

Optimisation de la réponse à l'urgence

Colloque du Service vaudois de la santé publique
Lausanne, le 1^{er} novembre 2018



Auteur des notes: Camille-Angelo Aglione (camille-angelo.aglione@gmail.com)

Le contenu de ce document n'engage que son auteur et en aucun cas les personnes et les institutions citées.

Introduction

Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat

Mesdames, Messieurs bonjour et merci d'être venus si nombreux pour ce premier colloque sur l'organisation de la garde médicale. Avant tout j'ai quelques annonces à vous faire sur les nouveautés récentes dans ce domaine dans les régions du canton.

Un premier élément de rappel et de contexte : les constats qui ont été faits au Service de la santé publique sont de deux ordres :

- Le besoin de médecine ou de soins amorce depuis quelques années une croissance spectaculaire et nous ne sommes qu'au début du processus. Vous savez que la population âgée va croître de manière fulgurante ces prochaines années. C'est une croissance qui se fait dans un contexte où nos systèmes de santé sont déjà saturés. Ce vieillissement de la population n'est pas une nouveauté et nous ne sommes pas restés les bras croisés, nous avons par exemple adapté nos capacités de formation pour les professionnels des soins. Nous avons aujourd'hui environ deux fois plus d'infirmiers diplômés par année qu'il y a vingt ans et je ne parle même pas des ASSC qui n'existaient pas il y a dix ans. Nous ne sommes pas démunis, nous ne sommes pas dans un état de panique, mais pour autant c'est le grand moment de se poser des questions sur l'organisation du système et son efficience.
- Notre système de santé concentre toujours plus de moyens, de ressources, de techniques, dans les lieux que l'on appelle les hôpitaux. La définition de l'hôpital est parfois discutable, autrefois c'était uniquement du stationnaire, désormais c'est aussi de l'ambulatoire, mais enfin, ce sont ces hôpitaux qui attirent toujours plus des besoins de soins. A l'envers de cela, on constate que les prestations qui vont vers le milieu de vie des personnes, sont plutôt en baisse. Prenez les médecins par exemple : 40% de visites en moins par rapport à il y a dix ans, alors que la population et surtout les besoins de santé, ont augmentés. De l'autre côté, le recours à l'urgence est en croissance exponentielle. Si on continue dans cette tendance lourde qui consiste à attirer les besoins en soins vers l'hôpital et que l'on plaque cette tendance sur les données démographiques on arrive à une incapacité de réponse à tout le moins une inadéquation. Nous savons notamment d'expérience que pour la personne âgée, l'hôpital n'est pas le lieu adapté pour répondre à la problématique.

Voilà les constats, alors quoi faire ? Notre réflexion c'est de se dire que l'Etat peut avoir un rôle dans cette affaire en mettant à disposition des ressources d'intérêt général, hors périmètre LAMal, pour essayer d'apporter des soutiens à ce qui est en train de se réduire : l'offre dans le lieu de vie (EMS ou domicile). C'est cette réflexion qui est au cœur de tout ce dont nous allons vous parler. C'est de ce constat qu'était aussi né le projet des régions de santé. On a évidemment vu rapidement le potentiel de débat qu'il y avait avec la création d'un nouvel acteur public. Nous avons donc décidé de retirer ce projet de loi et tâchons de travailler avec des acteurs et projets locaux. C'est ce que nous avons tenté de faire en sélectionnant des acteurs régionaux.

Là-dessus se greffe le problème de la garde. Quelle est son intensité, de quoi est-elle faite et qui la fait ? Si on ne peut répondre à ces questions, on ne peut construire des nouveautés. C'est pour cela que nous avons résilié la convention avec la SVM (Société Vaudoise des médecins). Je vous passe les péripéties qui ont suivis et je me concentre sur le résultat : mardi nous avons réussi à trouver un accord avec la SVM. C'est un accord qui repose sur un principe simple : le contenu de ce que nous voulons faire, la stratégie, n'est pas remis en cause, de même que les programmes. Ce qui est remis en cause c'est la nature de l'intervention publique. On ne fait donc plus une directive étatique mais

on importe le contenu dans une convention entre le Département de la santé publique et la SVM. C'est une logique de partenariat. Il y a toutefois un changement de contenu : les commissions régionales de la garde, dont on disait qu'elles seraient désignées par les mandataires régionaux, le seront toujours par ces acteurs, mais d'un commun accord avec la SVM. Ceci de sorte que ce lieu d'organisation de la garde, de validation des plannings, des dispenses, cette organisation recevra une double-légitimité : par les mandataires régionaux, donc par l'Etat et une légitimation professionnelle, via la SVM.

