



Université de Lille 2
Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé (ILIS)
Master Management Sectoriel
Parcours Management des structures médico-sociales



Les services d'urgences hospitalières en France : Quels leviers d'action pour lutter contre leur engorgement ?

Sous la direction du Docteur Islaidine GANIOU
Mémoire de fin d'étude de la deuxième année de Master
Année universitaire 2017-2018
Master 2 Management Sectoriel

- ✓ Mr. Stanislas WOCH – Président du jury
- ✓ Dr. Islaidine GANIOU – Directeur de mémoire
- ✓ Mr. Jean-Luc WALBECQ – Troisième membre du jury

Date de la soutenance : le 12 octobre 2018 à 13h.

Faculté Ingénierie et Management de la Santé - ILIS
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS

Remerciements

Le bon déroulement de la réalisation de ce travail s'est fait grâce à un ensemble de personnes que je désire ici remercier.

Il me semble tout d'abord important de remercier toutes les personnes qui m'ont aidée pour la rédaction de ce mémoire et tout particulièrement Monsieur Philippe BOROWCZAK, chargé de mission de la qualité à l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France. La toute première personne qui a porté de l'intérêt à mon projet et qui n'a pas hésité, par sa bienveillance, à m'apporter son aide.

Je souhaiterais remercier Monsieur Stanislas WOCH, président de jury, pour son aide méthodologique, sa disponibilité ainsi que sa bienveillance dans la bonne réalisation de nos mémoires.

Je tiens ensuite, particulièrement, à remercier le Docteur Islaidine GANIOU, mon directeur de mémoire, pour tous ses conseils et son soutien. Malgré l'exigence de son métier d'urgentiste, il n'a jamais été avare de son temps pour accompagner mes demandes et mes recherches, me faisant ainsi profiter pleinement de son expérience.

Je souhaite également remercier le Directeur référent du pôle des Urgences du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille, Monsieur Jean-Luc WALBECQ, pour avoir accepté d'être mon 3^{ème} membre du jury. Je le remercie aussi de m'avoir donné volontiers de son temps pour répondre à toutes mes questions. Sa sympathie, la garantie de sa confiance et ses précieux conseils m'ont permis de mener à bien ce mémoire.

Je tiens également à remercier le Docteur Patrick MAURIAUCOURT de l'Observatoire Régional des Urgences (ORU) d'avoir eu la gentillesse de me faire profiter des travaux de SYNAPSE, de m'avoir reçu et de m'avoir partagé son expérience, son avis et ses remarques, qui ont été les bienvenus dans l'élaboration de mon travail.

Je tiens aussi à remercier Madame Peggy BAUDINET, cadre de santé au centre hospitalier de Douai, pour m'avoir permis d'effectuer ma journée d'observation au sein des urgences de l'hôpital de Douai et pour la confiance qu'elle m'a accordée. Elle a su se rendre disponible pour partager son expérience et échanger avec une grande sincérité

intellectuelle. Cela fut pour moi très constructif. Sans oublier de remercier toute l'équipe des urgences médicales et paramédicales pour leur accueil chaleureux et leur gentillesse.

Enfin je tiens à remercier mon amie Estelle ZIEBEN, ancienne étudiante à ILIS et actuellement chargée de mission à l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île de France, pour m'avoir épaulée dans ce projet et m'avoir transmis ses connaissances.

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	3
Introduction	4
1- Le service des urgences hospitalières	7
1.1 Présentation générale.....	7
1.2 Fonctionnement d'un service d'accueil des urgences.....	10
1.3 Classification de l'urgence médicale.....	12
2- Les urgences : un service hospitalier en tension	15
2.1 Analyse de l'activité des S.A.U dans la région des Hauts-de-France	15
2.2 Une augmentation constante de l'activité des urgences.....	25
2.3 Observation terrain et ressentis de professionnels de santé	35
3- Quels pourraient être les leviers permettant l'amélioration de la situation des services d'urgences ?	46
3.1 Levier organisationnel : repenser la prise en charge	46
3.2 Levier collaboratif : revoir la relation hôpital-médecine de ville	49
3.3 Levier économique : repenser le financement des urgences hospitalières.....	53
3.4 Levier éducatif : mieux éduquer et informer le public.....	55
Conclusion	57
Bibliographie.....	59
Table des matières	64
Table des illustrations	66
Glossaire	67

Introduction

La médecine d'urgence est une activité pratiquée depuis des millénaires. A la base, elle était majoritairement destinée aux traitements des blessures des guerriers, notamment en Egypte avec les traitements des plaies de guerre durant l'antiquité. Peu à peu, les techniques se sont améliorées avec la découverte des mécanismes circulatoires et ventilatoires par de grands savants tels que Harvey ou Malpighi.

Avec le temps, la médecine d'urgence a été mise à disposition des civils également, notamment par la loi du 24 août 1790 qui attribue aux maires des communes la responsabilité des secours en cas de calamité. Ce sont ensuite les secours pré-hospitaliers qui se sont mis en place avec par exemple la création des premiers transports médicalisés en 1882 ainsi que les premiers centres d'appels centralisés. Parallèlement à l'essor des nouvelles découvertes, l'organisation des urgences à l'hôpital prend forme. En 1941, la loi préconise la création d'un « poste de secours » dans tout hôpital ou hospice de plus de 30 lits, et l'ouverture des hôpitaux aux accidentés du travail. S'ensuit plusieurs textes jusqu'aux décrets de 1995 et 1997 réglementant les locaux des urgences, les missions, et la qualification des personnels. On constate ainsi à travers les âges une évolution de la prise en charge des urgences, du militaire vers le civil, du collectif vers l'individuel, et du chirurgical vers le médical.

Les missions assurées par les services d'urgences ont fortement évolué depuis leur apparition. Il ne s'agit plus aujourd'hui d'assurer la prise en charge d'urgences vitales ou de traumatologie grave résultant des accidents de la route. Bien que cet aspect continue de rester un élément important dans la vie des services des urgences, les accueils effectués semblent s'orienter progressivement vers une prise en charge des complications liées à des pathologies chroniques ou multiples, mais aussi vers une confrontation à des problématiques socio-sanitaires. S'ajoute à cela une nouvelle notion d'immédiateté de la consommation de soin.

Aujourd'hui, plus de 10 millions de personnes se rendent aux urgences chaque année, près d'un Français sur six. **L'augmentation de l'activité des urgences hospitalières et des Centres 15 des SAMU depuis une vingtaine d'années est indéniable.** Il est aussi indiscutable que des facteurs populationnels et sociétaux soient majoritairement responsables de cette évolution. Pour la plupart des patients, les services

d'urgences établissent la garantie d'une prise en charge sanitaire de haut niveau, mais aussi un filet de sécurité face à l'ensemble des situations de détresse, y compris sur le plan social.

Si le service public des urgences est un point culminant du système de soins, au cours de ces dernières années la sonnette d'alarme a été tirée quant à leur avenir. La difficulté la plus apparente mais aussi la plus ressentie par les Français et relayée par les médias, est celle de l'engorgement des services, particulièrement lors des pics épidémiques hivernaux.

Lors de l'élaboration de ce mémoire j'ai pu me rendre compte rapidement que la partie visible de cette problématique qu'est l'engorgement venait d'un mal beaucoup plus profond et dont les facteurs sont très diversifiés : L'expansion démographique de la population, l'évolution sociétale liée aux outils informatifs dont disposent les patients et la maturation du comportement de citoyens-patients, sensibles à leurs droits individuels et en l'occurrence à la santé. J'ai pris conscience du contexte dans lequel se trouvaient les urgences. En effet, des services débordés et souvent démunis face à l'évolution du nombre ainsi que de la nature des demandes de soins d'urgence. Une fréquentation accrue des urgences qui masque les fortes disparités selon les territoires et les établissements.

Un constat unanime et alarmant de cette dynamique croissante et régulière du nombre de passage aux urgences, qui sera difficilement soutenable à long terme. Des délais d'attentes variables d'un établissement à un autre, la question de l'accessibilité à l'aide médicale urgente reste posée en zones rurales. Une dimension « hors soin » de plus en plus prégnante dans le quotidien des équipes avec des situations d'urgence sociale de plus en plus visibles et des services déstabilisés face à cette urgence sociale. Il y a aussi ce nouvel aspect de « commodité », un motif évoqué comme recours à l'accès aux services des urgences pour certains patients.

Face à ces tendances de fond, j'essaierai au travers de recherches documentaires et bibliographiques, d'interviews de professionnels de la santé et d'observations sur le terrain de répondre à la problématique « **Les services d'urgences hospitalières en France : Quels leviers d'action pour lutter contre leur engorgement ?** »

Ainsi, en première partie j'aborderai le service des urgences hospitalières avec la définition des urgences, son historique réglementaire, son fonctionnement en abordant ses missions, sa législation et son organisation des soins. Puis je finirai dans cette partie par la classification de l'urgence médicale.

En deuxième partie, vous trouverez une analyse de l'activité dans la région Hauts-de-France. Je parlerai aussi de l'augmentation constante de l'activité des urgences avec des illustrations en chiffres de la saturation de ces services ainsi que les conséquences de cette saturation. Pour finir, je vous ferai part d'une observation sur le terrain et des ressentis des professionnels de santé via des interviews.

Enfin dans la troisième partie, je présenterai des propositions qui pourraient être des leviers d'améliorations de la situation des services d'urgences. J'y aborderai le volet organisationnel concernant la prise en charge hospitalière, le volet collaboratif avec la relation hôpital-médecine de ville, le volet économique avec la problématique du financement des urgences hospitalière et encore le volet éducatif concernant les populations.

