

Expérience du premier Service d'Urgences Médico-Chirurgical privé dans PARIS

I. Introduction : Historique et conception des Urgences (voir p 1)

A. Définition :

- Le monde des urgences :
 - a) Qu'est-ce que les Urgences ?
 - b) Qu'est-ce qu'un Urgentiste ?
 - c) La Médecine d'Urgence - Définition et mission (Mettre article de LE JONC - Art difficile).

B. Historique :

- a) Tournant historique - Le rapport STEG.
- b) Quelques chiffres.

II. Carences et problèmes aux Urgences dans PARIS

A. Les problèmes particuliers posés par la Médecine d'urgence.

- a) Humain.
- b) Matériel.

B. Les propositions face aux problèmes de la Médecine d'urgence.

a) Propositions générales.

b) Une proposition spécifique :

La création d'un Service d'Urgences Médico-Chirurgicales dans
PARIS.

C. Textes légaux concernant les différentes structures d'Urgences.

S.A.U. - U.P.A.T.U. - P.O.S.U. - A.N.A.C.O.R.

III. Le Projet

Création d'un service d'urgences Médico-Chirurgicales privé au sein de la
Clinique Médico-Chirurgicale de VINCI - PARIS XI.

A. Présentation de la clinique :

a) Quelques chiffres.

b) L'état des lieux.

B. L'organisation des urgences :

a) 17 + 3 Médecins pour une mission unique des urgences.

b) L'aménagement des Urgences:

- Listing matériel.

- Organisation.

- Boxes.

c) Les rapports humains + procédures.

- Ce qui a été fait.
- Ce qui a été prévu.
- Ce qui aurait pu être fait.

C. Un objectif : la qualité.

IV. Résultats : Un an de fonctionnement :

1. Les chiffres.
2. Analyse et commentaires.
3. Les difficultés.

V. Discussion

VI. L'avenir d'un service d'Urgences privé

- Conclusion.

VII. Résumé

I. Introduction :

- Pourquoi un Service d'Urgences privé dans PARIS, alors qu'il existe déjà de nombreux C.H.U. parisiens et de multiples hôpitaux publics équipés de Services d'Urgences ?

- Comment l'avons-nous réalisé, avec quels moyens et avec qui ?

- Où était-il situé, au sein de quelle structure hospitalière ?

- Quel bilan avons-nous obtenu après deux ans d'exploitation ?

- Quels sont les résultats de cette structure et quel est son avenir immédiat et à long terme ?

- Quelles leçons en avons-nous tiré ?

Nous essayerons de répondre à ces questions dans cette thèse mais d'une manière plus humaine, échec ou succès, la création d'un Service d'Urgences dans une ville comme PARIS a été pour nous une aventure formidable et une « merveilleuse aventure prospective », un apprentissage de chaque jour, passionnant et souvent difficile qui nous a apporté une expérience pluridisciplinaire très concrète en perpétuelle confrontation avec la réalité des hommes et des choses.

II. Définition :

1. Le monde des Urgences :

Avant de dresser un rapide état des lieux en matière d'urgences hospitalières, nous commencerons par donner quelques définitions fondamentales.

a) Qu'est-ce que l'urgence ?

Tout d'abord, essayons de définir le terme urgence, à priori facile à comprendre, mais qui reste complexe à définir précisément.

Urgence :

(*cf. Dico. lettré*) : Vient de URGERE en latin et signifiant ne peut attendre ou un besoin pressant.

(*LAROUSSE*) : Caractère de ce qui est urgent, qui nécessite d'agir vite, immédiatement, sans délai.

Urgence :

(*Définition Syndicat et Association des Urgentistes - 23/06/1997*) : Toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement.

L'appréciation de l'urgence est instaurée et appartient d'abord à la victime puis au Médecin qui définit l'urgence de la prise en charge au terme de son examen.

b) Qu'est-ce qu'un Urgentiste ?

Urgentiste :

Médecin dont l'activité principale concerne la prise en charge diagnostique et thérapeutique initiale et l'orientation appropriée de toutes les situations médicales imprévues. Cette activité se caractérise par la diversité des situations et des lieux d'intervention, les contraintes M, les connaissances techniques et organisationnelles qu'elle requiert.

c) La médecine d'urgence :

Définition et missions :

Service des Urgences (LAROUSSE) :

Service d'un centre hospitalier où sont dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat.

Médecine d'urgence :

Terme assez récent et qui couvre des notions spécifiques. Cependant, une remarque préliminaire concerne le singulier ou le pluriel qualifiant le mot urgence. Effectivement, on ne parle pas d'une urgence mais des urgences. Dans le langage courant, on dit souvent un Service d'Urgence sans « s », alors qu'il faudrait plutôt l'utiliser au pluriel pour être cohérent et donc Service d'Urgences, ainsi que le médecin des urgences ou médecin d'urgence (avec S). (Cf. : Réf. S.U.H. 23/06/1997).

La pratique de la médecine d'urgence n'est pas que la pratique de la médecine dans un service d'accueil des urgences. Elle comporte :

◇ La reconnaissance immédiate, la prise en charge, le traitement et l'orientation des malades présentant une pathologie aiguë.

◇ L'obligation de traiter simultanément plusieurs malades de gravité très différente (Gestion de flux de patients).

◇ L'orientation des malades vers les filières de soins adaptées à leur état à l'intérieur ou en dehors de l'hôpital.

◇ La gestion des systèmes de soin pour les urgences pré-hospitalières.

◇ La prise en charge des urgences intra-hospitalières en cas de besoin.

◇ La gestion, la recherche et l'enseignement de tous les aspects des Services d'Urgences.

Quelques éléments sont spécifiques à la médecine d'urgence :

C'est une médecine de situation. La prise en charge prévaut sur le diagnostic, particulièrement dans l'urgence vitale.

Cette prise en charge est limitée dans le temps sans suivi longitudinal. Le temps disponible dépend de la présence des autres patients.

La médecine d'urgence doit répondre à des questions simples mais précises :

◇ Cette personne est-elle malade ?

◇ Quelle prise en charge, dans quel délai ?

Cette personne doit-elle être admise ou non à l'hôpital ?

Seule la médecine générale partage avec les urgences une semblable polyvalence de situations avec en plus le suivi dans le temps et les soins primaires et communautaires (prévention, dépistage).

Par contre, la médecine d'urgence se voit plus particulièrement confiée les situations vitales réelles ou potentielles, la traumatologie et la toxicologie. Les changements dans la société urbaine imposent, à la médecine d'urgence, un rôle dans l'accès aux soins des exclus, des marginaux, des utilisateurs de drogues et des victimes de violence, de rue et des négligences domestiques.

*** Les Urgences : Un observatoire de santé publique.**

Ce sont aussi les Urgentistes qui assurent la continuité de la prise en charge quand le médecin de famille ou la spécialité n'est pas disponible. C'est aussi le service des Urgences qui aide le médecin de ville lorsque celui-ci rencontre des difficultés diagnostiques avec le patient en recherchant tout d'abord une pathologie relevant éventuellement de l'urgence. Puis, dans la négative qui adresse le patient au Spécialiste, parfois aux rendez-vous lointains.

De plus, ce même service soulage le médecin de famille par les gestes de petite chirurgie, nécessitant un matériel plus lourd à gérer (certes limité) mais souvent absent en ville. Il soutient également le médecin de ville dans la prise en charge des malades difficiles sur le plan social ou relationnel. Les Urgences participent donc, par ce biais, à la création d'un véritable réseau de soins.

Enfin, la médecine d'urgence nécessite un lieu d'accueil et les moyens matériels et humains suffisants et spécifiques afin de fonctionner. Cette dernière partie, en rapport avec le coût du Service des Urgences est un des points malheureusement le plus souvent négligé par les tutelles et directions des établissements hospitaliers et ce, depuis de nombreuses années.

B. Historique :

Depuis une dizaine d'années, les Urgences évoluent avec une forte croissance (3 à 5%) comme tout le laissait présager.

En dépit de nombreux problèmes structurels actuels, les Urgences bénéficient d'une popularité stable, voire même croissante. Les consultants affluent et le fait de trouver une équipe médicale et un plateau technique 24h/24, renforce la confiance des usagers.

Les critiques émises à l'encontre de ces services proviennent surtout des professionnels, des responsables et des journalistes, preuve s'il en est que le travail accompli est réalisé avec des sacrifices et au dépend du personnel soignant.

Les Urgences traitent à 80% des pathologies de ville, non urgentes en terme de survie. Cela est vrai dans à peu près tous les services. Alors pourquoi cet afflux massif pour des pathologies que le médecin de ville pourrait traiter ?

En fait, le problème est plus complexe et les causes sont multiples. Une longue histoire a fait naître, dans la population urbaine, la perception d'une offre de soins rapides et gratuits. Les Services d'Urgences ont été, depuis le 19^{ème} siècle, liés à l'évolution du monde urbain (concentration des populations, des activités industrielles et économiques, croissance de la circulation et du travail nocturne, augmentation des accidents de travail et des risques inhérents à des rassemblements de masse) mais aussi à l'évolution de la médecine (transports médicalisés, émergence de la réanimation, prise en charge de nombreuses pathologies de plus en plus lourdes et vieillissement de la population).

Les pouvoirs politiques, à la fin du 19^{ème} siècle, créèrent, par le biais des préfets de région, des centres de secours installés sur les lieux de manifestations populaires, lors de fêtes nationales, de défilés ou de rassemblements populaires (expositions universelles...).

En vertu des premières lois sur les assurances et la sécurité du travail, les entreprises exposées aux risques se munirent rapidement de postes de secours sur leur site de travail.

Les sites exposés en ville furent également équipés de postes de secours comme les abattoirs, les gares, les écluses, les bords de Seine (secours aux noyés)...

Par ailleurs, les accidents de la circulation et la traumatologie grave, les patients avec des appareillages (type respiratoires...) amenèrent à l'organisation des antennes volantes de la Croix Rouge et des SAMU, dans les années 60 à 70. Signalons, pour la petite histoire que la première ambulance urbaine créée par la ville de Paris en 1888 fut saluée par la presse comme un exploit "à l'américaine" dont la municipalité s'en orgueillît, tout en redoutant de coûteuses dépenses pour la ville. En effet, les ambulances urbaines dépendantes de Saint-Louis furent mises en place sur l'initiative d'un médecin français qui s'inspira de l'exemple new-yorkais. Des faits divers inépuisables furent relatés par les journalistes, à l'époque, qui auraient bien pu servir d'épisodes à la série américaine Urgences, de nos jours (réf: Anne Marie PETITJEAN, L'Urgence au cours des siècles à PARIS, Bichat Paris 7, 1991 // Sylvie LARQUEMIN, L'Urgence à PARIS DE 1900 à 1950, Saint Louis –Lariboisière, Paris 7, 1994 // Jean PENEFF, Les malades des Urgences – Collec. METAILIE Paris, 2000).

Tous ces changements menèrent rapidement les agglomérations à se doter de Services d'Urgences plus importants.

Par ailleurs, et dans le même temps, l'attrait médical pour le travail aux Urgences se ternissait de plus en plus. L'importante pénibilité du travail, la maigre rémunération, une reconnaissance quasi inexistante par l'administration et le monde médical, n'amélioreraient en rien ce sentiment. Les Urgences étaient abandonnées et seuls quelques médecins courageux restaient encore.

Pendant ce temps, le nombre des consultants augmentaient chaque année. Ajouté à cela la défection générale des médecins de ville pour les gardes de nuit et durant les jours fériés, la nécessité grandissante d'un plateau technique pour certaines pathologies, l'idée générale d'avoir accès à des soins rapides et gratuits, avec le concept nouveau d'une véritable consommation médicale et nous comprendrons alors ce déséquilibre qui s'est instauré entre la prise en charge des urgences et l'affluence aux Urgences.

Bien sûr, d'autres facteurs devraient être pris en considération si l'on parlait du délai d'attente aux Urgences, mais cela n'était pas notre propos exact et méritent des explications en elles-mêmes.

En fait, les Urgences existent depuis toujours. Elles correspondent au lieu d'accueil et de soins de tout établissement hospitalier. Durant des décennies, la

croissance des passages aux Urgences, la technicité accrue des prises en charge, la spécialisation des actes et les formations nécessaires aux Médecins et personnel soignant ont vite amené à une réflexion nécessaire sur la prise en charge des urgences.

a) Un tournant historique : Le rapport SETG.

Depuis 1981, le Professeur SETG observe et analyse le fonctionnement des Urgences hospitalières. Ce rapport qui a été demandé par le gouvernement, a servi à de référence par l'élaboration de commissions dans le but de restructurer les Urgences et de créer le schéma régional d'organisation sanitaire et sociale (*S.R.O.S.S.*). Cela semblait nécessaire devant l'état catastrophique des Urgences dans les hôpitaux publics français de l'époque. En fait, un rapport a été demandé au Professeur SETG et il y en a eu deux.

