aux services d'hospitalisation, par roulement aux urgences de 8h30 à 13h30 et de 13h30 à 18h30. Les gardes de nuit étaient quant à elles assurées par les internes, généralement seuls.

Avec le mouvement de médicalisation initié par la circulaire de 1991, les médecins exerçant aux urgences sont désormais attachés à ce service. Ils disposent, comme la réglementation l'exige, d'une expérience d'au moins un an dans le domaine des urgences ou d'un diplôme universitaire confirmant leur qualification (ex-CAMU devenue CMU, capacité en médecine d'urgence). Quant aux gardes de nuit, elles sont séniorisées : l'interne de nuit est encadré par deux médecins séniors.

Grâce à ce processus de professionnalisation, le service des urgences, désormais dénommé Service d'Accueil et d'Urgence (SAU) par la circulaire de 1991, voit ainsi sa légitimité renforcée.

Parallèlement, ses missions s'élargissent.

D'une part, par la création en 1996 d'une Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD). Le service des urgences se voit reconnu la possibilité d'hospitaliser dans ses murs des patients au profil bien identifié : « états instables », patients qui nécessitent un bilan plus poussé avant toute orientation ou qui pourront dès le lendemain quitter l'hôpital.

D'autre part, par la loi du 10 janvier 1994 qui confie au Service Public Hospitalier la prise en charge des soins aux détenus dans les prisons. Sous la responsabilité du chef des urgences, pour l'hôpital de Blois, l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) assure le suivi médical et psychologique de la population de la maison d'arrêt.

2.4- Le service des urgences classé en SATU

³ Circulaire n°DH.4 BD 6 S 3 E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation.

Suite au rapport Steg de 1989, une Commission nationale de restructuration des urgences est instaurée le 30 septembre 1991, sous la présidence du professeur Steg. Elle publie deux ans plus tard, en 1993, un rapport sur la médicalisation des urgences.

Partant du constat que « l'on ne peut pas tout faire partout », ce rapport considère que la promotion de la sécurité et de la qualité des soins oblige à concentrer les moyens sur certains sites. C'est pourquoi il propose d'organiser la prise en charge des urgences au sein d'un maillage hiérarchisé des services d'urgence.

Reprenant ces conclusions, les décrets du 30 mai 1997 (après ceux « gelés » de 1995), et plus particulièrement le décret n°97-615, confient aux Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) le soin de planifier l'accueil des urgences en trois niveaux :

- les Services d'Accueil et de Traitement des Urgences (SATU) pour les établissements disposant de plateaux techniques importants et accueillant les patients les plus lourds ;
- les Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU) pour les établissements aptes à prendre en charge les urgences de proximité et les soins immédiats, avant une éventuelle orientation vers les SATU pour les cas les plus graves ;
- les Pôles Spécialisés d'Accueil et de Traitement des Urgences (POSU) pour certains établissements prenant en charge essentiellement des enfants blessés ou malades ou, de manière prépondérante et hautement spécialisée, des affections touchant un même organe ou altérant une même fonction.

Afin de garantir la prise en charge et le traitement des patients orientés par l'UPATOU vers le SATU, les décrets prévoient en outre que des contrats de relais soient conclus entre ces deux types de structures.

Dans le cadre de cette réorganisation du maillage des urgences, le SROS de 2ème génération de la région Centre prévoit d'attribuer au service des urgences du CH de Blois le statut de SATU. Les CH de Romorantin et de Vendôme sont pour leur part classés en UPATOU et devront à ce titre orienter les urgences les plus lourdes vers le SATU de Blois.

Le service des urgences du CH de Blois est donc habilité à accueillir et à prendre en charge, sans sélection, 24 heures sur 24, tous les jours, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris vitale.

Une fois présenté le contexte dans lequel le SAU assure sa mission, il convient d'examiner sa situation actuelle.

B- La situation actuelle du SAU

Le service des urgences peut être appréhendé de deux manières : d'un point de vue quantitatif tout d'abord, à travers son activité (1) ; d'un point de vue plus qualitatif ensuite, en s'attachant, dans le prolongement du projet d'établissement, à l'organisation de la prise en charge du patient (2).

Dans un cas comme dans l'autre, une approche méthodique implique une présentation objective des faits avant toute analyse.

1- L'activité du SAU

La présentation des différentes données disponibles et l'analyse qui en découlera seront essentiellement axées sur l'activité de l'Unité d'Accueil et d'Urgence (UAU).

1.1- Les données disponibles

Elles concerneront successivement les locaux, le personnel et l'activité proprement dite du service.

Les locaux du service des urgences.

Mise à part l'UCSA (Unité de Consultation en Soins Ambulatoires), le service des urgences se compose de deux unités : l'Unité d'Accueil et d'Urgence (UAU) et l'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD) - cf. annexe n°3.

L'UAU est constituée de deux secteurs:

- un secteur d'accueil avec une salle d'attente et l'antenne des admissions ;
- un secteur de traitement structuré autour d'un couloir central avec d'un côté les 8 boxes d'examen et de l'autre : le PC infirmier, le bureau des médecins, celui des secrétaires médicales, l'office, un local de rangement et les toilettes. Une double porte latérale permet, à partir de ce couloir, de communiquer avec le reste de l'hôpital (plateau technique et services d'hospitalisation).

L'UHTCD, d'une capacité de 12 lits en chambres individuelles (dont deux pour malades agités), est reliée à la zone de traitement de l'UAU par un couloir d'une dizaine de mètres.

La salle de déchocage, immédiatement adjacente à l'UAU, est sous la responsabilité du service de réanimation. Elle comporte 4 postes.

En outre, le SAU ne dispose ni de salle de radio, ni de salle d'opération qui lui soient propres. Le bloc opératoire est situé à une dizaine de mètres et le service de radiologie à 50 mètres.

Le personnel du service.

L'effectif total du SAU est présenté à travers les tableaux suivants :

Personnel médical	Nb absolu	ETP
PH	3	3
PAC	1	1
Assistants	3	3

Personnel soignant	Nb absolu	ETP
Cadre infirmier	1	1
IDE	26	23,25
Aides soignants	19	18
ASH	0	0

Personnel non soignant	Nb absolu	ETP
Secrétaires médicales	2	1,75
Assistante sociale	1	1
Brancardiers	0	0

L'effectif paramédical se répartit sur l'UAU et l'UHTCD⁴ de manière à assurer une présence minimale (week-end compris) que le tableau ci-dessous récapitule :

	UAU		UHTCD	
	IDE	Aides-soignants	IDE	Aides-soignants
Matin (6-14h)	3	2	1	1
Après-midi (13-21h)	3	2	1	1
Nuit (20h30-6h)	2	2	1	
Horaires aménagés (9h30-18h)				1
Horaires IAO (10h30-19h)	1			

Un médecin (le chef de service) est en charge de l'UHTCD. Pour l'UAU, l'effectif médical minimal est de 3 le jour et de 2 la nuit, à partir de minuit et demi.

L'activité du SAU.

Deux types de données sont disponibles pour permettre d'apprécier l'activité de l'UAU.

Il s'agit tout d'abord de l'évolution du nombre de passages aux urgences de 1978 à 1998, en les distinguant notamment selon le mode de sortie qui en a résulté (hospitalisation ou retour à domicile) :

Année	Nb de passages	Hospi.	Externes	% d'hospi.	% d'externes
1978	15873	7770	8103	48,95	51,05
1979	16179	6936	9243	42,87	57,13
1980	17316	7233	10083	41,77	58,23
1981	17762	7422	10340	41,79	58,21
1982	18023	7373	10650	40,91	59,09
1983	18747	7076	11671	37,74	62,26
1984	18807	7531	11276	40,04	59,96
1985	18614	8001	10613	42,98	57,02
1986	18591	7950	10641	42,76	57,24
1987	17842	7791	10051	43,67	56,33
1988	18277	8097	10180	44,30	55,70
1989	18929	8202	10727	43,33	56,67
1990	19356	8356	11000	43,17	56,83
1991	20364	8857	11507	43,49	56,51
1992	21537	9148	12389	42,48	57,52
1993	22250	9487	12763	42,64	57,36
1994	23423	9452	13971	40,35	59,65
1995	24729	9589	15140	38,78	61,22
1996	25126	9614	15564	38,26	61,94
1997	26481	9912	16599	37,43	62,68
1998	27533	10038	17476	36,46	63,47

Les autres données résultent d'une enquête réalisée par le SAU en 1996 et portant sur une série de dossiers aboutissant à 1135 diagnostics principaux répartis de la façon suivante :

<i>Disciplines</i>	<i>Nombre de diagnostics</i>	<i>% de diagnostics</i>
Traumatologie	567	49,9%
Chirurgie viscérale	26	2,3%
ORL, ophtalmologie et stomatologie	52	4,6%
Total chirurgie	645	56,8%
Cardiologie	89	7,8%
Digestif	35	3,1%
Pneumologie	50	4,4%
Infectieux	31	2,7%
Neurologie	46	4%
Rhumatologie	35	3,1%
Iatrogène	6	0,5%
Dermatologie	3	0,3%
Gériatrie	9	0,8%
Pathologie liée à des circonstances	13	1,1%
Divers	40	3,5%
Psycho-sociale	109	9,6%
Total médecine	466	41,1%
Gynéco-obstétrique	22	1,9%
Réanimation	2	0,2%

L'étude précise que les 567 diagnostics de traumatologie se répartissent de la façon suivante :

<i>Traumatismes</i>	<i>Nb de diagnostics</i>	<i>% parmi tous les diagnostics de traumatologie</i>
Crâniens	120	21%
Membres supérieurs	211	37%
Membres inférieurs	170	30%
Autres	66	12%

Quant aux 109 diagnostics de type psycho-social, ils comprennent notamment :

<i>Diagnostics</i>	<i>Nb de diagnostics</i>	<i>% par rapport à la totalité des diagnostics</i>
Psychiatrie pure	23	2%
Toxicologie	63	5,5%
Urgence sociale pure	9	0,8%

1.2- Analyse de l'activité de l'UAU

⁴ Il convient de préciser qu'1,75 IDE est affecté à l'Unité de Consultation en Soins Ambulatoires.

Une croissance continue du nombre de passages.

Le graphique de la page suivante représente l'évolution de l'activité de l'UAU depuis 1978.

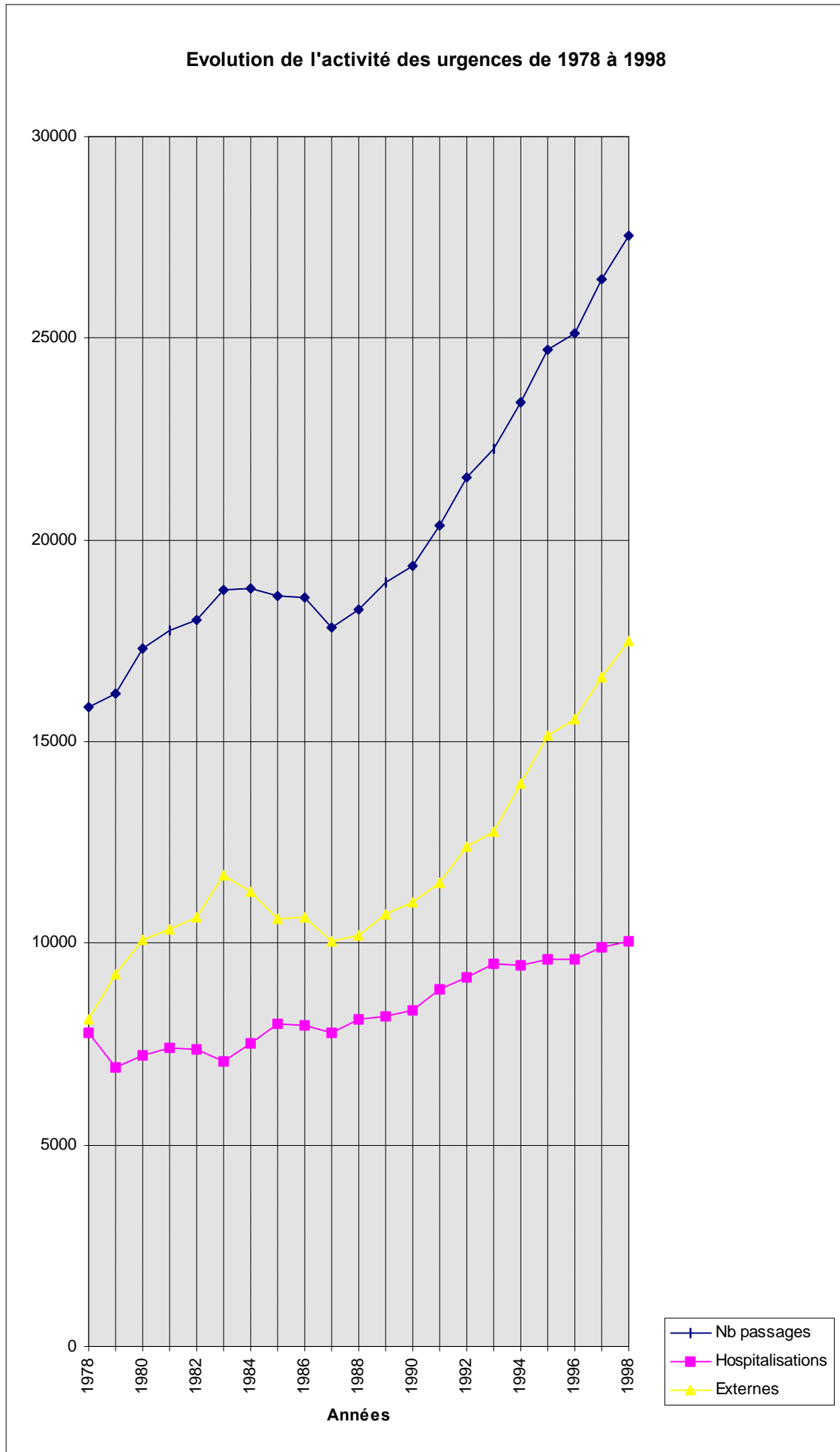
La courbe retraçant l'évolution du nombre de passages permet de distinguer trois périodes :

- de 1978 à 1983 : la croissance du nombre de passages s'établit à un taux moyen de 3,4 % par an ;
- de 1983 à 1987 : l'activité de l'UAU connaît une légère décrue, passant de 18747 passages en 1983 à 17842 en 1987, soit une diminution de 4,8 % en 4 ans ;
- de 1987 à 1998 : la croissance du nombre de passages reprend à un rythme moyen de 4 % par an, pour s'établir à 27533 en 1998.

Cette croissance continue de l'activité du SAU de Blois s'inscrit dans un contexte national d'augmentation du recours aux services d'urgence. Selon le dernier rapport du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), le nombre de passages aux urgences croît d'environ 4% par an, ce qui place le SAU de Blois dans la moyenne nationale.

Une croissance inégalement partagée selon le mode de sortie.

Si l'on distingue les passages aboutissant à une hospitalisation et ceux conduisant à un retour à domicile ou en institution (les passages dits en externe), on s'aperçoit que les deux courbes ne suivent pas la même évolution (cf. graphique). Les hospitalisations connaissent en effet, de 1978 à 1998, une croissance continue mais relativement lente, de 1,3 % par an.



A l'inverse, l'évolution de la courbe des externes est plus cahotique et suit le tracé de la courbe représentant l'évolution du nombre total de passages :

- de 1978 à 1983 : elle connaît une croissance moyenne de 7,6 % par an ;
- de 1983 à 1987 : le nombre des passages en externe diminue de 13,9 % en 4 ans ;
- de 1987 à 1998 : la courbe reprend une forte croissance à un taux moyen de 5,1 % par an.

Cette différence est encore plus marquée si l'on concentre l'analyse sur la période 1993-98 durant laquelle le nombre total de passages croît au rythme de 4,3% l'an : les hospitalisations y connaissent une croissance moyenne de 1,1% par an, tandis que pour les passages en externe le taux de croissance moyen s'établit à 6,5%.

Les passages en externe apparaissent donc comme le facteur de croissance essentiel de l'activité du SAU.

La diminution du taux d'hospitalisation.

Après une relative stabilité de 1985 à 1993 autour de 43 %, le taux d'hospitalisation connaît depuis une forte diminution. Il passe ainsi de 42,6% en 1993 à 36,5% en 1998, soit une diminution de 6,1 points.

Cette diminution peut s'expliquer de deux façons.

Elle est d'une part la conséquence mathématique de la croissance plus rapide des passages en externe que des hospitalisations.

