

Sonnette d'alarme sur la situation des services d'urgence

ÉCRIT PAR LA RÉDACTION

28 novembre 2014

TOUS CONCERNES

Karu-urgences Association, structure qui regroupe les établissements autorisés à exercer la médecine d'urgence et leurs responsables, convoquait le 19 novembre dernier, à l'ancien aérogare du Raizet, la presse locale pour tirer la sonnette d'alarme sur la situation des services d'urgence en Guadeloupe. Engorgement c'est le mot retenu par les médecins pour qualifier l'état des services d'urgence en Guadeloupe. En gros, ces services sont débordés. En cause des locaux inadaptés, un nombre de lits insuffisants et surtout, trop de patients se dirigent aux urgences, souvent pour des peccadilles et ce, de façon systématique. Karu-urgence expliquait également qu'il y a de moins en moins de médecins à accepter les gardes depuis qu'elles ne sont plus obligatoires. Un contexte grave et préoccupant qui concerne tous les Guadeloupéens qu'ils soient riches ou pauvres, puissants ou faibles, dotés des plus grands pouvoirs ou citoyens sans grade. Car l'état d'urgence parce qu'imprévisible et irrépressible élimine de fait, la possibilité d'affréter dans ces moments-là, un avion pour aller consulter ailleurs. À preuve, Jacques Gillot, président du conseil général, sénateur et médecin de surcroît, pris d'un malaise cardiaque lundi 17 novembre dernier est parvenu aux urgences pour se faire soigner. Sur cette question grave et sérieuse, Le Courrier de Guadeloupe a mené l'enquête sur la situation réelle des urgences surtout au CHU qui voit à lui seul près de 48 000 passages dans ce service par an soit 48 % de l'ensemble de la population, et ensuite sur les raisons qui expliquent ce cri d'alarme des médecins.

DANS LES MURS

L'inextricable chaîne des soins

Les urgences sont une mécanique où les engrenages doivent s'emboîter

parfaitement. Et chaque petit contretemps rejaillit sur l'efficacité entière du service...

En ce mardi matin du 25 novembre 2014, la salle d'attente des urgences du CHU Pointe-à-Pitre/Abymes est clairsemée. Loin de l'apocalypse que l'on imagine lorsque l'on se fie au titre de la campagne de communication "*Désengorgeons les urgences, ça urge !*". L'ambiance est même décontractée : à l'accueil, Nadia Glandor et Giovanni Montout, agents administratifs, tentent d'apaiser les usagers qui se présentent d'eux-mêmes et remplissent les dossiers. De leur côté, ceux qui arrivent par le SAMU, par exemple, sont prioritaires. Les urgences ne pouvant refuser personne, chacun est ensuite pris en charge par l'IOA. Comprendre : infirmier d'organisation et d'orientation de l'accueil. C'est lui qui est chargé d'évaluer la gravité de l'état du patient, et de gérer les priorités d'admission en collaboration avec le médecin d'accueil. Les cas les plus graves, où le pronostic vital est engagé, sont pris en charge immédiatement. Les autres devront patienter. Dans la salle d'attente pour les plus valides, ou sur un brancard, dans le couloir, pour ceux qui doivent être allongés. Il arrive que les brancards s'accumulent, et que ceux dans la salle d'attente patientent longtemps, très longtemps... "*Certains soins ou diagnostics ne peuvent être apportés que par des spécialistes des autres services, explique Thierry Gustarimac, IOA. Et si le médecin en question est au bloc opératoire, nous sommes bien obligés d'attendre...*" Sans compter les forces de l'ordre qui arrivent avec des gardés à vue ou prisonniers, et qu'il faut traiter rapidement.

