



OPTIMISATION DE LA RÉPONSE À L'URGENCE

Lausanne, le 1er novembre 2018

SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les urgences : maladie ou symptôme ? Que nous apprennent les expériences françaises ?

Réponse à l'urgence : avancement et
perspectives

1^{er} novembre 2018

Lausanne

Yann Bourgueil - EHESP

Plan

- Une expérience d'étudiant et de chercheur
- L'urgence en France : une histoire illustrative du modèle de soins Français
- Répondre à l'urgence: toujours plus de la même chose ?
- Transformer le système de soins : une urgence ? Et comment ?
- Une stratégie de transformation du système de santé
- Quelques enjeux

Une expérience d'étudiant et de chercheur

- L'externe aux urgences
 - Encadré par les internes, formé par les infirmières, un lieu qui ne ferme jamais et qui accueille tout, ce que l'on ne sait pas
- Etude des urgences pédiatrique d'un CHU parisien
 - Utilisateurs fréquents – décalage offre demande
 - Agir aussi en dehors de l'hôpital
- Consultant en dispensaire « humanitaire »
 - Agir aussi en dehors du sanitaire (accès aux droits, health literacie, culture, langue...)
- Une approche monographique d'un réseau départemental de l'urgence
 - concurrence, coopérations, conflits, qualité, communication
 - L'urgence un problème ou un marché ?
- L'accès aux urgences : un enjeu d'égalité

L'urgence en France : une histoire illustrative du modèle de soins Français (1)

- La naissance des SAMU, SMUR, SAU : un processus de différenciation militant dans un environnement concurrentiel
 - Augmentation des AVP, monter dans les camions des pompiers → SMUR (préhospitalier)
 - Réguler en amont → Centres 15
 - Couvrir le territoire, s'articuler avec le 18, les transports, contrôler la qualité, former un syndicat AMUF
 - Débouchés professionnels pour des médecins en augmentation
 - Croissance SOS médecin dans les villes

L'urgence en France : une histoire illustrative du modèle de soins Français (2)

- Un dispositif installé reconnu et attractif et une répartition des rôles
 - Plan urgence : reconnaissance des SAU, SMUR, SAMU-C15, UPATOU, POSU (2003)...
 - Vers la spécialité médicale d'urgentiste
 - Grève des MG et fin de l'obligation des gardes et appel au volontariat pour la permanence des soins (2002)
 - Les urgences : une ressource pour l'hôpital ?

Urgences : un succès entre 1999 et 2009



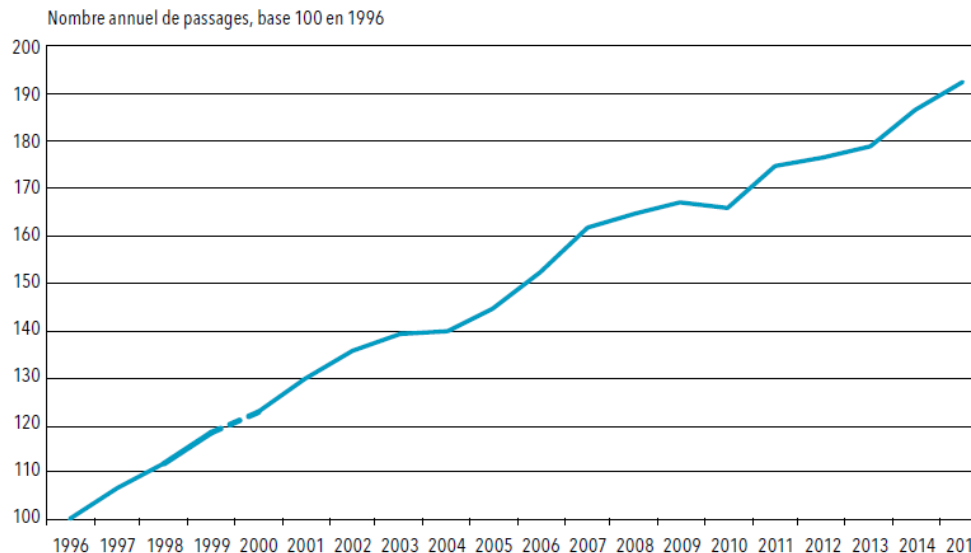
Une réalité moins séduisante



L'urgence en France : une histoire illustrative du modèle de soins Français (3)

- Les urgences victimes de leur succès ?

