

Santé, vulnérabilité et soin : le cas des urgences hospitalières

Responsable de l'action : Dominique JACQUES-JOUVENOT, Catherine PHILIPPE

Le groupe de travail pluridisciplinaire réunissant médecins urgentistes, juristes et sociologues, étudiera au plan quantitatif et qualitatif les formes de vulnérabilité des appelants et des professionnels dans les centres de régulation lors des appels d'urgence au « 15 », dans un contexte d'augmentation des appels, pénurie de moyens et surtravail des professionnels. Les Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM) sont les premiers à réceptionner et accueillir les appels et se trouvent à l'interface appelants/médecins. Leur situation professionnelle, dont les qualifications et compétences sont mal définies, et leur travail concret, seront plus particulièrement étudiés. Les ressources et compétences qu'ils doivent mobiliser pour permettre les réponses les mieux adaptées aux situations d'urgence vécues par les appelants feront l'objet d'une étude comparative entre le centre de Besançon et celui de Dijon.

Objectifs de l'action

Les centres 15 ont pour mission d'assurer une écoute téléphonique permanente afin de répondre aux demandes de secours de la population. Les modes d'organisation de ces centres 15 diffèrent selon les départements, mais depuis quelques années la réorganisation de la réponse à la demande du médecin de garde a conduit au développement de la régulation téléphonique effectuée par des médecins généralistes (dans certains cas sur un numéro dédié) afin d'apporter une réponse aux appels des usagers pendant la permanence des soins (PDS). Cette régulation « généraliste », a pour but de répondre à l'augmentation constante des appels sur les lignes d'urgences, pour des motifs ne correspondant pas à de l'aide médicale urgente.

Il existe ainsi un déséquilibre croissant entre une demande de la population qui ne cesse d'augmenter sur le plan quantitatif et qualitatif, et une offre de soins en urgence devant remplir ses missions et améliorer son efficacité. Ceci intervient dans un contexte de pénurie médicale, et de conditions de travail dont la pénibilité est attestée par la charge de travail de nuit, et confirmée par les résultats des enquêtes sur le burn out de ces professionnels. Ainsi, les centres 15 mis en place initialement pour prendre en charge les urgences vitales, deviennent peu à peu des plateformes médico-sociales, point unique d'entrée dans le monde de la santé en particulier en période de garde. L'augmentation des sollicitations au centre 15 entraîne une moindre disponibilité des médecins régulateurs qui aboutit à une réception et une évaluation du degré d'urgence par les PARM, avec un transfert de tâches non réglementaire dans un cadre de ressources limitées conduisant à une inflation des problèmes médico-légaux, et à une « judiciarisation » de cette médecine.

Les lignes téléphoniques des centres 15 bénéficient d'un enregistrement de toutes les conversations, dans un but principalement médico-légal (réponse aux réclamations et contentieux) ou pédagogique. Ce support représente un matériel qui offre la possibilité, dans le respect de certaines conditions, d'étudier de façon unique la relation entre un appelant et le professionnel (PARM ou médecin) par la réécoute des bandes. Ainsi, après accord du comité d'éthique, une évaluation de la prescription médicamenteuse téléphonique réalisée au cours des conseils téléphoniques dispensés par les médecins régulateurs généralistes auprès des patients appelant le centre 15 a été effectuée au centre 15 de Besançon (études PMT1 et PMT2). En continuité de ce travail, une demande d'expertise (*sociologique*), a été faite auprès des sociologues de l'Université de Franche Comté afin d'étudier les aspects sociologiques de la prescription par téléphone. Une étude multicentrique (étude PMT3), associant les centres 15 de Besançon, Dijon, Nancy et Nantes a été réalisée de septembre à décembre 2008. Les premiers débats entre médecins urgentistes et sociologues pour cette enquête ont vite mis en évidence l'intérêt d'un travail plus vaste sur la question des urgences, ainsi que les aspects juridiques imprécis de l'accueil téléphonique d'urgence.

Par ailleurs, sociologues et juristes de l'UFC travaillaient à l'élaboration d'une collaboration scientifique sur la question de la vulnérabilité, il nous est rapidement apparu des aspects convergents des deux recherches en cours. Ainsi, une collaboration autour d'un projet transdisciplinaire baptisé « vulnérabilité et santé » associant sociologues, médecins et juristes s'est mise en place.