Autre bonne nouvelle : nous avons quelques ressources pour faire ce programme. Nous partons du principe que si nous avons un peu moins d'hospitalisations, nous économiserons environ 8 millions de francs par année, que nous mettrons à disposition de ce programme. A côté de cela nous demandons au Grand Conseil un budget de 3 millions pour soutenir la garde. Il y a donc des ressources publiques et je le dis avec d'autant de satisfaction que pour une fois l'Etat peut envisager de développer des prestations hors du domaine hospitalier. Commencer à dévier une partie des moyens qui composent la croissance des frais hospitaliers pour soutenir des aidants à domicile ou des médecins généralistes, c'est positif.

Je conclurais qu'il nous faudra également songer à modifier les systèmes tarifaires. Ces derniers doivent être des outils au service du dispositif de santé et non l'inverse. C'est ce que nous tentons de faire en déviant une partie des moyens.

Premier bilan sur le processus en cours

Dre Stéfanie Monod, Cheffe du Service de la santé publique

Je dois dire que je suis très impressionnée par la réponse que vous avez donné à cette invitation. Je suis également impressionnée par la diversité d'horizons professionnels des personnes qui sont dans la salle. J'aimerais discuter de trois points avec vous : une proposition de lecture, une histoire et des objectifs.

Rapport
sur la politique
de santé publique
du canton de Vaud
2018-2022

La proposition de lecture c'est le [RAPPORT SUR LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANTON DE VAUD](#). On y retrouve la volonté de développer une politique de santé qui soit forte et pose les jalons d'un cap qui permette de maintenir la population dans le meilleur état de santé possible. Vous trouverez dans ce rapport une présentation matricielle des champs de politique publique. On y retrouve la promotion de la santé ; l'accès aux soins ; les soins dans la communauté ; les conditions cadre ; les valeurs, etc. La question de la réponse à l'urgence recouvre finalement l'entier de ces champs.

L'histoire c'est celle de Madame Today, dont on a parlé en 2017. Madame Today est une illustration d'une dame qui exprime les aspects de prise en charge de succession de décisions, notamment dans le champ des personnes âgées. D'un point de vue social, Mme Today est veuve, habite à lausanne, elle a une fille qui est déléguée CICR en Syrie. Elle a trois petits-enfants qui vivent à Payerne et plus que quelques amis qui vivent encore autour d'elle. D'un point de vue médical, elle a un ulcère de la cheville, elle a un diabète, elle a la vue qui baisse et les déplacements deviennent difficiles dans son appartement. Elle est suivie par le CMS, 7 jours sur 7. Considérée très clairement comme une situation fragile. Comme beaucoup de patients âgés, elle prend neuf médicaments et voit trois docteurs. Un jour elle chute dans sa salle de bain, elle est hospitalisée au CHUV. Alitée, elle ne peut faire sa toilette seule au lavabo. Au bout de neuf jours elle est transférée en réadaptation. Ne pouvant récupérer suffisamment vite son autonomie, la décision est finalement prise, de recommander une entrée en EMS. On est ici en face d'une succession de décisions qui contribuent à créer une trajectoire qui n'est pas optimum.

L'urgence ne tombe pas du ciel. Elle est un moment dans le parcours de santé. La cohérence de la réponse optimale, c'est sans doute ensuite une réponse adéquate. En comparaison intercantonale, le niveau de recours à l'urgence en terres vaudoise est l'un des plus élevés en Suisse. On retrouve également des allers-retours, qui témoignent d'un problème d'ancrage de la suite des soins dans la communauté. De quoi parle-t-on quand on parle de l'urgence ? On a pris le parti de se dire que l'urgence c'est ce que ressent la personne ou ses proches. Cela se traduit par une prise de contact avec le système de santé, le 144 par exemple, qui a une politique de tolérance zéro vis-à-vis du risque. On peut aussi considérer l'urgence comme le téléphone à une centrale téléphonique des médecins, le recours au médecin traitant ou la visite directement dans un hôpital ou une policlinique. Chacun avec son fonctionnement, ses critères d'appréciation de la situation et ses réponses.