Elle résulte sans doute d'autre part de la médicalisation que l'équipe des urgences a connue au cours des années 1990. Plus expérimentés, les médecins accueillant les urgences assurent désormais une meilleure orientation des patients.

Toutefois ce taux de 36,5% apparaît élevé si on le rapproche d'autres chiffres. Selon les données de la documentation française, le taux moyen d'hospitalisation s'établissait en France, en 1995, à 27,6 % pour les centres hospitaliers.

Une activité fortement axée sur la traumatologie .

L'étude réalisée par le SAU sur les pathologies traitées permet de mieux cerner le contenu de son activité.

Ainsi l'activité de traumatologie représente, selon cette enquête, la moitié des cas traités, avec pour près de 70% des atteintes des membres supérieurs ou inférieurs.

L'activité de médecine, qui concerne 41% des cas, est plus dispersée entre notamment la cardiologie (7,8%), la pneumologie (4,4%) ou le digestif (3,1%).

La psychiatrie pure ne représente que 2% des cas tandis que l'urgence sociale pure est évaluée à 0,8% - ce qui ne permet pas d'évaluer le poids de la demande sociale, souvent associée à l'urgence médicale.

2- Le circuit du patient au SAU

La description du circuit suivi par le patient aux urgences permettra d'analyser les difficultés rencontrées.

2.1- Descriptif du circuit

Cette présentation abordera successivement les deux étapes du circuit du patient : l'accueil et le traitement.

L'accueil.

L'accueil du patient à l'UAU diffère selon que celui-ci se rend aux urgences par ses propres moyens ou non.

Dans le premier cas, il doit se présenter à l'antenne des admissions située dans le secteur d'accueil des urgences. Outre les informations purement administratives (nécessaires à la facturation des prestations de l'hôpital), l'agent des admissions est souvent amené à interroger le patient sur les raisons de sa venue. Une première orientation est en effet effectuée à ce niveau :

- si le problème est d'ordre pédiatrique et non traumatique, le patient est adressé directement au service de pédiatrie qui assure les urgences du lundi au vendredi, de 7h30 à 21h30.

- s'il s'agit d'une demande qui relève de l'ORL, de l'ophtalmologie ou de la gynécologie, les services concernés sont contactés par l'agent des admissions. S'ils ont la possibilité d'accueillir immédiatement le patient, celui-ci est aussitôt dirigé vers ces services. Sinon il est invité à pénétrer dans le secteur de traitement.

L'admission terminée, le patient est conduit par l'agent vers le secteur de traitement des urgences. Si le patient n'est pas seul, une personne seulement est autorisée à l'accompagner. Le reste de la famille doit patienter dans la salle d'attente.

Une fois dans le couloir de l'UAU, le patient est invité à s'asseoir, en attendant qu'une infirmière le prenne en charge. S'il semble souffrir d'un problème d'ordre cardiaque, l'agent le signale directement à l'infirmière.

L'antenne des admissions étant fermée après 21h, aucun accueil n'est organisé la nuit au niveau de ce secteur. Le patient doit signaler sa présence au personnel soignant situé dans le secteur de traitement en actionnant une sonnette prévue à cet effet.

Lorsque le patient ne vient pas par ses propres moyens, c'est à dire lorsqu'il est amené par les ambulanciers, les sapeurs-pompiers ou le SMUR, l'antenne des admissions est court-circuitée. Il pénètre en effet immédiatement dans le secteur de traitement des urgences, par le biais de la double porte latérale, sans passer par le secteur d'accueil. Il est alors accueilli par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO), du moins le jour de 10h30 à 19h.

Le traitement.

Une petite barrière séparant en deux moitiés la dizaine de chaises d'attente placées dans le couloir matérialise l'existence de deux zones au sein du secteur de traitement des urgences : l'une est dite externe (ou de consultations externes) , l'autre est dite d'hospitalisation.

Chacune de ces deux zones est caractérisée par le mode de sortie supposé du patient au moment où il est accueilli par l'infirmière.

La zone des consultations externes accueille les patients pour lesquels un retour à domicile peut être *a priori* envisagé. Il est constitué de deux boxes dont l'un permet d'effectuer sutures et plâtres.

La zone d'hospitalisation a, comme son nom l'indique, vocation à traiter tous les patients qui *a priori* devraient être hospitalisés, ou tout du moins pour lesquels la décision d'orientation suppose réellement un examen approfondi. Elle est constituée des six autres boxes dont l'un est affecté à la pédiatrie la nuit et les week-ends (lorsque les urgences pédiatriques sont fermées).

Lorsque le patient est accueilli par l'IAO, cette dernière le dirige vers l'une ou l'autre de ces deux zones. Par contre, s'il est introduit dans le secteur de traitement par l'agent des admissions, l'orientation est effectuée selon la disponibilité de chacun, personne n'étant précisément affecté à cette fonction.

Que le patient soit orienté vers la zone de consultations externes ou vers celle d'hospitalisation, sa prise en charge reste cependant la même.

D'une part, le personnel médical ou paramédical est identique quelle que soit la zone considérée. Une rotation est organisée de manière à assurer la répartition suivante :

- pour la zone des externes : 1 médecin et 1 infirmière ;
- pour la zone des hospitalisés : au moins 2 médecins et 2 infirmières.

D'autre part, chacune des deux zones a recours au plateau technique selon les besoins du patient :

- *la radiologie* : l'UAU ne disposant pas de brancardiers, les aides-soignants assurent le transport des patients sur brancards vers le service de radiologie (7 salles) situé à 50 mètres. Lorsque le patient peut se déplacer, et s'il ne nécessite pas une surveillance particulière, il est invité à se rendre seul au service de radiologie muni de son bon (ce qui est surtout le cas

des patients du secteur externe). Une des 7 salles de radiologie est exclusivement affectée aux patients issus des urgences.

- *le laboratoire* : le laboratoire est situé à l'opposé de l'UAU et en sous-sol (ce qui oblige à prendre l'ascenseur). Le personnel doit à chaque fois que des examens de sang sont nécessaires se déplacer pour porter les tubes au laboratoire (100 m. environ). Les résultats peuvent parfois être recueillis grâce au système informatique.

- *les services d'hospitalisation* : lorsque l'avis d'un spécialiste est nécessaire, le médecin compétent est contacté pour venir examiner le patient à l'UAU (la nuit, il est fait appel au médecin de garde). Dans le cas particulier de la psychiatrie, les infirmières de liaison, sous la responsabilité du chef du service psychothérapeutique, effectuent un premier « débrouillage », avant que le psychiatre ne se rende éventuellement au SAU.

- *les archives* : la consultation du dossier d'un malade ayant déjà séjourné à l'hôpital nécessite qu'une secrétaire médicale de l'UAU (de nuit, le personnel lui-même) se le procure auprès de l'archivage.

La liaison entre ces différentes structures et l'UAU s'effectue par la double porte latérale de l'UAU.

Si le patient présente une difficulté d'ordre social, le médecin peut décider d'appeler l'assistante sociale du SAU. Celle-ci, présente durant la journée, du lundi au vendredi, intervient alors sur place et invite éventuellement le patient dans son bureau, situé dans l'UHTCD.

A l'issue de ce parcours, une décision d'orientation du patient est prise par le médecin.

2.2- Analyse du circuit

L'analyse du circuit du patient au service des urgences permet de mettre à jour différents points critiques.

Un accueil administratif

La mise en place d'une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) n'a pas modifié le schéma traditionnel selon lequel le patient arrivé par ses propres moyens doit d'abord justifier de ses droits, avant d'être pris en charge par l'équipe de soins.

Cet accueil administratif est à la fois dommageable pour le patient et pour l'agent des admissions.

Le premier comprend difficilement que la prise en charge de *son urgence* par l'équipe soignante soit subordonnée à des démarches d'ordre administratif. Le recueil des informations nécessaires à l'ouverture du dossier d'admission peut en effet lui apparaître comme relativement lourd au regard du contexte d'urgence dans lequel il se trouve.

La situation de l'agent des admissions n'est pas non plus exempte d'un certain malaise. Du fait qu'il effectue à son niveau une première orientation du patient, il est amené à lui poser des questions d'ordre personnel ou médical qui ne relèvent pas de sa compétence. L'agent des admissions assure d'autre part l'interface avec le couloir des urgences où sont assis les patients. Lorsque des proches souhaitent être informés du devenir d'un patient entré aux urgences, ils s'adressent à l'antenne des admissions. L'agent doit alors se déplacer vers le couloir et s'enquérir de l'état de santé de la personne concernée.

La situation de l'agent est encore plus inconfortable lorsqu'il s'agit d'un passage direct par la salle de déchocage. Cette salle étant sous la responsabilité du service de réanimation, l'agent des admissions basé à l'entrée de l'UAU n'a pas connaissance des blessés pris en charge par l'équipe de réanimation. Or c'est généralement à l'antenne des admissions, dans une situation souvent dramatique, que les proches s'adressent pour être informés.

L'agent des admissions est donc amené à remplir des missions d'accueil et d'orientation qui devraient relever de la compétence de l'IAO.

La mission impossible de l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO)

Selon son profil de poste, l'IAO a pour fonction d'accueillir immédiatement le patient (sans que ses papiers lui soient demandés), d'évaluer la gravité de l'urgence, de l'orienter vers le secteur approprié à son état et de répondre aux besoins de relation et de communication des patients et de leur famille.

En réalité, les fonctions que l'IAO assure chaque jour, de 10h30 à 19h00, sont assez éloignées de sa mission théorique.

L'IAO est en effet conduite à n'assurer que partiellement sa fonction. Du fait de l'existence de deux modes d'entrée, elle n'est pas en mesure d'accueillir à la fois le flux des patients passés par l'antenne des admissions et celui adressé par les ambulanciers, les pompiers ou le SMUR. Le parti a donc été pris de concentrer son action sur ce dernier flux, en la plaçant dans le secteur de traitement. L'accueil soignant des patients canalisés par l'antenne des admissions est quant à lui effectué par un aide-soignant ou un IDE sans qu'un agent soit spécialement affecté à cette tâche (de telle sorte que les patients se trouvent parfois accueillis plusieurs fois de suite par différents agents).

Il ne s'agit donc d'un accueil « immédiat » que pour les malades entrés par la porte latérale.

Par sa position interne à l'UAU, l'IAO n'est pas non plus en mesure d'assurer l'information des familles, fonction qui supposerait que son poste soit situé à la charnière de la salle d'attente et du couloir des urgences. La mission de communication avec les familles est donc dévolue par la force des choses à l'agent des admissions.

Pour autant le rôle réel de l'IAO est loin d'être négligeable. En effectuant le recensement des lits disponibles dans les services d'hospitalisation, en répondant aux nombreux appels téléphoniques ou en se chargeant de récupérer les résultats du laboratoire, elle permet à ses collègues de se consacrer pleinement à la prise en charge soignante des patients.

En définitive, la configuration architecturale des locaux ainsi que les tâches de secrétariat dévolues au personnel soignant ne permettent pas à l'IAO de remplir pleinement les fonctions pour lesquelles ce poste a été créé.

Des locaux « embouteillés »

Durant les périodes de forte affluence, le couloir des urgences est souvent désigné comme la « cour des miracles » de l'hôpital. C'est dans ce lieu que se révèle l'ensemble des perturbations que connaît le circuit du patient aux urgences.

S'y retrouvent en effet :

- les patients nouvellement arrivés, en attente d'une prise en charge ;
- les patients en attente d'un résultat du laboratoire ou de la consultation d'un spécialiste ;
- les patients qui ont effectué leur radio ou ont reçu les résultats de leurs examens, en attente d'un box libre pour être de nouveau examinés par le médecin ;
- les patients pour lesquels une hospitalisation a été décidée, en attente d'un lit libre dans l'hôpital.

En cas de forte affluence et afin d'assurer un fonctionnement rapide de l'UAU, le patient pour lequel un examen ou une consultation est attendu est généralement sorti du box dans lequel il a été examiné, pour laisser la place à un autre patient. De la même façon, un patient qui doit être hospitalisé et pour lequel aucun lit n'est encore disponible, devra attendre sur un brancard dans le couloir des urgences pour libérer son box si besoin est.

Cette situation où les patients se retrouvent à différentes étapes de leur circuit au même endroit, c'est-à-dire dans le couloir des urgences, est dommageable autant pour le patient lui-même que pour le fonctionnement du service.

Alors qu'un service des urgences devrait être organisé de telle sorte qu'il apaise le climat d'angoisse dans lequel toute personne y arrive, la concentration humaine que connaît ce couloir et l'attente que son fonctionnement génère ne font que l'exacerber.

La situation la plus difficile est sans doute celle des personnes pour lesquelles une hospitalisation a été décidée et qui faute de lits disponibles, doivent attendre sur un brancard qu'une place se libère. Cette attente peut durer de nombreuses heures car lorsqu'un lit doit se libérer suite à un départ, il n'est souvent effectivement disponible qu'en fin d'après-midi. Selon un relevé systématique journalier effectué à l'UAU, le temps d'attente pour des malades qui doivent être hospitalisés dépasserait ainsi en moyenne 2 heures $\frac{1}{2}$ par patient.

« L'embouteillage » que connaît le couloir des urgences en période de pointe rend aussi la tâche du personnel plus difficile. Outre les réflexions des patients mécontents, il voit le fonctionnement du service des urgences paralysé par un « trop plein » de brancards : l'accumulation de *stryckers* rend parfois impossible la circulation au sein du service des urgences. Le personnel est alors conduit à réfléchir sur la disposition des brancards la plus opérationnelle possible pour faciliter l'accès aux différents boxes d'examen!

Ces perturbations que connaît le circuit du patient peuvent s'expliquer de diverses manières (notamment par un manque de personnels médicaux ou paramédicaux) mais deux facteurs sont principalement identifiés par le SAU :

- l'exiguïté des locaux d'une part. Alors que l'activité des urgences a cru de plus de 73% depuis 1978, la surface de l'UAU est restée inchangée. Selon la SCIC, société de consultants chargée du Schéma Directeur Immobilier de l'hôpital, l'activité des urgences justifierait un espace d'environ 960 m² alors que l'unité ne dispose que de 860 m² (y compris la salle de déchocage).
- la difficulté à trouver des lits d'hospitalisation entre 9h et 16h d'autre part. A l'instar d'une bouteille qui se remplirait sans jamais se vider, l'UAU se trouve contrainte de garder dans ses locaux des patients pourtant déclarés sortants et qui n'ont plus rien à faire aux urgences.

Un certain consensus semble se dégager autour de cette analyse mais les problèmes de fonctionnement en aval des urgences devraient faire l'objet d'une étude particulière, ce qui n'est pas le sujet de ce mémoire.

Celui-ci vise en effet à examiner si une réorganisation de l'UAU sous forme de circuits différenciés est une réponse pertinente aux difficultés rencontrées. La mise en place de deux circuits au sein de la zone de traitement, l'un d'hospitalisation, l'autre de consultation externe, va déjà dans ce sens. Existe-t-il d'autres structurations possibles? Et est-ce réellement une solution de nature à offrir une meilleure fluidité au circuit du patient?

Avant d'étudier la solution la plus opportune pour le service des urgences de l'hôpital de Blois, il convient donc d'analyser cette notion même de filière de prise en charge aux urgences.



Etude de la notion de filière de prise en charge

Depuis leur création, les urgences ont connu un processus de complexification tel qu'il est aujourd'hui nécessaire de les réorganiser.

Simple structure de tri à l'origine, le service d'urgence a vu sa mission s'élargir progressivement à tel point qu'il assure aussi aujourd'hui une fonction d'hospitalisation. De la même façon, la diversité et l'accroissement des passages aux urgences incitent à repenser l'organisation actuelle, en cherchant à la rationaliser en fonction de l'évolution d'activité.

Cette étude a donc pour objectif de mieux cerner la notion de circuit de prise en charge différencié. Elle procèdera en deux temps : tout d'abord par une présentation théorique, en vue d'en analyser l'intérêt (A) ; ensuite par un essai de typologie des différents circuits possibles (B).

A- Présentation théorique de la notion de filière de prise en charge

Un service d'urgence est traditionnellement organisé en trois secteurs distincts avec pour chacun une fonction propre : l'accueil, le traitement et l'hospitalisation de courte durée (1).

La réglementation n'exclut pas cependant la possibilité de structurer un service d'urgence en différents circuits de prise en charge. La circulaire du 14 mai 1991 dispose en effet que :

« dans les services à forte fréquentation, il pourra être défini pour certains types de patients (personnes âgées, enfants) une prise en charge personnalisée par le biais de circuits différenciés. »⁵

L'organisation de ceux-ci est donc laissée à la libre appréciation de l'établissement, en fonction de l'intérêt qu'il y trouve (2) Elle implique cependant qu'une attention particulière soit portée à l'orientation initiale du patient (3).