Ces travaux collectifs sur la vulnérabilité en situation « d'urgences médicales » ont permis de retenir deux aspects essentiels de l'analyse de la vulnérabilité :

Vulnérabilité des appelants :

Les origines de la vulnérabilité des patients peuvent être de divers ordres (les facteurs peuvent s'additionner) : vulnérabilité naturelle, liée à la maladie, liée à des facteurs socio-économico culturels, vulnérabilité liée à l'organisation des systèmes de secours et/ou à sa méconnaissance par les appelants.

La situation de l'appel aux urgences est une situation que nous devons considérer comme extraordinaire dans le sens où ce n'est pas une action quotidienne. Aucun d'entre nous n'appelle les urgences tous les jours. Par ailleurs cet appel extraordinaire touche à une réalité souvent difficile, angoissante, indéterminée Souvent l'appelant n'est pas la personne concernée mais une amie, parente, voisine etc... ce qui rend la communication entre les appelants et les professionnels tout à fait spécifique et donc intéressante à étudier. Que se passe-t-il du point de vue de la communication entre appelants et répondants ? Quel ajustement réciproque se met en place dans l'appel conduisant à une prise de décision ? Il s'agit de prendre ensemble une décision pour aboutir à un accord sur la situation et son traitement. Quelle place ici pour la notion de consentement ? Quelle est la responsabilité des répondants engagés dans cet appel ?

- Vulnérabilité des professionnels des urgences au travail :

Si la vulnérabilité pose problème aux populations d'usagers, elle interroge aussi les professionnels accueillants. Pour l'instant : médecins urgentistes et généralistes mais surtout permanenciers (PARM).

La vulnérabilité des professionnels peut avoir des sources diverses, que l'on peut regrouper en deux catégories :

- vulnérabilité « extrinsèque » :
provenant de la maladie/situation du patient, liée au cumul des situations (moyens limités, gestion des carences, nécessité choix/priorisation), à la cadence de travail et au rythme du travail de nuit, qui conduisent à une prise de risque et donc à une augmentation de la vulnérabilité résultant de l'agressivité des patients, des autres professionnels de l'urgence, des autres professionnels médicaux hors urgence vis-à-vis des professionnels de l'urgence
- vulnérabilité « intrinsèque » des professionnels de l'urgence :

En fonction de l'expérience, compétences, formation, parcours professionnel de chacun, liée à la personnalité propre du professionnel/profil psychologique, ses modes de gestion du stress, de l'agressivité, des conflits Cette dernière population de professionnels est peu connue : ils n'existent pas encore comme profession reconnue. Les permanenciers sont en effet recrutés par des responsables de services d'urgence et les compétences spécifiques attachées à l'exercice de cette tâche ne sont pas clairement définies.

Calendrier de l'action : 24 mois

Programme de travail

Etude de la vulnérabilité

En première approche, la vulnérabilité des professionnels peut avoir des sources diverses, qui conduisent à l'étudier sous deux aspects principaux :

- *vulnérabilité « extrinsèque »* : provenant de la maladie/situation du patient ; liée au cumul des situations (moyens limités, gestion des carences, nécessité choix/priorisation) ; liée à la cadence de travail et au rythme du travail de nuit, qui conduisent à une prise de risque et donc à une augmentation de la vulnérabilité ; résultant de l'agressivité des patients, des autres professionnels de l'urgence, des autres professionnels médicaux hors urgence vis-à-vis des professionnels de l'urgence
- *vulnérabilité « intrinsèque » des professionnels de l'urgence* : fonction de l'expérience, compétences, formation, parcours professionnel de chacun ; liée à la personnalité propre du professionnel/profil psychologique, ses modes de gestion du stress, de l'agressivité, des conflits

La vulnérabilité sera étudiée sous différents angles :

- étude détaillée de chacune des étapes du processus de prise en charge du patient (appel et traitement de l'appel au centre 15, interrogatoire téléphonique, décisions et envoi de moyens éventuels, transport du patient et bilan transmis au centre 15 lors du transport, arrivée du patient aux urgences et processus de prise en charge dans les service des urgences)
- étude des différents aspects de la vulnérabilité auxquels chaque professionnel travaillant dans les services d'urgence est confronté, par rapport à son poste de travail (permanencier en régulation, médecins régulateurs, infirmière d'accueil aux urgences, médecins urgentistes aux urgences, infirmière des box et du déchocage, aides soignantes et brancardiers
- Interview des recruteurs : analyse des compétences attendues, des échecs et réussites du recrutement
- Interview des candidats permanenciers : analyse de leurs représentations des compétences pour faire ce métier
- Interview des permanenciers en poste : analyse des trajectoires, de la professionnalisation

De plus, ces professionnels permanenciers ne travaillent pas seuls. Une observation participante des interactions entre les professionnels au travail au centre 15 sera nécessaire : formes du travail en équipe, modes de régulation mis en place, normes professionnelles des différents groupes L'observation doit conduire à une sociologie de l'organisation du travail qui prenne en compte l'environnement du travail (technicité, procédures de secours, volume d'appels, nuisances sonores ...)

