

La médecine polyvalente : comment une médecine sobre peut-elle aider la médecine d'urgence ?

Conventional Dedicated Medical Ward: How Can it Help the Emergency Medicine?

G. Potel · D. El Kouri · C. Ngohou · M. Dherville · P. Le Conte · E. Batard

© SFMU et Lavoisier SAS 2016

Résumé La disponibilité des lits de médecine est un défi quotidien qui s'impose à tous les services d'accueil des urgences (SAU).

Objectif : Montrer l'intérêt d'une unité de médecine polyvalente intégrée à un service d'urgences, adaptée aux pathologies médicales les plus courantes, utilisant avec sobriété les moyens hospitaliers.

Matériel et méthodes : Depuis 15 ans, une unité de médecine polyvalente est rattachée au SAU du CHU de Nantes et lui est entièrement dédiée. L'efficacité médicoéconomique est son principal objectif. C'est le bilan médical et économique de cette unité qui est présenté dans ce travail.

Résultats : Les responsables médicaux sont issus de la médecine interne ou d'autres disciplines, y compris la médecine générale. Cette unité confère au SAU de Nantes un triple bénéfice : 1) une autonomie exceptionnelle pour l'orientation des malades de médecine ; 2) une activité valorisée à un très haut niveau au profit du SAU et du pôle ; 3) un renfort médical permettant d'alléger la charge de travail des médecins urgentistes.

Conclusion : Au-delà de l'expérience ponctuelle, l'ancienneté de ce fonctionnement et la démonstration de son efficacité en ont fait un élément central de l'organisation de la médecine non programmée, aussi bien pour le SAU que pour l'établissement.

Mots clés Service d'urgence · Médecine · Organisation · Charge de travail

Abstract The availability of medical beds is a daily challenge in all Emergency Departments (EDs).

Aim: To demonstrate the value of a "dedicated" medical ward, fully integrated in an ED, adapted to the most common medical conditions, requiring limited use of health care resources.

Procedure: For 15 years, a medical ward fully dedicated to the ED of Nantes University Hospital has been created. The medico-economic efficiency is its main objective. The medical and economic assessments of this ward are presented in this work.

Results: The medical practitioners of this ward are from Internal Medicine and other disciplines, including General Medicine. It provides triple benefit to the ED of Nantes University: 1) an exceptional autonomy for the orientation of patients; 2) a very profitable activity for the benefit of the ED; and 3) a medical reinforcement for lightening the workload of emergency physicians.

Conclusion: Beyond the local experience, the results of this operation and its proven effectiveness have become a cornerstone of the unscheduled medicine in our institution.

Keywords Emergency department · Medicine · Organization · Workload

Introduction

La médecine d'urgence est aujourd'hui la première victime de son succès. Dans tous les CHU et les CH de taille

G. Potel (✉) · P. Le Conte · E. Batard
Service des urgences, Hôtel-Dieu, place Alexis Ricordeau,
F-44000 Nantes
e-mail : gilles.potel@chu-nantes.fr

Université de Nantes, Faculté de médecine, 1 rue Gaston Veil,
F-44000 Nantes

D. El Kouri
UF médecine polyvalente-urgences, service des urgences,
Hôtel-Dieu, place Alexis Ricordeau, F-44000 Nantes

C. Ngohou
Service de l'information médicale,
CHU Hôtel-Dieu, place Alexis Ricordeau, F-44000 Nantes

M. Dherville
Pôle médecine-urgences-soins critiques,
CHU Hôtel-Dieu, place Alexis Ricordeau, F-44000 Nantes

suffisante, l'augmentation du nombre de passages est un constat au caractère apparemment inexorable [1], dont la nature et l'épidémiologie ont été bien décrites par l'enquête de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2013 [2]. Le rapport Grall [3] de juillet 2015 a rappelé l'ampleur de cette augmentation : sept millions de passages en 1990 (un Français sur huit)... et 18 millions en 2013 (soit un Français sur 3,5).

