

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2003

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Stéphane HERNANDES
Né le 1^{er} mai 1971 à Nantes (44)

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2003

DEPARTEMENT MEDECINE URGENCES DE CHATEAUBRIANT
JUSTIFICATIONS INTERETS ET LIMITES

Président : Monsieur Le Professeur Yves HELOURY

Directeur de thèse : Docteur Jean-Yves GRALL

BU Santé
Nantes

SOMMAIRE

I. <u>Introduction.</u>	p5
II. <u>Présentation du Travail-Méthode.</u>	p7
<u>IIA. Le Centre Hospitalier de Châteaubriant.</u>	p7
<u>IIB. Méthodologie.</u>	p9
IIB1. <u>Recueil et analyse de données.</u>	p9
IIB2. <u>Analyses statistiques.</u>	p10
III. <u>Facteurs susceptibles de majorer l'activité des urgences UPATOU.</u>	p11
<u>III.A. Incidence de la démographie.</u>	p11
III.A1. <u>La démographie nationale.</u>	p12
III.A2. <u>Faits marquants en Loire Atlantique.</u>	p13
III.A3. <u>Éléments démographiques concernant le bassin de population de Châteaubriant.</u>	p13
III.A3a. <u>La population jeune : les moins de vingt ans.</u>	p16
III.A3b. <u>Les plus de 75 ans.</u>	p19
III.A3c. <u>Particularité castelbriantaise : une population rurale et dispersée.</u>	p22

III.B. Evolution de la médecine générale et conséquences sur le recours aux urgences. p24

III.B1. Rôle de la démographie médicale. p24

III.B1a. Démographie médicale en Loire Atlantique : une amélioration significative. p25

III.B1b. Les limites de cette progression. p25

III.B1c. La démographie médicale : critère isolé. p26

III.B2. Les nouvelles aspirations des médecins généralistes et leurs conséquences sur la permanence des soins. p27

III.B3. Cas particulier de Châteaubriant. p29

III.B3a. Attractivité et permanence des soins. p29

III.B3b. La maison médicale. p31

III.B3ba. Intérêt de ce projet. p31

III.B3bβ. Approche chiffrée et conclusion sur la maison médicale. p33

III.C. Evolution de l'organisation du réseau des urgences : impact en terme d'attractivité. p43

III.C1. Restructuration géographique et organisationnelle. p43

III.C2. Evolution de la formation des médecins exerçant aux urgences. p45

III.C3. Attractivité des structures d'urgences. p46

III.C4. Place des urgences dans la structure hospitalière. p49

III.C4a. Constat de dysfonctionnement. p49

III.C4b. Evolution castelbriantaise. p51

IV. <u>Le Département Médecine-Urgences.</u>	p52
IV.A. <u>Mode de fonctionnement.</u>	p52
IV.A1. <u>Cadre légal.</u>	p52
IV.A2. <u>Rôle des réunions informelles.</u>	p53
IV.B. <u>Evolutions améliorant la qualité de prise en charge des patients.</u>	p57
IV.B1. <u>Elaboration de référentiels communs.</u>	p57
IV.B2. <u>Evolution de l'activité des urgentistes et internes de garde dans les services d'hospitalisation.</u>	p59
IV.B3. <u>Problèmes liés aux filières de soins.</u>	p60
IV.B3a. <u>Problème des patients hospitalisés selon le respect de la filière de soins.</u>	p61
IV.B3b. <u>Problème du non respect de la filière de soins</u>	p62
IV.B4. <u>Prise en charge des urgences vitales dans les services d'aval :</u>	p65
IV.C. <u>Modifications visant à améliorer le flux des patients aux urgences.</u>	p65
IV.C1. <u>Rôle des médecins des services à l'UPATOU.</u>	p65
IV.C2. <u>Sorties programmées.</u>	p67
IV.C3. <u>Effet d'entraînement.</u>	p67
IV.C4. <u>Modalités de brancardage.</u>	p69
IV.C4a. <u>Appel des brancardiers.</u>	p69
IV.C4b. <u>Brancardage de 17 h 00 à 8 h 00 du matin.</u>	p70

IV.D. Autres améliorations facilitées par l'organisation en département. p70

IV.D1. Fidélisation des infirmières récemment diplômées. p70

IV.D2. Intérêt économique. p71

IV.E. Discussion:Limites de l'organisation en département p73

IV.E1. Limites liées aux urgences. p73

IVE1a. Des urgentistes relativement sous représentés dans les discussions informelles. p73

IVE1b. Absence d'outil informatique propre au fonctionnement de l'UPATOU. p73

IVE1c. Persistance d'un turn-over élevé. p74

IVE2. Rôle du chef de département. p74

IVE3. Un fonctionnement essentiellement adapté aux petites structures. p75

V. Conclusion p76

I. Introduction.

Les urgences se sont imposées, au cours des trente dernières années, comme l'un des piliers du système de soins en France.

En 2001, le nombre de passages dans ces services a atteint 13,4 millions pour l'ensemble du territoire, ce qui représente une progression de 64 % depuis 1990. Cet accroissement est inégal selon les régions, mais tous les établissements hospitaliers sont confrontés à des difficultés d'adaptation.

Ces problèmes largement médiatisés, préoccupent les usagers et les équipes exerçant dans ces structures.⁽¹⁾

Cet état de fait a poussé les gouvernements successifs et les acteurs de santé à rechercher des solutions, les unes concernant le système de soins en amont de l'hôpital les autres, visant les urgences elles-mêmes. Peu jusqu'à récemment concernaient l'organisation intra-hospitalière.⁽²⁾

Le Département Médecine-Urgences de Châteaubriant constitue donc une expérience originale en ce domaine.

L'objectif de ce travail était de la présenter, en rapportant les contraintes externes ou internes qui, pesant sur les urgences, ont conduit à la décision de changement organisationnel, en rapportant d'autre part certaines évolutions permises par la départementalisation.

II. Présentation du travail-Méthode.

II.A. Le Centre Hospitalier de Châteaubriant :

La ville de Châteaubriant est une sous-préfecture de Loire-Atlantique, située en milieu rural (annexe 13) à environ 70 kilomètres de Nantes (44), d'Angers (49) et de Rennes (35), elle compte 13 000 habitants ; cette situation géographique fait qu'elle draine un bassin de population de 70 000 habitants.

Le Centre Hospitalier de Châteaubriant s'est engagé ces dernières années dans un processus de restructuration, l'activité chirurgicale est désormais prise en charge par une clinique privée (Clinique Sainte Marie).

Le CH se consacre à 3 pôles d'activités principaux :

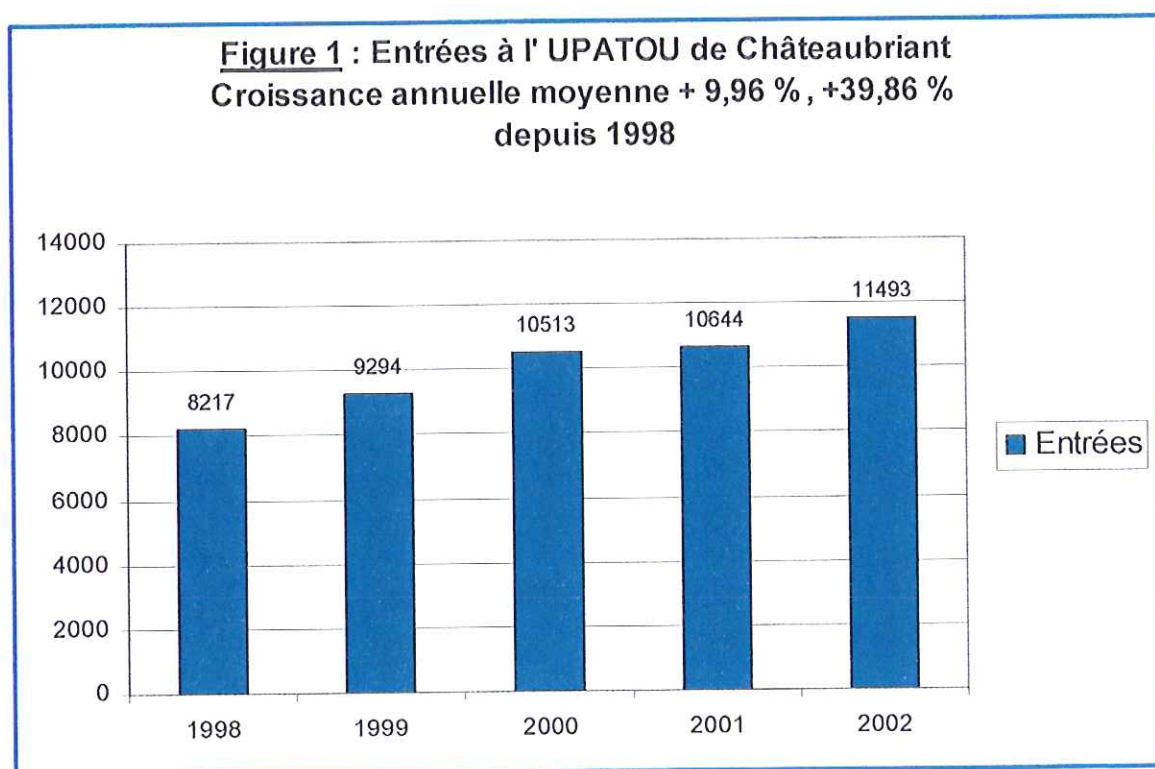
- les activités médicales : Département urgences-médecine, 70 lits,
- la gynécologie obstétrique et la pédiatrie, 33 lits,
- le pôle soins de suite, réadaptation fonctionnelle, gériatrie, 260 lits.

D'autres activités sont actuellement à l'étude, notamment la création d'un centre d'hémodialyse.

Le Centre Hospitalier est lié par des contrats-relais aux hôpitaux locaux de Nozay et Pouancé.

Son CHU de référence est celui de Nantes.

L'UPATOU voit son activité croître de manière constante depuis 1998 pour atteindre 11 493 passages en 2002. (figure n° 1).



L'équipe médicale des urgences comprend à ce jour un praticien hospitalier, un assistant urgentiste et un faisant fonction d'assistant contractuel, tous trois à temps pleins.

Ils assurent en outre les interventions SMUR, un peu plus d'une par jour en moyenne.

II.B.Méthodologie

II.B1.Recueil et analyse de données.

La première partie de notre travail a pour but de montrer les principales contraintes qui s'exercent sur l'activité de l'UPATOU. Nous avons effectué un recueil des passages lors d'un mois hivernal (janvier 930 p) et un mois estival (juillet 859 p), par grandes classes d'âges, en terme de mode d'entrée et le devenir, ainsi qu'en distinguant deux types de recours. Les uns dus à un traumatisme initial et les autres regroupant les problèmes médicaux, psychiatriques, sociaux ainsi que ceux débouchant sur une prise en charge en chirurgie viscérale (syndrome appendiculaire, par exemple).

Les informations ont été recueillies à partir du registre des entrées. Ont été écartés les consultations externes de suivi, les passages pour lesquels le mode d'entrée et/ou le motif n'ont pu être précisés.

Pour le chapitre concernant la maison médicale, le mois de janvier ayant été perturbé par un mouvement de grève des généralistes, seul le mois de juillet a été retenu. Pour chaque entrant aux horaires de garde et les jours fériés, l'heure d'arrivée, l'heure de sortie et le motif exact de recours ont été répertoriés.

Pour la seconde partie, qui est plus descriptive de l'organisation des recherches, visant à objectiver les consultations des spécialistes à l'UPATOU, ont été effectuées sur la base de données du Département d'Information Médicale (DIM).

II.B2. Analyses statistiques.

Le test de l'écart réduit a été utilisé pour comparer les classes d'âge vues aux urgences, à leur proportion respective, dans la population castelbriantaise. Au risque de 5 %, valeur seuil de $\mathcal{E} = 1,96$.

Les tests de significativité ont été effectués par la méthode du Khi^2 avec $p < 0,05$, les valeurs non significatives sont signalés par NS.

FACTEURS SUSCEPTIBLES DE MAJORER

L'ACTIVITE DES URGENCES UPATOU

Incidence de la démographie.

III. Facteurs susceptibles de majorer l'activité des urgences UPATOU.

III.A. Incidence de la démographie.

En 1998, une étude de la littérature internationale réalisée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Poitou-Charentes⁽³⁾ avait retenu parmi les facteurs favorisant le recours aux urgences, certaines caractéristiques socio-démographiques et culturelles.

Les jeunes, les patients à faibles revenus, les personnes isolées, les immigrés récents, les patients non suivis de manière habituelle par un généraliste, consulteraient plus aux urgences que la population standard.

Entre autres facteurs démographiques, la population âgée d'un secteur peut avoir un retentissement sur le fonctionnement du service d'urgences qui lui est rattaché.

III.A1. La démographie nationale.

Les résultats des derniers recensements (1990 et 1999) ont confirmé le vieillissement de la population française, en rapport avec la baisse de la fécondité initiée au début des années 70, mais surtout en rapport avec l'augmentation de l'espérance de vie liée à la baisse de la mortalité aux grands âges.

- En 1990, la France comptait 8,3 millions de personnes de plus de 65 ans (15 % de la population totale) et l'effectif des plus de 75 ans avait été multiplié par deux en trente ans.
- Les projections prévoient que dès 2010, la France comptera plus de 10 millions de personnes de 65 ans et plus⁽²⁾.

IIIA2. Faits marquants en Loire Atlantique.

En 1999, la Loire Atlantique comptait 79 385 personnes de 75 ans et plus dont 65,5 % de femmes, soit 7 % de la population départementale.

L'espérance de vie en 1990 était pour les Pays de Loire de :

- 79,2 ans pour les hommes,
- 84,5 ans pour les femmes.

Parmi les personnes âgées de plus de 75 ans, environ 16 % vivaient en institution et 34 % vivaient seules.

Les Pays de Loire sont la région de France pour laquelle le pourcentage de personnes âgées vivant à domicile est le plus faible. ^[4 5]

IIIA3. Eléments démographiques concernant le bassin de population de Châteaubriant.

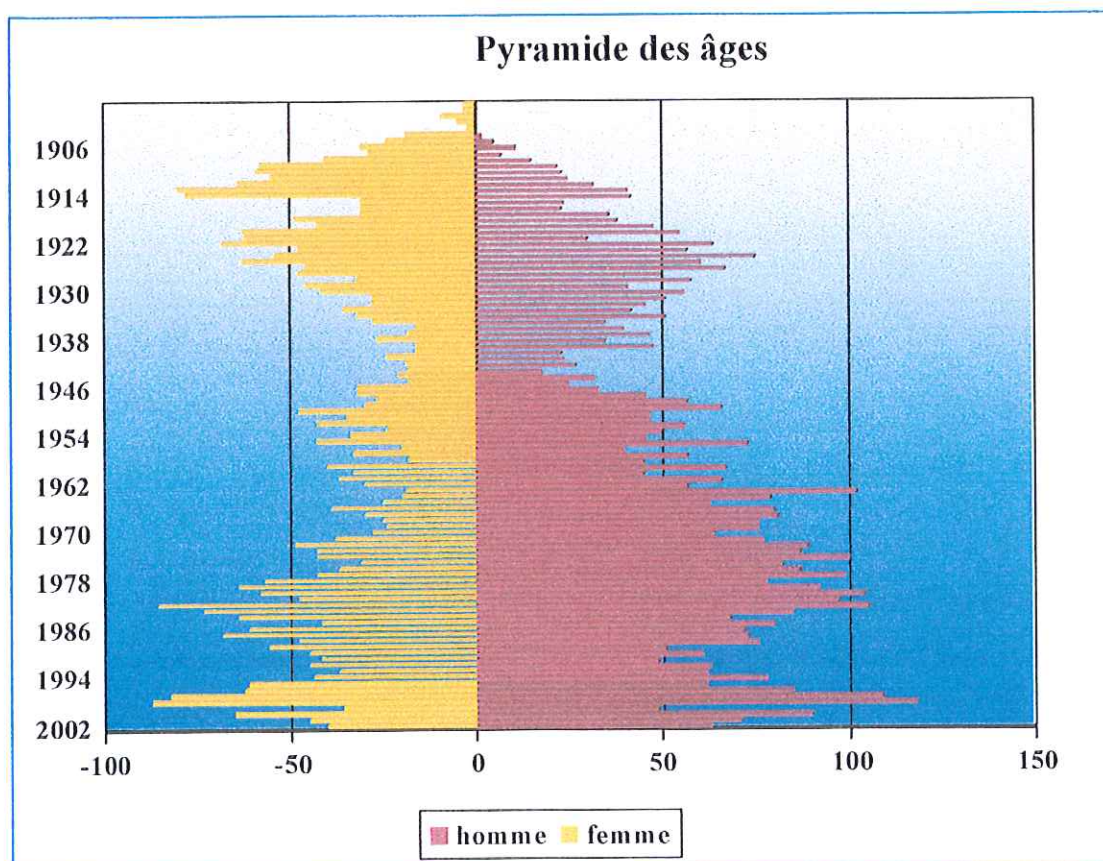
En 1999, la population totale de l'arrondissement de Châteaubriant comptait 102 390 habitants ^[6]. (annexe 3)

Tableau n°1 : Répartition par grandes classes d'âge de la population de l'arrondissement de Châteaubriant.