Les objectifs généraux du programme cantonal de réponse à l'urgence visent à ce que toute personne qui a un besoin de soin urgent, puisse recevoir une réponse appropriée et dans les temps. Si la situation d'urgence nous intéresse, on veut aussi prévenir ou repérer les situations à risques d'événements indésirables, pour pouvoir diminuer la survenue de la situation d'urgence. En aval il y a tout ce qui découle de la prise de contact : l'évaluation, le tri et une prise en charge ultérieure.

En termes d'effets attendus on a créé trois groupes :

- Pour les patients :
 - Optimiser une prise en charge de qualité
 - Améliorer la lisibilité de notre système de santé
 - Offrir des alternatives de prise en charge, notamment pour les personnes fragiles
- Pour les professionnels de santé :
 - Améliorer la lisibilité du système
 - Améliorer la continuité et la coordination
 - Renforcer les compétences
 - Développer des rôles professionnels
- Pour le système :
 - Coordonner les dispositifs existants
 - Gagner en fluidité
 - Gagner en efficience (éviter de créer un dispositif pour chaque problème)

Vous allez tout à l'heure entendre différents champs de travail qui ont été pensés dans ce projet. Avec ce qui va mettre en place dans les régions on va s'attendre à des résultats à moyen ou long terme. Ces résultats seront mesurables, également en termes de bénéfices pour les patients.

Projets régionaux prioritaires 2019

Fondation de La Côte

La région de la Côte a choisi une organisation et des projets qu'elle souhaite fondés sur l'existant et qui répondent aux besoins de la population. La Côte c'est une zone géographique compacte et homogène, en revanche nous avons une patientèle qui présente une grande diversité.

L'organisation est axée sur une alliance entre les acteurs, encore fallait-il identifier quel acteur pourrait le porter. Il se trouve que c'est la Fondation de la Côte qui a été désignée. Je voulais toutefois mentionner que notre Fondation doit désormais revisiter ses statuts pour accueillir cette alliance. Si on se penche sur l'organisation on remarque qu'une majorité des sièges (14) sont réservés aux communes. Les médecins, les deux hôpitaux et un EMS participent également à la conduite. S'agissant de la dimension plus technique, le groupe de pilotage regroupe également tous les milieux.

Si on se penche sur les projets : dans la région de la Côte, concernant la garde on se réjouit de la conclusion des discussions entre le Canton et la SVM, cela va nous permettre d'aboutir dans nos propositions sur le terrain. Les deux autres volets concernent le renforcement du dispositif des soins communautaires et les soins à domicile 24/7.

Si je pose le focus sur le renforcement du dispositif de soins communautaire, nous avons travaillé en deux temps. Une première étape a été la réunion des acteurs et l'identification des objectifs pour l'amélioration du dispositif de soins communautaires. Nous avons ensuite défini les priorités et les mesures. La seconde étape a consisté à aller dans le détail des mesures jusqu'à la création de business plan détaillés pour sept initiatives qui sont désormais en consultation auprès de l'ensemble des acteurs concernés. L'objectif est un livrable en principe au début du mois de décembre 2018 pour pouvoir débuter en 2019.

Je conclus avec les enjeux en ce qui concerne la trajectoire du patient, mais aussi la consolidation de l'existant (notamment le projet CMS 24) et un nouveau dispositif avec des infirmières de garde qui répondront à l'urgence via un numéro unique. Ces professionnelles orienteront ou interviendront le cas échéant. Ce dispositif sera opérationnel au 1^{er} janvier 2019 et va rapidement tomber en interaction avec des questions d'accessibilité des lits de courts-séjours, la dimension des médicaments, l'opportunité de créer des lits d'observation, etc.

Policlinique médicale universitaire

La Région centre est une région riche en prestations. Le réseau centre a la particularité de recouvrir le territoire de deux associations et une fondation de soins à domicile ; un hôpital universitaire et son service d'urgence ; trois structures de soins aigus et de réadaptation ; la fondation urgence santé et ses centrales (médecin de garde et 144) ; sept permanences ; 54 EMS ; plus de 800 médecins installés et 8 équipes mobiles rattachées différentes institutions. C'est 63 communes, dans un milieu urbain et rural.