1 Le service des urgences hospitalières

1.1 Présentation générale

Il convient selon moi, pour bien comprendre l'objet de mon mémoire, d'avoir un minimum de connaissance et d'information concernant les services d'urgences. Voyons maintenant cela à travers cette partie de présentation.

1.1.1 Définition du terme « urgence »

Etymologiquement, *urgence* est un dérivé du mot *urgent*. Ce dernier provenant du terme latin *urgens*, participe présent du verbe *urgere* qui signifie « presser », au sens physique du terme. Ce n'est qu'à partir du Vème siècle que sa dimension temporelle apparaîtra avec l'adverbe *urgenter* que l'on pourrait traduire par « instamment » (1).

Selon le *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales* (CNRTL), le mot « urgence », dans le langage courant, est défini comme « *caractère de ce qui est urgent, de ce qui requiert une action, une décision immédiate* » (2).

Le dictionnaire *Larousse* présente le mot « urgence » selon la définition médicale du terme comme une « *situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement* » (3).

1.1.2 Définition des « urgences »

D'après le dictionnaire *Larousse*, le terme « urgences » est défini comme « *service hospitalier où sont dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat* » (4). Ce service hospitalier est appelé couramment le Service d'Accueil des Urgences (SAU) au sein de l'hôpital.

Le SAU est instauré par le décret n° 95-647, du 9 mai 1995. Il est défini comme un lieu qui doit « *accueillir, sans sélection, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales* » (5).

Après avoir vu l'origine du terme urgence ainsi que ses définitions, passons maintenant à une brève présentation historique de la création des S.A.U en France.

1.1.3 Historique réglementaire du Service d'Accueil des Urgences

- De 1960 à 1995 : absence d'un cadre réglementaire

Ce n'est qu'à partir de 1995 que s'est réellement mis en place un cadre réglementaire autour des SAU en France. En effet, entre 1960 et 1995, il y a simplement eu une succession de recommandations autour des urgences hospitalières, celles-ci étant (6) :

- Circulaire ministérielle du 01/07/1959 : les hôpitaux sont habilités à recevoir des urgences,
- Circulaire du 13/08/1965 : organisation des services d'urgence et de la réanimation des hôpitaux,
- Loi du 31/12/1970 : première réforme hospitalière signalant « *la notion d'obligation pour les hôpitaux publics de recevoir toutes les urgences* »,
- Circulaire du 29/10/1973 : élaboration d'une fiche technique pour l'unité d'accueil et de réception des urgences,
- Circulaire Veil du 29/01/1975 : nécessité d'organiser des lieux pour l'accueil des urgences (locaux, dispositifs, chef de service).

A la fin des années 1980, un état des lieux permis de se rendre compte, déjà, de certains problèmes (7) :

- Augmentation régulière du nombre de passage aux urgences,
- Nombreux problèmes (équipes d'accueil inadaptées, procédures insuffisantes, locaux peu fonctionnels).

Cependant, on observe à l'époque que le service des urgences possède un rôle majeur dans le fonctionnement d'un établissement de santé.

Ainsi, la circulaire du 14/05/1991 décrit l'élaboration d'un guide d'organisation des urgences regroupant les missions/moyens/exigences des services d'urgence ainsi que pour la première fois, la notion d'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (I.A.O) (8). Cette circulaire sera confortée par la réforme du 31/07/1991 qui banalise l'accueil des urgences à tous les établissements de santé.

- Un tournant : le décret no 95-647 du 9 mai 1995

Le décret du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé confirme la circulaire du 14/05/1991 et prévoit la création de 2

structures : le Service d'Accueil et de Traitement des Urgences (S.A.U) et l'Antenne d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences (ANACOR) (9).

Ce décret sera par la suite complété par celui du 30/05/1997, intégrant de nouvelles dispositions telles que l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) d'urgence (10).

- Les décrets du 22 mai 2006 réglementant les urgences hospitalières

Ces décrets du 22/05/2006 sont relatifs aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique. Ils portent sur les autorisations d'activité de soins en médecine d'urgence ainsi que sur les conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence (11).

1.1.4 L'activité des S.A.U en France

Le dernier rapport publié par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en date du 25/06/2018, nous indique qu'en France métropolitaine et dans les DOM, il y a eu 21 millions de passages aux SAU en 2016, au sein des 719 structures d'urgences. Cela représente une augmentation de 3,5% par rapport à l'année 2015. Depuis 1996, le nombre de passages aux urgences a plus que doublé, passant ainsi de 10 millions à 21 millions.

Afin d'assurer l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades, il y a en France 103 Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et 399 Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) (12).

Au vu de ces chiffres importants, les SAU se doivent d'être parfaitement organisés afin d'assurer une prise en charge irréprochable. Nous allons voir maintenant comment sont composés ses services et leurs missions.

1.2 Fonctionnement d'un service d'accueil des urgences

1.2.1 Les missions d'un SAU

Le SAU a pour mission d'accueillir en permanence, sans sélection, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, qu'elle soit d'ordre médical, chirurgical, psychiatrique ou social. Il doit :

- Assurer l'accueil des patients et des familles en évitant les délais d'attente,
- Maintenir les fonctions vitales et fonctionnelles du patient,
- Identifier les problèmes médicaux,
- Mettre en route le traitement.

Pour les patients dont la prise en charge est délicate, le SAU les oriente vers d'autres services de l'établissement (plateaux techniques, réanimation...), voir un autre établissement, tout en assurant leur transfert **(13)**.

Suite à la présentation de ses missions, explorons à présent la législation qui entoure l'activité des services d'urgence.

1.2.2 Législation d'un S.A.U

Les textes légaux encadrant l'activité d'un SAU sont les suivants :

- Décret 2006-576 : il décrit toutes les dispositions et nécessités légales afférentes à un SAU telles que son organisation, ses missions, les conditions d'organisation, la composition des équipes **(14)**.
- Décret 2006-577 : il concerne les conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence. Il décrit les spécificités et l'organisation des effectifs médicaux au sein du SAU **(15)**.
- Circulaire DHOS/O1/2007/65 : elle concerne la prise en charge des urgences. Cette circulaire décrit notamment les objectifs généraux des urgences, ses missions, son fonctionnement et son architecture **(16)**.
- Décret 1995-647 : il est relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé. C'est le premier décret mis en place concernant les SAU **(17)**. Il sera complété par le décret du 30 mai 1997 mais reste la référence.

Après avoir passé brièvement en revue les textes législatifs en vigueur pour les SAU, nous allons maintenant voir son fonctionnement opérationnel.

1.2.3 L'organisation des soins

Afin d'assurer un service de soin de qualité, l'organisation de la structure du SAU est présentée dans l'article D6124-22 du Code de Santé Publique, modifié ensuite par le décret n°2006-577 du 22 mai 2006.

- Les zones de soins

L'architecture du SAU doit être organisée en 4 zones de soin, distinctes, qui sont **(18)** :

- 1) *Une salle d'accueil préservant la confidentialité* : c'est ici qu'a lieu la première étape de la prise en charge du patient par l'équipe soignante (voir partie 1-3).
- 2) *Un espace d'examen et de soins* : c'est ici qu'auront lieu les différents examens à réaliser. Cet espace est généralement séparé en 2 parties : urgences médicales et urgences traumatologiques.
- 3) *Au moins une salle d'accueil des urgences vitales comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate* : cette salle est destinée aux urgences vitales. On y retrouve tout le matériel nécessaire à la réanimation. On appelle couramment cet endroit la « salle de déchocage ».
- 4) *Une unité d'hospitalisation de courte durée comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure* : c'est ici que les patients nécessitant une observation sont gardés, notamment en vue d'un transfert vers un autre service de l'établissement.

- Le personnel

L'article D. 6124-2 du Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 dit que « *l'effectif de la structure de médecine d'urgence est fixé de façon à ce que cette structure puisse assurer ses missions* » **(19)**.

On retrouve ainsi des professionnels de différentes catégories (liste non exhaustive) :

- *Médical* : médecins, médecins spécialistes (chirurgiens orthopédistes, cardiologue, pneumologue, dermatologue, neurologue, radiologue...)
- *Paramédical* : infirmier(e), aide-soignant(e), manipulateur radio, cadre de santé.

- *Administratif* : secrétaire, agent chargé des admissions, assistant(e) social,
- *Autre* : brancardier, ambulancier, sapeurs-pompiers.

Après avoir vu l'analyse de la structuration d'un service d'urgence, voyons maintenant son fonctionnement, notamment lors de l'arrivée du patient au sein du service.

1.3 Classification de l'urgence médicale

1.3.1 Un acteur principal : l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO)

La notion d'IAO a été introduite par la circulaire du 14 mai 1991 concernant l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers. Selon le référentiel de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), les missions de l'IOA sont d' : *« accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants à leur arrivée, définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés, et, en fonction de ces derniers, décider du lieu de soins adaptés. Ces actions ont pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients et de leurs accompagnants dès l'accueil. Elles sont menées en lien constant avec le médecin référent chargé de superviser le fonctionnement du service et la gestion du flux »* (20).

En résumé, ses missions principales sont au nombre de 5 (21) :

- 1) Accueillir, évaluer et procéder au tri des patients,
- 2) Décider le lieu de soin adapté et y installer le patient,
- 3) Informer, aider et rassurer le patient,
- 4) Surveiller le patient,
- 5) Coordonner le parcours du patient.

