

CH.



Bulletin d'information trimestriel du
Centre Hospitalier de NIORT à l'intention
des Professionnels de Santé - n°19 Juin 2005

LE NOUVEAU SERVICE DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE NIORT

Ce jour du 19 avril 2005 a vu, avec l'inauguration officielle du nouveau Service des Urgences du Centre Hospitalier de Niort et du SAMU des Deux-Sèvres, la concrétisation d'un projet de près de 10 ans. Un projet qui aura su se montrer à la hauteur des ambitions qui avaient été fixées dans les domaines de la qualité des soins mais aussi et surtout dans celle de l'humanisation des prises en charge des patients.

Cette réalisation, tant dans sa conception, dans la méthode de concertation qui a présidé à la rédaction de son cahier des charges, que dans la philosophie même de sa mission et du service rendu, a été d'une exemplarité exceptionnelle.



Il a pu en être ainsi grâce à la volonté des différents acteurs et partenaires tout au long de ces 10 ans. Si ce temps est apparu bien long, surtout ces derniers mois, les premières semaines d'utilisation de ces nouvelles structures nous ont conforté dans les nombreux choix qui ont été faits, qu'il s'agisse des équipements, de l'organisation fonctionnelle et ce, alors même que le temps de l'appropriation n'est pas encore terminé.

Au-delà des remerciements à tous ceux qui ont témoigné cette confiance indispensable à l'élaboration du projet, il faut remercier d'une façon très solennelle et très appuyée, l'ensemble des personnels paramédicaux, soignants, techniques et administratifs qui ont œuvré au jour le jour au sein des anciennes structures, dans des conditions difficiles, pour que soit maintenu un niveau de qualité des soins et de sécurité.





M. Castex, Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, M. Michel, Directeur du Centre Hospitalier de Niort et M. Baudin, Maire de Niort et Président du Conseil d'Administration de l'Hôpital, ont coupé le ruban le 19 avril dernier.

Si l'on doit trouver aujourd'hui une image pour caractériser cette nouvelle structure, c'est celle d'une passerelle entre la ville et l'Hôpital que nous retenons, une passerelle entre la ville et un public demandeur de soins de qualité, entre la ville et un Hôpital toujours à la recherche de solutions pour appréhender et mieux traiter cette demande. Encore qu'en terme de taille et d'importance, ce bâtiment évoque plutôt un véritable viaduc dont nous mesurons le caractère vital et les responsabilités que sa gestion nous impose.

C'est aussi dans un contexte social particulier que cette inauguration s'est déroulée. Sur un bruit de fond très soutenu depuis plusieurs années avec les soubresauts épidémiques que l'on sait, la plupart des Services d'Urgences ont été victimes d'une suractivité qui s'est vite transformée en suroccupation majeure tant nos unités d'aval sont saturées et nos possibilités de reconfiguration limitées. Et ce, en dehors des plans blancs dont nous connaissons également, indépendamment de leur impact psychologique et du répit de quelques jours qu'ils occasionnent, les limites et les crispations qu'ils entraînent inévitablement.

Ces difficultés, bien sûr, nous les avons connues à un niveau jamais atteint depuis plus de 10 ans. Il est d'ailleurs nécessaire de rappeler que c'est lors de ces premières vagues de suroccupation sévère, au début des années 90, qu'a débuté la réflexion sur ce qui ne devait être qu'une extension du Service des Urgences et qui a évolué en une reconstruction totale tant la crise amplifiait rapidement.

C'est également à ce moment-là que notre Etablissement a choisi de se doter d'un outil de réflexion stratégique chargé de proposer toutes solutions d'optimisation de nos fonctionnements. Cet outil s'appelait déjà Commission de Suroccupation et, en dehors de son apport psychothérapeutique non négligeable, il a permis tant bien que mal de patienter jusqu'à ce jour.

