

COMMUNICATION

Les urgences en pédiatrie dans les hôpitaux d'enfants

MOTS-CLÉS : SERVICES DES URGENCES MÉDICALES. HÔPITAUX PÉDIATRIQUES

Pediatric emergency care in pediatric hospitals in France

KEY-WORDS (Index medicus): EMERGENCY MEDICAL SERVICES. HOSPITALS, PEDIATRIC

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.

Emmanuel GRIMPREL *, Pierre BÉGUÉ **

RÉSUMÉ

La médecine d'urgence en France a considérablement évolué depuis vingt-cinq ans sous la pression d'importants bouleversements sociologiques et épidémiologiques pour devenir une spécialité médicale de haut niveau et universitaire. Les services d'urgences pédiatriques ont été créés à l'image des services d'urgences adultes et répondent aujourd'hui à des critères d'efficience. L'évolution divergente de l'offre et de la demande de soins en France aboutit encore à d'importants dysfonctionnements y compris dans les services d'accueil des urgences pédiatriques des hôpitaux d'enfants qui connaissent les flux les plus importants dans un contexte actuel de demande de réduction des coûts et d'exigence croissante d'efficacité. Les principaux dysfonctionnements portent sur l'absence de gestion des flux en amont et l'insuffisance de la capacité d'hospitalisation d'aval. Des solutions sont proposées pour atténuer ces sources de blocage mais sont encore insuffisamment développées.

SUMMARY

Emergency medicine has evolved considerably over the last 25 years in France, driven by major sociological and epidemiological upheavals, and is now a high-level and academic specialty. Pediatric emergency units were originally modeled on adult emergency services and now meet the same efficiency criteria. However, the reduction in care supply, together

* Pédiatrie générale, Hôpital d'enfants Armand-Trousseau, 26 avenue du Dr Arnold Netter — 75012 Paris, France.

** Membre de l'Académie nationale de médecine

Tirés à part : Professeur Emmanuel GRIMPREL, même adresse

Article reçu le 17 mai 2013, accepté le 14 octobre 2013

with the simultaneous increase in demand, has created significant deficiencies. This is particularly true in pediatric teaching hospitals, which deal with the highest volume of patients but are subject to cost-cutting and efficiency measures. The main problems are the lack of flow management upstream and inadequate hospital capacity downstream. Solutions have been proposed to mitigate these issues but more efforts are needed.

INTRODUCTION

La prise en charge des urgences en France a été fondamentalement transformée pendant ces vingt dernières années sous la pression d'importants bouleversements sociologiques et épidémiologiques, aboutissant à une médecine d'urgence spécialisée de haut niveau et universitaire. La pédiatrie en tant que spécialité a accompagné ce mouvement.

L'accueil des urgences pédiatriques est désormais organisé sur l'ensemble du territoire national au sein d'organisations variées selon les besoins et les structures hospitalières. Le mode ultime de cette organisation correspond aux services d'urgences pédiatriques au sein d'hôpitaux spécialisés en pédiatrie. L'objet de cette présentation est d'aborder successivement l'historique et l'évolution des urgences pédiatriques en France en parallèle aux évolutions sociologiques et démographiques, le mode d'organisation et de fonctionnement actuel de ces services d'urgences pédiatriques dans les hôpitaux d'enfants, les difficultés actuelles ou persistantes attenantes à ce mode d'organisation et des solutions ou des propositions éventuelles pour les améliorer.

NAISSANCE DE LA MÉDECINE D'URGENCE : DES POSTES DE SECOURS AUX SAU

La notion d'urgence est indissociable de celle de l'hôpital public. C'est avec le passage progressif du concept de charité puis d'assistance à celui de solidarité que la santé en France, en tant que préoccupation collective, donnera sa place véritable à l'hôpital et à l'état [1]. L'hôpital aura connu de fortes évolutions depuis sa création par Louis XIV (hôpital général), puis sa nationalisation sous la révolution et sa réorganisation par une ordonnance de Louis XVIII en 1821. Les premiers postes de secours créés au XVIII^e siècle peuvent apparaître comme les premiers lieux où s'exercera une forme de médecine publique d'urgence. La création de l'internat en médecine et en chirurgie en 1802 puis la première loi hospitalière de 1851 établissant le soin aux indigents en seront des éléments fondateurs essentiels. Les hôpitaux, lieux d'accueil exclusif des pauvres malades, s'ouvriront à partir de 1941 à l'ensemble de la population, grâce à la création des assurances sociales, évoluant ainsi du statut d'institution sociale vers celui d'institution sanitaire [2]. Dans les années 30, ces lieux d'accueil hospitaliers ouverts sur la rue prendront l'appellation de « service porte », le premier service d'urgence étant créé à l'hôpital Boucicaut en 1948.

Ce n'est qu'à la suite du premier rapport Steg en 1989 [3], que seront créées les premières unités d'accueil d'urgences et que l'évolution de cette discipline s'accélénera pour aboutir aux structures actuelles. Ce premier rapport portait sur la sécurité aux urgences et pointait d'emblée deux éléments clés qui guideront les évolutions ultérieures : la problématique des flux de patients aux urgences et la sécurité. Les décrets de 1995 et 1997 conduiront à la création des « services d'accueil et de traitement des urgences » ou SAU et les « unités de proximité d'accueil des urgences » ou UPATOU. Pour certaines disciplines comme l'ophtalmologie mais également la pédiatrie au sein d'établissements spécialisés, ces services prendront l'appellation POSU (pôle spécialisé). En 2006, des nouveaux décrets réglementant les urgences hospitalières et les services mobiles viendront appuyer les modifications du code de la santé publique et préciser les conditions techniques de fonctionnement applicables aux « structures de médecine d'urgence », nouveau terme générique qui remplacera désormais les appellations antérieures. Des décrets spécifiques concerneront les structures d'urgences pédiatriques [4-5]. Ils jetteront les bases des réseaux des urgences sur les territoires de santé en conformité avec les « schémas régionaux d'organisation des urgences » successifs (SROS).