Intéressons-nous maintenant à la façon dont l'IAO va organiser le triage des patients à leur arrivée.

1.3.2 Le tri des patients

- Fonctionnement

Le tri par l'IAO a pour but de prioriser de soins, afin de différencier les patients « urgents » nécessitant une prise en charge rapide, et ceux stables, dont l'attente ne leur serait pas préjudiciable. Les patients sont vus par l'IAO par ordre d'arrivée (sauf si grave urgence). Il effectue ainsi plusieurs opérations (22) :

- Un recueil de données : identité du patient, motif d'entrée, questions pour connaître ses symptômes et antécédents,
- Mesure des paramètres vitaux.

Selon ce recueil d'éléments, les patients sont classifiés selon une grille de tri préétablie. Ainsi les cas les plus urgents sont traités en priorité, les moins urgents feront l'objet d'une attente, plus ou moins longue, selon la disponibilité d'un médecin.

- Les niveaux de tri des urgences

Afin d'effectuer le triage de façon cohérente, il existe des échelles de tri, qui permettent de déterminer des niveaux d'urgences. Cela permet de déterminer les patients prioritaires en termes de pronostic vital. Il existe des échelles de tri destinées aux adultes et d'autres à destination pédiatrique.

Il n'y a pas d'échelle validée par consensus actuellement en France, cependant la SFMU en recommande 3 qui sont **(23)** :

- L'échelle « *Emergency Severity Index* » (ESI) : elle consiste un score en 5 points élaboré par l'agence de recherche et de qualité pour les soins de santé américaine (Agency for Healthcare Research and Quality).

Niveau ESI	Détails
ESI 1	Patient avec instabilité importante, doit être immédiatement pris en charge par un médecin, nécessite souvent une intervention (exemple : intubation) pour être stabilisé.
ESI 2	Patient potentiellement instable, doit être pris en charge par un médecin dans un délai inférieur à 10 minutes, nécessite souvent des examens complémentaires biologique et d'imagerie, un traitement et une hospitalisation.
ESI 3	Patient stable, doit être pris en charge par un médecin dans un délai inférieur à 30 minutes, nécessite souvent des examens complémentaires biologique et d'imagerie, un traitement et le plus souvent sort en externe.
ESI 4	Patient stable, peut ne pas être pris en charge rapidement par un médecin, nécessite peu d'examen complémentaire et doit normalement sortir en externe.
ESI 5	Patient stable, peut ne pas être pris en charge rapidement par un médecin, ne nécessite pas d'examen complémentaire et doit normalement sortir en externe.

Tableau 1: Echelle de l' « Emergency Severity Index ».

- L'échelle « Manchester Triage Scale » (MTS), élaboré en 1996.

Niveau MTS	Prise en charge	Délai recommandé
MTS 1	Immédiate	0 minute
MTS 2	Très urgente	10 minutes
MTS 3	Urgente	60 minutes
MTS 4	Standard	120 minutes
MTS 5	Non urgente	240 minutes

Tableau 2 : L'échelle « Manchester Triage Scale ».

- La Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) : classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier.

Niveau CCMU	Situation
CCMU P	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable
CCMU 1	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
CCMU 2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
CCMU 3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
CCMU 5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
CCMU D	Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Tableau 3 : L'échelle « CCMU ».

Les patients à leur arrivée aux urgences sont de plus en plus exigeants quant au service apporté. Observons dans quelle mesure.

1.3.3 L'attente des patients vers le service des urgences

Dès 2001, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) disait ceci des personnes se rendant aux urgences : « *Les usagers témoignent d'exigences nouvelles et désirent un service disponible rapidement à toute heure pour répondre très souvent à une inquiétude plus qu'à une urgence* ». Il décrit aussi l'utilisateur comme « exigeant » et « consommériste ». Enfin, en 1993, dans le rapport sur la médicalisation des urgences, il était dit que « *les services d'urgences sont souvent considérés comme une sorte de supermarché pour examens complémentaires* ».

Pour le patient, l'urgence équivaut à « *la rapidité d'intervention* », la notion de gravité n'étant pas prioritaire contrairement au fait d'être pris en charge rapidement. Tandis que pour le médecin urgentiste, l'urgence est considérée comme « *vitale* » (24).

Vous l'avez donc bien compris, en plus de désirer un service de qualité dans la prise en charge médicale, les usagers des urgences attendent surtout des renseignements au sujet du temps d'attente mais également la communication d'informations relatives à leur prise en charge.

Après avoir présenté le service des urgences dans sa globalité, rentrons maintenant dans le vif du sujet en tentant de comprendre pourquoi et comment la fréquentation au sein de ce service augmente chaque année, passant de 10 millions de passages en 1996 à 20 millions en 2017, provoquant ainsi une saturation entraînant l'exaspération des équipes et des usagers.

2 Les urgences : un service hospitalier en tension

2.1 Analyse de l'activité des S.A.U dans la région Hauts-de-France

Avant d'exposer les causes et les conséquences de l'engorgement des urgences en France, il me semble important d'expliquer comment sont recueillies les données concernant l'activité des services d'urgence. Il m'apparaît également judicieux de décrire l'activité des structures d'urgence d'un territoire donné, afin de se rendre compte de l'importance de celle-ci. J'ai ainsi choisi de décrire l'activité de l'ensemble des structures d'urgence de la région des Hauts-de-France, 3^{ème} région la plus peuplée de France, la seconde en densité de population.

2.1.1 Les source des données

- Les Résumés de Passages aux Urgences (R.P.U)

Les Résumés de Passages aux Urgences (RPU) sont des fichiers informatiques regroupant des informations sur chaque passage ayant été enregistré aux urgences. Ces fichiers sont anonymisés et transmis aux différents utilisateurs des données qui sont entre autres l'Observatoire Régional des Urgences (ORU), l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), l'Agence Santé Publique France (SPF). Ces données sont également transmises à un concentrateur régional, qui s'occupe de stocker et gérer les données.

Ces fichiers regroupent différentes informations sur le patient, médicales et administratives, tel que l'objet de sa venue aux urgences, son heure d'entrée, son heure de sortie etc. La transmission de ces fichiers est obligatoire pour la totalité des établissements autorisés en médecine d'urgence depuis l'arrêté ministériel du 24 juillet 2013 **(25)**.

- Statistiques Annuelles des Etablissements (S.A.E)

Les Statistiques annuelles des établissements (SAE) sont disponibles directement sur le site de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Ces données sont regroupées sous forme de bases de données, constituées par la DREES. Les statistiques sont recueillies à l'aide d'une enquête annuelle obligatoire pour l'ensemble des établissements de santé installés en France **(26)**.

- Serveur Régional de Veille et d'Alerte (SRVA)

Les serveurs régionaux de veille et d'alerte (SRVA) sont mis en place par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Cet outil permet aux établissements de recueillir les informations pertinentes pour les études. Il consiste en une saisie quotidienne de différents indicateurs prédéterminés par le niveau national et, éventuellement, complétés avec les spécificités de chaque région. C'est une obligation pour l'ensemble des établissements de santé de participer au recueil d'information au niveau régional **(27)**.

Après avoir étudié les différentes sources de données permettant d'analyser l'activité au sein des structures d'urgences, intéressons-nous maintenant aux structures disponibles au sein de la région Hauts-de-France.

2.1.2 Les SAU en Hauts de France

- Démographie des Hauts de France

Les Hauts-de-France sont constitués du regroupement de 5 départements suite à la réforme territoriale de 2015. Depuis le 1^{er} janvier 2016, la région est constituée des départements du Nord, du Pas de Calais, de l'Aisne, de la Somme et de l'Oise.

La région, en 2016, était peuplée de 6 030 309 habitants répartis comme ceci (28) :

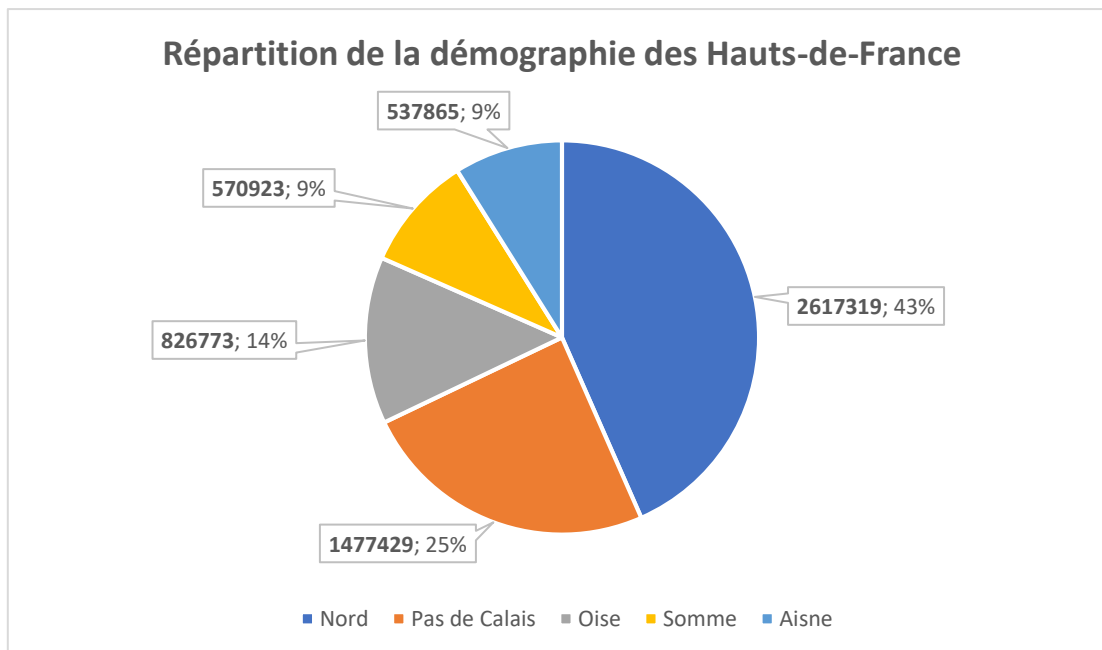


Figure 1 : Répartition de la démographie des Hauts-de-France (habitants/région et % de la population totale de la région par département).

