
Prise en charge de l'urgence chirurgicale au Département d'Accueil et de Traitement des Urgences du CHU de CAEN

Présentation de l'activité et des réflexions quant aux choix effectués au sein de ce département

J L Condamine ¹, P Ségol ²

¹ Chef du département d'accueil et de traitement des urgences
CHU de Caen

² Chef du service de chirurgie digestive
CHU de Caen

Présentation du département

Le Département d'Accueil et de Traitement des Urgences du CHU de CAEN (D.A.T.U.) a été créé en juillet 1997, il regroupe les unités fonctionnelles :

- de chirurgie
- de médecine
- d'anesthésie réanimation chirurgicale.
- de psychiatrie
- depuis le mois d'août 2001, une unité d'hospitalisation de courte durée. (U.H.C.D.)

Comme on le voit d'emblée nous avons choisi une option de filière spécifique de prise en charge des patients : filière médicale ou chirurgicale.

Le premier rôle assigné au département et celui de la coordination des activités d'urgence au sein du CHU avec comme objectifs :

- d'améliorer les relations entre les différents intervenants de l'urgence,
- d'optimiser le fonctionnement des unités fonctionnelles du département
- de répondre à la demande des services receveurs.

Ce travail de coordination des différents acteurs de l'urgence comporte aussi une coordination avec les services spécialisés, comme l'imagerie, et les laboratoires avec pour objectif l'amélioration des délais de transfert des résultats.

Le deuxième axe de cette coordination au sein du CHU, est celui de la coordination avec les services receveurs. Il est fondamental et nous y reviendrons à plusieurs reprises dans cet exposé, que le département d'urgence travaille en étroite collaboration avec les services qui vont accueillir les patients vus aux urgences. Il existe au sein du CHU un collège de médecine, un collège de chirurgie, et un collège de l'urgence. Ceux-ci regroupent des praticiens de

différentes spécialités. Le collège de l'urgence regroupe les représentants du personnel médical, para-médical, de l'administration, du D.A.T.U. et des services. Par ailleurs nous avons mis en place un programme de formation des médecins d'urgence avec différents médecins spécialisés.

A côté de la mission de coordination, la formation est une des missions fondamentales du Département. Cette formation est destinée au personnel du département, aux étudiants hospitaliers, aux résidents de médecine générale. Celle-ci est importante puisque le D.A.T.U. est le seul service formateur régional pour les résidents, les internes de spécialité. Les médecins du département participent à l'enseignement de la capacité de médecine d'urgence et ceci est important.

La troisième mission du département est celle de l'évaluation. Nous observons une croissance continue du flux des patients et il est important d'avoir des outils d'évaluation performants permettant d'avoir une connaissance précise de nos flux de passage, une analyse de la qualité de nos prestations afin de pouvoir améliorer les conditions de travail et de soins. Ceci passe par un système d'informatisation en temps réel du département qui doit être mis en place dans les deux ans à venir.

Les effectifs du D.A.T.U.

En ce qui concerne l'effectif médical : nous disposons de 7 postes de praticien hospitalier temps plein avec deux postes vacants, et de 11 postes de praticien hospitalier contractuel dont 3 sont vacants. Pour les médecins en formation nous disposons de 10 postes de résidents, un poste d'interne de spécialité validant chirurgie générale et orthopédie traumatologie, 18 étudiants hospitaliers.

Une première réflexion peut être portée sur le nombre de postes vacants, qui correspond bien à la situation nationale, avec actuellement une pénurie de recrutement des médecins formés et en particulier des médecins urgentistes.

En ce qui concerne les effectifs para-médicaux : plus de 130 personnes avec un maximum pour les postes d'infirmières et d'aides-soignantes. (Tableau 1)

Infirmier Surveillant Chef	1
IBODE Surveillant	1
Infirmier Surveillant	5
IBODE	11
Infirmier	33
Aide-soignant	39
Intendant	1
ASH brancardier	24
ASH	6
Secrétaire médicale	2
Adjoint administratif	2
Assistante socio-éducative	1
Total	126

Tableau 1
Les effectifs paramédicaux

Tout ceci aboutit à un département qui regroupe plus de 160 personnes.