	Moins de 20 ans	20 ans – 75 ans	Plus de 75 ans
Population	26 788	67 432	8 170
Population sur l'arrondissement	26,1 %	66 %	7,9 %
Population de Loire-Atlantique	25,67%	67,33 %	7%

Données du recensement INSEE 1999

Figure n°2 : Consultations aux urgences de Châteaubriant, année 2002. Données du DIM



La population susceptible de consulter sur l'UPATOU de Châteaubriant n'est pas, pour ce qui est de l'âge, différente de celle du département (Tableau n°1). (Texte de l'écart réduit $|\mathcal{E}| < 1,96$).

Elle est majoritairement jeune, de la classe 15 à 65 ans, avec pour moyenne d'âge 40,7 ans (Figure n°2).

La répartition en classes d'âges n'était pas différente en janvier et juillet 2002 $p < 0,001$.

En revanche, le test de l'écart réduit, permet de mettre en évidence deux classes d'âge surreprésentées aux urgences, vis-à-vis de leur proportion respective dans la population de l'arrondissement :

- les moins de 20 ans, ($\mathcal{E} = 13,5$),
- les plus de 75 ans ($\mathcal{E} = 4,05$)

IIIA3a. La population jeune : les moins de vingt ans.

Cette classe d'âge représente 26 % de la population de l'arrondissement.

L'activité qu'elle engendre aux urgences de Châteaubriant représentait en janvier et juillet 2002 : (tableaux 2-3-4-5)

- 30 % des primos passages,
- 36 % de la traumatologie (319/895),
- 23,7 % des consultations médico-psycho-sociales (212/894),
- 11 % des consultants sont hospitalisés sur le CH (64/531).

Les moins de 15 ans sont surreprésentés, alors que les 15 à 20 ans ne le sont pas. $|\mathcal{E}| < 1,96$.

L'ensemble du groupe vient plus pour des problèmes traumatiques (36 %) que médicaux (23,7 %), mais ce type de pathologie est plus présent chez les 15 à 20 ans (78,4 % versus 54,7 % $p < 0,01$.)

Les moins de 15 ans viennent plus pour des problèmes médicaux en janvier qu'en juillet (50,5 % versus 39 %, $p < 0,02$), et plus pour des problèmes traumatologiques l'été (61 % versus 49,5 %, $p < 0,02$). Il s'agit pour une faible part de consultations nécessitant une hospitalisation. (95/531) (18 % des cas).

Tableau n°2 : Activité UPATOU Janvier 2002

930 Primo Passages

% Motifs de recours	0-15 ans	15 – 20 ans	< 75 ans > 20 ans	Age ≥ 75 ans	Totaux
Traumatologie	114	41	236	31	422 45,3 %
Problèmes médico-psycho- sociaux	116	10	238	144	508 54,7 %
Totaux	230 24,73 %	51 5,5 %	474 50,96 %	175 18,81 %	930

Tableau n°3 : Activité UPATOU Janvier 2002

930 « Devenir des patients ».

Classe d'âge Devenir	0-15 ans	15 – 20 ans	< 75 ans > 20 ans	Age ≥ 75 ans	Totaux
Retour à domicile	192	41	301	28 16 %	562 60,4 %
Hospitalisation sur le Centre Hospitalier	27 8,9 %	6 1,9 %	138 45,6 %	132 43,6 % 75,4 %	303 32,6 %
Hospitalisation et transfert sur un autre site	11	4	35	15 8,6 %	65 7 %
Totaux	230	51	474	175	930

Tableau n°4 : Activité UPATOU Juillet 2002

859 « Primo Passage ».

Classe d'âge Motifs de recours	0-15 ans	15 – 20 ans	< 75 ans > 20 ans	Age ≥ 75 ans	Totaux
Traumatologie	113	51	271	37	473 55 %
Problèmes Médico-psycho-sociaux	72	14	188	112	386 45 %
Totaux	185 21,5 %	65 7,5 %	459 53,4 %	149 17,34 %	859

Tableau n°5 : Activité UPATOU Juillet2002

« Devenir des patients ».

Classe d'âge Devenir	0-15 ans	15-20 ans	< 75 ans > 20 ans	≥ 75 ans %	Totaux
Retour à domicile	148	55	276	31 21 %	508
Hospitalisation sur le Centre Hospitalier	24 9 %	7 2,6 %	129 48,6 %	105 39 % 69 %	265
Hospitalisation et transfert sur un autre site	13	3	54	16 10 %	86
Totaux	185	65	459	149	859

III.A3b. Les plus de 75 ans.

Aux Urgences de Châteaubriant, les plus de 75 ans représentent une part modérée des passages, (17,9 %) mais, cela débouche sur une hospitalisation dans 80 % des cas ; contre à peu près 30 % pour le reste des consultants. C'est la seule classe d'âge où prédomine le sexe féminin.

Ils viennent surtout pour des problèmes médicaux dans 80 % des cas, ils représentent 29 % de ce type de recours (256/894).

La saison hivernale en 2002 augmentait les entrées « médicales ».

(janvier : 82,2 %, juillet : 75 %,).

Ils représentent 41,7 % (figure n°3) des patients hospitalisés en court séjour.

Il est dans l'ordre des choses que le grand âge soit associé à la pathologie. D'autres facteurs caractérisant ces patients rendent leur prise en charge plus longue et plus difficile : [7 8 9]

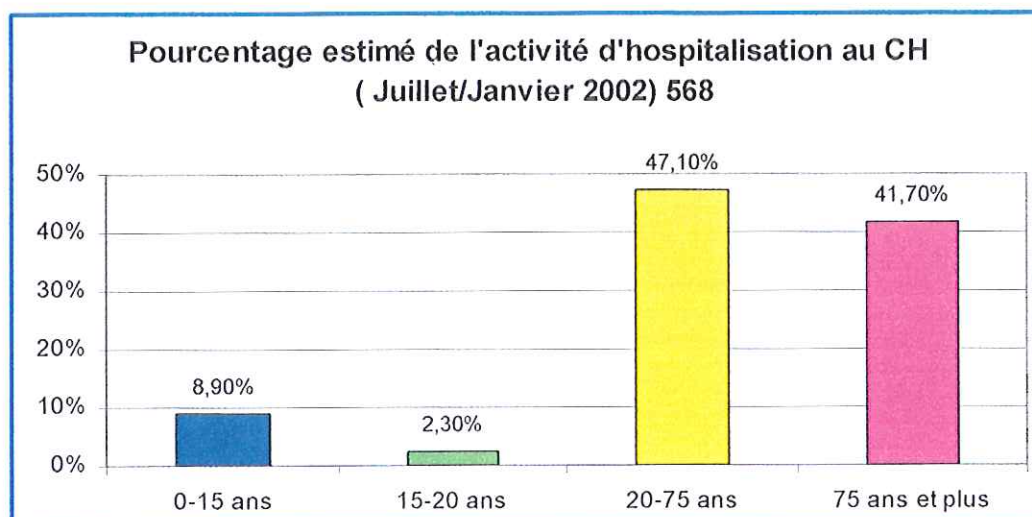
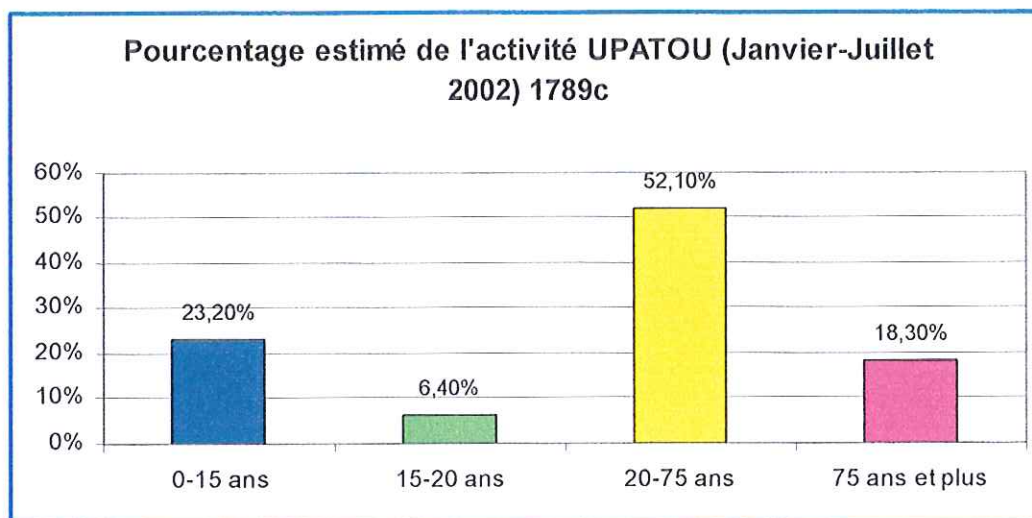
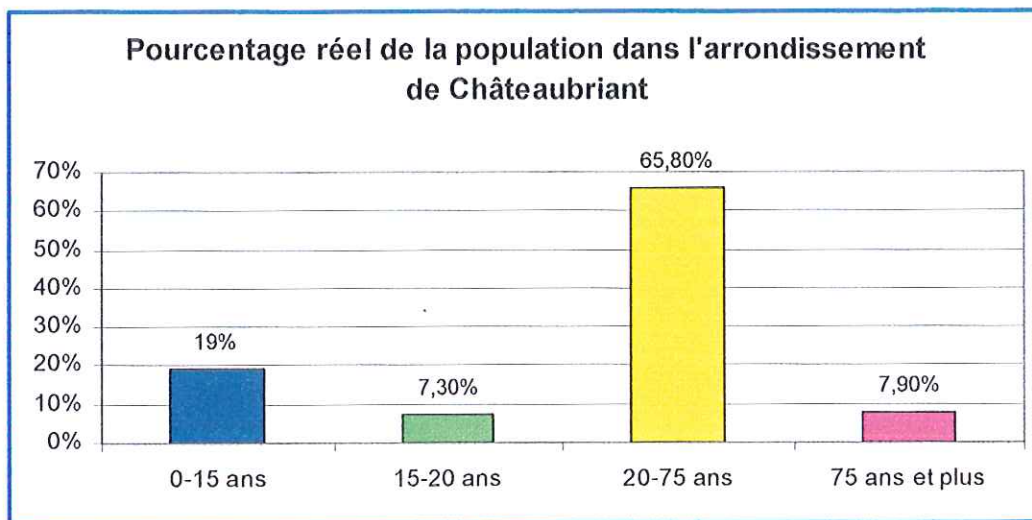
- Le recueil de l'anamnèse par carence d'informations fournies par le médecin traitant, lorsque le patient est désorienté et non accompagné.

Le recours aux examens complémentaires est plus fréquent. (En rapport avec la pathologie, des traitements plus nombreux et parfois iatrogènes).

- En outre, dans les services de court séjour, ils demeurent hospitalisés plus longtemps. (Fréquentes attentes de convalescence ou rééducation).

- Le problème des dépendances rend le retour à domicile souvent aléatoire.

Figure n° 3



Les prévisions futures concernant les plus de 75 ans laissent entrevoir un dépassement des capacités d'accueil et une notable baisse de la qualité des soins si les urgentistes demeuraient isolés dans la prise en charge initiale des personnes âgées.

Le traitement et l'orientation des urgences gériatriques sont des éléments clés du désengorgement de l'UPATOU.

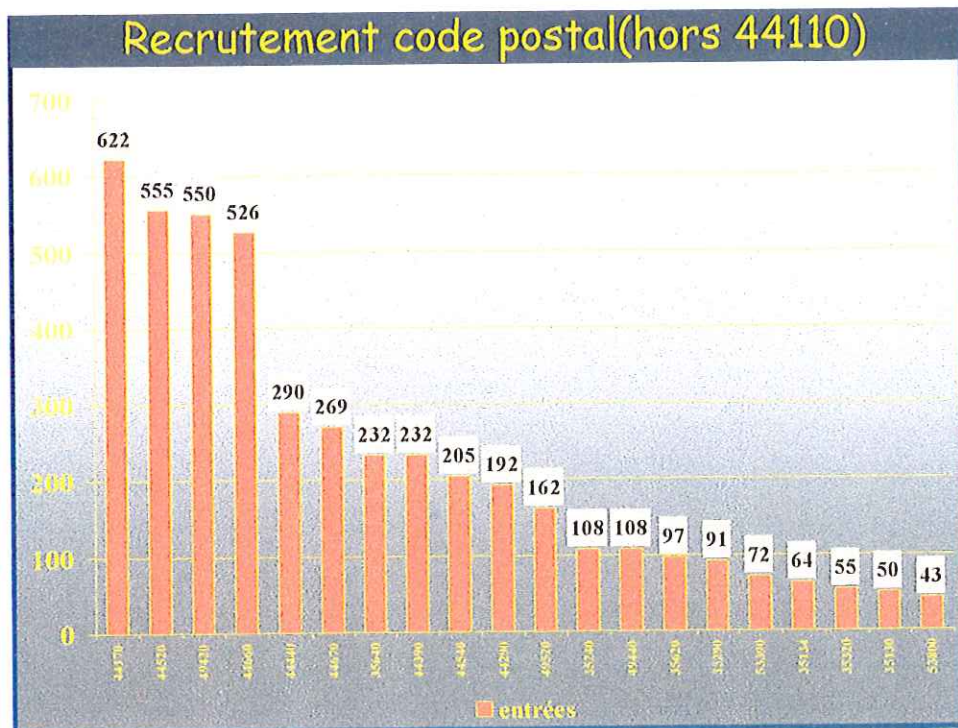
Cela ne peut se concevoir sans une collaboration active entre médecins urgentistes et médecins des services.

III.A3c. Particularité castelbriantaise : une population rurale et dispersée.

Selon le bilan d'activité 2002 du service, le recrutement des entrées se faisait : (figure n°4)

- Pour 33 % sur la ville de Châteaubriant (annexe n°4).
- Pour 21 % dans 2 communes semi rurales : NOZAY – POUANCE, dont nous reparlerons.
- Pour 36 % dans des communes rurales à faible population (< 4 000 habitants).

- Pour 14 % en Ille et Vilaine (35).
- Pour 14 % en Maine et Loire.
- Pour 3 % en Mayenne.



L'éloignement des trois CHU (Nantes, Angers, Rennes) et l'isolement des communes rurales, jouent pour une part non négligeable dans l'activité de Châteaubriant.

Cette particularité confère également un rôle important aux praticiens libéraux dans la prise en charge des demandes de soins non programmés.

Une diminution de cette possibilité de prise en charge entraînerait un recours plus systématique de ces populations à l'UPATOU.

Evolution de la médecine générale et
conséquences sur le recours aux urgences.

IIIB. Evolutions de la Médecine générale et conséquences sur le recours aux urgences.

Au niveau national, l'évolution de la médecine libérale, pour ce qui est du problème des gardes et de la permanence des soins, est parfois perçue par la population comme une démobilisation et un désengagement progressif⁽¹⁾ réduisant l'offre de soins en amont des services d'urgences.

Certains éléments démographiques et sociaux expliquent ce phénomène.

Pour autant, peut-on attribuer à ces seules mutations, les difficultés et l'accroissement continu de la charge de travail au sein des SAU et UPATOU ?

IIIB1. Rôle de la démographie médicale.

La démographie médicale est fréquemment présentée en état de crise. Plus que le nombre des généralistes^[10 11] (118 000 pour la France métropolitaine en 2000), ou encore la densité médicale (proche de celle des autres pays européens) ; c'est surtout l'inégalité de la répartition qui serait source de problème.

Le manque de médecins rendrait impossible la permanence aux soins.

III.B1a. Démographie médicale en Loire Atlantique : une amélioration significative.

En janvier 1993, la Loire Atlantique comptait 1 093 médecins généralistes exerçant en secteur libéral ; en janvier 2000, elle en comptait 1 252, soit une augmentation de 17 %.^[12]

Les densités pour 100 000 habitants passaient respectivement de 97 à 110 médecins généralistes, soit une progression de 11,8%.

IIIB1b. Les limites de cette progression :

Les chiffres, s'ils tendent à prouver l'attractivité de notre département pour de jeunes médecins, méritent d'être relativisés.

En premier lieu, car, comme pour le reste de la population, la proportion des médecins de plus de 50 ans est importante, laissant présager un infléchissement de cette densité dans les quinze ans à venir si le *numerus clausus* n'était pas suffisamment majoré.

En second lieu, parce qu'ils ne mettent pas en évidence la féminisation de la profession ; cette fraction exerçant plus souvent selon les horaires aménagés avec une activité plus réduite.

Enfin, parce que cette densité demeure un peu en dessous de la moyenne nationale (115 généralistes pour 100 000 habitants).

IIIB1c. La démographie médicale : critère isolé.

Le nombre de médecins libéraux en Loire Atlantique s'est accru de 1993 à 2000 alors que, dans le même temps, le recours direct aux services d'urgences par la population se majorait.

L'amélioration de la densité médicale ne saurait être une solution suffisante, car non corrélée aux missions que les médecins généralistes veulent se voir assumer dans le système de soins et notamment dans la prise en charge de soins non programmés.

III.B2. Les nouvelles aspirations des médecins généralistes et leurs conséquences sur la permanence des soins.

