

# 2<sup>ème</sup> forum national sur l'évaluation des urgences

sous le haut patronage de Monsieur le Ministre de la Santé,  
de la Famille et des Personnes Handicapées

sous l'égide de la Société Francophone de Médecine d'Urgence,  
de SAMU de France,  
du Collège National de l'Information Médicale  
et du Collège Midi-Pyrénées de Médecine d'Urgence

*Quelle valorisation  
pour l'évaluation des urgences ?*

*Quelle place pour les usagers  
dans les urgences ?*

vendredi 12 décembre 2003

Hôtel-Dieu Saint-Jacques  
Salle des Pèlerins  
TOULOUSE



## Comité d'organisation du forum

F Dumoulin  
*Secrétaire générale*

D Arcuset  
O Azéma  
I Boulesteix  
D Coriat  
JL Ducassé  
C Sagnes-Raffy

## Conseil scientifique de l'ORU-MiP

A Grand  
*Président*

S Andrieu  
E Belliard  
B Bros  
F Carpentier  
F Cayla  
MP Chariot  
JL Ducassé  
C Espagno  
M Giroud  
PC Pons  
J Ruiz

## Conseil d'administration de l'ORU-MiP

D Moinard  
*Président*

M Baillet  
S Baqué  
F Catala  
P Cohade  
JM Daubos  
P Devallet  
D Dib  
C Grasmick  
D Lauque  
P Mardegan  
S Martino  
JJ Morfousse  
M Rigal  
P Rogez





Paris, le

## Editorial du Ministre

Le recours de la population aux urgences progresse toujours. Tout comme persistent de nombreuses difficultés de fonctionnement, que seule une politique volontariste de décloisonnement des urgences est propre à limiter. C'est l'ambition du plan présenté le 30 septembre dernier.

Un volet important de ce plan répond aux préoccupations des forums nationaux sur l'évaluation des urgences que l'Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées a initiés en 2002 : la mise en œuvre d'un système d'information complet sur les urgences sur l'ensemble du territoire.

Le drame récent de la canicule a révélé un déficit flagrant dans l'organisation de la vigilance sanitaire qui devrait permettre de dépister de manière précoce des phénomènes anormaux dans l'activité des services d'urgences et de disposer d'informations de pilotage en situation de crise.

La mise en œuvre rapide d'un tel dispositif, réactif et opérationnel, d'ici le deuxième trimestre 2004, est une priorité.

En parallèle, devront se déployer des systèmes d'information performants permettant notamment l'analyse de l'activité, la gestion des flux de patients, l'informatisation d'un dossier médical d'urgence, et la connaissance des disponibilités en lits d'aval.

Au plan national, l'ensemble de ces données doivent pouvoir être consolidées. Un observatoire national des urgences, à définir dans ses contours avec les intéressés, pourrait s'en acquitter.

**Les urgences sont une mission essentielle de l'hôpital.** La dimension humaine attachée à l'accueil des urgences est, depuis l'origine, au cœur des valeurs hospitalières et elle le restera quels que soient les progrès de la médecine et les performances scientifiques.

Seule la connaissance partagée de l'activité et du fonctionnement des services d'urgence permettra de rapprocher les attentes de la population et les réponses possibles de l'offre de soins.

Je sais pouvoir compter sur des initiatives telles que les vôtres, pour fédérer l'ensemble des professionnels de santé, par delà même les urgences, pour agir ensemble en ce sens.



Jean-François MATTEI



## ***Bienvenue à Toulouse,***

*Le monde des Urgences bouge en permanence, les équipes médicales et soignantes se structurent tous les jours un peu mieux, les travaux scientifiques se développent et la reconnaissance universitaire de cette spécialité semble devoir, peut être, enfin, devenir une réalité ; mais c'est également, ne l'oublions pas, un monde de difficultés de tous les jours, de fatigues physiques et morales, de combats et de coups bas.*

*C'est pourquoi ce Forum nous est apparu comme un instant de réflexion nécessaire pour essayer de nous extraire de notre présent et pour faire le point sur l'évolution importante qui depuis le précédent Forum de février 2002 a marqué notre paysage professionnel.*

*En effet, la loi sur les droits des malades, la loi de santé publique, l'ordonnance de simplification administrative et la modification à venir de la tarification des établissements de santé ont (ou vont) grandement modifier notre quotidien et celui des malades et blessés que les médecins urgentistes prennent en charge dans leurs services.*

*C'est pourquoi les deux thèmes de ce Forum portent sur la valorisation économique proposée au monde de l'urgence et à la place des usagers dans ses structures. Qu'ils permettent aux orateurs<sup>1</sup> de vous faire partager les analyses de leurs travaux et à vous tous de participer aux débats que je souhaite fructueux !*

**D<sup>r</sup> Jean-Louis DUCASSÉ**

**Directeur de l'Observatoire des Urgences**

---

<sup>1</sup> Je remercie tout particulièrement pour leur participation active et amicale les orateurs de cette journée ; sans oublier également l'équipe de l'ORU-MiP sans qui ce Forum 2003 n'aurait pas pu être produit. JLD



## *Table des matières*

### *Éditoriaux*

- 7 *Pierre GAUTHIER*
- 9 *Alain GRAND*
- 11 *Jacques KOPFERSCHMITT*
- 13 *Marc GIROUD*
- 15 *Fabien CATALA*

### *Quelle valorisation économique pour l'évaluation des urgences ?*

- 19 **Le test d'un résumé de passage aux urgences en juin 2002**  
*Évelyne BELLIARD*
- 25 **Test RPU « De la mise en œuvre d'un réseau régional d'évaluation des services d'urgence en Picardie »**  
*Patrick GRIGNON*
- 29 **Enquête de faisabilité du test RPU en Région PACA**  
*Jean-Marc MINGUET*
- 37 **Test RPU et participation du Languedoc-Roussillon**  
*Jean-Pierre BEAUDE*
- 41 **Test national des résumés de passages en région Midi-Pyrénées**  
*Olivier AZÉMA*
- 45 **Le financement des urgences dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité**  
*Martine Aoustin*

### **Contributions à la table ronde**

- 49 *Bernard GUIRAUD-CHAUMEIL*
- 53 *Jean-Philippe SOMMEREISEN*
- 55 *Abdelhamid KHADRI*
- 57 *Gérard CHÉRON*
- 59 *Frédéric THYS*

## *Table des matières*

### *Quelle place pour les usagers dans les urgences ?*

- 63** Les pièges de la démocratie sanitaire *Alain GRAND*
- 67** Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Résultats d'une enquête téléphonique auprès de 3 000 usagers non hospitalisés*  
*Dominique BAUBEAU*
- 71** Étude régionale sur les usagers des urgences  
*Christine SAGNES-RAFFY*
- 77** « Temps d'attente aux urgences » *État du chantier au 15 octobre 2003*  
*Élisabeth BEAU*
- 81** Les usagers face aux services de secours d'urgence  
*Arnaud de BLAUWE*
- 83** Quelle place pour les personnes âgées aux urgences ?  
*Georges ARBUZ*

### **Contributions à la table ronde**

- 89** *Daniel FERNANDEZ*
- 91** *Dominique LAUQUE*
- 93** *Thierry CHEREAU*
- 95** *Frédéric THYS*
- 97** *Emmanuel FORICHON*

# *Éditoriaux*



## ***A propos de l'évaluation des urgences***

*La première qualité qu'on (le commanditaire) est fondé à attendre d'une évaluation, c'est qu'elle soit reconnue comme telle par les personnes concernées dans leur travail quotidien, c'est qu'elle vienne d'évaluateurs dont la compétence technique soit pleinement admise. Or, on ne s'improvise pas évaluateur, c'est un métier, certes émergent, mais un véritable métier.*

*Le secteur évalué doit s'approprier la démarche d'évaluation pour que celle-ci atteigne ses objectifs : l'idéal n'est-il pas la promotion de l'autoévaluation, aussi longtemps du moins que l'évaluation restera dissociée des exercices d'allocations des ressources ?*

*L'Observatoire Régional des Urgences de Midi Pyrénées (ORU-MiP) est un excellent exemple de travail partenarial entre une profession organisée et une administration, il est vrai d'un type un peu nouveau. Ce partenariat a permis à notre région de partir la première pour une meilleure connaissance, pour ne pas dire pour une connaissance tout court, de la réalité du fonctionnement des urgences hospitalières et des besoins, en croissance exponentielle apparemment, auxquels ces services répondent.*

*Notre région sert de référence au plan national. Elle doit pour garder cet avantage relatif, continuer à aller de l'avant.*

*Elle a pu donner un éclairage nouveau à la politique élaborée aux plans national et régional.*

*Les travaux de l'ORU constituent la base sur laquelle s'élaborera le volet « urgences » du nouveau SROS. Celui-ci proposera certainement des choix d'organisation mais aussi des arbitrages financiers qui appellent une visibilité que seul le travail mené par l'ORU permet désormais.*

*L'observation peut-elle être une fin en soi ? Ce n'est pas la conception que nous en avons dans les ARH. L'observation, à elle seule, ne suffit évidemment pas à régler les problèmes mais*

*elle en facilite certainement la solution tant il est vrai qu'un diagnostic partagé est le préalable à cette solution.*

*L'observation et le diagnostic autant que possible partagés sont maintenant – même si beaucoup l'oublie souvent – les préalables d'un processus de décision. Pour autant, ils ne dispensent pas le décideur de prendre les responsabilités qui lui appartiennent ; ils ne doivent pas non plus le conduire à « piéger », même involontairement, les professionnels.*

*J'ai la faiblesse de penser que les rapports que l'ARH de Midi Pyrénées a construits avec l'ORU-MiP ont su éviter ces travers.*

**Pierre GAUTHIER**

**Directeur de l'ARH Midi-Pyrénées**

*L'actualité de l'été 2003 n'a pas manqué de confirmer le rôle de révélateur que jouent désormais les urgences lors de ce qu'il est convenu d'appeler les "crises sanitaires".*

*La canicule qui a sévi dans la première quinzaine d'août a engendré une sursollicitation du système de santé, qui s'est immédiatement traduite par un engorgement des urgences. Cet engorgement surmédiatisé ne manque pas de nous interroger. S'il est en partie lié à une augmentation des besoins, ce n'est qu'en partie seulement. Chacun s'accorde à constater que le rapport de nos concitoyens aux urgences s'est profondément modifié dans la dernière décennie.*

*Le consumérisme triomphant dans tous les secteurs d'activité n'a pas manqué de toucher le système de santé. La disponibilité des urgences, leur vocation de service public en ont fait l'avant poste le plus accessible du dispositif hospitalier. Les recours peuvent ainsi être dictés plus par la facilité et par la carence du dispositif ambulatoire que par un besoin avéré.*

*La réflexion développée par l'Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées (ORU-MiP), dans le cadre d'un programme de recherche financé par la CNAMTS, vise à mieux comprendre les logiques à l'œuvre derrière ces recours désadaptés.*

*L'évaluation des urgences ne saurait en effet être menée sans la prise en considération de l'ensemble du dispositif d'amont et d'aval et sans une analyse approfondie de l'évolution des rapports de nos concitoyens au risque, à la santé et au système de soins. Elle ne saurait également être menée sans une attention particulière à l'environnement politico-médiatique dans lequel s'exercent nos activités. La surmédiatisation des "crises sanitaires", qui témoigne d'une hypersensibilité de nos concitoyens au risque (la tyrannie du risque 0), doublé d'une surexigence vis-à-vis du système de santé, doit nous amener à une réflexion approfondie sur notre responsabilité vis-à-vis des informations diffusées et sur les modalités de communication d'un dispositif tel que l'ORU-MiP.*

*C'est à ce type de réflexion que nous invite le programme du deuxième Forum National sur l'Évaluation des Urgences qui abordera successivement les perspectives de valorisation pour l'évaluation des urgences et la question clé de la place de l'utilisateur dans le dispositif.*

*Hors des discours convenus qui ne manquent pas sur ces deux sujets, le Conseil Scientifique de l'ORU-MiP souhaite que chacun puisse, au cours de cette journée, s'informer et témoigner sur des problématiques qui engagent l'avenir même du système de santé.*

**P<sup>r</sup> Alain GRAND**

**Professeur de Santé Publique**

**Président du Conseil Scientifique de l'ORU-MiP**

## ***Évaluation en Médecine d'Urgence de la recherche vers un meilleur service médico-social rendu***

*Les pratiques d'évaluation sont inhérentes depuis de nombreuses années à l'activité d'urgence.*

*Cette évaluation doit être descriptive, analyser les processus et les services rendus. La démarche qualité qui fédère ces actions est un mouvement très fort qui replace les services des urgences dans leur rôle pivot d'une nécessaire réorganisation des soins des territoires de santé. C'est aussi pourquoi la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) s'est fortement investie dans la pratique des audits que nous avons développée et affinée. Ceci répond clairement aux attentes des professionnels de santé qui ont besoin de repères concrets et évolutifs.*

*Les champs d'action de cette évaluation concernent également très fortement une meilleure description des filières de prise en charge. Ce caractère transversal de la médecine d'urgence la place ainsi à ce jour au cœur des besoins de la population. L'écoute des usagers est une évidence actuelle. Elle conduit ainsi à valoriser les démarches de prévention et d'éducation individuelles et collectives. C'est pourquoi seule une démarche scientifique d'évaluation peut contribuer à valider les innovations, dont en particulier de la permanence des soins.*

*Cette nouvelle démarche passe par l'intégration de tous les acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux. Elle est le fil conducteur qui mobilise les équipes. La coopération des autres disciplines médicale est cependant nécessaire : urgence et spécialités médicales ont un travail complémentaire à poursuivre grâce à une meilleure connaissance de leurs activités et rôles respectifs. Mais de tels enjeux stratégiques doivent tenir compte des modes d'exercice des urgentistes et de la pénibilité de leur métier. Des moyens modernisés indispensables à cette activité et des ressources humaines suffisantes sont un préalable à l'émulation d'une démarche d'évaluation.*

*Ce grand mouvement de changement des pratiques passe donc par une meilleure description. Les tableaux de bord, les outils d'évaluation existent et nous les avons initiés et publiés. Les services des urgences sont des observatoires de santé publique. Ils sont les lieux (ou filières) d'excellence pour les recueils épidémiologiques, l'alerte sanitaire et l'analyse des pratiques, voire l'estimation des dérives des usagers. Cette mise en alerte à l'échelon d'un service trouve toute sa pertinence quand une vision régionale regroupe les données et les énergies du changement. Nous avons besoin d'intégrer dans nos outils de travail journalier et continu un recueil d'information servant d'indicateur d'évaluation. La médecine d'urgence est la science de la gestion des flux aigus, mais la pertinence de ses actions dépend d'un processus rétroactif, partant de la connaissance vers l'amélioration du service rendu. Les futurs spécialistes de médecine d'urgences ont déjà intégré ces notions. Ces observatoires régionaux sont essentiels dans cette phase de mutation de notre système de soins. L'exemple de l'ORU-MiP est exemplaire. Cette démarche des services des urgences méritera d'être adoptée et suivie par toutes les spécialités médicales concernées pour offrir une vision prospective cohérente avec des bases solides et globales des besoins et des pratiques.*

*Le pilotage par l'évaluation de la Médecine d'Urgence permettra la réalisation de travaux de recherche reproductibles et comparables. C'est une des conclusions essentielles de la Charte de Médecine d'Urgence qu'a proposée la SFMU.*