1- L'organisation traditionnelle et réglementaire d'un SAU

Qu'il s'agisse de la circulaire de 1991 ou d'ouvrages théoriques (comme celui de Bernard Dufaud), un SAU doit être constitué de 3 secteurs : un secteur d'accueil, un secteur de traitement et un secteur d'hospitalisation temporaire.

1.1- Le secteur d'accueil

Dès 1975, la fonction accueil est reconnue comme une fonction primordiale dans un service d'urgence. La circulaire du 29 janvier 1975 précise en effet que l'accueil « ne doit pas être considéré comme une fonction accessoire d'un autre service. [Il] confère à l'hôpital son image de marque, il en fait sa réputation. ».

La circulaire de 1991 confirme l'importance de ce secteur en spécifiant les différents éléments qui doivent le composer :

- le point d'accueil où se tient l'IAO ;
- la salle d'attente avec cabines téléphoniques, distributeurs automatiques (boissons, aliments...) et sanitaires. Elle peut éventuellement être pourvue de téléviseurs ;
- l'antenne des admissions ;
- éventuellement le secrétariat médical.

Dans sa présentation de cette zone, B. Dufaud met pour sa part l'accent sur la fonction psychologique de l'accueil. Outre sa fonction d'orientation et d'enregistrement de l'admission, l'accueil est en effet ce lieu où vont devoir être apaisés l'angoisse et le stress qui accompagnent naturellement toute urgence.

« La qualité spatiale de ce lieu se traite donc par :

- la clarté, on ne doit pas se sentir enfermé, une liaison directe à l'extérieur est souhaitable, l'éclairage naturel est important ;
- le confort, le mobilier notamment répond à la fois à un souci de qualité et de robustesse ;

⁵ « Le cadre législatif et réglementaire de la restructuration des urgences » - Techniques hospitalières, n°578, novembre 1993, p.47-52.

- l'ambiance est donnée par l'organisation spatiale, la place des éléments constituant ce lieu mais aussi par le traitement de la banque (liaison externe/interne), la décoration, les objets... »⁶

La volonté d'offrir un accueil chaleureux et ouvert peut cependant se heurter à la nécessaire protection du personnel. Les urgences sont en effet l'un des lieux de l'hôpital où la violence s'exprime le plus souvent. Il peut donc être proposé d'installer un jeu de caméras susceptible de dissuader ou de limiter ces violences ou bien de recourir à des agents de sécurité.

1.2- Le secteur de traitement

La circulaire du 14 mai 1991 énumère les différents locaux de soins qui doivent constituer cette zone :

- une salle de déchocage avec au moins deux postes de soins ;
- une salle équipée pour la petite chirurgie ;
- une salle de bains et de décontamination ;
- une salle de plâtre ;
- une salle de préparation des soins.

Ces salles doivent être agencées de telle sorte qu'elles permettent le colloque singulier du médecin et du patient : une pièce à usage de bureau ouvrant sur une (ou plusieurs) salle équipée d'une table d'examen et du matériel nécessaire.

La circulaire précise en outre que si l'hôpital dispose d'une consultation de médecine légale, celle-ci doit être installée dans cette zone.

B. Dufaud complète cette description réglementaire sur différents points.

Tout d'abord, la disposition des différentes salles de soins doit être de type annulaire (cf. annexe n°4), afin d'être en mesure de desservir les différents secteurs du service et d'organiser des circuits distincts.

⁶ DUFAUD (Bernard) - Les urgences, une des entrées obligées de l'hôpital ; intégration des urgences dans le site de l'hôpital. - Septembre 1996.

Des salles d'attente doivent être prévues à l'intérieur même du secteur de traitement :

- une pour les personnes valides : cette salle, avec des chaises et aménagée de façon conviviale, doit être claire et disposer d'une vue sur l'extérieur, « pour éviter un « enfermement » qui conduit irrémédiablement les patients en dehors de la pièce ».
- une pour les malades couchés sur brancards : afin d'assurer (à la demande) une intimité des malades, des séparations légères et modulables peuvent être envisagées. Cette salle doit être largement ouverte pour en permettre une surveillance directe.

L'auteur précise d'autre part que le poste infirmier, auquel est accolée la salle de préparation des soins, se trouve dans une position centralisée : largement vitré, il doit faciliter la surveillance de la zone de traitement.

Une zone de consultation sans rendez-vous peut aussi être envisagée. Elle est essentiellement constituée de bureaux de médecins, avec salles d'examen ou de soins.

Pour le traitement de certaines urgences relevant de la psychiatrie, et qui généralement demandent du temps, une chambre située à l'écart doit être prévue. Calme et insonorisée, son aménagement doit prévenir toute mutilation.

Enfin de manière à pouvoir répondre à un afflux important de victimes (suite au déclenchement d'un plan O.R.S.E.C, d'un plan ROUGE...), une salle de 6 brancards, équipés en tête de lits de fluides médicaux et de prises électriques, doit être réservée. En temps normal, elle peut servir de salle de stockage de brancards.

1.3- Le secteur d'hospitalisation de très courte durée

D'une capacité comprise entre 4 et 16 lits, en fonction de l'activité du service, cette zone est constituée de chambres insonorisées à un lit.

Accueillant des malades en observation et pour lesquels une orientation n'a pas pu encore être définie, elle fonctionne comme une unité d'hospitalisation générale.

2- Intérêt et limites d'une structuration des urgences en différents circuits

Une organisation des urgences basée sur l'idée de circuits a pour ambition de dépasser la vision statique présentée ci-dessus et d'envisager le fonctionnement du service en termes de flux. Si elle permet d'augmenter l'efficacité du fonctionnement des urgences et d'améliorer la qualité de la prise en charge du malade, elle n'en présente pas moins certaines limites.

2.1- Intérêt de la notion

La structuration du service des urgences en circuits différenciés constitue une tentative pour rationaliser son fonctionnement. Elle part de l'idée que l'activité des urgences n'est pas homogène et qu'il est donc possible de distinguer plusieurs catégories de patients justifiant un traitement spécifique ou du moins différencié.

Une telle organisation permet d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient à deux niveaux :

- en divisant le flux global des malades en différents flux de plus petite taille, elle le rend plus « gérable ». La diminution de la concentration humaine en un même lieu offre au patient un environnement moins stressant, plus à même de calmer son angoisse ;
- elle est aussi l'occasion d'offrir au malade une prise en charge plus personnalisée, plus adaptée à son état.

Pour que ces bénéfices attendus soient obtenus, trois conditions doivent être remplies :

- un réel tri est assuré à l'entrée ;
- des fiches de poste sont définies de manière à mieux situer la place de chacun et le rôle qu'il doit remplir pour assurer un fonctionnement rationnel et cohérent ;
- l'architecture est adaptée au nombre et à la nature des circuits.

Si cette organisation en circuits permet d'améliorer la qualité de la prise en charge offerte au patient, elle n'en est pas pour autant dépourvue d'inconvénients potentiels, situés tant au

niveau des moyens nécessaires à sa mise en oeuvre qu'au niveau des risques de dysfonctionnements qu'elle peut induire.

2.2- Ses limites

Le découpage de l'activité des urgences en plusieurs circuits, avec des locaux et des personnels spécifiques, peut entraîner un accroissement des moyens nécessaires au fonctionnement du service. La globalisation est en effet source « d'économies d'échelle » et la répartition des moyens existants en fonction des circuits créés peut ne pas suffire à couvrir l'ensemble de l'activité ainsi divisée.

La mise en place de circuits suppose donc que l'activité des urgences ait atteint un certain seuil critique pour justifier une éventuelle division. En tout état de cause, du fait de cette seule question des moyens, on ne peut multiplier à l'envie le nombre de circuits.

La seconde limite concerne les risques auxquels peut conduire une structuration en circuits. L'orientation initiale du patient accueilli dans l'un des circuits proposés comporte nécessairement un risque d'erreur, dont la probabilité de réalisation est pour partie fonction de la qualification de l'agent « trieur ».

L'idée de créer différentes filières de prise en charge au sein d'un service d'urgence ne s'impose donc pas comme une évidence. Le choix du nombre et des types de circuits à privilégier doit être mûrement réfléchi, en fonction de l'activité propre du service. Quant à l'orientation initiale, à l'entrée des urgences, elle pose la question de sa qualité.

3- Le corrolaire indispensable à l'existence de circuits : une orientation de qualité

Le « tri » est la mission première d'un service d'urgence.

Celle-ci commence dès l'accueil, lorsqu'il s'agit de détecter rapidement l'urgence qui appelle un traitement immédiat de celle pour laquelle les fonctions vitales ne sont pas en jeu.

Si la définition du contenu de cette fonction ne pose pas de problème particulier, l'identification de l'agent (ou des agents) qui doit l'exercer fait actuellement débat dans les services d'urgence.

3.1- Le contenu de la fonction

L. Ménard-Pariseau définit la fonction de « tri des patients à leur arrivée au service des urgences » de la façon suivante :

« processus qui identifie, évalue et classe en fonction de leur priorité les besoins en soins des patients et détermine la meilleure façon d'y répondre. Le terme de tri sous-entend celui de choix. »⁷

Il distingue à ce titre trois étapes dans ce processus de tri :

- l'accueil des patients : une fois le premier contact établi avec le patient et sa famille, le trieur s'informe du motif de la consultation et évalue la situation sur le plan clinique. Après cette première évaluation, les formulaires d'admission sont remplis par la personne préposée à l'inscription des patients.
- l'identification des besoins en soins : à l'aide d'un formulaire de tri, le trieur analyse les données recueillies afin de classer les besoins en soins.
- la prise de décision : le trieur décide du circuit le plus adapté vers lequel le patient est orienté.

En réalité, cette mission de « tri » est souvent enrichie d'autres fonctions qui lui sont associées.

L'accueil tout d'abord. Comme le souligne L. Ménard-Pariseau, les formalités liées à l'admission viennent après un premier accueil qui s'intéresse avant tout au problème médical pour lequel le patient s'adresse aux urgences.

⁷ MENARD-PARISEAU L. - « Tri des patients à leur arrivée au service des urgences ». - Réanimation Urgences, n°2, vol. 7, mars 1998, p. 114-117.

Le trieur, qui selon L. Ménard-Pariseau doit être une infirmière, assure aussi l'interface entre le secteur d'accueil et le secteur de traitement, en informant les patients et leurs familles sur les causes de l'attente ou sur le devenir d'un proche. A ce titre, la gestion de l'attente (et de l'angoisse qui peut lui être associée) lui est confiée.

Enfin, il peut initier la prise en charge en recueillant certaines constantes, qui par ailleurs l'aideront à déterminer l'orientation la plus adaptée - comme cela est organisé au SAU du Mans (pouls, température, fréquence respiratoire, échelle numérique de douleur...).

3.2- Le détenteur de la fonction

Traditionnellement la fonction de « tri » est confiée à une infirmière, dénommée Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO).

L. Ménard-Pariseau définit son profil de la façon suivante :

« L'infirmière affectée au tri des patients doit avoir un bon jugement clinique et être capable de prendre rapidement des décisions au regard de nombreux problèmes de santé. Elle doit être en mesure de s'adapter facilement à des situations susceptibles de se modifier d'un instant à l'autre et avoir une bonne résistance au stress et une bonne maîtrise d'elle-même. Afin d'assurer une bonne gestion du processus de tri des patients, le sens de l'organisation ainsi qu'une expertise clinique dans sa discipline lui sont nécessaires. Elle doit avoir, de préférence, une formation universitaire de premier cycle, ainsi qu'une expérience d'au moins une à trois années en services médicochirurgicaux et de un à trois ans dans un service des urgences. Elle doit être capable d'établir de bonnes relations avec les patients, leurs familles et les différents intervenants et ce, même dans les circonstances stressantes. Il est nécessaire qu'elle ait l'aptitude à sécuriser, à calmer, et plus particulièrement à soutenir les familles en deuil. Enfin, elle doit être familiarisée avec les normes du centre hospitalier. »

Le choix de confier à une infirmière cette fonction de « tri » n'est cependant pas unanimement admis.

D'aucuns soulignent d'une part qu'une IAO ne peut trouver sa place dans un service d'urgence puisqu'un SAU ne peut refuser de patients, qu'il a une obligation d'accueil et de prise en charge de toute personne se présentant à ses portes.

D'autre part, quand bien même une réorientation vers une consultation de médecine générale serait possible (comme il est parfois envisagé pour désengorger les services d'urgence), la responsabilité d'une telle décision ne pourrait être assumée que par un médecin et non une infirmière, du fait notamment des conséquences possibles dans le domaine médico-légal.

A cette argumentation, les partisans d'une IAO opposent que si le choix d'un médecin « trieur » peut être envisagé pour un CHU ou un établissement de taille équivalente, cela relèverait du luxe pour un établissement de dimension plus modeste. De plus, si l'on veut réellement sécuriser le « tri », le médecin « trieur » doit procéder à un examen approfondi de chaque patient ce qui revient à alourdir considérablement le circuit.

Si idéalement la fonction de tri devrait pour certains être médicalisée, la réalité les oblige donc à confier cette tâche à une infirmière qui devra être qualifiée et encadrée - le thésaurus des motifs d'admission du SAU du Mans (cf. annexe n°6) est un exemple d'outil d'aide à la décision, à la disposition de l'IAO.

B- Essai de typologie des différents circuits de prise en charge possibles

La structuration des services d'urgence en différents circuits n'a rien de novateur. Elle existe déjà dans de nombreux services, en particulier dans les CHU pour lesquels l'activité est relativement importante. Le CH de Blois dispose lui-même de différentes filières de prise en charge des urgences.

Une présentation de ces différents circuits est proposée à travers la classification suivante : les circuits organisés selon la discipline médicale dont relève le malade (1) ; les circuits fonction de la gravité de l'urgence (2) ; les circuits visant des publics particuliers (3).

1- Les circuits organisés selon la discipline médicale dont relève le malade

On peut évoquer les circuits médecine/chirurgie, pédiatriques ou psychiatriques.

1.1- Les circuits médecine/chirurgie

L'une des organisations classiques des services d'urgence est celle qui distingue la chirurgie de la médecine. Elle correspond à la division traditionnelle entre les deux spécialités et se prolonge au niveau des services d'hospitalisation.

Proche de cette dernière, l'organisation qui distingue médecine et traumatologie recouvre une réalité qui n'est plus seulement médicale mais aussi fonctionnelle : la traumatologie nécessite en effet des gestes relativement rapides et des examens complémentaires de type radiologique. En conséquence, le traitement de ces urgences traumatiques est très spécifique et justifie qu'elles soient isolées au sein d'un circuit particulier.

1.2- Le circuit pédiatrique

La pédiatrie fait aussi et de plus en plus souvent l'objet d'une filière de prise en charge distincte des autres urgences. Ce choix résulte essentiellement de la volonté d'isoler les enfants d'une réalité jugée choquante : urgences graves, patients en état d'ébriété, climat difficile... A cela s'ajoute l'idée que les soins pédiatriques nécessitent un savoir-faire particulier (ceux de la puéricultrice) et parfois un équipement adapté que n'a pas nécessairement un service d'urgence.

Le CH de Blois dispose déjà d'une telle filière, même si pour le moment elle n'est ouverte que de jour, de 7h30 à 21h30, et du lundi au vendredi seulement.

Durant cette période, l'enfant qui est adressé au SAU est aussitôt orienté par l'antenne des admissions vers l'un des deux circuits : l'UAU s'il s'agit d'un problème traumatologique ou, dans les autres cas, le service de pédiatrie, situé au 8ème étage et qui a sa propre unité d'accueil.

Dans cette seconde hypothèse, les enfants sont pris en charge directement par l'équipe de pédiatrie, dans l'un des 4 boxes prévus à cet effet.

Par contre, la nuit et le week-end, l'accueil et le traitement des enfants s'effectuent à l'UAU même, que le problème soit traumatologique ou non.

1.3-Le circuit psychiatrique

Suite au rapport Barrier de 1994, la prise en charge des urgences psychiatriques au sein des SAU est devenue l'une des principales préoccupations des pouvoirs publics en matière d'urgence. Les décrets du 30 mai 1997 ont en ce sens renforcé la participation des psychiatres au fonctionnement des urgences :

- pour les SAU, la présence d'un psychiatre doit être prévue 24h sur 24 si l'activité le justifie. A défaut, une astreinte doit permettre un recours permanent aux compétences d'un psychiatre.
- une convention doit en outre être signée avec les établissements psychiatriques de l'aire d'attraction des SAU et UPATU.