Cette importante évolution organisationnelle, lancée en 1997, sera appuyée par deux « plans urgences » successifs, plans financiers qui apporteront des moyens importants aux hôpitaux et à ces structures et permettront ainsi le recrutement et la formation de personnels compétents et adaptés à leur nouvelle mission. Ces personnels recevront dès lors une formation spécifique permettant l'évolution vers une véritable spécialité de « médecine d'urgence » sanctionnée par des diplômes qualifiants. Partant du diplôme universitaire (DU) d'oxiologie-médecine d'urgence dans les années 80, la capacité d'aide médicale d'urgence ou CAMU, diplôme national, a été créée en 1986 pour évoluer secondairement vers la capacité de médecine d'urgence en 1998 et enfin le diplôme d'études spécialisées complémentaires ou DESC en 2004. En ce qui concerne les structures d'urgences pédiatriques dans les hôpitaux d'enfants, les médecins ont soit acquis la spécialité de pédiatrie soit celle de médecine générale avec une formation complémentaire en médecine d'urgence comme la CAMU ou un diplôme inter-universitaire (DIU). La création d'un DESC de médecine d'urgences pédiatrique est envisagée.

L'INADÉQUATION ENTRE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DE SOINS MÉDICAUX

La demande de soins a constamment augmenté en France depuis ces 20 dernières années, au point qu'il a pu sembler que l'hôpital public essayait continuellement de s'adapter à cette évolution sans jamais y répondre correctement. Le « patient » est progressivement devenu « client » du système de soins et « consommateur de santé ». Cette transformation sociologique est allée de pair avec une augmentation considérable de la demande de soins de la population, demande orientée fortement vers une activité non programmable et hospitalière.

Cette demande est devenue moins compatible avec l'organisation de la médecine libérale, principal acteur de santé du système français et aboutit ainsi à un afflux de plus en plus important de patients vers les urgences hospitalières et leur technologie. L'hôpital, est ainsi devenu un *lieu libre de passage dans des locaux de plus en plus spécialisés* [2].

De nombreuses explications ont été avancées pour expliquer au moins en partie l'inadéquation croissante entre l'offre de soins et la demande de soins non programmés de la population.

Cette inadéquation est avant tout quantitative. L'augmentation de la demande de soins non programmés a de multiples origines dont : le besoin d'immédiateté des demandes de prise en charge, l'absence d'éducation sanitaire nécessaire pour gérer la plupart des situations bénignes qui ne relèvent pas réellement d'une consultation médicale, la sensation de besoin apparenté à celui de la consommation au même titre que les loisirs, une majoration des angoisses de la population largement favorisée par à une médiatisation des questions de santé et enfin, l'importance numérique en France d'une population d'origine étrangère dont les cultures poussent vers une médecine de type dispensaire ou hospitalière et non libérale. Pour cette population, les PMI représentent une offre de soins importante bien que cette activité ne fasse pas strictement partie de leurs missions. Leur fermeture en fin d'après-midi et les week-ends, réoriente directement ces familles vers les urgences.

Une baisse relative de l'offre de soins est également observée en France, portant sur les effectifs de médecins libéraux. Elle est liée avant tout à la mise en place en 1972 du *numerus clausus* qui verra diminuer de 8 588 à 3 500 le nombre de étudiants admis en seconde année d'études de médecine entre 1977 et 1992 mais également au plan de dégageant des médecins mis en place en 1988 qui proposera un départ en retraite anticipé (mécanisme de cessation d'activité ou MICA) avec compensation financière (allocation de départ en retraite ou ADR). Ce mécanisme sera rendu plus encore attrayant en 1996 et suscitera au total 9 000 arrêts prématurés d'activité des médecins libéraux en France jusqu'au retour en arrière de l'état en 1999. L'offre de soins globale libérale sera également réduite du fait de la diminution des visites à domicile, en particulier en milieu urbain et de la féminisation croissante de la médecine qui aura un impact sur les volumes d'activité de consultation et sur les horaires d'ouverture des cabinets en particulier le soir et le week-end, période où justement la population a souhaité concentrer ses demandes de soins pour les rendre compatibles avec la vie sociale et professionnelle. La fréquentation des urgences hospitalières a ainsi considérablement augmenté depuis ces vingt dernières années, principalement pour des demandes de soins non programmés et souvent non véritablement urgents sur un plan strictement médical. Ainsi, le nombre annuel de consultations médicales et chirurgicales aux urgences pédiatriques de l'APHP est passé de 196 015 en 1992 à 294 018 en 2000, soit une augmentation de 50 %. Par ailleurs, deux enquêtes effectuées sur un jour aux urgences dans les CHU en 1994 et 1995 ont montré une distribution reproductible des motifs de consultation classés par gravité. Par ordre décroissant, on retrouve majoritairement des urgences simples ou ressenties (44 à

57 %), de simples demandes de consultation (19 à 28 %), les urgences jugées prioritaires nécessitant un acte diagnostique et/ou thérapeutique immédiat ne représentant que 8,5 à 14 % des motifs de consultation [6].

