

JOURNÉES MÉDICALES DE HAUTE-
ALSACE

LES SERVICES D'URGENCE

Dr Loïc LAVAILL

Praticien hospitalier

SAMU-SMUR Urgences UHTCD

Hôpital Emile Muller Mulhouse - GHRMSA



SERVICES D'URGENCE

**COMMENT AMÉLIORER LES
RELATIONS ?**

UNE MÉCONNAISSANCE RÉCIPROQUE...

- ▶ Deux mondes « parallèles »
 - ▶ Avec leurs contraintes, mais surtout leurs limites
 - ▶ Qui au mieux s'ignorent, mais au pire s'affrontent
- ▶ Concourant tous deux aux soins de premier recours
 - ▶ Tous deux constituent des portes d'entrées vers le monde de la santé
 - ▶ Tournées fondamentalement vers l'extérieur, alors qu'il est de plus en plus difficile d'accéder aux soins

DES CONTRAINTES ET DES LIMITES PARTAGÉES

- ▶ Paupérisation de la population
 - ▶ Accès à des soins sans dépassements
 - ▶ Attente du dernier moment pour se faire prendre en charge
 - ▶ Méconnaissance complète du système de santé
 - ▶ Méfiance (voire défiance) envers le corps médical
 - ▶ Impossibilité de faire face à des charges d'hébergement (en EHPAD notamment)

DES CONTRAINTES ET DES LIMITES PARTAGÉES

- ▶ Vieillesse de la population
 - ▶ Augmentation de la demande en soins médicaux
 - ▶ Limitation de l'offre de soins en termes d'hébergement
 - ▶ Déstructuration complète de l'offre de soins hospitalière
 - ▶ Refus culturel (voire culturel) d'envisager la fin de vie jusqu'au dernier moment

DES CONTRAINTES ET DES LIMITES PARTAGÉES

- ▶ Une demande de soins plus forte
 - ▶ Libéralisation de l'accès aux « ressources médicales », de qualité diverse, sur l'internet
 - ▶ Séries TV et films médicaux montrant des stratégies diagnostiques totalement démesurées et incohérentes
 - ▶ Praticiens de toutes disciplines s'accordant pour dire que les soins sont désormais un nouveau bien de consommation
 - ▶ L'accès aux plateaux techniques est désormais un « droit », plaçant le prescripteur en position de rabat-joie dans le festival de l'hypocondrie

DES CONTRAINTES ET DES LIMITES PARTAGÉES

- ▶ Un accès aux ressources médicales plus complexe
 - ▶ Démographie médicale en chute libre
 - ▶ Nouvelles modélisations de la rémunération de l'exercice médical, privilégiant une approche macro-économique
 - ▶ Techniques diagnostiques modernes de moins en moins « rentables », car nécessitant un coût d'investissement élevé pour une rémunération gelée depuis plusieurs années

DES VALEURS COMMUNES

- ▶ Soins de premier recours
 - ▶ « Porte d'entrée » dans le monde de la santé
 - ▶ Accès facilité pour les patients
- ▶ Permanence des soins
 - ▶ Gardes et astreintes de nuit
 - ▶ Régulation des appels au centre 15

DES VALEURS COMMUNES

- ▶ Soins d'urgence
 - ▶ Premier effecteur sur les lieux lors de détresses vitales
 - ▶ Présents dans les « moments forts » de la vie de nos patients
 - ▶ Organisation du chaos médical
- ▶ Problématiques pluri-disciplinaires
 - ▶ Trait d'union entre les disciplines médicales
 - ▶ Ainsi qu'avec l'ensemble des autres professionnels de santé, les acteurs sociaux, ...