Locaux saturés

Les patients sont ensuite dirigés soit vers la salle de "*déchocage*" pour les urgences vitales, soit vers les "*boxes*", petites pièces où sont prodigués les soins prescrits. Une vieille dame, sur un brancard, monopolise un box alors que le service n'en compte que cinq. Elle doit être sous surveillance constante, mais la salle de déchocage est déjà pleine. Du coup, c'est une pièce en moins pour traiter l'afflux d'arrivants. "*En période de pointe, les locaux sont saturés... On arrive toujours à recevoir tout le monde, on pousse les murs s'il le faut, soupire Jessica Ezelin, infirmière urgentiste depuis plus de 9 ans. Mais il arrive que l'on n'arrive pas à vider le couloir des brancards tellement il arrive de*

patients. D'autant plus quand ça coince en haut... "En haut, ce sont les autres services, où les urgentistes dirigent les patients qui doivent être hospitalisés. Mais l'hôpital est plein, partout, tout le temps. Du coup les patients s'accumulent dans l'attente de leur transfert. Pour Daniel Vignal, médecin d'accueil, les urgences sont une chaîne. " Et si un seul des maillons faiblit, ça engorge tout le reste... "A chaque niveau, les contretemps qui s'accumulent finissent par embouteiller le service. Et plus le temps d'attente augmente, plus les patients, ou plus souvent leurs accompagnants, deviennent irascibles. S'en suivent frictions, insultes, menaces, parfois bagarres... Les vigiles du service de sécurité veillent au grain.

Séries américaines

" Nous sommes pénalisés par le nom même du service, explique Lucien Jean-Denis, cadre de santé. Les usagers sont persuadés que dès qu'ils vont arriver, ils seront pris en charge immédiatement par une équipe de dix personnes, comme les séries américaines... C'est loin d'être le cas ! " Le service est conçu pour les urgences vitales, pas les bobos soignables par les médecins de ville. Mais comme tout le monde est pris en charge, l'attente s'allonge d'autant plus. " Imaginez, poursuit-il. Quelqu'un arrive, et patiente deux heures pour être pris en charge. On l'interroge, l'ausculte... On fait un premier bilan sanguin. Une heure de plus est passée. Il passe à la radio, on attend les résultats. Les médecins discutent entre eux pour confronter leurs avis et décider du diagnostic et de la conduite à tenir. Bref, des heures s'écoulent entre le moment de l'arrivée du patient et son traitement effectif. Et cela, le public a du mal à se l'imaginer... " Sans compter les personnes âgées, avec un historique médical long et des pathologies multiples et complexes, qu'il faut arriver à débrouiller le plus vite possible.

AU PRIX FORT

L'urgentiste, ce mercenaire...

500 euros/jour y compris les jours de repos qui sont payés. L'urgentiste est devenu une denrée rare qu'il faut fortement rémunérer. Explications...

Au rang des incongruités qui affectent le fonctionnement des urgences,

mais disons-le tout net, cette situation n'est pas propre au seul CHU Pointe-à-Pitre-Abymes, c'est le mode de gestion de la ressource humaine et plus particulièrement des médecins urgentistes. D'abord c'est comme le dit un praticien, un métier de chien. Des heures de travail qui n'en finissent plus dans des conditions exécrables, avec des patients difficiles quand ils ne sont pas carrément dangereux. Résultat : plus personne ne veut être urgentiste. D'une manière globale, il n'y a déjà pas suffisamment de médecins. Mais au surplus les urgentistes, ainsi que les médecins anesthésistes, sont vraiment une denrée rare. Du coup, ils sont plus chers. Le système est complètement fou. Les médecins passent par une boîte d'intérim et ils sont sûrs de trouver preneur. Ce sont comme on dit désormais dans le milieu des " mercenaires " qui au CHU sont payés 500 euros la journée, mais dans d'autres CHU de l'Hexagone, ils peuvent gagner jusqu'à 1 500 euros/jour. Un tarif qui leur permet de doubler la paye d'un médecin titulaire dans un établissement public. Du coup la carrière hospitalière n'est plus du tout prisée. Même si un médecin hospitalier peut arrondir ses fins de mois en donnant des consultations privées au sein même de l'hôpital. Certains médecins titulaires démissionnent pour entrer dans le circuit de l'intérim. Ils gagnent davantage ! Le système dit du repos de sécurité fait qu'en réalité même durant ses heures de récupération l'urgentiste est payé. Au total, s'il fait trente jours dans un mois il touche 500 euros/jour, pratiquement chaque jour pendant un mois. Ajouter qu'il faut leur payer leur voyage, leur logement, et leurs déplacements sur place. Selon nos informations, le service des urgences du CHU devrait employer une vingtaine d'urgentistes pour bien fonctionner. Ils ne sont en moyenne qu'une dizaine. Faute d'en trouver mais aussi parce que l'urgentiste ne veut plus venir uniquement en tant qu'urgentiste.