En réalité, l'organisation du traitement des urgences psychiatriques varie selon l'activité et la situation du service des urgences considéré.

Le SAU de Saint Nazaire dispose ainsi d'une permanence psychiatrique avec 1,5 poste de psychiatre et 1 poste d'IDE basés dans le service même.

A l'inverse, les SAU de Senlis et Creil ont dû mettre en place une coopération avec le CHSI de Clermont pour bénéficier des compétences d'une équipe psychiatrique. Plutôt que d'être immédiatement orientées vers un service d'hospitalisation, les urgences psychiatriques sont dirigées vers le service de lits-porte, dans l'attente d'une réévaluation par un psychiatre du CHSI. Celui-ci intervient en effet chaque matin, selon un planning de visites, en tant que médecin consultant.

Le CH de Blois, qui dispose d'un service psychiatrique, a pour sa part mis en place un système intermédiaire, basé sur la psychiatrie de liaison.

Sous la responsabilité du service de psychiatrie situé dans une structure distincte, quatre infirmières psychiatriques, affectées aux services de MCO, assurent la liaison en première intention. Elles initient un début de prise en charge du malade, avant l'intervention du psychiatre lui-même si besoin.

Il ne s'agit donc pas d'un circuit permanent et structuré au sein du SAU mais d'une équipe mobile intervenant en fonction des besoins.

Le CHU de Nantes offre une illustration intéressante de ces différents circuits puisqu'il dispose de quatre secteurs de prise en charge correspondants aux quatre disciplines ci-dessus évoquées : la médecine, la chirurgie, la pédiatrie et la psychiatrie.

2- Les circuits fonction de la gravité de l'urgence

Trois types d'organisation peuvent être envisagés selon la gravité de l'urgence :

- l'urgence nouvelle et le suivi d'urgence ;
- l'urgence majeure et l'urgence mineure ;
- l'urgence réelle et la consultation de médecine de ville.

2.1- L'urgence nouvelle et le suivi d'urgence

L'idée de distinguer les patients nouveaux de ceux qui sont déjà passés aux urgences mais qui reviennent pour un suivi est basée sur le constat suivant, posé par Maurice Le Mandat :

« Dans les centres hospitaliers importants -essentiellement les grands hôpitaux urbains- les urgences sont les plus nombreuses entre 10 heures et 13 heures et entre 16 heures et 19 heures, avec dans cette dernière phase une fréquentation toutefois moins importante. Une analyse plus fine montre que lors de ces deux pics, 30% des passages quotidiens sont des patients nouveaux et 50% des malades déjà venus. »⁸

En tenant compte de cette variation journalière des passages, M. Le Mandat propose d'organiser un service de rendez-vous pour le suivi d'urgence. Ces rendez-vous seraient répartis pendant les creux (matinée et début d'après-midi) et permettraient ainsi de régulariser la charge de travail du personnel.

Le service des urgences est alors constitué de deux circuits : l'un pour les nouveaux patients, l'autre pour les retours.

2.2- L'urgence majeure et l'urgence mineure

⁸ LE MANDAT- « Prévoir l'espace hospitalier » - Berger-Levrault, 1989, p.46.

Distinguer l'urgence majeure de l'urgence mineure est une obligation quotidienne pour un service d'urgence. Parmi les différents patients qui se présentent au SAU, la gravité de l'urgence n'est pas identique et une prise en charge immédiate ne s'impose pas pour tous de la même façon. Des choix peuvent et même doivent être effectués, tout particulièrement lorsque le service connaît une forte affluence et que la prise en charge ne peut être instantanée pour tous.

La distinction entre les urgences majeures et les urgences mineures est généralement basée sur un critère médical, selon que les fonctions vitales du patient sont menacées ou non. L'atteinte des fonctions vitales nécessite bien évidemment un traitement immédiat, effectué dans une salle spéciale, la salle de déchocage, spécialement équipée pour accueillir ce type d'urgence.

Cependant, d'autres types d'organisations se développent au sein des services d'urgence. Elles sont basés sur un critère qui est beaucoup moins médicalisé puisqu'il prend en compte le mode d'entrée ou le mode de sortie du malade.

Dans le premier cas on distinguera deux circuits : l'un pour les malades arrivés couchés ; l'autre pour les malades arrivés debout.

Dans l'autre cas, le premier circuit prend en charge les patients qui vont nécessiter une hospitalisation tandis que le second traite des patients pour lesquels un retour à domicile est envisagé.

Dans la pratique, ces deux systèmes binaires se recoupent, les malades couchés étant généralement hospitalisés et les malades debout ayant une grande probabilité de retour à domicile.

Ils ne s'opposent pas non plus au système distinguant l'urgence grave, qui fait souvent l'objet d'une prise en charge spécifique au sein du circuit couchés-hospitalisés. L'exemple du SAU du CH de Douai permet d'ailleurs d'illustrer cette complémentarité.

Suite à sa restructuration, le SAU de Douai a été organisé en trois secteurs (cf. annexe n°5), de façon à pouvoir canaliser trois types de flux :

- le secteur lourd composé de 5 salles d'examens et d'un poste central. Un praticien hospitalier, une IDE et une aide-soignante y prennent en charge les cas les plus graves et ce 24 heures sur 24 ;
- le secteur semi-lourd, organisé de la même façon que le secteur lourd, pour les autres malades nécessitant une hospitalisation ;
- le secteur ambulatoire géré par un praticien hospitalier et une IDE. Situé à l'écart des deux autres secteurs, il est constitué d'un poste central, d'une salle de sutures, d'une salle de plâtres, d'une salle pédiatrique et de deux salles d'examen.

Le personnel soignant est sectorisé mais polyvalent. Il prend en charge un secteur pendant une semaine. Dans la journée, il peut être amené à intervenir dans d'autres secteurs que son secteur d'affectation, en fonction de la charge de travail.

L'accueil, à partir duquel l'orientation vers l'un des trois secteurs est décidée, est quant à lui assuré par une IAO de 7h à 22h et une secrétaire administrative de 8h à 20h.

L'exemple de Douai montre ainsi de quelle façon un service d'urgence peut dissocier les différents flux qu'il est amené à traiter.

2.3- L'urgence réelle et la consultation de médecine de ville

Partant du constat qu'une partie des passages effectués au SAU ne relève pas d'un service d'urgence à proprement parler mais d'une demande d'examen médical de routine, l'idée d'implanter sur le site même de l'hôpital une consultation de médecine de ville vers laquelle les cas non urgents seraient réorientés est apparue.

L'hôpital de Montargis envisage actuellement, en collaboration avec l'association des médecins généralistes, d'expérimenter un tel dispositif.

Selon ce projet, chaque patient continue d'être accueilli aux urgences par l'IAO. Si le motif d'admission relève de la médecine de ville, il est cependant orienté vers la consultation de généralistes située sur le site de l'hôpital. Celle-ci fait donc figure de filière de prise en charge externe au service des urgences, au même titre que des consultations de spécialistes de médecine hospitalière.

Dans l'hypothèse où, après examen, le patient dirigé vers la consultation de médecine de ville relève finalement d'une prise en charge au sein du service d'urgence, sa réorientation peut être rapide compte tenu de la proximité des deux structures.

Un tel dispositif répond à un double objectif :

- éviter l'utilisation du système lourd et coûteux que sont les urgences pour des prises en charge qui ne le justifient pas.
- répondre néanmoins aux besoins de la population tel qu'elle le souhaite.

Apparemment simple, sa mise en oeuvre suppose toutefois de lever certains obstacles, en particulier ceux liés à la rémunération des médecins qui doit être attractive pour obtenir leur participation.

3- Des circuits visant des publics particuliers

La nature de l'urgence que le SAU accueille est théoriquement médicale, que cette urgence soit grave ou non. En pratique, l'activité des SAU présente une dimension sociale, plus ou moins prise en compte et dans des proportions variables selon le service d'urgence considéré.

L'idée de créer un circuit de prise en charge spécifique pour ce type d'urgences peut dès lors apparaître séduisante, mais l'urgence sociale se présente rarement sans être associée à une urgence médicale.

De plus, séparer l'urgence médico-sociale du reste de l'activité risque de conduire à une sous-médicalisation de la prise en charge des patients concernés, alors que les programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) préconisent une prise en charge globale de ces patients.

Les dispositifs existants pour tenir compte de cette dimension sociale de l'activité du SAU ne sont donc pas conçus comme des circuits de prise en charge particuliers. Il s'agit plutôt d'intervenants spécifiques qui doivent être présents au niveau des urgences (psychologues, assistantes sociales, vacations de la CPAM).

Des dispositifs sont actuellement expérimentés dans différents hôpitaux, en particulier pour les personnes âgées et les personnes démunies.

3.1- La prise en charge des personnes âgées aux urgences

L'objectif premier d'un service d'urgence est d'orienter les malades vers la solution la mieux adaptée à leur problème. Dans le cas du sujet âgé, cette tâche est particulièrement délicate et ce pour deux raisons.

D'une part, parce que la personne âgée présente souvent une polypathologie qui se prête mal à une prise en charge très spécialisée.

D'autre part, parce que le grand âge, marqué par une perte de l'autonomie, oblige à considérer la personne dans son environnement social ; celui-ci permet d'expliquer parfois la survenue de la crise qui amène la personne âgée aux urgences.

Ce sont notamment ces spécificités qui ont conduit le CH de Saint Nazaire à créer en 1986 une Consultation Gériatrique d'Orientation (CGO).

Composée d'un gériatre et d'une assistante sociale, cette consultation est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 17h30. Ses deux bureaux sont basés au SAU de l'hôpital.

Sa mission se décompose en trois axes :

- en direction du SAU : l'équipe de la CGO intervient à la demande des médecins urgentistes pour conseiller ou prendre en charge des personnes âgées de plus de 75 ans. Un bilan social et médical (antécédents, problèmes en cours, autonomie) est réalisé et permet de proposer, en concertation avec la famille ou les aidants, une décision d'orientation. Le passage par la CGO permet en outre, pour une personne finalement hospitalisée, d'envisager dès l'entrée son devenir à sa sortie.

- en direction des services d'hospitalisation : les services gériatriques n'étant pas situés sur le site des services de MCO, l'équipe de la CGO offre aux cadres infirmiers une aide pour organiser le devenir des patients hospitalisés. Elle a aussi pour objectif de sensibiliser les médecins à la prise en charge gériatrique de la personne âgée.

- en direction des médecins de ville : les généralistes bénéficient grâce à la CGO de conseils d'ordre médical ou social. Par ce biais, un réseau de gérontologie s'organise et permet de développer un travail en amont pour éviter des hospitalisations abusives et « débrouiller » des difficultés sociales.

L'activité de la CGO se présente pour 1998 de la façon suivante : 1600 interventions aux urgences, 20 dans les services d'hospitalisation et 250 auprès des médecins de ville.

Quant à l'orientation des patients examinés par la CGO, 67% sont hospitalisés en service de gériatrie tandis que 8% retournent à domicile et que moins de 1% sont orientés vers un hébergement.

La volonté de l'équipe de la CGO de développer les entrées directes, sans passer par le service des urgences, laisse penser que finalement cette structure s'apparente peu à peu à une filière spécifique de prise en charge en urgence de la personne âgée.

Le CHU de Rennes a pour sa part mis en place une Unité d'Orientation pour Personnes Agées (UOPA). Il s'agit d'un service post-porte de 22 lits, créé en 1991, qui accueille les personnes âgées sans pathologie précise adressées par le SAU. Il ne s'agit donc pas d'une filière interne au service d'urgence mais plutôt d'une unité d'hospitalisation de courte durée pour personnes âgées, dans l'attente d'une décision d'orientation définitive.

3.2- La prise en charge des personnes démunies

La prise en charge des personnes démunies (qu'il s'agisse de personnes sans ressource, sans couverture sociale, sans logement, d'étrangers clandestins...) ne fait jamais, à notre connaissance, l'objet d'une filière spécifique au sein des urgences, pour les raisons évoquées initialement.

La présence d'une ou de plusieurs assistantes sociales (comme à Grenoble par exemple) offre certes une prise en charge des problèmes sociaux (notamment l'ouverture des droits) et permet aux médecins de se recentrer sur leur mission. Mais leur intervention n'est pas organisée au sein d'un circuit propre. Il s'agit plutôt d'une équipe mobile, agissant en fonction des besoins.

Par contre, il existe des filières d'accueil pour plus démunis extérieures aux urgences. On peut citer notamment l'espace Baudelaire de l'hôpital Saint Antoine, à Paris.

Mis en place en 1992, ce dispositif offre à toute personne la possibilité de consulter, en dehors du cadre de l'urgence, un médecin et de s'entretenir avec un assistant social pour l'aider dans ses démarches administratives. Une carte de circulation lui est alors délivrée pour bénéficier, gratuitement, du plateau technique de l'hôpital et de médicaments.

La création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), suite à la loi du 29 juillet 1998, participe de la même idée : faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système de santé, en les accompagnant notamment dans leurs démarches.

« Concrètement, il s'agit d'offrir des consultations de médecine générale à horaires élargis, d'organiser des consultations sociales permettant d'accompagner la personne démunie dans ces démarches, de lui délivrer, gratuitement en cas de nécessité, des examens ou des médicaments ».⁹

Depuis le 1er mars 1999, une PASS est expérimentée par le CH de Montauban. Située à proximité des urgences, elle assure une consultation médico-sociale au profit des personnes en situation de précarité. L'accueil est assuré par un emploi-jeune, qualifié « d'auxiliaire social », et une assistante sociale qui effectue un premier bilan avec, si besoin, un début de prise en charge. Deux permanences médicales par semaine sont assurées, en fin d'après-midi, par des généralistes et, le cas échéant, des spécialistes. A l'issue de ce passage, l'intéressé est orienté vers un relai interne ou externe à l'hôpital.

Ce type de dispositif, bien qu'indépendant du circuit des urgences, peut ne pas être sans effet sur le fonctionnement des SAU. Certaines personnes en difficulté qui jusque là venaient

aux urgences pourraient désormais s'adresser directement à la PASS, ce qui réduirait d'autant le flux d'entrée aux urgences. Mais ne s'agit-il pas d'une médecine à deux vitesses qui risquerait de ne plus répondre à la demande d'urgence médicale ressentie par les plus démunis?

Suite à cette présentation générale de la notion de filière de prise en charge, il convient d'analyser si elle constitue réellement une réponse pertinente et adéquate aux difficultés rencontrées par le SAU.



⁹DIVERNET (Christophe) - « Loi contre les exclusions ». - Actualités Sociales Hebdomadaires, n°2087, 2 octobre 1998, p.14.

Quelle organisation pour le SAU de Blois?

Adapter l'organisation du SAU à l'évolution de son activité suppose d'en avoir une connaissance précise et fine.

Dans cette optique, le questionnaire présenté en annexe (cf. annexe n° 2) avait pour objectif de mieux cerner le contenu de cette activité, en cherchant notamment à quantifier la proportion des urgences à caractère social et celles qui auraient pu faire l'objet d'une prise en charge par la médecine de ville.

L'enquête proposée n'ayant pu aboutir, les propositions de solutions aux difficultés rencontrées par le SAU s'appuieront sur le bilan présenté en première partie. Celui-ci, rejoignant les conclusions du projet médical, fait apparaître la part croissante de l'activité des urgences effectuée en ambulatoire, pour des cas qui majoritairement ne relèvent pas d'une réelle urgence au sens médical du terme.

L'analyse de ce phénomène de recours croissant aux urgences permet d'émettre des réserves sur la possibilité de réorienter certains patients vers la médecine de ville (A). Dès lors, le service d'urgence doit s'adapter et accepter le fait qu'une partie de son activité puisse s'effectuer en ambulatoire. La structuration du SAU en circuits fonction des degrés d'urgence apparaît donc comme la solution la plus opportune, parmi celles présentées précédemment (B). Elle n'est cependant pas une condition suffisante à une amélioration des flux, mais le simple préalable à une réorganisation du service intégrant dans son fonctionnement la nécessaire gestion de l'attente (C).

A- Le médecin généraliste de nouveau en première ligne?

La proposition des rapports officiels visant à réintégrer les généralistes dans la gestion de l'urgence apparaît comme une solution logique à l'affluence croissante que connaissent les services des urgences (1). Elle se heurte cependant à un phénomène qui semble dépasser

la seule « démission » supposée des généralistes et qui la rend par conséquent limitée dans ses effets (2).