UNE MÉCONNAISSANCE RÉCIPROQUE

- ▶ DES de médecine générale
 - ▶ Tronc commun à l'ensemble des praticiens de médecine générale et de médecine d'urgence
 - ▶ Maquette commune, comprenant un stage en médecine ambulatoire pour tous
 - ▶ Comprend également un stage en service d'urgence pour adultes pour tous
 - ▶ Durée minimale de six mois pour les internes (et notamment pour ceux s'inscrivant dans des formations complémentaires)

UNE MÉCONNAISSANCE RÉCIPROQUE

- ▶ DES de médecine générale
 - ▶ Existe depuis 2004 (premières inscriptions à l'OM en 2007, donc « seulement » dix ans de recul)
 - ▶ Maquette souple, autorisant un stage libre et un stage professionnalisant (SASPAS)
 - ▶ Modification complète de la morphologie de la maquette des internes en fonction des choix opérés sur les deux stages
 - ▶ Au total 33% de variabilité forte entre les futurs praticiens (sans même évoquer la diversité des choix entre les terrains de stages de médecine adulte)

UNE MÉCONNAISSANCE RÉCIPROQUE

- ▶ DESC de médecine d'urgence
 - ▶ Diplôme sur deux ans, en fin de cursus
 - ▶ Pouvant être cumulé parfaitement avec le DES de médecine général
 - ▶ Attribuant une qualification complémentaire d'exercice au praticien
 - ▶ Indispensable pour l'exercice en médecine d'urgence (plus de dérogations au sens du CSP pour les MAR ou les réanimateurs)

UNE MÉCONNAISSANCE RÉCIPROQUE

- ▶ DESC de médecine d'urgence
 - ▶ Dépôt des dossiers en début de 3ème semestre, avec recrutements fermes au cours du 4ème semestre
 - ▶ Maquette « contraignante » malgré tout, comprenant un stage au CHU (obligatoire)
 - ▶ Semestre urgences adultes
 - ▶ Semestre urgences pédiatriques
 - ▶ Semestre réanimation médicale (ou équivalent)
 - ▶ Semestre SAMU (régulation) et SMUR

UNE MÉCONNAISSANCE RÉCIPROQUE

- ▶ DES de médecine d'urgence
 - ▶ Nouvelle organisation du troisième cycle des études médicales
 - ▶ Filiarisation des anciens DESC, avec création de DES et de co-DES
 - ▶ Maquette professionnalisante avec la mise en place de « phases » de l'apprentissage
 - ▶ Ensemble applicable au DESC de médecine d'urgence

UNE MÉCONNAISSANCE RÉCIPROQUE

- ▶ DES de médecine d'urgence
 - ▶ Maquette en quatre ans
 - ▶ Phase socle : un semestre en SU puis un semestre en médecine d'aval des urgences (MI, gériatrie, médecine poly)
 - ▶ Phase d'approfondissement : un semestre en SU pédiatrique (ou pédiatre avec urgences), un semestre en SAMU-SMUR, un semestre en réanimation/USI, un semestre libre
 - ▶ Phase de consolidation : un semestre en SU et un semestre en SAMU/SMUR dans la même structure

UNE MÉCONNAISSANCE RÉCIPROQUE

- ▶ Au total, et malgré un socle commun, une variabilité importante dans les maquettes des formations
- ▶ Et des aspirations fondamentalement différentes en termes de mode d'exercice
 - ▶ Basées sur une séparation virtuelle mais délibérément entretenue
 - ▶ Entre l'hôpital et la médecine ambulatoire
 - ▶ Mais à qui le crime profite-t-il ?



SERVICES D'URGENCE

ORGANISATION D'UN SU

RÉGULATION MÉDICALE

- ▶ Premier maillon de la prise en charge en urgence
- ▶ Mise en relation entre le requérant et un médecin régulateur
- ▶ Identification de la demande d'aide médicale urgente
 - ▶ Permanence de soins ambulatoires
 - ▶ Aide médicale urgente

EFFECTEURS DU SAMU

▶ Transport

- ▶ Transporteurs sanitaires : Ambulances de Soins et de Secours d'Urgence
- ▶ SDIS : Véhicules de Secours et d'Assistance aux Victimes

▶ Médicalisation

- ▶ Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
- ▶ SDIS : Médecins et Infirmiers Sapeurs-Pompiers
- ▶ Effecteurs libéraux

STRUCTURES D'URGENCE

- ▶ Accueil commun des patients
- ▶ Choix de la structure
 - ▶ Libre-choix du patient (moyens propres vs vecteurs sanitaires)
 - ▶ Pathologie du patient, capacités de l'établissement, critère de proximité