*L'évaluation est ainsi au cœur du changement et la seule issue pour l'innovation des pratiques. Ce forum est cette année, plus que jamais, une vision de l'avenir des urgences.*

**P<sup>r</sup> Jacques KOPFERSCHMITT**

**Président de la Société Francophone de Médecine d'Urgence**

## ***Un système d'information de l'urgence médicale***

*Le constat est simple : il y a, certes, des moyens d'information couramment utilisés par les professionnels de l'urgence ; mais il n'y a pas de « système » d'information de l'urgence ; il n'y a pas, d'ailleurs, non plus de « politique » dans ce domaine, ni de « schéma directeur ».*

*Pourtant, les besoins sont évidents et pressants.*

*Comment, alors qu'une véritable politique de l'urgence médicale commence à s'affirmer, pourrait-on bâtir une organisation efficace, sans un système d'information solidement charpenté et performant ?*

*Et il ne s'agit pas ici du dispositif d'alerte, qui nous a tant manqué cet été. Ni d'un ambitieux système national d'analyse de l'activité des structures d'urgences. Non. Du moins, pas seulement. Il doit s'agir, en plus et avant tout, de répondre aux besoins quotidiens des patients et des professionnels de l'urgence. Autrement que par le « système D ».*

*Les objectifs qu'il convient d'assigner à un tel système d'information sont à la fois simples et profondément restructurants – pour ne pas dire « révolutionnaires » :*

*Donner au patient une information accessible et pratique sur l'accès au système d'urgence ;*

*Donner au patient accès à une information/éducation sur les situations d'urgences ;*

*Donner aux professionnels de l'urgence l'information préalablement disponible sur le patient pour lequel ils sont appelés à intervenir. En leur donnant accès (dès la régulation médicale) au dossier du patient ; qu'il s'agisse des informations contenues dans tous les dossiers hospitaliers de France (pas seulement de l'hôpital de rattachement), des informations contenues dans les dossiers de médecine ambulatoire, des informations disponibles dans les autres institutions (ex : maisons de retraite, téléalarme),... ;*

*Échanger entre professionnels concernés, en temps réel, les informations saisies au cours de la prise en charge en urgence (de l'amont vers l'aval et, en retour d'information, de l'aval vers l'amont) ;*

*Offrir aux acteurs de l'urgence le répertoire opérationnel actualisé des ressources accessibles en urgence (pas seulement les lits d'aval, mais l'ensemble des ressources préalablement répertoriées et dont la disponibilité doit être actualisée) ; répertoire régional et répertoire des régions adjacentes, ainsi que, pour les secteurs frontaliers, répertoire des zones limitrophes dans les pays voisins ;*

*Enregistrer l'activité quotidienne des structures d'urgences ;*

*Alerter les autorités dans les situations exceptionnelles.*

*Le dispositif, construit dans chaque région, devrait, bien entendu, être « interactif », mais aussi « interopérable », de proche en proche, sur l'ensemble du territoire national.*

*Il aurait, naturellement, aussi, à être interconnecté avec le système de communication de l'urgence médicale, notamment les télécommunications, et le système cartographique.*

*La mise en place et la gestion de ce système ferait émerger de « nouveaux métiers » dans le monde de l'urgence médicale, tels que "documentaliste", "informaticien", "technicien télécommunications",...*

*Un tel système est – comme on le voit – bien éloigné de ce dont nous disposons dans notre pratique quotidienne !*

*Est-ce une utopie ? Ou bien une exigence de base...*

**D<sup>r</sup> Marc GIROUD**

**Président de Samu de France**

*L'organisation du réseau des urgences en Midi-Pyrénées est opérationnelle depuis des années, mais l'évaluation et la validation de nos actions, hormis des données quantitatives, accusaient un certain retard.*

*Peu d'éléments qualitatifs étaient disponibles, cela tenait en partie à la définition des critères pertinents et efficaces notamment pour arriver à comparer les données, mais aussi à la mobilisation des moyens humains et matériels que cela suppose.*

*En participant à la création de l'Observatoire des Urgences de Midi-Pyrénées (ORU-MiP) le Collège Midi-Pyrénées de Médecine d'Urgence, à travers son réseau de correspondants, a osé relever ce défi. Il participe activement en recueillant en première ligne les données mais aussi en analysant avec les autres partenaires les résultats recueillis.*

*Cette participation active au travail de l'ORU-MiP nous permet de rester acteur de l'évaluation même si ceci n'est pas aisé.*

*Les données recueillies et analysées nous permettent d'avoir une vue plus objective de notre activité quotidienne mais aussi de recentrer notre action.*

*Après deux ans de fonctionnement de l'ORU-MiP, nous pouvons affirmer que l'analyse de l'activité de toutes les structures d'urgence (Service d'Accueil - SAMU - SMUR) participant au réseau est essentielle. Elle devrait être étendue à l'ensemble des partenaires et faire l'objet d'un intérêt réel et permanent de la part de la communauté médicale dans son ensemble.*

**D<sup>r</sup> Fabien CATALA**

**Président du Collège Midi Pyrénées de Médecine d'Urgence**



*Quelle valorisation économique  
pour l'évaluation des urgences ?*



## **Le test d'un résumé de passage aux urgences en juin 2002**

**Évelyne BELLIARD, Stephen GOLDBERG**

**ATIH**

En juin 2002, durant une semaine, plus de la moitié des services d'urgences français, soit 373 d'entre eux, ont accepté de participer au test d'un recueil standardisé des passages aux urgences.

Le contenu du « résumé de passage aux urgences » (RPU) et l'organisation du test de son recueil ont été élaborés dans un contexte et avec des objectifs précis :

Il s'agissait d'éclairer la réflexion sur les critères à prendre en compte pour financer les services d'urgences dans le cadre des travaux d'expérimentation de la tarification à l'activité. Il fallait en particulier déterminer si le case-mix<sup>2</sup> des services d'urgences devait être utilisé pour moduler le financement octroyé aux services d'urgences. Le modèle de financement des urgences visé était d'ores et déjà<sup>3</sup> d'octroyer à chaque service d'urgences autorisé :

- un forfait annuel en fonction de son volume total d'activité tout en lui assurant néanmoins un minimum de moyens pour assurer la permanence des soins ;
- et un forfait à chaque passage aux urgences non suivi d'hospitalisation MCO dans l'établissement.

Compte tenu de l'accroissement constant du volume d'activité des services d'urgences depuis une dizaine d'années, il s'agissait également de mettre en place un recueil d'information minimum

---

<sup>2</sup> Le « case-mix » constitue l'éventail des prises en charge réalisées par un service hospitalier, d'un point de vue médico-économique.

<sup>3</sup> Le système d'un financement mixte des urgences, avec un forfait annuel « FAU » et un forfait « ATU » à chaque passage non suivi d'hospitalisation MCO dans l'établissement, a d'ailleurs été mis en place dès 2001 dans le secteur privé sous OQN. Il devrait être adopté en 2004 dans le « secteur public », avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

et standardisé dans ces services afin d'en fournir un éclairage et de mieux cerner leur organisation tant en interne, au sein des établissements, qu'en externe, au niveau de la tutelle régionale et nationale.

Un groupe de travail, composé de médecins responsables de services d'urgences, de médecins spécialisés en information médicale, de financiers et de représentants de la tutelle régionale et nationale, a ainsi été mis en place en 2001 pour déterminer les modalités spécifiques du financement et du système d'information des urgences. La circulaire DHOS n° 433 du 10 septembre 2001 présentait ces différents objectifs et annonçait l'évolution du système d'information sur les urgences, avec l'élaboration du RPU mais aussi l'isolement des charges des services d'urgences dans le cadre des retraitements comptables que doivent produire les établissements du « secteur public ». C'est dans le cadre de ce groupe de travail, que le contenu, les modalités et les outils de recueil du RPU et de son test ont été élaborés de façon consensuelle.

L'expérimentation du RPU est riche d'enseignements :

Du point de vue du modèle de financement des urgences, les éléments recueillis dans le cadre du test ont montré une variation insuffisante du case-mix entre les services d'urgences pour que celui-ci soit intégré dans le modèle de financement mixte prévu.

En effet, si les services d'urgences français enregistrent des variations importantes de volume d'activité<sup>4</sup>, leur éventail de prises en charge est en revanche relativement similaire, du point de vue de leur poids économique et se caractérise notamment par les éléments suivants :

➤ part marginale (de l'ordre de 3,5 %) des prises en charge en

---

<sup>4</sup> Les UPATOU enregistrent en moyenne la moitié moins de passages que les SAU (respectivement 310 passages par semaine contre 650) tandis que les POSU se distinguent selon qu'ils sont spécialisés ou non en pédiatrie (540 passages en moyenne par semaine contre 170, selon le cas). Le volume d'activité des services d'urgences est également lié au type d'établissement dans lequel ceux-ci sont implantés, la fréquentation étant, par exemple, en moyenne trois fois plus importante dans un service d'urgences de CHRU que dans celui d'une clinique privée sous OQN (respectivement 708 passages par semaine contre 225).

réanimation ou en environnement de monitoring ainsi que des prises en charge médico-chirurgicales les plus lourdes,

- 3 % de prises en charge liées à un motif d'ordre psychiatrique, médico-social ou légal,
- 25 % de prises en charge médico-chirurgicales donnant lieu à une simple consultation,
- 7 % de passages correspondant à de simples contacts administratifs ou médico-soignants, prises en charge les moins consommatrices de ressources.

Cette similitude de case-mix, quels que soient le type d'établissement et le volume d'activité du service d'urgences, qu'il s'agisse d'un SAU ou d'un UPATOU, trouve néanmoins son exception avec les services d'urgences spécialisés (POSU). Bien que peu nombreux (à peine une trentaine de services sur tout le territoire), les POSU doivent en outre être différenciés selon qu'ils sont spécialisés ou non en pédiatrie : avec un case-mix particulièrement léger dans le premier cas et relativement plus lourd que la moyenne, en cas de spécialisation autre.

Ainsi, dans le cadre de la mise en œuvre en 2004 de la tarification à l'activité, il a été décidé de ne pas intégrer le case-mix dans les éléments modulant le système de financement spécifique des urgences. Ce nouveau système de financement pourra néanmoins être affiné ultérieurement sur la base d'éléments de case-mix, dans le cadre notamment d'une révision de la classification des GPU<sup>5</sup> et avec le passage à la nouvelle classification des actes (CCAM).

Le test du RPU, qui porte sur quelques 165.000 passages aux urgences, fournit par ailleurs une bonne photographie des services d'urgences français sous de multiples angles<sup>6</sup> :

---

<sup>5</sup> La classification des « groupes de passages aux urgences » (GPU) constitue l'outil permettant de classer chaque passage aux urgences, selon ses caractéristiques, dans un groupe iso-ressources, représentant une certaine lourdeur économique de prise en charge.

<sup>6</sup> Les résultats détaillés du test du RPU sont consultables sur le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation –ATI– ([www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)) et ont par ailleurs fait l'objet d'un retour personnalisé à chacun des sites ayant participé au recueil.

- Fluctuations de la fréquentation des services : le lundi et le moment de 10 h constituent le jour et l'heure « de pointe ».
- Fluctuations de la durée et de l'issue des passages : un patient reste en moyenne 2 h aux urgences, cette durée passant de 1 h 25 à 2 h 15 selon que le patient est âgé de moins de 16 ans ou non, et de 1 h 35 à 2 h 30 selon que le patient présente ou non un diagnostic traumatique ; les passages dont l'issue est constituée par le décès d'un patient (dans 0,4 % des cas) enregistrent une durée moyenne d'environ 2 h alors que lorsque le patient est hospitalisé (dans un quart des cas), il passe en moyenne 3 h 15 aux urgences et lorsqu'il retourne à son domicile (dans les trois quarts des cas), son passage aux urgences ne dure alors qu'1 h 40. En cas de simple contact administratif ou médico-soignant, un passage aux urgences dure en moyenne 1 h, atteignant près de 3 h 40 en cas de prise en charge de réanimation. Le pourcentage de passages aux urgences suivis d'hospitalisation est moins élevé dans les cliniques privées sous OQN (14 % contre 25 % dans les CHR et les CH).
- Fluctuations du profil des patients, tant en termes socio-démographiques qu'en termes cliniques : les services d'urgences accueillent le plus souvent des hommes (dans 56 % des cas), âgés en moyenne de 35,7 ans. En cas de prise en charge en réanimation, l'âge moyen des patients s'élève alors à 58,1 ans. L'entorse de la cheville constitue le diagnostic le plus fréquent (4 % des passages), suivie par la plaie ouverte du poignet et de la main puis par la plaie ouverte du cuir chevelu. Chez les moins de 16 ans, le symptôme de fièvre constitue le motif le plus fréquent de recours, pratiquement à part égale avec l'entorse de la cheville (3,6 et 3,5 % des passages). Chez les patients âgés de 80 ans et plus, la fracture du col du fémur constitue le diagnostic le plus fréquent (3,3 % des cas). En cas de prise en charge d'ordre psychiatrique, médico-légale ou sociale, l'épisode dépressif, la délivrance d'un certificat médical et les troubles mentaux dus à l'alcool (intoxication aiguë)

constituent les diagnostics les plus fréquents (respectivement 16,1 %, 11 % et 7,5 % des cas).

Le test du RPU de juin 2002 contribue pour une part importante à la réflexion, réactivée à l'automne 2003 dans le cadre du « plan urgences », sur la nécessaire connaissance de l'activité des urgences à des fins notamment de gestion et d'organisation, au sein même des services d'urgences, mais aussi à des niveaux plus larges (régional et national). Le contenu, les modalités et les outils d'un recueil d'information standard aux urgences peuvent être optimisés à partir des enseignements de ce test. Cette expérience a notamment montré que les spécificités des services d'urgences (rotation importante avec des épisodes de prise en charge très courts, multiplicité des intervenants avec le système de gardes) imposent d'alléger au maximum les modalités d'un recueil standardisé et que, par ailleurs, la généralisation en routine d'un tel recueil ne peut être mise en œuvre sans informatisation des services.



## **Test RPU « De la mise en œuvre d'un réseau régional d'évaluation des services d'urgence en Picardie »**

**P GRIGNON, A TALEB, P BONELLE, E CHABAILLE,  
J LECLERC, B NEMITZ**

**Département des Urgences – CHU Amiens**

### **Présentation**

La mise en oeuvre d'une évaluation de l'activité des services d'urgence en Picardie résulte d'une volonté commune de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et des acteurs de terrain que sont les médecins urgentistes des établissements concernés.

Elle s'est manifestée par la constitution, avec des moyens fléchés par l'ARH, d'un réseau régional coordonnant les huit réseaux sectoriels et alimentant la banque de données du Groupement d'Intérêt Public PICARMED approuvé en 2002 par le Préfet de Région.

La structuration récente de cette organisation s'est déroulée concomitamment à l'organisation d'un test national des Résumés de Passages aux Urgences.

En raison du caractère facultatif de ce test, seuls deux des secteurs de la région Picardie ont fourni une réponse exhaustive. C'est le secteur numéro deux qui a été retenu pour notre étude en raison de la diversité des établissements qui le constituent (1 centre hospitalo-universitaire multi site, 2 centres hospitaliers périphériques, 2 cliniques privées) et de la population qu'il regroupe (métropole régionale).