Les restructurations hospitalières associées à la fermeture de sites pédiatriques ont également abouti à une surconcentration des urgences dans quelques centres hospitaliers universitaires. Les exemples sont nombreux. L'hôpital Robert Debré, le premier, a réuni deux hôpitaux, Bretonneau et Hérold en 1988. Plus récemment, l'hôpital Femme-Mère-Enfant de Bron (Lyon) a rassemblé en 2008 les activités pédiatriques des hôpitaux Edouard-Herriot, Debrousse et Lyon-sud. À son tour, Necker-Enfants Malades a absorbé la plus grande partie des urgences de Saint-Vincent de Paul suite à sa fermeture en 2010. Les urgences pédiatriques de Nice ont été regroupées sur l'hôpital Lenval en 2010. Ces quatre hôpitaux ont accueilli respectivement, 78 600, 78 900, 65 000 et 54 000 urgences (ou « passages ») pédiatriques en 2012, chiffres considérables qui les placent au niveau des établissements européens et nord américains les plus importants. Le taux d'hospitalisation à partir des urgences est partout inférieur à 10 % témoignant bien ainsi de la prédominance d'urgences simples et ressenties.

Cette inadéquation est également qualitative et on observe une attraction croissante vers l'hôpital. Une baisse qualitative de l'offre de soins libérale est apparue avec l'abandon de la petite chirurgie et de la traumatologie bénigne par le secteur libéral pour une prise en charge hospitalière quasi exclusive car disposant d'un plateau technique et d'une compétence spécialisée chirurgicale. C'est en effet souvent le plateau technique qui est présenté comme argument pour attirer les patients directement vers l'hôpital pour des motifs tant chirurgicaux que médicaux, ceux-ci espérant ainsi éviter d'être redirigés secondairement après consultation libérale pour un examen biologique, une radiographie ou une prise en charge spécialisée. On assiste ainsi à une augmentation croissante de la part de la population de son exigence d'un niveau élevé de prestation aux urgences : ne pas attendre, avoir tout sur place, et sans erreur... Dans ce même ordre d'idée, la diminution de l'offre de soins dans certaines spécialités médicales en ville conduit de plus en plus à s'adresser directement aux urgences d'un hôpital pour un premier avis et une orientation plus rapide dans la filière de soins correspondante. Enfin, sur un plan strictement économique, l'incapacité des hôpitaux à obtenir le recouvrement des frais de consultation, en particulier aux urgences lorsque les caisses sont fermées pousse naturellement la population à consulter directement à l'hôpital.

LES FLUX ET LES PICS : UNE GESTION DIFFICILE

Les services d'urgences subissent par ailleurs d'importantes variations de flux de fréquentation très difficiles à gérer sur le plan organisationnel. Certaines variations sont saisonnières et désormais prévisibles, en rapport avec les épidémies hivernales et les vacances scolaires. Lors des pics hivernaux, les flux de patients peuvent être en

effet considérables pouvant atteindre selon les structures, plus de 300 à 350 patients par 24 heures. Les congés de Noël, en réduisant la transmission virale, ont un effet bloquant systématique sur l'épidémie d'infections virales respiratoires, en particulier celle due au virus respiratoire syncytial (VRS), responsable chaque hiver à partir d'octobre, d'une épidémie massive de bronchiolite en France depuis les années 90. La grande grève des transports de novembre 1995 survenue en Ile de France a par ailleurs confirmé l'importance de la transmission interhumaine du VRS dans la communauté en cassant le phénomène épidémique plus de trois semaines avant la trêve attendue des vacances de Noël [7].

Ces variations surviennent également sur un rythme hebdomadaire prévisible avec d'importants pics de fréquentation le week-end et les jours fériés. Les flux subissent enfin des fluctuations horaires journalières avec une augmentation massive de fréquentation en soirée et début de nuit et sont rythmés par les événements sociaux, festifs et religieux comme les matches de football, les soldes, les fêtes religieuses, le ramadan... Ces événements sont prioritaires aux yeux de la population et se traduisent par des baisses concomitantes spectaculaires de fréquentation des services d'urgences avec quasi systématiquement un pic de rattrapage à leur décours.

DÉFINITION ET NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION DES SERVICES D'URGENCES PÉDIATRIQUES

À l'instar des structures d'urgences adultes, les structures d'urgences pédiatriques ont en commun un concept organisationnel adapté à une médecine de masse, obligeant les équipes médicales et de soins à assurer de concert deux objectifs :

- la prise en charge fluide d'un nombre massif de demandes de consultations, pour la grande majorité non urgentes et ne relevant pas de gestes médicaux ;
- mais aussi l'identification rapide et la prise en charge au sein de cette marée humaine d'une minorité de situations cliniques relevant elles de la vraie urgence diagnostique et thérapeutique, parfois réanimatoire et vitale.

Pour assurer, dans ce contexte d'inflation permanente et d'exigence croissante, les multiples missions que sont désormais l'accueil, le tri, le soin et l'orientation des patients, les services d'urgences ont dû se structurer et s'organiser selon plusieurs principes.

Le premier principe est le tri qui s'apparente à la méthode mise au point par le Chirurgien Larrey pendant les guerres Napoléoniennes. Ce tri permet dès leur arrivée, l'identification de la gravité clinique et la mise en priorité des patients médicaux et chirurgicaux. Cette première étape d'accueil est la plus critique. Elle doit assurer, une évaluation la plus immédiate et la plus précise possible afin de dépister les situations relevant de l'urgence vitale. C'est la fonction principale de l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) dans la « zone d'accueil » : effectuer

ainsi un tri primaire entre situation vitale urgente ou non urgente selon un ordre de priorité qui suit une classification clinique des malades selon leur degré de gravité et la nécessité de gestes d'intervention [8].