STRUCTURES D'URGENCE

- ▶ Groupe hospitalier du territoire 4
 - ▶ Structure atypique, du fait de l'existence du GHRMSA
 - ▶ Etablissement support : hôpital Emile Muller, Mulhouse
 - ▶ GHRMSA : SU Mulhouse, SU Altkirch, SU St-Louis, polyclinique Thann
 - ▶ FMD : SU Diaconat Fonderie
 - ▶ CH Pfastatt : polyclinique de Pfastatt

STRUCTURES D'URGENCE

- ▶ GHRMSA Emile Muller
 - ▶ Environ 55 000 passages par an (150 patients /jour)
 - ▶ En constante augmentation
 - ▶ Accueil des patients CCMU 1 à 5
 - ▶ Ensemble des spécialités sur site (réanimation, cardiologie, neurologie, spécialités médicales et chirurgicales, obstétrique et pédiatriques)

STRUCTURES D'URGENCE

- ▶ GHRMSA Thann
 - ▶ Réouverture prévue début mai
 - ▶ Polyclinique médico-chirurgicale
 - ▶ Accueil des patients CCMU 1 à 3, de 8h30 à 20h30
 - ▶ Possibilités d'hospitalisation sur site et sur les autres établissements du GHRMSA, en sortie de la polyclinique

STRUCTURES D'URGENCE

- ▶ GHRMSA Altkirch
 - ▶ Environ 15 000 passages par an (40 patients /jour)
 - ▶ Accueil des patients CCMU 1 à 5
 - ▶ Possibilités larges sur site, comprenant les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique
 - ▶ Unité de soins continus de médecine sur site

STRUCTURES D'URGENCE

- ▶ GHRMSA St Louis
 - ▶ Environ 22 000 passages par an (60 patients /jour)
 - ▶ Accueil des patients CCMU 1 à 5
 - ▶ Hospitalisation dans les services de médecine et de chirurgie sur site, ainsi que sur les autres sites du GHRMSA
 - ▶ Unité de soins intensifs de cardiologie

EQUIPES MÉDICALES DE TERRITOIRE

- ▶ Mutation profonde du mode d'exercice de la médecine d'urgence
- ▶ Possibilité de réaliser un exercice sur plusieurs sites autorisés pour la médecine d'urgence
- ▶ Réalisable sous plusieurs conditions
 - ▶ Effectifs satisfaisants, permettant de respecter le « maximum » réglementaire total (fixé récemment à 39h hebdomadaires)
 - ▶ Tout en maintenant un exercice principal sur l'un des sites

FILIÈRES INTERNES AU SU

- ▶ Accueil du patient
 - ▶ Premier contact du patient avec une structure d'urgence
 - ▶ Invariable quelque soit le mode d'entrée du patient
 - ▶ Agent d'accueil : démarches administratives
 - ▶ Infirmier d'accueil et d'orientation : évaluation clinique du patient, paramètres vitaux, évaluation sur l'échelle CCMU et triage