### **Résultats**

- Le sex-ratio des patients s'établit à 1,43 homme pour 1 femme.
- L'âge moyen est de  $43,3 \pm 23,3$  ans.
- 44 % du total des passages concerne la traumatologie.

### *Quelle valorisation pour l'évaluation des urgences ?*

- Le recrutement géographique s'effectue pour 83,3 % dans la Somme et 91,6 % en Picardie.
- Seuls 3,4 % des patients admis aux urgences bénéficient d'un transport médicalisé.
- La répartition hebdomadaire des entrées montre un pic d'activité le lundi ; la répartition horaire montre une fréquentation diurne de 60 % pour une fréquentation nocturne de 40 % (ratio jour/nuit de 2 pour les UPATOU et de 1,2 pour le SAU).
- Les dix premiers diagnostics principaux regroupent 27 % du total des passages.
- Les Groupes de Passages aux Urgences (1) peuvent être répartis en quatre sous-groupes :
  - réanimation et soins intensifs < 5 % des patients,
  - prise en charge médicochirurgicale = 94 % des patients,
  - prise en charge psychiatrique, médico-sociale ou médico-légale = 1 % des patients,
  - simple contact médico-soignant = 0,1 % des patients.
- Le temps de passage moyen est de 2 h 14 min, variant de 1 h 22 min à 2 h 54 min suivant le type d'établissement et de 15 min à 3 h 45 min suivant le groupe GPU.
- 34,3 % des patients se présentant aux urgences sont hospitalisés.

### **Discussion**

Le sex-ratio homme/femme des patients (1,43) est plus prononcé en Picardie qu'en Midi-Pyrénées (1,26) ou qu'en France (1,30).

Le recrutement essentiellement locorégional est corroboré par les résultats de l'ORU-MiP (< 12 % patients habitant à > 50 km des urgences) (2).

La fréquentation hebdomadaire et horaire des services d'urgence est comparable.

On constate une moindre arrivée en transport médicalisé en Picardie (3,4 %) qu'en France (4,1 %).

Les diagnostics traumatologiques représentent 44 % des cas en Picardie pour 47,4 % en France ; les dix premiers diagnostics représentent 27 % des passages dans notre étude pour 15,7 % des passages de l'enquête de l'ATIH (3).

Si les prises en charge médico-chirurgicales représentent partout environ 90 % des passages, il existe des différences significatives pour les GPU :

- sur-représentation du sous-groupe « Réanimation et environnement de monitoring » (4,7 % versus 3,7 % ORU-MiP et 3,5 % ATIH) ;
- sous-représentation du groupe « Contact médico-soignant » (0,1 % versus 4,7 % ORU-MiP et 3,7 % ATIH) ;
- sous-représentation du groupe « Prise en charge médico-sociale, médico-légale et psychiatrique » (1 % versus 1,6 % ORU-MiP et 3,1 % ATIH).

La durée moyenne de passage est plus longue dans notre étude (134 min) que dans celle de l'ATIH (124 min).

Le taux d'hospitalisation est d'un tiers dans notre étude alors qu'il est inférieur à un quart pour l'ATIH et inférieur à 30 % pour l'ORU-MiP.

## **Perspectives**

Outre l'éventuelle utilisation des résultats de ce type d'enquête pour la pondération des allocations de ressources aux établissements (4) qui, à modalités de recrutement identiques, ont à prendre en charge des passages plus lourds nécessitant donc des moyens plus importants, les données recueillies dans le questionnaire RPU ont pu être utilisées ultérieurement.

Par exemple, une enquête régionale rétrospective sur les caractéristiques démographiques et d'orientation des patients des urgences a été menée pour les mois de juin, juillet et août 2003 afin de mesurer les effets de la canicule en Picardie.

La systématisation de l'extraction des informations du RPU des logiciels équipant progressivement l'ensemble des services d'urgence picards facilitera ce type d'étude.

L'intégration ponctuelle de nouvelles tables dans nos outils informatiques (thésaurus diagnostiques SFMU ou CIM 10, actes CCAM...) permettra d'enrichir et d'affiner notre connaissance de l'activité des services d'urgence, au bénéfice réciproque des acteurs et des tutelles.

### **Bibliographie**

1. Classification des Groupes de Passages aux Urgences, Mission Nationale PMSI, Direction des Hôpitaux, 1999.
2. Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées, ORU-MiP, 2001.
3. Résultats du test de recueil des Résumés de Passages aux Urgences, février 2003, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.
4. Circulaire DHOS n° 433 du 10 septembre 2001 relative au « projet de mise en œuvre progressive d'un financement propre aux urgences ».

## **Enquête de faisabilité du test RPU en Région PACA**

**JM MINGUET, V LEDORAY, D TORRO**

**Commission évaluation du collège PACA de Médecine d'Urgence**

Le test de faisabilité du PMSI urgences réalisé la dernière semaine du mois de juin 2002, n'avait pas, à notre connaissance, suscité d'enquête sur le ressenti d'une telle expérience de la part de la mission PMSI.

Le but de ce travail était de transmettre rapidement à la mission PMSI et à l'ARH PACA, un rapport sur la faisabilité régionale du PMSI Urgences. Ce rapport devait appuyer toutes les remarques déjà faites sur le forum RPU.

Une enquête a été lancée le 18 juillet 2002, par l'envoi d'un questionnaire aux chefs de service des 38 services d'Urgences, publics ou privés, de la région PACA qui ont participé au test RPU (sur les 48 services agréés – soit un taux de participation régionale de 79,2 %). L'exploitation des résultats a eu lieu fin octobre 2002.

### **Résultats**

Sur les 38 services d'Urgences participants, 17 ont répondu au recto du questionnaire soit un taux de réponse de 44,7 % et 18 ont répondu au verso du questionnaire soit 47,4 %. 16 services ont transmis 6 998 fiches en utilisant le support papier.

Concernant les médecins et la formation au PMSI :

***" Peut-on envisager le recueil du PMSI urgences par les médecins ne prenant que des gardes ? "***

	<b>Nb</b>	<b>%</b>
Absolument pas	7	42,2 %
Partiellement en fonction des personnes et moyennant une vérification	6	35,3 %
Oui sans aucun problème	4	23,5 %

## Concernant l'informatisation

### " Votre service est-il informatisé ? "

	Nb	%
Absolument pas	0	0 %
Au niveau administratif pour les entrées sorties administratives et la facturation	9	52,9 %
Au niveau administratif et médical ne comprenant pas tous les items du PMSI	7	41,7 %
Au niveau administratif et médical comprenant tous les items du PMSI	1	5,9 %

Il est également intéressant de noter que 7 services ont précisé qu'il leur était impossible d'évaluer l'exhaustivité du recueil de la semaine. En d'autres termes, 41,7 % des services ne connaissent pas le nombre de passages au sens du PMSI.

## Concernant l'organisation du test

### " Qui était au courant ? "

	Nb	%
Urgences, DIM, CME, Direction	8	47,1 %
Urgences, DIM, Direction	4	23,5 %
Urgences, DIM	3	17,6 %
Urgences, Direction	1	5,9 %
DIM	1	5,9 %

### " Qui a aidé à l'organisation ? "

	Nb	%
Urgences, DIM	7	41,2 %
Urgences	8	47,1 %
DIM	2	11,8 %

### " Qui a recueilli ? "

	Nb	%
Urgences, DIM	4	23,5 %
Urgences	13	76,5 %

*Quelle valorisation pour l'évaluation des urgences ?*

**" Qui évalue la faisabilité ? "**

	<b>Nb</b>	<b>%</b>
Urgences, DIM, CME	1	5,9 %
Urgences, DIM	6	35,3 %
Urgences	10	58,8 %

**" Allez-vous faire un rapport à la mission PMSI ? "**

	<b>Nb</b>	<b>%</b>
Non	9	50,0 %
Ne sait pas	2	11,1 %
Oui	7	38,9 %

**Concernant la réalisation du test**

**" Qu'avez-vous recherché ? "**

	<b>Nb</b>	<b>%</b>
L'exhaustivité et la qualité	10	58,8 %
La qualité	3	17,6 %
L'exhaustivité	2	11,8 %
Aucune des deux	2	11,8 %

**" Comment a été réalisé le recueil du RPU ? "**

	<b>Nb</b>	<b>%</b>
Exclusivement à la relecture des dossiers	6	33,3 %
Exclusivement au cours du passage sans vérification ultérieure	0	
Exclusivement au cours du passage avec vérification par la relecture des dossiers	3	16,7 %
Pour certains au cours du passage, pour d'autres à la relecture des dossiers	9	50,0 %

**Concernant le recueil du diagnostic**

**" Vous paraît-il utile ? "**

	<b>Nb</b>	<b>%</b>
Oui	13	72,2 %
Non	3	16,7 %
Ne sait pas	2	11,1 %

**" Le thésaurus vous paraît-il ? "**

	Nb	%
Adapté	11	61,1 %
Complet	4	22,2 %
Ergonomique	8	44,2 %

Les principales remarques concernent :

- la pédiatrie où l'on ne retrouve pas tous les codes nécessaires,
- l'absence de diagnostics associés,
- la différenciation des degrés de brûlures,
- certains codes : tuberculose, arrêtes de poissons, allergies, hémorragies génitales.

**Concernant le recueil des actes**

**" La liste est-elle suffisante ? "**

	Nb	%
Oui	7	38,9 %
Non	9	50,0 %
Ne sait pas	2	11,1 %

Les principales remarques concernent

- l'absence du codage de la biologie,
- des codes plus adaptés pour la traumatologie avec notamment les pansements en dehors des brûlures,
- l'analgésie,
- les prescriptions thérapeutiques lourdes,
- certains actes comme l'évacuation de fécalomes.

**" Faut-il prendre en compte les actes infirmiers ? "**

	Nb	%
Oui	16	88,9 %
Non	1	5,6 %
Ne sait pas	1	5,6 %

Les principales remarques concernent :

- les poses de voies veineuses,

*Quelle valorisation pour l'évaluation des urgences ?*

- les pansements,
- les surveillances,
- les brancardages,
- les toilettes,
- les repas,
- l'aspect relationnel, ...

Une évaluation de la charge de travail paramédicale est largement demandée.

**Concernant l'utilité de ce test**

*" Globalement cette semaine a-t-elle été utile ? "*

	<b>Nb</b>	<b>%</b>
Oui	16	88,9 %
Non	2	11,1 %
Ne sait pas	0	

*" Vous a-t-elle permis d'évaluer la faisabilité du RPU ? "*

	<b>Nb</b>	<b>%</b>
Oui	18	100 %
Non	0	
Ne sait pas	0	

*" Vous a-t-elle permis d'identifier des problèmes ? "*

	<b>Nb</b>	<b>%</b>
Oui	17	94,4 %
Non	1	5,6 %
Ne sait pas	0	

**Concernant l'avenir**

*" Ce recueil en continu vous paraît-il possible dès Janvier 2003 ? "*

	<b>Nb</b>	<b>%</b>
Oui	1	5,6 %
Non	16	88,9 %
Ne sait pas	1	5,6 %

*Quelle valorisation pour l'évaluation des urgences ?*

**" Sans moyens supplémentaires, ce recueil peut-il être réalisé ? "**

	Nb	%
Jamais	2	12,5 %
1 semaine sur 4	4	25,0 %
1 semaine sur 6	1	6,3 %
1 semaine sur 7	1	6,3 %
1 semaine sur 8	2	12,5 %
1 semaine sur 12	1	6,3 %
1 semaine sur 13	1	6,3 %
1 semaine sur 26	1	6,3 %
Ne sait pas	3	18,8 %

**" Quel est le nombre d'heures nécessaires au recueil hebdomadaire des fiches RPU ? "**

	Nb	%
14	2	11,8 %
15	4	23,5 %
20	1	5,9 %
24	1	5,9 %
30	1	5,9 %
60	1	5,9 %
90	1	5,9 %
120	1	5,9 %
Ne sait pas	5	29,4 %

Pour 11 services, nous avons pu calculer le temps nécessaire au recueil de 100 fiches.

Moyenne	7 h 52
Écart-type	6 h 20
Minimum	2 h 02
Maximum	24 h 00

**" Quels sont vos besoins en personnel pour assurer ce recueil en continu ? "**

	Moyenne	Minimum	Maximum	Nb Réponses
Médecins	1	0,25	4	14
Secrétaires	0,9	0,25	2	15
Agents administr.	0,9	0,5	1	10

## **Concernant les difficultés à prévoir**

	Oui	%
Motivation des différents intervenants (propres au service et extérieurs)	14	77,8 %
Problème d'organisation interne : circuit de la fiche avec qui recueille quoi et quand ?	9	50,0 %
Contrôle de la qualité des informations recueillies	13	72,2 %
Mise en place d'un outil informatique permettant la saisie et l'exploitation des RPU	16	88,9 %
Connexion entre informations administratives et médicales	12	66,7 %
Charge induite par le recueil, le contrôle de qualité, la saisie et l'exploitation des RPU	15	83,3 %
Identification des passages pour atteindre l'exhaustivité (pansement, entretiens sociaux)	7	38,9 %
La détermination de l'heure de sortie du service	4	22,2 %
La récupération de toutes les informations qui participent directement au groupage : l'affectation au type de prise en charge et avis spécialisé, actes et facteurs aggravants	6	33,3 %
Les contraintes induites par les autres items qui ne participent pas au groupage comme : le diagnostic, l'orientation à la sortie et les transports à l'arrivée et à la sortie	5	27,8 %
L'utilisation des RPU comme seul descriptif de l'activité des urgences (pour les tutelles)	11	61,1 %
Absence de moyens prévus pour le démarrage officiel (contrairement au MCO)	16	88,9 %
Les répercussions financières inconnues sur l'enveloppe globale de l'établissement	8	44,4 %

### **Concernant les bénéfices attendus (en texte libre)**

	Nb	%
Rien	4	28,6 %
Évaluation de l'activité	8	57,1 %
Adaptation des moyens ou du budget	5	35,7 %
Recueil standardisé et comparaison inter site	2	14,3 %
Impact sur la SAE	1	7,1 %

### **Conclusions**

L'informatisation des services d'Urgences de la Région PACA était très différente d'un service à l'autre. Il ne semblait pas possible d'envisager une homogénéisation de la saisie informatique des items médicaux, tant sur le plan humain que matériel.

L'utilité de ce test a été reconnue de façon générale. L'implication de la Direction et de la CME dans le recueil des RPU ne paraissait pas suffisante. Si le thesaurus des diagnostics semblait adapté, la liste des actes ne faisait pas l'unanimité.

Il ne semblait pas possible de démarrer le recueil des RPU en continu sans moyens complémentaires dès janvier 2003 pour la majorité des services d'Urgences de la Région PACA

## **Test RPU et participation du Languedoc-Roussillon**

**Jean-Pierre BEAUDE**

**DIM – CH Bagnols sur Cèze**

La région Languedoc-Roussillon, sous l'impulsion de l'ARH, a mené plusieurs réflexions sur le système d'information qu'il serait nécessaire de mettre en place dans les services d'urgences. En 2002 elle a confié au COTRIM la mission d'élaborer la liste des items minimums que chaque établissement traitant des urgences devrait être en mesure de fournir. Parallèlement à cette démarche, la fiche RPU et les classes de GPU étaient élaborées au niveau national.