Le second principe est celui de la marche en avant, prise en charge unidirectionnelle, sans possibilité de retour en arrière. Après l'accueil IOA, les patients avancent en effet dans la chaîne de soin selon leur degré d'urgence ou de gravité établi à leur arrivée. Les urgences vitales sont immédiatement dirigées vers une zone spécifique dite de « zone de déchoquage », véritable antichambre de la réanimation, où l'essentiel des techniques de réanimation peuvent être débutées par les équipes médicale et de soins présentes aux urgences [9]. Les autres patients, jugés moins urgents, seront dirigés vers la « zone d'attente » pour être secondairement pris en charge avec un délai variable selon leur degré de gravité et la disponibilité de la même équipe médicale et de soins au sein d'une zone attenante et vaste dite « zone d'examen ». Selon ce principe, il est donc normal d'attendre aux urgences dans la mesure où la priorité des soins est clairement et sûrement établie.

Une fois accueillis et triés, les patients progresseront à leur rythme et après un examen par l'équipe médicale, vers diverses filières :

- un retour immédiat au domicile avec éventuellement un relais par le secteur libéral ou hospitalier ;
- une mise en observation sur place en « zone d'observation » pour permettre une prise de recul et une réflexion parfois aidée d'explorations complémentaires (examens biologiques et radiologiques) avant une décision secondaire ;
- une hospitalisation de quelques heures (moins de 24 heures) en « zone de surveillance de courte durée » aux urgences pour un traitement qui permettra dans plus de la moitié des cas un retour au domicile ;
- une hospitalisation en service d'hospitalisation d'aval (réanimation, chirurgie, médecine spécialisée).

Afin que ce flux massif de patients, souvent ininterrompu et émaillé de pics de fréquentation élevés puisse être traité sereinement par les équipes médicales et de soins, il est indispensable d'éviter tout blocage de la dite chaîne à un quelconque niveau de celle-ci.

Pour cela, les locaux doivent être adaptés en surface pour pouvoir prendre en charge simultanément un nombre important de patients et les effectifs des équipes doivent être importants et planifiés pour être renforcés selon les pics d'activités. Mais également, l'accueil et la prise en charge des patients doivent être optimisés grâce à la séniorisation des services. Par ailleurs, la prise de décision doit parfois être assistée et l'offre d'hospitalisation en aval organisée afin d'éviter toute rétention de patients qui risquerait de bloquer instantanément une mécanique qui se veut bien huilée. En effet, la possibilité de recours à des avis de spécialistes chirurgicaux et médicaux est indispensable aux urgences pour une aide à la décision et une orientation éventuelle et rapide du patient vers un circuit spécifique tant hospitalier que libéral. Ce point

est essentiel et malheureusement souvent difficile à obtenir auprès des services de spécialités de l'établissement dont le fonctionnement relève plus de l'activité programmée, souvent incompatible avec la demande pressante des urgences. C'est particulièrement le cas pour les spécialités médicales, les chirurgiens, eux, étant mobilisés par leur activité opératoire. Cette nécessité remet donc en cause *in fine*, l'organisation de la totalité de l'établissement qui devrait se mobiliser autour du service des urgences, qui est souvent la principale source de patients de celui-ci.

Par ailleurs, la capacité d'hospitalisation des patients des urgences doit être en permanence garantie. Cette capacité d'hospitalisation immédiate est indispensable d'abord sous forme de « lits d'hospitalisation de courte durée » (ex lits-porte) mais également de lits d'aval au-delà de 24 heures, et si possible au sein même de l'établissement. Ces structures d'aval doivent être dimensionnées et organisées avec des équipes formées et strictement dédiées à cette activité afin de proposer en permanence, jour et nuit et surtout en temps réel, des lits disponibles en nombre suffisant pour éviter tout engorgement des urgences.

La diversité de profil des patients venant consulter aux urgences impose que les médecins des services d'urgence aient acquis une compétence multi tâche pour pouvoir gérer en permanence deux priorités apparemment contradictoires, que sont :

- Assurer la sécurité des patients en reconnaissant les situations vitales et en les prenant en charge de façon compétente et rapide (salle de déchocage, antichambre de la réanimation, et médecins formé à la réanimation).
- Mais aussi réduire l'attente et par conséquent, prendre en charge rapidement et avec compétence les patients qui ne relèvent que d'une consultation pédiatrique, cependant pas toujours « simple » mais qui aurait dû être effectuée en secteur libéral.

En appui de ce schéma organisationnel, quatre éléments fondamentaux doivent être pris en considération.

- Une architecture adaptée à la gestion des flux et au principe de marche en avant avec une surface suffisante, un nombre de boxes d'examen élevé, une ou plusieurs zones d'attente ou d'observation, une zone d'hospitalisation de courte durée et un plateau technique opérationnel à proximité. Dans cet esprit, les services d'urgences pédiatriques ont été modernisés ou le plus souvent totalement reconstruits.
- Des effectifs suffisants tant médicaux que de personnels de soins, organisés selon un planning horaire adapté au flux des patients. Les différents « plans urgences » de l'APHP ont permis de rehausser significativement les effectifs de ces équipes permettant ainsi d'améliorer la pénibilité de travail de celles-ci et répondre aux impératifs des réglementation du travail hospitalier (mise en place des 35 heures à l'hôpital et du repos de sécurité) mais sans toutefois atteindre partout le niveau optimal dans une inflation toujours croissante d'activité.