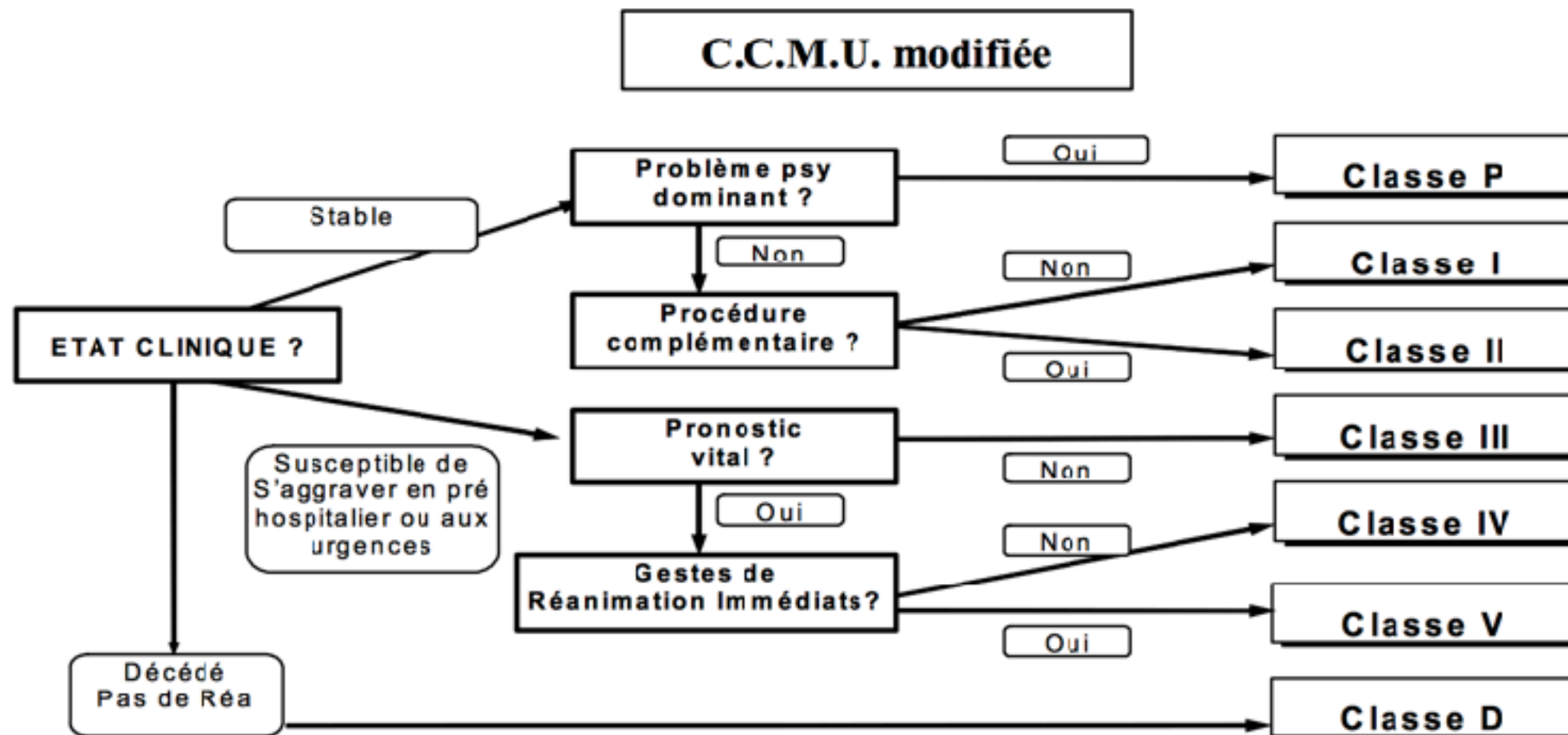
CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES AUX URGENCES

- ▶ Permet d'attribuer un ordre de triage aux patients
- ▶ En fonction d'algorithmes de triage
- ▶ Evaluation initiale influant directement sur le temps d'attente des patients
 - ▶ Les patients les plus graves sont toujours pris en charge en priorité
 - ▶ Quelque soit leur mode d'arrivée
 - ▶ Augmentation du temps d'attente sur les patients les moins graves : prises en charges plus lourdes, et recul de l'ordre de passage

CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES AUX URGENCES

- ▶ CCMU1 : état lésionnel et/ou pronostic jugés stables, pas d'actes thérapeutiques ou diagnostiques
- ▶ CCMU2 : état lésionnel et/ou pronostic jugés stables, actes thérapeutiques et/ou diagnostiques
- ▶ CCMU3 : état lésionnel et/ou pronostic pouvant s'aggraver au SU sans mise en jeu du pronostic vital
- ▶ CCMU4 : situation engageant le pronostic vital et/ou fonctionnel sans nécessiter la mise en œuvre de moyens de réanimation
- ▶ CCMU5 : situation engageant le pronostic vital et/ou fonctionnel et nécessitant la mise en œuvre de moyens de réanimation

CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES AUX URGENCES



Evaluation à réaliser à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique qui peut comprendre aussi :

E.C.G, Spo2, glycémie capillaire, Hématocrite par micro-méthode.