Les causes de ce « succès » sont connues depuis longtemps :

- facilité d'accès à un plateau technique complet réalisant en quelques heures ce qui prend plusieurs jours ou semaines en pratique ambulatoire extrahospitalière ;
- effondrement progressif de la permanence des soins ambulatoires ;
- effondrement de la disponibilité de la médecine libérale pour l'activité non programmée aux heures ouvrables ;
- précarisation des couches les plus vulnérables de la société, conduisant à l'augmentation quasi inexorable des sollicitations médicosociales, voire sociales pures ;
- exigence croissante des citoyens, souvent adeptes du « 4T » (Tout pour moi Tout de suite Tout le Temps ; « à l'hôpital ils me feront tout ») ;
- crainte du médicojudiciaire (« je ne peux plus garder à domicile... »).

Toutes ces tendances, responsables d'une pression croissante de l'amont sur les structures d'urgence, sont le fait d'évolutions sociétales, démographiques (le tsunami gériatrique est devant nous ; la démographie médicale insuffisante et sa répartition ne sont pas encore maîtrisées) et organisationnelles dont nos hôpitaux ne sont ni les responsables ni les acteurs politiques.

Une fois présent dans un service d'accueil des urgences (SAU), chaque patient doit faire l'objet d'un avis séniorisé pour une prise en charge optimale qui s'achève soit par la sortie du service (éventuellement assortie d'un rendez-vous de consultation ou d'une programmation d'hospitalisation), soit par une hospitalisation essentiellement en milieu de court séjour.

Une question fondamentale est de savoir si l'offre de soins d'un établissement doté d'une structure d'urgence est en adéquation avec la demande qui s'y exprime. Nos services et nos hôpitaux se sont-ils adaptés aux évolutions de la demande ? Nos organisations sont-elles en adéquation avec les besoins, dans un contexte de diminution des ressources ?

Il est permis d'en douter, tant il est vrai que la recherche d'un lit est une préoccupation pluriquotidienne dans un service d'urgences [4–6], partagée entre personnels médicaux et soignants. La spécialisation parfois excessive des services de médecine est un obstacle difficile à franchir pour les patients souvent âgés, polyopathologiques, dont les besoins diagnostiques et thérapeutiques relèvent le plus souvent de

procédures relativement simples et bien standardisées. Le présent travail repose sur le bilan médical, organisationnel et médicoéconomique d'une unité de médecine polyvalente totalement intégrée au service des urgences (SU) au CHU de Nantes depuis 15 ans. Son principal objectif est la sobriété de la prise en charge, limitée à ce qui est nécessaire, autant en termes de recours aux examens complémentaires qu'en termes de durée de séjour.

Méthodes

Le SU du CHU de Nantes a toujours associé sous la même gouvernance ses activités pré- et intrahospitalières classiques (Samu/Smur/Centre 15 + unités d'accueil des urgences + unité d'hospitalisation de courte durée [UHCD]). En 2000, la généralisation de la structuration en pôles médicaux a conduit à opérer un choix original. Plutôt que de s'associer aux structures de réanimation, dont étaient pourtant issus ses responsables, c'est l'intégration au SU d'une unité de médecine polyvalente de 46 lits qui a été choisie. Ce choix, qui était partagé par les responsables médicaux des urgences et l'administration, faisait suite à une expérience menée depuis 1995 et portait du constat que les besoins en hospitalisation les plus difficiles à satisfaire étaient d'ordre médical, plus que chirurgical. Par intégration, il faut entendre non seulement appartenance au même pôle, mais aussi appartenance au SU lui-même, rendant les praticiens de cette unité coresponsables de la permanence des soins. Au fil des années, les évolutions organisationnelles ont conduit à la constitution d'un pôle « médecines–urgences–soins critiques » dans lequel se sont associés le SU (Samu/Smur/C15, accueil adultes, UHCD et médecine polyvalente), le service de médecine interne, le service des maladies infectieuses, l'anesthésie-réanimation et la réanimation médicale.

Depuis 1995, plusieurs jeunes internistes avaient manifesté leur intérêt pour une médecine polyvalente sobre, à la disposition quasi exclusive des besoins en hospitalisation conventionnelle s'exprimant aux urgences. Au fil des années, ces praticiens ont été rejoints par d'autres en provenance de la pneumologie, de la néphrologie ou de la médecine générale.

Ces derniers sont titulaires soit de la capacité en médecine d'urgence (CMU), soit du DESC de médecine d'urgence. Leur participation à l'activité d'accueil des urgences intéresse principalement la période de permanence des soins, allégeant d'autant la charge en gardes des médecins urgentistes et des autres praticiens de l'établissement (ces derniers ne font que des demi-gardes de 18 heures à minuit). Ils font l'objet d'un suivi de leur activité par décompte horaire comme les médecins urgentistes. La fiche de poste des médecins polyvalents est rappelée dans le Tableau 1.