Dans notre région, des items supplémentaires ont été sélectionnés afin d'étudier les filières amont et aval, les modes de régulation de la phase préhospitalière et des éléments d'analyse du fonctionnement de la prise en charge du patient au sein de l'établissement.

Après accord du ministère, la décision était prise de mener l'enquête sur l'ensemble des structures d'urgence de la région avec la fiche régionale, dans la mesure où nous nous engageons à fournir, dans les délais, le fichier de type RPU pour chaque établissement sous forme informatisée.

Le traitement par lecture optique a été retenu comme moyen de traitement des fiches. Dans un temps très court il a fallu trouver un partenaire technique (Arqué Technologies –Toulouse), élaborer la maquette de la fiche, informer les établissements. Malheureusement l'accompagnement sur la rigueur indispensable à apporter au remplissage des fiches, n'a pu être obtenu, ce qui a nécessité un gros travail de contrôle sur les items lors de la scannérisation.

L'ensemble des structures de la région (2 CHU, 9 CHG et 11 Cliniques) soit 10 SAU, 10 POSU et 2 UPATOU sur les cinq départements ont participé à cette étude.

## *Quelle valorisation pour l'évaluation des urgences ?*

L'exhaustivité des passages a été obtenue (10050 passages traités). Le remplissage des fiches papier dans les établissements a en fait reposé sur peu de gens du fait de :

- manque d'information sur la méthode
- pas assez de temps pour la formation
- mobilisation rarement engagée du fait d'une durée limitée du test

C'est grâce à eux que cette étude a pu être réalisée. Qu'ils en soient ici encore remerciés.

Ces fiches ont pu être traitées durant l'été. La conception d'un progiciel a été élaborée (cf. démonstration si temps disponible) permettant le traitement, l'interrogation de cette base de données et les sorties imprimées des résultats (Base de données Xbase, sorties macros en Excel)

Un retour d'information a été fait en direction des établissements sous forme de document papier, fichier informatique structuré format csv, et fichiers de statistique sous forme pdf.

Pour le COTRIM il a été remis une étude complète régionale, une étude par département, une par type d'autorisation, et un document comparatif des principaux items des établissements.

Une réunion a été organisée le 12/09/2002 au CHG de Sète pour restitution des données aux différents acteurs et responsables d'établissement.

Le COTRIM a été destinataire de la base informatique, et des traitements par département, par type d'autorisation, et du comparatif interétablissements.

Il a été retrouvé dans cette étude, des éléments classiques sur l'analyse des venues (heures de fréquentation, clientèle) cf. chiffres en annexe

Par contre cette étude a démontré tout le travail qui reste à faire sur :

- l'analyse des filières en amont et en aval de la structure (régulation 15, participation SDIS, rôle des généralistes,

transports sanitaires ...)

- en interne sur l'intégration de la structure 'urgences' dans le fonctionnement des plateaux techniques, des services d'hospitalisation...
- et enfin à terme, sur les interconnexions et le suivi des patients lors des transferts et des transports sanitaires.

Les événements de cet été ont redonné de l'actualité à ces problèmes et la région Languedoc-Roussillon a mis en place une démarche qui devrait aboutir dans les deux ans à posséder une base de données régionale, alimentée automatiquement par les structures d'urgences, permettant l'analyse, le suivi des activités, les ajustements si nécessaire des SROS.

Des incertitudes persistent à l'heure de la rédaction de ce texte quant à l'utilisation de la CCAM et à la mise en place de la T2A pour ce qui intéresse les urgences.

Quel que soit l'avenir, les urgences se doivent de se doter d'un système d'information spécifique à ce type d'activité qui à terme doit être un sous-produit du dossier patient de la structure et dont la mise en commun de quelques items au niveau régional ne devrait être en fait qu'une extraction au fil de l'eau automatisée, de ce dossier patient informatisé.



## **Test national des résumés de passages en région Midi-Pyrénées**

**Olivier AZÉMA, Jean-Louis DUCASSÉ**

**Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées – Toulouse**

La région Midi-Pyrénées a participé au test national des RPU sur la base du volontariat de chaque établissement. Les services ayant réalisé ce test représentent plus de 72 % des passages dans les urgences de la région. L'observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées a assuré la centralisation des données ainsi que leur conversion au format retenu pour le test national.

### **Participation et premières comparaisons**

La répartition des passages selon le type d'autorisation des services d'accueil des urgences est la suivante :

Type d'autorisation des services d'urgence	Nombre de services			Nombre de passages		
	France	Midi Pyr	Part rég	France	Midi Pyr	Part rég
SAU non pédiatrique	143	9	6,3 %	92784	4822	5,2 %
POSU non pédiatrique	18	0	0,0 %	3086	0	0,0 %
UPATOU	195	12	6,2 %	60256	2236	3,7 %
SAU POSU pédiatriques	17	1	5,9 %	9195	700	7,6 %
Ensemble	373	22	5,9 %	165321	7758	4,7 %

Les premiers résultats nationaux permettent de dégager quelques remarques selon les différents éléments du RPU :

- **Profil horaire** : grande similitude des pics d'activité pour l'ensemble des passages ([10:00 et 12:00[, [14:00-14:30[, décroissance nocturne dès 21:00), avec une part d'activité

nocturne plus importante en Midi-Pyrénées et plus marquée pour les séjours de type réanimation et soins intensifs.

- **Durée moyenne** de séjour : globalement proche de 131 min en Midi-Pyrénées contre 124 min au plan national, mais plus longue en cas d'hospitalisation secondaire (228 min contre 193 au plan national).
- **Type de prise en charge** :
  - des prises en charge de type réanimation et soins intensifs comportant proportionnellement moins de suppléances de fonctions vitales,
  - une part des prises en charge psychiatriques, sociale et médico-légale moindre en Midi-Pyrénées mais pour lesquelles le recours à un avis spécialisé est plus fréquent,
  - des prises en charge médico-chirurgicales avec plus d'avis de spécialité demandés.
- **Diagnostics** : on constate à l'aide des dix premiers diagnostics une part des intoxications éthyliques deux fois plus importante au plan national qu'en Midi-Pyrénées.

### **Limites du test et des résultats**

Bien que les premiers résultats disponibles aient permis de lancer une dynamique inter régionale, il serait désormais important de pouvoir disposer de la totalité de la base de données du test national et d'analyser plus en détail au sein d'une structure nationale en collaboration avec les urgentistes le fruit de cet investissement. Ceci permettrait notamment à des services tels que les POSU de disposer d'éléments d'analyse plus pertinents que ceux issus de leur comparaison à des services d'urgences beaucoup plus polyvalents.

De plus afin de progresser dans la description de l'activité des urgences, il est également souhaitable de pouvoir améliorer la finesse descriptive des différents items :

- pondérer les durées de séjour en disposant de critères de sortie plus fins (en repérant notamment les cas de fugue ou de

sortie contre avis médical) mais également en décomposant la durée de séjour en ses différents temps : délai d'attente avant prise en charge, temps de prise en charge, temps de recherche d'un lit d'aval...

- fiabiliser le codage des séjours de Réanimation et soins intensifs : nous avons constaté en effet constaté au niveau régional tout au long de la première année de recueil des données des urgences un manque d'homogénéité quand à la codification de ce type de prise en charge qui ne repose que sur une définition clinique et qui n'est nullement assujettie à une quelconque saisie des actes de réanimation ou de surveillance réalisés. Cette particularité du recueil GPU a fait que plusieurs établissements de notre région ont bénéficié au terme de leurs premiers mois de codage d'un poids médico-économique moyen de leurs passages aux urgences artificiellement plus élevé.
- les codages des diagnostics et des actes ne devraient également à terme ne plus être réalisés sous la forme d'une saisie de codes PMSI indexés dans un thésaurus mais être récupérés de façon semi-automatique à partir des données de la prise en charge médicale colligée sur des logiciels métiers performants.

### **Test RPU et valorisation médico-économique des urgences**

Même si le case-mix GPU révèle trop peu de variation entre les différents services d'urgences pour être utilisé dans le modèle de financement mixte initialement prévu, il reste un élément important de valorisation de l'activité des urgences et notamment dès lors que le passage aux urgences est à l'origine d'une hospitalisation dans le secteur MCO de l'établissement.

Cet outil de valorisation de l'activité des urgences doit cependant être recomposé pour répondre aux nouvelles exigences de la tarification à l'activité en intégrant notamment la nouvelle

*Quelle valorisation pour l'évaluation des urgences ?*

classification des actes médicaux tant sur son volet acte technique que clinique.

Sa recomposition pourrait également être l'occasion d'intégrer les spécificités des POSU pédiatriques insuffisamment prises en compte dans la classification GPU initiale.

## **Le financement des urgences dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité**

**Martine Aoustin**♦, **Roland Cash**♦, **Évelyne Belliard**★  
♦T2A, ★ATIH

Dans le cadre de la mise en œuvre en 2004 de la tarification à l'activité, des modalités particulières de financement sont prévues pour les urgences.

- Le **système de financement** visé est **mixte**, avec :
- un **forfait annuel** à chaque service d'urgences autorisé, permettant de couvrir ses charges minimum de fonctionnement ; ce forfait annuel serait fonction du volume d'activité des services, avec une dotation de base établie pour une activité de l'ordre de 10.000 passages par an et augmentée d'un certain montant à chaque palier supplémentaire de 5.000 passages.
  - un **tarif par passage**, dès lors que celui-ci n'est pas suivi d'une hospitalisation MCO dans l'établissement,
  - la **rémunération des consultations et actes externes réalisés** (actes opératoires, radiologie, biologie...), via l'application de la nomenclature des actes.
  - et le **recours possible à un financement « MIGAC »** (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), notamment pour les services d'urgences ayant un faible niveau d'activité, mais dont le maintien permet d'assurer une couverture sanitaire satisfaisante, en termes de proximité des soins dans des zones à faible densité de population.

Si le forfait annuel est fonction de la totalité de l'activité des services d'urgences, seuls les passages non suivis d'hospitalisation MCO dans l'établissement feraient l'objet d'un tarif par passage. Par construction, les charges liées aux passages

suivis d'une hospitalisation MCO sont en effet intégrées dans le tarif (« GHS ») des séjours MCO.

➤ Ce mécanisme de financement composite des urgences est en partie déjà mis en place depuis 2001 dans le secteur privé à but lucratif. Les modalités de calcul et le montant du forfait annuel « FAU » et du tarif par passage « ATU », appliqués actuellement dans les cliniques privées sous OQN, devraient ainsi faire l'objet d'une révision afin d'assurer une **harmonisation entre les deux secteurs, public et privé**, sans toutefois déstabiliser le système en vigueur dans les cliniques.

Il s'agit néanmoins de **tenir compte des différences objectives de charges entre les services d'urgences des deux secteurs**, notamment de l'application dans les établissements publics de la nouvelle réglementation sur le temps de travail des médecins PH.

Il s'agit également de mettre en œuvre un **dispositif de financement** qui soit **transparent pour les patients** : ainsi le montant du tarif par passage facturé au patient devrait être identique d'un secteur à l'autre.

Il s'agit enfin d'**intégrer** dans le dispositif de financement **les mesures du plan Urgences** de l'automne 2003, en abondant en 2004 les dotations des services d'urgences des 64 millions d'euros prévus pour ces services.

Les **éléments relatifs à la nature d'activité** seraient **écartés**, au moins dans un premier temps, **des critères modulant le financement des urgences**.

Si la tarification à l'activité de la plupart des prises en charge MCO, notamment des hospitalisations, va tenir compte du « case-mix » des services<sup>7</sup>, cette option n'a pas été retenue pour le financement des urgences. En effet, le « **case-mix** », ou éventail des prises en charge d'un point de vue médico-

---

<sup>7</sup> Dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, chaque hospitalisation MCO va faire l'objet d'un tarif, selon son classement dans un groupe homogène de séjour (GHS). Il va ainsi être tenu compte, en sus du volume d'activité, de la nature et des caractéristiques médico-économiques des séjours MCO pour établir le niveau de financement des établissements de santé.

économique, est relativement similaire d'un service d'urgences à un autre, quelle que soit la catégorie d'établissement dont ceux-ci relèvent (CHU, CH, clinique PSPH ou clinique à but lucratif). Autrement dit, les charges supportées par les services d'urgences dépendent essentiellement de leur volume d'activité, et non de la nature des prises en charge.

Seul le **type d'autorisation** POSU pourrait faire l'objet de modalités particulières de financement (montant du forfait annuel de base probablement plus élevé que pour les deux autres types d'autorisation), en raison du faible volume d'activité lié généralement à ce type de service d'urgences spécialisées.

**La qualité des prises en charge aux urgences et leur caractère adéquat** relèvent de contrôles spécifiques, dans le cadre de suivi des autorisations et d'évaluation des prestations réalisées ; ces éléments ne seraient donc pas pris en compte dans la procédure de financement des urgences.

➤ **Seuls les services d'urgences bénéficiant d'une autorisation**, de type SAU, UPATOU ou POSU, **pourraient prétendre à ces modalités spécifiques de financement.**

En l'occurrence, les services ayant une activité non programmée (en gynécologie-obstétrique, pédiatrie, cardiologie, traitement des brûlés ...) sans autorisation de type POSU ne seraient pas concernés, les coûts afférents à ces prises en charge étant intégrés dans les tarifs des GHS.

Les services d'urgences des établissements spécialisés en psychiatrie (hors champ MCO) seraient également exclus de ces modalités de financement.

Les séjours en « zones de surveillance de très courte durée » (ou en « lits - porte », selon l'ancienne désignation), bien que réalisés souvent au sein même des services d'urgences, devraient continuer à être décrits et valorisés comme des hospitalisations MCO classiques, en faisant l'objet, non pas d'un tarif par passage, mais d'un tarif GHS, dès lors que le motif du séjour justifie une admission hospitalière.

*Quelle valorisation pour l'évaluation des urgences ?*

Ainsi sont envisagées, dans le cadre de la réforme de la tarification à l'activité, des modalités particulières de financement pour les urgences, afin d'octroyer aux services concernés des moyens spécifiques leur permettant d'assurer leur mission de service public, quels que soient le volume et la nature de leur activité.

## Table ronde

### *Quelle valorisation pour l'évaluation des urgences ?*

**Bernard GUIRAUD-CHAUMEIL**

**ANAES**

L'évaluation des pratiques médicales, à l'avenir concernera autant les résultats que les moyens et tout particulièrement le service médical rendu. La décision médicale, dans le cadre de l'urgence, par la rapidité qui lui est imposé a des difficultés à percevoir le véritable service médical rendu. L'anxiété est toujours présente. Les gestes utiles nécessitent d'être réalisés avec précision, rigueur, en suivant un protocole totalement maîtrisé. Le résultat cependant est à très court terme perceptible. Mesurer dans ce domaine la performance devient fondamental pour le médecin et le patient.

L'urgence est, sans doute, dans le monde médical, un des secteurs qui a, dans les 50 dernières années, le plus profité des progrès techniques. Des heures et des minutes ont été gagnées. Des outils ont été perfectionnés. Les professionnels ont acquis des pratiques rigoureuses et salvatrices.

L'amélioration de la qualité des soins qui est un objectif toujours renouvelé a, avec l'ANAES, tous les outils nécessaires au développement de la démarche qualité et de l'évaluation.