Nous nous attacherons à détailler un peu plus l'organisation de la filière chirurgicale. L'accueil des patients réalisé 24h/24, est fait par un médecin urgentiste et un interne de spécialité, assumant "la garde de porte". Un médecin senior de chacune des disciplines est de garde 24h/24, sur place pour l'orthopédie et le digestif, en astreinte ou en 1/2 garde pour les autres, vasculaire, neurochirurgie, ORL, stomatologie et ophtalmologie. Il existe une astreinte de chirurgie de la main.

Les consultations de suivi des patients non hospitalisés qui regroupent essentiellement des patients relevant de la traumatologie sont assurées par nos collègues du service d'orthopédie au sein du D.A.T.U.

Activité

Le D.A.T.U. a accueilli en 2001, 56 371 patients, 60 % pour la chirurgie et 40 % pour la médecine.

Ce chiffre est en augmentation comme dans tous les services d'urgence français. Pour nous, cette augmentation se situe entre 2 et 3 % par an depuis 1996. Il existe une disparité entre hospitalisations et consultations. L'unité fonctionnelle de médecine hospitalise beaucoup plus qu'elle ne reçoit en consultation, alors que l'unité fonctionnelle de chirurgie consulte beaucoup plus qu'elle n'hospitalise. Une analyse de l'activité chirurgicale spécialité par spécialité montre sur le tableau 2 qu'il existe une répartition équivalente entre les différentes spécialités, 1 à 3 % des patients, avec un pic pour la chirurgie générale et digestive, 22 % des hospitalisations et seulement 3 % des consultations.

	CS	%	hosp	%
ORL	620	2,73%	62	0,99%
Maxilo Facial	1679	7,40%	225	3,58%
ophtalmo	29	0,13%	8	0,13%
digestif	796	3,51%	1385	22,04%
Urologie	252	1,11%	155	2,47%
Vasculaire/thoracique	159	0,70%	290	4,62%
lésions septiques	342	1,51%	163	2,59%
lésions cutanées	480	2,11%	49	0,78%
Divers	250	1,10%	117	1,86%

Tableau 2. Activité chirurgicale par spécialité

L'activité de traumatologie est prédominante, plus de 68 % des consultations en urgence et près de 50 % des hospitalisations. Une répartition des pathologies en fonction de leur localisation montre une quasi égalité entre la pathologie du membre supérieur et celle du membre inférieur.

L'activité de l'unité fonctionnelle chirurgie a peu progressé entre 1996 et 2000 (Tableau 3), passant de 27 000 patients à plus de 28 000, avec une augmentation plus marquée en pourcentage pour les hospitalisations que pour les consultations. On note que la courbe d'activité chirurgicale tant en hospitalisations qu'en consultations a maintenant une tendance très nette à s'aplatir.