Même si nous n'avons pas l'ambition de trouver des solutions pour tous et pour tout tant les histoires locales, les paramètres socio-démographiques, les antagonismes ou les complémentarités entre partenaires diffèrent d'un endroit à l'autre, il est possible de proposer deux ou trois réflexions pour essayer d'étayer le débat.

Tout d'abord, il ne nous a jamais semblé utile ou constructif de réduire ou de simplifier les explications. Il est évident que nous sommes face à un problème protéiforme, qui n'est qu'une conséquence d'évolutions sociétales complexes et brutales que nous n'avons pas su ou pas pu anticiper.

Ces évolutions, voire ces révolutions, concernent aussi bien la demande de soins que l'offre elle-même, avec des logiques parfaitement recevables mais strictement contradictoires. Il n'est donc pas utile de stigmatiser l'une ou l'autre.

En effet, les pouvoirs publics, les sociétés médicales savantes envoient de forts et fréquents signaux visant à responsabiliser le grand public dans la prise en charge de sa santé, par des programmes et des messages de prévention : en cancérologie, dans les maladies cardiovasculaires, l'obésité, dans la lutte contre le tabagisme et ses conséquences, en hygiène alimentaire, en addictologie... Il ne faut donc pas s'étonner que ces messages soient entendus et que le particulier, n'étant pas l'expert que l'on voudrait parfois lui faire jouer, s'en remet aux femmes et aux hommes de l'art pour être rassuré et soigné.



Visite d'une salle de soins adulte.

De même, il ne faut pas s'étonner non plus que l'exigence et l'obligation de résultat qui président plus que jamais dans la relation client - fournisseur, s'appliquent également dans le domaine de la santé, dans la relation patient/demandeur - médecin/offreur du soin.

Ce qui est parfois d'ailleurs considéré comme une exigence excessive, voire induue, est bien souvent contredit par les messages véhiculés par ce que l'on peut appeler l'état de la science. Il faut donc faire plus, mieux, être plus réactif, plus performant, et tout ce que l'on trouverait parfaitement normal en toute autre matière deviendrait suspect pour la santé publique. Il y a là une ambiguïté entre la promotion d'une santé meilleure et la recherche de l'amélioration de la qualité et le fait que l'on puisse imaginer que cela coûterait moins cher ou serait plus simple.

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Dans le même domaine et dans la même logique, si l'on peut dire, d'ambiguïté, il faut dire quelques mots sur le vieillissement de la population. L'allongement de la vie et sûrement l'amélioration de la qualité de cette vie grâce aux



La salle de régulation du SAMU 79.

progrès de la science et à l'effet des campagnes de prévention, sont un bienfait dont tout le monde se réjouit. Mais d'un autre côté, on voudrait que la vie s'arrête sans qu'il y ait la fin de cette vie, cette période où la consommation de soins, où les besoins en prise en charge de la dépendance, en accompagnement et en soutien psychologique, en traitements médicaux et chirurgicaux sont tellement importants non pas de façon proportionnelle mais le plus souvent de façon exponentielle. On voudrait que l'allongement et la fin de cette vie ne consomment ni plus de moyens, ni plus de temps.

Quelles peuvent donc être les solutions pour un Service d'Urgences dans la zone d'affrontement entre la demande de soins non programmés, qui augmente en quantité et en exigence de qualité, et les possibilités d'hospitalisation d'aval, toutes alternatives confondues, qui ont déjà fait l'objet de nombreuses expériences et initiatives.

Il y aurait intérêt à mieux appréhender la demande de soins en développant, même si cette réflexion est largement en cours, les fonctions d'observation, de veille et d'alerte à l'intérieur des Services d'Urgences et des SAMU-Centre 15 mais également en amont et en aval de ceux-ci.

D'autre part, il semblerait utile de penser à l'analyse de cette demande de soins en termes sociologiques afin de mieux dimensionner les différents réseaux et chemins d'accès aux soins. En cette matière d'ailleurs, il serait utile de reconnaître que cet accès aux soins est au centre d'une réelle fracture qui s'aggrave au détriment des populations les plus vulnérables.