Les paramètres étudiés, résultant de l'expérience des 15 dernières années, permettent de faire un bilan rétrospectif portant sur :

- la contribution de l'unité de médecine polyvalente à la prise en charge des patients médicaux se présentant aux urgences, par rapport aux autres services de l'hôpital ;
- le degré d'autonomie du SU, et plus largement du pôle médecines-urgences-soins critiques face aux sollicitations dont il est l'objet ;

Tableau 1	Fiche de poste des médecins polyvalents.
	<ul style="list-style-type: none"> – Garantir au moins trois visites séniorisées hebdomadaires par interne – Garantir la présence d'un médecin senior dans l'unité en journée, du lundi matin au samedi matin – Assurer la visite le dimanche matin des patients entrés pendant le week-end – Garantir la séniorisation des patients entrant l'après-midi (= contrôle de la contre-visite de l'interne) – Réduire les investigations (biologiques ou radiologiques) à ce qui est nécessaire pour l'hospitalisation en cours – Rechercher la durée d'hospitalisation conventionnelle la plus courte possible – Inscrire l'hospitalisation actuelle dans le cadre d'un parcours de soins – Chaque patient doit sortir avec un compte rendu d'hospitalisation synthétique destiné au médecin traitant – Chaque sortie s'accompagne d'un volet social destiné à limiter le risque d'une réhospitalisation non programmée – Les admissions se font exclusivement à partir de l'accueil des urgences ou directement par contact téléphonique quand l'admission directe évite le passage par l'accueil

- l'analyse médicoéconomique du système portant principalement sur l'année 2014.

Analyse statistique : il s'agit d'une étude observationnelle et rétrospective ne nécessitant pas de test statistique particulier. Les données sont issues du service d'information médicale (SIM) du CHU et ont été validées par le directeur administratif du pôle. L'analyse médicoéconomique est en partie issue d'un travail comparatif portant sur les dix premiers groupes homogènes de malades (GHM) de l'unité de médecine polyvalente versus l'échelle nationale des coûts (ENC) en 2012, et sur les données de comptabilité analytique du CHU de Nantes pour 2014. L'outil Hospidiag (indice de performance de la DMS, IP-DMS) a été utilisé pour comparer les DMS des dix premiers GHM de médecine polyvalente avec les données nationales.

Résultats

Le SU adultes de Nantes a reçu en 2014 près de 73 000 patients (nouveaux passages) qui se répartissent sur trois circuits principaux (Fig. 1) :

- le circuit dit « debout » = patients ne nécessitant pas d'être couchés (41 % des passages) ;
- le circuit allongé « traumatique » = patients traumatisés nécessitant un brancard (18 % des passages) ;
- le circuit allongé « non traumatique » (ou « médical ») = patients nécessitant un brancard (35 % des passages).

Les 6 % de malades restants correspondent aux patients qui sont dirigés directement vers l'unité médicopsychologique, le bloc opératoire ou un service de réanimation (après ou sans passage par la SAUV). Comme on peut le voir sur la Figure 1, les besoins en hospitalisation à la sortie de ces trois

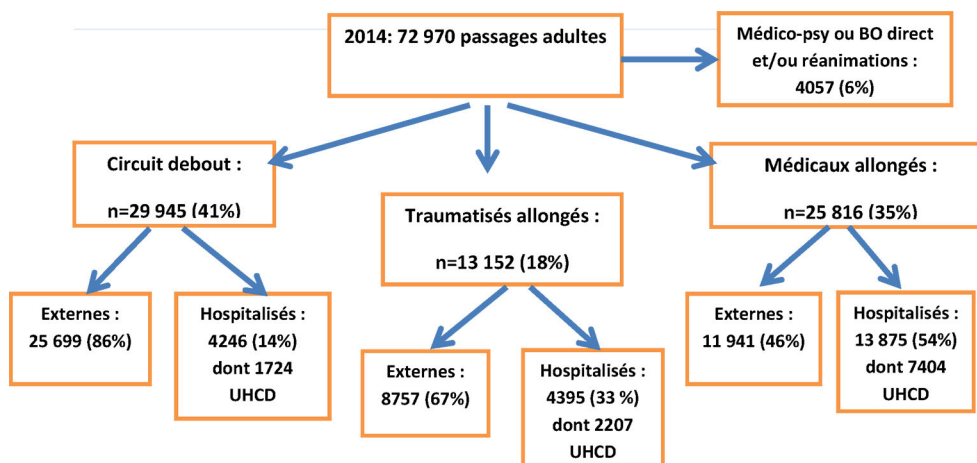


Fig. 1 Distribution initiale des passages aux urgences adultes de Nantes en 2014. Médicopsy = unité médicopsychologique ; réanimations = médicale ou chirurgicale ; BO = bloc opératoire ; UHCD = unité d'hospitalisation de courte durée

