

Annexe 6

Réflexions de la SRLF sur la permanence des soins hospitaliers

Réflexions de la SRLF sur la permanence des soins hospitaliers

Les membres du conseil d'administration de la Société de Réanimation de Langue Française ont statué le 4 mai 2009 sur l'organisation optimale de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux du point de vue des médecins réanimateurs.

Cette organisation doit être tout d'abord replacée dans le contexte de l'organisation générale des soins des patients hospitalisés dans les établissements de santé. Les membres du conseil d'administration estiment que celle-ci va évoluer à brève échéance. Il sera nécessaire de distinguer trois niveaux d'intensité de soins. Les unités de réanimation optimisées en taille et en personnel, les unités de soins intermédiaires regroupant (sauf cas très particulier – brûlés) les actuelles unités de soins intensifs et les actuelles unités de surveillance continue, et les unités dédiées aux soins courants. Il faut individualiser à part les unités de soins palliatifs.

Plusieurs raisons amènent à penser que cette évolution à brève échéance est souhaitable et inéluctable :

1°) Il est judicieux de restreindre le nombre des listes de garde car celles-ci elles réduisent les ressources médicales de jour des établissements, désorganisent de façon importante leur activité, et sont très coûteuses.

2°) Certaines gardes sont pleinement justifiées soit du fait de l'exigence de permanence des soins (SAU, Réanimation, maternité) soit si l'activité nocturne est importante (services de chirurgie). La garde de radiologie doit être maintenue dans les centres lourds alors que pour d'autres centres, la télétransmission devrait permettre de résoudre le problème.

3°) La plupart des praticiens hospitaliers expérimentés ne souhaite clairement pas participer à la permanence des soins sur place. Ce souhait est légitime car leurs compétences, surtout si elles sont très pointues, sont souvent inutiles, sauf de façon irrégulière et ponctuelle, durant la période de garde. Des astreintes opérationnelles s'avèrent souvent suffisantes (par exemple orthopédistes, gastro-entérologues pour les endoscopies digestives, cardiologues interventionnels).

3°) La charge en soins n'est pas sensiblement différente dans les unités de soins intensifs et dans les unités de soins continus. Cette simple constatation amènera la tutelle à unifier les tarifs de ces structures.

4°) Il faut bien sûr tenir compte de la démographie médicale en baisse et du vieillissement des praticiens.

Dans un avenir proche les unités de soins intermédiaires devraient être regroupées à proximité des unités de réanimation, dont l'équipe, garante de la permanence des soins, notamment de garde, sera le référent. Dans les structures de soins intermédiaires, les patients appartenant à une même discipline devraient dans la mesure du possible être rassemblés au sein d'un même secteur : cardiologie, neurologie, gastro-entérologie... Les spécialistes des disciplines concernées seraient en astreinte opérationnelle. Il restera à déterminer, en fonction de la taille des unités de soins intermédiaires, si la présence d'un médecin –qui ne doit pas être nécessairement un réanimateur- est requise ou non.

En ce qui concerne le cas particulier des accidents vasculaires cérébraux, il paraît indispensable que, sous les conseils des neurologues ou d'autres spécialistes dont la compétence en matière de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux est confirmée (DIU neurovasculaire), les patients soient surveillés étroitement et sans aucune rupture dans la continuité des soins conformément aux recommandations de bonnes pratiques bien connues des réanimateurs – très sensibilisés aux questions soulevées par l'agression cérébrale aiguë et son traitement, puis transférés après les 48 premières heures dans l'unité neurovasculaire où la prise en charge ultérieure des patients sera poursuivie. Il est clair que la surveillance des patients atteints de comorbidités associées se fera au mieux dans ces unités intermédiaires.

Cette organisation logique et cohérente permettra d'optimiser la prise en charge de ces patients en utilisant au mieux les ressources tant humaines que matérielles des établissements de santé.

Pr B Guidet
Président de la SRLF

Dr H Outin
Médecin expert missionné par la SRLF