Il semble également utile de remarquer que le recours aux soins des classes sociales les plus défavorisées est essentiellement de type curatif, alors que les classes supérieures, qui disposent de meilleures ressources cognitives et culturelles leur permettant de mieux se repérer dans le système de soins, consultent plus souvent à titre préventif.

On constate donc, de façon plus ou moins passive, une redistribution de l'offre de soins selon les difficultés d'accès.

Il y aurait donc intérêt à faire ce que nous appelons de la "prévention de l'urgence" pour limiter les recours aux Services d'Urgences qui sont essentiellement tournés vers le curatif. Evidemment, il s'agit d'une évolution de nos missions et de nos pratiques que nous avons parfois du mal à maîtriser et que nous avons du mal à faire comprendre.

La communauté médicale et les pouvoirs publics semblent maintenant s'accorder sur ces interventions dans les périodes pré-critiques, que ce soit par des actions au sein des institutions pour personnes âgées dépendantes ou par des interventions au domicile, après un repérage systématique des personnes âgées isolées et potentiellement fragiles.

UNE SCIENCE HUMAINE

Pour terminer ces quelques réflexions sur la chaîne logique de nos prises en charge qui se tourne de plus en plus vers la notion d'accompagnement global et personnalisé, il faut rejeter encore une fois la prise en charge unique mais répétée des phases hypercritiques. Autrement dit, il ne faut pas se contenter d'un traitement symptomatique sans se soucier de repérer et de traiter l'étiologie.

Accès aux soins et accompagnement renvoient aux lieux géographiques de l'amont et de l'aval du Service des Urgences ou de l'établissement de soins. Ces deux notions semblent recouvrir une bien meilleure définition de ce que sont les Services d'Urgences à l'heure actuelle. Des services dont les missions initiales de prise en charge des détresses vitales, de sécurisation et d'orientation, si elles subsistent, se sont étendues à une vision globale de l'individu et de tout le système de soins.

En un mot, il ne semblerait pas inutile que la médecine soit ce qu'elle est dans la réalité du quotidien et de l'individu : une science humaine.

C'est pourquoi, si on peut se féliciter de la mise en service de ce nouvel outil dont on attend la sécurité et la qualité que la technologie met au service des dossiers médicaux, des matériels de monitoring et de la télétransmission, il faut se méfier de ne pas perdre de vue ce qui est le cœur de notre métier : la relation d'humanité, d'écoute et de compassion que nous devons à nos patients. Car il faut le répéter, il y a toujours quelque chose à faire, même quand il n'y a plus rien à faire.



Une chambre double de l'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée.

LES URGENCES PÉDIATRIQUES

Le 6 avril 2005, journée d'ouverture du nouveau Service des Urgences, représente un tournant pour la prise en charge des Urgences Pédiatriques : la délocalisation de la prise en charge des Urgences Pédiatriques au sein du nouveau Service des Urgences permet, certes un accueil dans des locaux agréables et adaptés situés à l'entrée de l'Hôpital, mais surtout une réelle reconnaissance de l'activité d'Urgences Pédiatriques par l'attribution d'un personnel individualisé, spécialisé dans la prise en charge de l'enfant, provenant du Service de Pédiatrie-Néonatalogie et rattaché à ce service.

Jusqu'au mois d'avril 2005, les Urgences Pédiatriques étaient accueillies directement au sein du Service de Pédiatrie (entre l'unité des grands enfants et celle des nouveau-nés). Malgré une forte activité (5 238 passages en 2004 avec des pointes de plus de 30 passages par 24 heures dont la moitié était hospitalisée en Pédiatrie), ces urgences ne bénéficiaient pas d'une réelle reconnaissance puisque les chiffres de passages n'étaient pas pris en compte au niveau de l'activité "Urgences" et qu'il n'existait aucune équipe individualisée pour prendre en charge les Urgences Pédiatriques : l'équipe du secteur d'hospitalisation se partageait en permanence entre les deux salles d'urgences et les chambres des enfants hospitalisés.

