Le service des urgences est saturé !

The Emergency Department is Overcrowded!

F. Braun

© SFMU et Springer-Verlag France 2014

Combien de fois avons-nous entendu, de la bouche de nos collègues, des infirmières, ou parfois prononcée par nous mêmes, cette phrase qui sonne comme une fatalité ? Et lorsque nous arrivons à attirer l'attention de nos directions, de nos tutelles, quelle litanie de fausses bonnes idées, dont aucune n'a fait la preuve de son efficacité : l'encombrement des urgences est dû, au choix, aux généralistes de ville qui ne font pas leur travail, aux patients qui viennent pour n'importe quoi, aux services d'urgence qui ne savent pas s'organiser, à l'hôpital qui verrait dans les urgences un moyen de rapporter de l'argent en cette période de disette hospitalière...

Ces fausses bonnes idées sont encore trop répandues :

« Il y a trop de gens qui viennent aux urgences et qui n'ont rien à y faire ! »

Contrairement aux propos très répandus et largement véhiculés, la surcharge des urgences n'est pas liée à des patients qui « se présentent pour rien » et qui « auraient dû aller ailleurs ». Certes, la proportion de patients se présentant aux urgences et relevant plus de la médecine générale peut augmenter dans certains bassins de populations au sein desquels la permanence des soins ambulatoire n'est pas ou peu assurée, mais ces patients, qui ne nécessitent pas d'examen complémentaire et qui bénéficient de filières « ultra-courtes » de prise en charge au sein des SU ne participent pas à la surcharge constatée. Dans notre expérience, ces patients CIMU 5 ne représentent que 2,5 % des patients qui ne restent que 2 h 20 en moyenne dans le service...

Par ailleurs, décider a priori, sans examen médical et sur les simples doléances d'un patient, qu'il n'a rien à faire aux urgences (se passer de « qualifier ») serait une erreur dramatique en terme de morbidité et un risque juridique pour les médecins urgentistes et leur institution.

Dans un article récent [1] sur la base de la doléance principale des patients et même avec l'utilisation d'un triage infirmier préalable, 93 % des patients identifiés « non justifiés » le seraient à tort !

Dans une analyse critique de la littérature [2] les auteurs reviennent sur la confusion faite entre les consultations « non urgentes » et la surcharge des SU et les conséquences sécuritaires et éthiques d'une réorientation « a priori » de ces patients vers d'autres structures de soins. Ils identifient ainsi de nombreuses méthodes et critères de classification de patients « non urgents » qui aboutissent à des proportions de 4,8 % à 90 % de ces patients selon les études ! Ceci témoigne de l'extrême complexité de ces situations, des risques d'erreur et des difficultés à envisager des recommandations pertinentes.

« Il faut mettre des maisons médicales de garde (MMG) à l'entrée des urgences ! »

Dans son rapport sur la permanence des soins, Jean-Yves Grall écrivait « L'accès à une consultation de médecine générale sera organisé sur des points fixes, de type maison médicale de garde MMG. Ceux-ci seront situés préférentiellement au sein ou à proximité des services d'urgences » [3]. Il convient, là aussi, de ne pas se tromper de cible ni d'objectif. Si les MMG répondent bien à une demande d'accès à des soins non programmés de médecine générale, il n'a jamais été question que celles-ci soient une solution à l'engorgement des urgences. Leur développement à travers le territoire national n'a d'ailleurs jamais permis de mettre en évidence une diminution de l'activité des SU, même lorsque ces MMG sont situées à proximité d'une structure des urgences.

Dans notre expérience messine (année 2011, MMG installée devant la SU), sur les 4 979 patients accueillis, seuls 247 (5 % de l'activité de la MMG mais seulement 0,6 % de celle de la SU) étaient directement adressés à la MMG, après tri par l'IOA.

STOP ! Le 15 octobre dernier, les urgentistes ont dit « stop », lassés, écœurés d'infliger une telle maltraitance à leurs patients, souvent âgés, obligés de passer la nuit, sans aucune intimité, sur un brancard, dans une salle d'attente bondée. Et nous avons été entendus !

Comme nous le rapportent, dans ce numéro, Beltrami et al. [4] et Claret et al. [5], des solutions existent dès lors que le bon diagnostic est posé.