Suivant l'orientation prise par le reste de la population française, les praticiens semblent désormais privilégier la recherche d'une meilleure qualité de vie^[13 14]

Cette amélioration portant plus sur la réduction du temps de travail effectif et de disponibilité pour les patients (Astreintes) que sur une majoration des revenus.

Ce souhait de la profession passe d'abord par la diminution du nombre de gardes effectuées. Les justifications avancées varient fortement : pénibilité et notion d'insécurité réelle ou ressenties en milieu urbain ; fréquence et importance des déplacements en milieu rural.

Une étude réalisée par la faculté de médecine de Marseille, dans une région à densité médicale importante, auprès de 136 généralistes, concluait que ces derniers « se sentaient peu concernés par le problème des urgences et ne souhaitaient plus s'intégrer dans le système de garde. »^[15]

Cette revendication en opposition avec l'article 77 du code de déontologie qui rappelle le rôle du médecin dans l'obligation de permanence des soins fut mise en exergue lors des grèves du premier trimestre 2002.

Les mesures prises à la fin du conflit s'avèrent de peu d'effets : L'attribution de 50 €^[16] par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurances Maladie) par période de 12 heures de garde est plus perçue par les praticiens comme un moyen de contrôle potentiellement répressif.

La problématique de la permanence des soins perdure, et les UPATOU et SAU semblent progressivement devoir se substituer, en ce domaine, à la médecine générale.

III.B3. Cas particulier de Châteaubriant.

IIIB3a. Attractivité et permanence des soins.

- Force est de constater : Châteaubriant ne génère pas le même attrait que le reste du département sur les médecins généralistes.

Ville de taille modeste, située en milieu rural relativement éloignée de l'océan, des grands axes de communications (routiers et ferroviaires) ainsi que des villes universitaires, elle ne présente pas toujours les conditions de vie recherchées par les jeunes médecins ou leurs familles.

- Aussi, ici plus qu'ailleurs en Loire Atlantique, l'inégalité de la répartition médicale se fait sentir. Deux communes représentant 21 % du recrutement de l'UPATOU se signalent notamment. POUANCE a vu plusieurs de ses praticiens partir ou quitter l'activité libérale sans être remplacés.

Le secteur de Nozay présente des problèmes chroniques dans l'organisation des gardes, de plus en plus le répondeur du médecin de garde invite les patients à contacter le 15.

- Ce système « de décharge » sur le 15 tend à s'imposer sur la commune de Châteaubriant depuis avril 2003.

L'impact de cette évolution qui accroît l'activité de régulation du Centre 15 SAMU 44 n'est pas quantifiable pour l'UPATOU.

L'absence de recueil de l'information : « avez-vous essayé sans succès de joindre votre médecin traitant avant de venir sur l'hôpital » que ce soit lors de l'admission ou dans le dossier médical, nous en empêche.

Une étude effectuée lors de la grève des médecins généralistes du 01/03/02 au 30/06/02 au CH LE MANS tend à faire penser que le recours systématique à la régulation libérale du 15 sur les horaires de garde n'aurait pas de conséquence sur le nombre d'entrées directes.^[17]

Pour autant, si ce procédé a l'avantage d'orienter l'appelant vers le numéro de référence en matière de régulation de l'urgence, l'absence de contact oral direct et le recours à cet appel différé sont générateurs d'angoisse^[18]. Il en résulte parfois des comportements inadaptés, certains usagers préfèrent se rendre directement sur l'UPATOU sans attendre un avis médical. Ces situations peuvent donc, dans certains cas, s'avérer à risque pour l'utilisateur.

IIIB3b. La maison médicale.

IIIB3ba. Intérêt de ce projet.

Conscients des lacunes de l'organisation actuelle, les médecins libéraux du secteur castelbriantais souhaitent à court terme la création d'une maison médicale.

Suivant l'orientation prise au niveau national et soutenue par le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, la mise en place d'une telle structure présenterait de nombreux avantages.^[19]

- En premier lieu, elle aurait pour objectif de replacer dans l'esprit des usagers, le généraliste dans son rôle de référent de premier recours pour les consultations souhaitées rapidement mais qui ne nécessitent pas l'intervention ou l'avis d'un urgentiste.

Les mesures incitatives, souhaitées dès 1992 dans le rapport STEG portant surtout sur la majoration des honoraires des actes effectués en garde et ceux effectués à la demande du C15 avaient échoué en ce domaine ; le prix de la consultation en urgence étant de plus, jugé abusif par bon nombre d'usagers.

- Ce site unique pour l'arrondissement de Châteaubriant apportant une offre de soins aux horaires de garde les dimanches et jours fériés, serait facilement identifié par la population.
- Une situation proche de l'UPATOU permettrait aux praticiens libéraux de bénéficier de la radiologie, si appréciée par la population, et souvent nécessaire à la prise en charge des urgences traumatologiques non chirurgicales.
- Cette proximité entre UPATOU et Maison Médicale favoriserait une meilleure coopération entre urgentistes et médecine de ville. Les patients accepteraient plus aisément les réorientations d'une structure vers l'autre.
- A terme, une diminution des recours inadaptés aux urgences serait obtenue, diminuant ainsi le nombre de primo passages tout en contentant l'usager dans sa demande de soins.

III. B3bβ. Approche chiffrée et conclusions sur la maison médicale.

Pour évaluer l'impact de cette structure sur l'activité de l'UPATOU, d'un point de vue purement quantitatif, nous avons étudié le mode d'entrée des patients aux urgences en juillet 2002 distinguant 3 catégories :

- ceux adressés par leur médecin traitant,
- ceux amenés par les pompiers ou une ambulance et ayant bénéficié d'une régulation C15,
- ceux venant de leur propre chef ou sur décision familiale : « usagers potentiels de la Maison Médicale ».

A la différence de l'étude publiée par la DRESS qui constatait 70% d'entrées sans contact médical préalable, à Châteaubriant, cette catégorie ne représente que 49,5 % (426/859).

Ce mode d'entrée (figure n°5) concerne à 99 % les moins de 75 ans (422/426), il est fréquent chez les 20-75 ans 49 %, équivaut à 78 % (195/250) des consultations pour les enfants, adolescents et jeunes adultes (moins de 20 ans).

Tableau n°6 : Mode d'entrée aux urgences juillet 2002 selon l'âge

	Moins de 20 ans	20 ans – 75 ans	Plus de 75 ans	Totaux
Via médecine libérale	36	157	123	316
Ambulances et pompiers	19	76	22	117
Sur décision personnelle ou familiale	195	226	4	426
Totaux	250	459	149	859

Figure 4 : Mode d'entrée aux urgences par classe d'âge en Juillet 2002 (N=859)

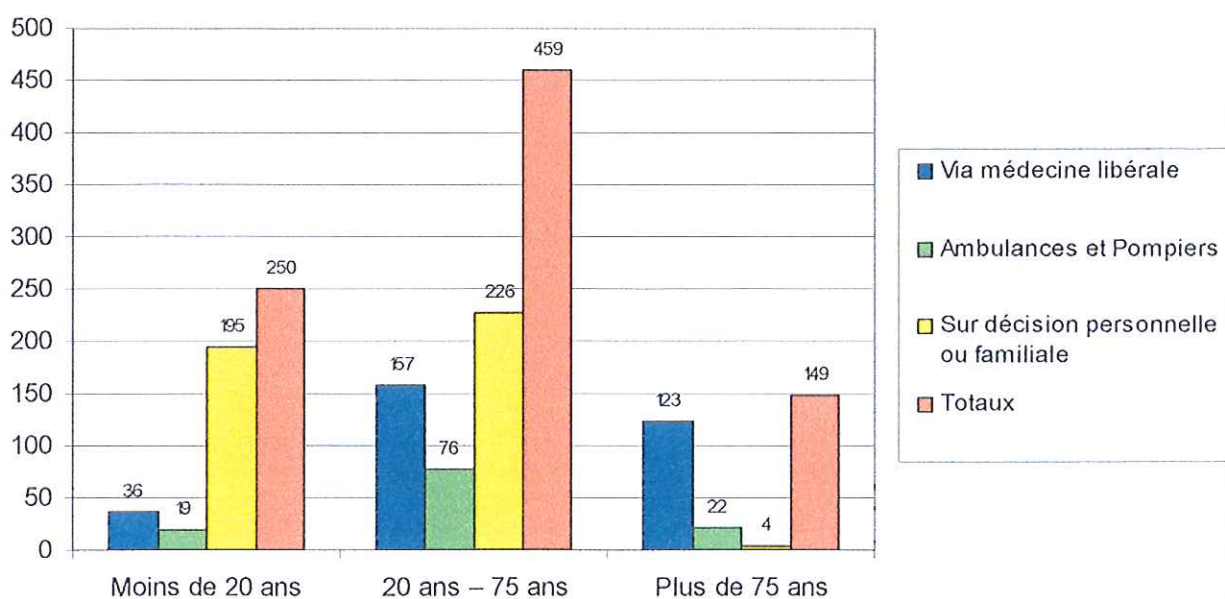


Figure 6 : Répartition par classe d'âge des patients venant sur décision personnelle ou familiale

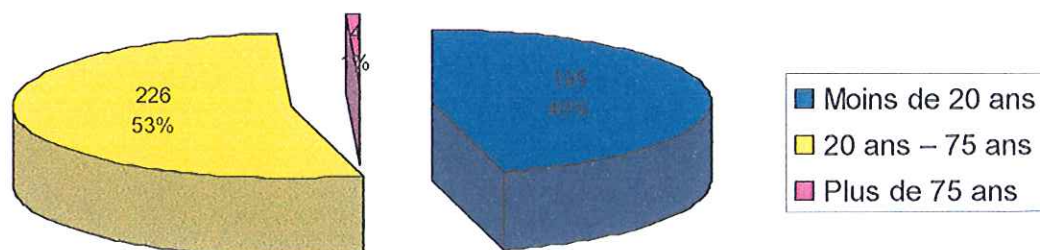
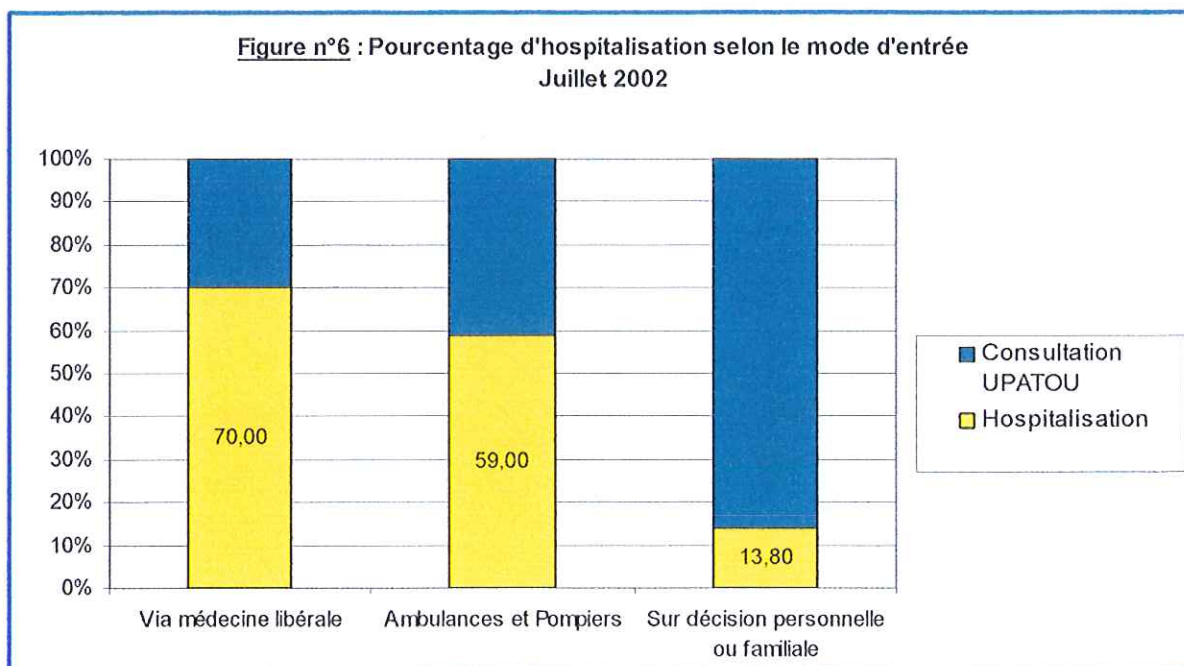


Tableau n°7 : Consultations débouchant sur une hospitalisation selon le mode d'entrée à l'UPATOU juillet 2002 (N= 859)

	Hospitalisation	Consultation UPATOU
Via médecine libérale	222	316
Ambulances et pompiers	70	117
Sur décision personnelle ou familiale	59	426



Cependant, parmi ces entrées, sans contact médical préalable, 13 % des consultations ont débouché sur une hospitalisation.

Parmi ces consultants, pour la plupart très jeunes, se trouvent donc de véritables urgences, CCMU3, (annexe n°9 et n°12) patients dont l'état est susceptible de s'aggraver ; ceci souligne l'importance de l'information à faire passer à la population sur l'intérêt de la régulation libérale C15.

D'autre part, la nécessité de doter l'infirmière « d'accueil » de l'UPATOU^[25 26] d'un outil de triage informatisé de préférence pour éviter les réorientations inadaptées vers la maison médicale. Une autre possibilité de minorer ces potentielles erreurs de prise en charge, serait de rendre obligatoire un examen rapide par le médecin senior avant toute décision de réorientation, mais cette mesure serait contre-productive, car coûteuse en temps clinique.

Une telle structure ne fonctionnant qu'aux horaires de garde (20 h – 8 h) et les dimanches et jours fériés n'aurait permis en juillet 2002 de ne prendre en charge que 124 patients (CCMU1 et CCMU2), 74 en semaine soit 2,7 patients par nuit et 50 patients les dimanches (dont le 14 juillet) soit 12,5 patients par jour.

Au total, ces patients représentaient 14,4% des consultations à l'UPATOU en juillet 2002 (124/859). Le temps de prise en charge (admission, consultation, soins et sortie) est, dans 78,2% des cas, inférieur à 2 heures (figure n°8) et dans 41% des cas, inférieur à 1 heure, valeur médiane 69 minutes.

Il s'agissait à 64,5% de problèmes de traumatologie (tableau n°10). Les entorses de cheville représentent le 1^{er} motif de recours dont 59 % liées aux activités sportives du week-end (13/22). Les consultations pour anxiété représentent une faible part 2,4%.

Quel que soit le créneau horaire en garde ou le week-end, il y a, en moyenne, moins d'une consultation de médecine générale par heure (figure n°9), les recours nocturnes (0 h – 8 h) sont rares (7/124).

Tableau n°8 : Temps de prise en charge des consultations susceptibles d'être adressées à la maison médicale

Temps de prise en charge en minutes	Nombre de patients
15 à 30 minutes	16
30 à 60 minutes	36
60 à 90 minutes	35
90 à 120 minutes	19
120 à 150 minutes	15
150 à 180 minutes	6
180 à 195 minutes	6

Durée moyenne : 74 minutes

Figure 8 : Temps de prise en charge des consultations susceptibles d'être adressées la maison médicale (attente plus prise en charge, en juillet 2002)

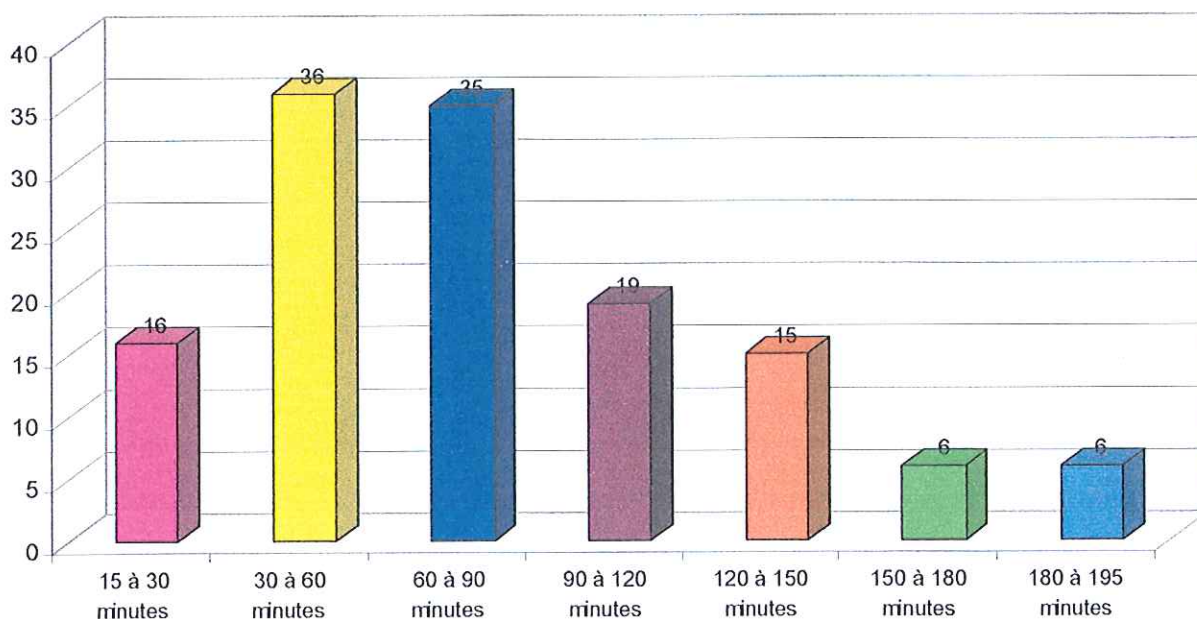


Tableau n°9 : Nombre moyen par tranche horaire de patients susceptibles d'être pris en charge par la maison médicale