- Cartographie des SU des Hauts-de-France

La région des Hauts-de-France regroupe 65 structures d'urgences qui sont réparties comme ceci :

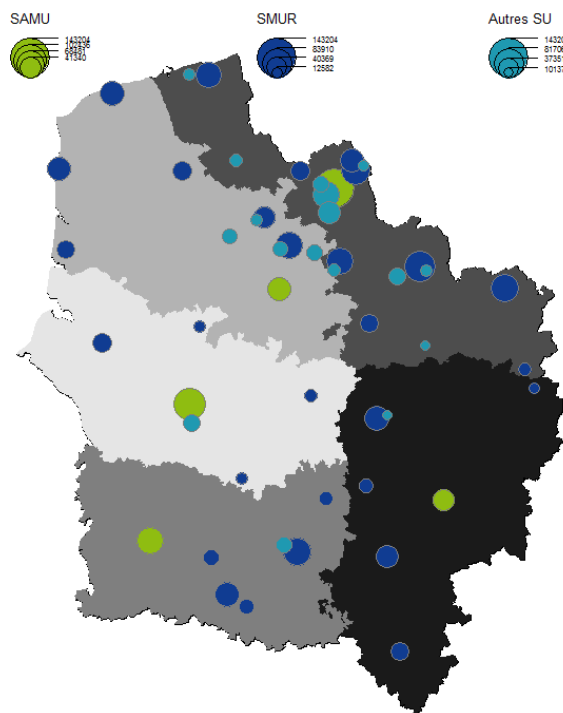


Figure 2 : Cartographie des structures d'urgence des Hauts-de-France (DREES).

Chaque département dispose logiquement d'une SU siège de Samu : le CH de Laon dans l'Aisne, le CHRU de Lille dans le Nord, le CH de Beauvais dans l'Oise, le CH d'Arras dans le Pas-de-Calais et le CHU d'Amiens dans la Somme.

On remarque que la densité de SU est plus importante dans la métropole Lilloise et le bassin minier, ce qui s'explique par une plus grande densité de population (**29**).

Passons maintenant à la présentation de statistiques clés pour comprendre essayer de dégager le portrait de l'activité globale des services d'urgence dans les Hauts-de-France.

2.1.3 Statistiques descriptives des SU en Hauts-de-France

- Nombre passages

Selon l'Observatoire Régional des Urgences, en 2016, il y a eu 2 024 250 passages aux urgences. Ils sont répartis entre les départements selon le graphique suivant :

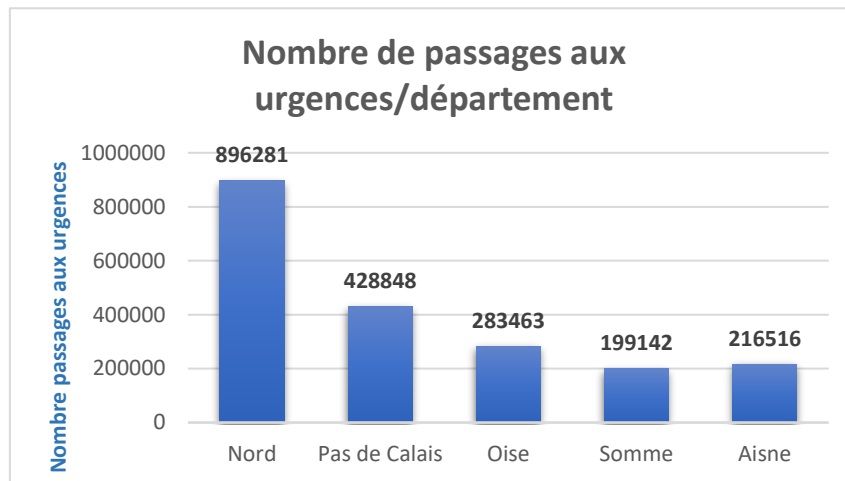


Figure 3 : Représentation graphique du nombre de passages aux urgences par département.

Avec une population de 6 030 309 habitants en 2016, on obtient le chiffre moyen de 335,7 passages/1000 habitants dans la région des Hauts-de-France. Il existe cependant de très fortes disparités dans la région, par exemple dans l'Aisne il y a 402,5 passages/1000 habitants contre 290,3/1000 habitants dans le Pas de Calais. Ceci est explicable par le fait que l'Aisne est l'une des régions les plus touchées par le phénomène des « déserts médicaux », les habitants ayant parfois comme solution la plus pratique de se rendre directement aux urgences (30).

- Sex-ratio h/f

Avec un sex-ratio h/f de **1,02**, on peut analyser que sur la région Hauts-de-France, les personnes de sexe masculin sont 2% plus nombreuses que les personnes de sexe féminin à se rendre aux urgences (31).

- Age moyen

L'âge moyen des personnes à l'arrivée aux urgences est de 37,9 ans sur la région Hauts-de-France. Il est variable selon les départements, étant de 35,7 ans dans le département du Nord contre 48,0 ans dans la Somme (32). On peut expliquer ce grand écart par une population très jeune dans le Nord, symbolisée par la ville de Lille, ville étudiante par excellence.

- Répartition de la fréquentation par classes d'âge

On peut observer sur la figure 4 que la part des personnes mineures représente 31% de la fréquentation des urgences, alors que les personnes de 75 ans et plus représentent seulement 13% de la fréquentation.

A l'aide de la figure 5, on peut analyser que la classe d'âge la plus présente aux urgences est celle des enfants entre 0 et 5 ans. Ensuite, plus l'âge avance, plus la proportion diminue sauf dans 2 cas qui sont les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) ainsi que les femmes à partir de 80 ans (33).

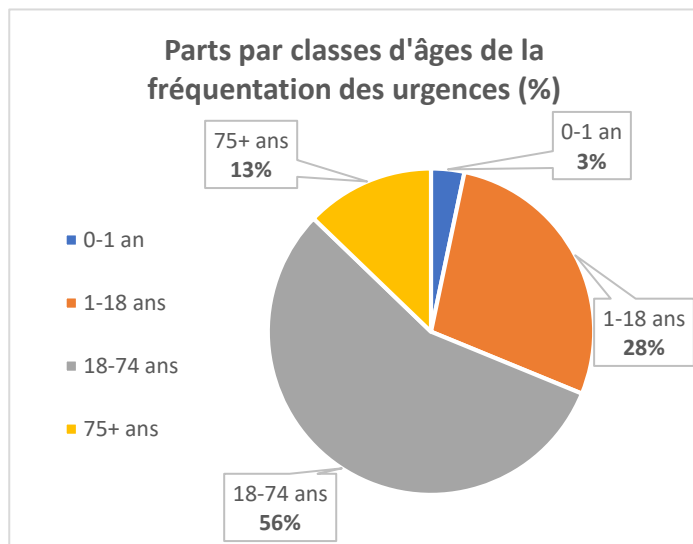


Figure 4 : Parts par classes d'âges de la fréquentation des urgences

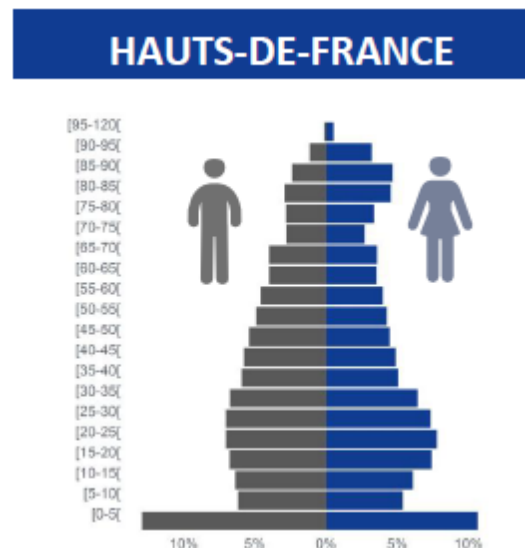


Figure 5 : Description par classes d'âge des patients se rendant aux urgences (syn@pse).

- Moyen de transport utilisé

Les moyens de transports utilisés pour se rendre au service des urgences sont de 4 catégories :

- 1) Le moyen personnel,
- 2) Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR),
- 3) Un Véhicule de Secours et d'Aide aux Victimes (VSAV, véhicule des sapeurs-pompiers)
- 4) L'ambulance.

On voit sur le graphique ci-dessous que les personnes utilisent en grand majorité un moyen personnel pour se rendre aux urgences, devant la venue par ambulance ou VSAV qui ont quasiment la même proportion. Il est très rare que la venue soit via le SMUR, qui ne représente que 2% des cas (34).