La Policlinique médicale universitaire (PMU) ce sont plus de 30 à 35 médecins assistants qui achèvent chaque année leur formation et environ 4 à 5 médecins chefs de clinique. La PMU est un centre de référence en médecine interne générale (MIG) et en santé communautaire. C'est aussi toute une formation structurée et proposée aux médecins qui travaillent à la PMU. Les urgences de la PMU jouent un rôle pour offrir des soins appropriés à toute une partie de la population qui vient au CHUV mais n'ont pas nécessairement besoin du plateau technique de l'hôpital.

Un petit mot sur son évolution : la PMU évolue vers une nouvelle institution, qui fera de la médecine générale et de la santé publique. Cette nouvelle institution sera le fruit d'une fusion entre l'IUMSP (Institut universitaire de médecine sociale et préventive), l'IST (Institut santé au travail), Promotion Santé Vaud et la PMU. Ce sera donc toujours un centre de formation, mais aussi un centre de recherche. Enfin, ce centre jouera évidemment un rôle majeur dans les questions de santé communautaire.

En termes d'organisation de projet : tous les acteurs principaux ont été impliqués dans un COPIL, présidé par le Prof. Cornuz (pour les EMS c'est Christian Weiler qui participe).

Concernant la garde médicale : ce qu'on constate c'est que pour 2019 la garde des médecins internistes généralistes sera sensiblement la même qu'aujourd'hui. Les trois garde spécialisées (pédiatrie, psychiatrie et gynécologie) souhaitent conserver une dimension cantonale, mais nous allons tout de même travailler avec elles sur des projets régionaux. En gynécologie par exemple, les privés pourraient aider aux urgences de la maternité et à des garde d'obstétrique dans les cliniques privées (les discussions sont en cours).

Un petit mot supplémentaire sur la garde : si on regarde les secteurs de garde au niveau du canton, on voit que le réseau centre, est à cheval sur différentes régions de garde. Il va donc falloir travailler ensemble, entre les régions pour pouvoir avoir un dispositif cohérent. C'est un petit challenge sur lequel nous allons travailler.

Concernant les aspects de renforcement de la réponse sur le lieu de vie : HévivA a travaillé sur un relevé des hospitalisations et le passage par les urgences. Pour les CMS, dès 2019, une réponse continue par téléphone et une amélioration de la réactivité pour intervention au domicile en cas d'urgence sont prévus ainsi que l'identification des prestations et projets possibles.

Concernant le renforcement des compétences, nous allons travailler sur un cours de médecine d'urgence domiciliaire qui pourra être adapté pour mieux répondre aux besoins de ce projet. Une identification des besoins des différents acteurs sera également menée.

Pour ce qui est de la coordination : nous ne manquons pas de prestataires dans la région centre mais nous avons une marge de progression dans leur coordination. Ce qui est proposé c'est une réponse à l'urgence mieux coordonnée, via un guichet unique qui pourra orienter vers les partenaires ad hoc. C'est un guichet qui devra avoir la capacité de répondre à la demande d'urgence et mutualiser les réponses sur le lieu de vie.

L'idée c'est que l'ensemble des professionnels puissent faire appel à ce guichet unique, Ce qui reste à déterminer c'est qui va assumer ce rôle (*la salle rigole*).

Concernant les lits d'accueil médicalisés, c'est une pièce du dispositif et qui devrait permettre de recevoir en tout temps des patients avant un retour à domicile ou le transfert vers une structure de réadaptation. On est en train de réaliser le profil des patients.