1- Une solution logique

Devant la multiplicité des causes à l'origine du recours croissant aux urgences, les rapports Steg et Barrier préconisent d'agir essentiellement sur « la démission des médecins libéraux ».

1.1- Les causes du phénomène de recours croissant au SAU

Le pouvoir d'attraction que les urgences hospitalières exercent trouve son explication dans la conjonction de divers facteurs, communément admis :

La disponibilité permanente d'un service intégré

Ouvert 24h sur 24, 7 jours sur 7, tous les jours de l'année, sans qu'il soit nécessaire de prendre au préalable rendez-vous, le service des urgences se caractérise par son ouverture et sa disponibilité. Et ce d'autant plus qu'il se doit de prendre en charge tout patient se présentant à ses portes :

« Un service d'accueil et de traitement des urgences doit accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale. »¹⁰

Toute la difficulté est alors de s'entendre sur ce qu'il convient d'appeler « une situation d'urgence ». Pour le corps médical, l'urgence est liée à un pronostic vital de très court terme qui nécessite une réponse immédiate. Pour l'usager, par contre, l'urgence est la « rupture d'un ordre dans le cours de la vie » (G. Barrier) de telle sorte que ce qui est imprévu tend à devenir urgent.

¹⁰ Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le Code de la santé publique (JO du 10 mai 1995).

Par conséquent, l'utilisateur peut se présenter à l'hôpital pour une urgence qui, au titre de la définition médicale, n'en est pas une. Pour autant le SAU ne pourra le refuser et devra l'accueillir afin qu'il soit examiné par un médecin.

A cette disponibilité du service des urgences s'ajoute la proximité du plateau technique, en particulier la radiologie et le laboratoire. L'unité de lieu de ces différents services contribue fortement au pouvoir attractif des urgences puisque très rapidement le patient pourra procéder à la radio ou à l'examen de laboratoire nécessaires au diagnostic du médecin.

« La démission des généralistes »

Selon M. Le Coutour, « l'hôpital a pris la place du médecin dans la gestion de l'urgence ».

Les médecins généralistes sont en effet accusés de ne plus prendre en charge l'urgence qui pourrait être traitée à leur niveau et de se décharger sur le service des urgences de l'hôpital.

L'activité du cabinet d'un généraliste est désormais organisée sur la base de rendez-vous.

Les consultations sont programmées de telle sorte que tout appel pour une urgence s'intègre mal à ce dispositif. Moins disponible, le médecin généraliste peut difficilement répondre au pied levé à tout appel qui se dit urgent.

La prise en charge d'une urgence peut aussi être source d'angoisse pour un médecin qui se sent parfois mal préparé.

De plus, dans un système où le médecin est rémunéré à l'acte, l'urgence, qui nécessite finalement du temps pour être traitée, est mal accueillie.

Enfin, l'évolution des modes de vie conduit les médecins à revendiquer un meilleur partage entre vie professionnelle et vie privée. Leur exercice est moins vécu comme un sacerdoce leur imposant une disponibilité de tous les instants. La féminisation croissante du corps médical ne fait d'ailleurs que renforcer ce mouvement.

C'est la raison pour laquelle l'organisation des gardes de nuit et de week-end de médecine générale sur le secteur de Blois connaît actuellement des difficultés.

Alors que la garde a longtemps été un moyen pour de jeunes médecins de se constituer une clientèle, elle est désormais vécue comme une contrainte. Du fait du vieillissement des

médecins, la constitution du tour de garde (qui est une obligation déontologique) ne peut plus se faire sur la base du volontariat. Les femmes médecins, qui jusque là en étaient dispensées, font désormais partie du tour de garde et l'intégration des médecins à exercice particulier (MEP) est même en discussion.

Les problèmes de sécurité, en particulier dans les quartiers réputés difficiles de la ville de Blois, ne font qu'aggraver cette situation.

- la situation de précarité de certaines couches de la population

Pour certaines couches défavorisées de la population, les urgences sont parfois l'accès principal au système de soins. Elles y viennent pour des raisons médicales mais aussi sociales.

L'hôpital véhicule en effet l'idée de « gratuité » qui fait que son accès apparaît comme plus aisé. Il est vrai que le tiers payant permet à des personnes ayant des difficultés financières de ne pas avoir à avancer de fonds.

De plus, ces personnes cherchent généralement à différer au maximum le recours au système de soins, laissant se dégrader leur état de santé jusqu'au point où une intervention en urgence est la seule réponse possible.

Par ailleurs, les migrants qui n'ont guère d'expérience de médecine ambulatoire consultent par habitude le service des urgences.

1.2- Les recommandations des rapports officiels

Dans son rapport de 1993, la Commission nationale de restructuration des urgences dénonçait ce qu'elle appelait « le grand déséquilibre » : un flux d'urgence excessif et insuffisamment régulé.

Dans une enquête de la DRASS de la région PACA, le classement de l'activité des SAU en fonction d'une typologie des degrés d'urgence¹¹ avait donné les résultats suivants :

¹¹ -urgences vraies : celles qui mettent en jeu le pronostic vital ou fonctionnel.

Degré d'urgence	Pourcentage
Urgences vraies et Urgences ressenties	30,7%
Soins de dispensaire	31,3%
Passages non urgents	38%

Le rapport en concluait que 70% des urgences auraient pu être traitées en dehors de l'hôpital et que pour 38%, cela aurait pu s'effectuer en dehors du contexte de l'urgence.

Une telle utilisation des services d'urgence apparaît doublement regrettable.

D'une part, l'afflux d'urgences mineures risque de se faire au détriment des urgences vraies.

L'embolisation de certains services d'urgence peut en effet affecter la qualité de la prise en charge de ces dernières.

D'autre part, ce phénomène conduit à ce que des soins qui ne relèvent pas de l'urgence soient pris en charge par une structure relativement plus « coûteuse » que ce qu'offre le dispositif sanitaire en ambulatoire.

Par conséquent, la position défendue par le rapport Steg se veut logique et vise à contenir cette évolution en réorientant ces urgences abusives vers la médecine de ville :

« Il devient donc raisonnable de tenter de ralentir et de régulariser ce flux, ceci essentiellement en intervenant en amont de l'hôpital par la réintégration du médecin généraliste dans la chaîne de l'urgence. »

Afin que le généraliste redevienne l'échelon de premier recours, il préconise notamment une meilleure organisation des services de garde ainsi que la mise en place d'une rémunération à la fonction.

Cependant si la solution visant à remettre la médecine de ville en première ligne semble logique, sa mise en oeuvre se révèle beaucoup plus délicate.

- urgences ressenties : état morbide susceptible par son intensité ou sa soudaineté d'apparaître comme un état d'urgence pour une personne ou un entourage non qualifié.

- soins de dispensaire : soins ambulatoires pouvant n'être que paramédicaux mais ayant nécessité au moins un avis médical pour un syndrome morbide d'apparition soudaine et récente.

- passages non urgents : consultations externes, activités programmées, programmes sociaux.

2- Une solution en trompe-l'oeil

Une enquête locale sur les motivations des patients s'adressant aux urgences (cf. annexe n°1) permet de relativiser la responsabilité des médecins dits « démissionnaires » dans la croissance des passages au SAU. Ce phénomène est en effet soutenu par deux facteurs de fond difficilement maîtrisables.

2.1- Les motivations de consultation des patients du SAU

Cette enquête a été menée auprès des patients passés par l'antenne des admissions basée aux urgences. Son objectif était de mieux cerner les raisons pour lesquelles les patients s'adressaient au SAU.

Durant 4 semaines, du jeudi 20 mai au matin au mercredi 16 juin au soir, les patients venus d'eux même au SAU et à ce titre accueillis par l'antenne des admissions entre 7h30 et 21h, ont été invités à remplir le questionnaire présenté en annexe.

344 questionnaires ont été remplis. Il faut souligner que les motivations des patients des samedis et dimanches sont relativement moins représentées que les autres compte tenu des difficultés de remplissage durant le week-end, l'agent des admissions étant seul.

Sur ces 344 questionnaires, 36 (soit 10%) n'ont pas pu être exploités, essentiellement parce que les patients ont coché plusieurs cases. Ils ne pouvaient en effet formuler qu'une seule réponse.

En analysant les 308 questionnaires exploitables, on s'aperçoit que 13 % (40 patients) ont été adressés par leur médecin.

Sur les 268 questionnaires pour lesquels les patients n'ont pas été adressés par leur médecin, les réponses se répartissent comme suit :

Réponses proposées	
6%	Votre médecin de famille, que vous avez cherché à contacter, n'est pas disponible
31%	Les Urgences sont ouvertes 24h sur 24, sans rendez-vous
1%	Aux Urgences, il n'y a pas à avancer d'argent (tiers payant)
3%	Les Urgences sont situées près de chez vous
31%	Les médecins des Urgences ont les compétences et le matériel que n'a pas le médecin généraliste pour vous soigner
17%	Vous pensez qu'aux Urgences vous serez soigné tout de suite
9%	Autre raison

A la question « avez-vous un médecin qui vous suit régulièrement? », il y a eu 298 réponses qui se répartissent comme suit :

Oui	91%
Non	9%

L'analyse de ces résultats permet de faire plusieurs observations.

Tout d'abord, cette enquête confirme que les patients, pour plus de 50 % d'entre eux, s'adressent au SAU non en raison de la réputation du service mais du fait de son accessibilité et de sa disponibilité : ouverture 24h sur 24, sans rendez-vous ; à proximité du domicile ; sentiment d'être rapidement pris en charge.

Ensuite, l'utilisation du SAU pour des raisons de coût (absence d'avance des frais) apparaît relativement mineure avec 1% des patients interrogés. Il faut toutefois considérer ce pourcentage avec prudence. Selon les agents des admissions, en contact quotidien avec ces personnes, ce chiffre est sous-estimé : les gens n'osent pas exprimer les raisons réelles qui les poussent à s'adresser au SAU.

Enfin si 91% des patients disposent d'un médecin de famille, seulement 6% ont cherché à le contacter avant de venir aux urgences.

Cette faible sollicitation du généraliste peut être interprétée de deux manières.

Soit la population a intégré le fait que les médecins n'étaient plus disposés à prendre en charge l'urgence dans leur activité et en cas de nécessité, elle considère qu'il est préférable de s'adresser directement au SAU.

Soit les ressorts qui poussent la population à s'orienter vers les urgences hospitalières se situent ailleurs.

C'est cette seconde interprétation que l'évolution de la société et de la médecine tend à privilégier.

2.2- Un phénomène conforme à l'évolution de la société et de la médecine

Outre les raisons invoquées initialement, deux tendances de fond, touchant tant l'évolution de la société que celle de la médecine, expliquent le recours croissant aux services d'urgence hospitaliers et laissent à penser que ce phénomène est difficilement réversible.

Une société prise par l'urgence

Au cours de cette étude, les différents médecins généralistes rencontrés ont tous mis en avant l'incapacité croissante des patients à gérer leur propre angoisse, y compris face à des maux mineurs.

Devant l'imprévu, l'individu a désormais besoin d'une réponse immédiate pour calmer son angoisse. Aussi, si le généraliste ne peut répondre au pied levé à sa demande, préfère-t-il se rendre directement au service des urgences qui saura, ne serait-ce que par la présence des soignants, lui donner un sentiment de sécurité et le rassurer.

De plus, si les SAU se plaignent d'accueillir des patients qui ne présentent pas d'urgence réelle, les généralistes expriment le même sentiment lorsqu'au cours des gardes ils sont de plus en plus appelés pour des consultations qui auraient pu attendre.

Pour Zaki Laï di, cette évolution, loin d'être cantonnée au seul domaine médical, s'inscrit en réalité dans un phénomène beaucoup plus vaste qui confère désormais à l'urgence une place centrale dans le fonctionnement de nos sociétés. L'action publique elle-même ne sait

plus, selon lui, s'inscrire dans une démarche de projet et s'exprime le plus souvent sur le mode de l'urgence :

« Ce qui nous apparaît nouveau, c'est le fait que l'urgence ne constitue plus une catégorie temporelle extraordinaire et exceptionnelle. Elle s'impose comme la modalité temporelle ordinaire de l'action en général. Pour utiliser la métaphore médicale, on pourrait dire que la montée en puissance de l'urgence dans nos sociétés s'apparenterait en un vaste service d'urgence face à un afflux exceptionnel de blessés. L'urgence renverrait ainsi à l'idée de dérèglement social, qui imposerait d'agir immédiatement sans véritable mise en perspective de l'action. L'urgence serait ainsi une injonction sociale à agir immédiatement. »¹²

En ce sens le service des urgences s'intègre parfaitement au fonctionnement de la société contemporaine.

Une médecine plus technique

L'évolution de la médecine favorise elle aussi le recours au service d'urgence hospitalier.

Tout en réaffirmant l'importance de l'examen clinique, le professeur Jean Bernard reconnaît les changements induits par la technique :

«[Le médecin] continue d'examiner attentivement son malade. Mais ces gestes, s'ils ne peuvent être négligés, ont cessé d'être essentiels. C'est l'interprétation des résultats fournis par ces différentes techniques qui occupera plus longuement le médecin ». ¹³

Ce recours à la technique est d'autant plus fort que les médias la valorise. Pour la population, elle permet, à travers une radio, un examen de laboratoire, de disposer d'un diagnostic précis alors que le généraliste ne peut faire que des probabilités.

Avec le plateau technique qui lui est adjacent, les urgences sont donc dans une situation des plus favorables pour répondre aux exigences d'une médecine technique.

Devant un problème médical, on n'attend plus désormais qu'il y ait une quelconque évolution voire une complication pour juger de la meilleure décision à prendre. Le recours à la

¹² LAÏ DI (Zaki) - « Pourquoi vivons-nous dans l'urgence? » - Etudes, n°3906, juin 1999, p.775-788.

¹³ BERNARD (Jean) - La médecine de demain - Flammarion, collection Dominos, 1996, p.15.

technique permet d'être rapidement fixé. Or dans quel lieu, sinon à l'hôpital, peut-on disposer à la fois des compétences d'un médecin et de la disponibilité d'un plateau technique?

A cela s'ajoute la pression médico-légale qui pèse sur tout médecin et l'incite à s'entourer de précautions en recourant au plateau technique de l'hôpital, via le SAU.

La croissance de l'activité ambulatoire des services d'urgence est donc moins le résultat d'un dysfonctionnement ponctuel du dispositif de soins (la « démission » des généralistes) que celui d'une nouvelle donne qui voit dans le SAU, à tort ou à raison, le moyen d'offrir une réponse rapide et efficace (grâce à la technique) aux urgences de chacun.

Ce constat ne signifie nullement que la réintégration du médecin généraliste dans la chaîne de l'urgence, comme le préconise A. Steg, soit sans intérêt. Mais au regard des tendances de fond actuelles, on imagine mal voir cette proposition résoudre complètement le problème des urgences. L'hôpital est donc conduit à rechercher le meilleur moyen de s'adapter à cette nouvelle donne. L'organisation de circuits différenciés au sein des urgences peut alors être proposée.

B- La nécessaire adaptation du SAU

L'évolution des passages au SAU de Blois montre une croissance forte de l'activité ambulatoire depuis 1987. L'idée d'isoler au sein d'un circuit particulier ce type de passages permettrait donc d'adapter le service d'urgence en distinguant l'urgence lourde ou semi-lourde (mission première du SAU) de l'urgence mineure.

Deux types d'organisation sont alors envisageables : celle proposée par le SROS de la région Centre qui préconise l'installation d'une consultation de médecine libérale sur le site de l'hôpital (1) ; celle présentée par le SAU de Blois qui distingue trois circuits : un circuit court, un circuit long et un circuit d'extrême urgence (2).

Si les deux systèmes ne s'opposent pas et peuvent même être associés, ils ne s'analysent pas dans les mêmes termes.

1- Une consultation de médecine libérale sur le site de l'hôpital

Proposée par le SROS de la région Centre, la création d'une consultation de médecine générale à proximité immédiate du service des urgences s'inscrit dans l'idée, développée par le rapport Steg, de réintégrer le médecin généraliste dans la prise en charge de l'urgence. A une différence près cependant : puisqu'il se révèle difficile de réorienter les patients vers le cabinet de leur généraliste, ce projet envisage d'installer ce cabinet là où s'adressent spontanément les patients, à savoir le service des urgences.

Pour séduisante qu'elle soit, cette proposition n'en doit pas moins être considérée avec prudence.