La seule manière de les attirer c'est de leur proposer également un mi-temps dans un autre service. Avec un tel système on comprend que le budget du CHU soit vite et profondément creusé !

ENGORGEMENT

La Sécu paiera

Les mauvaises urgences coûtent cher à l'hôpital et à la Sécurité sociale qui

sont tenus de prendre en charge l'intégralité des soins administrés à chaque patient même quand la pathologie ne justifie pas de se présenter aux urgences.

Des soins gratuits, sans même avoir à avancer les frais... C'est LE grand avantage des urgences. Un avantage dont la population ne se prive pas, bien au contraire. Elle en use même à outrance en se présentant aux urgences avec des problèmes de santé mineurs qui pourraient être soignés par des médecins de garde. Le fait est que les médecins de garde pratiquent des tarifs bien trop élevés. Une consultation est facturée 15 € en journée et 25 € de nuit. Et encore, à condition que le tiers payant soit appliqué ce qui n'est pas une obligation. Sans le tiers payant, la consultation s'élève à 50 € en journée, et à 75 € de nuit. Des dépenses exponentielles que beaucoup n'ont pas les moyens ou ne veulent tout simplement pas assumer. Ils vont donc directement aux urgences où, certes, ils attendront des heures mais seront soignés gratuitement. " *Ces mauvaises urgences coûtent très cher à la Sécurité sociale* ", assure Béatrice Résid, directrice générale adjointe de la Sécurité sociale. Qu'il soit justifié ou non, la Sécurité sociale prend en charge chaque passage aux urgences. L'hôpital avance les frais puis facture, par personne, un forfait accueil et traitement des urgences (ATU) à la Sécurité sociale. Il doit pour cela constituer un dossier complet où apparaît l'identité de la personne prise en charge.

Remboursement sous condition

Mais bien souvent, la situation d'urgence fait que le patient se présente sans ses papiers. Le personnel de l'hôpital doit alors mener son enquête pour identifier le patient. Étant donné l'engorgement des urgences, il semble utopique que le personnel puisse prendre le temps d'enquêter. " Tout dépend de l'efficience et de l'organisation du service d'urgence quant à l'identification du patient, mais on peut effectivement supposer que certains soins ne sont pas facturés à cause du problème de l'engorgement ", explique Valérie Messegue, chef de service ressources et performance hospitalières à l'ARS. Sans certitude, les pertes financières de l'hôpital liées à cette problématique sont difficilement évaluables. Elles sont toutefois bien réelles puisque l'ARS a commencé à réagir pour éviter de telles pertes de recettes. Elle a créé une permanence d'accès aux soins de

santé (PASS) au centre hospitalier de Basse-Terre et à Saint-Martin. Ce PASS est composé d'un personnel spécifiquement chargé de récolter auprès des patients sans papiers des informations sur leur identité pour constituer le dossier de remboursement de l'ATU. Elle a également pour mission d'aider les étrangers en situation irrégulière à constituer leurs droits pour bénéficier de l'AME (Aide médicale d'État). En 2013, les dépenses liées à la prise en charge des soins urgents administrés aux étrangers en situation irrégulière s'élèvent à 8 523 291 €. Cette aide leur permet de se faire soigner gratuitement que ce soit à l'hôpital ou chez des médecins de ville. Un petit pas vers le désengorgement des urgences.