Les priorités pour 2019 sont donc :

- Mettre en œuvre la garde médicale sur les acteurs de Lausanne et Renens
- Traiter les données provenant des EMS et des CMS
 - Renforcer la prise en charge sur les lieux de vie
 - Renforcer les compétences des partenaires intervenant sur les lieux de vie
 - Renforcer la coordination de la réponse à l'urgence
 - Elaboration d'alternatives

Réseau Santé Nord Broye

Au niveau géographique, nos régions sont à la fois de la plaine, de la montagne (Vallée de Joux) et une région intercantonale (la Broye : Fribourg-Vaud). Cela justifie que nous ayons travaillé sur deux axes géographiques avec des réponses spécifiques. A cela il faut ajouter trois hôpitaux régionaux, trois organisations de soins à domicile et cinq secteurs de garde. Il faut aussi dire qu'il y a, en comparaison cantonale, des taux de recours plus fréquents aux soins à domicile, moins à l'EMS et plus à l'hôpital. Enfin, il faut ajouter que la tradition de travail en interprofessionnalité et les projets en cours sont en place depuis longtemps et que la proposition du canton arrivait donc dans un contexte mûr et favorable.

Au niveau des personnes qui travaillent c'est un peu complexe, mais nous avons deux gouvernances : le Nord et la Broye. Ces deux bureaux sont coordonnés par le comité du réseau. La réponse médicale est commune aux deux régions.

Le projet de réponse à l'urgence nous a amené à prioriser trois projets :

1. Prévenir et anticiper la crise / l'urgence
2. Promouvoir le maintien à domicile
3. Eviter les hospitalisations inappropriées

Nous souhaitons donc mettre en cohérences les conditions cadre et les collaborations entre les acteurs. Première étape concernant le nord : à partir du 3 janvier, les médecins auront la possibilité de faire des gardes en permanence. Les permanences seront remplacées par la CGMT et l'hôpital va étendre l'offre pour la garde de nuit avec la possibilité d'envoyer des infirmières de nuit à domicile. Des lits temporaires vont également être testés. En ce qui concerne la réponse médicoteknique, cela existe déjà mais on va l'étendre à l'entier de la population. La pharmacie d'interface visera, à l'instar du projet à l'Est, la mise à disposition des médicaments et du matériel H24.

Pour la Broye, dans les axes prioritaires nous avons à cœur de faciliter les fonctionnements de binômes entre les médecins et l'IMUD (l'infirmière mobile d'urgence à domicile). L'idée c'est d'augmenter la plage horaire de l'IMUD à 24/7 (actuellement elles ne travaillent que la nuit et le week-end). L'IMUD est à priori basée aux urgences, elle le resterait de jour (mais nous sommes en train de discuter ces points). On pense qu'elle doit rester basée aux urgences pour amener le plus vite possible la réponse à domicile et éviter aux gens de monter dans les étages. On souhaite également pouvoir former tous les intervenants des soins à domicile dans les trois ans aux situations d'urgence. Au niveau des compétences, un point important c'est la psychiatrie. L'idée serait de mettre en place la prestation « urgence crise » au HIB, peut-être par 24/7 mais au minimum pour que les gens sur le terrain aient une vraie personne de référence. Au niveau des systèmes d'information il nous semble essentiel que les moyens soient déployés. A cela s'ajoute les défis intercantonaux, de facturation, interinstitutionnels, etc. Voilà cela fait beaucoup de priorité mais nous sommes motivés !

Hôpital Riviera-Chablais

Le premier enjeu de cette région c'est la construction d'un nouvel hôpital. Cette construction arrive pratiquement à terme et il est clair que cela bouscule complètement le fonctionnement du système sanitaire d'une région. Voilà pourquoi quand on a reçu la nouvelle que nous serions le mandataire régional, on n'a pas tout de suite sauté de joie. Mais à la réflexion c'est vrai que c'est une opportunité intéressante. Il faut préciser que dès le départ l'hôpital a été pensé avec une réduction du nombre de lits, ce qui implique une nécessité de renforcer le dispositif communautaire. La seconde spécificité de la région c'est qu'il y a certes la plaine et le bord du lac mais il y a également les régions de montagne, le Pays d'Enhaut et une interconnexion entre deux cantons (Vaud-Valais) pour ce qui du futur hôpital. On a fait à peu près la même chose que l'Ouest et les recommandations

sur les propositions d'action sont similaires, je vous fais donc l'économie de cette diapositive. Il faut ajouter enfin que le réseau est d'un dynamisme particulier et les acteurs fédérés.