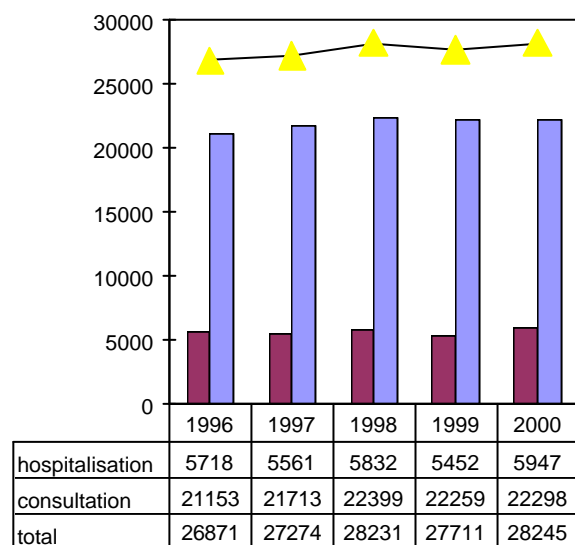


Tableau 3. Activité de l'Unité Fonctionnelle Chirurgie 1996-2000

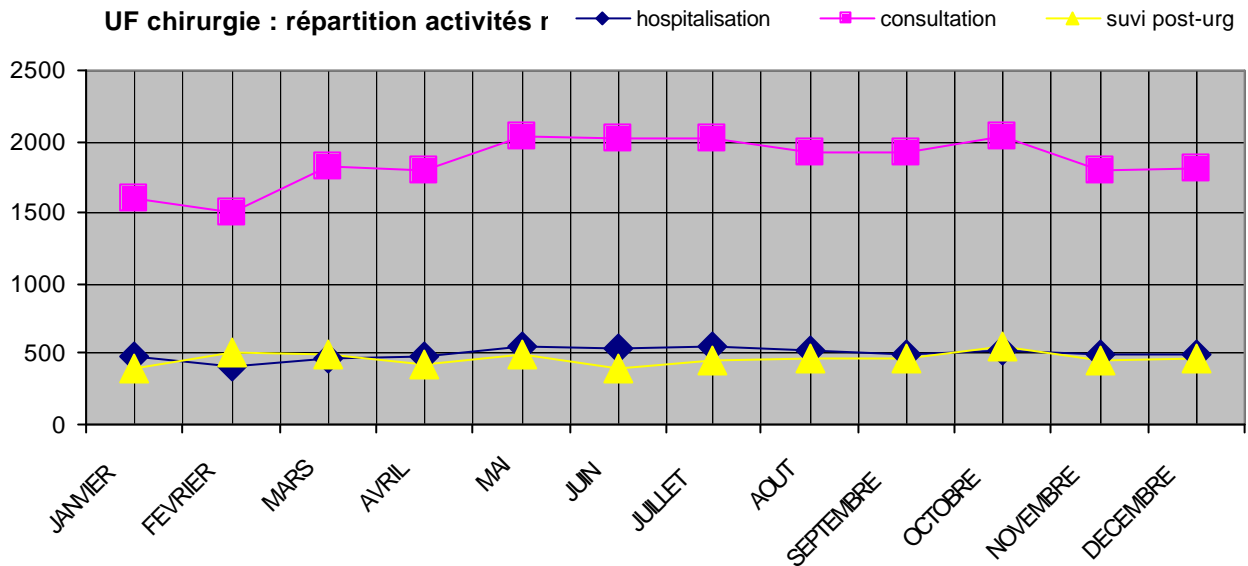


Tableau 4. Variations saisonnières de l'activité de l'Unité Fonctionnelle Chirurgie

Nous nous apercevons depuis plusieurs années que les variations saisonnières d'activité, très nettes dans les années 90, avec une diminution d'activité en hiver et une augmentation d'activité en été du fait des flux touristiques, disparaît au profit d'un flux continu de patients (Tableau 4).

En comparaison, on verra que l'activité médicale est en progression très nette depuis 1996 (Tableau 5); près de 3000 patients supplémentaires hospitalisés chaque année et plus de 2000 consultations supplémentaires. Les services de chirurgie du CHU de CAEN, qui présentent régulièrement une disponibilité de lits sont amenés à accueillir des patients de médecine qui ne trouvent pas de place dans les services médicaux adaptés, surchargés par l'augmentation d'activité.

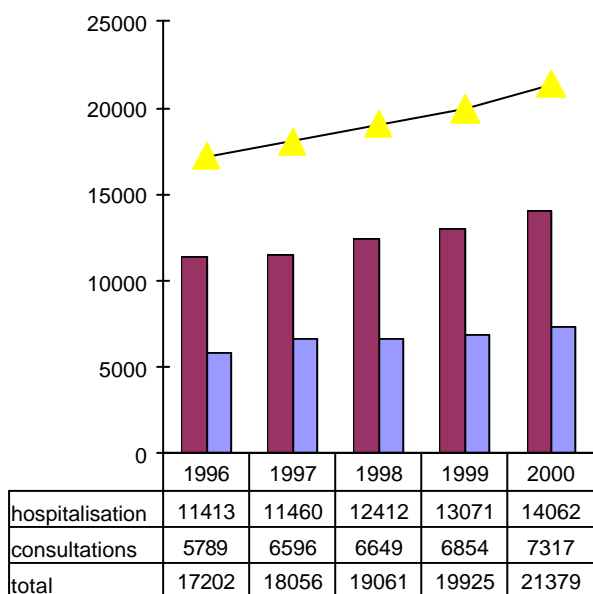


Tableau 5. Activité de l'Unité Fonctionnelle Médecine 1996-2000

Au terme de cette brève présentation, quelques réflexions peuvent être présentés sur ces chiffres :

En premier lieu, l'option prise lors de la création du département d'urgence a été de garder deux filières distinctes : médecine et chirurgie. Ceci s'oppose à deux autres conceptions, soit un accueil unique recevant l'ensemble des pathologies d'urgence, soit une séparation entre filière traumatologie et non traumatologie.

Ce choix est dû d'une part à l'historique du CHU, où la filière chirurgicale a été individualisée depuis 1990, et d'autre part au fait qu'elle a trouvé l'assentiment de nos collègues. Avec l'expérience ce choix s'est trouvé conforté par la qualité de prise en charge des patients.

