



Articles publiés  
sous la direction de

**PIERRE-NICOLAS  
CARRON**

Service des urgences  
Centre hospitalier  
universitaire vaudois  
Lausanne

**FRANÇOIS SARASIN**

Service des urgences  
Département de  
médecine aiguë  
Hôpitaux  
universitaires de  
Genève

# Redéfinir les urgences par ce qu'elles ne sont pas?

Pr PIERRE-NICOLAS CARRON et Pr FRANÇOIS SARASIN

Rev Med Suisse 2022; 18: 1479-80 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.791.1479

Lors du premier semestre 2022, le nombre et la gravité des patients admis dans les services d'urgences (SU) ont atteint des niveaux records. Cette surchauffe est attribuée à une forme de retour à la normale post-Covid, mais illustre également un phénomène de rattrapage, après des délais et des reports dans la prise en charge de certaines pathologies. La surcharge chronique des SU est ainsi redevenue plus prégnante. L'actualité médiatique récente s'en est fait l'écho, avec la fermeture inédite des urgences non vitales, la nuit, dans les CHU de Bordeaux et de Grenoble-Alpes et la mise en place d'une régulation par le SAMU 15, préalable à toute consultation non vitale.

Expliquer la surcharge des SU revient généralement à invoquer des modèles mathématiques hasardeux. L'*overcrowding* apparaît lorsque l'activité excède durablement les ressources humaines, techniques ou architecturales à disposition, impactant alors la prise en charge des patients et les conditions de travail du personnel. Le concept bénéficie d'un regain d'intérêt, en raison des risques qu'il implique pour les patients, en termes d'inconfort ou de manque d'intimité, mais surtout de mortalité accrue.<sup>1</sup> Après avoir tenté d'optimiser l'organisation interne des SU et mis en cause la gestion de l'aval, les regards se portent aujourd'hui sur les flux entrants.

Parfois considérés comme des consultations inappropriées, les flux ambulatoires des SU sont volontiers la cible de toutes les attentions, en particulier sur le plan politique. Plusieurs initiatives parlementaires visent ainsi à introduire des taxes pour les cas jugés à posteriori non urgents. Au-delà de leur caractère subjectif et potentiellement discriminant, il semble peu probable que de telles mesures

puissent influencer sur le comportement des patients, dont les exigences ne cessent d'augmenter. La gestion de l'attente et de l'incertitude se heurte plus que jamais à un besoin d'immédiateté et de risque zéro. Bien plus qu'une réelle surcharge, l'afflux de patients ambulatoires aux SU est avant tout le fait d'un nouveau mode de « consommation » des soins. La collaboration avec la médecine de ville apparaît ici primordiale pour proposer des alternatives, dans des délais médicalement raisonnables et acceptables au plan sociétal. Le concept mis en place à Copenhague, qui impose un tri obligatoire en amont par une centrale téléphonique médicale pour les urgences non vitales, paraît à ce titre intéressant.

Dans les faits, les flux ambulatoires ne sont que rarement une source d'engorgement, s'ils bénéficient d'un processus de tri et de réévaluation de patients en attente, et s'ils s'organisent dans

des filières dotées de ressources dédiées. Par définition, les patients ambulatoires ne restent pas à l'hôpital et n'occupent donc que transitoirement les SU. L'*overcrowding* survient lorsque ces flux accaparent les ressources requises pour la prise en charge des patients plus graves.

La problématique des patients nécessitant une hospitalisation est plus critique encore. Contrairement aux cas ambulatoires, ils ne quittent les SU que lorsqu'une place leur est trouvée. L'absence quotidienne de disponibilité en lits oblige les SU à les héberger transitoirement, ce qui engorge le système et préterite les nouvelles admissions.<sup>2</sup> Cette création en lits est multifactorielle: croissance démographique, vieillissement de la population, réduction du nombre de lits, fusions hospitalières, politique d'admission favorisant

**LE FLUX DEPUIS  
LES URGENCES  
EST VU COMME  
UNE VARIABLE  
INCONNUE ET  
URTICANTE**

## Bibliographie

1  
– Atkinson P, McGeorge K, Innes G. Saving emergency medicine: is less more? Can J Emerg Med 2022;24:9-11.