Les connaissances immédiates ont été nombreuses, avec en tout premier lieu, la naissance d'un intérêt pour la pratique de la médecine d'urgence. Ceci a permis la médicalisation par de jeunes médecins résidents, sous la conduite de responsables de Services, constituant ainsi un véritable corps de Médecins Urgentistes. Ces Urgentistes peuvent maintenant réaliser une prise en charge globale des urgences hospitalières mais aussi extra-hospitalière.

Egalement, un concours de PH « Médecine générale d'urgence » a été créé permettant de recruter des Médecins formés à la Médecine d'urgence. Ce concours rencontre un succès certain.

Par la suite, l'installation en ville de ces Médecins, voir dans des structures hospitalières privées, constitue un réseau de soins avec des secteurs ayant des objectifs et des manières de fonctionner communes.

Enfin, les réflexions du Professeur STEG ont favorisé le développement de la recherche clinique en Médecine d'urgence.

De façon plus générale, une attention particulière a été apportée au fonctionnement des Urgences des hôpitaux de PARIS (AP-HP). Des efforts importants ont été menés, (*Rapport du Comité de pilotage sur la restructuration des Urgences/Porte adultes des hôpitaux AP-HP situés dans PARIS - 30.04.94 - Professeur CAMPHIN*), favorisant l'objet d'un bilan dans le « rapport Urgences 1992 », portant notamment sur l'humanisation de l'accueil des urgences, la création de postes de Praticiens Hospitaliers (PH) responsables et création de chefferies de service, l'amélioration de la qualité de la prise en charge initiale par la mise en place d'Infirmières d'Accueil et d'Orientation. De plus, le S.R.O.S.S. règlement désormais l'existence des Services d'Urgences.

b) Quelques chiffres :

1. Depuis leur création dans le milieu des années 60, les Services d'Urgences hospitaliers français, tels que l'on les connaît, n'ont cessé de voir leur activité croître d'années en années. Cette augmentation constante est un phénomène international.

De 1990 à 1998, le nombre de passages aux Urgences, dans les établissements publics hospitaliers français (*Biblio. : DREES - Juillet 2000 -*

N°72) est passé de 7.203.000 à 10.331.000, soit une augmentation de 43% en huit ans et donc 4,6% par an.

En 1990, on comptait 127 passages ou urgences pour 1000 habitants. En 1998, on en dénombrait 176 pour 1000 habitants. Les repères variant en 1998 de 133 passages pour 1000 habitants en Languedoc Roussillon à 212 en Haute Normandie (*voir encadré 2 - en incluant le secteur privé qui est conséquent en Ile de France, en Picardie et en Corse : on obtient 226 passages*).

2. Cela dénote non seulement une augmentation globale du nombre de passages mais également un accroissement de la « consommation » médicale des urgences par habitants (changement de mentalité ?).

De plus, ces chiffres ne tiennent pas compte de 942.000 passages dans les établissements privés en 1998, ce qui porte le total à 11.273.000 passages aux Urgences, tous secteurs confondus. (*Réf. : Direction de la recherche des études de l'évaluation des statistiques D.R.E.E.S. - N°72 - Juillet 2000*). (*Voir encadré N°1 & Encadré N°2*).

Cette augmentation, qui est donc largement supérieure à la croissance de la population, oblige les pouvoirs publics à réévaluer constamment les moyens matériels et humains dans ces services.

La fréquentation des Urgences hospitalières varie selon le nombre des patients admis dans les hôpitaux publics à la suite d'un passage aux Urgences n'a augmenté que de 1% par an dans la même période, avec un total de 21,5% de

patients hospitalisés suite à leur passage aux Urgences, en 1998. Cette augmentation est comparée à celle des entrées directes en hospitalisation de courte durée. Les Services d'Urgences sont donc d'avantage sollicités pour des « urgences ressenties » voire par une demande de soins aisément accessible pour des symptomatologies ne nécessitant pas forcément une prise en charge immédiate. En fait, ce pourcentage d'hospitalisés est très variable en fonction de la taille des établissements (*Cf. : Rapport STEG*), puisqu'il peut varier de moins de 14% des patients hospitalisés pour un très gros établissement (> 60 000 passages par an) à peut près de 50% dans les plus petits (< 10 000 passages par an). La proportion d'entré par les Urgences décroît donc à mesure que la taille des établissements augmente. En fait, celui-ci est à modérer avec le fait que les petits établissements utilisent les Urgences comme point de passage à l'entrée de l'hôpital. C'est ce qui va permettre de vérifier la classification GEMSA (*voir annexe GEMSA*) mais aussi et surtout l'enquête PMSI.

Il n'y a pas de domaines précisés concernant les effectifs médicaux et paramédicaux aux Urgences. Selon la DRASS, il y aurait environ 1600 postes de travail d'Infirmières affectées aux Urgences en permanence et 1400 Aides Soignants et brancardiers. On estime le nombre de Médecins hospitaliers mobilisés aux Urgences à 650, majoré de 260 Internes. Cela représente 8% des Equivalents Temps Plein Médicaux des hôpitaux.

Analyser le coût de ces structures n'est donc pas facile mais deviendra, à long terme, indispensable pour leur survie et leur organisation. Les toutes dernières évaluations PMSI, étendues aux Urgences, ont estimé le coût moyen

d'un passage dans un Service d'Accueil et d'Urgences hospitalier à 322 francs en 1999.

II. Carences et problèmes aux Urgences dans PARIS

A) Les problèmes particuliers posés par la Médecine d'urgence :

Vaste chapitre mais pour lequel nous ne décrirons pas les problèmes relevés çà et là dus à une situation géographique, fonctionnelle ou structurelle particulière. Seuls les problèmes posés par la pratique générale de la Médecine d'Urgence nous intéresseront. Ceux-ci peuvent être classés en deux grandes catégories :

- Ceux concernant les moyens humains avec la pénibilité et la formation des Médecins.
- Ceux concernant les moyens matériels avec la notion de qualité aux Urgences (Qualité aussi par le délai d'attente).

a) Les problèmes liés aux moyens humains :

Ils sont avant tout liés à la « jeunesse » de ces services par rapport à la croissance de son activité comme nous l'avons relevé précédemment (*Cf. Chapitre : Quelques chiffres*).

En conséquence, les commissions gouvernementales comme les syndicats d'Urgentistes ont relevé un véritable malaise dans les Services d'Urgences relayés par les médias qui affichent au grand public des classements de service en fonction

du temps d'attente ou de la présence d'un Médecin Urgentiste formé à cette pratique et thésé.

C'est le problème principal : *La Séniorisation*.

En effet, les effectifs actuels de Médecine Equivalents Temps Plein sont insuffisants dans l'immense majorité des services pour tout patient se présentant dans un Service d'urgences, devant être vu par un Senior. Faute de quoi, les patients sont examinés par des étudiants en Médecine, pour lesquels il ne s'agit, bien souvent, que d'un exercice au cours d'une garde occasionnelle, pour laquelle ils ne sont pas formés. (*Cf. rapport STEG + lettre AMUHF*).

Le chiffre proposé par le Syndicat d'Urgentistes serait d'environ un Equivalent Temps Plein pour 4300 passages. Il convient donc de renforcer les études médicales, mais aussi créer un Collège de Médecine d'Urgence pour la FMC autonome et pour tous les Urgentistes hospitaliers, pré-hospitaliers, Pompiers.

Le manque d'effectifs accroît la pénibilité de travail, organisé bien souvent en garde de 24h00 et pour lequel le Médecin porte majoritairement le titre de vacataire, c'est à dire avec une couverture sociale inférieure à la moyenne, une absence de carrière, de progression de la rémunération et une reconversion difficile vers une autre spécialité donc une absence d'attractivité. De plus, cette fonction est au cœur et au carrefour d'autres spécialités. Ce qui a accru la difficulté d'une organisation autonome, chacun voulant tirer la couverture de son

côté et perdu le contrôle de la chefferie des Urgences (voir les querelles entre Chirurgiens, Médecins, Cardiologues, Réanimateurs, Anesthésistes...).

Or, désormais, le train des Urgences est bien parti et il existe bien une entité spécifique aux Urgences devant être contrôlée par des Urgentistes formés. Voilà le travail auquel s'attachent les Syndicats des Urgentistes actuellement.

b) Les problèmes liés aux moyens matériels :

Voyons maintenant les problèmes généraux concernant les moyens matériels, y compris financiers et la notion de qualité aux Urgences.

Pour bien comprendre ce chapitre, il faut remonter le temps et s'intéresser à l'histoire des Urgences (*CF Thèse : « L'histoire des Urgences »*) :

A l'origine, et depuis toujours, les Services d'Urgences ont occupé les quelques locaux restant disponibles une fois l'hôpital organisé, c'est à dire au rez-de-chaussée, voir au sous-sol ou parfois dans des locaux annexés plus ou moins loin. Ces locaux récupérés étaient aménagés à faible coût, sans concertation et sans spécificité puisque toutes les Urgences allaient y défiler. L'augmentation constante de l'activité des ces Services d'Urgences n'a fait que majorer l'inadaptation des locaux vétustes, étroits, inconfortables, pas performant, mélangeant les patients de tous âges et de toutes pathologies. De plus, ils deviennent bien souvent le dernier recours pour de nombreux patients marginalisés, SDF, toxicomanes ou victimes de violences, créant des situations de violences au sein des Services d'Urgences.

Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux patients utilisent les Services d'Urgences pour la concentration de leurs moyens diagnostics, comme un accès rapide à un important plateau technique permettant de les rassurer ou de les prendre en charge assez rapidement. Ce flux de patients, présentant des « Urgences ressenties » et consommateurs de moyens techniques, endigue les salles d'attente et d'examen et fait augmenter les temps de passage au sein de ces Services d'Urgences.

Enfin, si le passage d'un patient donne lieu à une hospitalisation, celle-ci ne pourra, hélas, pas toujours se faire dans l'établissement d'origine, faute de place, donnant lieu à un transfert vers un autre établissement.

Pour exemple, en 1992 :

- ◇ 16% de l'ensemble des patients à hospitaliser ont été transférés, toutes pathologies confondues.

- ◇ 22% des patients dont l'admission a été décidée en traumatologie ont été transférés. Le transfert a été établi, pour 60% des cas de traumatologie, vers le secteur privé en 1992 (*rapport du Comité de pilotage sur la restructuration des Urgences Portes adultes des hôpitaux de l'AP-HP - 30 avril 1994*).

Tous ces patients, environ 11 millions, reçus dans les Services d'Urgences ont donc tous demandé d'être rassurés, pris en charge et aidés. Les Services d'Urgences ne disposent pas des moyens suffisants pour assurer de bonnes conditions d'accueil aux malades. Ils ne répondent pas de façon satisfaisante aux

demandes des patients, qu'elles soient médicales, sociales ou psychologiques. « Tous les éléments existent déjà pour une prise en charge des Urgences de qualité mais il faut noter clairement qui fait quoi, comment et qui est responsable de quoi », résume le Professeur CARLI (*avril 2000*). Il faut donc améliorer la coordination et l'organisation des Urgences.

Cela commence dès l'appel des patients qui, dans un contexte de précarité ou d'isolement se tournent vers les Services d'Urgences. Ceux-ci recueillent également les patients de moins en moins pris en charge par les Services de garde de ville. L'insécurité, le manque de remplaçants et la diminution du nombre des Généralistes dans les villes ont entraîné un certain désengagement des permanences des soins et donc la rupture dans la continuité des soins. Le fait de centraliser les appels téléphoniques sur les « centres 15 » a décuplé les appels inappropriés, rendant la gestion délicate, avec 11 millions d'appels en 1997, soit dix fois plus qu'en 1979, année de leur création. Là encore, les moyens n'ont pas suivi et ces services sont saturés, obligeant parfois d'orienter systématiquement le patient vers une structure d'urgences par ses propres moyens ou non.

Le résultat de tous ces problèmes est un engorgement spectaculaire des Services d'Urgences. Tous les patients n'y bénéficiant pas de la même attention : Les grandes pathologies traumatiques ou réanimatoires (environ 5% des passages) sont globalement correctement prises en charge, mais pas les autres. Seuls 44% des patients se déclarent satisfaits des Services d'Urgences Hospitaliers. (*S.O.F.R.E.S. - septembre 2000*).