Commençons, comme nous le proposent Beltrami et al. [4] à nous intéresser à ce qui se passe dans notre propre

F. Braun (✉)

Service des urgences, CH de Metz-Thionville,
1, place Philippe de Vigneules, F-57038 Metz cedex, France
e-mail : francoisbraun@orange.fr

service, car tous ne sont pas saturés en même temps, ni pour les mêmes raisons. Le symptôme « surcharge des urgences », comme la fièvre, peut être lié à des diagnostics très différents et l'examen du « malade » est essentiel avant tout traitement. L'accès aux différents plateaux techniques reste un élément clé de la fluidité du parcours aux urgences, tout comme la complexité sociale des patients, mais l'organisation interne du service d'urgence joue aussi son rôle. L'infirmière d'orientation et d'accueil (IOA), voire dans certaines circonstances le médecin d'orientation et d'accueil (MOA), ont un rôle essentiel dans le dépistage des patients graves et dans l'orientation au sein des filières, indispensables, de structure des urgences. Comme le montrent les auteurs [4], l'antique dichotomie traumatisme/médecine n'a plus sa place dans un service d'urgence, les filières « courte », « longue » et « patients graves » ayant largement fait la preuve de leur supériorité. Asseoir les patients qui peuvent (doivent) l'être, protocoliser certaines prises en charge, contractualiser la réalisation des examens complémentaires, adapter les effectifs et les locaux aux flux et surtout, anticiper les situations de surcharge font partie des solutions simples, mais terriblement efficaces, que nous proposent les auteurs [4].

Mais l'organisation seule du service des urgences ne suffit pas, comme nous le démontrent Claret et al. [5]. Les effets de la surcharge des services d'urgence sur la morbidité des patients sont maintenant bien documentés, tout comme le lien entre la surcharge de l'hôpital et celle des urgences, facilement identifié par des indicateurs comme le NEDOCS. Les auteurs nous proposent d'ailleurs un graphique intéressant et très bien documenté sur le cercle vicieux de la surcharge des SU et de l'hôpital. Les ébauches de solutions sont proposées selon trois axes, très didactiques, en fonction du diagnostic posé : nombre d'entrées trop importantes, insuffisance des ressources extérieures, nombre de sorties trop faible. La gestion de l'aval des urgences, même si ce n'est pas la seule

solution proposée, prend une place importante dans la résolution des ces surcharges et demain, c'est bien l'anticipation de ces situations de tension et l'implication de toute la communauté hospitalière qui nous permettra de rompre ce cercle vicieux.

« *Successful resolution of hospital and ED overcrowding may be the greatest challenge facing emergency medicine today* » [6] : c'était il y a 20 ans... Aujourd'hui, enfin, la prise de conscience est réelle. Les directions d'établissements, nos confrères et principalement les présidents de CME, se sont exprimés, en écho des urgentistes, sur la problématique de l'aval des urgences et sont prêts, pour la plupart d'entre-eux, à entamer cette véritable « révolution » de l'hôpital public. Ceux qui ne le feront pas auront des comptes à rendre : aux patients, à leurs familles, aux tutelles, et à toute la communauté hospitalière.

Références

1. Raven MC, Lowe RA, Maselli J, Hsia RY (2013) Comparison of presenting complaint vs discharge diagnosis for identifying "none-emergency" emergency department visits. *JAMA* 309:1145-53
2. Durand AC, Gentile S, Devictor B, et al (2011) ED patients: how nonurgent are they ? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med* 29:333-45
3. Grall JY (2007) Rapport. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grall.pdf (dernier accès le 29 janvier 2014)
4. Beltramini A, Debuc E, Pateron D (2014) L'organisation des services d'urgences. Un enjeu face à la surcharge. *Ann Fr Med Urg* 4:106-15
5. Claret PG, Bobbia X, Richard P, et al (2014) Surcharge des services d'urgences : causes, conséquences, et ébauches de solutions. *Ann Fr Med Urg* 4:96-105
6. Lynn SG, Kelleman AL (1991) Critical decision making: managing the emergency department in an overcrowded hospital. *Ann Emerg Med* 20:287-92