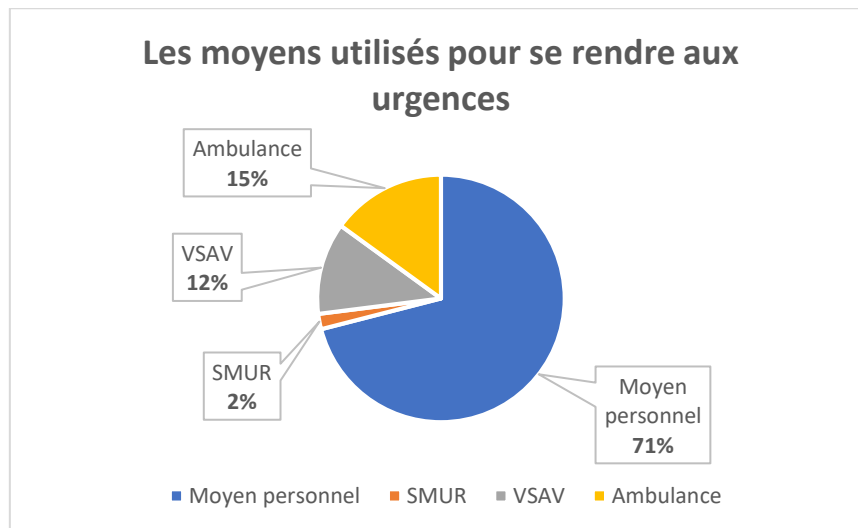


Figure 6 : Représentation graphique des différents moyens utilisés par les personnes pour se rendre aux urgences.

- Analyse des périodes d'arrivée

Les passages aux urgences selon l'heure d'arrivée sont différents selon les classes d'âges considérées (ici : <18 ans, 18-75 ans et 75 ans et +). Les pics d'activité n'ont pas lieu aux mêmes créneaux horaires. On remarque également qu'il y a une diminution d'activité constante durant la nuit.

- <18 ans : croissance de l'activité tout au long de la journée, pic en fin d'après-midi (18-19H),
- 18-75 ans : activité régulière au cours de la journée, léger pic le matin (10-11H),
- 75 ans et + : pic d'activité le matin (10-11H) avant une diminution importante et régulière de l'activité.

Ainsi, la représentation tous âges confondus (voir graphique ci-dessous), montre 3 légers pics : le matin, en début d'après-midi et en fin d'après-midi. Ces pics sont ainsi représentatifs des différentes classes d'âges prises en compte (35).

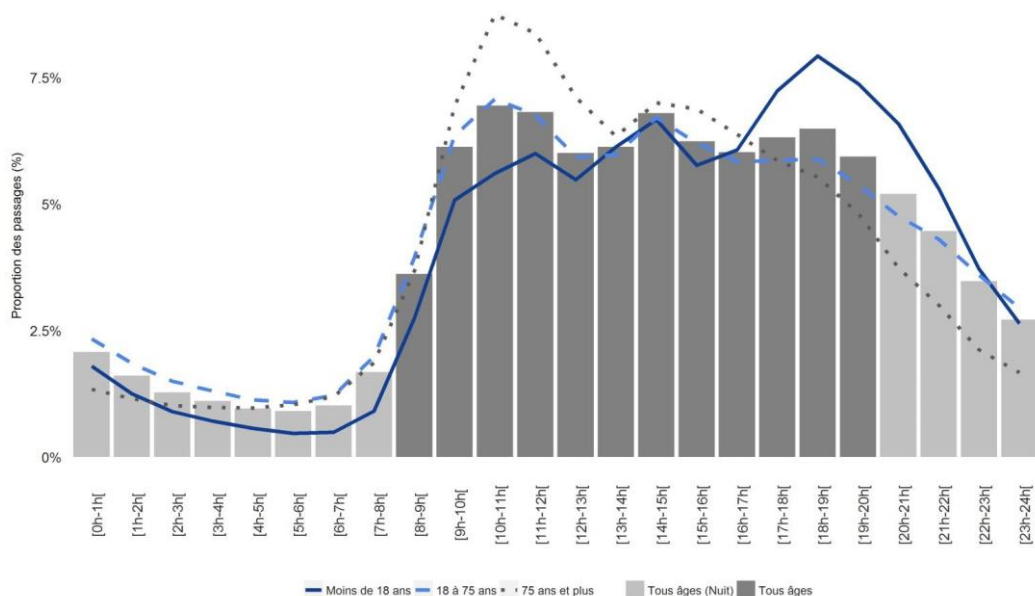


Figure 7 : Représentation graphique de la distribution de l'activité selon l'heure d'arrivée aux urgences (DREES).

Concernant l'activité selon le jour d'arrivée, on peut voir sur le graphique ci-dessous que l'activité est répartie de manière uniforme, avec un léger pic d'activité le lundi. Chez les 75 ans et +, on observe un pic la journée du vendredi (36).

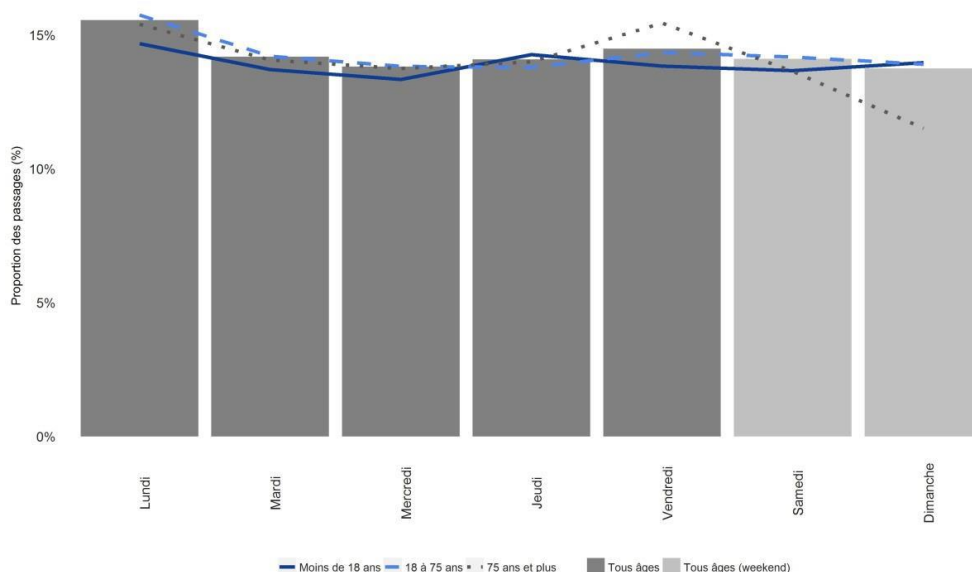


Figure 8 : Représentation graphique de la distribution de l'activité selon le jour d'arrivée aux urgences (DREES).

Enfin, à propos de la distribution de l'activité selon le mois d'arrivée aux urgences (voir graphique ci-dessous), on peut voir que l'activité diffère beaucoup selon la classe d'âge considérée. En effet, on remarque chez les moins de 18 ans un gros pic d'activité au mois

de mars, alors que l'activité durant l'été est beaucoup plus faible. Concernant les 18-75 ans, l'activité est constante toute l'année. Enfin, concernant les 75 ans et +, on remarque que l'activité croît surtout en fin d'année (37).

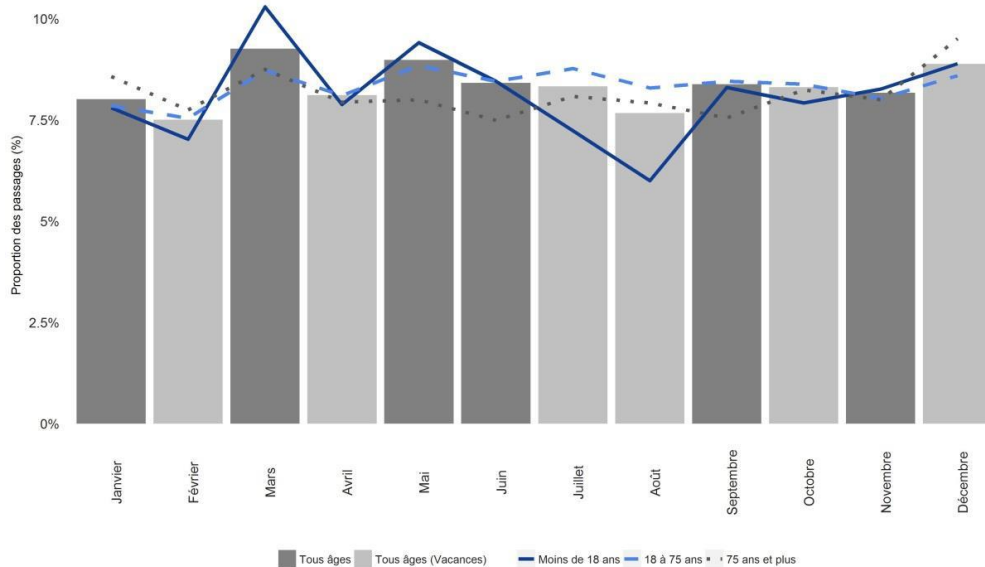


Figure 9 : Représentation graphique de la distribution de l'activité selon le mois d'arrivée aux urgences (DREES).

- Objet passage (classification CCMU)

Classé selon la CCMU (voir partie I), on apprend que seulement 1,6% des passages aux urgences sont classe CCMU 4 ou 5, et que 18,2% sont des CCMU 1. Ainsi, les urgences définies comme vitales ne représentent que 1,6% des activités des urgences, 80,2% représentent des urgences dites « moyennes » et 18,2% représentent des urgences mineures, considérées comme des consultations médicales sans urgences (38).