Le coût de la prise en charge aux urgences

Le forfait Accueil et traitement des urgences (ATU) vise à couvrir les dépenses de l'hôpital résultant de l'admission et du traitement des patients accueillis dans les services d'accueil des urgences. Il est dû pour chaque passage aux urgences non programmé et non suivi d'une hospitalisation sur un séjour de courte durée. Le forfait ATU s'ajoute aux tarifs de la consultation, des actes et de leurs majorations éventuelles. Il est de 25,32 € pour les établissements publics auxquels il convient d'ajouter le coefficient géographique de 26 %, soit 31,90 €. En 2013, les ATU du centre hospitalier d'urgence (CHU) de Pointe-à-Pitre/Les Abymes ont coûté 1 770 800,90 € à la Sécurité sociale. Le nombre d'ATU permet de déterminer le montant du forfait annuel urgence (FAU). Il s'agit d'une subvention versée par l'Agence régionale de santé qui couvre les charges fixes (personnel, matériel etc.) du service des urgences.

SERGE FERRACCI

” On m'a dit que j'allais dans l'enfer de Pointe-à-Pitre “

La situation aux urgences s'améliore grâce à un travail intense de tri et de fluidification des arrivées. Avant le service a eu une vie marquée par des conditions de travail particulièrement difficiles pour le personnel. Explications de Serge Ferracci, directeur des urgences du CHU.

Serge Ferracci : Aux urgences nous avons en moyenne 100 passages par jour. Un patient nous arrive par trois moyens. Il est annoncé par le SAMU. Il peut être amené par des professionnels. Et enfin il peut arriver par ses

propres moyens. Quand il est amené par les pompiers, souvent, l'urgence vitale est assurée. Il y a un pré-diagnostic fait par les secours, et l'équipe est prête à le recevoir. Le patient qui arrive non médicalisé mais, avec les pompiers, est présenté au personnel soignant rapidement. En fonction de la disponibilité des brancards, s'il présente un cas vital, on prend le risque de déplacer des patients qui n'étaient pas censés l'être, et c'est toujours un risque. Sinon, il attend qu'un brancard se libère. La décision doit se prendre vite, car faire attendre un pompier est aussi un danger. Derrière, la machine peut s'enrayer. Quant au patient arrivé par ses moyens, il se présente à l'accueil administratif qui l'interroge sur le motif de sa venue. Selon la gravité, l'infirmière d'accueil est informée. Clairement, quand quelqu'un attend 15 heures, c'est que son cas n'est pas grave.

LCG : S'il fallait évaluer les pressions subies par le personnel, où se situerait le CHU ?

S.F. : Les pressions subies par le personnel restent fortes. Nos locaux ne sont pas à la dimension de la demande de soin, nous sommes dans un endroit confiné et petit. Ensuite, tout dépend du contact que l'on peut établir avec les gens. Et la plupart du temps, ils sont très impulsifs.

LCG : Le CHU est-il victime d'engorgement ou y a-t-il des dysfonctionnements plus profonds ?

S.F. : S'il y avait des dysfonctionnements, ce serait une question de moyens. Or ce n'est pas le cas. Nous avons des moyens paracliniques qui nous permettent de limiter les délais de prise en charge. Scanner, IRM, laboratoire et des médecins disponibles 24 heures/24. Peut-on améliorer le système ? Oui. Mais le faire, c'est régler le problème de cet établissement vétuste. D'autre part, on monte les examens aux laboratoires à pieds. C'est une perte de temps. Dans les projets validés, nous avons prévu un système permettant de mettre les examens dans un obus, qui va dans un tube puis part directement au laboratoire. Il faut comprendre que les urgences représentent l'aval du système de soin. On est limité, on doit faire avec les lits disponibles dans les services pour faire monter les patients. De leur côté, les services essayent de libérer des lits. N'oublions pas qu'il y a deux ans, des gens attendaient jusqu'à deux jours aux urgences. Aujourd'hui, le délai maximum est de 18 heures. L'attente moyenne est de 6 à 7 heures.

LCG : Qui vient aux urgences du CHU ?