Graphique Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Note > Ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.

Champ > France métropolitaine, hors SSA.

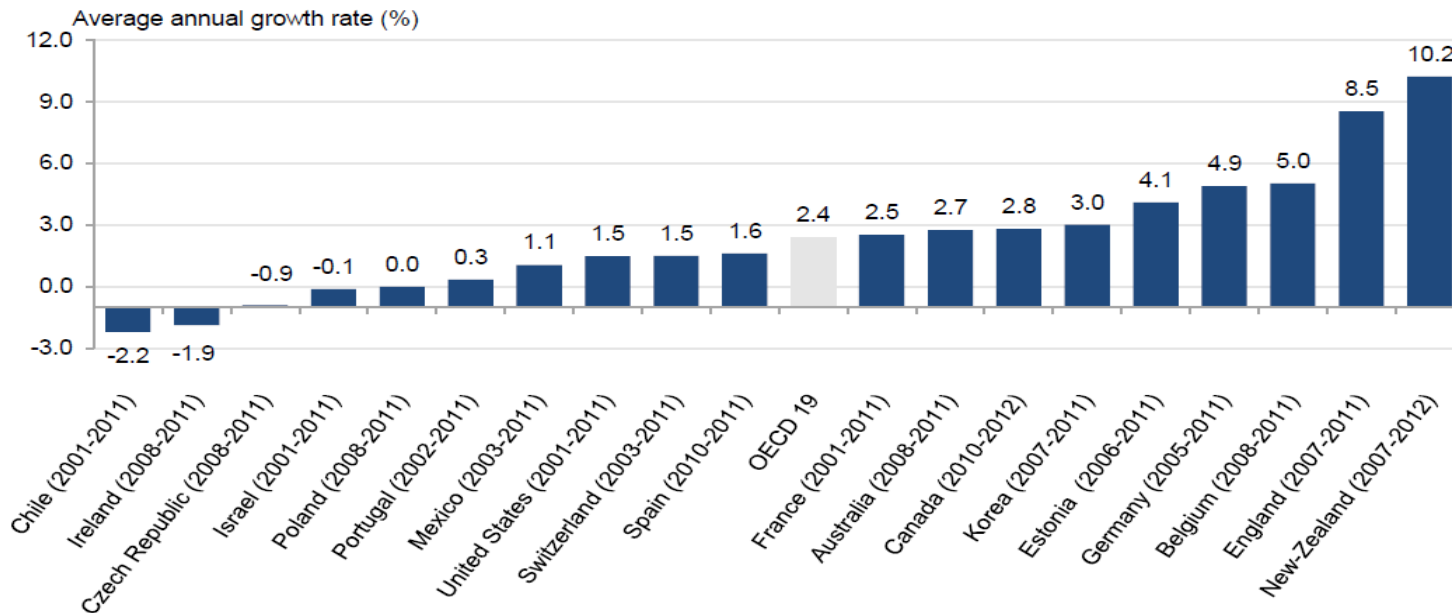
Sources > DREES, SAE 1996-2015, traitements DREES.