circuits principaux sont radicalement différents, de 14 % pour le « circuit debout » à 54 % pour le circuit « couchés non traumatisés » et 33 % pour le circuit « couchés traumatisés ». Au total (Tableau 2), 22 925 hospitalisations (médicales ou chirurgicales) ont été effectuées en 2014 à partir de l'accueil des urgences. La moitié environ de ces besoins en hospitalisation sont assurés par l'UHCD du service lui-même (11 335), ce qui relativise les besoins immédiats en lits conventionnels. Comme dans la plupart des autres SU de France, les séjours en UHCD sont trop souvent suivis d'un séjour conventionnel, et à Nantes, on ne dénombre que 7 063 séjours « mono-unité » en UHCD en 2014, les autres patients étant admis secondairement dans des lits conventionnels. Au total, ce sont donc 68 % des besoins en lits après passage à l'accueil qui sont satisfaits à l'intérieur du seul pôle auquel appartient le SU.

Si l'on écarte les séjours mono-unité en UHCD (qui ne sont pas considérés par la DREES comme des hospitalisations), notre taux d'hospitalisation rapporté au nombre de passages adultes est de 21 %, ce qui est proche de la moyenne nationale (enquête DREES 20 %), voire inférieur, car nous n'avons pas pris en compte les passages aux urgences pédiatriques (32 808 passages en 2014), dont le taux d'hospitalisation est très faible (12 %). Si l'on prend en compte l'activité pédiatrique, le taux d'hospitalisation (hors UHCD) est alors de 19 %, légèrement inférieur à la moyenne nationale. Il est donc vraisemblable que notre patientèle est très proche de la patientèle moyenne nationale en termes de besoins en hospitalisation traditionnelle.

Une analyse qualitative un peu plus fine est nécessaire pour mieux quantifier et repérer les vraies difficultés. En réalité, les lits chirurgicaux ne posent généralement que peu de problèmes d'accessibilité en urgence, dès lors que les patients ont été ou vont être opérés par une équipe chirurgicale de l'établissement. L'analyse de la répartition des patients doit donc se focaliser sur les problématiques médicales. Le Tableau 3 se concentre sur les hospitalisations dans

les services de médecine. Les chiffres du Tableau 2 se trouvent donc modifiés :

- par la suppression des hospitalisations en chirurgie et des séjours mono-unité en UHCD ;
- par l'ajout des patients d'abord hospitalisés en UHCD puis secondairement transférés vers les unités de médecine (spécialisées ou polyvalentes).

La médecine polyvalente (64 lits au total en 2014) représente 10 % des lits conventionnels de médecine du CHU (hors pédiatrie et gynéco-obstétrique), mais répond à elle seule à 30 % des besoins en hospitalisation conventionnelle de médecine qui s'expriment à l'accueil des urgences.

L'ensemble médecine polyvalente + maladies infectieuses + médecine interne (même pôle) répond à lui seul à 47 % des besoins d'hospitalisation en médecine, toutes spécialités confondues (hors réanimation).

Sur le plan médicoéconomique, les principaux résultats qui ne se sont jamais démentis depuis la création de l'unité jusqu'à aujourd'hui sont les suivants :

- des coûts de séjour inférieurs de 30 % par rapport à la moyenne nationale pour les mêmes GHM. Ce résultat, recueilli au cours d'une étude réalisée en 2012 en comparaison avec l'ENC pour les dix premiers GHM avait révélé que sur un an le « bénéfice » pour le CHU de Nantes de ces GHM hospitalisés en médecine polyvalente était de 800 k €, alors qu'au niveau national ces mêmes GHM (pour l'ensemble des hôpitaux contribuant à l'ENC) généraient une perte de 100 M€ pour l'ensemble des établissements¹. Cette différence était à mettre sur le compte principalement d'une DMS plus courte, qui est confirmée par les données du Tableau 4 pour l'année 2014 ;

Tableau 2 Répartition initiale des patients hospitalisés à partir de l'accueil des urgences en 2014.	
Service des urgences	13 655 (59)
Dont UHCD	11 335
Dont médecine polyvalente	2 320
Autres services du pôle (médecine interne, maladies infectieuses, réanimations)	1 984 (9)
Autres pôles du CHU	7 286 (32)
Total	22 925 (100)
Les données sont exprimées en effectifs totaux (pourcentages). UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée.	