1.1- Le contenu du projet

Selon le projet de SROS, il s'agirait d'une entité juridique individualisée par rapport au service des urgences, bien que située sur le site de l'hôpital. Elle fonctionnerait sur un mode libéral : les praticiens seraient rémunérés par application de la nomenclature générale des actes professionnels, participeraient aux frais de fonctionnement et assumeraient la responsabilité professionnelle de leurs actes.

La permanence y serait assurée alternativement par différents médecins généralistes exerçant par ailleurs dans leur cabinet.

Chacun des trois acteurs impliqués dans ce dispositif y trouverait avantage :

- pour le patient, une réponse adaptée à sa demande de prise en charge rapide, avec unicité de lieu ;
- pour le médecin généraliste, l'existence d'un plateau technique et la possibilité d'orienter sans délai le consultant vers l'hôpital si nécessaire ;
- pour l'hôpital, une moindre sollicitation du service des urgences.

1.2- Une réalisation délicate et aux effets incertains

Malgré les bénéfices escomptés, l'implantation d'une consultation libérale sur le site même de l'hôpital soulève diverses interrogations tenant tant à sa faisabilité qu'à ses effets sur l'activité de l'hôpital et en particulier sur celle du service des urgences.

La mise en oeuvre d'un tel projet suppose en premier lieu que différents obstacles soient levés :

- la démographie médicale : dans un contexte de diminution du nombre de médecins¹⁴, alors que la demande de soins reste croissante, se pose la question de la disponibilité des médecins généralistes pour participer à un tel dispositif. Combien de généralistes accepteront de travailler dans cette consultation?

- la rémunération des médecins : la participation des médecins généralistes au réseau des urgences achoppe souvent sur ce problème de la rémunération, le statut de vacataire étant jugé insatisfaisant. Si la consultation de médecine générale fonctionne effectivement sur un mode libéral, les praticiens étant payés à l'acte, on risque d'assister à une inflation des coûts. A l'inverse une rémunération forfaitaire suppose d'être suffisamment élevée pour être attractive.

- la responsabilité : dans l'hypothèse où un patient qui aurait nécessité une intervention en urgence est par erreur orienté vers la consultation libérale, qui assumera la responsabilité? L'hôpital qui n'a pas su détecter la gravité d'une situation? Le médecin généraliste qui aura eu à gérer une dégradation subite de l'état de santé de ce patient?

¹⁴ Selon une étude du ministère de la Solidarité, le nombre de médecins devrait baisser fortement à partir de 2015 : de 178 500 médecins en 1998, les praticiens pourraient être 164 000 en 2015 et 143 000 en 2020. Ces chiffres ont été établis dans l'hypothèse où le numerus clausus, instauré en 1971, resterait inchangé.

- le libre choix du patient : du fait du caractère privé de cette consultation, dans quelle mesure l'hôpital-service public peut-il imposer cette orientation à un patient? Celui-ci n'a-t-il pas le libre choix de sa structure de soins?

Outre ces interrogations sur la faisabilité du projet, la localisation même de cette consultation sur le site de l'hôpital peut susciter des inquiétudes.

Certes, l'objectif est bien de décharger le SAU d'une partie de son activité ambulatoire, lorsque celle-ci ne relève pas de l'urgence. Mais l'évaluation quantitative de cette charge induite reste incertaine.

La grille GEMSA (élaborée par le Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil) est couramment utilisée pour décrire l'activité des services d'urgence. Or la comptabilisation du nombre de « patients non convoqués sortant après consultation ou soins », qu'elle effectue à travers le groupe GEMSA 2, n'indique nullement la part des urgences arrivées au SAU qui aurait pu être prise en charge par la médecine de ville. Le fait qu'une partie conséquente des passages aux urgences relève du groupe GEMSA 2 ne signifie pas en effet que ces passages soient injustifiés : certains actes (des sutures par exemple qui nécessitent un matériel et une procédure particuliers en vertu de la réglementation) ou des examens radiologiques peuvent justifier un passage au SAU, sans que cela se traduise par une hospitalisation.

Si, malgré ces réserves, la création d'une consultation de médecine générale sur le site de l'hôpital permet effectivement de décharger le SAU d'une partie de son activité présente, il est cependant à craindre que cela ne suscite parallèlement un accroissement du nombre de patients accueillis.

Ceux-ci seront certes orientés vers la consultation de médecine générale mais deux questions se posent alors.

Le service de radiologie ou le laboratoire seront-ils à même de répondre aux besoins induits par cette nouvelle activité? Le SROS envisage en effet que les médecins libéraux puissent disposer du plateau technique de l'hôpital.

En outre, compte tenu des difficultés de mise en oeuvre de ce dispositif, qu'advierait-il en cas d'échec et de fermeture de la consultation? L'accroissement de la demande induite par cette structure ne risquerait-il pas de se reporter sur le service des urgences?

1.3- Une solution préférable : un service de garde décentralisé

Malgré les interrogations qu'il suscite et qui invitent à le considérer avec prudence, le projet de consultation de médecine de ville sur l'hôpital a cependant le mérite de reconnaître que sans l'intervention de tiers, la prise en charge d'une partie de l'urgence par les médecins de ville reste incertaine.

Culturellement, l'exercice indépendant de leur profession ne prépare guère les médecins libéraux à une action concertée. Certains d'entre eux regrettent d'ailleurs ce défaut de coordination, parfois source de mauvaises habitudes auprès des patients (par exemple, lorsque le médecin de garde préfère systématiquement se déplacer, pour des raisons vénales, plutôt que de consulter à son cabinet).

Aussi l'intervention d'autorités extérieures (la tutelle par exemple) apparaît indispensable pour soutenir un quelconque projet.

Considérant que le désengagement relatif des médecins de ville dans la gestion de l'urgence n'incite guère à créer une nouvelle structure type consultation, qui se surajouterait à leur activité présente, il apparaît préférable de s'appuyer sur ce qui existe et de le renforcer, à savoir le tour de garde qui pour tout médecin est une obligation déontologique :

« Article 17 : dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. »

En ce sens, l'idée d'ouvrir un cabinet commun où serait assuré le tour de garde des médecins libéraux pourrait offrir une meilleure garantie de fonctionnement. Facile d'accès (sans pour autant se trouver sur le site de l'hôpital pour les raisons invoquées plus haut), il serait plus aisément identifiable par la population et apporterait une réponse aux problèmes d'insécurité rencontrés par les médecins.

Dans ce cadre, la création d'un service de garde décentralisé à Roubaix peut avoir valeur d'exemple par le partenariat sur lequel il repose. Municipalité, hôpital et médecins de ville se sont en effet associés pour ouvrir cette maison de santé : la mairie a mis à disposition les locaux, l'hôpital le matériel et les généralistes, de garde de 17 heures à minuit, en assurent le fonctionnement six jours sur sept.

2- La constitution de filières de prise en charge au sein du SAU

Parallèlement au SROS, l'hôpital de Blois a pu proposer ses propres pistes de solutions dans le cadre de la négociation du contrat d'objectifs et de moyens. Si l'analyse confirme l'intérêt de ces projets, elle en souligne aussi les difficultés en terme de mise en oeuvre.

2.1- Les projets à l'étude

Deux projets visent à résoudre les difficultés rencontrées par le SAU.

Le premier, émanant du service de pédiatrie, se propose de renforcer le système existant en assurant un accueil de l'urgence pédiatrique non plus seulement du lundi au vendredi, de 7h30 à 21h30, mais désormais tous les jours de la semaine et 24h sur 24 - en 1996, l'activité pédiatrique de l'UAU a été de 1071 passages et celle des urgences du service de pédiatrie de 2512 passages.

Les locaux existant déjà il s'agit d'une certaine manière de les optimiser en les faisant fonctionner en continu. Cette permanence nécessite, à défaut d'un redéploiement à partir du SAU, un accroissement du personnel soignant (4 IDE et 5 auxiliaires de puériculture demandées) qui permettrait dans le même temps de renforcer la présence infirmière de nuit, jugée insuffisante.

Le second projet, dont le SAU est à l'origine, vise à réorganiser le fonctionnement des urgences en distinguant trois circuits de prise en charge : un circuit court, un circuit long et un circuit d'extrême urgence.

Le circuit court fonctionne déjà de façon informelle, puisque deux boxes sont actuellement destinés à recevoir les patients dits externes, c'est-à-dire ceux pour lesquels un retour à domicile est a priori envisagé. Le circuit long a pour sa part vocation à accueillir les patients dont l'hospitalisation est possible. Enfin, le circuit d'extrême urgence doit permettre la prise en charge des patients nécessitant un déchocage.

Selon le SAU, les moyens nécessaires pour mener à bien ce projet sont de 2 infirmières d'accueil et d'orientation (pour assurer la fonction de tri de 8h30 à 0h30, 7 jours sur 7) et de 2 praticiens hospitaliers. A cela s'ajoute l'adaptation des locaux pour matérialiser ces différents circuits.

2.2- Analyse des projets

Qu'il s'agisse du projet de pédiatrie ou celui du SAU, ils visent tous deux à créer ou renforcer des filières de prise en charge distinctes.

Pour la pédiatrie, il s'agit de tenir compte de la spécificité de cette discipline et de la population soignée. L'accueil des enfants au sein du SAU ne donnant pas satisfaction la nuit et le week-end (conditions d'attente difficiles), il est proposé de renforcer le circuit de ces urgences pédiatriques via le service de pédiatrie. Le service des urgences en serait par le même coup déchargé.

En ce qui concerne le SAU, le projet de trois circuits vise finalement à concilier deux objectifs contradictoires : le premier est d'offrir une prise en charge adaptée au degré d'urgence que présente le patient ; le second vise à traiter rapidement les patients pour qui un retour à domicile est envisagé de manière à éviter un engorgement des locaux.

Un système de circuits différenciés, inspiré de l'expérience de Douai, permet de dépasser cette contradiction.

Il garantit le repérage et la prise en charge des cas les plus urgents au sein d'un circuit propre, permettant par là même que l'augmentation du nombre de passages ne se fasse pas au détriment des urgences réelles.

Il accroît dans le même temps l'efficacité du fonctionnement des urgences en isolant les patients externes et en s'assurant de leur sortie rapide.

Une telle organisation nécessite que la fonction de triage à l'entrée soit garantie. L'IAO doit donc être en mesure d'assurer pleinement sa mission, en accueillant en première ligne tous les patients, quel que soit leur mode d'arrivée.

Elle implique aussi une clarification quant à la prise en charge de l'extrême urgence.

2.3- Une nécessaire clarification

L'hôpital de Blois présente une organisation originale du traitement de l'urgence. Celle-ci est en effet prise en charge par deux services distincts :

- le service B d'un côté qui regroupe le SAMU-SMUR et la réanimation : le premier assure la prise en charge de l'urgence pré-hospitalière ; la seconde a la responsabilité de la salle de déchocage.

- le SAU de l'autre qui assure sa mission d'accueil des urgences à l'exception de celles qui sont directement orientées vers la salle de déchocage.

Le projet du SAU visant à structurer son activité en trois circuits remet en question l'organisation actuelle.

D'une part, il nécessite une extension du service qui pourrait éventuellement se faire en direction de la salle de déchocage, jugée parfois surdimensionnée.

D'autre part, la création d'un troisième circuit, consacré à l'extrême urgence, sans remise à plat de l'organisation actuelle, risque de faire redondance avec l'usage actuel de la salle de déchocage.

Cette salle devient donc un enjeu pour les deux services, d'autant plus que symboliquement, l'activité liée au déchocage fait figure de partie « noble » dans le milieu des urgences.

L'origine de l'organisation actuelle remonte à 1989, lors de l'individualisation du SAU. A cette occasion, la salle de déchocage est rattachée au service B - alors qu'antérieurement (et conformément à la circulaire de 1991), ce type de salle était intégré au fonctionnement du

SAU. Elément d'un compromis, cette solution prenait aussi en compte le fait que le personnel médical travaillant au SAU, tel qu'il fonctionnait à l'époque, n'était pas suffisamment formé pour assurer le déchochage.

Aujourd'hui, la situation a évolué suite à la politique de médicalisation dont le rapport Steg est à l'origine. Les praticiens qui exercent de façon permanente aux urgences disposent désormais soit d'un diplôme d'urgentiste (l'actuelle CMU), soit d'au moins un an d'expérience dans le domaine de l'urgence - mais ils n'ont pas la qualification d'anesthésiste.

Pour autant, assurent les médecins du SMUR, le déchochage suppose, si ce n'est les compétences d'un anesthésiste, du moins un minimum d'expérience dans le domaine de l'intervention pré-hospitalière, que ne garantit pas nécessairement l'obtention du diplôme d'urgentiste.

Est-il dès lors possible de dépasser cette alternative pour la salle de déchochage : service B ou SAU?

Si l'on cherche à assurer la fluidité du circuit du patient, il semble évident que la prise en charge d'une urgence doit pouvoir s'effectuer dans la continuité et sans rupture, au sein d'une même équipe. Que cette prise en charge soit assurée par deux services distincts apparaît donc peu satisfaisant.

Le regroupement des deux équipes, celle du SAU et celle du SMUR, semble par contre plus judicieux. Il permettrait à chaque médecin d'acquérir une certaine polyvalence grâce à la rotation des personnels.

Par là même, la question de la salle de déchochage trouverait doublement sa réponse. D'abord, par la disparition de l'opposition Service B/SAU. Ensuite, grâce à l'expérience acquise par les médecins du SAU lors de leurs passages au SMUR.

Ce regroupement ne prendrait pas nécessairement la forme d'une fusion de services mais plutôt celle d'une fédération, respectant l'identité de chacun des services existants. Celle-ci

offrirait un cadre de nature à coordonner l'action des différentes structures la composant et à permettre une rotation des personnels, du moins médicaux, susceptible d'engendrer une meilleure compréhension et une plus grande polyvalence.

La réorganisation du SAU n'est donc pas sans effets externes. Elle retentit sur l'ensemble des services avec lesquels il est en relation. En ce sens, elle a le mérite de remettre à plat l'organisation héritée de l'histoire de l'hôpital, en vue d'envisager de manière globale l'adaptation de celui-ci à la prise en charge de toutes les urgences.

C- Les limites d'une structuration du SAU en circuits comme réponse aux difficultés rencontrées

L'organisation de l'UAU en trois filières de prise en charge isolant l'extrême urgence, les patients hospitalisés et l'activité ambulatoire apparaît comme une réponse fonctionnelle et adaptée à l'accroissement du nombre de passages. Elle ne résout cependant pas les difficultés d'aval qui font qu'à l'instar d'une bouteille, le service des urgences se remplit mais ne se vide pas.

Devant le risque d'embolisation de ses locaux, l'UAU n'a alors que deux possibilités d'action : soit renforcer son rôle de filtre afin de limiter les hospitalisations pour raisons sociales, en recherchant des solutions alternatives (1) ; soit accepter et apprendre à gérer l'attente des patients (2).

1- La prise en charge sociale aux urgences

L'histoire de l'hôpital montre que l'accueil des plus démunis a longtemps été sa mission première. Ce n'est qu'au sortir de la seconde guerre mondiale que progressivement l'hôpital s'est professionnalisé et que la prise en charge sanitaire de tous est devenue sa fonction principale. Les lois de 1970 sur le service public hospitalier et de 1975 sur les

établissements sociaux et médico-sociaux sont venues entériner et confirmer cette évolution.

Désormais l'hôpital, établissement public de santé selon la dénomination officielle, est devenu un lieu de soins, à haut degré de technicité.

Pourtant cette évolution est aujourd'hui quelque peu contredite par la précarisation de certaines couches de la population, lorsque celle-ci s'exprime notamment aux urgences de l'hôpital. Mal accepté par le personnel médical, l'accueil des plus démunis redevient pourtant l'une des fonctions dévolues à l'hôpital public.

1.1- L'hôpital redécouvre sa fonction originelle d'accueil des plus démunis

Selon Marc Bessin, « le SAU est l'endroit où l'hôpital moderne, sûr de sa réponse technique en terme de guérison, redécouvre par la force des choses sa fonction ancestrale d'assistance et de traitement social. »

Cette redécouverte ne se fait cependant pas sans un certain malaise. La prise en charge médicale d'un patient, nécessitant des soins techniques, fonctionne en effet comme un modèle de référence. L'urgence sociale, qui s'en écarte (notamment parfois par le refus du patient d'endosser le statut de « malade » et de respecter les règles de soumission que l'on attend de toute personne qui sollicite l'hôpital), trouve dès lors difficilement sa place dans le fonctionnement du SAU.