2  
– Innes G. Sorry—we're full! Access block and accountability failure in the health care system. Can J Emerg Med 2015;17:171-9.

les patients électifs ou relevant de spécialités. L'espoir que les réductions de lits seraient compensées par un transfert vers l'ambulatoire se heurte quant à lui à la complexité croissante des pathologies et des traitements proposés.

De manière surprenante, l'activité des urgences et son besoin en lits d'hospitalisation sont peu pris en compte dans la planification hospitalière, alors que la plupart des patients de certaines disciplines sont admis par les SU. Bien que le flux depuis les urgences soit modélisable et susceptible d'être anticipé, il est vu comme une variable inconnue et urticante dans l'arithmétique hospitalière. Admettre un patient des urgences implique dès lors une concurrence potentielle avec une hospitalisation élective, avec le risque que ce report n'entraîne, dans un second temps, une admission en catastrophe aux urgences. Dans les services de pointe, le profil des patients peut même induire une compétition entre l'activité programmée, relevant de la médecine hautement spécialisée, et une patientèle locale, souvent âgée et polymorbide, souffrant de pathologies internistiques banales aux DRG moins rémunérateurs.<sup>3</sup> Les patients admis en urgence viennent ainsi déstabiliser la fragile mécanique de l'organisation hospitalière, réglée au rythme de l'électif.

À l'extrême enfin, les SU se voient confier de plus en plus souvent la mission d'assurer l'ensemble des investigations des patients, non justifiées par le degré d'urgence médicale, mais pour faciliter le fonctionnement des services et les prémunir de l'imprévu. Face aux contraintes d'optimisation et à l'hypermotivation de leurs activités, ces services sont sous une telle tension qu'un résultat de laboratoire anormal, un malaise pendant une consultation ou une plainte imprévue à l'anamnèse implique rapidement l'envoi du patient au SU.<sup>3</sup>

Quelles solutions?

- Il importe avant tout de reconnaître que les problèmes des SU ne sont que le symptôme de l'évolution et des difficultés des systèmes de santé. L'engorgement des SU illustre le problème plus large des soins

«non programmés», ambulatoires ou hospitaliers.

- Les missions des SU doivent être précisées, en définissant leurs missions, mais également ce qui ne requiert pas une admission aux urgences. Afin d'assurer le mandat prioritaire d'accueil et de permanence des soins, en particulier pour les cas les plus graves, les SU doivent disposer en tout temps d'une capacité d'accueil et d'un accès aux ressources hospitalières critiques. Cela implique en particulier de se prémunir contre ce qui ne relève pas de l'urgence médicale, mais de fragilités organisationnelles.
- L'activité ambulatoire aux urgences doit bénéficier de ressources dédiées, afin de mettre en place des itinéraires réservés aux cas les plus simples, flexibles et adaptables au besoin (fast-track, consultations différées), en coordination avec la médecine de premier recours et les spécialités impliquées. Le concept d'un tri téléphonique en amont des urgences mérite d'être évalué dans notre système helvétique.
- Les besoins en lits d'hospitalisation depuis les SU doivent être intégrés dans la modélisation de l'activité hospitalière, pour garantir un accès au plateau technique et un hébergement en chambre des patients admis en urgence.

Ces pistes permettront aux SU d'assurer leur mission d'accueil des patients, la prise en charge initiale et leur orientation de manière sécuritaire et efficiente. Un système d'urgence fonctionnel fournira également des conditions de travail supportables pour les infirmiers et médecins qui y exercent leur art. Cette mesure préviendra l'exode de ces professionnels vers des postes moins contraignants.

Sur une note plus légère, les articles de ce numéro illustrent la collaboration et l'interdisciplinarité indissociables de notre discipline, avec une série de textes rédigés par les urgentistes de l'Association latine de médecine d'urgence.

**LES PROBLÈMES  
DES SERVICES  
D'URGENCES NE  
SONT QUE LE  
SYMPTÔME DE  
L'ÉVOLUTION ET  
DES DIFFICULTÉS  
DES SYSTÈMES  
DE SANTÉ**

## Bibliographie

3

Kelen GD, Wolfe R, D'Onofrio G, et al. Emergency Department Crowding. The Canary in the Health Care System. *NEJM Catalyst* 2021; DOI: 10.1056/CAT.21.0217 (<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.21.0217>).