Nous avons donc créé un comité de pilotage, qui conduit différents chefs de projet

Parmi les projets prioritaires nous allons donc travailler sur :

- La garde médicale, qui se déroulera à domicile en EMS et en institution/foyers.
- L'équipe soignante mobile d'intervention rapide (24/7). C'est une équipe qui devra fonctionner sous la responsabilité d'un soignant et qui devra pouvoir répondre en 2h.
- La même chose pour le domaine psychiatrique.
- Réconciliation médicamenteuse : nous avons aujourd'hui un souci de la prise en charge des médicaments en amont et en aval de l'hôpital. Nous avons une opportunité dans la région, c'est qu'à côté du futur hôpital, Espace santé (polyclinique privée) ouvrira une petite pharmacie.
- Disposition des médicaments et du matériel de soins (24/7).
- Dernier projet prévu pour 2019, c'est intervenir dans des situations aiguës de soins palliatifs et de diabétologie avec la création d'un piquet.

En conclusion, je répéterai mon introduction : c'est bénéficier du changement de rythme entraîné par la création de l'hôpital pour créer une organisation de projet la plus efficace possible et associant l'ensemble des acteurs.

Les urgences : symptôme ou maladie ?

Dr. Yann Bourgueil, Responsable Mission Recherche, Ecole des hautes études en santé publique, Paris.

Les projets présentés font échos à de nombreuses questions que nous nous posons en France. Je dirai aussi quelques différences. La Suisse c'est 26 cantons, des assureurs en compétition, un système de démocratie semi-directe et un corporatisme moins fort. La France est un grand pays. La problématique du transport est donc très présente. C'est un système centralisé, qui a donc tendance à ne pas changer rapidement, mais lorsque la décision est prise le changement intervient rapidement. C'est aussi un assureur unique et donc de nombreuses données disponibles.

Dans ma présentation je vais commencer par interroger les causes des problèmes que nous rencontrons. En déconstruisant on peut se permettre de redéfinir des solutions qui sont peut-être plus intéressantes que celles que nous avons adoptées précédemment. Dans mon intervention je vais partir de mon expérience, comme médecin puis comme chercheur. Faire l'histoire de l'urgence également, car c'est un magnifique miroir du système de santé, en particulier ce qui ne va pas.

L'urgence j'aimerais en parler en tant qu'étudiant en médecine. A l'époque, les urgences ce n'était pas très structuré. Les médecins assistants, dont j'étais, étaient finalement formés par les infirmières. L'autre élément important c'est que quand on est formé comme médecin, on voit toujours ce qui ne va pas, on ne voit que les « ratés » du système, puisque les gens arrivent là car on n'a pas agi avec eux en amont. Se construit alors une sorte de mépris pour l'action communautaire. J'ai donc décidé de focaliser mon regard sur la vaccination des enfants dans un CHU parisien. Les carences de vaccination m'ont convaincu qu'il fallait agir en dehors de l'hôpital.

Plus tard, en travaillant dans l'humanitaire, en France, j'ai pu constater la problématique de l'accès aux soins. Constatant que des véritables urgences n'étaient pas traitées, j'en ai déduit l'importance de traiter également cette notion d'accès.

Enfin, travaillant dans les années 90 à une monographie d'un réseau départemental d'urgences, j'ai constaté que les acteurs étaient parfois en coopération mais aussi parfois en concurrence.

Mais arrêtons-nous sur la construction des SAMU (Service médical d'aide d'urgence). Historiquement ce sont des médecins anesthésistes qui sont montés dans les camions des pompiers pour éviter aux personnes de mourir durant le transport. C'était un réflexe militant dans un contexte où les accidents de la route étaient nombreux. C'est un projet qui a tout de suite mis en concurrence les pompiers et les médecins. C'est un réflexe qui a également mis à jour des problèmes de gouvernance notamment, puisque les pompiers dépendent du département ou de la commune alors que l'hôpital est dépendant de la mutuelle. Ce dispositif s'est construit toutefois, dans un affrontement et la reconnaissance. Pendant que les activités d'urgence se développaient, au même moment, les médecins généralistes se mettaient en grève, car mal considérés. Cela avait d'ailleurs conduit le gouvernement à l'époque à accepter de leur retirer l'obligation de la permanence des soins. Ce qui n'a fait que renforcer les urgences.