Tranches horaires	Moyenne des patients vus la semaine	Moyenne des patients vus le week-end
De 0 à 4 heures	0,065	0,0625
De 4 à 8 heures	0,046	0,0625
De 8 à 12 heures	0	0,75
De 12 à 16 heures	0	0,625
De 16 à 20 heures	0	0,94
De 20 heures à 0 heure	0,574	0,69

Figure 9 : Nombre moyen par tranche horaire de patients susceptibles d'être pris en charge par la maison médicale

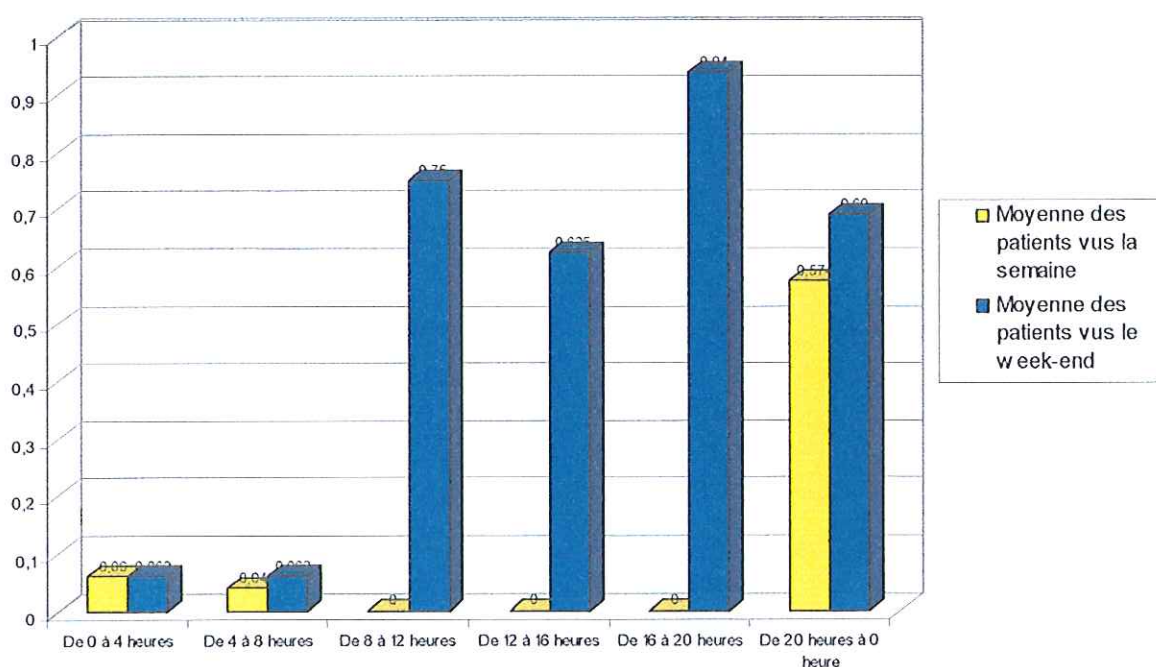


Tableau n°10 : Motifs des consultations de médecine générale aux heures de garde et le week-end.

Traumatologie non chirurgicale	Du membre supérieur	25 20,16 %	64,5%
	Entorses de cheville	22 17,74 %	
	Plaies et sutures simples	17 13,7 %	
	Autres (nasal, costal, genou ...)	16 12,9 %	
Gastro- entérologie	Douleurs abdominales, vomissements, diarrhées	11	8,9 %
Infectieux	ORL, pulmonaire, fièvre, urinaire	7	5,6 %
Dermatologique	Allergies, piqûres, brûlures	9	7,2 %
Ophtalmologique	Corps étrangers, coups d'arc	4	3,2 %
Psychiatrique	Anxiété, tétanie	3	2,4%
Divers	Pleurs nocturnes, arrête de poisson, caillou dans le nez, rage de dents	10	8,2 %
Totaux		124	100 %

Conclusion :

Pour le secteur de Châteaubriant, l'évolution de la médecine libérale ne saurait être retenue comme principal responsable de l'augmentation de l'activité de l'UPATOU. 39% des patients bénéficient encore de l'avis de leur médecin avant d'être adressés aux urgences.

La création de la maison médicale est nécessaire, elle aidera les généralistes dans l'organisation des gardes et sera facilement reconnue puis utilisée par la population comme offre de soins aux heures de fermeture des cabinets, pour autant la charge de travail sur l'UPATOU n'en sera que peu diminuée.^[27 28]

Evolution de l'organisation du réseau des urgences :
impact en terme d'attractivité.

IIIC. Evolution de l'organisation du réseau des urgences : impact en terme d'attractivité.

III C1. Restructuration géographique et organisationnelle.

En 1992, le rapport STEG^[29 30] sur la médicalisation des urgences jugeait la situation du réseau des urgences non satisfaisante. Il soulignait un nombre trop important de sites d'accueil intitulés urgences avec, pour certains d'entre d'eux, « une inadéquation flagrante et dans une certaine mesure trompeuse entre le titre et la fonction réelle de ces unités. »

Ce constat appelait à une restructuration du réseau en profondeur menée par les agences régionales de l'hospitalisation, à travers le SROS (Schéma régional d'organisation sanitaire) et la carte sanitaire^[31 32 33].

Un des principes fondateurs du SROS est l'exigence de qualité du système de santé sur l'ensemble du territoire régional, ceci passant notamment par une recherche de sécurité pour le patient à travers :

- L'accessibilité à une unité de soins adaptée à son état, dans un délai d'une demi-heure.

Dans ce but, les décrets n°95-647 du 9 mai 1995 et du n°97-615 du 30 mai 1997^[60] ont défini différents types de services :

- Les services d'accueil et de traitement des urgences ou SAU :

Véritables piliers du réseau, ils assurent la prise en charge de tous les types d'urgences et notamment celles qui nécessitent une hospitalisation en réanimation.

Ils sont le recours des structures de proximité qui leur sont rattachées par un contrat relais.

- Les unités de proximité et d'accueil de traitement et d'orientation des urgences aux UPATOU (Ancien ANACOR)

Ont pour mission d'accueillir tous les patients se présentant, de les traiter selon leurs moyens techniques réadressant le cas échéant les malades techniqués vers le SAU de référence (le CHU de Nantes pour Châteaubriant, liés par une convention).

- Les pôles spécialisés des urgences (POSU) qui accueillent les urgences en lien direct avec leur équipement et leur spécificité (ex : POSU pédiatrique).
- Les services ne pouvant s'acquitter des missions définies par les décrets et n'apportant pas un gage de sécurité optimal pour la population ont fermé.

III.C2.Evolution de la formation des médecins exerçant aux urgences :

Autre nécessité mise en avant par le rapport STEG, l'exigence de compétences spécifiques à l'urgence pour les acteurs médicaux au sein des SAU et UPATOU.

La CAMU (Capacité Médicale d'Urgence) puis CMU ont permis la formation de médecins généralistes compétents en oxylogie, gage de qualité et de sécurité pour l'utilisateur.

Cette séniorisation des petites structures s'est avérée être une véritable professionnalisation des UPATOU :

- Mise en place de protocoles de prise en charge et de traitements validés.
- Meilleure connaissance et application plus large des conférences de consensus.
- Amélioration du fonctionnement en filière de soins adaptés au patient.
- Sensibilisation des acteurs non médicaux (infirmiers, aides-soignants) à la nécessité d'évoluer en matière d'accueil, de confidentialité, de prise en charge des familles et des accompagnateurs.

A moyen terme, la médecine d'urgence sera reconnue en France comme spécialité ^[34] à l'instar des pays nord américains (USA 1979, CANADA 1980, QUEBEC 1998).

IIIC3. Attractivité des structures d'urgence.

La création d'un réseau d'urgences cohérent du territoire (SAU et UPATOU), qui offre un maillage accessible à chaque usager dans des délais raisonnables, la garantie d'y trouver un niveau de compétences médicales, 24 heures sur 24 sans rendez-vous, a rapidement convaincu les usagers d'utiliser ce service public.

Les consultants venants d'eux-mêmes ont souvent une demande précise : acte d'imagerie, acte thérapeutique, espoir d'avoir accès à un avis pédiatrique ^[35].

La population utilise donc un service de la manière qui correspond le mieux à ses attentes. Une étude de la DRESS représentative de l'ensemble du territoire montrait que lors de leur prise en charge, les usagers sont globalement satisfaits (66 % très satisfaits, 29 % assez satisfaits).^[36 37]

Les SAU et UPATOU n'ont pas favorisé le consumérisme médical mais révélé certains besoins des Français en matière de santé.

Il faut souligner que les Pays de Loire sont une région dont la population a moins recours aux soins non programmés que celle d'autres régions françaises. (En 1998 : moins de 220 passages aux urgences par an pour 1 000 habitants, versus plus de 240 en région parisienne ou en Alsace).^[38]

Ces mesures, améliorant les services d'urgences, ont également modifié la pratique des médecins libéraux.

La mise à disposition au sein de notre système de santé de structures apportant, à toute heure, les compétences, la technique (imagerie, biologie), la possibilité d'avis spécialisé le jour même, le tout grâce à une procédure rapide (appel téléphonique unique et/ou courrier manuscrit) est pour ces derniers un formidable outil. S'y associent la sécurité et la satisfaction du patient, à une époque où les poursuites judiciaires s'imposent comme un moyen de pression sur les praticiens de ville.

Cependant ce type de primo passages a moins augmenté que les entrées sur décision personnelle et les recours des généralistes sont majoritairement justifiés et adaptés à l'état des patients ^[39].

A Châteaubriant, ces entrants adressés par les médecins de ville sont plus souvent hospitalisés que ceux venant seuls ou amenés par leurs parents, ou que ceux venant par l'VSAB ou en ambulance après régulation téléphonique : respectivement 70 % versus 13,8 % ($p < 0,01$), 70 % versus 59,8 % (NS).

Figure n°8 (Annexe n°8).

IIIC4. Place des urgences dans la structure hospitalière :

IIIC4a. Constat de dysfonctionnement :

L'augmentation des entrées au sein d'UPATOU tel que celui de Châteaubriant ne saurait expliquer complètement les difficultés ressenties par les équipes qui y exercent.

Les pics d'activité, inopinés ont fréquemment pour conséquence un encombrement de l'unité. Cet engorgement, majorant les difficultés de prise en charge rend criardes certaines carences organisationnelles qui ralentissent l'orientation des patients déjà traités et stabilisés vers les services d'aval : lits de court-séjour (cardiologie, médecine gastro-entérologie ...).

Certaines difficultés proviennent directement du service des urgences : locaux qui n'ont pu être adaptés (nombre de box (3 et 1 pédiatrique), de déchoquage (1), de lits d'UHCD (2)) ou personnel limité les week-ends.^[4041 42]

D'autres peuvent être dues au plateau technique : délai d'obtention des résultats biologiques lorsqu'ils sont susceptibles de modifier la thérapeutique ou problèmes concernant l'accès à l'imagerie.

Les dernières difficultés touchent la fluidité proprement dite :

Le transfert est-il effectué par des brancardiers voués à cette tâche ou par le personnel du service d'accueil ?

Les responsables des unités de court-séjour facilitent-ils l'accès à leurs lits ? Le Professeur D. BARON déclarait à ce sujet en 2 000 :
« L'organisation hospitalière avec un chef de service propriétaire de ses lits est un système aujourd'hui inadapté par rapport à l'évolution des besoins de soins ».

L'ensemble de ces dysfonctionnements peut amener les urgentistes à une impression d'isolement. Dans les situations avec engorgement important et absence complète de lits d'aval, ceci peut déboucher sur les prises en charge inadaptées, retours à domicile risqués ou retards dans le recours à un avis spécialisé. Ces situations peuvent minorer la qualité des soins.^[43]

III.C4b. Evolution castelbriantaise

Dans cette optique de recherche de qualité qui faisait suite à l'obtention de la dénomination UPATOU en 1998, devant l'évidente menace que représente le vieillissement de la population, de l'absence (à l'époque) de projets alternatifs visant à diminuer le recours aux urgences, les médecins des différents services de court-séjour décidèrent d'intégrer l'unité des urgences à une structure médicale plus vaste : le département médecine-urgence.

DEPARTEMENT MEDECINE URGENCES

IV. Le Département Médecine-Urgences.

IVA. Mode de fonctionnement

IV.A1. Cadre légal :

Le 1er janvier 1999 conformément à la possibilité qui en est faite dans l'article L614-1 du code de la santé publique (CSP) (relatif à l'organisation des soins et au fonctionnement médical dans les établissements publics de santé) a été créé le Département Médecine Urgence (DMU) de Châteaubriant.

Le DMU regroupe dans la même structure juridique plusieurs unités fonctionnelles : l'UPATOU, une unité de Cardiologie et pathologie vasculaire (dotée de 4 lits de soins intensifs), une unité de Gastro-entérologie, une unité de Médecine Interne et l'unité d'Oncologie (comportant des lits pour la chimiothérapie ambulatoire (8 lits)), pour un total de soixante trois lits d'hospitalisation complète.

Chaque unité est dotée d'un responsable d'unité, l'ensemble est dirigé par le Chef de Département, qui durant les quatre premières années de fonctionnement était assisté par un Cadre Infirmier Supérieur ayant autorité sur les cadres d'unités fonctionnelles.

Le Conseil de Département se réunit régulièrement ; composé, des cadres et des responsables des unités fonctionnelles, de représentants des personnels infirmiers et aides-soignants ainsi que du Chef de Département. Sa vocation est d'élaborer le projet de département, en terme de répartition de moyens, d'activité et d'évolution de fonctionnement.

Des réunions dites « Pré-CME » ne concernent enfin que les médecins du DUM, elles permettent de proposer et d'harmoniser les demandes qui seront faites en CME.

IVA2. Rôle des réunions informelles.

Le simple passage administratif d'organisation en services à une organisation en département, ne peut à lui seul résoudre les problèmes rencontrés par les acteurs des urgences.

A l'inverse, le fonctionnement en services distincts favorise les tensions et les scissions entre médecins des urgences et responsables des lits d'aval. Ceci suscite l'émergence de ressentiments et d'idées préconçues : "Ils ont encore fait peu de sorties aujourd'hui" versus, "Les médecins des urgences gèrent mal leurs patients, il leur faut toujours plus de lits".

Les a priori font le lit de conflits contre productifs au sein de l'hôpital. A ce sujet, le Docteur P.PELLOUX, président de l'AMUHF^[44] déclarait : "Le maintien de structures d'urgences... suppose que les médecins des hôpitaux apprennent à se parler, que la culture de réseau fonctionne."

C'est avec l'objectif de développer la communication, que des réunions hebdomadaires ont été organisées à Châteaubriant tous les mardis au cours de repas dans un local proche du réfectoire, les cadres et médecins du DUM se réunissent de manière informelle.

Ces moments d'accalmie dans l'activité quotidienne permettent d'aborder les difficultés organisationnelles rencontrées, en évitant un contexte émotionnel délétère.

Ces rencontres sans mot d'ordre, s'effectuant en dehors de contraintes "hiérarchiques" trop marquées, favorisent l'expression de chacun et garantissent une écoute de qualité.

Le caractère hétérogène des acteurs, médecins spécialistes, surveillantes, praticiens hospitaliers ou assistants des urgences, multiplie les échanges de points de vue, parfois dissonants, et permet l'approche des problèmes sous des angles variés : médicaux, techniques ou en termes de moyens humains. Ce caractère hétérogène prend toute sa valeur dans les modalités de mise en oeuvre de solutions qui nécessitent l'implication des personnels infirmiers et aides-soignants des diverses unités.

Peu à peu, les différents participants ont appris à se connaître et à communiquer d'une manière directe. Cette approche a permis aux acteurs d'aval de mieux percevoir les difficultés rencontrées par les urgences. D'une manière plus globale, chacun a compris que le fait de désenclaver l'UPATOU améliorerait également les conditions d'exercice dans les unités de court-séjour.

Cette nécessité est donc peu à peu apparue comme principal intérêt commun.

Le contexte informel a permis de diminuer le sentiment d'appartenance à un service et suscite l'émergence d'un sentiment d'appartenance à un groupe dont l'action cohérente vise à améliorer la situation de l'UPATOU.

Trois objectifs principaux avaient été initialement retenus :

- majorer la sécurité et la qualité des soins,
- améliorer la fluidité au sein des filières de soins,
- encourager l'implication des médecins des urgences au sein de l'institution.

IV.B. Evolutions améliorant la qualité de prise en charge des patients.

IV.B1. Elaboration de référentiels communs :

Les constats faits sur le terrain montraient des divergences de conduites médicales entre urgentistes et spécialistes d'organes. Un exemple parlant concernait les prescriptions de dérivés nitrés ; elles étaient faites en γ Kg min-1 à l'UPATOU puis en mg/H-1 en unité de soins intensifs avec une dilution de produit différente. Ceci provoquait des tensions entre les équipes infirmières des deux unités en les obligeant souvent à re préparer les seringues électriques à l'entrée en cardiologie ; ce qui avait un coût en temps et majorait le risque d'erreur.