« L'image du polytraumatisé amené en hélicoptère symbolise ainsi souvent le SAU, alors que l'on sait que ces grosses urgences ne représentent pas plus de 5% des cas. C'est parce que cette activité tend à être valorisante pour (et valorisée par) les professionnels de l'urgence et qu'elle n'inclut pas le domaine des civilités, que l'on s'autorise dans d'autres situations, au nom de l'urgence médicale, à négliger l'accueil. »¹⁵

Le SAU, et derrière lui l'hôpital, doit cependant accepter et s'adapter à cette nouvelle situation. Les autorités publiques confirment en effet que l'hôpital doit assumer un rôle social dans la prise en charge des populations socialement désaffiliées.

« L'hôpital doit veiller à la bonne prise en charge des personnes qui se présentent à ses portes, ou qui lui sont signalées, quelle que soit l'origine de ce signalement. Il est demandé aux directeurs des établissements de sensibiliser à nouveau le personnel hospitalier pour qu'ils exercent une particulière vigilance afin de faciliter l'accueil des plus démunis notamment en période de grand froid. »¹⁶

La participation de l'hôpital à la lutte contre l'exclusion est donc clairement établie.

Elle doit s'accompagner d'une ouverture de l'hôpital sur la cité. L'hôpital n'est en effet pas appelé à prendre en charge de façon autonome cette population :

« Les établissements du service public hospitalier contribueront à l'objectif global de réinsertion des patients dans le circuit de droit commun d'accès aux soins, dès l'accueil de ceux-ci dans les services de soins et aux urgences. A cette fin, un travail de coordination avec notamment, les associations, les médecins libéraux et les services sociaux des collectivités territoriales (conseils généraux, communes...) doit être entrepris afin d'assurer une réelle cohérence et continuité dans le domaine des soins. »¹⁷

C'est donc au sein d'un réseau que le SAU doit assurer la prise en charge des urgences médico-sociales.

1.2- Le réseau, base d'une réelle prise en charge médico-sociale

Comme expliqué en seconde partie, la constitution d'une filière de prise en charge propre à traiter les problèmes ayant une dimension sociale apparaît difficilement opérationnelle et peu satisfaisante.

Difficilement opérationnelle parce que l'urgence médico-sociale ne se donne pas nécessairement à voir en tant que telle. L'IAO ne peut dès lors la repérer aisément.

¹⁵ BESSIN (Marc) - « Le social aux urgences hospitalières : les enjeux d'une restructuration ». - Les Cahiers de la Sécurité Intérieure, n°22, 4ème trimestre 1995, p.61.

¹⁶ Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Peu satisfaisante car il est à craindre que cette voie ne conduise à dénier aux personnes associant des difficultés d'ordres social et médical une prise en charge sanitaire digne de ce nom, aboutissant par là-même à :

« la formation de ghettos dans lesquels seuls les plus démunis seraient présents. L'hôpital se doit de ne pas scinder son activité et la qualité des soins prodigués en fonction de la situation des patients. Le pire des maux serait la création de services voire d'hôpitaux spécialisés. Chaque hôpital doit offrir en lui-même un accueil adapté aux plus démunis. »¹⁸

La prise en charge médico-sociale doit donc s'intégrer à l'organisation projetée du service des urgences : un circuit long pour les patients qui a priori seront hospitalisés ; un circuit court pour les patients en ambulatoire - le circuit extrême-urgence ne nécessite pas, compte tenu de l'urgence médicale, une prise en charge sociale immédiate.

Actuellement, un travailleur social est attaché au service des urgences et assure une permanence tous les jours de 9h à 17h. Son bureau étant localisé au niveau de l'UHTCD, il n'intervient au niveau des urgences qu'à la demande des médecins.

Pour que les urgences puissent réellement assurer une prise en charge sociale, il semble nécessaire d'opter pour une organisation différente.

Les horaires de présence du travailleur social doivent, dans la mesure du possible, être adaptés à l'activité médico-sociale de l'UAU. Une astreinte (à défaut d'une garde) le week-end devrait même être logiquement organisée.

De plus, la présence du travailleur social au sein même des urgences serait de nature à accroître l'efficacité de l'UAU. Par sa situation actuelle, son action est en effet plus tournée vers les patients de l'UHTCD que vers ceux de l'UAU. Présent physiquement, en continu et non par à-coups, dans l'unité, il serait plus couramment et plus facilement sollicité par le personnel paramédical et médical. Il doit donc pouvoir disposer d'un box pour recevoir, au sein des urgences même, les patients nécessitant son intervention.

¹⁷ Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

¹⁸ « La santé : se loger, se nourrir, se soigner... » - Actualité et dossier en santé publique, n° 12, septembre 1995, p.XII-XXI.

Enfin, son action doit viser à réinsérer le patient dans les circuits de droit commun. Pour ce faire, la constitution d'un véritable réseau apparaît effectivement comme essentielle : l'hôpital n'a pas à se substituer aux structures existantes mais il doit veiller, tout particulièrement à l'UAU, à réorienter vers les associations ou institutions idoines les patients nécessitant une prise en charge sociale.

Par là-même, l'UAU assure sa fonction de filtre vis-à-vis du reste de l'hôpital. Il tente de trouver la solution la plus adaptée, en évitant les recours abusifs à l'hospitalisation. A défaut, si le patient doit finalement être hospitalisé, sa sortie doit dès son passage aux urgences être envisagée, de manière à éviter des séjours prolongés à l'hôpital, non justifiés médicalement, ce qui impose pour certains patients une prise en charge par une équipe médico-psycho-sociale.

Les crédits actuellement proposés à l'hôpital de Blois pour mettre en place une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) apparaissent insuffisants (125 000 francs sur 6 mois) au regard des dispositions de la circulaire.

Aussi pourrait-il être envisagé d'intégrer au circuit ambulatoire la mission actuellement dévolue à la PASS. Le travailleur social recruté au titre de la PASS y assurerait la prise en charge sociale des patients en difficulté, au sein d'un réseau. Quant à l'assistante sociale actuellement en poste au SAU, elle pourrait se concentrer sur le circuit des patients hospitalisés : sa mission consisterait à favoriser les alternatives à l'hospitalisation et à préparer, dès leur hospitalisation, la sortie des patients pour lesquels celle-ci pourrait se révéler difficile, en particulier chez les personnes âgées.

2- La nécessaire gestion de l'attente

La création de circuits séparés peut favoriser une plus grande fluidité des passages. Mais cette contribution reste limitée, car les sources d'attente aux urgences sont multiples et parfois difficilement compressibles : nécessité d'une radio, examens de laboratoire, attente

de l'avis d'un spécialiste... Les mesures susceptibles d'accélérer ces étapes ne peuvent donc être que ponctuelles. On peut citer les pistes d'action suivantes :

- l'informatisation : la mise en place d'un dossier du patient informatisé limiterait le recours aux archives médicales papier. De même, si les résultats de laboratoire sont déjà disponibles sur ordinateur, des difficultés informatiques en limitent l'usage.
- la contractualisation inter-services : déjà entamée par le SAU, la rédaction de contrats bilatéraux entre les urgences et les services de spécialité intervenant pour avis permettrait d'organiser les consultations en stipulant les engagements de chacun.
- une étude des besoins en brancardage : le brancardage des patients vers les services d'hospitalisation est actuellement assuré par le service central de brancardage. Mais en période de forte activité, en particulier la nuit, le brancardage est assuré par les aides-soignantes des urgences, avec parfois le concours des agents de sécurité.

A ce titre une certaine formalisation des tâches de chacun serait souhaitable. Actuellement les fonctions des personnels paramédicaux ne sont pas clairement définies, chacun agissant selon le travail qui se présente à lui. Une rationalisation attribuant à chacun une tâche prédéfinie offrirait une plus grande lisibilité au fonctionnement de l'UAU et permettrait ainsi de mieux cerner ses difficultés (par exemple au niveau de la fonction brancardage). La prise en charge de chaque malade par une même équipe référente, composée d'un médecin, d'une IDE et d'un aide-soignant, offrirait par ailleurs au patient une prise en charge plus personnalisée et plus rationnelle, tout le long du circuit suivi.

Une telle protocolisation des tâches, plus responsabilisante pour le personnel, ne peut avoir lieu qu'avec le soutien du chef de service, présent de manière principale au sein de l'UAU.

Toutefois, malgré ces quelques propositions, on peut considérer que, compte tenu d'une part de l'offre limitée en soins (du fait de la situation budgétaire) et d'autre part de la croissance des entrées et des difficultés de placements, la variable temps restera l'élément essentiel d'ajustement. En conséquence, l'UAU doit accepter et apprendre à gérer l'attente des patients, que ce soit au niveau de l'accueil ou en fin de circuit.

2.1- Au niveau de l'accueil

Le projet de trois circuits doit venir renforcer le fait qu'aux urgences, la règle n'est pas celle du « premier arrivé, premier servi », mais que la rapidité de prise en charge est fonction du degré de gravité de l'état du patient. En ce sens la répartition du personnel entre les trois circuits (court, long, extrême-urgence) doit certes tenir compte des charges de travail respectives de chaque secteur ; mais la dotation du secteur ambulatoire, même s'il connaît une croissance relativement forte du nombre de passages, ne doit pas se faire au détriment des deux autres circuits.

Bien que l'attente soit parfois nécessaire pour dissuader certains patients d'une utilisation abusive des urgences, elle doit être organisée de manière à être acceptée.

Pour cela, un effort réel de communication doit être effectué en direction des patients et de leurs familles. On remarque en effet qu'un patient informé est mieux à même de supporter une attente, même longue. L'IAO (l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation), à qui revient cette fonction de gestion de la salle d'attente, doit donc être en mesure de répondre aux demandes de renseignements des patients et de leurs familles.

Le temps d'attente prévisible devrait d'ailleurs pouvoir leur être communiqué. Il constituerait dans le même temps un indicateur de qualité, selon qu'on s'en écarte ou non.

Actuellement l'attente des patients, en particulier externes, est organisée au sein du couloir des urgences. Le spectacle de l'engorgement de l'unité est censé faire office d'explication. Cette solution paraît peu satisfaisante compte tenu de l'exiguïté des locaux. La concentration humaine qu'elle entraîne en un même lieu n'est pas de nature à calmer l'angoisse de chacun, ni à faciliter le travail du personnel.

Aussi serait-il souhaitable que la salle d'attente retrouve (du moins pour les patients externes) sa fonction d'origine - la suppression de la porte séparant le secteur d'accueil du secteur de traitement pourrait à ce titre être envisagée et permettrait de réexaminer la place actuelle de l'IAO au sein des urgences.

2.2- A la sortie de l'UAU

Si l'objet de ce mémoire n'est pas le circuit aval des urgences, il est bien nécessaire d'envisager, même brièvement, la réorganisation du fonctionnement de l'hôpital sous cet angle. Les difficultés de placement des patients dans les services d'hospitalisation expliquent en effet pour beaucoup l'engorgement que connaît l'UAU.

Dans un article consacré aux urgences, N. Dodier et A. Camus ont tenté d'analyser pour quelles raisons les services d'urgence, qui assurent pourtant une fonction de distribution susceptible de leur donner une position dominante, avaient tant de difficultés à « vendre » (puisque c'est l'expression couramment employée en la matière) leurs patients auprès des services d'hospitalisation.

Selon ces auteurs, chaque patient présente ce qu'ils appellent une « valeur mobilisatrice » différente, en fonction de laquelle un service d'hospitalisation acceptera plus ou moins de les accueillir. Cette « valeur mobilisatrice » dépend de quatre paramètres :

- la charge en soins : un patient « léger » a plus de chance d'être hospitalisé qu'un patient lourd.
- la valeur budgétaire : l'allocation budgétaire étant fonction du nombre de patients passés dans le service, plus la durée de séjour est faible, plus le malade est « intéressant ».
- les potentialités d'inédit : les patients qui par la singularité de leur pathologie permettent une progression des savoirs médicaux sont privilégiés.
- l'âge : à lui seul, il intègre les trois précédents paramètres.

Les services d'hospitalisation étant sollicités par différents flux (urgences, médecins de ville, autres services hospitaliers...), le service des urgences doit, dans une logique de marchandage, les convaincre au cas par cas de la « valeur mobilisatrice » de chaque malade.

Seules deux types d'obligations peuvent venir contrarier ce libre choix :

- le principe de suivi : selon cette règle non écrite, un service qui a déjà pris en charge un patient se doit de l'accueillir à nouveau (obligation morale).
- la procédure administrative de « placement imposé » qui passe par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

En conséquence, en l'absence d'un dispositif contraignant (ou d'incitations budgétaires favorisant les malades issus des urgences) fonctionnant de façon permanente (type impôt-lits), il y a lieu de croire que l'administrateur de garde continuera à être sollicité pour résoudre des difficultés de placements.

C'est suite à ce constat d'échec que certains hôpitaux ont pris des mesures radicales en confiant directement la gestion de lits d'hospitalisation à leur service d'urgence. Le SAU du CH du Mans dispose désormais d'une unité de médecine générale de 24 lits et celui du CHR d'Orléans d'une unité de 13 lits (qui devrait bientôt passer à 22 lits). Les responsables de ces services soulignent la forte diminution de la durée moyenne de séjour dans ces unités d'hospitalisation, suite à leur transfert vers le SAU : les urgences constituant une pression continue, l'organisation de ces unités est en effet dictée par l'obligation d'assurer une sortie rapide des patients.

On peut s'interroger s'il ne vaudrait pas mieux développer ou (re)créer des services de médecine polyvalente plutôt que de mettre à la disposition des urgences des lits d'hospitalisation. Une telle évolution conduirait en effet à progressivement constituer un hôpital bicéphale avec d'un côté une activité programmée au sein de services spécialisés et de l'autre des services voués à la gestion de l'urgence.

A défaut d'une réorganisation des services hospitaliers, la connaissance par le service d'urgence, dès midi, chaque jour, des lits potentiellement libres serait au moins le minimum à assurer.

Lorsqu'un lit est susceptible d'être attribué à un patient issu des urgences, un délai est cependant encore souvent nécessaire avant que celui-ci puisse effectivement quitter l'UAU.

La visite tardive du médecin qui conditionne le départ du malade, le temps nécessaire à ce dernier pour préparer son départ, le nettoyage et la préparation de la chambre limitent souvent les possibilités d'une sortie rapide de l'UAU.

Aussi afin de rendre cette attente moins pénible pour le patient, la création d'une zone d'attente post-examen est proposée.

Elle accueillerait les patients pour lesquels l'examen au niveau des urgences est terminé et qui attendent simplement qu'un lit soit effectivement libéré. Cette zone de transit nécessiterait pour des raisons de sécurité la surveillance d'une infirmière ou d'une aide-soignante.

Elle aurait un double avantage :

- offrir des conditions d'attente correctes pour le malade, à l'écart du couloir des urgences en pleine activité, avec éventuellement pour les personnes âgées la possibilité d'être couchées dans un lit et non plus sur un brancard.
- éviter que l'UAU ne soit embolisée par des patients dont l'examen est terminé.

Grâce à cette zone, les patients en attente d'un lit (ou même d'un transfert) bénéficieraient ainsi de conditions d'attente de meilleure qualité que celles qui leur sont actuellement données.



Conclusion

L'adaptation du SAU du CH de Blois passe-t-elle par une structuration du service en différents circuits de prise en charge?

La réorganisation du maillage des services d'urgence, initiée par les décrets de mai 1997, y invite. Selon ces textes en effet, parmi toutes les urgences, certaines peuvent être traitées dans des UPATOU (comme dans des SATU) tandis que d'autres sont exclusivement du ressort des SATU. Un SATU se doit ainsi d'accueillir deux types d'urgences : d'une part les urgences d'un certain degré de gravité pour lesquels il est seul compétent ; d'autre part les urgences relativement moins lourdes, que l'on pourrait qualifier « de proximité », pour lesquels le SATU joue le rôle d'UPATOU. Il existe donc deux types d'activité aux urgences qui justifient une structuration du SAU en deux filières distinctes.

Parallèlement si la participation de la médecine de ville à la gestion de l'urgence, ne serait-ce qu'en consolidant le tour de garde, reste nécessaire, il semble illusoire de penser résorber le trop plein d'urgences par cette seule solution.

Aussi est-il logique de chercher à adapter le service d'urgence à ce qui n'apparaît plus comme un dysfonctionnement ponctuel mais comme une nouvelle donne : le SAU accueille et continuera sans doute d'accueillir, à côté des urgences réelles, des urgences dont la gravité est toute relative.