Évaluer les pratiques des professionnels de l'urgence est un sujet moderne qui bouscule la culture et les habitudes médicales. Axée jusqu'à ce jour sur l'acquisition des moyens, sur leur utilisation adaptée efficace, efficiente, notre culture doit s'étendre à l'avenir sur le résultat obtenu. Médecins et patients doivent savoir évaluer et connaître le service médical rendu.

Tous les médecins se sont interrogés et continuent de s'interroger sur le service qu'ils rendent aux malades. La situation d'urgence n'échappe pas à ces interrogations sur nos compétences à répondre d'une manière adaptée, intelligente, sobre, éthique, utile à la demande et aux besoins des patients et de leur entourage.

Nous avons maintenant les outils méthodologiques permettant de répondre avec précision à nos questionnements concernant le

## Table ronde

### *Quelle valorisation pour l'évaluation des urgences ?*

service médical rendu qui est en train de devenir un des axes forts de la deuxième version de l'accréditation des établissements.

Dans une société où les rapports avec la santé évoluent, les patients sont moins fatalistes, cherchent à être plus autonomes dans les décisions qui les concernent en demandant à être mieux informés, en particulier sur les risques. Les médecins ne décident plus d'une manière paternaliste et unilatérale. Ils ont à proposer, n'imposant leur décision que dans les cas où le malade en danger, refuse les soins. Médecins et patients sont maintenant dans une époque où les uns et les autres s'interrogent sur les résultats de leur rencontre avec la maladie et le monde médical.

La mesure du service médical rendu est la voie d'avenir. C'est une voie nouvelle qui évalue les pratiques professionnelles et leurs résultats.

Nous hésitons à l'emprunter. Ce n'est pas en faisant signer des patients mal informés sur les risques des pratiques, des documents sans valeur juridique que le monde de la suspicion disparaîtra. Mesurer le service médical rendu, en informer le patient, peut conduire à la reconquête de la confiance, de la confiance que les patients nous accordent, mais aussi de la confiance, que nous avons en nous-même. Dans un système de santé qui se dérègle, où l'on connaît de grandes inégalités chez les médecins, en terme de savoir, de savoir faire, d'expérience, d'humanisme, de disponibilité, de désintéressement, l'avenir peut bien sûr, prendre la voie de la nostalgie et du regret passé. C'est celle du corporatisme dépassé et paralysant. L'avenir peut aussi, prendre la voie, de la médecine totalement normée, totalement réglementée que réclament quelques médecins apeurés, cherchant à se couvrir de tous les risques alors que la maladie est le risque premier et que la mort finit par être au bout du chemin. C'est aussi une voie qui mène à la paralysie, où lois, décrets, circulaires, arrêtés en encadrant de trop près la pratique médicale, font de nous les objets ficelés de la technocratie et la bureaucratie triomphantes.

## Table ronde

### *Quelle valorisation pour l'évaluation des urgences ?*

En tant qu'ancien doyen, et actuellement responsable de l'ANAES, je tiens à faire 2 souhaits :

Tout d'abord, souhaitons que les Doyens dans les Facultés de Médecine installent la nécessaire évaluation du service médical rendu dans la tête des étudiants. Il ne suffit pas de savoir. Il ne suffit pas de faire. Il faut faire sur mesure, dans une médecine qui n'est pas seulement la science des maladies mais est aussi l'art de guérir ou de maintenir l'espoir des malades. La compétence scientifique et technique ne doit pas faire disparaître la compétence du colloque singulier, car si les médecins sont souvent en équipe et en réseau, le patient est souvent seul.

Souhaitons aussi que les payeurs et les politiques sachent trouver la voie qui lie l'allocation des ressources au service médical rendu et non pas seulement aux moyens : la valeur ajoutée de chaque médecin, est ce qui doit être privilégié alors que nous vivons à l'ère où les outils sont considérés comme l'unique source d'intérêt.



## Table ronde

### *Quelle valorisation pour l'évaluation des urgences ?*

#### **RPU : Analyse officielle et réalités.**

**Jean-Philippe SOMMEREISEN**

**SAU / DIM – CHG Cholet**

Le test national RPU (Résumé de Passages aux Urgences) de juin 2002 devait valider la méthode de recueil, pour chaque passage, d'une information standardisée qui devait permettre de discriminer l'activité des services d'Urgences d'un point de vue médico-économique selon leur type d'autorisation. Chaque RPU a fait l'objet d'un classement dans l'un des 16 Groupes de Passages aux Urgences (GPU) considérés comme iso-ressources par leurs concepteurs.

L'exploitation des données du test montre, selon le Ministère, que les case-mix (en GPU) des services d'Urgences sont comparables d'un service à un autre mais l'analyse comparative des tableaux de bord permet de montrer qu'au-delà de l'apparente homogénéité des case-mix, il existe une réelle hétérogénéité des services (à type d'établissement et/ou type d'autorisation comparable) en terme de volume et de nature d'activité : Si certaines de ces différences sont probablement le reflet de la "productivité" et de la qualité d'organisation des services, certains en revanche, dont les conséquences en terme de coûts du passage sont fortement probables, traduisent de réelles différences de recrutement et d'activité.

Ainsi, tout ce que prouve l'expérimentation c'est l'incapacité du système RPU/GPU à objectiver des différences d'activité, pourtant réelles, entre les différents services d'Urgences. Ceci n'est guère surprenant : élaborés « à dire d'experts » sans connaissance préalable des coûts, les GPU sont basés sur un postulat non vérifié selon lequel les actes médicaux réalisés codables avec le CdAM (seuls quelques uns de ces actes « non codables » apparaissaient sous une autre forme comme « usage de fibrinolytiques », « usage de produits sanguins »...) et eux seuls (les items « SEGUR », dont la pertinence économique intrinsèque était déjà éventuellement discutable, relevés lors de

## Table ronde

### *Quelle valorisation pour l'évaluation des urgences ?*

l'expérimentation 1999 ont disparu de l'expérimentation RPU de 2002) seraient prédictifs des coûts, alors même qu'environ 35% du budget d'exploitation d'un SAU sont des coûts en personnel non médical et qu'il a par ailleurs été prouvé que les actes médicaux constitutifs des classifications ne sont pas prédictifs des coûts relatifs à la charge en soin non médical qu'il génèrent.

Outre leur pertinence médico-économique incertaine (d'autant que le test n'a, de plus, pas été réalisé en CCAM alors qu'il s'agira bien, à terme, de l'outil incontournable), la lourdeur du recueil des RPU constitue un obstacle à leur généralisation en "routine".

En conclusion, s'il apparaît évident que l'allocation budgétaire indexée en partie sur une « charge en soins » ne peut pas et ne doit pas se faire sur la base des actuels GPU, elle ne peut et ne doit pas plus se faire sur le seul critère « nombre de passages » : la recherche de critères médico-économiques validés et exploitables en CCAM, dans une optique de respect du modèle mixte de valorisation spécifique de l'activité d'urgence tel qu'envisagé initialement, à juste titre, par le Ministère est ...**réellement et particulièrement urgente !**

## Table ronde

### *Quelle valorisation pour l'évaluation des urgences ?*

## **L'évaluation, condition nécessaire à l'amélioration de la prise en charge des urgences : cas du CHU de Rabat (Maroc)**

**Abdelhamid KHADRI**

**CHU Rabat**

La dynamique d'évaluation en matière d'urgences au Maroc depuis 1992, met en évidence :

- l'importance des efforts entrepris (avec deux expertises françaises...)
- les insuffisances méthodologiques, progressivement corrigées pour aboutir à une démarche globale et intégrée
- la faiblesse manifeste du suivi des projets qui explique, au moins en partie, les résultats peu concluants, malgré une injection de moyens financiers substantiels

Les enseignements que l'on peut en tirer suggèrent que toute démarche d'évaluation doit être :

- systématique et intégrée aux activités quotidiennes
- globale , avec une ouverture sur l'environnement social
- suivie avec mise en œuvre et évaluation en "boucles multiples"

C'est pourquoi l'évaluation est une condition nécessaire mais pas toujours suffisante pour l'amélioration d'un processus donné...

C'est à ce titre qu'elle doit être valorisée et encouragée notamment par :

- la généralisation institutionnelle de structures d'évaluation des urgences, telles que l'ORU-MIP...
- la promotion d'un partenariat interrégional, voire international, en la matière...à travers des conventions et/ou la création d'espaces de communication (congrès...) pour transfert et/ ou échange d'expériences à ce sujet...



## Table ronde

*Quelle valorisation pour l'évaluation des urgences ?*

### Organisation des urgences et évaluation

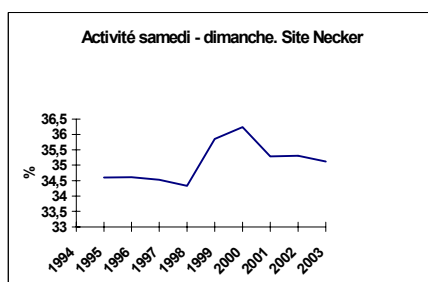
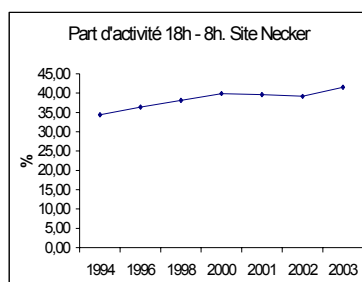
**Gérard CHÉRON**

#### Département des Urgences Pédiatriques – Hôpital Necker - Paris

La séniorisation des urgences pédiatriques de l'AP-HP s'est accompagnée de modifications importantes d'activité tant en terme démographiques qu'en terme qualitatifs.

Les données démographiques sont l'accroissement des flux, la stabilité relative du nombre annuel d'hospitalisations de plus de 24 heures, l'accroissement des parts d'activité sur les tranches horaires de soirée, de nuit et de week end. Au sein de la région la mise progressive en conformité des sites périphériques a stoppé les flux de population vers le centre de la capitale et actuellement seule l'activité périphérique continue à augmenter de manière rapide. Il n'est pas possible de préciser la part de responsabilité de la séniorisation dans ces évolutions démographiques mais en vertu du principe selon lequel l'offre crée la demande, il est souhaitable de réfléchir pour toute nouvelle organisation au nombre de seniors nécessaires sans être tenté de suivre la seule évolution des demandes exprimées.

Qualitativement le développement de prises en charge ambulatoire de pathologies avant tout infectieuses (fièvre du nouveau-né, pyélonéphrite, paludisme, méningite virale, salmonellose, paludisme), mais aussi respiratoires (asthme), digestives (déshydratation, invagination) est possible au sein des zones de surveillance de très courte durée. Ces séjours hospitaliers traditionnellement de plus de 24 heures sont désormais limités à quelques heures au prix d'un investissement soignant, technique et médical important. Ce type d'activité dès les urgences a profondément modifié le case mix des séjours de plus de 24 heures. Il permet aussi une plus grande implication des familles dans les soins et offre un temps destiné à l'éducation.





## **Pourquoi une assistante de gestion est-elle indispensable dans l'organisation des services d'urgences actuels ?**

**Frédéric THYS et collaborateurs**

**Urgences – Cliniques Universitaires Saint-Luc - Bruxelles**

L'hôpital se gère aujourd'hui comme une véritable entreprise qui doit maîtriser ses coûts et optimiser ses recettes afin de pouvoir poursuivre sa mission.

**Méthode.** Dans le contexte économique actuel et compte tenu des contraintes croissantes imposées par le système de financement des hôpitaux, le médecin doit intégrer cette dimension de plus en plus présente dans son activité. L'assistante de gestion semble être la personne ressource pour l'aider dans cette réflexion de type économique. Nous rapportons ici les missions de l'assistante de gestion de notre département.

**Réflexions.** Dans notre institution universitaire, la gestion est décentralisée et le département des urgences et soins intensifs a une assistante de gestion dont les missions principales sont :

- Élaboration et suivi des budgets d'équipement et de fonctionnement.
- Détection des points d'alertes.
- Proposition de solutions alternatives à moindre coût.
- Améliorer les recettes et élaborer des indicateurs de qualité.
- Participer aux réflexions stratégiques du service.
- Servir de liens avec les services financiers et logistiques.
- Assurer une consultance en gestion, législation et organisation.

**Conclusion.** L'assistante de gestion, en participant à la gestion économique et logistique des services d'urgences, permet aux médecins et infirmier(e)s de se recentrer sur le problème médical du patient. Les soignants peuvent ainsi continuer à offrir la meilleure qualité de soins en intégrant les impératifs de systèmes de financement hospitalier.



*Quelle place pour les usagers  
dans les urgences ?*



## **Les pièges de la démocratie sanitaire**

**Alain GRAND**

**Professeur de Santé Publique**

**CHU de Toulouse**

Quelle place pour l'utilisateur aux urgences ?

Voilà une question bien d'actualité à laquelle on est très tenté de répondre de manière convenue et en suivant les préceptes de la loi du 4 mars 2002 : « mais au centre du dispositif ! ».

S'interroger sur la place de l'utilisateur est devenu très tendance !

Tout colloque, toute réunion, toute commission... se doit d'aborder le sujet... comme si se trouvait là une solution clé aux problèmes posés par l'évolution du système de santé.

Le précédent Ministre de la Santé : Bernard Kouchner, dans son plaidoyer pour plus de « *démocratie sanitaire* », en appelait, je cite : « *au rééquilibrage des relations de pouvoir médecin-malade* ».

... Comme si là également se trouvait le nœud (ou un des nœuds) des problèmes.

Plus de démocratie sanitaire signifie donc la mise à bas du pouvoir médical.

Qu'en est-il vraiment ? Et y a-t-il là les clés du succès ?

Le pouvoir médical : il a été identifié par les sociologues comme l'archétype du pouvoir professionnel. Lorsque ces derniers se sont intéressés aux professions, la profession médicale leur est en effet apparue comme la profession par excellence.

Je rappelle la définition de la profession selon Talcott Parsons, sociologue américain, fondateur de la réflexion sur les professions dans les années 50 : « une activité devient profession quand elle acquiert l'autonomie et est reconnue par la société parce qu'elle possède un savoir technique qui s'applique de façon efficace et qui nécessite des études supérieures longues et dont l'orientation éthique va dans le sens du bien commun ».

Cette réflexion a par la suite été enrichie par une approche plus critique menée par un autre sociologue américain Elliot Freidson, qui a écrit, dans les années 60, un ouvrage référence pour les sociologues de la santé, intitulé : « la profession médicale ».

Il y propose la définition suivante : « on discerne la profession du simple métier à ce qu'elle a acquit le droit d'exercer son contrôle sur son propre travail ».

Il y dénonce l'excès de pouvoir exercé, dans le champ de la santé, par le groupe professionnel des médecins.

Cette analyse menée dans les années 60 est-elle valable de nos jours ? Y a-t-il un si grand besoin de « démocratisation » du système de santé ? Le moins qu'on puisse dire, en réponse à ces questions, c'est que les relations médecin malade ont considérablement évolué depuis ces analyses fondatrices. Ce rééquilibrage des pouvoirs, tant souhaité par le précédent ministre, s'est en effet largement réalisé dans les dernières décennies.

