
Pour une nouvelle organisation des urgences chirurgicales hospitalières

J. Poilleux

Service de chirurgie générale
CH Robert Bisson
4, rue Roger Aini
14107 Lisieux

Introduction

Des communications précédentes, il y a beaucoup d'enseignements à tirer. Les exemples de Besançon et de Caen font figures d'exception au sein de l'organisation française actuelle. En effet, dans la très grande majorité des hôpitaux les services d'urgences sont polyvalents. Une étude récente le confirme.

Etat actuel

Sur 31 C.H.U. (hors Assistance Publique de Paris, Assistance Publique de Marseille et Hospices Civils de Lyon), 11 seulement disposent d'un service d'urgences chirurgicales bien individualisé.

Les 106 Centres Hospitaliers non Universitaires étudiés ont tous un service d'urgences polyvalent.

Dans 29,5 % des cas, ce service est sous la responsabilité d'un anesthésiste réanimateur, dans près de 70 % des cas d'un urgentiste. Il n'y a qu'un responsable chirurgien.

La situation n'est pas satisfaisante.

Les urgences sont, a-t-on l'habitude de dire, la vitrine de l'hôpital. Le moindre dysfonctionnement est immédiatement montré du doigt. La presse ne s'en prive pas en fustigeant régulièrement les attentes, malheureusement réelles et toujours trop longues. Les plaintes sont de plus en plus nombreuses. Il faut donc proposer une nouvelle organisation.

Une nouvelle organisation

Il est indispensable de prendre en compte un certain nombre de facteurs

- La fréquentation des urgences hospitalières croît de 4,8 % par an depuis 10 ans pour arriver à 12 millions de passages en 2000, 29,5% de ces passages donnent lieu à une hospitalisation. 69,5% sont pris en charge en ambulatoire et doivent être ultérieurement suivis. Plus de 55 % de ces patients pris en charge en ambulatoire relè-

vent de la traumatologie. Le suivi n'est plus assuré par les médecins de ville. Il doit donc être mis en place à l'hôpital. De plus en plus souvent ce sont les médecins urgentistes qui l'assurent.

- L'obligation de qualité en pratique médicale ou chirurgicale, n'a pas attendu les qualificateurs qui tentent aujourd'hui de la formaliser. Elle est le fondement de notre éthique.

Les patients et blessés sont devenus aujourd'hui des consommateurs.

Ils ont des exigences : transparence de l'information, rapidité de l'intervention médicale, efficacité de la prise en charge, méthode de soins irréprochable, obtention d'un résultat parfait, contexte de relations humaines fondées sur la confiance.

Comme tous les consommateurs, les patients n'hésitent plus aujourd'hui à demander réparation devant les tribunaux.

L'exigence de compétences est le corollaire de cette obligation de qualité

La morale, la déontologie, les contraintes réglementaires, les craintes justifiées d'une judiciarisation excessive imposent aujourd'hui à chaque médecin de ne faire que ce qu'il sait faire, c'est dire ce pour quoi il a été formé.

La formation initiale donne des connaissances dont l'acquisition est prouvée par des examens. La réussite à ceux-ci permet ensuite les qualifications ordinales qui bornent le chemin professionnel, hors duquel il ne faut pas aller.

N'est-il pas dangereux de confier la prise en charge de blessés ou patients chirurgicaux à des médecins généralistes, titulaires d'un CAMU ou d'un diplôme universitaire «d'urgences», dans l'enseignement desquels les chirurgiens sont exclus ?

Les médecins urgentistes, dont la bonne volonté, l'enthousiasme, la disponibilité, ne sont pas mis en cause, se trouvent être trop livrés à eux-mêmes, surtout lorsqu'ils sont jeunes. Ils ont su occuper progressivement une place

délaissée, à tort, par les chirurgiens et profiter de la circulaire de 1997 qui n'autorise que les « Seniors » à intervenir aux urgences. Ces médecins urgentistes pourraient devenir parfaitement opérationnels, au même titre qu'un jeune interne de chirurgie, à la condition d'un encadrement strict qu'ils devraient respecter.

C'est cela qu'une nouvelle organisation doit permettre.

La démographie chirurgicale

Les effectifs chirurgicaux sont actuellement insuffisants, en tout cas mal répartis entre les secteurs privé et public.

Le désintérêt des jeunes pour la chirurgie tient tout autant aux contraintes fortes de la profession qui s'opposent à la qualité de vie recherchée qu'aux conditions de plus en plus difficiles de travail.

Le maillage serré du système sanitaire français fait que de nombreux petits hôpitaux ont un service chirurgical avec un ou deux praticiens. Comment dès lors assurer correctement la permanence des soins ?