Ces différences organisationnelles ont été répertoriées, analysées et discutées par les médecins en dehors de tout climat passionnel.

Les urgentistes ont apporté leur expérience de pratique au sein de structures diverses (CHU, SAMU 44...) et les références aux conférences de consensus ont permis de développer des protocoles de prises en charge communs. Cette recherche de rationalité, qui est bénéfique en terme de sécurité pour le patient, a favorisé la cohésion entre acteurs médicaux.

Les principales pathologies concernées sont l'infarctus, l'angor instable, l'oedème pulmonaire aigu, l'embolie pulmonaire, les hémorragies digestives, l'asthme, les pneumothorax, les prescriptions de produits sanguins, les accidents d'exposition au sang.

Ce travail sur les référentiels a également permis de clarifier et de fixer le niveau d'intervention du spécialiste^[45 46 47]. Les problèmes cardiologiques pris en charge en SMUR ne transitent plus par l'UPATOU mais rejoignent directement l'USI chaque fois que cela est possible. Les troubles du rythme moyennement supportés, les embolies, les OAP chez les patients de moins de 75 ans bénéficient d'un avis spécialisé dans les minutes qui suivent l'entrée aux urgences.

Ce travail qui renvoie au respect des niveaux et parts de décision de chacun a responsabilisé les urgentistes, qui sont devenus les vecteurs de l'application des règles de fonctionnement communes.

La mise en application de référentiels communs élaborés de concert a amélioré le respect mutuel, les urgentistes ne sont plus uniquement demandeurs d'avis, les spécialistes du DUM ne se sentent plus "simples prestataires de services".

IVB2. Evolution de l'activité des urgentistes et internes de garde dans les services d'hospitalisation.

En 1999, les médecins des urgences constataient que leurs avis étaient fréquemment sollicités par les infirmières des services de courts et moyens séjours sur les horaires de garde et les week-ends. Ce phénomène majorait l'activité de l'urgentiste et engendrait l'absence assez fréquente de l'interne.

Cette habitude d'appel tenait pour une part à la proximité des unités et au fait que les assistants de L'UPATOU étaient d'anciens résidents de l'hôpital ayant donc exercé au sein de ces mêmes services.

Ces recours ont été quantifiés sur une période, le problème a été discuté par le DUM. Les spécialistes et cadres se sont investis pour réinformer les infirmières. Le rôle des médecins des urgences a été reprecisé : intervention sur les urgences vitales (SMUR interne) selon un protocole précis, prise d'avis sur les patients jugés instables, ou dont l'agitation psychomotrice représente un danger, prise d'avis pour les patients qui, du fait de l'heure d'entrée, n'ont pu être examinés par le médecin du service.

IVB3. Problème liés aux filières de soins :

Le CH de Châteaubriant ne dispose pas de toutes les spécialités médicales. Le DUM a donc du s'inscrire dans une démarche pour définir les types de pathologie pris en charge par chaque service, afin d'assurer la cohérence de la filière de soins, et mettre en oeuvre la logistique qui en découle (Consultations de neurologues, rhumatologues, médecins de la douleur et psychiatres de liaisons...).

La Cardiologie s'est vue attribuer entre autre la prise en charge de patients présentant des problèmes neurologiques et rhumatologiques.

La Médecine Interne, celle des patients hospitalisés au décours de pathologies néoplasiques.

La Gastro-entérologie celle de patients psychiatriques ne relevant pas d'une hospitalisation immédiate au CHS de Blain, ni d'une surveillance en UHCD (suicidants...).

Cette organisation votée en CME rationnelle et visant à améliorer la qualité a rapidement fait apparaître des tensions.

IVB3a. Problème des patients hospitalisés selon le respect de la filière de soins.

Au delà d'un certain nombre de patients dont la pathologie n'est pas en rapport direct avec la spécialité du médecin du service d'aval, l'activité de ce dernier est perturbée et un ressentiment est exprimé par l'ensemble de l'équipe soignante. Ex : "Nous ne sommes pas un service de gastro-psychiatrie."

Les rencontres informelles évitent que l'urgentiste responsable des entrées ne devienne un bouc émissaire. L'écoute et la discussion permettent, avec la coopération de tous, d'assouplir un cadre décisionnel trop rigide. Par exemple, par la mise en place de quotas (ex : si plus de cinq lits de gastro-entérologie sont occupés par la psychiatrie, la sixième entrée de ce type est faite en cardiologie).

IVB3b. Problème du non respect de la filière de soins.

L'UPATOU ne dispose que de deux lits d'UHCD dont le taux d'occupation est élevé. Au cours des gardes des patients pris en charge et traités, faute de place dans le service adéquat, sont orientés vers une autre unité.

Le non-respect de la filière de soins est source de surcharge de travail pour les infirmières, ASH et brancardiers lors des changements de service effectués le lendemain.

En janvier 2003, l'augmentation de ce dysfonctionnement était source de tiraillements entre praticiens.

Les médecins des urgences se sont réunis pour mettre au point un questionnaire (tableau 11), accompagné d'un courrier destinés à tous les membres du DUM.

Les rencontres du mardi ont permis de vider la discussion de sa composante émotionnelle : les erreurs de jugement de l'urgentiste sont plutôt rares.

Le débat a permis de cibler la source de dysfonctionnement, la création d'un nombre de lits portes en adéquation avec l'activité s'impose ^[48].

(Article D.712-56 du code de la Santé publique).

Un travail d'analyse et de recueil de données sur les lits d'UHCD est depuis en cours. Il se base sur les données du DIM (patients gardés plus de 8 heures pour surveillance et soins) et sur une feuille d'occupation pour les séjours plus courts (attente d'orientation, surveillance brève avant sortie...).

Le fonctionnement en département ne fait pas disparaître les conflits mais il permet de réorienter l'énergie des acteurs vers la recherche et la mise en oeuvre de solutions.



DEPARTEMENT URGENCES - MEDECINE

UNITE D'ACCUEIL ET D'URGENCES - S.M.U.R.

mercredi 29 janvier 2003

Docteur GRALL J.Y.
Chef de DépartementMme DALIFARD A.
Cadre Infirmer SupérieurUnité d'Accueil et
d'UrgencesDocteur CROIZIER O.
Praticien HospitalierDocteur CAVALIER G.
Praticien HospitalierDocteur MOUTAPAM D.
Praticien Hospitalier
Médecine - Oncologie

Docteur HERNANDEZ B.

Docteur MAHMOUDI B.
AssistantDocteur NAQUM R.
AssistantCadre Soignant
Mme FAURE E.

Cher(e)s ami(e)s,

De nombreux patients pris en charge à l'UPATOU sont orientés vers un service non adéquat à la spécialité dont ils relèvent. Voilà un constat qui devient de plus en plus fréquent, constat fait et exprimé de la part de tous les services d'hospitalisation depuis quelques semaines.

Je pense que différents paramètres sont à explorer :

- erreur de jugement de l'urgentiste,
- absence de place disponible lorsque que le patient est prêt à quitter le service des urgences,
- difficulté de gestion de l'attente des patients avant son orientation (70 repas servis pour le mois de janvier dont 30 dans le couloir, visite des familles dans le couloir...)
- Les deux lits d'UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée) sont systématiquement utilisés pour la traumatologie non chirurgicale (AVP, TC, Rachis, Ivresse), mais il reste des patients traumatologiques pris en charge dans les services lorsque l'UHCD est complète.

Pour ces différentes raisons je vous sollicite à travers un questionnaire, qui pourra faire l'objet d'une discussion informelle au cours des repas du mardi, puis d'une décision en conseil de département afin qu'un protocole entrant dans une démarche qualité soit réalisé. Je souhaiterais également avoir votre avis sur l'augmentation de la capacité d'accueil des lits d'UHCD.

Merci par avance de votre contribution. Je rappelle que l'orientation du patient après son passage aux urgences tient une place indispensable ; d'ailleurs UPTOU = unité de proximité de traitement et d'ORIENTATION des urgences, et à ce titre l'orientation concerne l'ensemble des praticiens de notre établissement.

Dr CROIZIER
Responsable UPATOU.

Secrétariat: Tél : 02.40.55.88.01 - Fax : 02.40.55.88.43

Rue de Verdun - BP 229 - 44146 CHATEAUBRIANT Cédex

Voici des questions simples. La liste n'est pas exhaustive....

Merci de vos réponses et commentaires.

Questions	OUI	NON	Commentaires
Le médecin d'astreinte du service doit être prévenu pour chaque entrée ?		X	par la nuit pour les placements
si oui : 24h/24h et 7J/7J ?			
Le recours à l'avis spécialisé doit être systématique aux urgences ?	X		
Le recours à l'avis spécialisé doit être systématique si l'état clinique le justifie ?	X		
Un patient vu la nuit ou le matin pourrait attendre le milieu d'après-midi qu'une place soit disponible dans un service adéquat à sa pathologie ?	X		
Si oui : faut-il augmenter la capacité d'attente de ces patients aux urgences ?	X		
Faut-il préciser sur le dossier l'absence de place dans le service adéquat ?	X		
Dans le cas d'une orientation de "secours" non adaptée à la pathologie, faut-il préciser sur les prescriptions la nécessité d'un avis spécialisé ?	X		
Retours de courrier systématique pour les urgentistes ?			
Bilan des lits vers 20h30, par IDE de chaque service (NB: le bilan en journée fonctionne très bien)	X		le bilan ne permet pas de voir si les lits sont bien utilisés
Protocole d'ouverture des lits supplémentaires sans appeler l'adm de garde ?	X		

IV.B4. Prise en charge des urgences vitales dans les services d'aval :

Les urgentistes ont été chargés d'assurer, par des travaux pratiques, l'entretien des connaissances des personnels soignants et ASH du DUM, en matière de gestes de premiers secours.

Ils ont également redéfini le contenu et l'organisation interne du chariot d'urgence. Désormais, pour plus d'efficacité lors des SMUR internes, le matériel disponible est le même dans tous les services d'hospitalisation.

IV.C. Modifications visant à améliorer le flux des patients aux urgences.

IV.C1. Rôle des médecins des services à l'UPATOU

Le rapprochement des acteurs médicaux se traduit par une volonté permanente des spécialistes de disponibilité pour les urgences^[49]. Ceci notamment dans la prise en charge de patients qui ne sont pas hospitalisés par la suite.

La réalisation d'actes, dans les délais volontairement amoindris, évitent certaines hospitalisations : c'est le cas des échodopplers effectués par les cardiologues lors de suspicion de phlébite.

Les avis téléphoniques ou directement au box sont courants, ils apportent une aide décisionnelle précieuse à l'urgentiste, lorsque le choix entre une hospitalisation « par précaution » et un retour à domicile « limite » se présente. Ils permettent souvent d'inscrire le consultant dans un suivi médical, à court terme, ce dernier sortant avec un courrier pour son médecin traitant et des rendez-vous déjà fixés pour des consultations ou la réalisation d'actes diagnostiques (Holters tensionnels ou rythmiques, spirométrie et plétysmographie ou encore fibroscopies gastriques).

Cette implication des spécialistes est malheureusement impossible à mettre en évidence par des moyens chiffrés. Les consultations aux box ne sont pas systématiquement cotées et le recueil des annotations sur le dossier papier sous-estime beaucoup le travail effectué (annexe 10).

Cette disponibilité optimise l'utilisation des box

IV.C2. Sorties programmées.

Dans les services d'hospitalisation, lors des contre-visites, lorsque la sortie du patient s'avère très probable pour le lendemain, le médecin et les infirmières réalisent immédiatement les ordonnances et documents nécessaires.

Le matin suivant, la chambre est libérée et reconditionnée en priorité, (le patient prend son déjeuner dans un local annexe). Elle est donc disponible pour les urgences dès 11 h 30, versus 15 h 00 – 16 h 00 pour les autres chambres.

Les cadres du DUM ont informé et motivé leurs équipes pour rendre cela possible.

IVC3. Effet d'entraînement :

Les médecins et les cadres des services de moyen séjour, long séjour et réadaptation fonctionnelle participent régulièrement aux discussions informelles, bien que n'appartenant pas au département.

Cette sensibilisation au problème de l'UPATOU, le discours de disponibilité pour les avis spécialisés ont contribué au rapprochement urgentistes-gériatres. ^[50 51]

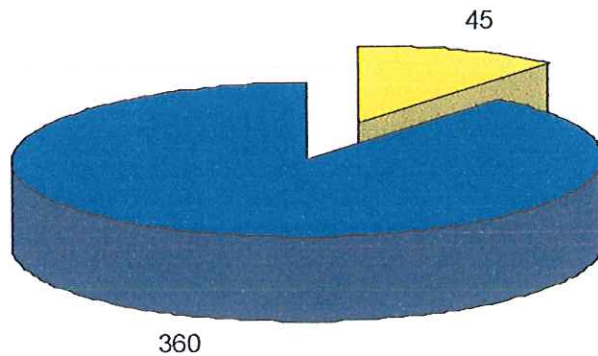
Après un simple accord téléphonique, il est possible de programmer des consultations gériatriques, dans les deux à trois jours, pour les patients que le médecin des urgences décide de renvoyer à domicile.

Ce suivi inclus le patient dans un réseau de soins lisible, qui rassure les familles et via le retour d'informations contribue à replacer le médecin traitant dans la prise en charge.

Suivant l'exemple des CHU dotés d'équipes gériatriques mobiles, les avis sont de plus en plus donnés directement aux urgences permettant quelques entrées directes en soins de suite : 45 en 2002. Cela représente 12,3 % des hospitalisations en moyen séjour, mais seulement 3 % des hospitalisations de patients de plus de 75 ans effectuées par les urgences (annexe 9).

Les responsables des urgences et de la gériatrie évaluent actuellement un projet d'une unité d'hospitalisation gériatrique de courte durée, qui finaliserait ce rapprochement et doterait l'hôpital d'un outil d'avenir. ^[52 53]

**Figure 10 : Part des urgences dans l'activité d'hospitalisation
du moyen séjour en 2002**



IVC4. Modalités de brancardage :

IV.C4a. Appel des brancardiers :

Un protocole de bips, reposant sur un code chiffré simple, a été élaboré. Le brancardier identifie aisément les appels émanant de l'UPATOU « o. o. o » suivis du numéro (de 0 à 6) correspondant au box où il est attendu (ex : 0 pour le déchoquage).

Cette mesure a pour but de diminuer les temps de transfert vers la radiologie standard ou les unités d'hospitalisation.

IVC4b. Brancardages de 17 h 30 à 8 h 00 du matin :

En dehors des heures de présence des brancardiers, les transferts sont effectués par le personnel des services d'aval, pour maintenir l'équipe des urgences à sa capacité optimale.

IV.D. Autres améliorations facilitées par l'organisation en département.

IV.D1. Fidélisation des infirmières récemment diplômées :

Un travail sur les plannings a été effectué par les cadres infirmiers du DUM, les emplois du temps des infirmières remplaçantes sont élaborés dans le but de faciliter leur adaptation.

Les changements d'unités trop rapides sont évités et effectués au sein du DUM. L'apprentissage du fonctionnement de la structure et l'intégration aux équipes en poste sont privilégiés. Cette action est complétée par une politique de stagiairisation plus rapide que par le passé.

IV.D2. Intérêt économique :

La mise en place de protocoles communs, en uniformisant les prescriptions, est susceptible de minorer les dépenses pharmaceutiques.

La rationalisation des prescriptions sur l'UPATOU aux heures de garde, avait permis de diminuer, d'un million de francs, la demande d'examens biologiques en 2000.

Dr GRALL Dr CROIZIER Dr CAVALIER Dr HERNANDES Dr NAQUM Dr MOUTAPAM Dr LE VOURC'H	CENTRE HOSPITALIER CHATEAUBRIANT - UPATOU		Date : .. / .. / ..
	<u>Nom</u> : <u>Adresse</u> :		
	<u>Prénom</u> :		
	<u>Nom jeune fille</u> :		
	<u>Date Naissance</u> :		
☐ NFS - Plaquettes ☐ Ionogramme ☐ Créatinémie - Urée ☐ TP - TCA			
<u>Autres demandes : (justifier)</u> 			
Orientation : 		Signature :	

La répartition du budget alloué aux commandes de matériel et d'équipement se faisant entre médecins du département, il est plus facile de prioriser les acquisitions.

L'UPATOU a ainsi pu renouveler son pool de scops et disposer d'un respirateur moderne, le SMUR a été doté d'un scope défibrillateur de type « Life pack 12 ».

Discussion :

Limites de l'organisation en département

IVE. Discussion : Limites de l'organisation en département.

IVE1. Limites liées aux urgences :

IVE1a. Des urgentistes relativement sous représentés dans les discussions informelles.

Le faible nombre de médecins à l'UPATOU (3 équivalents temps pleins 1/2) fait que la présence de l'urgentiste, aux réunions hebdomadaires, n'est pas systématique.

Cet état de fait appauvrit le travail d'identification, de compréhension des problèmes et de recherche de solutions communes.

IV.E1b. Absence d'outil informatique propre au fonctionnement de l'UPATOU.

En facilitant les bilans d'activité, cet outil permettrait de mieux cibler certaines populations de consultants, (ex : quantifier les patients qui passent dans les lits d'UHCD mais qui ne sont pas pris en compte par le PMSI du fait d'un séjour trop bref).