- Des équipes professionnelles formées à l'accueil et aux traitements des urgences tant médicales que chirurgicales. La formation des pédiatres de ces services a fait l'objet d'avancées considérables depuis ces dernières années. Les médecins affectés aux urgences pédiatriques puis la totalité des internes DES de pédiatrie d'Ile de France reçoivent désormais systématiquement une formation spécifique adaptée à la reconnaissance et au traitement des urgences vitales du nourrisson et de l'enfant. Cette formation intitulée « Réanimation Avancée Néonatale Pédiatrique » (RANP) a été mise en place en France, calquée sur le modèle PALS américain (Pediatric Advanced Life Support) [10]. Cette initiative, à l'instar des Etats-Unis, a fortement contribué à améliorer la sécurité des services d'urgences pédiatriques [11]. Cette formation est devenue obligatoire dans le cadre du DES de pédiatrie en Ile de France et a lieu dès la première année. Par ailleurs, le niveau de formation des médecins internes et seniors des services d'urgences a été étendu à l'accueil des patients chirurgicaux et rehaussé grâce aux différentes formations post universitaires (DU et DIU de médecine d'urgence pédiatrique), le DESC de médecine d'urgence n'étant actuellement requis que pour exercer dans les structures adultes.
- L'élaboration et l'utilisation de protocoles diagnostiques et de soins [12].

Enfin, les services d'urgences en hôpital d'enfant ont une importante mission d'enseignement et de recherche. Ces services sont devenus en quelques années des lieux d'enseignement permanent pour les personnels de soins de l'hôpital. L'enseignement de la pédiatrie et de la médecine d'urgence est désormais prisé avec raison par les étudiants hospitaliers qui appréhendent en direct les situations cliniques qui sont à leur programme d'enseignement et qu'ils rencontreront plus tard lors d'un exercice libéral de la médecine générale et de la pédiatrie. Les internes DES de pédiatrie apprécient de débiter leur formation dans ce type de structure qui les forme solidement à la garde d'urgence. Les internes DES de médecine générale représentent des effectifs de plus en plus nombreux dans ces services qui sont parmi les plus formateurs pour leurs futures activités de médecine libérale. Certains y trouvent aussi un complément de formation dans le cadre de leur DESC de médecine d'urgence. Cette formation est possible grâce à la présence de personnels médicaux d'encadrement à vocation universitaire comme les chefs de clinique assistants, les maîtres de conférences universitaires et les chefs de service PUPH. La difficulté demeure cependant de trouver le juste milieu entre le soin et l'enseignement dans un secteur d'activité souvent débordé où la sécurité des soins reste à juste titre une priorité [13].

Quant à la recherche, les structures d'urgences pédiatriques disposent d'un champ d'investigation unique pour la recherche clinique par la typologie et surtout le nombre de leurs patients qui relèvent à la fois de la pédiatrie communautaire et de l'urgence, parfois réanimatoire. C'est ici que devraient pouvoir se réaliser au mieux de nécessaires études cliniques portant par exemple sur l'épidémiologie et la décision thérapeutique. Cette tâche reste toutefois très difficile à organiser par des

équipes souvent surchargées et soumises à la pression des flux, de l'attente et de l'imprévisible urgence vitale. Toutes les équipes françaises des services d'urgences en hôpital pédiatrique ont cependant pu développer des travaux de recherche de grande qualité avec finalement peu de moyens par comparaison avec celles concurrentes américaines ou même européennes.

LES DYSFONCTIONNEMENTS

Malgré la restructuration et la réorganisation de l'accueil des urgences en France et du fait des évolutions sociologiques et épidémiologiques importantes survenues ces vingt dernières années, les structures d'urgences pédiatriques au même titre que celles qui accueillent les adultes mais avec des spécificités, connaissent toujours d'importants dysfonctionnements.

Ces dysfonctionnements ont été bien analysés par le « rapport Colombier » et le « rapport Coriat ». [14-15]. Les deux principales sources de dysfonctionnement stigmatisées sont toujours les mêmes :

- d'une part l'engorgement par les flux d'amont ;
- d'autre part, l'insuffisance d'aval.

On mesure ici toute l'importance du respect des flux et du maintien de leur fluidité pour pouvoir exercer en toute sérénité et sécurité une médecine désormais de masse.

En effet, l'engorgement des urgences, par les importants flux d'amont non régulés en pré-hospitalier, aboutit souvent à dépasser la capacité et la rapidité du tri d'accueil des IOA entraînant en conséquence, un nombre élevé de patients qui repartent des urgences sans avoir été examinés par un médecin ainsi qu'un risque élevé de non reconnaissance d'une situation vitale et de retard de prise en charge des cas les plus urgents. De surcroît, cette situation génère une tension et un stress importants pour les familles et les équipes en cas d'attente prolongée et un surcoût car elle imposerait d'augmenter les effectifs des équipes d'accueil et la surface des établissements pour réduire l'engorgement. Cet engorgement est particulièrement manifeste dans les structures d'urgences pédiatriques en période hivernale.