Tableau 3 Répartition finale des hospitalisations dans les services de médecine (hors réanimations) après passage à l'accueil des urgences (et après un éventuel passage par l'UHCD) en 2014.

Médecine polyvalente	2 569 (30)
Médecine interne + maladies infectieuses	1 439 (17)
Autres services de médecine du CHU	4 650 (53)
Total	8 658 (100)

Les données sont exprimées en effectifs totaux (pourcentages). Les autres services de médecine du CHU sont ceux qui appartiennent à d'autres pôles (cardiologie, rhumatologie, gériatrie aiguë, gastroentérologie, néphrologie...).

¹ NB : De La Coussaye JE, Potel G. Le CHU et les urgences : mieux réguler l'amont, mieux gérer l'aval. Communication aux XIII^{es} Assises hospitalo-universitaires, Bordeaux, 6/7 décembre 2012.

Tableau 4 Liste des dix premiers groupes homogènes de malades (GHM) hospitalisés en médecine polyvalente en 2014.			
	<i>n</i>	DMS	IP-DMS Hospidiag
Insuffisance cardiaque niveau 3	117	11,5	0,9
Insuffisance cardiaque niveau 2	107	6,7	0,7
AVC niveau 3	73	15,4	1
Pneumonies niveau 2	58	5,9	0,7
AVC niveau 1	56	4,2	0,6
Pneumonies niveau 1	49	3,2	0,6
Pneumonies niveau 3	40	10,5	0,8
Infections urinaires niveau 2	40	5,1	0,8
Autres troubles lignée érythrocytaire niveau 1	40	2,9	0,8
Troubles métaboliques niveau 3	38	8,8	0,8

DMS : durée moyenne de séjour ; GHM : groupe homogène de malades ; *n* = effectif total ; le neuvième GHM correspond essentiellement aux bilans d'anémie ; l'IP-DMS (indice de performance-DMS) exprime la comparaison de la DMS pour un GHM donné par rapport à la DMS nationale du même GHM ; un résultat à 0,9 signifie que la DMS locale d'un GHM donné est inférieure de 10 % à la DMS nationale (source Hospidiag, base nationale).

- 88 % des admissions ont lieu après passage aux urgences (accueil et UHCD), confirmant l'absence de dérive vers une activité programmée.
Les 12 % de patients restants sont principalement adressés directement en médecine polyvalente après contact téléphonique entre le médecin traitant et un médecin senior du service, évitant un passage inutile par l'accueil ;
- un pourcentage élevé de séjours « mono-unité », avec un taux de transfert vers une autre unité de court séjour de 11 %, ce qui permet au service de bénéficier de la totalité de la rémunération forfaitaire du séjour pour 89 % des patients admis ;
- un taux de réhospitalisations non programmées à un mois aux environs de 10 %, comparable aux autres services de l'hôpital accueillant les mêmes malades ;
- un taux de marge (= bénéfice pour l'établissement sur les séjours de médecine polyvalente) de 29 %, lié principalement à la maîtrise des prescriptions d'examen complémentaires inutiles et à la brièveté des durées moyennes de séjour. Ce taux de marge, qui est le plus élevé de tout le CHU, est à l'origine d'un compte de résultats du SU extrêmement positif².

² NB : Potel G, Dherville M. Comment valoriser l'activité d'hospitalisation aux urgences ? Congrès urgences 2015, Paris, 10/06/2015.