Cet apport d'informations exactes aiderait à établir des priorités dans les changements à apporter et permettrait d'affirmer avec objectivité si les mesures prises ont été efficaces ou non.

IV.E1c. Persistance d'un turn-over élevé

Force est de constater que le fonctionnement en département n'a pas permis de fidéliser les médecins urgentistes (4 départs successifs en 4 ans vers les SAU).

IV.E2. Rôle du chef de département.

Par définition légale, le conseil de département est une instance de faible pouvoir décisionnel.

Le chef de département a donc un rôle de dirigeant important pour faire accepter les évolutions souhaitées par les membres du DUM au niveau décisionnel (CME).

Sans une volonté forte ou constante de sa part, d'améliorer la situation de l'UPATOU, le département deviendrait un simple espace de parole.

IV.E3. Un fonctionnement essentiellement adapté aux petites structures :

Le fonctionnement fondé sur la disponibilité des spécialistes, semble difficile à envisager dans des UPATOU ou SAU effectuant beaucoup plus d'entrées. En effet, cette implication perturberait trop leur propre activité.

De plus, dans des structures plus importantes, le nombre d'intervenants au sein d'un département engendrerait une communication plus difficile, des sous-groupes ayant des intérêts divergents apparaîtraient sans doute comme diminuant l'efficacité de l'institution. Il conviendrait donc d'envisager d'autres modalités de fonctionnement, plus adaptées aux exigences et aux réalités de terrain de ce type d'établissement.

V. Conclusion :

L'augmentation de l'activité de l'UPATOU de Châteaubriant depuis 1996 est due, pour une part importante, aux modifications des habitudes de recours aux soins non programmés des patients jeunes et à l'attractivité de la structure pour les médecins généralistes (qualité, compétences, plateau technique).

La population âgée (18 % des entrées) se caractérise, quant à elle, par les difficultés qu'elle engendre à tous les niveaux de la filière de soins hospitalière et par le défi qu'elle représente pour l'avenir.

En 1999, ces évolutions externes, ont décidé les médecins de l'hôpital à effectuer un changement organisationnel : la départementalisation de l'UPATOU et des unités de court-séjour.

La communication entre professionnels est le socle de cette expérience. Depuis 4 ans, elle a favorisé via des réunions informelles notamment, un rapprochement fondamental entre spécialistes et urgentistes.

Le travail effectué en commun, en dehors d'un climat trop passionnel, a contribué à l'amélioration de la qualité des soins pour l'utilisateur et à éliminer certains dysfonctionnements nuisibles à l'activité de l'UPATOU.

Les spécialistes se sont inscrits dans une logique de disponibilité pour les urgences.

Ce découplage effectué entre UPATOU et services d'aval, permet aux acteurs d'envisager le projet "hôpital 2007" avec plus de sérénité.

Pour autant, l'acquisition par les urgences, d'un outil informatique, utile à évaluer objectivement le bien-fondé de certaines mesures prises, s'avère indispensable pour l'avenir.

ANNEXES

44 - LOIRE-ATLANTIQUE

POPULATION TOTALE : RÉCAPITULATION PAR CANTON

			POPULATION TOTALE												
CANTONS	Canton	Année	Hommes						Femmes						
			Total	Total	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-74 ans	75 ans ou plus	Total	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-74 ans	75 ans ou plus
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
Aigrefeuille-sur-Maine	01 99	18 076	9 049	2 584	2 573	2 487	1 006	399	9 027	2 454	2 452	2 289	1 109	72	
	90	16 957	8 446	2 826	2 612	1 894	813	301	8 511	2 703	2 431	1 771	929	61	
	82	15 526	7 688	2 779	2 475	1 508	648	278	7 838	2 625	2 328	1 473	774	63	
Arçais	02 99	20 007	9 942	2 777	2 838	2 648	1 232	447	10 065	2 549	2 661	2 760	1 319	71	
	90	19 499	9 649	3 278	2 842	2 221	967	341	9 850	3 109	2 797	2 211	1 089	64	
	82	18 600	9 210	3 468	2 869	1 804	770	299	9 390	3 291	2 827	1 780	959	53	
La Baule-Escoublac	57 99	25 522	11 880	2 647	2 727	3 259	2 064	1 183	13 642	2 474	2 725	3 637	2 716	205	
	90	22 994	10 718	2 688	2 755	2 566	1 818	891	12 276	2 622	2 762	2 865	2 485	154	
	82	21 829	10 204	3 016	2 786	2 226	1 582	594	11 625	2 909	2 911	2 535	2 079	111	
Blain	03 99	15 225	7 603	2 098	2 030	1 958	1 059	458	7 622	1 989	1 892	1 873	1 124	74	
	90	14 742	7 304	2 176	2 127	1 744	892	385	7 438	2 211	1 908	1 630	981	71	
	82	14 117	7 004	2 169	1 982	1 701	823	329	7 113	2 219	1 783	1 502	906	71	
Bourgneuf-en-Retz	05 99	9 444	4 599	1 142	1 142	1 178	770	367	4 845	1 060	1 094	1 130	852	71	
	90	8 531	4 130	1 172	1 087	867	716	288	4 401	1 125	979	862	773	64	
	82	8 357	4 034	1 244	1 046	905	582	257	4 323	1 195	926	863	763	53	
Carquefou	06 99	35 700	17 739	5 382	4 813	5 266	1 699	579	17 961	5 267	4 621	5 323	1 767	94	
	90	29 794	14 694	5 134	4 131	3 964	1 058	407	15 100	5 041	4 247	3 905	1 115	71	
	82	24 724	12 279	4 763	3 826	2 584	796	310	12 445	4 600	3 914	2 442	817	65	
La Chapelle-sur-Erdre	07 99	31 749	15 937	5 021	4 190	4 905	1 421	400	15 812	4 661	4 277	4 796	1 419	64	
	90	26 292	13 275	4 874	3 623	3 634	859	285	13 017	4 513	3 734	3 363	846	54	
	82	22 174	11 128	4 647	3 509	2 190	588	214	11 046	4 366	3 613	1 964	667	41	
Châteaubriant	08 99	15 988	7 670	1 994	2 048	1 929	1 226	473	8 318	1 908	2 024	2 056	1 490	84	
	90	16 880	8 196	2 435	2 411	1 921	1 044	385	8 684	2 290	2 338	2 041	1 244	74	
	82	18 082	8 704	2 933	2 548	2 008	896	319	9 378	2 965	2 636	2 053	1 097	64	
Clisson	09 99	18 382	9 060	2 571	2 690	2 376	1 031	392	9 322	2 454	2 485	2 323	1 196	84	
	90	17 298	8 464	2 774	2 707	1 835	805	343	8 832	2 771	2 534	1 850	945	74	
	82	15 872	7 729	2 733	2 506	1 539	677	274	8 143	2 749	2 353	1 628	832	53	
Le Croisic	10 99	12 583	5 901	1 339	1 320	1 514	1 140	588	6 682	1 191	1 284	1 592	1 505	114	
	90	12 109	5 777	1 404	1 572	1 317	1 035	449	6 332	1 294	1 482	1 423	1 300	84	
	82	11 311	5 350	1 500	1 488	1 181	865	318	5 961	1 445	1 407	1 296	1 111	74	
Derval	11 99	7 376	3 715	967	958	942	607	241	3 661	906	806	819	681	44	
	90	7 739	3 858	1 122	1 089	875	560	212	3 881	1 096	906	795	629	44	
	82	7 829	3 886	1 226	1 112	876	490	182	3 943	1 170	837	930	604	44	
Guémené-Penfao	12 99	7 961	3 941	1 018	993	960	679	291	4 020	928	889	884	796	54	
	90	7 846	3 805	1 012	1 041	844	653	255	4 041	1 008	907	831	793	54	
	82	7 931	3 851	1 145	1 035	907	567	197	4 080	1 129	872	925	683	44	
Guérande	13 99	26 102	12 840	3 681	3 188	3 535	1 792	644	13 262	3 441	3 193	3 570	1 975	104	
	90	22 137	10 898	3 500	3 111	2 534	1 365	388	11 239	3 327	3 053	2 495	1 479	84	
	82	18 170	8 957	3 020	2 688	1 983	946	320	9 213	2 856	2 546	1 945	1 169	64	
Herblignac	14 99	11 843	5 853	1 676	1 558	1 646	756	217	5 990	1 618	1 430	1 622	860	44	
	90	11 509	5 726	1 946	1 669	1 314	622	175	5 783	1 833	1 568	1 268	688	44	
	82	10 327	5 165	1 879	1 586	1 072	494	154	5 162	1 761	1 458	1 026	549	34	
Legé	15 99	6 880	3 411	842	919	915	526	209	3 469	810	813	774	594	44	
	90	6 831	3 357	973	986	740	448	210	3 474	939	881	695	517	44	
	82	6 732	3 334	1 055	975	742	375	187	3 398	971	798	732	478	44	
Ligné	16 99	9 400	4 754	1 442	1 294	1 325	501	192	4 646	1 344	1 210	1 210	547	34	
	90	8 880	4 428	1 529	1 326	927	472	174	4 452	1 518	1 265	855	502	34	
	82	7 240	3 595	1 250	1 073	784	359	149	3 645	1 201	1 007	755	388	24	
Le Loroux-Bottereau	17 99	20 151	10 098	2 958	3 022	2 658	1 073	387	10 053	2 821	2 787	2 500	1 176	74	
	90	18 137	9 078	3 022	2 789	2 024	847	398	9 059	2 818	2 607	1 897	1 006	74	
	82	16 625	8 272	2 996	2 586	1 645	723	322	8 353	2 747	2 406	1 608	875	74	
Machecoul	18 99	11 486	5 691	1 544	1 522	1 493	770	362	5 795	1 504	1 468	1 427	864	54	
	90	10 865	5 359	1 671	1 574	1 177	699	238	5 506	1 631	1 461	1 175	734	54	
	82	10 547	5 234	1 822	1 532	1 147	546	187	5 313	1 671	1 480	1 070	652	54	
Moisdon-la-Rivière	19 99	6 015	3 027	771	798	783	496	179	2 988	759	677	699	521	54	
	90	6 283	3 197	959	910	745	444	139	3 086	922	767	665	452	54	
	82	6 445	3 255	1 101	915	756	339	144	3 190	1 012	779	708	424	54	
Montoir-de-Bretagne	47 99	22 428	11 053	3 098	2 894	3 209	1 375	477	11 375	2 975	2 712	3 138	1 704	114	
	90	23 280	11 472	3 671	3 392	2 909	1 180	320	11 808	3 620	3 277	2 824	1 411	114	
	82	22 990	11 396	4 013	3 549	2 629	932	273	11 594	3 955	3 314	2 571	1 131	114	

44 - LOIRE-ATLANTIQUE

POPULATION TOTALE : RÉCAPITULATION PAR CANTON

CANTONS		Canton	Année	POPULATION TOTALE												
				Total	Hommes						Femmes					
					Total	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-74 ans	75 ans ou plus	Total	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-74 ans	75 ans ou plus
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
Nort-sur-Erdre	A21	27 99	18 983	9 439	2 748	2 684	2 590	1 007	410	9 544	2 865	2 557	2 399	1 195		
		90	17 327	8 666	2 938	2 542	1 979	884	323	8 661	2 787	2 418	1 818	962		
		82	15 449	7 694	2 751	2 347	1 567	738	291	7 755	2 605	2 195	1 508	816		
Nozay	A12 + B	28 99	11 572	5 773	1 551	1 615	1 463	821	323	5 799	1 495	1 440	1 373	946		
		90	11 253	5 543	1 718	1 587	1 196	731	311	5 710	1 653	1 465	1 150	862		
		82	11 116	5 447	1 853	1 498	1 215	626	255	5 669	1 777	1 379	1 196	791		
Orvault		54 99	30 368	14 675	4 019	3 571	4 449	2 081	555	15 693	3 825	3 743	4 898	2 282		
		90	29 143	14 179	4 409	3 914	4 103	1 366	387	14 984	4 244	4 052	4 405	1 503		
		82	27 934	13 680	5 145	4 085	3 330	873	247	14 254	4 892	4 383	3 372	1 032		
Paimboeuf		29 99	14 335	7 016	1 829	1 764	1 872	1 069	482	7 319	1 600	1 661	1 858	1 288		
		90	13 244	6 393	1 770	1 831	1 453	938	401	6 851	1 677	1 716	1 496	1 157		
		82	13 229	6 370	2 000	1 870	1 356	827	317	6 859	1 848	1 781	1 438	1 051		
Le Pellerin		30 99	23 433	11 477	3 304	3 232	3 070	1 353	518	11 955	3 247	3 113	2 963	1 585		
		90	21 456	10 526	3 422	3 035	2 485	1 148	436	10 930	3 254	2 928	2 464	1 353		
		82	20 095	9 933	3 553	2 878	2 159	964	379	10 162	3 272	2 701	2 168	1 185		
Pontchâteau		31 99	19 324	9 684	2 536	2 615	2 856	1 255	422	9 640	2 290	2 289	2 743	1 426		
		90	19 740	9 884	3 223	2 767	2 502	1 022	370	9 856	2 935	2 608	2 298	1 212		
		82	19 394	9 611	3 532	2 897	2 060	836	286	9 783	3 305	2 709	1 990	1 083		
Pornic		32 99	21 286	10 285	2 602	2 507	2 570	1 842	764	11 001	2 477	2 486	2 637	2 082		
		90	17 767	8 599	2 411	2 252	1 859	1 446	631	9 168	2 284	2 146	1 974	1 661		
		82	16 127	7 768	2 471	2 047	1 649	1 160	441	8 359	2 329	1 986	1 719	1 473		
Raillé	Nu	33 99	6 302	3 119	824	808	774	488	225	3 183	740	700	722	585		
		90	6 356	3 158	918	938	667	455	180	3 198	843	781	667	513		
		82	6 253	3 061	967	832	690	412	160	3 192	900	722	723	477		
Rougé	A2 + B	34 99	4 209	2 125	633	559	497	299	137	2 084	577	510	480	306		
		90	4 198	2 142	693	620	434	288	107	2 056	606	558	416	280		
		82	4 011	2 010	653	547	467	256	87	2 001	624	503	448	272		
Saint-Etienne-de-Montluc		35 99	32 836	16 330	4 991	4 430	4 659	1 665	585	16 506	4 759	4 214	4 465	1 964		
		90	29 873	14 822	5 045	4 360	3 576	1 329	512	15 051	4 680	4 312	3 411	1 609		
		82	25 341	12 532	4 462	3 809	2 771	1 079	411	12 809	4 232	3 685	2 769	1 298		
Saint-Gildas-des-Bois		36 99	11 792	5 701	1 545	1 435	1 570	831	320	6 091	1 490	1 342	1 513	983		
		90	12 023	5 813	1 908	1 577	1 293	779	256	6 210	1 864	1 514	1 210	918		
		82	11 580	5 630	1 902	1 641	1 203	655	229	5 950	1 812	1 495	1 198	837		
Saint-Julien-de-Vouvantes	A2 + B	37 99	4 697	2 378	665	609	631	326	147	2 319	609	577	580	319		
		90	4 913	2 454	789	680	545	297	143	2 459	775	630	505	307		
		82	4 836	2 409	808	649	525	303	124	2 427	789	595	480	339		
Saint-Mars-la-Jaille		38 99	5 522	2 779	759	736	676	429	179	2 743	712	665	627	449		
		90	5 532	2 771	840	801	574	376	180	2 761	800	725	554	408		
		82	5 678	2 888	943	812	688	322	143	2 790	862	691	618	382		
Saint-Nicolas-de-Redon	A21	40 99	10 364	5 160	1 320	1 317	1 398	819	306	5 204	1 187	1 158	1 277	983		
		90	10 324	5 123	1 476	1 422	1 238	735	252	5 201	1 404	1 252	1 165	859		
		82	10 542	5 221	1 721	1 483	1 178	641	198	5 321	1 681	1 236	1 194	723		
Saint-Père-en-Retz		41 99	9 109	4 641	1 370	1 206	1 228	596	241	4 468	1 194	1 142	1 044	663		
		90	8 645	4 347	1 466	1 264	920	492	205	4 298	1 334	1 165	897	530		
		82	7 763	3 829	1 294	1 133	823	418	161	3 934	1 298	1 019	831	466		
Saint-Philbert-de-Grand-Lieu		42 99	15 870	7 931	2 449	2 367	2 030	776	309	7 939	2 281	2 207	1 916	935		
		90	13 785	6 894	2 369	2 172	1 442	666	245	6 871	2 194	2 027	1 330	782		
		82	11 727	5 811	2 056	1 887	1 134	536	198	5 916	1 944	1 653	1 144	663		
Savenay		43 99	18 253	9 118	2 622	2 393	2 661	1 025	417	9 135	2 505	2 283	2 496	1 151		
		90	17 625	8 813	3 002	2 563	2 057	876	315	8 812	2 871	2 439	1 911	998		
		82	16 284	8 163	3 012	2 502	1 687	752	230	8 121	2 801	2 386	1 588	826		
Vallée		44 99	13 908	7 011	1 974	2 098	1 877	773	289	6 897	1 851	1 942	1 720	871		
		90	12 784	6 446	2 151	1 965	1 444	642	244	6 338	1 982	1 817	1 360	750		
		82	11 826	5 923	2 088	1 894	1 196	550	195	5 903	1 972	1 735	1 187	619		
Varades		45 99	7 513	3 648	957	1 007	878	550	256	3 865	1 019	949	835	613		
		90	7 183	3 490	1 011	1 007	734	500	238	3 693	1 043	944	727	522		
		82	7 054	3 404	1 108	896	761	427	212	3 650	1 150	851	758	523		
Vertou		46 99	26 490	13 014	3 819	3 239	3 906	1 557	493	13 476	3 668	3 211	3 936	1 732		
		90	23 409	11 655	3 814	3 361	3 080	1 065	335	11 754	3 514	3 225	3 027	1 233		
		82	19 918	9 937	3 665	2 888	2 325	778	281	9 981	3 255	2 811	2 350	916		