Le second dysfonctionnement, lié à l'insuffisance d'aval, aboutit à une stagnation des patient dans les diverses zones des urgences, salle d'attente, boxes d'exams, zone d'observation, lits d'hospitalisation de courte durée, aboutissant à un blocage de la chaîne de soins et ici encore, à un risque important de non reconnaissance d'une situation vitale ou d'une aggravation (patient mal surveillé) et d'une prise en charge différée dans une unité spécialisée mieux adaptée à la prise en charge du patient. Cette insuffisance d'aval génère une perte de temps considérable pour les équipes des urgences (plusieurs heures parfois pour trouver un seul lit), une mauvaise affectation des effectifs et un détournement de leur mission primaire, et finalement, une mauvaise orientation des patients. Ceci aboutit, ici encore, à un

surcoût pour le service et l'établissement en nécessitant une augmentation du personnel en effectifs insuffisants pour un nombre de patients trop élevé présents aux urgences et qui auraient dû disparaître de cette filière de soins. Cette insuffisance d'aval est particulièrement grave pour les hôpitaux adultes, engorgés de patients psychiatriques mais aussi de personnes âgées, dépendantes et souffrant de multiples pathologies. Mais cette insuffisance d'aval existe également en pédiatrie de façon plus spécifique pendant les épidémies hivernales qui voient augmenter brutalement le nombre de consultations pour des pathologies aiguës nécessitant parfois une hospitalisation comme les bronchiolites, les gastroentérites ou les gripes sévères.

Enfin, les pics d'activité de ces services étant concentrés sur les soirées, les débuts de nuit ainsi que les week-ends, le métier de médecin aux urgences à l'instar de celui des personnels de soins, expose à une pénibilité particulière et une désocialisation. Si leur recrutement reste actuellement facile compte tenu de l'attractivité de la discipline pour de jeunes médecins, le maintien en activité dans la durée est parfois difficile et nécessite souvent une réorientation professionnelle secondaire.

QUELQUES PISTES D'AMÉLIORATION

Il existe un débat récurrent parmi les médecins et les politiques concernant cette inflation de moyens et de coûts des services d'urgence en rapport avec une augmentation continue des flux. La question sempiternellement débattue est la suivante : faut-il continuer à renforcer les services d'accueil d'urgence au risque de créer un attrait grandissant pour la population et participer à cette évolution inflationniste très coûteuse et correspondant à une mauvaise utilisation des biens publics ?, ou bien faut-il au contraire limiter désormais l'offre de soins hospitalière des urgences et obliger ainsi la population à se retourner vers le système de soin libéral, moins onéreux ? Cette question concerne en réalité l'organisation globale du système de santé et n'a jamais réellement fait l'objet d'un débat public. La gestion du pré-hospitalier et de l'aval n'étant pas du domaine de compétence des services d'urgences, leurs équipes deviennent ainsi les victimes de ce débat d'idées. Des mesures correctives supposées agir sur le pré-hospitalier c'est-à-dire sur les flux de patients et réorienter ces patients vers le système de soins libéral ont été régulièrement réclamées depuis de nombreuses années. Cette tâche semble cependant difficile pour les diverses raisons évoquées plus haut qui participent à la saturation des services d'urgences. La population a du mal à adhérer à des contraintes et est aujourd'hui de plus en plus dans un état d'esprit de consommation et de demande de prise en charge immédiate de ses besoins. Par ailleurs les populations qui fréquentent les urgences sont relativement disparates et certaines ont des difficultés importantes à adhérer à un fonctionnement libéral de consultations programmées. Enfin, la participation des médecins libéraux à la permanence de soins reste difficile compte tenu des évolutions démographiques récentes.

D'autres tentatives intéressantes ont cependant été mises en place mais sont encore insuffisamment développées en France, comme par exemple la création des maisons

médicales et la mise en place de consultations sans rendez-vous hospitalières ou péri hospitalières. L'hôpital Robert Debré est le premier établissement à avoir mis en place à Paris ce type de consultation libérale sans rendez-vous *in situ*, après un tri effectué à l'accueil de ses urgences. Cette mesure a permis de « dérouter » près de 12 000 consultations en 2012, soit 15 % des enfants venus consulter aux urgences ce qui a permis de limiter à 2 465 le nombre de patients « Partis sans soins » c'est-à-dire des patients évalués par l'IOA mais partis sans avoir été examinés par un médecin (source Pr. Jean-Christophe Mercier, urgences Robert Debré).

Par endroits, les médecins libéraux se sont organisés et ont pu proposer une forme de régulation pré hospitalière dans le but de faire revenir les médecins au sein de la permanence de soins, réduire la pénibilité des gardes, apporter une sécurité dans le traitement des appels et permettre de répondre aux problèmes de démographie. À ce titre, l'expérience de la Franche-Comté est intéressante avec l'association REGULIB 89 mise en place dans l'Yonne en 2009 (numéro unique d'appel et régulation décentralisée) [6].