Par quel mécanisme ? Deux mouvements parallèles peuvent être décrits qui ont abouti à la situation présente :

- le premier mouvement consiste dans une érosion du pouvoir médical, liée à la combinaison de plusieurs facteurs :
  - la démographie médicale,
  - la structure démographique de la profession,
  - la pression économique,
  - les « affaires »,
  - l'essoufflement de la médecine « techniciste ».
- le deuxième mouvement consiste dans un renforcement très conséquent du pouvoir du malade/patient promu, et c'est d'ailleurs très symbolique, au rang de client/usager : il est devenu un interlocuteur à part entière, conscient et de plus en plus sourcilleux vis à vis de ses droits...et prêt à les défendre, y compris en engageant des procédures.

La résultante de ce double mouvement est un rééquilibrage évident des relations de pouvoir médecin malade.

On peut dès lors et très légitimement s'interroger : ne va-t-on pas trop loin ? N'est-on pas, en surfant allègrement sur la vague démagogique de la démocratie sanitaire, en train de déstabiliser un des fondements de la relation thérapeutique qu'est la relation de pouvoir ? La phobie, politiquement très correcte, du pouvoir dans toutes ses formes, ne va-t-elle déboucher sur l'impossibilité de mettre en œuvre une vraie relation thérapeutique...et enfermer les pratiques dans le carcan de cette « médecine défensive » à l'américaine, où la préoccupation première du médecin sera de se prémunir contre les attaques en justice ?

L'interdiction de tout pouvoir en médecine est malsaine. Elle génère des effets pervers susceptibles d'aboutir à une dégradation des pratiques au détriment des usagers eux-mêmes.

Les malades risquent en effet de payer très cher une excessive prise de pouvoir dont la plupart d'ailleurs ne veulent pas et qui introduit un principe de suspicion systématique à l'égard des professionnels qui les prennent en charge : "*êtes-vous bien certain que tout a été fait pour une prise en charge optimale ?*". La traque à la « perte de chance » est lancée, avec comme victime expiratoire les professionnels, et la loi du 4 mars 2002 est venue renforcer, s'il en était besoin, cette tendance très délétère. En introduisant le principe d'une indemnisation du « mauvais sort » sans faute avérée (l'aléa thérapeutique), elle flatte les tendances procédurières de nos concitoyens qui ne manqueront pas d'utiliser, voire de détourner, à leur profit ce dispositif.

En décrétant une responsabilité collective vis à vis du « mauvais sort » dans le système de santé (et pourquoi se limiter au système de santé ? Pourquoi n'indemnise-t-on pas automatiquement tous les malheurs ?), on ouvre la boîte de pandore...de la tentation du recours systématique ! ....sans parler de tous les moyens financiers qui vont être détournés par

ces indemnisations et seraient certainement mieux utilisés à soutenir l'amélioration de la qualité des soins.

On est frappé par l'unanimité qui a accueilli la promulgation de cette loi : les associations de consommateurs se sont réjouies que la France soit pionnière dans le domaine.

Je crains que ces associations ne déchantent vite si la loi est appliquée. La suspicion qu'elle contribue à installer vis-à-vis du système de santé ne peut qu'induire une dégradation de la qualité des prises en charge.

Elle risque en outre de renforcer les inégalités : cette image mythique de « l'utilisateur responsable » qu'elle vise à promouvoir est en décalage complet avec la réalité. Elle se réfère en fait aux catégories sociales privilégiées, qui ont accès à l'information et à la culture et peuvent de ce fait exercer un jugement éclairé vis-à-vis des soins qui leur sont prodigués.

Tel n'est pas le cas de la majorité des français, même si la conscience des droits a beaucoup diffusé dans la population.

« *L'enfer est pavé de bonnes intentions* » et, si l'on peut s'accorder pour dire que l'intention sous-jacente à promotion de l'utilisateur est bonne, la sous-estimation de ses effets pervers est en revanche très coupable.

A l'heure où l'on s'interroge sur la capacité des systèmes de santé à répondre aux surenchères d'exigence de la société, point n'est besoin de renforcer ces dernières.

Or, les urgences sont au cœur du système de santé et tout dysfonctionnement de ce dernier se traduit inéluctablement et immédiatement par des problèmes aux urgences. La crise engendrée par les conséquences de la canicule en a été une triste illustration. Elles sont un véritable révélateur de ces dysfonctionnements et il convient d'être particulièrement attentif aux effets pervers que les nouvelles modalités d'organisation ne manqueront pas d'induire.

## **Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières**

*Résultats d'une enquête téléphonique  
auprès de 3 000 usagers non hospitalisés*

**Dominique BAUBEAU, Valérie CARRASCO**

**DREES**

L'enquête nationale réalisée en janvier 2002 auprès des équipes soignantes de 150 services d'urgence hospitaliers, sur un échantillon de près de 10 000 passages, a été complétée par les interviews téléphoniques de 3 000 de ces usagers non hospitalisés. Ces entretiens portaient notamment, sur le motif de venue aux urgences et les raisons du choix des urgences hospitalières.

***Sauf aux âges extrêmes, l'accident est le motif le plus souvent cité.***

La majorité des usagers (59 %) ne cite qu'un problème de santé à l'origine de leur passage aux urgences, un peu plus du quart en citent deux et 14 % trois ou plus.

Les deux types de problèmes les plus fréquemment cités sont l'accident (59 %) et la douleur (43 %). Mais, alors que l'accident est souvent cité seul, la douleur apparaît comme une cause le plus souvent associée à d'autres motifs. La troisième cause citée par ordre de fréquence est la « sensation de gêne » (15 % des patients). Les autres motifs sont invoqués par moins de 10 % des usagers.

Les problèmes ressentis sont très différents selon l'âge, les nourrissons et les personnes âgées se démarquant du reste des usagers. Pour les moins d'un an, ce sont la fièvre (47 %) et les vomissements ou diarrhées (35 %) qui prédominent. Le malaise est un problème caractéristique des adultes. Sa fréquence croît

avec l'âge, de 1 % pour les nourrissons à 21 % pour les plus de 80 ans.

### **Un recours direct pour une grande majorité des usagers, à l'exception des plus âgés**

87 % des usagers enquêtés déclarent avoir un médecin « habituel ». Mais à peine plus d'un quart de ceux qui ont un médecin traitant disent avoir essayé de le joindre.

Parmi l'ensemble des répondants, un quart des patients invoquent un avis médical à l'origine de leur venue : 16 % ont été adressés par leur médecin traitant et 10 % par un autre praticien. En outre, 11 % disent avoir été orientés par un professionnel non médical, essentiellement les pompiers (8 %). Reste toutefois une majorité d'usagers (62 %) ayant pris leur décision seuls ou avec leur entourage.

La trajectoire des personnes âgées apparaît là encore très spécifique, la moitié des plus de 70 ans s'étant rendue aux urgences sur avis médical. Dans un tiers des cas seulement, ils prennent cette décision seuls ou avec leur entourage. Les parents des nourrissons de moins d'un an viennent aussi fréquemment sur avis d'un médecin (41 %), même si la majorité se décident seuls (58 %).

### **Une multiplicité d'explications à l'origine du choix des urgences hospitalières**

Lorsque les patients n'avaient pas été envoyés par leur médecin traitant, l'enquêteur les interrogeait sur les raisons qui leur avaient fait choisir d'aller aux urgences, en citant treize items possibles.

Outre les patients adressés par leur médecin, 19 % déclarent qu'on ne leur a pas demandé leur avis et, dès lors, n'ont pas été questionnés plus avant sur le sujet. Les autres indiquent, pour la plupart, plusieurs raisons, au moins quatre pour 67 % d'entre eux. Parmi les motifs proposés par l'enquêteur, les cinq les plus fréquemment cités sont « la proximité de l'hôpital » (47 %), « le besoin d'examen » (44 %), « le besoin d'un avis ou d'une

intervention spécialisés » (43 %), « le besoin de régler rapidement son problème pour convenances personnelles » (38 %), enfin « un sentiment de gravité et éventuellement de la nécessité d'une hospitalisation » (32 %). Les quatre raisons suivantes (pas de médecin ou médecin absent, traitement en cours sans amélioration et pas d'avance de frais) ne concernent que 10 à 16 % des patients, et les quatre dernières (récidive d'un problème, souhait d'accéder à un autre service de l'hôpital, besoin d'une attestation médicale et besoin d'un avis médical), chacune 8 à 5 % d'entre eux.

Parmi les personnes qui estimaient avoir besoin d'un examen, 82 % d'entre elles pensaient à une radiographie, les autres examens étant beaucoup moins fréquemment envisagés (examen biologique 13 %, scanner 7 % et électrocardiogramme 4 %). Ainsi, globalement, 36 % des usagers ayant eu recours aux urgences sans avoir été hospitalisés pensaient avoir besoin d'une radiographie.

***Une familiarité avec les urgences hospitalières et une connaissance limitée des possibilités de prise en charge en ville***

Pour 36 % des patients, le problème de santé qui les a amenés aux urgences était déjà survenu par le passé. Lors de ce précédent épisode, la très grande majorité d'entre eux (soit 28 % de l'ensemble des patients) s'était fait soigner à l'hôpital ou dans une clinique, 6 % en ville. Cette relative « familiarité » avec l'hôpital pour un problème de santé déjà connu, apparaît beaucoup plus fortement encore si l'on s'intéresse au simple fait de connaître déjà ce service d'urgences. En effet, près des trois quarts des usagers étaient déjà venus dans le même service auparavant, pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille.

La part des patients ayant déjà fréquenté le service d'urgences est plus forte parmi les usagers des établissements publics (73 % contre 65 %). Mais le recours à un établissement privé semble davantage correspondre à un choix, puisque 55 % de leur clientèle dit avoir eu le choix entre plusieurs établissements, contre seulement 37 % de celle des établissements publics.

*Quelle place pour les usagers dans les urgences ?*

Cette familiarité avec l'hôpital, et plus particulièrement avec les services d'urgence, va de pair avec une certaine méconnaissance du système de soins en ville. Ainsi, les trois quarts des patients ignorent que l'on peut obtenir une radiographie sans ordonnance, 20 % ne savent pas s'il existe un médecin de garde dans la commune où ils se trouvaient lors de la survenue de leur problème de santé et 25 % s'il existe à proximité un centre de soins ou un dispensaire. Enfin, 9 % des usagers disent ne pas savoir comment s'y prendre pour connaître le nom du médecin de garde, qu'ils aient ou non, connaissance de son existence.

## **Étude régionale sur les usagers des urgences**

**Christine SAGNES-RAFFY, Jean-Louis DUCASSÉ**

**Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées**

En réponse à un appel à projet du conseil scientifique de la CNAMTS, une enquête prospective transversale a été menée auprès de tous les patients présents une semaine donnée dans 9 services d'urgence (SU) de Midi-Pyrénées et ne présentant pas d'urgence vitale. Cette enquête réalisée par des enquêteurs spécifiquement formés visait à connaître les raisons qui amènent ces patients à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville ainsi que la satisfaction du patient usager. La gravité à l'arrivée aux urgences est évaluée au moyen de la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU). Sont considérés comme ne présentant pas une urgence vitale, tous les patient présentant une CCMU 1 (état jugé stable et pas d'acte complémentaire à réaliser) et 2 (état jugé stable et décision d'acte complémentaire à réaliser). Cette enquête est analysée au regard des données médico-administratives collectées par l'ORU-MiP depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001 dans les 36 services d'urgence (SU) de la région.

### **Des données représentatives de l'activité habituelle des SU en Midi-Pyrénées**

Les 9 SU ont été retenus en tenant compte des spécificités des milieux urbains, périurbains et ruraux et des caractéristiques des SU : 6 SU d'établissements publics et 3 SU d'établissements privés, 4 Services d'Accueil des Urgences (SAU) et 5 Unités de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (Upatou).

Sur la semaine du 10 au 17 mars 2003, 1 892 questionnaires ont pu être recueillis et l'échantillon est représentatif des urgences non vitales (CCMU 1 et 2) accueillies dans les services d'urgence de Midi-Pyrénées [1, 2].

*Quelle place pour les usagers dans les urgences ?*

Service d'urgence	Statut établ.	Type SU	Milieu	Effectif	%
CH Figeac	Public	Upatou	Rural	114	6,0
CH Lavaur	Public	Upatou	Rural	162	8,6
CH Ariège Couserans	Public	Upatou	Rural	89	4,7
CHIC Tarbes Vic en Bigorre	Public	SAU	Périurb.	308	16,3
CH Montauban	Public	SAU	Périurb.	245	12,9
CHU Toulouse- Rangueil	Public	SAU	Urbain	347	18,3
Clin. de l'Union Toulouse	Privé	SAU	Urbain	279	14,8
Clin Pont de Chaume Montauban	Privé	Upatou	Périurb.	179	9,5
Clin. d'Occitanie Muret	Privé	Upatou	Urbain	169	8,9
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>1892</b>	<b>100</b>

*Tableau 1 : Nombre de patients enquêtés dans les 9 SU*

***Les principales caractéristiques concernant ces patients sont :***

- Les patients enquêtés sont jeunes ; l'âge moyen de l'échantillon est de 34 ans et 30 % des patients ont moins de 30 ans. 8 % des patients ont 75 ans et plus. Le sex-ratio est à 1,3.
- 70 % des patients sont venus aux urgences du lundi au vendredi, l'activité du week-end étant toujours proportionnellement plus importante. 88 % des patients ont été vus entre 8 h et 20 h, sachant que les pics d'activité se situent le matin vers 10 h et en fin d'après-midi.
- Les urgences traumatiques représentent 56 % des passages et sont liées deux fois sur trois à des accidents de sport et loisir

et à des accidents domestiques. Le diagnostic traumatique le plus fréquent est l'entorse de la cheville qui représente 14 % de ces passages.

- La pathologie non traumatique est avant tout rhumatologique, digestive et cardio-vasculaire.
- 37 % des patients ne bénéficient d'aucun acte aux urgences. Les actes réalisés, thérapeutiques dans 56 % des cas, sont principalement des actes de radiologie conventionnelle, la mise en place d'orthèses d'immobilisation et des parages de plaie.
- Les patients restent en moyenne 2 h aux urgences. A l'issue de la prise en charge, 13,2 % sont hospitalisés. La durée moyenne de passage augmente lorsque la pathologie présentée n'est pas traumatique, que le patient a bénéficié d'un acte diagnostic ou thérapeutique et qu'il est hospitalisé.

### **Les raisons de la venue des patients dans les SU sont multifactorielles**

#### ***Plus d'un patient sur trois vient aux SU après avoir bénéficié d'un avis médical***

- 40 % des patients sont venus aux urgences après avoir pris un avis médical. Cet avis est téléphonique dans 44 % des cas. Le SAMU a été sollicité dans 58 % des cas ; il représente moins d'un appel sur deux aux heures d'ouverture des cabinets médicaux, mais 71 % des appels lorsque les cabinets médicaux sont fermés. Pour 42 % des patients, la venue aux urgences fait suite à une consultation, du médecin généraliste dans 84 % des cas. Dans 14 % des cas, c'est une visite du médecin qui a précédé la venue aux urgences.
- 94 % de ces patients disent être adressés par leur médecin et 57 % ont un courrier à l'arrivée. 90 % des patients qui ont appelé le SAMU ont été amenés par un véhicule professionnel et dans 80 % des cas, il s'agit d'un véhicule des sapeurs pompiers.