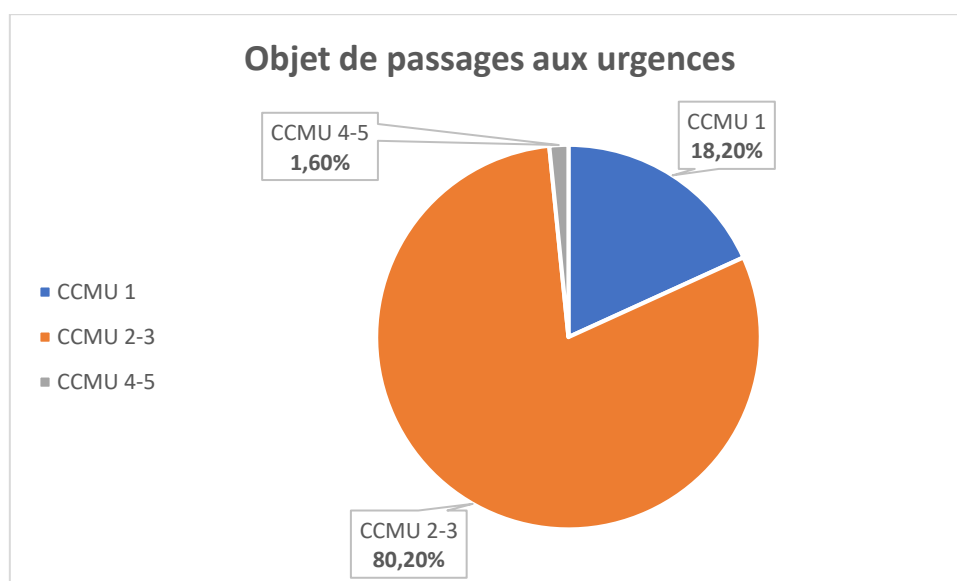


Figure 9 : Représentation graphique de la distribution de l'activité selon le mois d'arrivée aux urgences.

- Durée passage

Selon l'observatoire régional des urgences, la durée moyenne de passage aux urgences dans la région des Hauts-de-France est de 4h33 minutes. Cette moyenne diffère selon les départements, comme visible sous le tableau ci-dessous (39).

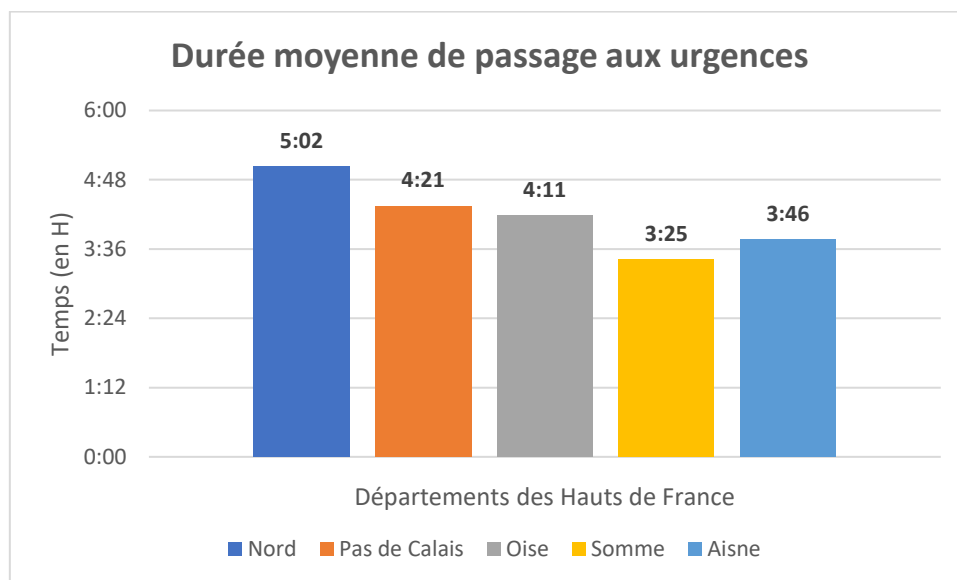


Figure 10 : Représentation graphique de la durée moyenne de passage aux urgences selon les départements des Hauts-de-France.

- Situation suite au passage

Il y a 4 cas possibles suite à un passage au sein d'une structure d'urgence. Soit le patient est transféré au sein d'un autre service médical de l'établissement (mutation interne), soit le patient est transféré au sein d'un autre établissement (transfert externe), soit le patient rentre à son domicile, soit il décède. On peut voir sur le graphique ci-dessous que dans l'immense majorité des cas, le patient rentre à son domicile à l'issue de la consultation. Dans une proportion importante, il est aussi transféré au sein d'un autre service de l'établissement. Néanmoins, il est extrêmement rare qu'un patient soit transféré à un autre établissement ou qu'il décède au sein des urgences. Nous pouvons voir le descriptif sur le tableau ci-dessous (40).

Situation suite au passage au sein des urgences	Part de chaque situation (%)
<i>Mutation interne</i>	23,1
<i>Transfert externe</i>	0,7
<i>Retour à domicile</i>	76,1
<i>Décès</i>	0,1

Tableau 4 : Situation suite au passage au sein des urgences

2.2 Une augmentation constante de l'activité des urgences

2.2.1 Une croissance régulière de l'activité depuis plus de 20 ans.

Alors qu'en 1996 en France, le nombre de passage aux urgences était de 10,1 millions, en 2016, les 719 structures des urgences françaises ont pris en charge 21 millions de passages. Ainsi, en 20 ans, la fréquentation des services d'urgences a doublé. On observe en moyenne une augmentation de 3,5% par an. On obtient ainsi une moyenne de 29 000 patients par structure d'urgence par an.

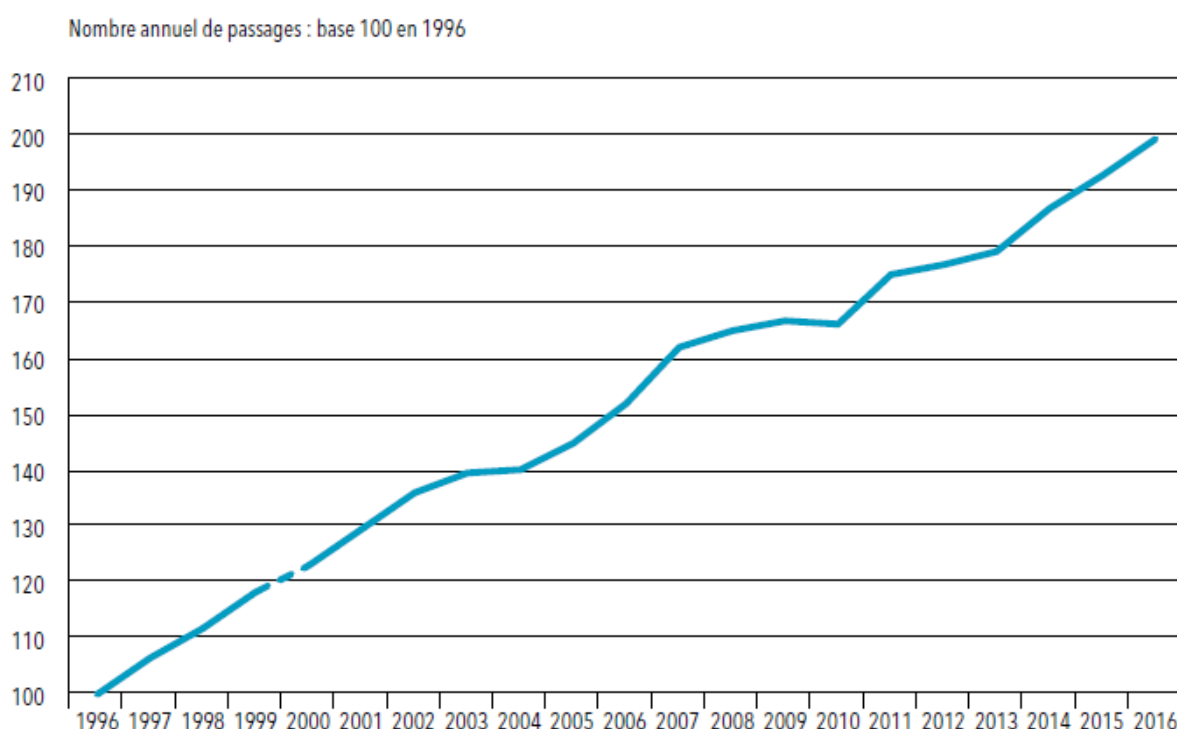


Figure 10 : Evolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996 (DREES).

Ainsi, environ 1 français sur 6 s'est ainsi rendu aux urgences en 2015, soit un peu plus de 10 millions de personnes, certaines d'entre elles revenant plusieurs fois. Parallèlement, l'activité des SMUR augmente elle aussi. Elle a subi une augmentation d'activité de 12% sur la période 2003-2013 pour ainsi atteindre 763 844 interventions en 2013 (41).

Alors que les pics d'activité tendaient à être plutôt saisonniers, il s'avère que la hausse de la fréquentation devient permanente tout le long de l'année selon l'avis des professionnels de santé. Les services sont de ce fait « en tension » durant la majeure partie

de l'année (excepté certains mois comme Février, Avril et Août), les « périodes de respiration » devenant de plus en plus rares pour les équipes qui se retrouvent épuisées.