S.F. : Les personnes qui sont moins bien protégées socialement sont plus consommatrices d'urgences. Celles qui ont une protection d'assurance privée, ne viennent que pour quelque chose de ponctuel. Aux urgences, il n'y a pas à payer. C'est donc la facilité. Quelqu'un qui a une couverture sociale prendra le temps de faire le tri lui-même entre le 15, et l'ADGUPS (ndlr : qui reçoit et traite les urgences de ville en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux). Mais nous avons en effet des consommateurs d'urgence réguliers. Les patients alcoolisés viennent fréquemment avec moins de pudeur. Les accidents de bagarre, les victimes de rixes, en général des délinquants. On peut les retrouver souvent.

LCG : De nombreuses voix ont dénoncé les urgences comme "médecin traitant des personnes en situation irrégulière". Bloquent-elles le système ?

S.F. : Non. Et je peux le dire officiellement. Bien sûr on en a, mais pas à un volume tel que cela bloque les urgences. J'ai travaillé dans des régions en France hexagonale où c'était le cas.

LCG : Il y a quelques mois, une rixe a éclaté aux urgences entre les policiers et des délinquants venus accompagnés leur ami, victime d'un accident. De tels incidents sont-ils récurrents ?

S.F. : C'était une situation exceptionnelle. Mais on a vécu, des situations difficiles. Des délinquants qui entraient à scooter, ou armés qui se montraient très menaçants. Pour arrêter ces débordements il a été décidé un budget spécifique pour faire appel à des vigiles, non seulement dans les urgences, mais aussi à l'entrée de l'accès. Depuis, on a beaucoup moins d'insécurité. Pour le cas que vous évoquez, le mouvement de foule était tellement important qu'on ne pouvait qu'être débordé. Pour pallier ce genre d'événements, nous avons désormais une ligne directe avec la police qui, s'il le faut, intervient rapidement.

LCG : Les agressions sont de quelle nature ?

S.F. : Ce sont souvent des agressions verbales. En général, elles viennent

des râleurs qui veulent passer avant tout le monde. D'ailleurs entre nous, on dit que les râleurs sont ceux qui vont bien. Avant d'arriver ici, on m'a dit que j'allais dans " l'enfer de Pointe-à-Pitre ". Après un peu d'expérience, je peux dire que cet hôpital n'est pas pire que celui de Marseille où c'est encore plus chaud. Dans le Bordelais, Sud-Ouest, c'est pareil. L'enfer du CHU de Pointe-à-Pitre n'existe plus.

CA SE FRITE !

Voyous, insultes, agacement : difficile de gérer l'humain...

Les longs, voire très longs, délais d'attente pour la prise en charge provoquent souvent des heurts entre le personnel soignant et les patients. Des insultes qui fusent quand le patient s'impatiente. Mais, elles sont aussi dues à un manque d'information. " *Cela fait longtemps que j'estime que l'hôpital aurait dû ouvrir un poste de médiation. Quelqu'un qui fait le lien entre les urgences et la salle d'attente de manière à expliquer aux patients pourquoi l'attente est si longue. Cette personne jouerait aussi un rôle fondamental auprès des accompagnants, qui parfois, attendent quatre heures les nouvelles des personnes qu'ils ont amenées aux urgences* " explique la cardiologue Mona Hédreville. Selon les témoignages des infirmières, ce sont les accompagnants qui la plupart du temps sont à l'origine des heurts. " *Je me suis retrouvée de l'autre côté du prisme quand j'ai accompagné ma sœur aux Urgences. Nous y sommes arrivées à 9 heures et moi j'en suis sortie à 23 heures. Alors même que je suis infirmière, j'ai eu du mal à avoir des nouvelles de ma sœur une fois qu'elle avait été prise en charge. J'ai mieux compris l'agacement de certaines personnes.* " À cela il faut ajouter la gestion des délinquants. Le filtrage qui est effectué de jour, n'est pas forcément le même la nuit. " *La nuit, tout s'arrête, les urgences sont donc à la merci de quiconque veut s'y présenter. C'est simple, il suffit qu'un scooter se présente au pied du morne pour que la barrière se lève. Il nous arrive de gérer des voyous qui veulent passer avant tout le monde, avant l'arrivée des forces de l'ordre* " éclaire un autre infirmier. Des pressions supplémentaires qui viennent compliquer encore les conditions de travail des urgentistes...