Une expérience similaire pédiatrique intéressante est celle de la communauté urbaine de Lyon avec la création par l'association COURLYGONE d'une plateforme téléphonique tenue par des pédiatres et régulée par le centre 15 d'appel du SAMU qui aura permis de réduire significativement les consultations non programmées [17]. Une autre piste intéressante est celle de la « consultation » téléphonique par les médecins libéraux qui permet d'effectuer un tri téléphonique et ainsi diminuer les besoins de consultations immédiates tant en libéral qu'à l'hôpital. Cette démarche a été entamée il y a quelques années par le Groupe de Pédiatrie Générale de la Société Française de Pédiatrie en réponse à la situation difficile rencontrée par les pédiatres libéraux dérangés continuellement pendant leurs consultations par des appels téléphoniques pour un avis médical. Ces consultations téléphoniques sont en outre dangereuses car effectuées rapidement, de façon non structurée. Elles engagent la responsabilité de ces médecins et les exposent à un risque médico-légal [18]. Ce travail a permis d'établir les bases d'une consultation pédiatrique téléphonique structurée et sécurisée en France sous la forme de fiches téléphoniques et de référentiels [19]. L'expérience américaine sur ce thème qui est plus ancienne est allée plus loin. À la demande d'une communauté de pédiatres du Colorado, le centre hospitalier référent de Denver a mis en place une organisation de consultations et avis téléphoniques effectués par des infirmières formées. Les bases médicales et financières de ce type de consultation ont été clairement établies et validées et donnent lieu une démarche standardisée d'interrogatoire et à une facturation. Suite à une consultation téléphonique conduite par l'infirmière, une suite est proposée au patient avec, selon les situations, un simple avis thérapeutique d'attente et de surveillance avec éventuellement administration d'antalgiques-antipyrétiques ou hydratation orale, une promesse de rendez-vous avec son médecin pour le lendemain, ou bien une entrée directe vers le service des urgences dont il dépend. Dans chacune de ces situations la transmission d'informations étant gérée par Internet, les médecins qui suivront ultérieurement le patient disposeront de tous les éléments

recueillis pendant la consultation téléphonique. Ce type de consultation a montré son efficacité et a été apprécié par les médecins et le public. [20-22].

L'insuffisance de lits d'aval, enfin, demeure une source majeure de blocage des services d'urgences pédiatriques, en particulier chaque hiver mais également pendant les périodes estivales de fermeture de lits. Certains hôpitaux ont essayé de répondre à la carence de lits d'aval par l'ouverture programmée de lits supplémentaires, essentiellement l'hiver et à partir des unités d'hospitalisations préexistantes. Cette organisation reste difficile à mettre en place en hiver car doubler les lits des chambres expose à un risque accru d'infection nosocomiale, réduit le confort des familles, et augmente considérablement la charge de travail et la pénibilité pour les équipes médicales et de soins. Par ailleurs, augmenter temporairement à effectifs constants les personnels de soins se heurte à la réglementation du travail (heures supplémentaires, refus des syndicats de toute forme de répartition annuelle saisonnière du travail). Cela conduit les directions de soins infirmiers à recruter des personnels en intérim, souvent peu formés à la pédiatrie. Enfin, le recours à cette forme d'intérim est quasiment impossible pour les personnels médicaux des services d'hospitalisation et la charge repose chaque hiver uniquement sur les équipes en place dont les effectifs de permanents apparaissent peu extensibles compte tenu des demandes itératives d'efforts budgétaires demandés aux hôpitaux depuis ces dix dernières années. Par ailleurs, dans les hôpitaux pédiatriques, l'aval des urgences est souvent, par tradition, principalement orienté vers les services dits de spécialités pédiatriques, naturellement peu enclins à recevoir en priorité ces patients non programmés qui ne relèvent pas toujours de la spécialité du service et qui désorganisent leur activité. Cette organisation est manifestement inadaptée à l'objectif de gestion en temps réel de lits d'aval pour les services d'urgences. Certains hôpitaux pédiatriques disposent pour l'aval de services de pédiatrie générale. D'autres comme Trousseau à Paris ont pu redistribuer les lits de spécialité vers des structures d'hospitalisation spécifiques dédiées à l'aval des urgences. Ces unités d'hospitalisation, pour assurer pleinement leur mission d'aval, doivent être individualisées des structures d'urgences et établir un lien permanent entre les différentes unités spécialisées d'hospitalisation de l'établissement qui participent également à l'aval et les urgences. La durée moyenne d'hospitalisation y est courte (3 jours) et impose en hiver un *turn-over* très rapide et une grande disponibilité des équipes médicales avec séniorisation soutenue des internes. La « visite » y est quasiment ininterrompue aux heures ouvrables et le week-end afin d'autoriser avec le maximum de sécurité les sorties les plus précoces possibles et libérer ainsi de nouveaux lits d'aval pour les urgences. La qualification des personnels médicaux de ces services relève d'une formation différente de celles des médecins urgentistes, car plus étendue vers la médecine interne et à forte compétence en infectiologie. Ce type d'organisation a permis de réduire à zéro les demandes de transfert faute de place disponible dans l'établissement et d'atténuer fortement la pression des équipes d'urgences à Trousseau.

Faute d'une organisation structurée de l'aval des urgences et mettant en jeu l'ensemble de l'établissement, il est alors parfois nécessaire de recourir aux

« gestionnaires de lits » (équivalents du « bed manager » américain), personnels dédiés à la simple fonction de découvrir des lits disponibles dans l'hôpital et d'y imposer les patients des urgences [23]. Ce type d'organisation sera mis en place en France en 2013 [24].

CONCLUSION

Les services d'urgences pédiatriques des hôpitaux pédiatriques ont été créés et organisés en France dans les trente dernières années pour répondre aux besoins de soins urgents de la population et garantir à la fois l'identification et la prise en charge des patients les plus sévères. Ces services sont également sollicités pour prendre en charge rapidement et avec compétence un nombre élevé de patients qui ne relèvent pas de l'urgence vraie mais d'une consultation qui devrait être effectuée par le secteur libéral.

Malgré d'importants efforts financiers et organisationnels, ces services connaissent encore d'importants dysfonctionnements portant principalement sur l'absence de gestion des flux en amont et l'insuffisance de la capacité d'hospitalisation d'aval. Des solutions ont été proposées pour atténuer ces sources de blocage mais sont encore insuffisamment développées.