Annexe 3 :

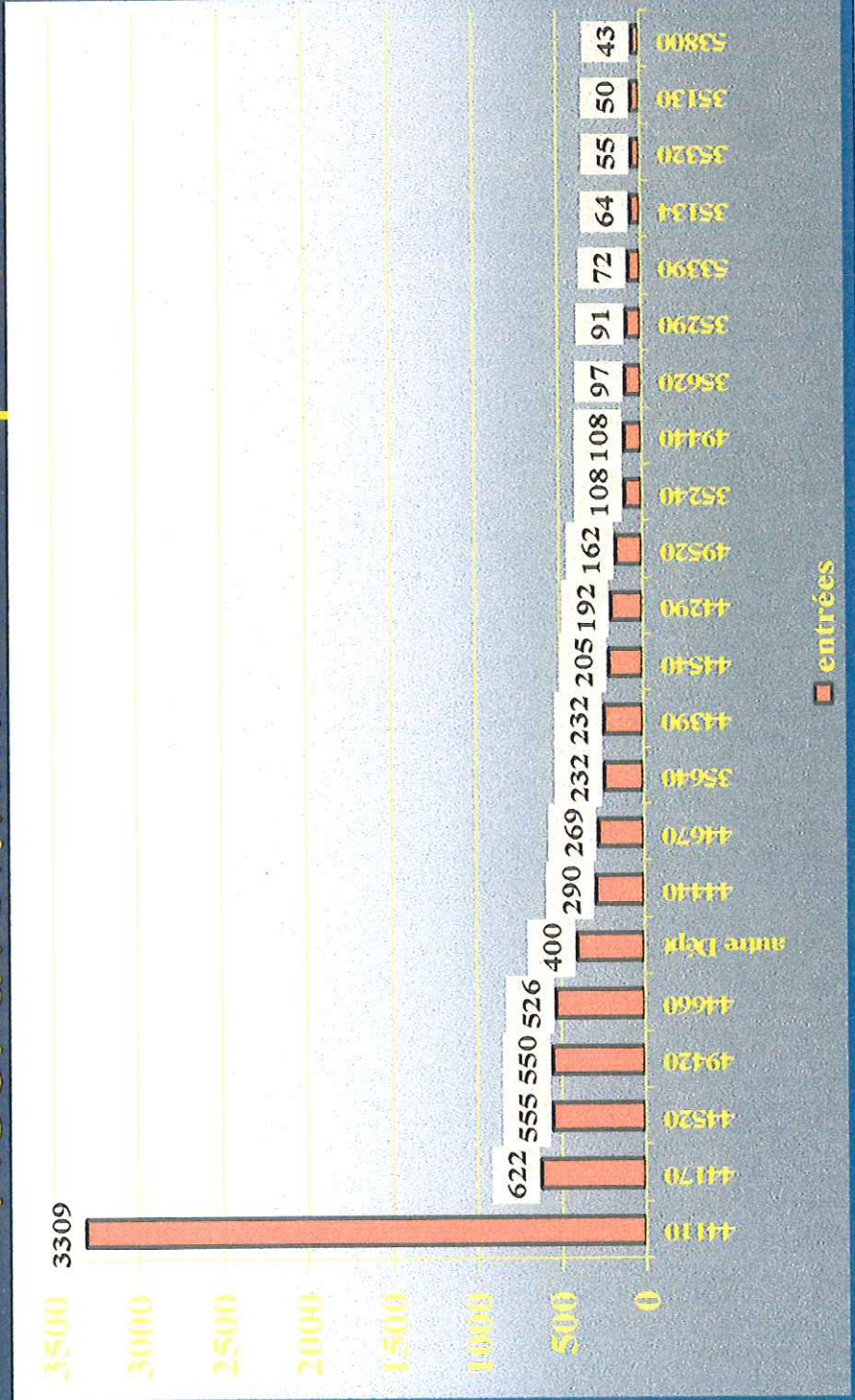
44 - LOIRE-ATLANTIQUE

RECAPITULATION

ARRONDISSEMENTS OU DÉPARTEMENT	Arrondissement	Année	Population totale									Actifs ayant un emploi	Chômeurs	
			Total	Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Cadres, professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Retraités	Autres sans activité profession- nelle			Dont élèves ou étudiants de 15 ans ou plus
			1	2	3	4	5	6	7	8	9			10
ANCENIS	4	82	44 556	3 508	1 372	660	2 076	3 592	7 116	6 020	20 212	3 000	16 884	1 672
		90	47 406	2 264	1 600	1 092	2 548	4 540	7 492	7 908	19 962	4 156	17 720	1 980
CHATEAUBRIANT	1	82	100 536	9 708	3 336	1 224	4 272	7 740	14 252	15 056	44 948	6 732	37 732	3 480
		90	101 482	6 244	3 120	1 784	5 428	9 588	15 256	17 832	42 210	8 737	37 108	4 612
NANTES	2	82	605 272	12 132	17 716	24 448	48 276	77 420	80 416	70 052	273 812	54 464	239 180	26 036
		90	648 317	7 492	17 937	35 698	61 016	86 247	78 283	90 245	271 429	74 676	256 265	33 134
SAINT-NAZAIRE	3	82	245 348	6 572	8 600	4 928	15 212	24 536	34 804	34 280	116 416	17 700	85 636	10 124
		90	254 253	4 008	8 508	6 788	17 492	29 505	34 558	44 776	108 518	23 037	87 063	14 876
TOTAL DU DÉPARTEMENT		82	995 712	31 920	31 024	31 260	70 836	113 288	136 568	125 408	455 388	81 896	379 632	41 312
		90	1 051 438	20 008	31 165	45 362	86 484	129 880	135 559	160 761	442 219	110 606	398 176	54 602

Annexe 4 :

Recrutement code postal



Annexe 5

Consultations médicales en juillet 2002 selon les classes d'âges, le mode d'entrée et le devenir.

	CLASSE D'AGE 0-15 ANS				CLASSE D'AGE 15-20 ANS				CLASSE DE 20-75 ANS				CLASSE DE 75 ANS ET PLUS				TOTAUX
	H	T	S	SOUS TOTAUX	H	T	S	SOUS TOTAUX	H	T	S	SOUS TOTAUX	H	T	S	SOUS TOTAUX	
Via Médecine Libérale	7	2	11	20	2	2	1	5	77	9	24	110	84	4	11	99	234
Via C15	2	0	0	2	2	0	0	2	23	2	9	34	10	0	2	12	50
Décision personnelle	12	2	36	50	1	0	6	7	8	1	35	44	0	0	1	1	102

Annexe 6

Consultations traumatologiques en juillet 2002 selon les classes d'âges, le mode d'entrée et le devenir.

	CLASSE D'AGE 0-15 ANS				CLASSE D'AGE 15-20 ANS				CLASSE DE 20-75 ANS				CLASSE DE 75 ANS ET PLUS				TOTAL
	H	T	S	SOUS TOTAL	H	T	S	SOUS TOTAL	H	T	S	SOUS TOTAL	H	T	S	SOUS TOTAL	
Via Médecine Libérale	0	2	8	10	1	0	0	1	12	6	29	47	6	8	10	24	82
Via C15	0	3	3	6	1	0	8	9	7	12	23	42	5	3	2	10	67
Décision personnelle	3	4	90	97	0	1	40	41	2	24	156	182	0	1	2	3	323

Annexe 7 :

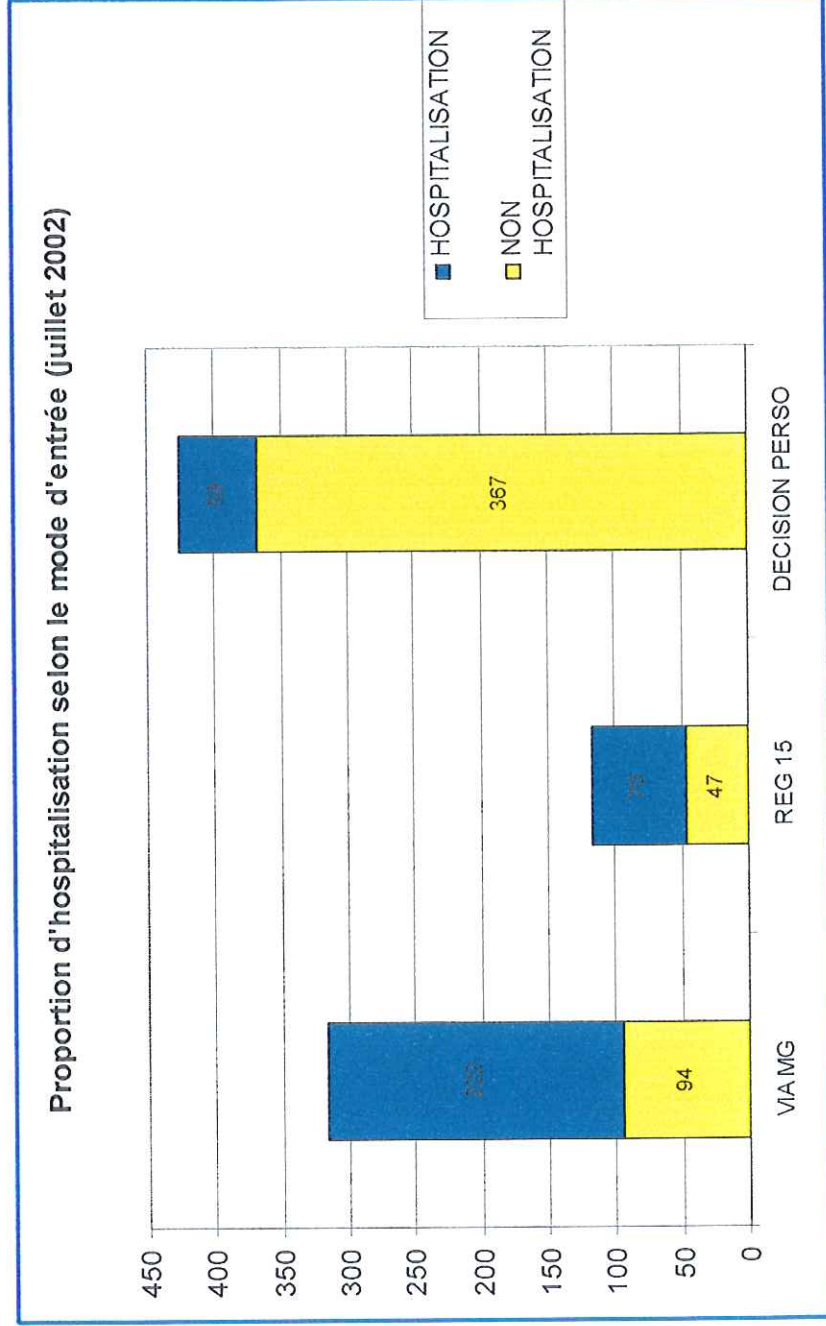
PROFESSIONS DE SANTE (y compris remplaçants) Exerçant à titre libéral ou salarié au 01.01.2000

		Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Médecins généralistes	nombre	1 252	796	242	504	568	3 362
	densité	110	109	85	95	105	104
Médecins spécialistes	nombre	847	454	111	291	231	1 934
	densité	75	62	39	55	43	60
ENSEMBLE DES MÉDECINS LIBÉRAUX	NOMBRE	2 099	1 250	353	795	799	5 296
Chirurgiens dentistes	nombre	735	377	115	241	294	1 762
	densité	65	51	40	45	54	55
Sages-femmes	nombre	48	33	5	11	22	119
Infirmiers diplômés d'Etat	nombre	678	623	186	249	360	2 096
	densité	60	85	65	47	67	65
Masseurs-kinésithérapeutes	nombre	785	414	117	236	332	1 884
	densité	69	56	41	45	62	58
Orthophonistes	nombre	202	120	20	65	67	474
Orthoptistes	nombre	28	11	5	11	8	63
Pédicures-podologues	nombre	209	92	30	62	80	473
France au 01.01.1999 densité :		Chirurgiens-dentistes : 65					
Médecins généralistes : 115		Infirmiers D.E. : 93					
Médecins spécialistes : 84		Masseurs-kiné. : 68					

Source : D.R.A.S.S. - A.D.E.L.I.

(*) libéral exclusif et partiel

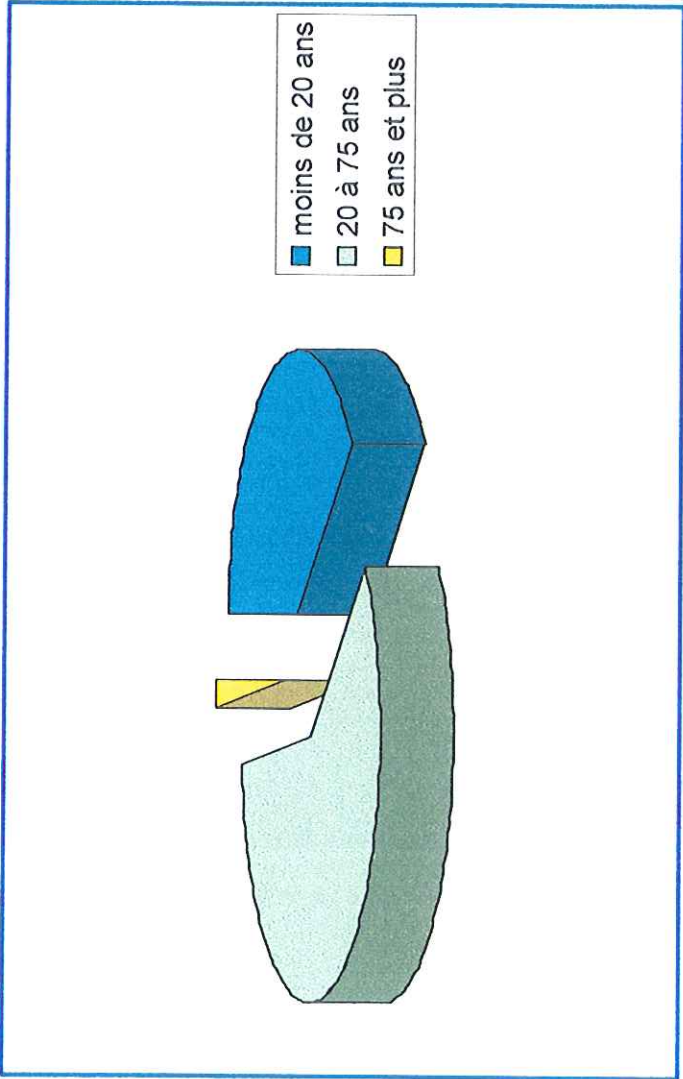
	Inférieur ou égal à 20 ans		20 à 75 ans		Supérieur à 75		Total	
	Hosp.	%	Hosp.	%	Hosp.	%	Hosp.	%
VIA MG	16	44,40%	104	66,20%	102	82,90%	222	70,25%
REG 15	8	42%	44	57,90%	18	81,80%	70	59,80%
DECISION PERSO	23	11,80%	35	15,50%	1	25%	59	13,80%



Annexe 9 :

Patients venant aux urgences sur décision personnelle et nécessitant une hospitalisation

Motifs de recours		
<u>Traumatologie orthopédique chirurgicale</u>		34
<u>Chirurgie Viscérale</u>		
Appendicite	2	
Sigmoïdite abcédée	1	4
Torsion de testicule	1	
<u>Pédiatrie</u>		
Malaise	1	13
Asthme	1	
Vomissements, céphalées	3	
Diarrhées, vomissements	6	
Déshydratation		
Traumatismes crâniens	2	
<u>Médecine</u>		
Coliques néphrétiques	2	8
Pyélonéphrites	2	
Fausse couche	2	
Rectorragies, migraines, ulcère	1	
Sigmoïdite	1	



Annexe 10 :

ETAT DES CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES

Relevé du nombre d'actes effectués aux urgences par les praticiens spécialistes du centre hospitalier / JUILLET 2002

Lettre CLES	CS		C, CD, CN		K		KC		KE		AMI	
	Nbre d'actes	Coeff	Nbre d'actes	Coeff	Nbre d'actes	Coeff	Nbre d'actes	Coeff	Nbre d'actes	Coeff	Nbre d'actes	Coeff
Gastro - entérologie												
Docteur BRACONNIER												
Docteur SALIM												
Docteur LAKBER												
Médecin Interne												
Docteur CHAILLOUS												
Docteur MOUTAPAN			53	53	5	21,5	21	282,5			14	27,5
Docteur BUREAU												
Docteur EL HANNANI												
Cardiologie												
Docteur GRALL									2	80		
Docteur ATRAUD	4	4										
Docteur MONVILLE												
Docteur FARGUES												
Pédiatrie												
Docteur GASMI	6	6										
Docteur LEFOITTEVIN	3	3	1	1								
Docteur PELLERAY	5	5										
Docteur HAKIM	2	2	1	1								
Gynécologie												
Docteur LUCAS									1	40		
Docteur AZZOUZ												
Docteur CARLES												
Docteur LEBRETON												
Docteur MORIAUX												

Annexe 11

Tableau reprenant les Mode de Sorties et les Modes d'Entrées

MODE D'ENTREE

	Nombre de patients	%
Mutation	207	56,56%
Transfert	80	17,94%
<i>Clinique St Marie</i>	36	9,84%
<i>CHU de Nantes</i>	24	6,56%
<i>CHU de Angers</i>	2	0,55%
<i>CHU de Rennes</i>	4	1,09%
<i>Autres MCO</i>	12	3,28%
<i>Autres SSR</i>	1	0,27%
<i>Long séjour</i>	1	0,27%
<i>Psychiatrie</i>	0	0,00%
Maison de Retraite	4	1,09%
Domicile	75	20,49%
TOTAL	366	100,00%

MODE DE SORTIE

	Nombre de patients	%
Mutation	19	5,19%
Transfert	37	10,11%
<i>Clinique St Marie</i>	10	2,73%
<i>CHU de Nantes</i>	10	2,73%
<i>CHU de Angers</i>	0	0,00%
<i>CHU de Rennes</i>	0	0,00%
<i>Autres MCO</i>	4	1,09%
<i>Autres SSR</i>	10	2,73%
<i>Long séjour</i>	3	0,98%
<i>Psychiatrie</i>	0	0,00%
Maison de Retraite	61	16,67%
Domicile	205	56,01%
Décès	44	12,02%
TOTAL	366	100,00%

patients réhospitalisés

Le nombre d'Entrée est de 467 en 2002. Soit une baisse de 3,71% entre 2001 et 2002.