ABONNES ABSENTS

Les médecins de garde manquent à l'appel

Selon le principe de la permanence des soins, un patient doit pouvoir obtenir une réponse médicale de jour comme de nuit, jours fériés et week-ends compris, sans passer par les urgences. Mais ce principe est parfois mis à mal par le manque de médecins de garde et le décalage avec les pharmacies...

Sur les 300 médecins capables d'assurer les gardes en Guadeloupe, seuls 115 s'y collent. Un chiffre qui complique la gestion du planning des maisons médicales de garde (MMG), chargées d'assurer les consultations urgentes de médecine générale pendant les horaires de fermeture des cabinets médicaux. Le problème se pose surtout pendant les vacances scolaires et les fêtes, où de nombreux médecins partent en congés. Mais pas uniquement : le samedi 22 novembre dernier, la MMG de Capesterre était fermée, faute de médecin de garde. Du coup, les patients étaient redirigés vers les maisons médicales de garde des autres secteurs. Las, une partie de ces malades ont préféré se rendre aux urgences des centres hospitaliers, augmentant un peu plus l'engorgement dont sont victimes ces services.

Auparavant, les gardes étaient obligatoires pour les médecins, qui s'organisaient entre eux pour établir les plannings et les effectuaient dans leurs cabinets. Mais une réforme a mis à mal cette organisation en créant un lieu fixe par secteur de garde où rencontrer le docteur. Depuis, les gardes se font sur la base du volontariat, sans obligation. Du coup, une majorité de médecins refusent de les effectuer. *" Il y a une raréfaction des médecins et une féminisation importante de la profession, explique Jean-Claude Gbenou, médecin et président de l'ADGUPS, une association qui gère les MMG de Guadeloupe. Du coup, la pénibilité et la dangerosité des gardes de nuit, par exemple, poussent un certain nombre de collègues à refuser les gardes, ce qui est leur droit le plus strict. "*

Orientation des patients

Toujours est-il que le manque de médecins de garde met parfois à mal le principe de la " permanence des soins ", selon lequel tout patient doit avoir une réponse médicale à n'importe quelle heure du jour et de la nuit, même le week-end et les jours fériés. *" Mais pour autant, pas question pour les patients de débarquer de leur propre chef aux MMG, explique le*

docteur Max Fontes, responsable de celle du Moule. Ils doivent, en amont, être aiguillés par téléphone, en appelant le 15 ou le 0590.90.13.13. Ce sont les médecins régulateurs qui les orienteront. Vers leur médecin traitant le lendemain si leur cas peut attendre, vers la MMG de leur secteur s'ils ont besoin d'une consultation immédiate, ou les urgences pour les cas les plus graves. ” Le docteur Gbenou, qui est aussi médecin régulateur, renchérit : “ Pour plus de la moitié des appels, nous réussissons à maintenir le patient chez lui grâce à de simples conseils médicaux. ”

À la MMG du Moule dans l'après-midi du samedi 22 novembre, le docteur Samuel Chemla, normalement rattaché au secteur de Pointe-à-Pitre, est venu en renfort assurer la permanence. Pour les jeunes médecins, effectuer des gardes permet de se faire connaître, de se constituer une clientèle. Mais une fois le médecin vu, se pose le problème des médicaments. Car les secteurs des MMG et ceux des pharmacies de garde ne correspondent pas. Les patients sont donc parfois obligés de faire des kilomètres pour, d'une part, voir le médecin de garde et, d'autre part, se procurer les médicaments qui leur ont été prescrits. Pas facile avec, par exemple, une forte fièvre...