21 millions de passages en 2016

- Activités variables selon les services
- Concentration âges extrêmes
- Complications maladies chroniques
- Demandes hors soins
- Situations sociales difficiles
- 75% retour à domicile (2013)
- 20% CCMU 1

Un phénomène largement partagé

Figure 2. Average annual growth rate in emergency department visits over the past decade (calculated based on the number of visits per 100 population)



Note: Due to different definition and identification of emergency care services caution is needed when comparing OECD countries. Some countries include both ambulatory and inpatient ED visits (e.g. Australia), while other countries (e.g. Switzerland or Germany) include only inpatient ED visits (ED visits leading to hospital admissions with a minimum of one stay and/or ED visits from patients already hospitalised).

Sources and definitions: See Table A1 and A2 in Annex.

Source : OECD working paper n° 83 emergency care services 2015

L'urgence en France : une histoire illustrative du modèle de soins Français (3)

- La médecine général en évolution
 - Diminution du nombre de MG et de leur activité (Consultations et Visites)
 - Hétérogénéité permanence de soins
 - Exercice collectif et sur rdv
 - Structuration académique et recherche
- Réforme du 3eme cycle 2017
 - 44 spécialités dont la médecine d'urgence, la gériatrie...
 - L'aboutissement d'une logique de spécialisation

Répondre à l'urgence: toujours plus de la même chose ?

- Une réponse univoque à une réalité complexe
 - Service public, assistance publique, secours public et hôpital public (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) à l'hôpital, Maisons Médicales de Gardes à l'hôpital
 - Une approche biomédicale, une visée diagnostique, temps d'attente comme performance, une hiérarchie symbolique
 - Une réponse à partir de l'offre de soins
 - Sources de régulations différentes et cloisonnement
 - Santé/intérieur
 - Assurance maladie/état

Répondre à l'urgence: toujours plus de la même chose ? (2)

- Un système hospitalo centré
 - production et transmission de savoirs à l'hôpital
- Un secteur ambulatoire libéral
 - coordination implicite, réseaux informels et souvent laissée au patient et sa famille
 - paiement à l'acte et débours
- De multiples efforts de coordination pour les personnes âgées qui concernent les urgences
 - Réseaux de soins , CLIC, Maia, Paerpa,
- Un système d'urgence peu lisible au final

Transformer le système de soins : une urgence ? Et comment ?

- Organiser la permanence des soins et les soins non programmés en ville (consensus)
 - Équipes et organisation collective des professionnels (Maisons et centres de sante, Pôles de santé) – cs non programmées – accueil urgences
 - Organiser la proximité avec l'hôpital et les spécialistes
 - Vers une organisation et une contractualisation territoriale - communautés professionnelles territoriales de santé – 1000 sur l'ensemble du territoire
- Rémunérer les urgences hospitalières pour réorienter les patients en ville
 - Amendement O Véran PLFFS 2019

Une stratégie de transformation du système de santé

...la structuration des soins de proximité est la priorité des priorités. Car c'est de ce levier que dépendent beaucoup de réponses aux tensions que nous connaissons. La réponse à la demande de soins de la population, l'accélération du virage ambulatoire, l'allègement de la pression sur l'hôpital, l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé de la ville. Tout cela repose sur une meilleure structuration des soins de proximité. Pdt E Macron – 18/09/2018

- Favoriser la qualité (références, mesure, forfaits, € hopitaux, mesure, numérique)
- Créer un collectif de soins autour du patient (1000 CPTS, € collectifs, assistants, numérique, télémédecine, gradation hôpitaux, psychiatrie, urgences)
- Adapter métiers et formations (recrutement, réforme études médicales deuxième cycle, service sanitaire, parcours, IPA...),
- Une réforme pour les 50 prochaines années !

Quelques enjeux

- Des craintes légitimes à considérer (redéployer, restructurer, médicaliser..)
- Les patients/usagers/élus comme ressource
- Diversité de solutions
- Les TIC et les modalités de rémunération au service du projet de transformation
- Objectiver et évaluer
- Engagement des professionnels de santé nécessaire

Mission sociale et responsabilité populationnelle des professionnels de santé : une exigence d'aujourd'hui ?

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Source CNOM