Cet afflux de patients est coûteux pour les établissements, ce qui va à l'encontre de la maîtrise budgétaire des dépenses de santé, plus particulièrement, ce coût prend une place grandissante en rognant l'enveloppe globale de fonctionnement. Chaque établissement ne peut donc plus s'offrir une « vitrine ». En effet, la dernière étude PMSI (*Cf. Classification de critères de prise en charge des urgences - PMSI - août 1999*) a évalué le coût moyen d'un passage aux Urgences entre 220 francs pour un passage simple, sans acte médical à 4335 francs en cas d'acte de réanimation (*voir tableau p. 37 + explication*).

Pour assurer la médicalisation de tous les Services d'Urgences de l'AP-HP sur PARIS et la petite couronne fondée sur les principes de Séniorisation tels qu'ils sont décrits dans le rapport STEG, il faudrait affecter 2620 Equivalents Vacations supplémentaires (*rapport du Comité de pilotage sur la restructuration des Urgences Porte adultes des hôpitaux de l'AP-HP dans PARIS - avril 1994*). Là encore, le coût salarial ajouté aux coûts de formation ont freiné la dotation des Services d'Urgences en personnel médical bien évidemment aussi en personnel paramédical.

La solution adoptée par le Gouvernement a donc été de réorganiser la prise en charge des urgences médico-chirurgicales sur un nombre de sites plus limité, pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients :

Cela permettra de concentrer les moyens, notamment en personnel médical, actuellement insuffisant et dispersé.

C'est la loi du 31 juillet 1991 qui prend acte de l'impossibilité de créer un Service d'Urgences par établissement hospitalier en les relevant de cette obligation qui leur était dû entièrement. La fermeture de Services d'Urgences a tout d'abord perturbé les habitudes des patients. Elle a allongé les temps de transport vers les Centres Hospitaliers et a donc heurté la population pour qui la proximité de secours d'urgences est l'élément essentiel de la sécurité. Plus encore, ces fermetures peuvent menacer, à terme, l'existence de certains hôpitaux en les privant d'un recrutement de patients parfois considérable.

Nous mettons ainsi en évidence les paradoxes de ces Services d'Urgences : Sont-ils trop coûteux au point de menacer l'équilibre financier d'un établissement ou sont-ils indispensables par l'apport financier qu'ils représentent ? Les regroupements de compétences arriveront à une médecine de qualité, mais cela sera-t-il au détriment de la médecine de proximité ?

De toute façon, les Services d'Urgences ne pouvaient cultiver plus longtemps cette ignorance de la qualité, subissant leur manque d'organisation au gré des variations considérables de flux de patients, sans évaluation, sans objectif, sans outils informatiques, sans partage des compétences. Les patients pouvaient-ils craindre encore au 21^{ème} siècle une telle disparité de la qualité de leur prise en charge. Et, que dire des temps d'attente démesurés, relatés trop fréquemment par les patients et ce, dans des locaux inconfortables.

B. Les propositions face aux problèmes de la Médecine d'Urgences.

a) Propositions générales:

Basées sur les travaux du Professeur STEG, la commission STEG a élaboré un rapport sur la restructuration des Urgences amenant des solutions aux principaux problèmes à savoir :

- ◇ Accroître la professionnalisation médicale aux Urgences.
- ◇ Créer une manne critique suffisante pour garantir la qualité, par le regroupement des Services d'Urgences.
- ◇ Différencier les Services d'Urgences et adapter leur structure à leur fonction.

La commission STEG considère donc que la professionnalisation aux Urgences est l'une des clefs de la restructuration : Elle est dénommée ***SENIORISATION***.

En attendant que soit prévu un cursus universitaire et hospitalier particulièrement adapté à l'urgence, on peut accepter la définition proposée par Louis LAREG « *Le Senior est un médecin thésé, formé à l'urgence, jugé apte par le chef de service à assurer les fonctions qui lui sont confiées* ». Cela concerne les Praticiens Hospitaliers, les Vacataires mais aussi et surtout, les Assistants Généralistes ou Spécialistes. Il faut toutefois rappeler que la période d'assistantat ne peut excéder quatre ans. La solution à long terme implique donc de favoriser leur maintien ultérieur dans les hôpitaux comme Attachés Vacataires ou

comme Praticiens Hospitaliers. Cela doit s'accompagner d'une augmentation du nombre de postes de Praticiens Hospitaliers auxquels ils pourront accéder, d'une amélioration de leur rémunération, d'un accès au plan de formation continue.

Pour être pourvus, les postes devront présenter une certaine attractivité professionnelle dans un établissement dynamique, d'un plateau technique suffisant. Cela n'est réalisable qu'au-delà d'une masse d'activité. On ne fait bien que ce que l'on fait souvent. Le traitement des urgences comporte suffisamment de difficultés inévitables pour ne pas éviter celles qui peuvent l'être, c'est à dire, celles liées à des équipes peu fournies, à la formation insuffisante et dans des hôpitaux peu actifs.

La troisième proposition est de différencier les Services d'Urgences en adaptant leur structure à leur fonction. Cette fonction peut être partagée entre :

- Une première fonction fondamentale étant d'assurer l'accueil et le traitement des urgences dites majeures et des grands états de détresse. Cela nécessite des moyens M humains et matériels, ensuite, des Spécialistes. En fait, cela ne représente que moins de 20% des urgences, mais cette fonction ne peut être correctement assurée que dans des services importants dotés de tous les moyens.

- La seconde fonction était de répondre à la demande des patients ne présentant qu'une urgence mineure. Cette fonction s'accompagne de la notion de tri des urgences, exigeant la présence permanente d'un Médecin formé à

l'urgence. Puis après l'accueil des patients se fera leur orientation vers d'autres structures si leur traitement sur place s'avère impossible.

De ces deux fonctions, on ne peut donc créer deux types de Services d'Urgences différents en dotation humaine et matérielle :

- ◆ D'une part, ceux situés dans des établissements qui répondent sur tous les plans aux exigences de la circulaire du 14 mai 1991 et qui seront appelés Services d'Accueil des Urgences (*S.A.U.*).
- ◆ D'autre part, ceux situés dans des établissements plus petits mais pourvus en moyens et qui seront des Antennes d'Accueil et d'Orientation des Urgences (*A.N.A.C.O.R.*). Cela permet de conserver la proximité de Services d'Urgences, évitant la surcharge d'un service unique et en partageant les moyens.

Ces trois groupes de propositions ne sont transformés en textes légaux, sous la Direction de l'Agence Régionale d'Hospitalisation permettant une refonte des Services d'Urgences, mais avec de nombreuses fermetures de services, souvent mal vécues par la population et par les établissements eux-mêmes. De plus, il existe, actuellement une contradiction flagrante entre les moyens donnés par le Gouvernement et les objectifs fixés par les Gouvernements successifs que sont les textes de loi datant du 9 mai 1995 (*voir annexes*). La formation, la rémunération et la dotation de postes n'ont pratiquement pas évolué alors que la charge de travail

des services, restés ouverts, a considérablement augmenté, s'ajoutant des objectifs de qualité impossible à réaliser dans ces conditions.

b) Une proposition spécifique:

La création d'un Service Médico-Chirurgical Privé dans PARIS.

Désireux d'apporter rapidement des solutions à cet exercice difficile qu'est la Médecine d'urgence, un nombre croissant d'Urgentistes se tourne vers le secteur privé. L'espoir de faire évoluer les choses plus librement, sans hiérarchie administrative lourde, ajouter au désir des patients de retrouver des structures d'Urgences dans le secteur privé y contribue fortement.

Ces structures privées représentent, comme nous l'avons déjà vu, environ 10.000.000 de passages par an dans l'ensemble de la France, mais aucune n'existe dans PARIS.

Il existe bien des lieux, créés au sein des cliniques, dédiés aux patients se présentant aux Urgences, mais aucune structure ouverte 24h/24 avec un Urgentiste présent 24h/24, examinant tous les patients se présentant aux Urgences, assisté d'un personnel soignant spécifique. Pour être comparable aux Services d'Urgences tels qu'ils sont décrits dans le décret N°97-615 du 30 mai 1997 (*Cf. annexe*), ce service n'est réalisable que dans une structure comportant, au minimum, des services chirurgicaux d'orthopédie, de chirurgie viscérale, de gynécologie mais aussi d'une maternité avec des Obstétriciens et un secteur de

Médecine avec des Cardiologues et des Pneumologues. De telles structures sont rares ou parfois limitées par un nombre de lits.

Toutefois, certains établissements privés répondent à ces charges et sont donc à même de recevoir un Service d'Urgences 24h/24, tel était notre but, créer un véritable Service d'Urgences Privé ouvert 24h/24.

C. Textes légaux concernant les différentes structures d'Urgences.

S.A.U. - U.P.A.T.U. - P.O.S.U. - A.N.A.C.O.R.

III. Le projet

Création d'un Service d'Urgences Médico-Chirurgicales privé au sein de la clinique Léonard de VINCI à PARIS XI.

Comme nous l'avons vu précédemment, un certain nombre d'établissements privés présentent la capacité de recevoir éventuellement des Services d'Urgences (*II-B-b*). Par contre, tous ces établissements n'ont pas la volonté d'en créer un, que ce soit par choix politique, historique, financier ou technique. La création d'un tel service ne peut se faire qu'avec la volonté et la persévérance de l'équipe de

Direction, en plein accord et avec la participation active de tous les Médecins de l'établissement. Tous ne sont pas prêts à un tel effort.

Toute création, tout réaménagement des locaux au sein de l'établissement a également un coût qui sera supporté par la structure d'accueil. Puis, viendront s'ajouter les coûts de fonctionnement incluant les coûts salariaux de personnel soignant, voir un secrétariat et enfin les coûts de matériels consommables.

Il est difficile de les chiffrer précisément avant la création du service car ils sont variables avec l'importance de l'activité médicale ou la fonction des contraintes techniques propres à chaque établissement. Ces coûts importants peuvent rebuter les établissements privés dont la gestion devient de plus en plus difficile et peu rentable dans le contexte actuel de maîtrise des coûts de la Santé. Rappelons que 40% des établissements privés Parisiens ont fermé ces cinq dernières années, soit par fermeture définitive, soit par regroupement et déménagement des activités dans d'autres établissements.

Enfin, techniquement, il est parfois très compliqué, voir quasi-impossible de créer des locaux accessibles facilement pour installer le Service d'Urgences. Ceux-ci peuvent être déjà impartis à des activités essentielles non délogeables, ou tout simplement trop étroits. L'acquisition de surfaces immobilières supplémentaires dans PARIS, à proximité immédiate de l'établissement, n'est que rarement réalisable. On ne peut pas non plus détruire puis reconstruire un Service d'Urgences.

- ♦ **Une proposition nous est faite à la clinique Léonard de VINCI dans le XI arrondissement de PARIS.**

Après avoir contacté plusieurs établissements privés présentant les capacités de recevoir un Service d'Urgences, l'un d'entre eux présente un enthousiasme particulier pour ce projet.

Il s'agit du Centre Médico-Chirurgical Léonard de VINCI situé dans le onzième arrondissement de PARIS, au N° 95 de l'avenue PARMENTIER, à proximité de la place de la République (voir plan). Cette clinique fait partie du groupe Européen Hexagone Santé composé de dix-sept établissements dont certains sont pourvus d'un Service d'Urgences. C'est donc en pleine connaissance des obligations et contraintes liées à l'installation du Service d'Urgences, que la Direction de la clinique aborde le projet.

Celui-ci, a été présenté à l'ensemble des Médecins et Chirurgiens ayant une activité, même partielle, dans l'établissement. Son accueil est plus que favorable, en raison de la concurrence qui oppose les établissements privés entre eux, mais aussi par rapport au secteur hospitalier : l'hôpital SAINT LOUIS n'est qu'à 400 mètres de la clinique.

Tous les secteurs de la clinique voient, dans l'installation de ce Service d'Urgences, un moyen d'accroître l'activité de l'établissement. Tous attendent, aussi, une amélioration de la prise en charge des patients se présentant en dehors des heures de consultations. Enfin, le Service des Urgences permettra d'assurer des gardes d'intérieur de la clinique 24h/24, améliorant la rapidité et la sécurité des soins des patients hospitalisés.

Ce contexte de complémentarité nous semblait donc particulièrement favorable à la création d'un Service d'Urgences dans cet établissement privé situé en plein cœur de PARIS.

A. Présentation de la clinique :

a) Quelques chiffres:

Le centre Médico-Chirurgical Léonard de VINCI est une clinique privée de 154 lits. Il s'agit d'un bâtiment constitué d'un seul bloc, construit dans les années 1970, composés de 10 étages, agrémenté d'un jardin mais ne présentant pas de parking pour les visiteurs ou les patients. Il se situe au 95 de l'avenue PARMENTIER dans le 11ème arrondissement de PARIS. Son accès par les transports en commun peut se faire :

⇒ **En métro :** Ligne N°3 (GALLIENI - Pont de LEVALLOIS) - Station PARMENTIER, située à 50 mètres.