ÉTRANGLEMENT

L'engorgement des urgences est un phénomène structurel au fonctionnement de l'hôpital dû à un turn-over des malades, rouillé par la procédure interne et externe.

Août 2014. Pénurie de brancards, une affluence record de patients malades du chikungunya, une série d'accidents de la route... et les urgences du CHU éclatent. À cette époque, la salle d'attente déborde, les malades arrivés par leurs propres moyens attendent dehors leur tour. On plafonne à 20 heures d'attente avant la prise en charge. Mais ce n'est pas le pire. À l'intérieur des urgences, des files de brancards encombrent le couloir. Les patients en attente de lits dans les services à l'étage où d'examens complémentaires attendent que leur sort se dénoue et restent vissés à leurs brancards jusqu'à 48 heures, parfois plus. Du coup les brancards obstruent le couloir des urgences. Tout le monde, râle.

“ Le véritable problème n'est pas dans la salle d'attente, mais ce couloir

des urgences, initialement conçu pour faciliter la circulation des brancards, il s'embouteille avec des patients allongés sur ces brancards, en attente de soins, de résultats d'examens complémentaires, ou d'hospitalisation en service. A cela se rajoute les difficultés récurrentes de disponibilité de brancards, pour le transfert de patients amenés par les ambulanciers ou les pompiers. Ça devient alors vite très pénible en cas de grande affluence et un " parcours du combattant " est imposé au patient. Le secret médical et la qualité des soins sont compromis et la dignité des patients, altérée. J'ai pour habitude d'appeler le couloir des urgences " s'insurge un médecin des urgences. Certes, la situation de ces dernières vacances est exceptionnelle, même si de l'aveu même des infirmiers, l'épidémie de chikungunya a été une de ces périodes " d'enfer ". Toutefois, elle suffit à mettre en lumière les dysfonctionnements du service et de son organisation en articulation avec les autres services. L'indignation du personnel médical a été telle qu'une réunion de crise est convoquée pour mettre les choses à plat et lisser les aspérités. Elle a permis d'identifier plusieurs sources de tensions dont celle qui a mené à lancer la campagne d'information " Désengorgeons les urgences ça urge ! ". Toutefois, il n'y a pas que le grand public qui doit mettre de l'eau dans son vin. En interne, aussi, beaucoup de mauvais usages ont été pointés du doigt.

Répondre à tout, pour tous et vite

Telles que conceptualisées, les urgences françaises sont un goulot d'étranglement vers lequel convergent plusieurs volontés et prises en charge contradictoires. Les urgentistes doivent à la fois gérer les cas graves amenés par le SAMU ou les pompiers, les patients des étages et les " *arrivées sauvages* " comme on les appelle dans le jargon médical. Et cela devient encore plus compliqué quand, comme le CHU de Pointe-à-Pitre les urgences regroupent en une structure exiguë, les urgences ambulatoires, psychiatriques, et chirurgicales. " *Malgré ces conditions de travail souvent difficiles, nous tentons régulièrement d'optimiser l'organisation du flux des patients aux urgences, avec en particulier la gestion de circuits, en fonction de la maladie ou de la gravité du patient. Mais des efforts doivent être réalisés également en amont et en aval des urgences!* " précise le médecin des urgences. " *Finalement, dans la configuration actuelle, les urgences sont presque le centre d'examen de tout le monde. Car les*

médecins des services veulent aussi que leurs patients passent par les urgences, là, il y a un pré-diagnostic, tous les examens nécessaires et finalement ils montent aux étages " tou bennié tou poudré " comme on dit entre nous. Mais ce sont des cas à écouler qui s'ajoutent aux urgences vitales et aux patients en salle d'attente " selon une infirmière rodée venue enfoncer le clou. Toutefois, après la catastrophe des vacances 2014, des lits dédiés aux patients provenant des urgences post-urgence ont été mis à disposition, ce qui fait voir le jour à une unité post-urgence. Ainsi les patients ne restent plus coincés sur leurs brancards et voient enfin la lumière au bout du couloir.