Enfin, la contribution des médecins polyvalents à la permanence des soins est extrêmement significative. L'équipe médicale de médecine polyvalente est constituée en 2014 de 10,5 médecins : trois praticiens hospitaliers (PH) sont issus de la médecine interne, un PH de la pneumologie, un PH de la néphrologie (titulaire de la CMU) ; deux PH sont issus de la médecine générale et sont titulaires de la CMU, et un PH urgentiste est issu du diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine d'urgence (DESC) via le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale. Les 2,5 restants sont des personnels contractuels en provenance de la médecine générale ayant validé ou en cours de validation du DESC de médecine d'urgence.

En 2014, les 10,5 praticiens de la médecine polyvalente ont effectué 32 % des heures de garde à l'accueil allongé (traumatique et non traumatique).

Discussion

Nous disposons à Nantes d'un niveau d'autonomie probablement exceptionnel en termes d'accessibilité à des lits conventionnels. Au total, si on additionne les patients externes (non hospitalisés) à ceux intégralement pris en charge au niveau du pôle (UHCD, médecine polyvalente, services de médecine et de réanimations), le pourcentage de patients se présentant à l'accueil qui sont pris en charge intégralement au niveau du pôle est de 87 %. L'ensemble du reste de l'hôpital (médecine et chirurgie) n'est donc destinataire « que » de 13 % des patients se présentant aux urgences. Concernant l'intégration totale de la médecine polyvalente au SU, rien n'en démontre le caractère nécessaire, par rapport à ce que pourrait produire une unité ou un service du même pôle dissocié des urgences. Néanmoins, la fiche de poste serait probablement plus difficile à faire accepter et à pérenniser sur le long terme.

Au-delà des résultats chiffrés qui démontrent la place centrale occupée par la médecine polyvalente dans notre demande quotidienne de lits conventionnels en médecine, l'intégration des praticiens de cette unité dans le SU nous permet de garantir des effectifs suffisants pour assurer la permanence des soins (nuits et week-ends à l'accueil) que les effectifs de médecins urgentistes ne pourraient pas couvrir, à moins de faire appel de façon déraisonnable et imposée aux autres praticiens de l'hôpital. Ceux-ci ne contribuent (les plus jeunes d'entre eux) qu'à la prise en charge du circuit « debout » en semaine de 18 à 0 h. Aujourd'hui, de nombreux services d'urgence (y compris de CHU) font appel (à des tarifs prohibitifs) à l'intérim pour assurer la permanence des soins. Cette situation est aggravée par l'application de la circulaire sur le temps de travail des urgentistes, que nous appliquons intégralement

depuis déjà une dizaine d'années... grâce au renfort des praticiens de médecine polyvalente sur les horaires de permanence des soins.

L'existence de staffs hebdomadaires communs est également une garantie de formation des urgentistes dans des domaines qui représentent probablement 80 % de leur activité à l'accueil et une très faible part de leur formation d'urgentistes. La rédaction (et la mise à jour annuelle) d'un référentiel de protocoles médicaux rédigés en collaboration entre les médecins polyvalents et les urgentistes est une garantie d'homogénéité (et de sagesse) des pratiques autant qu'un outil de formation continue qui s'inscrit par ailleurs dans la démarche *choosing wisely* anglo-saxonne [7].

Il est révélateur que la question de la mise à disposition de lits indifférenciés au profit des malades de l'urgence n'ait pas été évoquée au cours du colloque sur les urgences de novembre 2014 [2]. Ce n'est qu'au moment de la clôture du colloque que M.H. Garrigue-Guyonnaud (inspecteur général des Affaires sociales) a évoqué, sans utiliser l'adjectif « polyvalent », la nécessité de trouver ou retrouver des lits conventionnels non spécialisés aux urgences, hors UHCD. Cette question pourtant capitale n'est jamais évoquée ni par les organisations professionnelles ni par les syndicats qui considèrent probablement que poser la question éloignerait les urgentistes de leur « cœur de métier ». Notre modèle, qui intègre la médecine polyvalente au SU, permet de résoudre la double problématique :

- de l'accès des patients à des lits de médecine ;
- de la résolution de la présence médicale à l'accueil des urgences aux heures de permanence des soins.

À notre connaissance, une seule expérience du même genre a été récemment publiée concernant une « unité polyvalente d'hospitalisation » au CHU A.-Béclère de Clamart [8]. Cette expérience, fondée sur une comparaison « avant-après », confirme son impact positif sur la qualité aussi bien des soins que de l'accueil des urgences. Les auteurs regrettent néanmoins le manque de soutien de l'administration, alors même que le caractère hautement « rentable » de cette activité est démontré. Il est probable que la relative confusion avec les lits d'UHCD adjacents ainsi que l'aspect réducteur des règles d'accessibilité à l'unité en ont handicapé la lisibilité.