⇒ *En bus* : N°46 - Arrêt PARMENTIER.

N°96 Arrêt OBERKAMPF.

La répartition des lits d'hospitalisation est répartie de la manière suivante :

- 83 lits d'hospitalisation en Chirurgie (étages 2 à 5);
- 25 lits d'hospitalisation en maternité (étages 6 à 7);
- 17 lits d'hospitalisation à temps partiel en Chirurgie (1er étage);
- 16 lits d'hospitalisation en Médecine (8ème étage);
- 13 lits d'hospitalisation à temps partiel en Médecine (9ème étage).

Le bloc est constitué de six salles opératoires stériles et d'une salle de réveil permettant d'accueillir huit patients.

Le bloc obstétrical se compose de trois salles d'endoscopie digestive et de plusieurs salles de laser ophtalmologique :

- Laser EXILMER (traitement de la myopie);
- Laser YAG et ARGON (rétine - cristallin).

Le centre d'imagerie médicale de la clinique permet de réaliser des radiographies numérisées, des angiographies, des ostéodensitométries, des échographies et des Dopplers.

Un laboratoire d'analyse médicale est rattaché à la clinique, situé en face dans la même rue.

Les consultations simples sont organisées au rez-de-chaussée de la clinique, dans une dizaine de salles d'examen, dont certaines sont équipées en matériel d'ophtalmologie ou d'ORL.

120 Médecins exercent dans cet établissement :

LISTING MEDECINS REPRESENTANT LES SPECIALITES SUIVANTES

(Voir liste Médecins - Annexe)

- MEDECINE :**
- Gastro-entérologie
 - Obstétrique
 - Cardiologie
 - Médecine interne
 - Endoscopies digestive et pulmonaire
 - Gériatrie - Neurologie - Anesthésie
- CHIRURGIE :**
- Ophtalmologie
 - Orthopédie
 - Gynécologie
 - ORL
 - Digestive et viscérale
 - Vasculaire

- Stomatologie

MATERNITE : • Urologie

- Au sous-sol, on trouve le service de Rééducation fonctionnelle, employant des kinésithérapeutes 7 jours/7.
- La clinique emploie environ 150 personnes réparties entre Infirmières et Aides-soignants ; femmes de chambre ; brancardiers ; secrétaires ; équipes d'entretien ; ouvriers du bâtiment ; personnel de Direction ; pharmaciens et équipe de sécurité.

La clinique Médico-Chirurgicale Léonard de VINCI est un établissement conventionné dont les Praticiens exercent en secteurs I ou II.

Les frais de séjour sont donc pris en charge, au moins, à 80% par la Sécurité Sociale, voir à 100% en cas d'hospitalisation pour maternité, longue maladie, les bénéficiaires des affections longue durée, les patients opérés dont l'acte chirurgical a une cotation supérieure ou égale à un K50.

12.000 patients choisissent, chaque année, cet établissement (*Cf. 1998*).

Il est à noter qu'il existe une organisation particulière dédiée à la clinique gériatrique occupant deux étages en Chirurgie, s'intitulant « L'âge d'Or », créée en partenariat avec des maisons de retraite.

b) L'état des lieux :

Avant l'implantation du Service des Urgences, il n'existait aucune structures au sein de l'établissement prenant en charge les patients an dehors des heures de rendez-vous. Ceux-ci étaient « gérés » par la secrétaire des consultations, laquelle prévenait le Médecin ou Chirurgien le plus logiquement concerné et disponible.

L'examen ou le traitement se faisait, soit dans le bureau de consultations, soit dans un lit d'hospitalisation.

Cette pratique ne permettait pas de traiter beaucoup de patients par jour. Elle se révélait aléatoire et engendrait des temps d'attente souvent importants. Elle ne fonctionne que les jours ouvrables. Les patients ne pouvant être traités convenablement, étaient alors dirigés vers l'hôpital Saint LOUIS, parfois, seulement conseillés par le portier de la clinique.

Notre premier souci fut dons de réorganiser totalement l'arrivée des urgences dans la clinique, dès le hall d'entrée, avec un système de signalétiques clair. Le personnel fut informé des procédures de prise en charge et formé à l'accueil des urgences, même pour les employés ne rencontrant que rarement les patients des Urgences. Des places de stationnement furent créées devant la

clinique et signalées, comme la loi l'autorisait, car elles étaient absentes ou non respectées.

Ensuite, nous aborderons le délicat problème des locaux : Pour travailler dans de bonnes conditions, et ce, même avec un petit nombre de patients au commencement, il nous fallait au minimum deux box d'examen, une salle d'attente et un lieu d'accueil ou de secrétariat. Dans un premier temps, ces locaux nous furent accordés, mais inadaptés, non équipés, trop étroits, bruyants, sombres : « ça commençait mal! »

Qui plus est, le trajet entre le hall d'entrée et les Urgences était tortueux, étroit, exposé au regard des patients venus aux consultations. C'est avec eux que l'on partageait la salle d'attente. Il fallait donc, rapidement, proposer un plan de restructuration simple des locaux, prévoyant leur agrandissement relatif, les rendant confortables, aptes à la pratique de la médecine d'urgences. Une salle d'attente spécifique fut créée par des séparations légères. Quelques aménagements de couloirs permettaient aux brancardiers de passer sans problème et rendaient l'accès aux Urgences plus direct.

Les soucis d'organisation de locaux n'ont eu d'égal que ceux engendrés par les moyens humains. L'établissement venait de vivre un changement de propriétaire et donc d'équipe de Direction : l'activité était en baisse constante, le taux de remplissage des lits d'hospitalisation était inférieur à 45%. Les relations

humaines étaient tendues dans ce contexte de restructuration, ne favorisant pas les idées nouvelles.

Beaucoup de Praticiens craignaient de perdre le contrôle du flux de leurs patients au bénéfice d'un autre Praticien plus disponible, ou plus jeune. Les changements d'habitude, engendrés par l'organisation d'astreinte ou de garde pour toutes les spécialités de la clinique, furent-elles aussi mal vécues. Tout Praticien devait, désormais, être joignable 24h/24, même s'il n'avait pas de patient hospitalisé. Seuls les Orthopédistes de « L'âge d'Or » étaient déjà organisés et prêts à fonctionner 24h/24 car ce service spécialisé recevait des patients que l'on peut considérer comme de vraies urgences.

Les services de Radiologie et de Biologie médicale ne travaillaient que très rarement la nuit et les jours fériés, malgré un système de garde.

Avant la création des Urgences, seul un Gynécologue dormait de temps en temps sur place. Les gardes d'intérieur étaient gérées par les Infirmières qui informaient les Praticiens concernés. Tous les Praticiens furent d'accord pour laisser cette tâche au Médecin Urgentiste présent sur place, à condition d'être joignables en cas de besoins.

Dans l'état des lieux, nous devons évoquer les relations difficiles avec le personnel infirmier, attisées par la restructuration, qui voyait d'un mauvais œil la surcharge de travail amenée par les Urgences.

B. L'organisation des urgences :

a) 17 + 3 Médecins pour une mission unique des urgences.

Un groupe de 17 médecins s'était réuni initialement avec l'objectif de soutenir le projet de création d'un Service des Urgences au sein de la clinique.

L'équipe médicale des Urgences se constituait rapidement, formée de trois Médecins Urgentiste d'origine hospitalière (AP-HP).

Les médecins étaient habitués à l'organisation des différents Services d'Urgences dans lesquels ils exerçaient. Nommée responsable du service, cette équipe devait, rappelons le, traiter l'ensemble des urgences médico-chirurgicales se présentant à la clinique 24h/24, 7j/7, couvrant les 365 jours de l'année. Cela représentait donc une charge de travail de dix gardes de 24h00 sur place par médecin installé, soit une garde tous les trois jours.

Pour permettre de faire fonctionner le service de façon optimale, il fallait des relations privilégiées avec l'ensemble des Spécialistes appelés à intervenir fréquemment aux Urgences. Ce qui constitue, d'ailleurs, une nouveauté relationnelle parfois difficile à gérer. Pour cela, un groupe de dix-sept médecins et chirurgiens furent les correspondants privilégiés et disponibles 24h/24, pouvant être appelés par les Urgentiste à l'image des services hospitaliers publics.

Tous devaient se réunir une fois par mois, pour présenter et discuter des problèmes soulevés par les fonctionnements des Urgences. Cela permettait

également de mieux se connaître pour favoriser la prise en charge rapide des patients aux Urgences, fondée sur la confiance réciproque.

Le patient examiné aux Urgences, qui nécessitait un avis spécialisé ou une hospitalisation, pouvait ainsi rapidement lui être présenté, sans attente. Le Spécialiste, confiant, avait ainsi le choix, soit de prendre des décisions à distance, sur la seule présentation orale du médecin des Urgences, soit de venir rapidement, sans temporiser.

Les relais étaient nettement diminués, le patient recevait plus rapidement les prestations médico-techniques.

En effet, les prestations médico-techniques sont à l'origine des délais d'attente aux Urgences. Améliorer cette prestation, en limiter la portée et augmenter la qualité sera une des clefs des délais d'attente aux Urgences.

b) L'aménagement des Urgences :

- Listing matériel
- Plan

Pour intégrer ce nouveau service au sein de la Clinique, il fallut d'abord réenvisager l'organisation de l'ensemble de l'établissement.

Il n'existait pas de surface non utilisée au niveau du rez-de-chaussée, seul lieu utilisable pour créer ce service. Toutes autres parties de la Clinique se révélaient, en effet, trop difficiles d'accès, inutilisables ou trop éloignées du plateau technique.

Les surfaces dédiées aux Urgences furent empruntées soit à des bureaux, soit à des salles de consultation qui doivent donc être transférées un étage en dessous. Ce fut possible en aménageant une partie du sous-sol de l'établissement après des travaux compliqués, en tenant compte des nouvelles normes de conformité imposées aux établissements hospitaliers.

Les travaux durèrent de nombreux mois, permettant également d'offrir aux patients une décoration et des aménagements modernes en faisant appel à une véritable équipe de décorateurs. Le but était de créer un environnement convivial à taille humaine et d'utiliser un maximum de matériaux naturels dans les finitions. Les couleurs choisies étaient toutes déclinées dans les tons pastels. Les fenêtres ont été changées pour améliorer la luminosité. Tous les éclairages ont été modifiés pour créer des jeux de lumière indirecte.

Il faut rappeler que la décoration précédente datait de plus de trente ans, c'est à dire, plutôt orientée vers des tons orange et marron! Par contre, l'aménagement de cette surface laissait toujours apparaître des faiblesses = (voir plan).

- Le hall d'accueil sert de salle d'attente

De par sa taille, ce hall rempli de patients, prend rapidement des allures de hall de gare, avec du bruit et un manque de confidentialité. Tous les patients y sont mélangés à ceux attendant leur acte de radiologie ou à ceux venant aux consultations encore assurées dans cet espace. Pire, il n'y a pas de salle pour stocker les brancards ou les patients présentant des pathologies spectaculaires. L'organisation des flux de patients est rendue difficile car ceux-ci ne comprennent pas toujours des critères de choix concernant l'ordre de passage car ils sont mélangés à ceux venant simplement en consultation sur rendez-vous. Or, tout le monde sait que la colère et la panique se transmettent rapidement dans une foule inquiète.

- L'accès au service est tortueux

Celui-ci est placé à l'opposé des portes d'entrée de la Clinique, obligeant à traverser les files d'attente de patients accumulés devant les services administratifs (Admissions - Direction). Pire encore, il faut descendre deux marches au niveau des portes d'entrée. Les transports brancardés s'en trouvent compliqués. Il existe

un second accès, normalement plus adapté aux patients en brancard, car sans marche, mais cet accès présente pas moins de huit portes manuelles, ainsi que des angles difficiles à négocier avec un brancard de deux mètres.

Nous ne disposons, aux heures pleines, que de deux salles d'examen et d'un espace de secrétariat exiguë. Les autres salles sont à notre disposition que lorsqu'elles sont inoccupées par leurs consultants.

L'aménagement des salles d'examen entièrement dédiées aux urgences n'a pas bénéficié de mêmes soins que le reste du rez-de-chaussée, obligeant à recommencer les travaux (peinture - plomberie) et à changer le mobilier en cours d'activité.

Le secrétariat d'accueil dans le hall est commun aux Urgences et aux consultations. Cela crée des confusions de prise en charge pour les patients, pour les Médecins et pour les secrétaires, elles-mêmes. Mais il faut aussi avouer qu'elles ont du parfois s'investir beaucoup plus dans les Urgences que dans les consultations, en fonction des flux de patients, même si elles n'en avaient pas l'affection.