FILIÈRES INTERNES AU SU

- ▶ Amélioration de la fluidité des passages, en séparant les flux de patients selon leur gravité
- ▶ Secteurs géographiques séparés au sein du service
- ▶ Filière « consultation »
 - ▶ CCMU 1 à 3
 - ▶ Fast-track pour patients ambulatoires, nécessitant ou non la réalisation d'examens
 - ▶ Pas nécessairement d'indication d'hospitalisation d'emblée

FILIÈRES INTERNES AU SU

- ▶ Filière « examens »
 - ▶ CCMU 2 à 4
 - ▶ Mise en œuvre de moyens diagnostiques lourds (imagerie) et/ou réalisation de soins de nursing
 - ▶ Potentielle indication d'hospitalisation à l'issue de la prise en charge
 - ▶ Possibilité de réaliser une surveillance continue

FILIÈRES INTERNES AU SU

- ▶ Filière « urgences vitales »
 - ▶ CCMU 4 et 5
 - ▶ Mise en œuvre de moyens thérapeutiques et diagnostiques lourds, avec des soins de réanimation
 - ▶ Surveillance continue systématique, ventilation artificielle, ...
 - ▶ Soins réalisés dans des salles spécifiques (salles d'accueil des urgences vitales -SAUV-)

AVAL DES STRUCTURES D'URGENCE

- ▶ Saturation complète des capacités hospitalières, à l'échelon national
- ▶ Assortie de politiques de restrictions financières conduisant à des « études capacitaires », dont l'objectif est de restreindre encore ces capacités déjà saturées
- ▶ Particulièrement vrai sur le territoire 4

AVAL DES STRUCTURES D'URGENCE

- ▶ Saturation des lits d'aval entraînant des problématiques lourdes pour les patients
 - ▶ Prolongation des temps d'attente, parfois sur des brancards
 - ▶ Saturation des structures d'urgence
 - ▶ Hébergements dans des services ne relevant pas de la spécialité « désignée » pour la prise en charge du patient
 - ▶ Retours à domicile contraints par absence de solutions hospitalières pour les patients (« no-bed challenge »)

AVAL DES STRUCTURES D'URGENCE

- ▶ Et un impact lourd sur les équipes
 - ▶ Incompréhension des patients et des familles, entraînant au mieux l'agacement mais au pire des agressions
 - ▶ Insatisfaction des soignants par rapport à la qualité de la réponse médicale à la détresse de nos patients
 - ▶ Evolution dans un milieu professionnel jugé « hostile » (horaires, promiscuité, saturation, agressivité latente, ...)
 - ▶ Situations d'épuisement professionnel érigées en un « art de vivre » aux urgences, reconnaissance difficile de la pénibilité

AVAL DES STRUCTURES D'URGENCE

- ▶ **Projet médical partagé**
 - ▶ Evolution des pratiques
 - ▶ Ayant pour objectif de garantir à tout patient pris en charge sur tout point du territoire une prise en charge optimale
 - ▶ Avec un accès à l'ensemble des lits de MCO disponibles à l'échelle du territoire
- ▶ Cohérence géographique devant être privilégiée, mais parfois impossible à respecter du fait des contraintes

FILIÈRES D'ACCÈS DIRECT

- ▶ Urgences cardiologiques
 - ▶ Accueil direct en service de cardiologie, pour réalisation de soins de spécialité (échographie, épreuve d'effort, angioplastie d'urgence, ...)
 - ▶ GHRMSA Emile Muller : unité de douleur thoracique et unité de soins intensifs de cardiologie
 - ▶ FMD Diaconat Fonderie : urgences cardiologiques et unité de soins intensifs de cardiologie

FILIÈRES D'ACCÈS DIRECT

- ▶ Urgences neurologiques
 - ▶ Patients présentant des symptômes déficitaires compatibles avec une pathologie neuro vasculaire
 - ▶ Réalisation d'examens spécifiques (IRM cérébrale à l'arrivée du patient, écho-Doppler des TSA) et de thérapeutiques le cas échéant (thrombolyse IV/IA/mécanique)
 - ▶ GHRMSA (Emile Muller) : unité de neurologie vasculaire

AUTRES FILIÈRES

- ▶ Urgences pédiatriques
 - ▶ Service lié à un pôle de pédiatrie
 - ▶ Accueil H24 des enfants présentant des pathologies médicales (les prises en charges chirurgicales étant effectuées sur le site Emile Muller)
 - ▶ GHRMSA, hôpital du Hasenrain (bientôt Emile Muller)