Le système de soins a dû ainsi s'adapter aux profonds changements sociologiques survenus pendant ces 50 dernières années dans la population Française. Cette adaptation reste difficile du fait de l'augmentation toujours croissante de la demande de soins et de la réduction simultanée de l'offre de soins dans le contexte actuel de réduction des coûts et d'exigence croissante d'efficacité. Il semble probable que le système de soins aura encore à évoluer, voire se réformer dans le futur.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BOUFECHOUX T. — La santé en France. Le médecin, le malade et l'état. Le Monde Éditions, 1997.
- [2] DE KERVASDOUE J. — L'hôpital. Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2004.
- [3] STEG A. — L'urgence à l'hôpital. Rapport de la section des affaires sociales du Conseil Économique et Social. Paris, 1989.
- [4] Article R6123 portant sur l'autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence. [En ligne] Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do ;jsessionid=76B4E8F064C50C9DBD56BC9AB0D74EAD.tpdjo12v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006196956&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130516> (consulté le 4 juin 2013).
- [5] Article D6124-26 du code de santé publique portant sur la prise en charge des urgences pédiatriques et décrets d'application du 22 mai 2006. [En ligne] Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006198866&cidTexte=LEGITEXT000006072665>> (consulté le 4 juin 2013).

- [6] DEVICTOR D., COSQUER M., SAINT-MARTIN J. — L'accueil des enfants aux urgences: résultats de deux enquêtes nationales « Un jour donné ». *Arch. Pediatr.*, 1997, 4, 21-6.
- [7] THÉLOT B., BOURRILLON A. — Coincidence of public transport strike with bronchiolitis epidemic. *Lancet*, 1996, 348(9043), 1743-4.
- [8] FOURESTIE V., ROUSSIGNOL E., ELKHARRAT D., RAUSS A., SIMON N. — Classification clinique des malades des urgences. Définition et reproductibilité. *Réan. Urg.*, 1994, 3, 573-578.
- [9] CHERON G., CHABERNAUD J.L., DALMAS S., *et al.* — Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales pédiatriques. *Arch. Pediatr.*, 2004, 11, 44-50.
- [10] CHERON G., ESCODA S., PATTEAU G., COJOCARU B. — Impact qualitatif du cours de réanimation de l'ERC. *Arch. Pediatr.*, 2009, 16, 899-900.
- [11] CHERON G., JAIS J.P., COJOCARU B., PAREZ N., BIARENT D. — The European Paediatric Life Support course improves assessment and care of dehydrated children in the emergency department. *Eur. J. Pediatr.*, 2011, 170(9), 1151-7.
- [12] GRIMSHAW J.M., RUSSELL I.T. — Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*, 1993, 342, 1317-22.
- [13] QUINN A., BRUNETT P. — Service versus education: finding the right balance: a consensus statement from the Council of Emergency Medicine Residency Directors 2009 Academic Assembly " Question 19 " working group. *Acad. Emerg. Med.*, 200, 16 Suppl 2, S15-8.
- [14] COLOMBIER G. — Rapport d'information n° 3672 relatif à la prise en charge des urgences médicales, Assemblée Nationale, février 2007. [En ligne] Disponible sur : <<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3672.asp>> (consulté le 4 juin 2013).
- [15] CORIAT P. — Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins, mai 2008. [En ligne] Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Pierre_Coriat.pdf> (consulté le 4 juin 2013).
- [16] [En ligne] Disponible sur : <http://www.urps-med-ra.fr/upload/editeur/2011_09_27_RC_Regulation_Liberale_1319734241569.pdf> (consulté le 4 juin 2014).
- [17] STAGNARA J., VERMONT J., JACQUEL J., BAGOU G., MASSON S., KASSAI B., CHATELAIN P. — Réduction des consultations non programmées et non justifiées dans le cadre des urgences pédiatriques grâce à une plateforme téléphonique. *Presse Med.*, 2010, 39, e258-e263.
- [18] CHEVALLIER B., SZNAJDER M., ASSATHIANY R., Groupe de pédiatrie générale — La pédiatrie au téléphone : un exercice difficile. *Arch. Pediatr.*, 2004, 11, 1033-35.
- [19] CHEVALLIER B., SZNAJDER M., Groupe de pédiatrie générale — Pédiatrie par téléphone. Aide à l'orientation. Paris. Edition clineval, 2de édition, 2009.
- [20] BUNN F., BYRNE G., KENDALL S. — The effects of telephone triage on healthcare use and patient satisfaction : a systematic review. *Br. J. Gen. Pract.*, 2005, 55, 956-61.
- [21] BELMAN S., CHANDRAMOULI V., SCHMITT B.D., POOLE S.R., HEGARTY T., KEMPE A. — An assessment of pediatric after-hours telephone care: a 1-year experience. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 2005, 159(2), 145-9.
- [22] HUIBERS L., KEIZER E., GIESEN P., GROEL R., WENSING M. — Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. *Fam. Pract.*, 2012, 29(5), 547-52. Epub 2012 Feb 10.
- [23] HOWELL E., BESSMAN E., KRAVET S., KOLODNER K., MARSHALL R., WRIGHT S. — Active bed management by hospitalists and emergency department throughput. *Ann. Intern. Med.*, 200, 149(11), 804-11.
- [24] [En ligne] Disponible sur : <http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/04/09/des-gestionnaires-de-lits-pour-sauver-les-urgences_3156480_1651302.html> (consulté le 4 juin 2014).