Les Urgences disposent ainsi de 2 à 7 salles d'examens, d'un secrétariat d'accueil commun et d'un secrétariat spécifique avec une ligne directe ouverte 24h/24. Les salles sont toutes équipées pour réaliser une consultation allongée,

avec une source de lumière puissante, avec prise des constantes, perfusion, prises d'oxygène et de vide murales.

Un chariot de réanimation a été créé aux Urgences avec l'aide des Anesthésistes Réanimateurs et laissé en place dans la salle d'examen N°1 (voir plan). Pour faciliter son utilisation, un livret de procédure y a été joint (Cf. Annexe). Tout le personnel des Urgences en connaît l'utilisation et le contenu qui est fréquemment vérifié.

Un chariot identique se trouve désormais placé à chaque étage de l'établissement (8) et voici son contenu = listing.

Pour simplifier la gestion des urgences en général et des stocks en particulier, il a été décidé de ne pas créer de réserve de matériel séparée. Tout se trouve entreposé dans les salles de consultation = Seule la salle N°1 qui est polyvalente présente des rangements suffisants pour tout y ranger. Les autres salles sont équipées en fonction de leur spécificité : Médicale - Gynécologique - Orthopédique - ORL - Suture. Ainsi, le Médecin qui rentre dans une salle de consultation n'aura pratiquement jamais besoin d'en ressortir pour chercher de matériel caché ailleurs.

Le rangement a été effectué de telle manière qu'il puisse trouver seul toutes les choses nécessaires d'un seul geste. Par exemple, les armoires sont équipées de tiroirs de 1m50 de hauteur regroupant par tiroir le matériel nécessaire à la

confection d'une immobilisation en résine, un autre tiroir comporte tout le matériel dédié à la ventilation, intubation, sonde O₂, médicaments ventilatoires, etc., ...

La liste du matériel présent aux Urgences peut toujours être étendue mais voici ce qui a été retenu : Listing matériel aux Urgences;

Il est à noter qu'il existe une chambre de garde située au dernier étage de l'établissement et que l'Urgentiste de garde est joignable à tout moment par un système de BIP.

III - C - L'organisation humaine aux Urgences :

Comme nous le disions précédemment, les Urgences s'organisent autour de trois Médecins Urgentistes aidés par dix-sept spécialistes. Mais, seul un des trois sera présent sur place au cours d'une garde de 24h, à raison d'une garde tous les trois jours et ce, 365 jours par an.

Une telle organisation n'étant pas réaliste sur une longue période, y compris les vacances, une dizaine de confrères Urgentistes se sont joints à l'équipe de base pour venir doubler les jours difficiles et alléger le planning. Tous ces Médecins doivent être capables de pratiquer une réanimation pour stabiliser un patient grave, mais aussi de confectionner un appareil d'immobilisation en résine ou en aluminium, un strapping, réaliser une jolie suture, retirer un corps étranger dans

l'œil. La difficulté vient du fait que le Médecin Urgentiste est seul aux Urgences et qu'il doit donc tout réaliser seul et rapidement. La plupart des candidats avaient déjà eu une formation de qualité mais peu avaient la pratique courante de toutes les urgences médico-chirurgicales. Un système d'enseignement sur le site des Urgences a donc été créé pour répondre aux lacunes de chacun.

Autre complexité, le Médecin perçoit lui-même ses honoraires. Car celles-ci varient avec le type d'acte pratiqué selon une nomenclature (*voir nomenclature des actes*), prenant également compte des périodes jours/nuits - jours ouvrables/jours fériés. Cela se complique encore plus avec la cotation des patients hospitalisés qui est différente, puis avec tous les systèmes de paiements indirects que sont les 100% avec les dus pour autorisation d'avance, les aides médicales gratuites et les accidents de travail (*Cf.* Document). Ces papiers sont d'une complexité redoutable car, pour être valables, ils doivent être correctement remplis et envoyés aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie correspondantes. A aucun moment, le cursus universitaire n'aborde ces questions, pourtant vitales pour le Médecin. Des sanctions sont prévues par les C.P.A.M. en cas de non-respect des règles sur l'utilisation de la nomenclature des actes ou des formulaires. Un enseignement complémentaire a donc été organisé pour l'ensemble de l'équipe des Urgences, y compris pour le personnel paramédical. Il faut également préciser que seul le personnel paramédical est rémunéré par l'établissement et que les Médecins exercent à titre privé. Leurs revenus proviennent donc exclusivement du paiement des actes par les patients, qu'il soit direct (espèces ou chèques) ou indirect (accident du travail, aide médicale gratuite, dû pour autorisation d'avance,

hospitalisation, tutelle, invalide de guerre). Le Médecin reverse une partie de ses revenus à l'établissement pour permettre le paiement d'une partie du matériel périssable et des salaires du personnel.

L'accueil des patients est assuré aux Urgences par les secrétaires du comptoir central, puis ils sont pris en charge par une infirmière ou une aide soignante selon la disponibilité. Ce système fonctionne tous les jours de 8h00 à 20h00, sauf les jours fériés où il n'y a pas de secrétaires et où une seule infirmière procède à l'accueil et à la prise en charge des patients. La nuit, c'est une aide soignante qui assure ce travail pour la plupart des gardes, mais elle peut être aidée par une infirmière en poste dans un autre service, selon les besoins. Toutes ces prises en charge ont été codifiées et recensées dans un livret de procédures disponible et à consulter par tout le personnel des Urgences. C'est avec l'ensemble du personnel que ce livret a été élaboré.

Cf. Livret des procédures de nuit ;

Cf. Livret des procédures des Urgences.

L'équipe compte donc deux Infirmières Diplômées d'Etat, se relayant le jour aux Urgences et deux Aides Soignants ou Infirmières (selon disponibilité) pour les gardes de nuit, à tour de rôle. Ce personnel n'avait jamais exercé dans des Services d'Urgences et encore moins dans une telle structure. Comme le Médecin Urgentiste, le personnel soignant doit être polyvalent, assurer la prise en charge

des patients, mais aussi, répondre au téléphone, organiser l'ordre des soins, gérer les lits disponibles avec la surveillante générale, surveiller le bon déroulement des examens d'un patient bilanté aux Urgences, gérer le stock de matériel, etc., ... Tout ceci doit se dérouler de façon fluide, en gardant le sourire!

Ces postes furent très difficiles à pourvoir. Il existe une importante pénurie d'Infirmières en France. Bien souvent, les conventions syndicales signées font que leurs salaires sont inférieurs dans le secteur privé. Les difficultés liées à l'exercice dans un Service d'Urgences, le système d'organisation avec une journée de 12h00 non-stop et l'importance des responsabilités rendent le poste peu attrayant.

Seules les plus jeunes d'entre elles sont séduites par la diversité des actes et par la liberté de l'absence de hiérarchie au sein même du service. Au total, il a été très difficile de remplir correctement le planning annuel, soit suite à des départs intempestifs du personnel, puis à l'absence de candidats, soit par inadéquation de compétence ou de personnalité.

III - 4 - Un objectif = La qualité

Malgré toutes les difficultés liées au recrutement du personnel médical et paramédical, à la lenteur des travaux et à la déception de ne pas pouvoir disposer de plus de deux salles d'examen aux heures les plus actives de la journée, le Service des Urgences de Léonard DE VINCI a ouvert ses portes le 1^{er} mars 1992. Il n'y pas eu un seul jour de l'année sans que le Médecin Urgentiste ne soit présent

sur place 24h/24. Ceci, tout en imaginant la somme de problèmes rencontrés avec les jours fériés, les maladies, accidents ou naissances qui touchent aussi les équipes médicales ou leurs proches.

Mais, cette présence, omniprésente, a été un gage de continuité, de qualité. Aucun Médecin de famille ne peut offrir une telle disponibilité à ses patients.

Il n'y a pas eu un seul conflit ou problème qui soit resté ignoré. Tout a été réfléchi dans l'espoir de trouver une solution durable, s'inscrivant dans une démarche de qualité.

IV - Résultats après un an de fonctionnement :

1) Description de l'étude :

A) Modalités de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective comprise entre la première partie de 1999 et le 31 décembre 1999, au sein du Service des Urgences. Elle concerne l'ensemble des patients inscrits sur le registre du Service des Urgences de la clinique Médico-Chirurgicale Léonard de VINCI, durant cette période, quel que soit le motif de passage initial. Bien évidemment, le personnel des Urgences n'avait pas inscrit les patients se présentant à l'accueil pour un simple renseignement.

Nous avons recueilli l'ensemble des informations concernant les patients, une fois par semaine, grâce au registre des Urgences pour la grande majorité, parfois aidés des dossiers médicaux. Certaines données manquantes ont été recueillies par téléphone directement auprès des patients.

Le personnel médical et paramédical des Urgences a été sensibilisé à l'existence de cette étude et a été motivé au recueil des données.

B) But de l'étude :

Le but de cette étude est de décrire et d'analyser l'activité et le fonctionnement d'un Service d'Urgences privé, situé en plein cœur de PARIS, nouvellement créé.

Ce service, alors ouvert depuis 9 mois, 24h/24, fonctionnait avec des équipes médicales et paramédicales stables, habituées aux spécificités du lieu et du matériel.

Il paraissait intéressant de comparer cette activité à celles de Services d'Urgences beaucoup plus anciens et surtout plus grands, qu'ils soient publics ou privés. Enfin, cette période nous paraissait particulièrement importante à observer car, de l'activité qui s'y déroulait, dépendait la continuité ou la fermeture de ce service au cours de l'année 2000.

2) Les résultats :

A) Nombre de patients annuels :

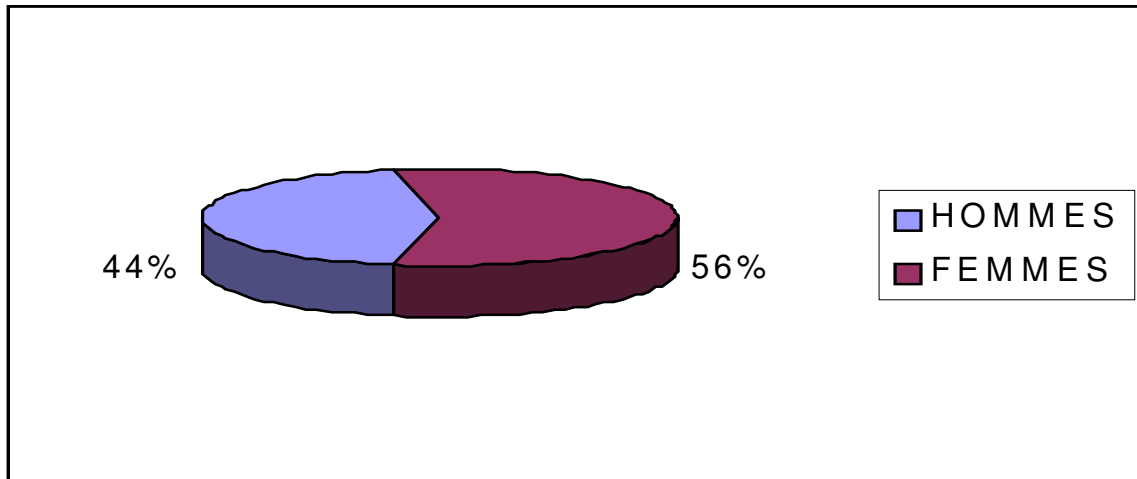
4636 patients se sont présentés et ont été inscrits sur le registre du Service des Urgences de Léonard de VINCI.

Cela représente une moyenne de 12,7 patients par journée d'activité de 24h00.

B) Sexe / Ratio :

Le recueil des données concernant le sexe des patients n'a pu être effectué que sur 4628 patients. En effet, pour 8 d'entre eux, ni le prénom, ni le dossier n'ont pu permettre de le déterminer et ils sont restés injoignables par la suite.

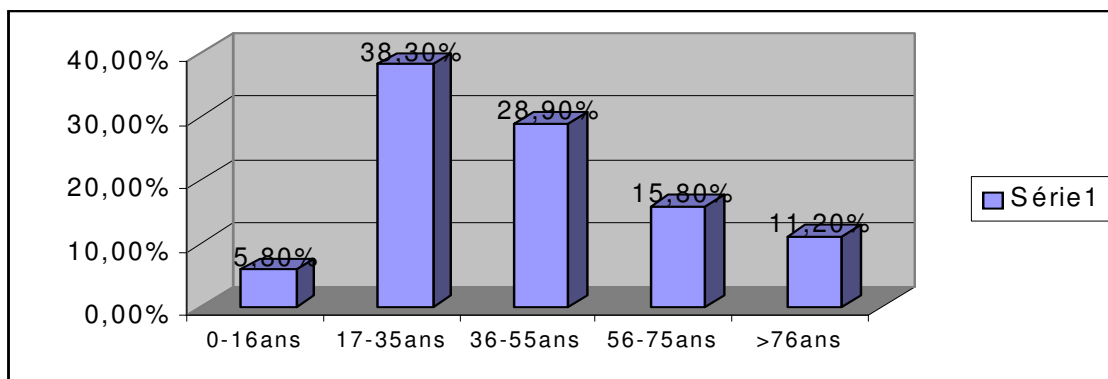
SEXE	NOMBRE	% sur 4636	% sur 4628
*	8	0,17	
FEMMES	2592	55,91	56
HOMMES	2036	43,92	44



C) Ages des patients :

L'étude n'a porté que sur 4611 patients. 15 patients ont été exclus pour lesquels les données n'étaient pas vérifiables, ni retrouvées, voire manifestement erronées (la date du jour remplaçant celle de la date de naissance!).