Actuellement la chirurgie libérale représente 60 % de l'activité chirurgicale française. Le reste revient à la chirurgie hospitalière au sein de laquelle la prise en charge des urgences occupe une place importante.

Le danger est grand de voir la chirurgie hospitalière progressivement limitée à celle des urgences et la chirurgie programmée abandonnée au secteur libéral.

Une telle évolution serait démotivante pour les chirurgiens hospitaliers et dangereuse car leur enlèverait l'expérience du quotidien, bien sur irremplaçable.

Il faut donc proposer des modalités d'organisation et de fonctionnement conformes aux exigences éthiques, consuméristes et de santé publique en adoptant des principes communs évitant la réglementation trop normative et laissant à chaque établissement des possibilités de choix.

- Au sein des « territoires » dont la circulaire du 26 juillet 2002 du Ministre de la Santé fait état, il vaut mieux un plateau technique performant disposant des dernières innovations technologiques que plusieurs plateaux disséminés insuffisamment équipés.
- La mutualisation des chirurgiens, autour de ce plateau technique performant, faciliterait l'application sans risque des normes réglementaires (repos de sécurité, intégration des gardes dans le temps de travail, RTT...), en assurant une prise en charge de qualité.
- Ces regroupements opérationnels, sur quelques sites à bien définir, tenant compte de la densité de population, de la géographie, du réseau routier et bien sûr des conditions politiques locales, conduiraient à l'évidence à une augmentation du nombre de venues aux urgences en un même lieu. Dès lors que l'activité chirurgicale d'urgence, déjà importante aujourd'hui, augmenterait de façon considérable, **il est encore plus indispensable, dans les SAU, d'autonomiser les services d'urgences chirurgicales** et de les confier à des hommes expérimentés et compétents.

Cette autonomisation peut se faire de plusieurs façons,

- instituer au sein des services d'urgences polyvalents **des unités fonctionnelles de traumatologie**. Placées sous la responsabilité d'un chirurgien orthopédiste, ces unités prendraient en charge tous les traumatisés, des plus graves aux plus légers, et l'équipe assurerait le suivi des non hospitalisés. Le seul problème pourrait se poser au niveau relationnel entre le chirurgien responsable de cet U.F. et le chef de service médecin urgentiste.
- créer parallèlement aux services d'urgences polyvalents, des **services d'urgences traumatologiques**. Ces services recevraient tous les traumatisés, des plus graves aux plus légers, sans difficulté de tri. Placés sous la responsabilité d'un chirurgien orthopédiste entouré d'une équipe comportant d'autres chirurgiens orthopédistes, des urgentistes formés et encadrés, des internes de spécialités dont la séniorisation est souhaitable dans la dernière partie de leur cursus.
- créer un véritable **service d'urgences chirurgicales** dans chaque établissement siège d'un SAU. Sous la responsabilité d'un chirurgien chef de service, l'équipe, constituée par lui, à laquelle participeraient, selon des dispositions décidées localement, tous les chirurgiens de l'établissement, voire du « territoire », ainsi que les urgentistes, serait à même de prendre en charge la traumatologie dans son ensemble et toutes les urgences non traumatiques, et d'assurer la bonne orientation des patients, ainsi qu'un suivi de qualité.

Quel que soit le mode d'autonomisation choisi, la filière chirurgicale doit rester le fondement de l'organisation. Le tri assuré par les médecins urgentistes est capital et il faut savoir les former pour leur permettre d'apprécier la gravité de chaque patient et en assurer la bonne orientation.

Il est indispensable que les chirurgiens participent à l'enseignement des diplômés universitaires et des CAMU. Le suivi des malades non hospitalisés doit être assuré par des chirurgiens.

Conclusion

La qualité de la prise en charge des « Urgences Chirurgicales », dont nous sommes moralement responsables, passe par la création, dans chaque SAU, de services autonomes de traumatologie d'urgence ou d'urgences chirurgicales.

La mutualisation des moyens au sein de territoires définis est une réponse à la démographie chirurgicale et à l'exigence de haute technicité des plateaux techniques.

Les moyens modernes de transferts médicalisés permettent d'envisager, sans risque, ces regroupements, qui seuls, en l'état actuel, peuvent permettre d'offrir, à coûts contrôlés, des soins de qualité par des chirurgiens compétents, disposant d'un équipement technique de haut niveau.

Il faut que les chirurgiens s'impliquent dans le fonctionnement des services d'urgences, faute de quoi, ils ne seront plus, bientôt, que des prestataires à disposition, alors qu'ils doivent rester des décideurs responsables.