On note que d'après la DREES, cette augmentation d'activité ne peut pas seulement être corrélée à la croissance de la population française qui de ce fait engendrerait un besoin plus important de soin pour cette dernière. Elle résulte de problématiques et dysfonctionnements largement identifiées que nous verrons dans la partie suivante.

Cette augmentation n'est pas une problématique uniquement française, elle touche plus largement à l'échelle mondiale, ce que nous allons maintenant observer.

2.2.2 Un engorgement des services inégalement réparti sur le territoire

Nous allons voir maintenant que la saturation des services d'urgence est un problème réel mais qu'il ne touche qu'une minorité d'établissement. A la saturation sont généralement corrélés 2 observations : la taille de l'établissement ainsi que sa situation géographique.

- Dans la majorité des cas, une prise en charge rapide.

« *L'attente n'améliore pas l'image des urgences* », « *Attente aux urgences : trois heures avec une plaie ouverte au crâne* », « *Attente trop longue aux urgences, médecins qui enchaînent les gardes* ». Voici autant de titres d'articles de journaux que l'on peut retrouver concernant l'attente aux urgences. Cette attente concernant la prise en charge est engendrée par l'engorgement des services d'urgences. En effet, dans l'esprit de la population, renforcé par les médias, la prise en charge aux urgences semble extrêmement longue, résultant d'un véritable parcours du combattant. Or, selon une étude conduite par la DREES datant de 2013, il s'avère que pour 70% des patients la prise en charge s'effectue en moins d'1 heure. Selon l'étude, l'enregistrement intervient dans 95% des cas en moins de 15 minutes et l'évaluation dans les 30 minutes après l'arrivée pour 90% des patients. Ainsi, l'étude nous apprenait que 50% des passages au sein des urgences duraient moins de 1h42 (42).

- Des délais de prise en charge différents selon les établissements

Il est estimé par la DREES que 25% des services d'urgences accueillent moins de 40 patients par jour. Les 95 services d'urgences possédant l'activité la plus importante accueillent au minimum 120 patients quotidiennement. Cette forte activité entraîne

naturellement des délais d'attente plus longs. Nous pouvons voir sur la figure 11 ci-dessous que la proportion des patients qui ont attendu plus de 30 minutes avant une prise en charge aux urgences est nettement plus importante dans les établissements avec plus de 80 passages, voir entre 40 et 80 passages (43).

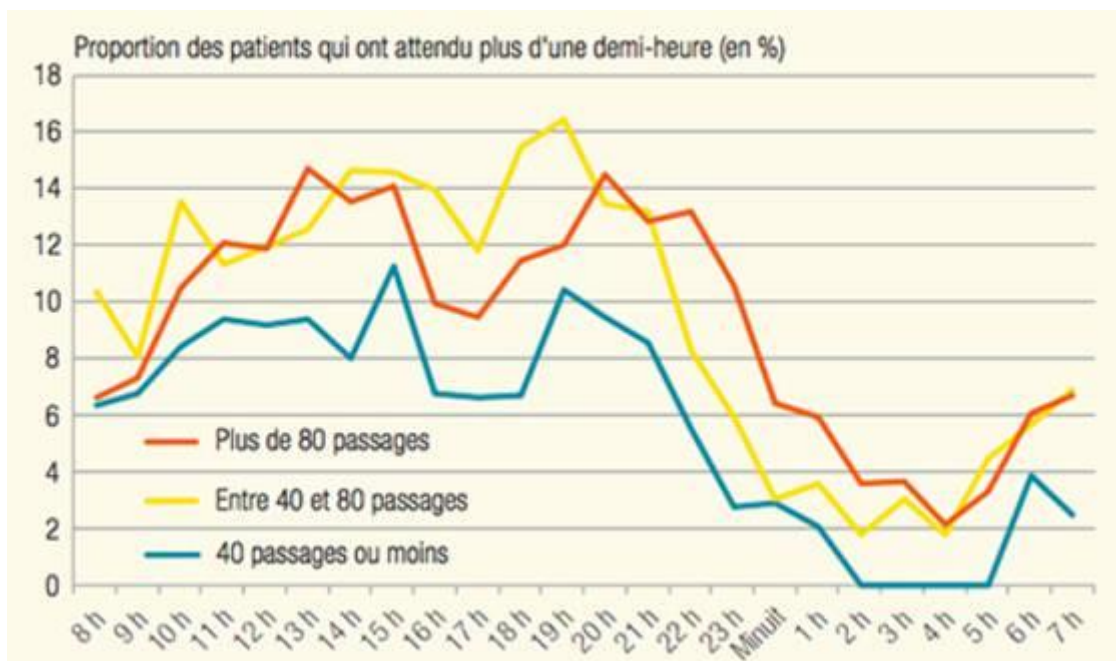


Figure 11 : Proportion des patients qui ont attendu plus d'une demi-heure avant leur prise en charge, selon le nombre de passage au sein des services (DREES).

Autre facteur rallongeant le temps de prise en charge : la densité de population de l'agglomération ou du département où se trouve l'établissement. Ainsi, on observe en Île de France, la région la plus peuplée de France avec 12 millions d'habitants sur seulement 2,2% de la superficie de la France métropolitaine, des délais d'attente supérieurs d'environ 50% par rapport aux autres régions.

Il ne faut cependant pas penser que ce problème de régulation de l'activité des services d'urgences touche uniquement la France. On a observé depuis plusieurs années ce cas dans de nombreux pays à travers le monde, ce que nous allons maintenant voir.

2.2.3 Un phénomène qui dépasse nos frontières

L'augmentation nette et croissante de l'activité des services d'urgence n'est pas un constat uniquement français. En effet, l'étude de Caroline Berchet, « *Emergency Care Services : Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand* » portant sur les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) datant de

2015, nous montre qu'il y a une croissance nette des passages au sein des services d'urgence de quasiment tous les pays appartenant à l'organisation. Ainsi, on a en moyenne une augmentation moyenne annuelle de l'activité de l'ordre de 2,5% par an sur la période 2001-2011 sur l'ensemble des pays étudiés. La France se situe ainsi légèrement en dessous de la moyenne avec une augmentation annuelle de 2,4% en moyenne (voir figure 11 ci-dessous) (44).

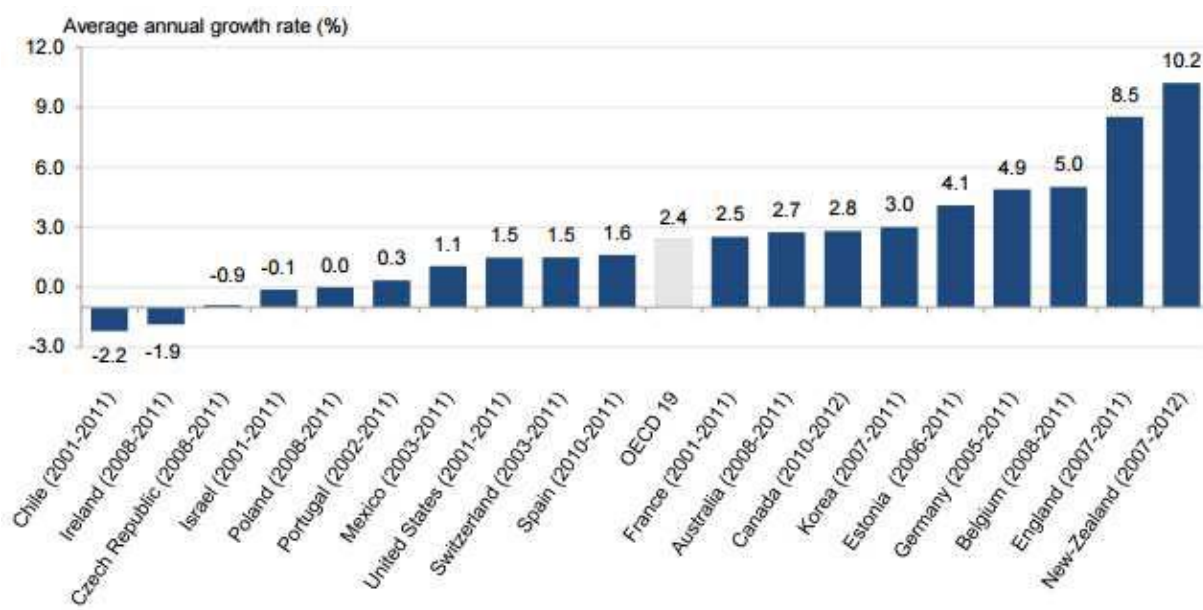


Figure 12 : Croissance annuelle moyenne du nombre de passages au sein des services d'urgence en 2001 et 2011 sur un échantillon de pays membres de l'OCDE (DREES).

Il est intéressant d'observer que cet accroissement d'activité se retrouve au sein de pays qui ne partagent ni le même système de santé, ni le même fonctionnement, ni la même culture ou le même continent. Cela démontre que les causes sont multiples et ne peuvent être uniquement imputées au fonctionnement d'un système de santé en particulier. Evoquons maintenant les causes identifiées de la croissance d'activité des urgences.

2.2.4 Les causes de la croissance d'activité des urgences

L'augmentation régulière et continue de l'activité des urgences ne serait se résumer à un manque de personnel ou une mauvaise organisation des services. Il existe plusieurs causes, dont certaines impliquant le patient, qui permettent d'expliquer ou du moins de justifier une activité de plus en plus intense au fil des années. Les causes étant nombreuses, intéressons-nous maintenant à celles ayant un impact direct sur l'activité des urgences.