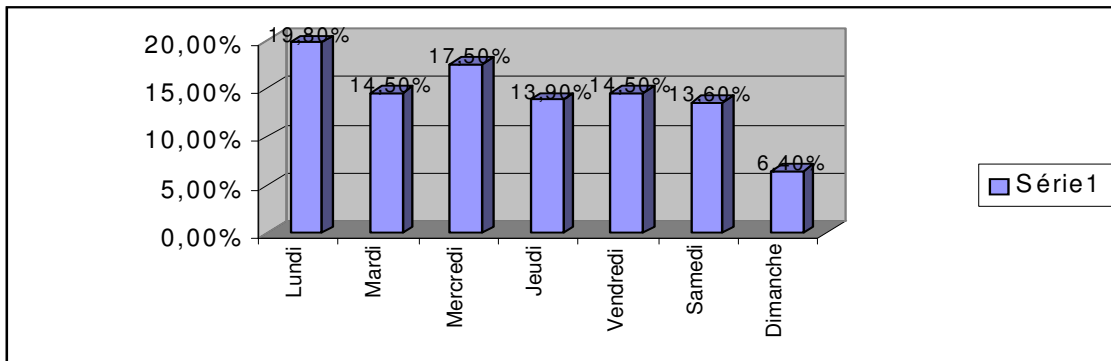
Les groupes d'âges ont été définis le plus logiquement possible en fonction des grandes étapes de la vie certes, mais de façon (? p50) car aucune autre étude retrouvée n'utilisait les mêmes groupes d'âges.



Les âges extrêmes s'étendent de 71 jours à 101 ans.

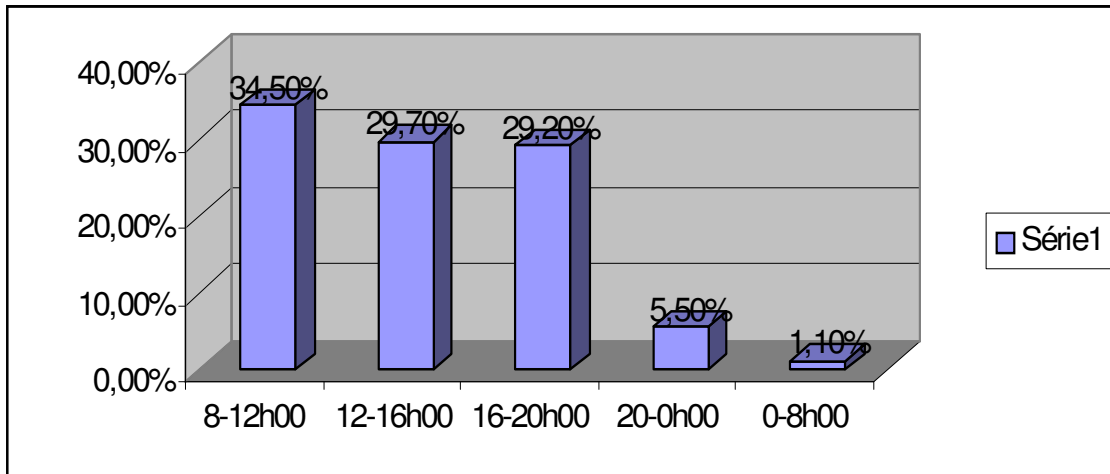
D) Fréquentation quotidienne moyenne :

L'étude a pu porter sur l'ensemble des 4636 patients.



E) Heure de présentation moyenne des patients aux Urgences :

L'étude a pu porter sur l'ensemble des 4636 patients. Des groupes horaires ont pu être définis comparativement à la plupart des autres études, sauf en ce qui concerne la nuit, où, devant la faible activité, un seul groupe a été défini, incluant la période minuit à 8h00 du matin.



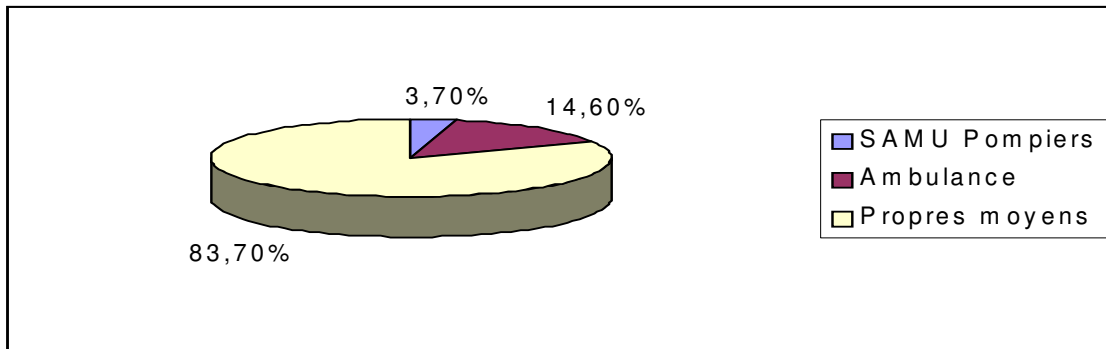
F) Durée moyenne d'un passage aux Urgences.

Cette durée a été déterminée à l'aide des heures d'arrivée et de départ inscrites de façon précise sur le cahier. Aucun patient n'a pu être rappelé car nous avons estimé que, dans ce cas, les patients n'auraient fourni, à posteriori, qu'une heure imprécise. Cette étude ne porte donc que sur 4327 patients (249 ont été exclus, soit (5,3%).

Durée moyenne : 34,2 minutes, soit 34 minutes et 12 secondes.

G) Mode d'arrivée des patients aux Urgences de la clinique Médico-Chirurgicale de Léonard de VINCI :

- 73 patients ont été exclus de l'étude.
- Cette étude vise à appréhender la gravité des patients, ainsi que la charge de travail qu'ils représentent, de l'importance de la famille qui accompagne et donc de la taille de la salle d'attente nécessaire.



Trois catégories ont été définies :

◇ **Propre moyen** : Seuls ou accompagnés.

Ce sont les patients venant à pied ou utilisant un moyen de transport privé, personnel ou public en dehors de tout transport médical.

◇ **Ambulance** :

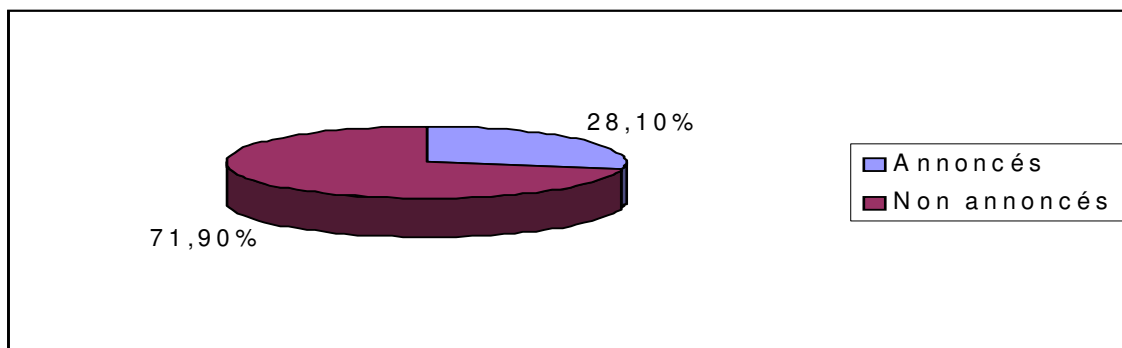
Ce sont des patients emmenés par une société d'ambulance type véhicule sanitaire léger ou transport allongé avec accompagnateur. Les patients transférés des autres établissements et les patients rapatriés sont inclus s'ils arrivent en ambulance.

◇ **S.A.M.U. / Sapeurs Pompiers** :

Ne sont pas inclus les patients régulés par le S.A.M.U. ou les Sapeurs Pompiers mais venant aux Urgences par leurs propres moyens ou dirigés par ambulance.

H) Arrivées annoncées par un Médecin :

Les 4636 patients ont été inclus dans l'étude car ceux pour qui rien n'était précisé ont été inclus dans la négative.



28,1% des patients, soit 1302 patients ont bénéficié de la régulation de leur arrivée par un médecin, qu'il soit attaché à un service hospitalier, à une clinique, au S.A.M.U. et Sapeurs Pompiers, Médecin de garde, de famille, de ville, scolaire, ou de travail.

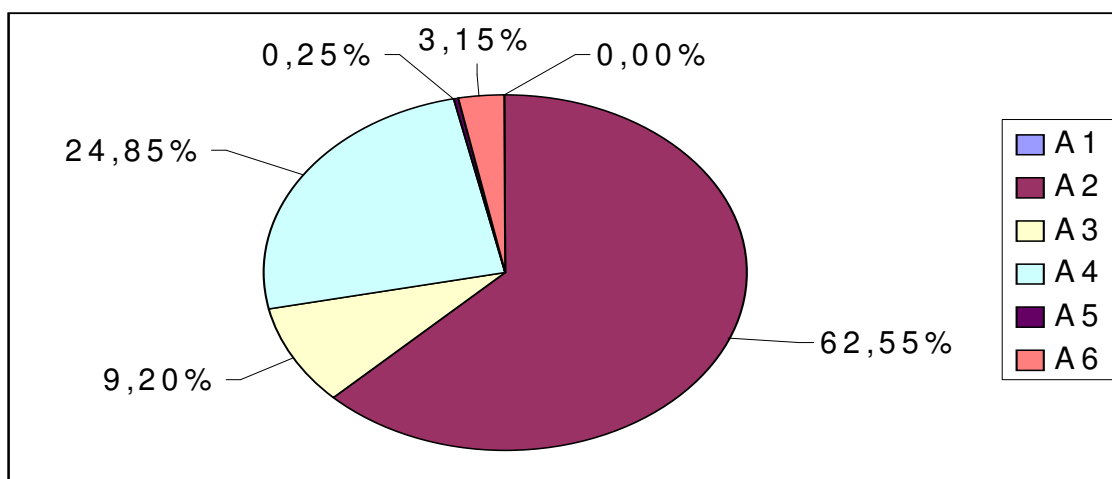
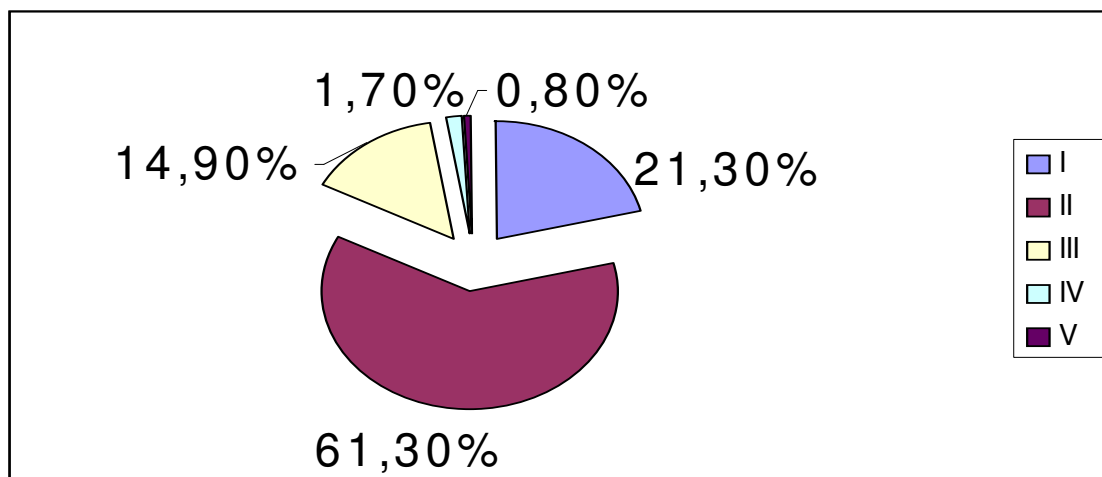
Les appels provenant d'un Médecin, parent proche en dehors de son exercice professionnel n'ont pas été considérés.