Cette réorganisation n'a pas pour ambition de résoudre l'ensemble des difficultés que rencontre le service des urgences. Mais elle prend acte de l'évolution de son activité en cherchant à garantir la qualité de la prise en charge des urgences « vraies » (du point de vue médical), contre les perturbations que la forte affluence du service risque d'induire.

Pour conclure ce travail, il convient d'en souligner les limites, au nombre de deux principalement.

La première réside dans l'analyse par trop globale qui est faite de l'activité du SAU. Celle-ci est essentiellement déclinée en terme de nombres de passages, d'hospitalisation et de retour à domicile. Mais comment se répartit l'activité sur la semaine? Quelles sont les périodes de forte affluence? Sont-elles assez fréquentes pour justifier un fonctionnement en continu des différents circuits? Comment se distribue l'activité en fonction des degrés d'urgence? Combien d'hospitalisations sont décidées faute de solutions alternatives?

L'enquête d'activité initialement envisagée (et mise en oeuvre sans résultat exploitable) aurait pu apporter des réponses à ces différentes questions, permettant par là même d'affiner l'analyse de l'activité et d'orienter la réflexion.

Il sera sans doute judicieux d'utiliser les résultats de l'enquête menée par la CPAM de Blois pour les confronter à la présente étude.

La délimitation du sujet constitue la seconde limite de ce travail - même si par ailleurs elle en a été la condition.

Le problème des urgences est en effet multidimensionnel et concentrer l'analyse sur l'entrée du circuit, comme le choix en a été fait dès l'introduction, conduit à ne l'envisager que de manière partielle. Or si l'accroissement continu du flux des urgences constitue un réel défi, les difficultés de placement des patients issus des urgences dans les services d'hospitalisation n'en sont pas moins aussi redoutables pour le fonctionnement du service des urgences. Il y aurait donc intérêt à ce que la réflexion proposée ici puisse être prolongée sur le circuit aval du patient, afin d'explorer de quelle manière l'urgence pourrait être de nouveau intégrée au fonctionnement normal des services hospitaliers.



BIBLIOGRAPHIE

I- REGLEMENTATION

Code de la Santé Publique - Livre VII- sous-section III - Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'accueil et au traitement des urgences.

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion (JO du 31 juillet 1998).

Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le Code de la santé publique (JO du 10 mai 1995).

Décret n° 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique (Journal officiel du 1er juin 1997).

Décret n°97-616 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique (Journal officiel du 1er juin 1997).

Circulaire n°DH.4 BD 6 S 3 E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation.

Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

II- RAPPORTS

STEG (Adolphe) - « L'urgence à l'hôpital ». - Rapport du Conseil Economique et Social, 5 avril 1989.

STEG (Adolphe) - « La médicalisation des urgences ». - Rapport de la Commission Nationale de Restructuration des Urgences, septembre 1993.

BARRIER (Geneviève) - « Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences ». - septembre 1994.

Haut Comité de la Santé Publique - « La santé en France 1994-98 ». - novembre 1998.

III- OUVRAGES

BEGUE (Renaud) et HUMBERT (Viviane) - Pour une nouvelle gériatrie à l'hôpital public - Paris : Doin Editeurs, 1994 - 151 p.

BERNARD (Jean) - La médecine de demain - Flammarion, 1996.

DUPONT (Marc), ESPER (Claudine), MUZZIN (Louise) et PAIRE (Christian) - Droit hospitalier - Paris : Dalloz, 1997 - 479 p.

HOET (Thierry) - L'hôpital confronté à son avenir. Actualiser l'hôpital et le préparer au XXIème siècle - Paris : Editions Lamarre, 1993.

LE MANDAT (Maurice) - Prévoir l'espace hospitalier - Paris : Berger-Levrault, 1989.

MENORET-CALLES (Brigitte) - L'accès aux soins des populations démunies - Paris : Editions L'Harmattan, 1997.

Société de réanimation de langue française et Société francophone des urgences médicales - Guide des outils d'évaluation aux urgences 1996 - Paris : 1996.

IV- MEMOIRES :

ARNAL (Isabelle) - Itinéraire d'une personne âgée en situation de crise, dans les circuits hospitaliers : de la constatation d'une prise en charge problématique à la réflexion sur les filières de soins et les réseaux gérontologiques. L'accueil, l'orientation et l'hospitalisation des personnes âgées admises en urgence au CH de Martigues. - Décembre 1995.

DOLOMIE (Bruno) - Quelle stratégie pour l'accueil des plus démunis au CH Marc-Jacquet de Melun? - Décembre 1995.

DUFAUD (Bernard) - Les urgences, une des entrées obligées de l'hôpital ; intégration des urgences dans le site de l'hôpital. - Septembre 1996.

ISABEY (Bénédicte) - Urgences et réseau externe : plaidoyer pour une prise en charge intégrée de l'urgence hospitalière à travers l'exemple de l'hôpital Boucicaut, AP-HP. - Décembre 1993.

KOWALSKI (Béatrice) - Les urgences médico-sociales aux hôpitaux-sud de Marseille. - Décembre 1993.

LECOURT (Yvan). - Hospitalisations consécutives à une admission aux urgences et hospitalisations programmées au CH de Lorient : la recherche d'un développement équilibré. - Décembre 1994.

MARILLESSE (Christophe) - La prise en charge des urgences au sein de l'hôpital de Lens. - Décembre 1996.

V- REVUES :

ARCHACHE et BAYLE - « Les soignants confrontés à la violence dans les services d'urgences » - Techniques hospitalières, n°635, avril 1999, p.40-47.

BESSIN (Marc) - « Le social aux urgences hospitalières : les enjeux d'une restructuration ». - Les Cahiers de la Sécurité Intérieure, n°22, 4ème trimestre 1995, p.57-65.

CAMUS (Agnès) et DODIER (Nicolas) - « L'admission de malades - Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital ». - Annales, n°4, juillet-août 1997, p.733-763.

CARSIN (Michel) et GARANCE (Patrick) - « Vers un contrat d'objectif urgences-radiologie? ». - Revue Hospitalière de France, n°4, juillet-août 1998, p. 455-456.

CHANTELOUP (Monique) - « La prise en charge de l'urgence à l'hôpital ». - Etat de santé en France : comportements et pratiques, la documentation française, n°2, avril-juin 1997, p. 115.

COUSINAT (Jean-Luc) et FOURNIER (Patrick) - « Des urgences au court séjour : l'unité d'accueil et d'orientation des personnes âgées du CH de Lens ». - Revue Hospitalière de France, n°3, mai-juin 1998, p. 390-392.

DELLA (Thierry) et FONQUERNIE (Claude) - « Le service d'accueil et d'admission des urgences du CH des Pyrénées : l'urgence psychiatrique trouve son identité ». - Revue Hospitalière de France, n°4, juillet-août 1998, p. 464-466.

DIVERNET (Christophe) - « Loi contre les exclusions ». - Actualités Sociales Hebdomadaires, n°2087, 2 octobre 1998, p. 13-16.

DOUMEAU (Joël) - « L'unité d'accueil des urgences du CH du Château du Loir ». - Revue Hospitalière de France, n°3, mai-juin 1998, p. 388-389.

FUKS (Marie) - « Généralistes et secteur privé, les nouveaux partenaires des urgences hospitalières ». - Décision Santé, n°98, 15-30 juin 1996, p. 21-24.

GRENOUILLEAU (M-C) - « Le service des urgences à l'hôpital Robert Debré ». - Le Concours Médical, vol. 120, 5 décembre 1998, p. 2966-2968.

LAÏ DI (Zaki) - « Pourquoi vivons-nous dans l'urgence? ». - Etudes, n°3906, juin 1999, p.775-788.

LANG, DAVIDO, DIAKITE, AGAY, FLICOTEAUX, VIEL - « Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction « dispensaire ». - Revue médicale de l'assurance maladie, n°3, 1998, p. 72-78.

MENARD-PARISEAU L. - « Tri des patients à leur arrivée au service des urgences ». - Réanimation Urgences, n°2, vol. 7, mars 1998, p. 114-117.

MEYER (Gérard) - « Réseau de soins des urgences psychiatriques dans le sud Picardie ». - Revue Hospitalière de France, n°3, mai-juin 1998, p. 393-394.

PIGANEAU (Karine) - « Agressions, vols, intrusions de bandes : l'AP-HP face à l'insécurité ». - Le quotidien du médecin, n° 6490, mardi 4 mai 1999, p. 4-5.

POURCELOT (Jean-Marie), CHARRE (Jacqueline), AVERLAND (Benoît), RITAINE (Danièle), FRAPPICINI (Christiane) et DESPREZ (Gérard) - « Restructuration du service d'accueil et de traitement des urgences au centre hospitalier de Douai : de la gestion par projet à la démarche qualité ». - Revue Hospitalière de France, n°4, juillet-août 1998, p. 467-470.

ULPAT (Anne) - « Pour une prise en charge globale des malades ». - Actualités sociales hebdomadaires, n°2026, 6 juin 1997, p.25-26.

VERNANT (Dinah) - « Exclus : que peut faire l'hôpital? ». - Lettre des décideurs hospitaliers, n°80, 27 novembre 1998, p.2.

VICHARD (Philippe) - « Plaidoyer pour la création de filières spécialisées ». - Décision Santé, n°130, 1er-15 juin 1998, p. 28-29.

« Etude : Les urgences hospitalière ». - Les cahiers hospitaliers, n°128, octobre 1997, p.13-16.

« Le cadre législatif et réglementaire de la restructuration des urgences » - Techniques hospitalières, n°578, novembre 1993, p.47-52.

« La santé : se loger, se nourrir, se soigner... » - Actualité et dossier en santé publique, n°12, septembre 1995, p.XII-XXI.

« Unité d'orientation pour personnes âgées ». - DH Magazine, n°51, juillet-août 1997, p.49.

VI- QUOTIDIENS :

DELAHAYE (Christian) - « RESO recherche 1000 médecins de plus pour soigner les plus démunis ». - Le quotidien du médecin, n°6491, mercredi 5 mai 1999, p. 30.

DUPUIS (Cyrille) - « Les SAMU ont reçu près de 10 millions d'appels en 1996, deux fois plus qu'il y a six ans ». - Le quotidien du médecin, n°6370, lundi 2 novembre 1998, p. 8.

GARCIA (Alexandre) - « A l'hôpital parisien de l'Hôtel-Dieu, on donne les médicaments aux patients sans ressources ». - Le Monde, samedi 11 novembre 1998, p.10.

PIGANEAU (Karine) - « Agressions, vols, intrusions de bandes : l'AP-HP face à l'insécurité ». - Le quotidien du médecin, n°6490, mardi 4 mai 1999, p. 4-5.

QUILLE (Florence) - « Roubaix : médecins de ville, municipalité et hôpital créent un service de garde décentralisé ». - Le quotidien du médecin, n°6527, 29 juin 1999, p. 2.

R. Ph. - « Une consultation médico-sociale à Montauban ». - Le quotidien du médecin, n°6456, mardi 16 mars 1999, p.33.



LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui, pour l'élaboration de ce mémoire, ont accepté de consacrer un peu de leur temps pour répondre à mes questions.

I- Les responsables du Centre Hospitalier de Blois

M. BEAUFILS, médecin-chef du Service d'Accueil et d'Urgence

M. BERNERT, médecin-chef du Service Psychothérapeutique

M. CHANTEREAU, président de la CME du CHB

Mme DARDALHON, médecin-chef de service des Maisons de Retraite

Mme DIECKMANN, médecin-chef du service de pédiatrie-néonatalogie

M. FRIOCOURT, médecin-chef du service de médecine interne

M. GBADAMASSI, médecin du Service B - Réanimation et SAMU/SMUR

Mme GOUJON, assistante sociale du service d'Accueil et d'Urgence

M. HENNEQUIN, médecin-chef du service B - Réanimation et SAMU/SMUR

M. MARBOEUF, médecin-chef du service de chirurgie A

Mlle MARPAULT, cadre infirmier du SAU

M. MARTINEAU, responsable du service social.

II- Les partenaires du Centre Hospitalier de Blois

M. BERNARD, directeur de la clinique Saint Cosme et Saint Damien, à BLOIS

M. DAUDIN, lieutenant responsable du Codis (Centre opératoire départemental d'incendie et de secours) de BLOIS

M. DEGEYNE, président de l'ordre des médecins du Loir et Cher

M. DELAGARDE, médecin généraliste, président de l'Association des Médecins de Garde de l'agglomération de BLOIS

M. FLEURY, colonel directeur du SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours) de BLOIS

Mme GRAMON, médecin-inspecteur de la DDASS d'Indre et Loire, responsable du SROS urgences

M. LEFEVRE, médecin généraliste de BLOIS, assurant des vacances au SAU du CH de BLOIS

Mme MOULIN, médecin généraliste de BLOIS

M. RENO, médecin généraliste sur la commune de la CHAUSSEE-St-VICTOR

M. RIGAUD, médecin-conseil à la CPAM de BLOIS

III- Les responsables de différents hôpitaux français

M. AVERLAND, médecin-chef du service des urgences du CH de DOUAI

Mme BABE, chef du service des urgences du CH de ROUBAIX

M. BARBAZANGES, praticien hospitalier au service des urgences du CH de MONTAUBAN

M. BOURRIER, médecin-chef du service des urgences du CH du MANS

M. GORALSKI, médecin-chef du SAU de l'hôpital de La Source à ORLEANS

M. KUCHLY, chef des urgences du CH de MONTARGIS

M. LEBLANC, médecin-chef du service des urgences du CH de SAINT NAZAIRE

Mme LENORMAND, assistante sociale de la Consultation Gériatrique d'Orientation de SAINT-NAZAIRE

Mme MORON, médecin-chef du SMUR du MANS

M. MAROT, gériatre du CH de SAINT NAZAIRE (Consultation Gériatrique d'Orientation)

M. VIGOUROUX, directeur du CH de MONTARGIS



ANNEXES

- Annexe n° 1 (p.94) : questionnaire de l'enquête sur les motivations des patients s'adressant aux urgences.

- Annexe n° 2 (p.96) : questionnaire proposé en vue de l'enquête d'activité du SAU (résultats non exploitables).

- Annexe n° 3 (p.98) : schéma d'organisation du Service d'Accueil et d'Urgence du Centre Hospitalier de Blois.

- Annexe n° 4 (p.99) : schéma d'organisation annulaire de la zone de traitement d'un service d'urgence (tiré du mémoire de B. Dufaud, « les urgences, une des entrées obligées de l'hôpital »).

- Annexe n° 5 (p.100) : schéma d'organisation du SAU du CH de Douai (Revue Hospitalière de France, n°4, juillet-août 1998).

- Annexe n° 6 (p.101) : thésaurus des motifs d'admission du SAU du Mans utilisé par l'IAO.

- **Annexe n°1** : questionnaire de l'enquête sur les motivations des patients s'adressant aux urgences.

**ENQUETE AUPRES DES PATIENTS DES URGENCES
POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DU MALADE**

Jour : ... / 06 / 99

Heure :h

Questionnaire ANONYME

Avez-vous un médecin qui vous suit régulièrement?

1 Oui

AT (accident du travail)

2 Non

Pour quelle raison souhaitez-vous être soigné aux Urgences de l'hôpital?

(1 seule réponse s'il vous plaît, la plus importante)

1 Vous êtes adressé par votre médecin de famille aux Urgences.

2 Votre médecin de famille, que vous avez cherché à contacter, n'est pas disponible.

3 Les Urgences sont ouvertes 24h sur 24, sans rendez-vous.

4 Aux Urgences, il n'y a pas à avancer d'argent (tiers payant).

5 Les Urgences sont situées près de chez vous.

6 Les médecins des Urgences ont les compétences et le matériel que n'a pas le médecin généraliste pour vous soigner.

7 Vous pensez qu'aux Urgences vous serez soigné tout de suite.

8 Autre raison (préciser s'il vous plaît)

3) La sortie du SAU.

- le devenir du patient suite à l'examen de la demande :

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> hospitalisation (court séjour) | 4 <input type="checkbox"/> retour à domicile (lieu de vie habituel) |
| 2 <input type="checkbox"/> UHTCD | 5 <input type="checkbox"/> réorientation vers consult.externes |
| 3 <input type="checkbox"/> décédé | 6 <input type="checkbox"/> autre établissement (préciser) |

- s'il y a hospitalisation, est-ce parce que :

- 1 le patient nécessite des soins médicaux hospitaliers
- 2 le patient ne peut rester à domicile et n'a pas d'alternative (hospitalisation « indue »)