Le nombre d'Entrée directes est de 171 en 2002.

Classification CCMU

Niveau 1 : Situation ne justifiant pas d'accès au plateau technique en urgence.

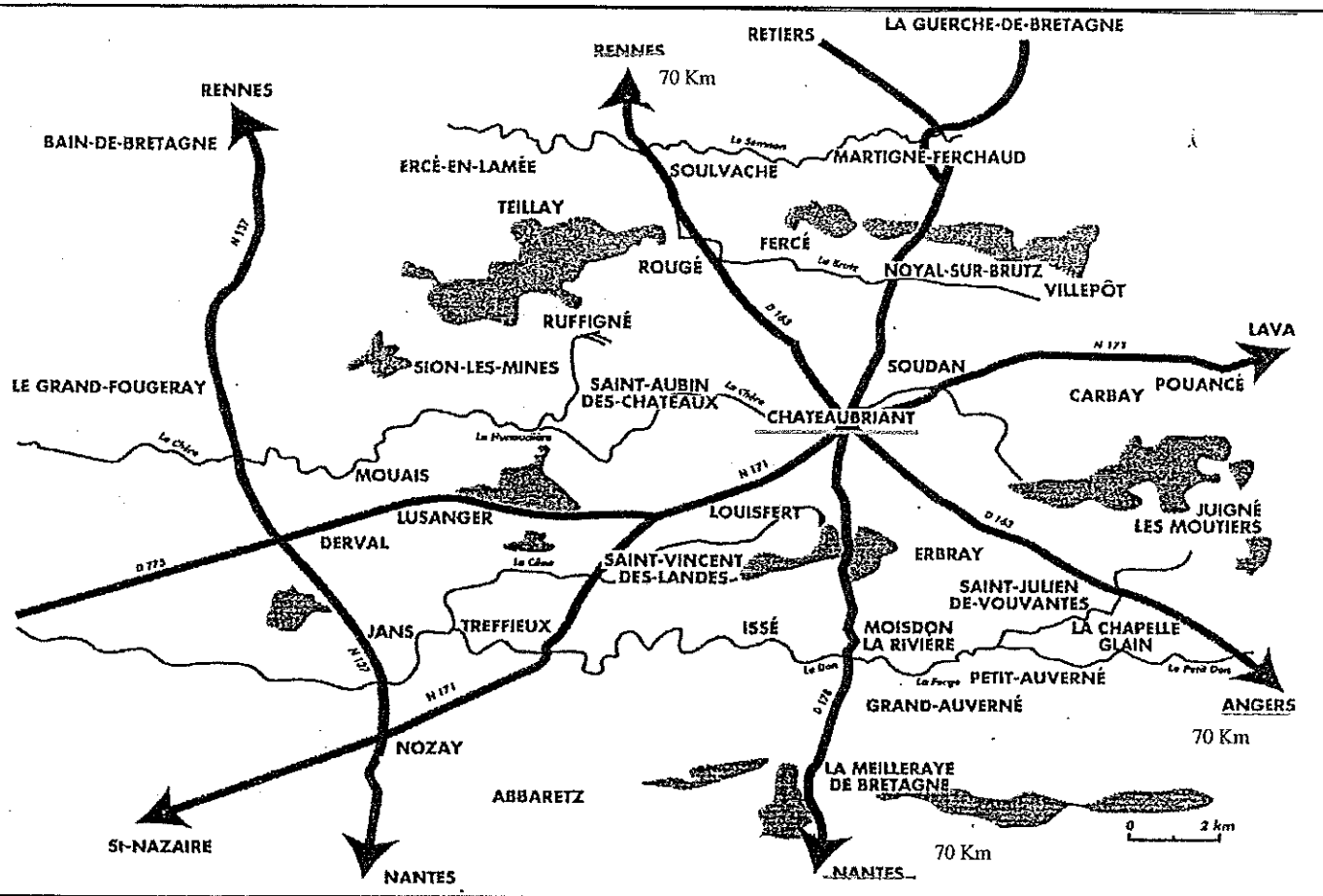
Niveau 2 : Situation comportant un pronostic fonctionnel stable, justifiant une intervention diagnostique technique ou thérapeutique aux urgences.

Niveau 3 : Situation comportant un pronostic fonctionnel instable.

Niveau 4 : Situation engageant le pronostic vital et nécessitant une intervention d'urgence.

Niveau 5 : Situation d'extrême urgence avec réanimation immédiate.

Annexe 13



BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- N°1 Revue de l'infirmière.
Urgences entre réussites et difficultés.
Revue de l'infirmière supplément n°65 Novembre 2002.
- N°2 A. VADEBONCOEUR / P. BEAUDET.
Rapport CANADIEN Projet Urgences 2000.
Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 1999 ISBN 2-550-34947-4.
- N°3 D.BAUDEAU / A DEVILLE / M. JAUBERT.
Les passages aux urgences de 1900 à 1998 : Une demande croissante de soins non programmés.
DREES, N° 72 Juillet 2000.
- N°4 La population de Loire-Atlantique.
Recensements de la population 1999.
Source : INSEE 2000.
- N°5 ORS de la santé des Pays de Loire.
Les équipements pour personnes âgées. La santé observée dans les pays de Loire.
ORS 94.
- N°6 Observatoire régional de la santé.
La population âgée dans les pays de la Loire. La santé observée dans les Pays de la Loire.
ORS 94.
- N°7 ATTARD / ABIDI / MIRANDA.
Prise en charge hivernale des patients âgés reçus au SAU : Etude comparative.
JEUR 2001 A56, 15, P150.
- N°8 LONGO / VIAL / MARCHAND.
Spécificité des patients de plus de 75 ans dans un SAU adulte. Comparaison aux patients de moins de 75 ans.
JEUR 2003, 15, 1532, P52.
- N°9 LONGO / PORTIER / CLOTTEAU.
Une approche de la fragilité chez les patients de plus de 75 ans admis dans un SAU.
JEUR 2003, 1533, 15, P75.

-
- N°10 Direction régionale des affaires sanitaires et sociales – Services Statistiques.
STATISS 2001 Pays de Loire.
Ministère de l'emploi et de la solidarité 2001.
- 11 Conseil National de l'Ordre des Médecins.
Démographie médicale française : Situation au 1^{er} janvier 2000.
CREDES 2000/11 Etude n°33.
- N°12 ORS Les Pays de Loire.
Les médecins dans les pays de la Loire. La santé observée dans les pays de la Loire.
ORS 1994.
- N°13 J.DELEUZE.
Un choc prévisible et annoncé...
Editorial La revue du praticien Médecine générale.
Tome 15 N°553 12 novembre 2001.
- N°14 C.BOURLOTON / K.MARTINEAU / P. MOREAU.
L'offre de soins de la région Poitou-Charentes.
URCAM de Poitou-Charentes. Août 2001.
- N°15 GENTIL / DURAND / AMADEI.
Attitude et comportements des médecins face à prise en charge des patients venant aux urgences.
JEUR 2003, 16, 15 121, P292.
- N°16 Dr J.ALLUARD.
Les gardes libérales, grèves, réquisitions...
Loire-Océan Médical n°9, avril 2002.
- N°17 CHAIGNEAU / LANNEHOA / SAVIO.
Impact de la grève libérale 2002 sur l'activité d'un SAMU ou SAU.
JEUR 2003, 16, 1526, P24.
- N°18 Dr DECERF Sandrine.
La permanence des soins en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais.
Thèse de médecine générale Lille II, septembre 99.
- N°19 Congrès annuel des urgentistes.
« Urgences 2003 » la revue des SAMU n°164.
Tome XXV, juin 2003.
- N°20 V.CARASCO / D. BAUDEAU.
Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale.
DREES Etudes et résultats n°212 Janvier 2003.

-
- N°21 THYS / LAFORGE / BELCHE.
Patients ou impatients ? Pourquoi pas le médecin généraliste ?
JEUR 2001, 14, A32, P81.
- N°22 LAFAY / GIRAUD / BEL.
Ouverture des consultations de médecine générale à proximité d'un SAU, bilan d'activité.
JEUR 2001, 14, A97 P253.
- N°23 HAMELIN, HARDENBEC, LOUIS.
Expérience d'une consultation libérale de médecine générale dans un SAU.
Résultats de 6 mois de fonctionnement.
JEUR 2002, 1561, 15, P128.
- N°24 V.CARASCO.
Des usagers des urgences premiers résultats d'une enquête nationale.
DREES N°212 janvier 2003.
- N°25 Revue de l'infirmière.
Infirmière d'accueil et d'orientation aux urgences un post pivot.
Supplément n°65 novembre 2000.
- N°26 A. BLANDIN / I. CHAMBIONAT.
Mise en place d'une consultation de médecine générale dans un SAU.
Rôle de l'IAO.
JEUR 2002 15128 P302 Volume 15 avril 2002.
- N°27 RENAULT / COUTTE / ROLLAND.
Evolution de l'incidence et des délais de prise en charge des consultations relevant de la relève générale aux urgences.
JEUR 2003, 15, 1520, P36.
- N°28 TABOULET.
L'encombrement des urgences est-il dû au nombre croissant de petits malades.
JEUR 2003, 15, 1584, P205.
- N°29 C.LEICHER.
Commentaire sur le rapport STEG.
M6 France 1993.
- N°30 PR A.STEG.
Rapport sur la médicalisation des urgences.
CNRU Paris 1992.

-
- N°31 A.R.H des Pays de Loire.
Volet urgences du SROS : proposition de la session régionale d'étude et de proposition.
- N°32 A.R.H des Pays de Loire, décembre 1998.
Cahiers hospitaliers Mensuel Mars 2000.
La réforme hospitalière.
- N°33 A.R.H des Pays de Loire.
Schéma régional d'organisation sanitaire 99-2004.
A.R.H de 1998.
- N°34 D.BARON / J. LEJONC / B.MENITZ.
Proposition de maquette pour un DESC de médecine d'urgence juillet 2001.
- N°35 BOUAN / BOT / MALLARD.
Urgences et permanence des soins non programmés dans une agglomération de 500 000 habitants.
JEUR 2002, 15, 15114, P263.
- N°36 C. THENOT / L.DURIN / I.GIRAUD.
Critères de satisfaction des patients venant consulter aux urgences.
JEUR 2003, 16, 1544.96.
- N°37 D.BAUDEAU / V. CARRASCO.
Motifs et trajectoire de recours aux urgences hospitalières.
DREES Etudes et résultats N°215, janvier 2003.
- N°38 ORS Les Pays de Loire.
Les urgences dans les Pays de la Loire, La santé observée dans les pays de la Loire.
ORS Pays de Loire 1994.
- N°39 BERGER / ALBAREL / DEGRAVI.
Les patients adressés aux urgences avec lettre de médecin sont-ils différents ?
JEUR 2002, 15116, 15, P269.
- N°40 Dr Mr VERGNION.
Comment organiser un service d'urgences multi-disciplinaires ? Expérience vécue.
Le praticien en Anesthésie-Réanimation 2001, 5,1.
- N°41 Revue Techniques Hospitalières.
Organisation des urgences en Nord-Pas-de-Calais.
Techniques hospitalières N°635 Avril 1999.

-
- N°42 P.DELHUMEAU.
Les urgences au cœur des enjeux sanitaires.
Décision santé, n°147, Juin 1999.
- N°43 BENZAQUIN / JACOLY / DESCHAMPS.
L'absence de disponibilités de lits de médecine modifie-t-elle la prise en charge des patients aux urgences.
JEUR 2002, 15, 1559, P123.
- N°44 D.PELLOUX.
Un virage pour les urgences.
Décision santé N°147 juin 1999.
- N°45 PR J.F MATTEI.
Discours d'ouverture au congrès annuel des urgentistes « Urgences 2003 ».
- N° 46 Circulaire DHOS/01/2003 du 16 avril 2003-09-21.
Relative à la prise en charge des urgences.
- N° 47 DULOU/ HERVY/ LIVARTOWSKY.
Evaluation de l'activité d'un gériatre en UHCD d'un SAU sur une période de 6 mois.
JEUR 2002 1533, 15, P57.
- N°48 P.BARON/ D.DEBOCK/ D.CARPENTIER.
Critère d'évaluation des services d'urgences.
Référentiel SFMU mars 2001.
- N°49 Dr M. RAIKOVIC.
Pour une réforme des urgences de la pratique à la théorie.
Décision santé N°158 Mars 2000.
- N°50 Circulaire DHOS/ 02/ DES/SDSD n°2002 – 157 18 Mars 2002
Relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
- N°51 C. SAGNES/ RAFFY/ S ANDRIEN F NOUHRASHEIN
« Patients de plus de 75 ans dans les urgences de Midi-Pyrénées »
JEUR 2003 1534-76
- N°52 PR J.KOPFERSCHMITT.
Urgence et gériatrie : même culture ?
Editorial SFMU Février 2003.
- N°53 Revue : Décideurs en gérontologie.
Un département à la baisse : La Loire Atlantique Décideurs en gérontologie.
N°53 Mai 2003.

-
- N° 54 GRALL, PERON, CROIZIER.
Une organisation d'avenir.
D H Magazine Edition Décembre 2003.
- N°53 J. RAZE.
La maîtrise des risques à l'hôpital.
L'apport du contrôle interne.
Assistance publique des Hôpitaux de Paris.
Edition Lamarre.
- N°54 Pierre COGUELIN.
Le management psychologique des organisations.
Tome1 Synergie au conflit.
Edition Lamarre.
- N°55 D.PERMATIN.
Réussir le changement.
Mutations des entreprises et problèmes humains.
ESF Editeur.
- N°56 Elaborer une stratégie.
MANGO Pratique.
- N°57 M.RIBAULT / A.CLAUDE.
L'hôpital entreprise, pourquoi pas ?
Edition Lamarre.
- N°58 R. BREARD / P. PASTOR.
Gestion des conflits. Les communications à l'épreuve.
Entreprise et carrières. Edition Liaisons.
- N°59 Le Choc de la démographie médicale.
La revue du praticien médecine générale.
Tome 15 12 novembre 2001 N°553
- N°60 Décret n°95-648 du 9 mai 1995
Relatif à l'accueil et à l'orientation des services d'urgences.
Décret n°97-615 du 30 mai 1997
Relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé,
ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire.

NOM : HERNANDES

PRENOM : Stéphane

TITRE :

**DEPARTEMENT MEDECINE URGENCES DE CHATEAUBRIANT
JUSTIFICATIONS INTERETS ET LIMITES**

RESUME

Ce travail présente le département médecine-urgences de CHATEAUBRIANT. Il décrit les principales contraintes d'amont (population âgée, isolement géographique...) qui, pesant sur cet UPATOU de secteur rural, ont convaincu les médecins de l'établissement de la nécessité d'un changement organisationnel.

Cet essai d'intégration des urgences à une structure médicale plus vaste, dans le but de former un pôle de soins plus homogène, a débuté en 1999. Il repose sur un principe fondateur : la communication entre urgentistes, spécialistes et cadres infirmiers.

Quelques exemples concrets illustrent les avancées obtenues grâce aux efforts de cette institution (disponibilité des spécialistes, amélioration en terme de sécurité pour l'utilisateur.)

MOTS CLES

UPATOU

DECLOISONNEMENT DES URGENCES

MAISON MEDICALE (CAPS)

PERMANENCE DE SOINS