I) Gravité des pathologies des patients inscrits au Service des Urgences :

Pour cette étude, nous avons utilisé les deux classifications les plus courantes créées à cet effet et les plus simples à utiliser. L'ensemble des 4636 patients avait été codifié selon la classification CCMU et GEMSA, ce qui démontre la grande motivation du personnel des Urgences. Une case avait été

spécialement réservée à cet effet sur le registre des Urgences, obligeant donc à la remplir.

Les classifications CCMU et GEMSA sont décrites en annexe.



J) Type de pathologies rencontrées principalement aux Urgences :

Des classifications ont été créées en fonction des pathologies principales rencontrées aux Urgences, à posteriori. Cette étude a exclu 57 patients pour qui le diagnostic final n'a jamais pu être clairement défini ($57/4636 = 1,2\%$).

- O.P.H. = 1,9% ;
- Cardio-vasculaire = 13,3% ;
- Pneumologie = 3,9% ;
- Neurologie = 1,5% ;
- Allergie = 1,5% ;
- Traumatologie superficielle = 47,8% ;
- Traumatologie grave / hospitalisation = 4% ;
- Chirurgie viscérale = 12,3% ;
- Gynécologie obstétrique = 2,9% ;
- Médecine légale = 1,5% ;
- Psychiatrie = 0,05% ;
- Médico-social = 0,05% ;
- Médecine générale = 9,3%.

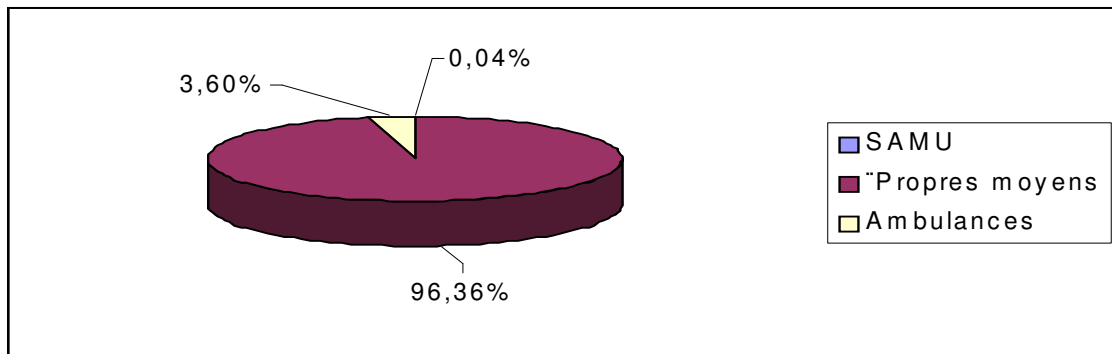
Il est à noter que, bien souvent, les pathologies sont intriquées et nous n'avons retenu que les pathologies principales.

La catégorie Traumatologie superficielle inclue les plaies, contusions, brûlures, fractures, panaris ne nécessitant pas d'hospitalisation et pouvant être traités en externe.

La traumatologie grave et hospitalisation inclus les patients nécessitant une hospitalisation de plus de 24h00 ou un transfert vers un service spécialisé.

K) Mode de sortie :

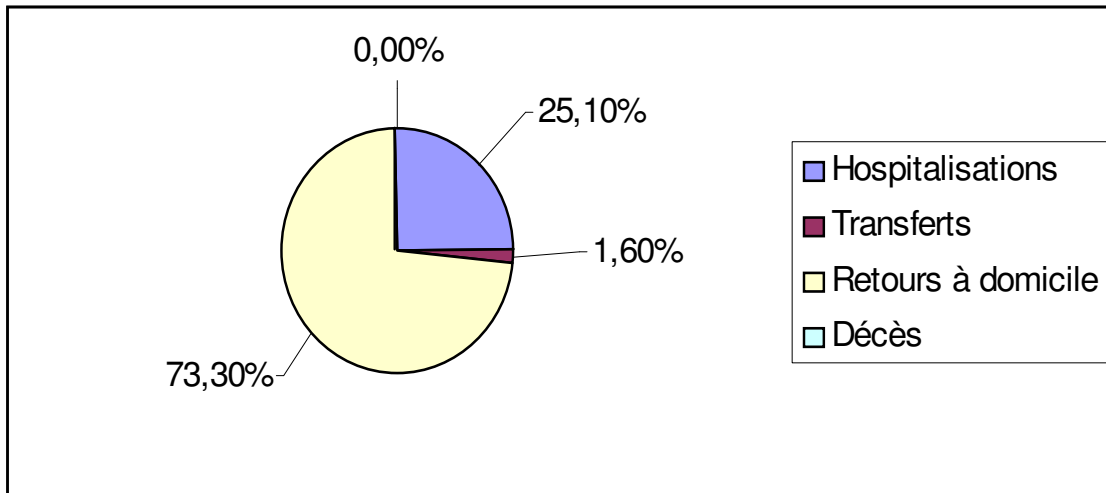
Comme pour le mode d'arrivée, 73 patients ont été exclus. Les catégories restent les mêmes.



L) Destination :

Nous étudions ici le devenir des patients suite à leur passage aux Urgences de la clinique Médico-Chirurgicale Léonard de VINCI.

Les 4636 patients ont été inclus puisque, à défaut d'indication, aux vues du dossier et après appel, ceux ne comportant pas d'indication ont été comptés comme retournés à leur domicile.



Les patients comptabilisés « hospitalisés » sont ceux qui l'ont été au sein même de la clinique.

Les patients hospitalisés dans un autre établissement ont été inclus dans la catégorie « transferts ».

La catégorie « Retour à domicile » inclus les retours en ambulances, seuls ou accompagnés ou par leurs propres moyens.

V - Analyse :

Il est à noter, tout d'abord, que de 94,7% à 100% des patients inscrits sur le registre des Urgences ont pu être inclus dans l'étude, ce qui permet de réaliser des statistiques avec un bon niveau de fidélité.

Ensuite, pour mieux analyser ces résultats, nous les avons comparés à l'étude sur l'activité des Services d'Urgences libéraux et nationaux, réalisée en décembre

1998, sur 44 sites, menée par la mission PMSI () de la Direction des hôpitaux. Cette étude nationale avait pour but de quantifier l'impact financier de la prise en charge des urgences, et pour ce faire, créer un outil de description médico-économique de l'activité des Services d'Urgences. Cette base de données nous a également permis de comparer nos résultats à ceux des Services d'Urgences publics, mais aussi à ceux du secteur privé, puisqu'ils représentent 12 établissements sur les 44 établissements participants.

Concernant l'analyse descriptive des différents p63 , lors de cette étude, on peut dire globalement que :

- 4636 patients ont utilisé le Service des Urgences de la Clinique Médico-Chirurgicale de Léonard de VINCI au cours de l'année 1999. Ce chiffre peut paraître dérisoire par rapport à un grand Service d'Urgences parisien qui présente une activité & à fois supérieure. Ici, ce chiffre est plutôt comparable à l'activité d'un gros cabinet de Médecine générale en banlieue parisienne. Mais, ce Service d'Urgences n'existait que depuis 9 mois et n'avait pu bénéficier d'aucun effet d'annonce lors de son ouverture, comme le veut la réglementation française. Sa « clientèle » n'était donc constituée, au début de sa création, que d'anciens patients de la clinique qui trouvaient enfin, un service répondant à leurs besoins. Puis, conseillés par les premiers patients, une nouvelle clientèle de proximité s'est constituée. Par ailleurs, la clinique s'est dotée d'un service spécialisé (dénommé « l'âge d'or ») dans la prise en charge médico-chirurgicale de patients âgés, provenant de centres de moyen ou long séjour. Nombre de ces patients ont transité

par le Service des Urgences lors de leur arrivée pour la prise en charge rapide de leur pathologie.

La moyenne journalière qui est de 12,7 patients par jour est à pondérer par le fait que la très grande partie de l'activité s'est faite les jours ouvrables, avant minuit, et que donc l'activité de ce service a été très irrégulière.

- Le sexe ratio est de 56% pour les femmes. On se trouve dans la situation opposée à celle de l'étude PMSI, où 55% des patients étaient des hommes. On peut tenter d'expliquer cette particularité par deux faits :

1) Etant donné les passages par les Urgences des patients de « l'âge d'or » qui sont constitués majoritairement par des femmes.

2) Le Service d'Urgences privé est sécurisé et convivial, il fait donc moins peur aux femmes qui hésitent à aller seules dans un grand Service public ou privé.

- La classe d'âge 17 - 35 ans représente à elle seule, 38,3% des patients, ce qui est comparable à l'échelle nationale où cette même classe représente 35%.

La classe d'âge des plus de 76 ans représente 11,2% contre 8% et les 56 - 75 ans, 15,8% contre 11% pour le national : cela reflète l'âge plus avancé des patients de cette clinique. Les 0 - 16 ans n'étaient, quant à eux, que 5,8% contre plus de 20% ailleurs. Ce chiffre s'explique par l'absence totale de Pédiatrie dans l'établissement.

- Le jour le plus chargé est incontestablement le lundi, comme dans les autres établissements puis le second est le mercredi, comme dans le secteur public, à l'inverse des autres services du secteur privé.

On peut expliquer cela par la grande densité hospitalière de proximité, avec des patients qui gardent leur habitude de secteur public. Le pourcentage de passages le dimanche est de 6,4%, cela représente la moitié de l'activité des autres établissements. En effet, les patients ont peu utilisé ce service les jours fériés, par manque d'information sur ses horaires identiques à ceux des grands Services d'Urgences et par souci de ne pas déranger un jour férié ou à des heures incorrectes, de nombreux patients sont arrivés le lendemain en expliquant ainsi leur attente. Cela met à jour un aspect du secteur privé que l'on reverra sur d'autres domaines, qui est que le patient est plus respectueux du Service et du Médecin qui le prend en charge, sachant qu'il n'a pas à faire à un étudiant, ni à un service public institutionnalisé, qui lui est dû.

- 34,5% de l'activité du service est réalisée entre 8h00 et 12h00 contre 27% pour l'étude PMSI, 29,7% entre 12h00 et 16h00 contre 35%.

La plus grande différence se situe entre minuit et 8h00 du matin où le service ne réalisait que 1,1% de son activité contre 8% par l'ensemble des autres établissements.

A l'inverse, de 16h00 à 20h00, le Service des Urgences de Léonard de VINCI réalisait 29,2% contre 11% pour les autres. On voit donc que la fréquentation de ce service était relativement régulière dans les heures ouvrables mais quasi nulle la nuit. Cela peut, encore un fois, être attribué à l'absence d'information des patients sur l'activité permanente de ce Service d'Urgences.

Cela met aussi en évidence le fait que les patients choisissent, bien souvent, leur heure de présentation dans le Service des Urgences, surtout dans une petite unité. On peut aussi suggérer que ces même patients préféreraient consulter la nuit dans une autre unité de grande importance, parce que celle-ci leur paraîtra plus sécurisante étant donné leur fonctionnement 24h/24, avec la certitude d'avoir toujours accès à l'ensemble des spécialistes et du plateau technique, y compris la nuit.

- 3,7% des patients ont bénéficié d'un transport médicalisé contre 2% pour l'ensemble des autres Services d'Urgences et 14,6% sont venus en ambulance contre 20,2%.

- 28,1% des patients ont vu leur arrivée annoncée par un Médecin contre seulement 4,8% pour les autres services. Là encore, la différence est très nette. Cela participe à la bonne organisation de service en permettant de préparer l'arrivée du patient et donc de diminuer son temps de prise en charge dans le Service des Urgences.

On peut avancer qu'il existe une certaine interrogation des Médecins extérieurs sur la capacité du service à accepter et traiter leurs patients, les amenant à appeler le service pour sécuriser leur démarche. Il est à noter aussi que le Médecin généraliste de proximité, ainsi que les principaux partenaires amenés à utiliser ce service, ont été averti de la création du service par courrier, qui leur demandait également de bien vouloir annoncer l'envoi de leur patient vers ce service, ce qu'ils ont fait.

- 21,3% des patients n'ont pas nécessité la réalisation d'un acte diagnostic ou thérapeutique complémentaire, contre 38% pour le secteur national.

- 1,5% des patients admis en France ont nécessité des gestes de réanimation avec mise en jeu de pronostic vital immédiat, contre 0,8% seulement pour le C.M.C. Léonard de VINCI. Il est à noter que la majorité des patients réanimatoires ont été transférés par la suite vers les services de réanimation hospitaliers puisque la clinique ne pouvait pas en assurer la prise en charge.