## *Quelle place pour les usagers dans les urgences ?*

- L'âge et le type d'urgence sont deux facteurs qui interviennent sur le mode de recours aux urgences. Si seulement 29 % des patients de moins de 18 ans viennent après avis médical, ce pourcentage est à 84 % pour les patients de plus de 75 ans. Par ailleurs, la venue après avis médical est plus fréquente lorsque l'urgence est non traumatique, mais ce facteur est lié à l'âge des patients.
- Les trajectoires sont différentes en fonction du service d'urgence sollicité :
  - les patients se présentant dans les urgences d'un établissement public viennent plus souvent après un avis médical. Celui-ci est une fois sur deux téléphonique et pris dans 80 % des cas auprès du SAMU. Pour les patients se présentant dans les urgences d'un établissement privé après avis médical, celui-ci est à 65 % un contact médical (consultation ou visite) et les appels téléphoniques ne concernent le SAMU que pour 1 patient sur 4.
  - les patients en milieu urbain viennent plus souvent après avis médical, et le mode de recours à la médecine extrahospitalière pour ces urgences non vitales est variable selon le milieu de vie (tableau)

	% de venues après avis médical	Type de contact médical		
		Téléph. SAMU	Téléph. autre	Consult. ou visite
Milieu urbain	47,8	26,8 %	18,4 %	54,9 %
Milieu périurb.	35,8	30,2 %	16,8 %	53,1 %
Milieu rural	29,9	8,3 %	23,9 %	67,9 %

*Tableau 2 : Mode de recours à la médecine extrahospitalière avant l'arrivée aux SU*

### ***La petite traumatologie du sujet jeune vient directement aux urgences***

- 39 % des patients se présentent aux urgences sur décision personnelle. Les deux raisons les plus souvent évoquées sont le souhait d'une prise en charge adaptée et un médecin absent. Dans ce deuxième cas, la venue aux urgences ne

coïncide pas nécessairement avec les heures de fermeture des cabinets médicaux.

- 21 % des patients viennent sur décision d'une autre personne, essentiellement de la famille. Ce sont à 90 % des patients de moins de 18 ans.
- Ces deux catégories de patients présentent plus souvent une urgence traumatique survenue en dehors du cadre familial (accident du travail, de sport et loisir ou agression physique). Ils sont proportionnellement plus nombreux à ne pas avoir de médecin traitant (10 %). Les patients qui sont déjà venus dans un service d'urgence dans l'année précédant l'enquête ont plus tendance à revenir sans avis médical

### ***Les habitués des urgences y trouvent satisfaction***

- 31 % des patients sont venus dans un SU au cours des 12 derniers mois, essentiellement dans ce SU. Un quart de ces patients sont venus 2 fois ou plus.
- En première intention, pour le même problème clinique, 47 % des personnes interrogées retourneront dans ce SU, 33 % iront consulter un médecin non hospitalier principalement leur médecin traitant, 20 % évoquent la possibilité de se rendre dans un autre SU.
- Les patients qui envisagent de revenir dans le SU dans lequel ils ont été enquêtés sont préférentiellement ceux déjà venus dans un SU au cours des 12 derniers mois. La durée de passage semble influencer le choix de la réponse. Alors que la durée moyenne écoulée entre l'entrée dans les urgences et le début de l'interrogatoire n'est pas significativement différent, les patients dont la durée de prise en charge est plus importante évoquent la possibilité de s'adresser, le cas échéant, soit à leur médecin généraliste, soit à un autre SU. Les patients enquêtés dans un SU d'un établissement publics sont par ailleurs plus nombreux à évoquer une prise en charge dans un autre SU.

## **Quelles perspectives offrent ce travail ?**

Parallèlement à ce travail, deux études complémentaires ont été menées :

- Une analyse de l'offre de soins de ville dans les mêmes secteurs géographiques, afin de connaître la permanence de soins disponible.
- Une enquête prospective transversale par entretien téléphonique auprès d'un échantillon de médecins généralistes des mêmes secteurs géographiques avec pour objectif de définir l'implication du médecin dans l'offre de soins et ses ressentis vis-à-vis des raisons ayant amené leurs patients à se présenter dans un SU hospitalier.

La mise en perspective de ces trois études tentera de définir les situations assurant une meilleure permanence des soins hospitaliers dans la prise en charge des patients et vise à émettre des propositions en termes d'organisation et d'information des patients.

## **Bibliographie**

1. ORU-MiP. Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées en 2001. 76 p.
2. ORU-MiP. Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées en 2002. 140 p.

## **« Temps d'attente aux urgences »**

*État du chantier au 15 octobre 2003*

**Élisabeth BEAU**

### **Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH)**

L'objectif du chantier lancé par la MeaH en juillet 2003 est d'aborder les difficultés de fonctionnement des services d'Urgences sous l'angle des temps d'attente : à quoi sont-ils dus ? Peut-on les diminuer ? A quelles nouvelles modalités d'organisation pourrait-on faire appel pour y remédier ?

Deux sociétés de conseil ont été sélectionnées pour traiter ces questions sur huit sites hospitaliers : 2 CHU (Nice et Ambroise Paré), 4 CH (Argenteuil, Dunkerque, Montreuil sur Mer et Saint Malo), 1 PSPH (Saint Joseph Saint Luc à Lyon) et 1 établissement privé (Hôpital privé de l'ouest parisien à Trappes).

La première phase de l'étude, qui a duré 3 mois environ et qui a pris fin le 15 octobre 2003, avait pour but de quantifier le phénomène : calcul des temps élémentaires d'attente (accueil et orientation, enregistrement, consultation médecin, prescription d'exams et interprétation des résultats ...) ; repérage des goulots d'étranglement ; identification des "temps perdus" par le personnel,... l'idée étant de disposer d'un socle solide d'informations objectives et complètes, permettant la comparaison des établissements entre eux, afin de repérer les organisations les plus efficaces et de tenter de les transposer ailleurs.

Du point de vue méthodologique, l'option la plus intéressante a consisté à suivre le chemin critique des patients, c'est-à-dire les étapes bloquant l'avancement de leur traitement, donc génératrices de temps d'attente. Cette approche se focalise sur les temps qui retardent la sortie du patient, et prend implicitement en considération la notion de "temps cachés", ou de tâches concourantes. Par exemple, un patient attendant le résultat d'une radiologie, mais dont la décision d'hospitalisation

a été prise (sans ce résultat), ne verra pas incrémenter son "temps d'attente d'une radio", car cette attente n'est pas bloquante.

A l'issue de cette première phase, quelques premiers résultats peuvent être dégagés :

- les temps de passage totaux varient, en moyenne, du simple au double, d'un site à l'autre (de 1 h 35 à 3 h 30). Les courbes de distribution montrent qu'une attente supérieure à 2 h concerne de 30 à 60 % des patients selon les sites, et 15 % attendent plus de 5 h (dans presque tous les sites étudiés)
- les goulots d'étranglement, définis comme les étapes bloquant l'avancement du patient, apparaissent être :
  - l'attente d'un examen complémentaire (biologique ou imagerie), qui non seulement concerne, sur le chemin critique, une part élevée des patients (70 % environ), mais génère des temps d'attente relativement longs (de 45 min à 1 h 45);
  - l'interprétation du médecin qui concerne environ 60 % des patients et dure (en chemin critique) environ 35 min ;
  - l'avis du spécialiste demandé dans 10 à 20 % des cas et qui génère un temps supplémentaire d'attente de 30 à 60 min ;
  - l'attente d'un lit d'hospitalisation (en interne ou non) qui concerne environ 40 % des patients, et dure (chemin critique) de 20 min à 2 h en moyenne selon les établissements.

La suite des travaux consiste à prendre en compte dans l'analyse les caractéristiques médicales des patients car il est fort probable que les durées d'attente varient selon les types de malades (hospitalisés ou non, de pronostic vital jugé engagé ou non, d'âge supérieur à 75 ans ou non, arrivant le jour ou la nuit, ...).

D'autre part, derrière l'apparente convergence des schémas d'organisation observés dans les différents sites, se cachent en fait des particularités et des originalités dans le circuit de prise

*Quelle place pour les usagers dans les urgences ?*

en charge des patients ou dans le mode de coordination avec les services connexes, qui méritent d'être creusées, notamment en termes d'impact sur les temps d'attente.



## **Les usagers face aux services de secours d'urgence**

**Arnaud de BLAUWE**

**Rédacteur en chef adjoint magazine Que Choisir.**

En mai 2003, le magazine Que Choisir (environ 400 000 exemplaires/mois) publiait une enquête consacrée aux urgences préhospitalières, sous le titre "Le malaise des secours".

Plusieurs mois durant, l'auteur de l'article a enquêté auprès des Samu/Smur, des sapeurs-pompiers et des médecins (permanence des soins).

Pour les besoins de l'article, le magazine avait, au préalable, lancé un appel à témoignages auprès de ses lecteurs. A charge pour eux de relater leurs expériences - bonnes ou mauvaises - des secours d'urgence. Des dizaines de cas ont ainsi pu être exploités.

Si l'enquête publiée prenait bien soin de préciser que le niveau des urgences pré hospitalières françaises restait encore élevé, elle tirait néanmoins la sonnette d'alarme. Personnels médicaux trop peu nombreux, régulation médicale parfois débordée, absence d'évaluation régulière de la qualité des interventions effectuées, carences de la médecine libérale, lourdeurs administratives, flou dans le partage des tâches de chacun... : autant de constats préoccupants pour l'avenir de nos secours et donc des services rendus à l'utilisateur, celui-là même qui est la raison d'être des secours d'urgence !

Mais l'utilisateur, justement, n'est pas un acteur passif ! D'après tous les témoignages recueillis, il a désormais une approche plus consumériste de l'urgence. En d'autres termes, pour le public, les services de secours sont placés sur le même plan que les services après-vente (SAV) des fabricants d'électroménager avec tout ce qui en découle ! Un changement des mentalités qui, selon l'utilisateur, induit un autre effet : faire peser sur les urgences une obligation de résultat et non plus une seule obligation de moyen.

*Quelle place pour les usagers dans les urgences ?*

C'est ce défi qui doit être aujourd'hui relevé à une époque où la santé publique - dans toutes ses composantes - est au cœur des préoccupations des Français.

## **Quelle place pour les personnes âgées aux urgences ?**

**Georges ARBUZ<sup>8</sup>**

La question se pose différemment selon qu'il s'agit d'un hôpital d'une grande agglomération ou d'une ville petite ou moyenne. De l'observation de SAU (service d'accueil et d'urgences) d'hôpitaux importants, des rencontres avec les professionnels qui y travaillent, de la prise de connaissance d'études et de rapports concernant les services des urgences, on retient l'idée que l'accueil des personnes âgées aux urgences est source de difficultés tant pour les patients et leurs proches que pour les médecins et les soignants du service.

### **Premières impressions concernant les personnes âgées aux urgences**

Le contraste entre les lieux, modernes, fonctionnels, l'impression de compétence donnée par le personnel, la rapidité avec laquelle les « cas graves » (personnes en détresse vitale) sont pris en charge et le spectacle des personnes âgées installées tant bien que mal sur un brancard, dans la salle d'attente, à l'entrée ou dans un couloir, attendant d'être examinées, qu'un lit dans un service se libère, ou qu'une ambulance vienne les chercher pour une autre destination.

Ne justifiant que rarement une prise en charge immédiate, une longue attente est le lot de la majorité d'entre elles. Dans leur cas tout semble difficile, retentit sur le fonctionnement et l'état d'esprit des équipes qui disent « perdre du temps » dans le recueil des informations, la réalisation du diagnostic et surtout dans la recherche d'un lieu vers lequel orienter les patients après examen. (Nous a été constamment rappelé qu'un service d'urgences était un lieu de passage et que pour pouvoir accueillir de nouveaux patients il fallait impérativement libérer de la place,

---

<sup>8</sup> 33, rue des Alouettes, 75019 Paris, arbuz@club-internet.fr

trouver des lits de dégagement pour celles qui avaient été examinées).

Au delà de l'irritation, du temps perdu, notamment au téléphone en longs conciliabules, les professionnels des urgences expriment des sentiments de culpabilité face à des situations de détresse physique et psychologique qu'ils s'estiment impuissants à gérer.

### **Les difficultés de prise en charge des personnes âgées aux urgences**

Seront rappelées les circonstances présidant à l'arrivée des personnes âgées aux urgences, les difficultés rencontrées aux différents stades de leur prise en charge, les perturbations occasionnées au bon fonctionnement du service<sup>9</sup>.

Les Smur prenant en charge des personnes de plus en plus âgées<sup>10</sup>, en l'absence d'une modification de l'accueil et du suivi de ces patients, on peut prévoir pour l'avenir une augmentation de la fréquence des difficultés actuellement constatées.

### **Nature et importance des difficultés de prise en charge des patients âgés aux urgences**

Les difficultés relevées sont importantes et se situent dans des registres différents. Elles ne peuvent être résolues par le seul cercle des spécialistes des urgences.

Les observations concernant l'accueil des patients âgés constituent posent la question de l'adéquation entre un dispositif d'accueil et de soins et un groupe particulièrement sensible de la population.

---

<sup>9</sup> « *Le grand âge : chance ou difficulté* », G. Arbuz, R. Billon, R. Gonthier, E. Feldman, Seli Arslan, Paris 2003 p. 134 et suivantes

<sup>10</sup> Le rapport annuel de l'ORU-MiP portant sur l'activité des services d'urgence en 2002 indique que si plus de 25% des interventions primaires se font au profit des plus de 75 ans, en un an, la fraction des plus de 90 ans est passée de 1% de l'ensemble à 4,5%, (p. 46, 47).

Considérer ces difficultés non comme des accidents ou des fautes mais comme des sources d'innovation. Menée suffisamment en amont, leur analyse permet d'imaginer les évolutions à mettre en place pour les réduire et améliorer les conditions du fonctionnement des SAU.

La démarche permet aussi de formuler des suggestions sur l'évolution du rôle de l'observatoire régional des urgences dans la préparation et la mise sur pied de nouvelles procédures.

Son premier résultat est d'affiner notre connaissance des caractéristiques des patients âgés. Toutes les personnes admises ne posent des problèmes du même ordre aux urgences.

### **Le cas particulier des sujets âgés fragiles**

Le professeur Régis Gonthier (CHRU de Saint Etienne) propose de distinguer :

*Les fit elderly*, les seniors bien portants, personnes actives, bien insérées, autonomes et jouissant de bonnes capacités de communication. Elles constituent environ 50 à 55 % du groupe des plus de 75 ans. Admises à la suite d'un accident de santé, domestique ou de la voie publique, ces personnes ne posent pas de problèmes particuliers et suivent les filières habituelles de l'hospitalisation.

*Les too old, ou too sick*, trop vieux pour ...ou au pronostic vital en jeu. Ce groupe d'environ 5 à 10 % des plus de 75 ans regroupe des personnes dont l'état est tellement détérioré qu'il est sage de ne rien tenter sur le plan curatif. Elles sont envoyées à l'hôpital pour y mourir. Leur cas non plus ne soulève pas de difficultés particulières hormis celle de trouver une équipe et un lit pour les accueillir.