L'Unité d'Urgences Pédiatriques est une Unité Fonctionnelle du Service de Pédiatrie-Néonatalogie : l'équipe chargée des Urgences Pédiatriques est composée d'un pédiatre (le Dr Nassimi est le responsable de cette Unité), d'un interne, d'une puéricultrice ou infirmière expérimentée dans la prise en charge de l'enfant et d'une auxiliaire de puériculture. L'encadrement est sous la responsabilité du Cadre de Santé-Puéricultrice du Service de Pédiatrie-Néonatalogie (Mme Debarre).

Le nombre de passages est important depuis l'ouverture (648 passages en un mois, du 6 avril au 5 mai 2005 inclus), mais cette augmentation d'activité était déjà notée avant l'ouverture du nouveau site et semble plutôt liée au problème de la permanence de soins en médecine libérale et au changement de comportement des familles.

Malgré cette importante activité, la satisfaction du personnel des Urgences Pédiatriques est notable avec le sentiment de prendre enfin en charge correctement l'enfant dans des locaux adaptés et sécurisant avec du personnel dédié à cette activité.

**Le nouveau secteur d'Urgences Pédiatriques accueille les enfants de moins de 16 ans (sauf certaines traumatologies : fractures, entorses, plaies etc... prises en charge dans le secteur externe des urgences générales) de 8 h 15 à 23 h 30.
La nuit, en raison d'un effectif insuffisant, les Urgences Pédiatriques sont assurées dans le Service de Pédiatrie.**

MISE EN ROUTE D'URQUAL

L'ouverture récente des nouveaux locaux du Service des Urgences du Centre Hospitalier de Niort s'est accompagnée de la mise en place d'un dossier médical et infirmier informatisé, spécialisé dans la gestion des flux d'urgence nommé URQUAL. Ce dossier gère des données administratives, l'observation médicale, les courriers et différents certificats médicaux, le circuit des patients, les prescriptions, la feuille de soins, la traçabilité des actes pratiqués.



Une salle de soins des Urgences Pédiatriques.

Les documents transmis par le Service des Urgences sont conçus à partir des informations puisées directement dans le dossier. L'analyse statistique de l'activité, afin de répondre aux enquêtes épidémiologiques ou de gérer les pointes d'activité, est simplifiée par la

mise en place d'outils informatisés dont la requête est automatisée.

La mise en route concrète du projet a nécessité six mois de préparation dont un mois pour assurer la formation d'environ 200 personnes (médecins et paramédicaux). Cette phase de préparation a consisté au paramétrage du logiciel permettant une "personnalisation" adaptée aux fonctionnements historiques et aux évolutions souhaitées dans ces fonctionnements, en particulier dans le contexte de déménagement du Service des Urgences dans ses nouveaux locaux. Ce logiciel a également été interfacé avec les autres outils informatiques de l'établissement et avec le nouveau matériel de monitoring permettant un transfert automatisé de données.

La phase d'appropriation initiale est terminée mais un travail continu d'amélioration se poursuit afin de s'adapter au plus près des besoins des soignants et des praticiens des services d'aval. La prochaine étape concernera l'interfaçage avec le logiciel du Dossier Médical Commun dont la mise en place est prévue pour le début de l'année 2006. Viendra ensuite l'étape concernant le logiciel de diffusion et d'archivage de l'imagerie médicale prévue également en 2006.

DÉPARTS ET NOMINATIONS

NOMINATIONS

(A COMPTER DE MARS 2005)

Nouveaux praticiens :

*Dr Christophe LE SAOUT, aux Urgences,
Dr Hélène MOUMY, en Neurologie.*

DÉPARTS

(A COMPTER DE MARS 2005)

*Dr Hélène MANIC, en Ophtalmologie,
Dr Laëtitia PAULMIER-CLEE, en Anesthésie.*