- Le taux d'hospitalisation est de 25,1% des passages aux Urgences pour la clinique contre 23,4% en moyenne dans les hôpitaux français et 13% pour l'ensemble des cliniques. Ces chiffres traduisent en fait plusieurs éléments : La seniorisation fait baisser le taux d'hospitalisation, mais ce facteur est à apprécier en fonction de la gravité des pathologies des patients qui peut être plus élevée dans le secteur hospitalier. Nous avons déjà souligné que le

C.M.C. Léonard de VINCI s'organisait autour du service de « L'âge d'or » et que la plupart des services de long séjour parisiens y adressait leurs patients, en cas de pathologies médicales ou chirurgicales aiguës. Ces patients passant par les Urgences ont considérablement augmenté le pourcentage d'hospitalisation. On note aussi que la part de patients venant pour de simples consultations sans acte thérapeutique ou diagnostique est faible au C.M.C. Léonard de VINCI, ce qui accroît la part des hospitalisés.

La catégorie 1 de la classification GEMSA es égale à zéro au C.M.C Léonard de VINCI. Tous les patients gravissimes ayant été dirigés, d'emblée, vers un établissement possédant un service de Réanimation adapté, les patients venant par leurs propres moyens ont également choisi de se présenter spontanément dans les hôpitaux. Ce fait démontre la faiblesse de la confiance accordée par les patients pour la prise en charge des pathologies lourdes dans ce service privé. On remarque aussi que ces patients ont moins utilisé ce service privé pour les consultations simples, qu'ils n'utilisent les Services d'Urgences des hôpitaux.

Les explications d'un tel comportement peuvent être diverses. On peut invoquer la meilleure orientation des patients admis par un Médecin ayant régulé leur arrivée ; la meilleure information des patients venant aux Urgences et qui, pour la majorité d'entre eux, sont déjà des patients habitués au fonctionnement de l'ensemble de la clinique ; la peur de déranger un Médecin Senior pour une consultation simple, non urgente ; le fait qu'une consultation aux Urgences privée soit à régler sur place dans son intégralité dissuade les plaisantins ou les

malheureux sans-abri qui ne cherchent que du réconfort dans un Service d'Urgences.

L'étude des pathologies rencontrées au sein des Services d'Urgences confirme cela. La part de traumatologie grave avec hospitalisation ne représente que 4% des passages aux Urgences du C.M.C. Léonard de VINCI, alors que cette traumatologie représente 24% pour l'ensemble des hôpitaux. Par contre, la traumatologie superficielle, incluant les fractures et brûlures sans gravité, représente 47,8% des passages au C.M.C. Léonard de VINCI contre 22,5%. C'est très nettement la principale activité de ce service. La chirurgie viscérale représente 12,3% des passages contre 9%. Les pathologies cardio-vasculaires représentent 13,3% des passages venus 2,9% seulement pour les hôpitaux. En effet, la clinique présente un plateau de Cardiologie important, et nombre de ses patients suivis ont fait appel au Service des Urgences, y compris les patients de « l'âge d'or ».

Le nombre de patients consultant les Urgences pour une pathologie de Médecine légale est comparable avec 1,5% au C.M.C. Léonard de VINCI contre 1% dans les hôpitaux.

La psychiatrie n'étant pas traitée dans le service privé, les patients se présentant spontanément ont représenté 0,05% des passages, alors que cette pathologie représente 2,3% pour les hôpitaux.

De la même façon, les passages pour problème médico-social sont à 0,05% contre 1% dans les hôpitaux.

Aucun patient ne s'est présenté dans les Urgences du C.M.C. Léonard de VINCI pour un problème de toxicomanie (1,5% dans les hôpitaux).

Les autres pathologies sont superposables dans les deux secteurs, avec encore une prédominance de gynécologie et obstétrique au C.M.C de VINCI, étant donné l'importance de la maternité et du nombre de Gynécologues exerçant dans la clinique (2,9% contre 0,35%).

Enfin, le temps moyen d'un passage au C.M.C. de VINCI est de 34 minutes, alors qu'il est de 1h40 minutes dans les hôpitaux. Ce temps record est le résultat de plusieurs facteurs : tout d'abord, la Seniorisation. Bien sûr, avec une prise en charge entièrement managée aux Urgences, sans intermédiaire, par un seul Médecin toujours disponible; ensuite par la bonne coordination des différents intervenants aux Urgences que sont les Infirmiers ou aides-soignants, la Surveillante qui fournit rapidement un lit en cas d'hospitalisation ; par la rapidité d'exécution des examens complémentaires (Radiologie, Echographie, Biologie...); par la confiance des confrères, appelés en cas de demande d'avis spécialisés, ou qui n'entrave pas l'admission de patient dans leur service si l'hospitalisation est demandée par le Médecin des Urgences ; Par la volonté de tous ces acteurs de ne pas perdre de temps, sous l'œil de l'Urgentiste qui veille au bon déroulement du passage aux Urgences. Mais, il faut avouer aussi que les Urgences du C.M.C. Léonard de VINCI n'ont jamais été débordées par des arrivages massifs de patients comme on peut le voir dans les hôpitaux.

VI - Discussion :

Comme nous l'avons vu précédemment, le Service des Urgences du C.M.C. Léonard de VINCI a fonctionné 24h/24, tout au long de l'année 1999, avec une activité certes moindre, mais au profil se rapprochant de celui des grands Services d'Urgences hospitaliers ; les praticiens qui ont exercé au sein du Service d'Urgences ont apprécié les qualités propres à cette petite structure, c'est à dire de travailler dans une petite équipe soudée, conviviale et chaleureuse, dans laquelle il est plus facile de progresser. Ces praticiens ont exercé de façon autonome et libérale en amenant chacun leur savoir-faire, leur expérience, leurs bonnes idées. La stabilité des équipes a permis de meilleures relations avec les correspondants d'amont et d'aval (Médecins extérieurs, correspondants et Médecins spécialistes exerçant dans la clinique), ce qui a favorisé le bon fonctionnement du service en diminuant les conflits de personnalité que l'on peut rencontrer dans les grands Services d'Urgences. Ces points positifs ont profité aux patients qui n'ont donc été examinés que par des Urgentistes Seniors, au diagnostic plus précis que celui d'un étudiant aux Urgences, avec une attente mineure, des examens utilisés avec parcimonie, rapides.

Les hospitalisations ont pu se faire rapidement grâce à la confiance des confrères de la clinique et la facilité d'accès administratif aux lits d'hospitalisation. Le C.M.C. Léonard de VINCI ne pose pas les mêmes problèmes

de saturation des lits que ceux rencontrés dans les hôpitaux. Enfin, les praticiens libéraux ont pu exercer leur art avec une rémunération proche de celle d'un Médecin généraliste parisien libéral, avec également les mêmes soucis de gestion comptable. Il faut savoir que cette gestion administrative financière représente environ 30 minutes de travail par jour d'activité et concerne la gestion des paiements des patients n'ayant pas réglé directement leur consultation, comme dans le cas des aides médicales gratuites ou des accidents de travail. Il faut également gérer le reversement vers les différentes caisses de cotisations de retraite, charges sociales qui représentent environ 30% des honoraires encaissés.

Ce mode d'activité permet donc de proposer une rémunération et un avenir à des Médecins Urgentistes Hospitaliers qui ne sont encore trop souvent que vacataires.

Voyons maintenant les points négatifs. Le principal est d'ordre financier. Le C.M.C. Léonard de VINCI n'a pas pu fournir au Service des Urgences un local parfaitement adapté à la pratique des urgences (*voir plan en annexe*). La salle d'attente est commune avec les consultations et le nombre des salles destinées aux Urgences dépend des mêmes consultations qui en utilisent un grand nombre, et bien sûr, aux même heures. Il n'existe pas d'accès Pompiers ou ambulance spécifique, ni pratique : les patients arrivent en brancard depuis le trottoir devant la clinique. Les cheminements de brancards sont gênés par plus de cinq portes faisant des sas difficiles à franchir, pour rejoindre les ascenseurs ou la Radiologie. Le personnel des Urgences ne comporte qu'une Infirmière ou une aide-soignante

en fonction des heures, voir personne la nuit! Cette même personne doit gérer les commandes de matériel, les patients, les appels téléphoniques et inscrire les patients à leur arrivée. La moindre absence pour problèmes de santé devient donc dramatique.

Certains confrères spécialistes de l'établissement se sont rapidement lassés des contraintes imposées par les Urgences. Leur mauvaise volonté s'est traduite par des prises en charge tardives de patients, voir par des transferts de ceux-ci vers d'autres établissements.

Un des problèmes clef dans la réussite de ce service fut l'absence d'autorisation à informer la population de l'existence de ce service. La Direction de la clinique ne voulant pas faire cet effort financier lors de la création du service, où cela aurait été autorisé. Puis, il fallut attendre l'accréditation en tant que service reconnu, Unité de Proximité, pour à nouveau avoir le droit de communiquer et même de pouvoir écrire « Service d'Urgences » à l'accueil. Ceci n'eut jamais lieu malgré deux dossiers déposés et la Direction de la clinique renonça à déposer d'autres demandes.

Les Médecins généralistes correspondants, installés à proximité de la clinique, montrèrent également une grande réticence à adresser les patients aux Urgences. Ils avaient peur de ne pas revoir leurs patients pour le suivi, tant ces Médecins libéraux manquent de clientèle.

Enfin, la proximité immédiate de plusieurs hôpitaux, dont Saint LOUIS, créait une sérieuse concurrence dans ce quartier populaire. Beaucoup de patients viennent encore aux Urgences dans l'espoir de ne pas payer le Médecin qui les examine : ils préféreront s'adresser vers le service public.

Manque de patients, manque de budget, la Direction de la clinique sembla manquer aussi d'ambition devant la faible rentabilité de ce service. Il est évident qu'un tel service coûte cher à l'établissement, avec du personnel immobilisé, des locaux, du matériel périssable et une rentabilité qui n'est basée que sur le reversement d'honoraires du Médecin à l'établissement (environ 10% de son chiffre d'affaire) et sur le taux de remplissage des lits de l'établissement. Nous n'avons pas pu recueillir d'informations précises sur les pertes financières du service, mais il semble acquis que plus le service est grand plus ses coûts de fonctionnement augmentent et il n'est pas forcément plus rentable.

Une mauvaise ambiance s'est donc installée entre les praticiens des Urgences, la Direction, les spécialistes qui étaient sollicités. Pour combler les pertes financières, pour éviter un arrêt définitif du service, l'ensemble des praticiens a donc décidé de cesser l'activité 24h/24, en excluant les dimanches et jours fériés et en ne travaillant plus au-delà de 20h00, ni avant 8h00.

L'équipe des Praticiens Urgentistes s'est donc restreinte à deux Médecins qui exercent en alternance. La clinique a restreint les locaux à deux salles d'examen seulement sans procéder aux travaux nécessaires demandés. Ces changements, opérés courant l'année 2000, n'ont pas modifié le nombre de patients aux Urgences, qui s'est stabilisé à environ 15/jour en moyenne.

Il est à noter que cette évolution du service, résultant de difficultés financières, n'aurait pas pu être autrement, de toute façon en cas de refus de l'Agences Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France de classer ce service pour « l'Accueil et le traitement des urgences ».

VII - Conclusion :

Notre étude visait à suivre la création d'un Service d'Urgences privé créé a sein de la clinique Léonard de VINCI, située dans le 11^{ème} arrondissement parisien, à proximité de l'hôpital St LOUIS. Cette étude portant sur l'activité de ce service s'est déroulée pendant un an, du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 1999.

Ce service, récemment créé, fonctionne grâce à une équipe médicale faite d'Urgentistes Seniorisés et d'une petite équipe paramédicale. 4636 patients y ont été pris en charge, soit environ 13 patients par 24h00. Le profil des types de pathologies est assez proche de celui rencontré dans les hôpitaux. La comparaison a pu se faire grâce à l'étude des Services d'Urgences. L'activité est légèrement

par le fait qu'on y rencontre davantage de patients se présentant aux heures ouvrables et venant peu la nuit, plutôt pour de la traumatologie superficielle (48% des actes) ou de la Cardiologie. Le sexe ratio est en faveur des femmes qui se sentent plus en sécurité dans un Service d'Urgences privé.

Le temps d'attente est de 34 minutes contre 1h40, en moyenne, dans les hôpitaux. Les Médecins libéraux qui y ont exercé étaient heureux de le faire, mais la faible rentabilité associée au refus de l'A.R.H. d'accréditer ce service, Unité de Proximité, n'a pas permis de le voir continuer son activité ainsi, l'obligeant à restreindre son activité et à ne plus s'appeler Service d'Urgences, alors que ce service avait sa place dans le paysage hospitalier français.

La nature même de la réforme de l'A.R.H. à découper les régions et à ne laisser vivre que les ces petits services qui délestent les gros services hospitaliers pour le bien de tous, en toute sécurité puisque la Seniorisation y était appliquée systématiquement avant les