*Les frail elderly*, les personnes âgées fragiles, en équilibre précaire sur le plan physique psychologique et social. Il s'agit de personnes dépendantes, isolées, vulnérables, avec des limitations fonctionnelles, une réduction multi systémique des capacités, des pathologies plus fréquentes et multiples, une plus grande sensibilité psychique aux événements que l'adulte et qui

évoluent dans un environnement lui-même fragile. Ce sont ces personnes, qui constituent environ 40 % des sujets admis aux urgences, (voir le chapitre 8 de notre ouvrage p. 167 et suivantes) et dont le nombre va s'accroître sensiblement dans les prochaines décennies qui posent aujourd'hui le plus de problèmes.

Dans le cas des sujets âgés fragiles les problèmes évoqués concernent tout autant les difficultés rencontrées par le personnel des urgences pour les prendre correctement en charge, que les conséquences, souvent négatives pour les patients, d'une admission par la filière des urgences et d'une hospitalisation à partir de ce lieu d'activité.

Les résultats de notre recherche rejoignent les conclusions du livre blanc du syndicat national de gérontologie clinique<sup>11</sup>, dont nombre de constats et de propositions ont été repris par le ministère de la santé<sup>12</sup> pour élaborer un nouveau dispositif d'accueil et de suivi des sujets âgés fragiles.

### **Quel enseignement tirer de l'analyse des difficultés**

Pour les urgentistes l'accueil de ce groupe de la population ne correspond pas à la vocation du service<sup>13</sup>. Les sujets âgés fragiles constituent une gêne pour son bon fonctionnement et doivent être orientés vers d'autres structures d'accueil.

Pour les gériatres les personnes âgées fragiles devraient disposer d'une filière spécifique leur évitant les attentes et le circuit inadapté, sources de stress et d'aggravation de leur état de santé.

D'autres pistes méritent également réflexion notamment celle

---

<sup>11</sup> Syndicat National de Gérontologie Clinique, 49 rue Mirabeau, 75019 Paris

<sup>12</sup> Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique

<sup>13</sup> Rapport sur la médicalisation des urgences, septembre 1993, appelé rapport Steg,

Rapport sur la prise en charge préhospitalière des urgences, septembre 1994, appelé rapport Barrier

conduisant à distinguer l'urgence de la détresse<sup>14</sup> dans le cas du sujet âgé fragile

## **Urgence et détresse**

L'élément déclenchant du dispositif des urgences est l'occurrence d'un événement interne ou externe grave entraînant une brutale dégradation de la condition physique et physiologique de la personne et nécessitant une mobilisation la plus rapide possible de moyens destinés à arrêter la propagation du désordre, à mettre la personne en sécurité, à soutenir ou palier ses ressources vitales, à initier les procédures de réparation des conséquences de l'accident.

De préférence à la notion d'urgence c'est celle de détresse qui s'applique le mieux au sujet âgé fragile. Dans son cas il s'agit non d'un épisode soudain, imprévu mais d'un processus lent, progressif qui étreint peu à peu les ressources psychiques et physiques de la personne.

Les causes de l'état de fragilité des sujets âgés sont multiples. Celle-ci résulte non d'un événement subit mais d'un ensemble de processus opérant lentement, à bas bruit, entraînant une dégradation progressive des capacités physiques et psychologiques de la personne, un sentiment d'abandon, de solitude, d'impuissance. Compte tenu de leur fragilité une prise en charge aux urgences ne peut leur apporter que des solutions partielles comparées aux risques de perturbation et de stress ainsi générés.

D'où l'importance des démarches préventives préconisées dès 1977 par Sir Ferguson Andersen<sup>15</sup> compte tenu des caractéristiques de ce groupe de la population.

---

<sup>14</sup> Urgence vient du verbe latin *urgere* : pousser, presser, le mot signifie la nécessité d'agir vite Est urgent ce qui résulte d'un événement subit, un accident, modifiant d'une façon soudaine l'état physiologique d'une personne. Détresse a comme racine *stringere*, étreindre, entourer en serrant étroitement.

<sup>15</sup> Sir Ferguson Anderson : «Les Aspects préventifs de la gériatrie», Revue de Gériatrie n°3, juin 1977, p. 245-250

## **Conclusion**

L'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité (evsi) fait que l'âge ne doit pas être le critère discriminant pour décider de l'envoi aux urgences d'une personne âgée. Au même titre que les adultes, les *fit elderly* doivent pouvoir y être envoyés à la suite d'un accident domestique ou de santé.

En revanche dans le cas des sujets âgés fragiles une démarche préventive, devrait être systématiquement proposée de façon à intervenir le plus amont possible en prenant en compte les facteurs médico-sociaux à l'origine de la fragilité, éviter ainsi à la personne le stress de l'hospitalisation en urgence.

Une telle démarche de santé publique, outre les bénéfices attendus pour les patients, permettrait de réduire d'une façon importante l'encombrement des urgences ainsi que les coûts induits par les hospitalisations prolongées dans de mauvaises conditions de ces patients.

## Table ronde

### *Quelle place pour les usagers dans les urgences ?*

**Daniel FERNANDEZ**

**URCAM Midi-Pyrénées**

La bonne prise en charge des urgences ne peut résulter que d'un plan d'action global et cohérent impliquant l'ensemble des acteurs sanitaires.

Dans cette optique, il est nécessaire de mettre en perspective l'organisation hospitalière et libérale des soins.

En particulier, l'interface avec la médecine de ville, l'organisation de la permanence des soins, la régulation libérale des appels en coordination étroite avec le SAMU est un élément important, au même titre que l'organisation hospitalière.

Les questions liées à l'organisation générale des soins (préventifs/curatifs) ont un rôle également essentiel :

- Maisons médicales de garde ou plus largement « maisons de santé »,
- Organisation en réseau en amont et en aval de l'urgence,
- Réflexions sur les territoires pertinents d'action,
- Prise en charge préventive et sociale.

L'éducation du public est enfin à développer.

L'évaluation des urgences doit donc prendre en compte l'ensemble de ces volets en concertation étroite entre tous les acteurs concernés.



## Table ronde

### *Quelle place pour les usagers dans les urgences ?*

*Nous avons souhaité par cette enquête mieux connaître les usages et difficultés concernant l'utilisation par les médecins généralistes de l'outil téléphone dans leur relation avec les médecins des urgences. Nous considérons ici le médecin généraliste en tant qu'utilisateur du SAU dont il bénéficie des services pour sa clientèle.*

### **Évaluation des relations téléphoniques entre les médecins généralistes et le service d'accueil des urgences.**

**H JUCHET, G MEHVARI, D LAUQUE**

**Département des Urgences – CHU Toulouse**

Un questionnaire a été envoyé aux 800 médecins qui ont envoyé au moins une fois un patient au SAU dans l'année 2001 (parmi eux, 150 tirés au sort ont fait l'objet d'une enquête au cabinet). 133 médecins ont été visités au cabinet et 225 ont renvoyé le questionnaire. 92 % des médecins utilisent le téléphone avant d'envoyer leur patient au SAU, dont 52,5 % le font systématiquement. 78 % le font pour s'assurer de la possibilité de prise en charge du patient et 75,5 % par souci de confraternité, 38,3 % pour apporter un élément par rapport au courrier. 49 % ont déjà essayé un refus d'admission, le plus souvent justifié par la charge de travail du SAU (91 %) mais aussi pour des cas considérés « non urgents » par l'urgentiste (9 %). Près de 60 % des médecins n'ont pas reçu d'informations de la part du SAU pour leurs patients en 2001 alors qu'ils sont 78 % à souhaiter être contactés pendant la prise en charge. 54,4 % des médecins sont satisfaits (ou très) pour la facilité d'avoir l'urgentiste, 65 % pour sa disponibilité, 78 % pour sa capacité d'écoute, 89 % pour sa compétence. Les difficultés sont un délai d'attente excessif au téléphone pour 71,2 % des médecins interrogés, un interlocuteur difficilement identifiable dans 34,6 % des cas, un interlocuteur non adapté dans 10 % des cas. 26 % des médecins n'ont aucune difficulté. Les propositions pour améliorer les relations seraient l'envoi d'un courrier électronique sécurisé (60 %) qui contiendrait le diagnostic de sortie (68 %), l'orientation (62 %) et le traitement d'urgence

*Quelle place pour les usagers dans les urgences ?*

(61 %), un portable pour l'urgentiste avec numéro direct (51 %) ou un accès au dossier informatisé du patient (48 %).

**Conclusion.** Ces résultats ont fait l'objet d'actions de sensibilisation des personnels et d'une réflexion sur la possibilité d'exporter automatiquement un courrier électronique à partir du dossier informatisé des urgences.

## Table ronde

### *Quelle place pour les usagers dans les urgences ?*

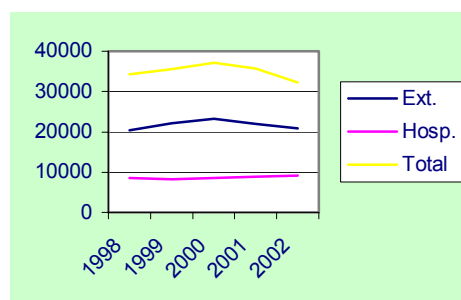
## Thierry CHEREAU

### Urgences – CH Vichy

Le service d'accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Vichy reçoit chaque année environ 35 000 patients. Une observation statistique des 5 dernières années (1998-2002) nous montre une augmentation du nombre total des admissions jusqu'en 2000, puis un infléchissement net les 2 années suivantes, qui semble, au vu des statistiques 2003, se stabiliser.

L'évolution de ce flux peut être la conséquence d'une nette augmentation (+10,2 %) en 2001-2002 des patients restant hospitalisés après leur passage aux Urgences. Ces malades hospitalisés mobilisant personnel et places, semblent porter préjudice à l'offre de soin des autres patients, dits "externes", ce qui tend finalement à une autorégulation

du flux total (augmentation des hospitalisés, diminution des patients externes à cause de temps d'attente trop longs aux Urgences).



De ce constat, il devient possible d'affirmer qu'une alternative à l'hôpital est légitime pour un grand nombre de patients.

Au-delà du renforcement du rôle des médecins de proximités, au-delà de la création de filières de soins spécialisés ou de celles de centres de consultations et de soins non programmés en préhospitalier, nous suggérons :

- Un **renforcement de l'information** aux usagers pour modifier leur comportement.
- Une éducation de la population à tous les stades de la vie, par une **meilleure formation "médico-civique"**.
- Le recours à des **CALL CENTERS**, centres de réponses téléphoniques aux usagers pour des conseils d'orientation, à distinguer des SAMU-Centre15 et pouvant être financé par l'assurance maladie ou les mutuelles.



## Table ronde

### *Quelle place pour les usagers dans les urgences ?*

## **Patients ou impatients ? Pourquoi le service d'urgence (SU) ? Pourquoi pas le médecin généraliste (MG) ?**

**Frédéric THYS et collaborateurs**

**Urgences – Cliniques Universitaires Saint-Luc - Bruxelles**

Les services d'urgences sont sollicités par un nombre croissant de patients. En moyenne, 10 à 15 % des patients sollicitant le SU pourraient être pris en charge par leur médecin traitant. Nous avons voulu comprendre les raisons qui poussent les patients à s'adresser directement au SU plutôt qu'à leur MG.

**Méthode.** Un questionnaire anonyme a été déposé dans les salles d'attente de plusieurs MG travaillant autour de notre institution. Celui-ci comportait une série de questions à choix multiples et ouvertes concernant la visite éventuelle d'un SU durant l'année 1999 et les raisons qui ont motivées cette visite. Le questionnaire était renvoyé via une enveloppe anonyme et préimbrée à l'investigateur.

**Résultats.** Sur 100 questionnaires déposés, 45 sont revenus. 97.4 % des patients ayant répondu avaient consulté un SU durant l'année 1999 (56.8 % pour un accident, 43.2 % pour une maladie) et pour 45.9 % d'entre eux durant les heures de consultation de leur MG. Les raisons évoquées en priorité sont par ordre décroissant : "Vraie urgence"(58.1 %), "MG ne possèdent pas le matériel nécessaire"(45.2 %), "Prise en charge plus rapide" (41.9 %), "Angoisse majeure" (35 %), "Cas dépassant la compétence du MG"(29 %). La majorité (83.8 %) n'a pas contacté son MG avant de se rendre aux urgences. La majorité sont fidèles à leur MG.

**Conclusions.** La morbidité ressentie et la méconnaissance des compétences du MG semblent être à l'origine du recours en première intention de 10 à 15 % de patients du SU. Une information ciblée et une éducation à l'utilisation des ressources devrait permettre une réorientation de ces patients auprès de leur médecin traitant.



## Table ronde

*Quelle place pour les usagers dans les urgences ?*

### **L'usager est-il un citoyen à part entière ?**

**Emmanuel FORICHON**

**DRASS Midi-Pyrénées**

Du fait de sa dépendance vis-à-vis du système de soins, l'usager d'un service des Urgences peut-il se percevoir comme un citoyen à part entière ? Diminué dans ses fonctions physiques, psychiques et sociales, est-il en mesure d'assumer son autonomie et sa responsabilité ? A fortiori, s'il s'agit d'une personne en situation de vulnérabilité ou de précarité.

Un responsable des urgences a rapporté ici, il y a quelques années dans un colloque sur la qualité des soins, le récit de deux décès de SDF survenus à quelques semaines d'intervalle dans son service. Ce qui avait conduit son équipe à réviser radicalement son attitude vis-à-vis de certains patients qui n'étaient pas tout à fait pris en charge comme les autres. Cette révision s'était traduite simultanément par une amélioration des conditions d'accueil et de l'ambiance du service. Ainsi ce qui était bon pour les usagers s'était avéré profitable pour les professionnels.

En fait, la discrimination fortuite est si répandue que toutes les politiques et toutes les organisations de santé devraient être considérés comme potentiellement (bien que non intentionnellement) discriminatoires jusqu'à preuve du contraire, à charge pour elles d'affirmer et de faire en sorte de prendre en compte le respect des droits de la personne.

Pennef en son temps a montré comment les hiérarchies sociales se reproduisent à l'intérieur de l'organisation hospitalière suivant les lignes de partage des différentes catégories professionnelles, induisant de subtiles gradations dans les modalités de prise en charge selon les origines sociales des patients. Jonathan Man nous a invité à considérer les droits de la personne comme « un cadre, un vocabulaire et un guide pour l'analyse et pour la réponse directe aux déterminants sociétaux de la santé plus utile que n'importe quel cadre de référence hérité de la tradition biomédicale ou de santé publique passée »



## 2<sup>ème</sup> forum national sur l'évaluation des urgences

**O.R.U.MIP**

Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées

[www.oru-mip.fr](http://www.oru-mip.fr)



Hôpitaux de Toulouse

[www.chu-toulouse.fr](http://www.chu-toulouse.fr)

### ORU-MiP

Hôtel-Dieu Saint-Jacques  
2 rue Viguerie TSA 80035  
31059 TOULOUSE cedex 9

☎ 05 61 77 87 43 ☎ 05 61 77 87 26 ✉ [orumip@oru-mip.fr](mailto:orumip@oru-mip.fr)



[www.samu-de-france.com](http://www.samu-de-france.com)



[www.sfmf.org](http://www.sfmf.org)



Collège Midi-Pyrénées de Médecine d'Urgence

[www.cmpmu.org](http://www.cmpmu.org)

COLLEGE NATIONAL DE L'INFORMATION  
MEDICALE  
**CNIM**

[www.cnim.org](http://www.cnim.org)

Forum organisé avec le soutien éducatif des laboratoires



Pharma