Dans l'activité de la filière chirurgie, nous avons vu depuis 1997 apparaître trois unités de proximité (UPATOU, deux établissements privés et un établissement rattaché au service public) sur la ville de Caen. Ceci nous permet d'avoir une activité chirurgicale qui est restée stable par opposition avec la filière médecine, qui est la seule à recevoir des pathologies médicales d'urgence pour la ville de CAEN et son agglomération. Celle-ci a vu une augmentation importante de son activité.

La deuxième réflexion fondamentale est celle du rôle du département. Il est l'interface d'accueil pour nos patients entre l'extérieur et le service receveur. Même si il existe une spécificité de prise en charge des patients qui justifie tout à fait la mise en place des médecins urgentistes, nous pensons que les médecins de spécialités ont leur place dans la prise en charge de l'urgence. L'indication chirurgicale reste l'affaire des spécialistes, et dans une conception où nous essayons d'avoir la meilleure qualité de prise en charge de nos patients, la meilleure chose à faire est de réaliser une prise en charge commune urgentistes et spécialistes.

Le rôle de l'urgentiste reste primordial, il accueille et oriente le patient. Il doit savoir qui appeler et quand appeler. Une formation réciproque est nécessaire. Les urgentistes doivent recevoir des chirurgiens les notions de bases de diagnostic et d'indication thérapeutique. Les ur-

gentistes doivent transmettre aux internes de spécialité leur savoir-faire sur la prise en charge initiale des patients. A l'heure actuelle nul ne voit plus d'entorses de cheville et de petite traumatologie que les urgentistes et ce sont eux qui peuvent apprendre à nos internes à les prendre en charge.

La troisième réflexion est celle de l'augmentation d'activité de l'urgence. Elle n'est pas unique à CAEN, elle est la règle dans toute la France. Nous ne nous trouverons pas un facteur particulier mais plusieurs. Le département d'accueil et de traitement des urgences est un lieu de permanence de soins 24h/24 qui doit répondre à une demande de patients avec leurs exigences et tous les risques médico-légaux que cela entraîne. Le vieillissement de la population et la diminution du rôle du médecin généraliste dans la prise de l'urgence ne sont pas négligeables. Tout ceci impose que les solutions à mettre en place, soient des solutions à long terme car l'augmentation d'activité de l'urgence et un fait acquis qui se maintiendra pendant plusieurs années.

La dernière réflexion que nous soumettons à travers cette présentation est celle de la création des postes de praticiens hospitaliers "de la spécialité urgentiste". Elle nous a été imposée par les pouvoirs publics, qui par l'arrêté de 1997 imposent l'accueil des patients par un médecin thésé ce qui a "fermé la porte des urgences" aux internes. Il faut donc, sauf abrogation de cet arrêté, que les médecins thésés urgentistes accueillent les patients.

Plusieurs questions se posent quant à cette filière de formation urgentiste :

1°) Recruter des médecins urgentistes temps plein. Peut-on faire carrière pendant 25 ou 30 ans dans l'urgence ?

Nous nous posons la question car il est clair que tous les chirurgiens qui ont fait pendant longtemps des gardes ont toujours souligné la difficulté à prendre ces gardes avec l'avancée des années.

2°) On peut se poser des questions sur la conception et le contenu de cette formation des médecins urgentistes. Il est nécessaire que les différents spécialistes qui concourent à la prise en charge de l'urgence participent et préparent cette formation. Pour mémoire, la traumatologie représente 60% des cas d'urgence

3°) Peut-on concevoir dans la complexité des connaissances médicales actuelles que les médecins urgentistes soient réellement et totalement polyvalents avec les connaissances nécessaires et suffisantes pour la prise en charge de l'ensemble des spécialités d'urgence ? La question reste posée

CONCLUSION

Nous insisterons sur deux points.

1°) la nécessité de garder des filières de prise en charge spécifiques ; filières chirurgicales, filières médicales. Possible en CHU, cela est moins facile en CH du fait du nombre insuffisant de médecins. Il faut cependant tendre vers cette organisation en particulier dans les SAU.

2°) l'ouverture des services d'urgence. Le service d'urgence est un service qui doit être ouvert sur l'extérieur et vers les services receveurs. Il ne doit pas être un ghetto mais au contraire travailler au maximum en lien avec les services et les différentes spécialités.