Etude des risques

Le diagnostic, l'analyse, et l'évaluation des risques liés à l'activité des centres de réception et de régulation des appels (centre 15), se fera de la réception de l'appel au suivi de la décision. La méthode utilisée comprendra tout d'abord la définition du périmètre de l'étude. La méthode dite du « taureau » permet d'explicitier l'exigence fondamentale à laquelle répond le système. Cette recherche permet de répondre aux questions suivantes : « a qui, à quoi le produit rend-il service ? Sur qui, sur quoi agit-il ? Dans quel but ? »

Afin de mieux décrire fonctionnellement le processus de prise en charge des patients un arbre fonctionnel (selon la méthode RELIASEP®) sera utilisé. Cet arbre fonctionnel a pour but de décomposer le système en différentes fonctions élémentaires et sous fonctions qui seront utilisées pour l'élaboration de la cartographie des dangers. Cette approche méthodologique permet de faire le lien sur les contraintes qui s'imposent au système, et sur les performances associées que le système veut atteindre. Chaque fonction utilise la trilogie : capter, transformer transmettre.

Ensuite, une analyse des risques permettra d'identifier les scénari conduisant à un événement redouté en présence d'un danger ou d'une situation dangereuse, afin d'en déduire les moyens d'action en réduction du risque pour les maîtriser.

Enfin, une cartographie des Risques sera utilisée pour la représentation sous la forme de diagrammes de KIVIAT et de FARMER.

Résultats attendus

- améliorer la connaissance des motivations et déterminants sociologiques du recours à l'urgence et au centre 15 devant l'urgence ressentie
- étude de l'adéquation de la réponse à la demande formulée par les patients au cours de leur appel au centre 15
- évaluation de la régionalisation des appels au centre 15 en Franche Comté, et amélioration du service rendu a la population dans le cadre des appels d'urgence
- Amélioration de la formation des PARM (permanenciers) en lien avec les organismes de formation et organisme payeur (AFPA-ANFH)

Critères de l'action

- Interdisciplinarité : oui
- International : oui
- Interinstitutionnalité : oui
- Inscription dans l'environnement culturel, social et politique : oui
- Éléments d'innovation :

Partenaires

- Institutionnels :
- Scientifiques : Laboratoire de socio-anthropologie LASA-UFC (EA 3189), Laboratoire juridique CRJFC, CRRR- centre 15 du CHRU de Besançon, AFPA Franche-Comté, Equipe G. Chevrier, UMR CNRS 5605, CRRR- centre 15 du CHRU de Dijon

Financements sollicités, envisagés ou obtenus :

Obtenues

Bourse de l'Association des pharmaciens de Bourgogne Franche Comté (APHBFC) 2007, pour l'étude PMT2 « caractérisation et suivi de la prescription médicamenteuse téléphonique ; étude monocentrique au centre 15 de Besançon » T Desmettre ; montant : 3000 euros

Bourse de la Société Française de médecine d'Urgence (SFMU) 2008 : « caractérisation et suivi de la prescription médicamenteuse téléphonique ; étude multicentrique Besançon, Dijon, Nantes, Nancy » T Desmettre ; montant : 12 000 euros

AAP Région de Franche-Comté 2009 : 36 380 euros

Déposées ou en attente

Demande d'aide déposée au réseau INTERREG : cette demande porte sur la comparaison de ce projet entre les CHU français et suisses notamment l'hôpital de Neuchâtel. Cette demande est en cours de finalisation. Financièrement, la demande porte sur des aides d'allocations doctorales. Pour cette raison la demande présente ne concerne que des équipements et des vacations de recherche

Une demande de subvention est faite à l'ANFH (Agence nationale des personnels hospitaliers)

L'AFPA de Franche Comté a donné un accord de principe sur sa participation au projet dans la phase valorisation puisque cette recherche devrait déboucher notamment sur des propositions de formations es personnels hospitaliers travaillant aux urgences, notamment les permanenciers (PARM)