De là date un certain nombre de problème. Pour les patients, c'est un système complexe pour commencer. Autre tendance à l'époque : on était dans une période de rationalisation, de diminution des lits, etc. Or tous les budgets qui venaient pour l'activité d'urgence permettaient en partie de maintenir certaines prestations. Les urgences à l'époque c'était plutôt populaire. A l'époque de la série *Urgences*, travailler dans ce domaine c'était plutôt sexy. Les urgentistes ont été aussi très forts pour construire une image positive. Il faut ajouter que les jeunes médecins étaient favorables à l'idée de rester à l'hôpital. Dans l'institution le patient est bien plus conciliant et puis on est entre

collègues, contrairement au communautaire où l'on est seul et face à un patient et ses proches pas toujours docile.

Le problème c'est que l'urgence dans la vraie vie c'est bien moins séduisant. Pourtant la réussite du discours de l'urgence a fait augmenter la quantité de la demande, bien au-delà des seules urgences vitales. Aujourd'hui la situation c'est une croissance ininterrompue des urgences en France, qui nous mène dans le mur.

Les constats que nous faisons aujourd'hui, et que nous partageons sans doute également avec vous sont :

- la croissance globale masque une inégalité de l'accès ;
- une augmentation des populations plus jeunes et plus âgées ;
- une demande « hors soins », avec une entrée à l'hôpital qui est quasi impossible hors passage aux urgences ;

Ces constats sont partagés entre de nombreux pays dans le monde. Dans le même temps, la médecine d'urgence se fait reconnaître et dans le même temps la médecine générale s'organise et milite, avec succès, pour sa reconnaissance. Avec succès mais le nombre de médecins généralistes diminue. A cela s'ajoute des problèmes dans la permanence des soins et le développement d'un dispositif collectif : des cabinets de groupe, qui développe une logique d'activité par rendez-vous. Ce qui pose problème, parce que la demande générale est essentiellement une action tout de suite et que les populations les plus précaires en particulier sont moins sensibles à ce système de rendez-vous.

Les urgentistes aujourd'hui sont une spécialité. C'est un bon point mais si vous faites ce choix vous ne pouvez être autre chose (généraliste par exemple). Cela renvoie à la tendance d'une logique de spécialisation qui pose de véritables problèmes.

En France, le service public c'est important et en ce qui concerne la médecine, le service public c'est l'hôpital. Ce dernier a donc cherché à répondre à tout. La façon de répondre et de traiter les réponses qui se présentent aux urgences mélange tout et ne donne pas forcément la même réponse. L'autre tendance c'est de rassembler les disciplines dans l'hôpital pour faire avancer la recherche alors que parfois la demande amènerait une réponse moins spécialisée : le patient veut juste qu'on le considère, qu'on écoute ses préférences. On a toujours développé le dispositif de soins en partant des prestations, plutôt que de partir du désir du patient. C'est une vision hospitalière des choses, parce que c'est à l'hôpital qu'on a les ressources pour penser. Mais ce n'est pas toujours la meilleure réponse.

Il faut ajouter la problématique de la coordination, qui est implicitement laissé aux proches aidants.

Enfin, la question de la rémunération. L'accès aux urgences est gratuit tandis que le médecin nécessite de sortir l'argent avant remboursement.

Il y a donc aujourd'hui un consensus pour assurer la permanence des soins, le non programmé. Cela correspond au déploiement de pôles, de maisons de santé, de groupes régionaux d'action, qui comprennent également des professionnels libéraux. S'ajoute une rémunération pour des actions de prévention, notamment lorsque la réponse est apportée par des équipes interdisciplinaires.

C'est une action du gouvernement, décidé par le président et qui vise à développer l'ambulatoire et :

- Favoriser la qualité
- Créer un collectif de soins autour du patient
- Adapter les métiers et formations

C'est une réforme pour les cinquante prochaines années !

Quelques enjeux pour conclure :

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

Je conclus avec Hippocrate. En France quand on achève ses études de médecine on adhère à un corps professionnel. C'est un corps qui a un monopole, une autonomie mais aussi une certaine responsabilité. Les enjeux d'aujourd'hui c'est peut-être aussi de réfléchir à la manière dont les acteurs doivent s'engager pour répondre aux problématiques qui se posent.