De notre côté, l'arrivée de la T2A en 2007 a probablement été à l'origine de l'augmentation des moyens en lits et en personnels (aujourd'hui, 64 lits répartis sur deux unités). De plus, l'investissement de médecins internistes (ou de n'importe quelle autre discipline clinique) très volontaristes et reconnus au sein de l'établissement a largement contribué à donner une image positive de cette expérience. La

question de sa généralisation n'est envisageable qu'à certaines conditions :

- elle doit se faire à moyens constants pour l'établissement, par redistribution des moyens soignants, ce qui suppose une réduction capacitaire ciblée sur les disciplines dont les besoins en hospitalisation conventionnelle sont en diminution du fait des évolutions médicotéchniques (notamment par le développement de l'ambulatoire) ;
- l'association la plus étroite possible avec le SU est une condition indispensable à la réussite de l'entreprise, sans aller obligatoirement jusqu'à l'intégration totale au SU. Dans la pratique, la contribution obligatoire de ses praticiens à la permanence des soins et des staffs d'enseignement communs sont des prérequis indispensables.

À l'heure où le recours à l'intérim aux urgences explose (aussi bien dans les établissements publics que privés), aussi douteux dans son efficacité qu'exorbitant en termes de coût, il est temps que les hôpitaux remettent l'ensemble des moyens hospitaliers au centre des solutions permettant de résoudre l'équation impossible de la prise en charge des urgences. Un médecin hospitalier, qui souhaite demeurer dans le service public, se doit de réfléchir à l'aide qu'il doit apporter dans le domaine des soins non programmés. De leur côté, les urgentistes doivent réaliser une bonne fois pour toutes qu'ils ne résoudront pas tout seuls cette équation.

La création des pôles était une occasion unique de remettre la médecine d'urgence (et donc les soins non programmés) au centre de pôles disposant des moyens d'hospitalisation répondant à la majorité des besoins (comme la médecine interne ou les maladies infectieuses). Cette occasion a été trop souvent gâchée en procédant (au mieux) à des regroupements réduits à l'association Samu/Smur/urgences/réanimations, qui ne répondent qu'à 5 ou 6 % des besoins en hospitalisation... Une fausse solution a consisté à créer des unités de « médecine post-urgence » aussi floues dans leur définition que dans leurs missions : super-UHCD ou services de médecine générale hospitalière dépendant de la bonne volonté des spécialistes d'organe travaillant dans d'autres services ?

La médecine polyvalente, animée par des médecins d'origines diverses parfaitement au fait des recommandations de prise en charge des pathologies les plus courantes (neurologiques, cardiologiques, infectieuses...), répond en termes de compétences à la plupart des besoins qui s'expriment dans un service d'urgence. Ces médecins issus d'un DES de médecine interne ou de n'importe quelle spécialité clinique doivent être recrutés jeunes pour accepter de poursuivre la permanence des soins assurée lorsqu'ils étaient en formation et renoncer à la médecine centrée sur un organe ou des pathologies rares. Par leur participation à la permanence des soins, les praticiens polyvalents sont en outre la garantie

d'une formation de qualité pour les internes, y compris ceux se destinant au DES de médecine d'urgence.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Braun F (2014) Le service des urgences est saturé ! Ann Fr Med Urgences 4:73-4
2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Actes du colloque du 18 novembre 2014. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss63.pdf> (Dernier accès le 5 avril 2016)
3. Grall JY (2015) Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf (Dernier accès le 5 avril 2016)
4. Trzeciak S, Rivers E (2003) Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. Emerg Med J 20:402-5
5. Moskop J, Sklar D, Geiderman J, et al (2009) Emergency department crowding, part 1-concept, causes, and moral consequences. Ann Emerg Med 53:605-11
6. Claret PG, Bobbia X, Richard P, et al (2014) Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. Ann Fr Med Urgences 4:96-105
7. American Board of Internal Medicine Foundation. Choosing wisely. <http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/> (Dernier accès le 5 avril 2016)
8. Andronikof M, Roche V, Civadier MS, et al (2016) Évaluation d'un service d'urgence possédant une unité d'hospitalisation conventionnelle. Ann Fr Med Urgences 6:85-92