- Une mauvaise appréhension du degré relatif d'urgence par la population.

C'est l'une des causes qui engorge les services d'urgences. Certaines personnes n'ont pas une perception réelle du trouble qu'ils ressentent, sont angoissées, et n'envisagent pas d'autres solutions que d'avoir recours au service des urgences. La difficulté étant que l'évaluation du degré d'urgence par un professionnel de santé ne se fait qu'au sein du service à l'aide de la CCMU, on ne peut pas, pour l'instant, « empêcher » ces passages inutiles.

De plus, une enquête de la DREES datant de 2013 nous apprend que 62 % des patients décident de se rendre dans un service d'urgence de leur propre initiative ou sur le conseil d'un proche ; 24 % viennent sur le conseil d'un médecin (traitant ou autre) et 15 % sur le conseil du SAMU ou des sapeurs-pompiers. Il y a bien sur des cas où l'urgence est réelle, mais sur l'ensemble de ces personnes qui décident de venir de leur propre chef, une part non négligeable se rend aux urgences pour un souci avec un degré d'urgence moindre. On peut illustrer ceci que d'après une enquête de la DREES, seul 20% des patients accueillis aux urgences présentent un état de santé nécessitant une hospitalisation (45).

- Les problèmes rencontrés par la médecine de ville se répercutent sur les services d'urgences

Certains professionnels des urgences estiment subir les conséquences d'une mauvaise organisation de la médecine de ville, engendrant ainsi une sur-fréquentation des services d'urgences. Les problèmes mis en avant sont multiples, le premier étant la difficulté d'obtenir un rendez-vous rapidement en médecine de ville.

En effet, pour diverses raisons, il est parfois très difficile d'obtenir un rendez-vous rapidement chez un médecin en ville. Les délais, pour certaines spécialités, sont parfois de plusieurs mois. Un sondage de la Société Française d'Études et de Sondages (SOFRES) de 2015 vient illustrer ce propos, ainsi 55% des interrogés déclaraient avoir déjà éprouvés des difficultés à obtenir un rendez-vous dans un délai convenable.

De ce fait, la solution de facilité pour les personnes est de se rendre aux urgences afin d'obtenir les examens qu'ils désirent. Ainsi, la Cour des comptes estime que 43 % des passages aux urgences relèvent d'une simple consultation médicale, et 35 % auraient pu obtenir une réponse auprès d'un médecin généraliste (46).

Le second problème mis en lumière est le problème de la désertification médicale. Ce phénomène tend à s'étendre en France, majoritairement dans les zones rurales et les banlieues défavorisées. La population n'a plus guère le choix que de se rendre aux urgences pour avoir recours à un examen ou une simple consultation. Les mesures prises par le gouvernement ne semblent pour le moment pas bien fonctionner. Ce n'est pas la médecine qui a changé mais son exercice. Le modèle du médecin de famille n'est plus, les nouvelles générations de médecin n'exercent plus de la même manière.

Du fait de ce changement de pratique, on observe un troisième problème, qui est la baisse significative des visites à domicile par les médecins. Selon la DRESS, un médecin sur cinq consacre moins de 2% de son activité aux consultations à domicile. Le problème étant qu'avec le vieillissement de la population, le développement des soins ambulatoires et la prolongation du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, la demande de visite à domicile est grandissante. Mais les médecins délaissant cette part de leur activité, et ayant du mal à se déplacer, elles se rendent aux urgences (47).

- L'insuffisante médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) entraîne un nombre important de passages aux urgences évitables.

Majoritairement, les EHPAD n'emploient pas de médecin traitant à plein temps. Ils disposent d'un médecin coordonnateur qui n'est pas soignant à proprement parler. Son rôle est plutôt technique, il apporte son expertise gériatrique à l'établissement avec pour objectif final la qualité de la prise en charge du patient. Il peut prescrire mais qu'en cas d'« *urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs* », selon le décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 (48).

De nombreuses statistiques et études démontrent que les personnes âgées hébergées en EHPAD ont énormément recours au service des urgences. Ainsi, l'étude IQUARE, menée en 2016 sur la région Midi-Pyrénées sur 175 EHPAD (6275 résidents), nous apprend que 30,7% des résidents ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année dont 60,6% ont été admis au moins une fois aux urgences (49).

Également, en 2017, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) dans un de ces rapports déclarait que « *les urgences constituent le circuit préférentiel d'accès à l'hospitalisation pour les résidents des EHPADs* ». Cette phrase était illustrée par le fait que lorsqu'une hospitalisation était nécessaire chez un résident, elle

se faisait via le service des urgences dans 64 % des cas. Comparativement, au sein de la population générale, ce pourcentage est de 45,6 % concernant les personnes âgées de 80 ans et plus, de 15 % pour les 30-70 ans (50).

- Une impression de gratuité par rapport au coût des soins de ville

Dès les années 2000, on observait des tendances quant à la fréquentation des services d'urgences en France. Ainsi, Jean Peneff dans son livre « Les Malades des urgences » résumait la situation, qui est encore vraie en 2018. Il écrivit ceci : « *Quelles sont les fonctions des urgences ? Pourquoi ont-elles pris la place de la médecine généraliste (ou spécialiste) de ville auprès de certaines populations urbaines qui les préfèrent à la consultation de cabinet ou à la visite du médecin de famille ? Beaucoup de jeunes, d'étrangers et de familles aux revenus modestes les utilisent de préférence à d'autres modes de rencontre avec les médecins. En revanche, d'autres populations les évitent. Les classes supérieures ont leurs propres réseaux de consultation en urgence et de traitement et se détournent de ces services, sauf accident grave* ». L'apparence de gratuité, bien qu'elle ne sache expliquer à elle seule la situation, est belle et bien ancrée dans l'esprit des catégories socio-professionnelles les plus modestes.

Cette apparence de gratuité est symbolisée par l'application du tiers payant intégral qui est systématique, selon la loi, dans les services d'urgence hospitaliers alors qu'elle ne l'est en médecine de ville, obligatoire dans seulement cinq cas. En médecine de ville, le tarif de la consultation est de 25€ de base, lequel peut être majoré selon l'horaire de la consultation, selon si le médecin se déplace ou non etc. Ce montant doit être payé immédiatement alors que lors d'une consultation aux urgences, la facturation retardée ainsi que la prise en charge des complémentaires santé aboutiront à un règlement ultérieur, voir à une absence totale de somme due.

- Un caractère social, très chronophage, de plus en plus répandu au sein des services.

La dimension sociale au sein du service des urgences s'est nettement renforcée ces dernières années. En effet, la présence de plus en plus nombreuse de personnes démunies et marginalisées est compliquée à gérer pour le personnel soignant car c'est une population spécifique, à qui l'on doit apporter des réponses adaptées. Passer par le service des urgences leur permet de bénéficier des soins mais aussi des besoins secondaires tels que la nourriture, l'hébergement, voir la compagnie du service.

Cette dimension sociale est visible et invisible à la fois. Visible car certains patients se présentent avec des pathologies sévères, résultant d'une absence de prise en charge antérieure, reflet d'une marginalisation au sein de la société. Invisible pour les personnes se présentant aux urgences non pour une pathologie sévère mais simplement pour bénéficier d'une simple consultation car ils ne disposent pas de professionnels dans leurs lieux de résidence ou parce qu'ils ont du mal à s'orienter au sein du parcours de santé (51).

Ces « urgences sociales » sont générateurs de problèmes pour deux raisons pour le personnel soignant. Tout d'abord, il n'est pas formé spécifiquement à ces problématiques sociales, qui dépassent largement leur domaine de prédilection qu'est la médecine. Deuxièmement, cette prise en charge est très chronophage pour les équipes qui sont déjà largement débordées. En effet, souvent ce sont des gens qui ne possèdent pas de dossier médical. Il faut alors faire tout un travail d'investigation, qui peut être rendu complexe par la barrière de la langue. Ainsi, on apprend qu'au sein de l'hôpital Avicenne situé à Bobigny (Seine Saint Denis), la patientèle accueillie parlait plus de 80 langues. Faute de résultat, le personnel soignant n'a parfois pas d'autres choix que de réaliser une multitude d'examens, au-delà du motif d'entrée dans le service, afin de le « réinscrire » dans le parcours de soin. Enfin, certaines situations nécessitent une solution spécifique en aval telle qu'accueil social ou médico-social en aval. Les places au sein de ces établissements étant limitées et l'hôpital ne pouvant mettre les patients dehors, parfois certains services accueillent plusieurs jours des situations d'urgence sociale, qui sont bien éloignées de leur cœur de métier.

- La baisse du nombre de lits d'aval

Une étude de la Commission Européenne publiée le 23 novembre 2017 nous indique que le nombre de lit d'hôpitaux a diminué de 15% en France entre 2000 et 2015. Malgré une augmentation de 5 % de la population française, de 60,7 millions en 2005 à 63,7 millions en 2015 (52), le nombre de lits pour 1 000 habitants est passé de 8 à 6,1 (53).

Cette baisse du nombre de lit d'aval entraine par conséquent des problèmes de saturation des services d'urgences, comme résumait un chef de service dans le cadre de l'étude du sénat sur les urgences hospitalières : « *Pour nous, le principal problème n'est pas d'empêcher les patients de venir aux urgences, mais de réussir à les en faire sortir !* ».

Nous savons qu'environ 25% des patients pris en charge aux urgences ont besoin d'un séjour hospitalier. La prise en charge en aval est donc importante, permettant de

désengorger les urgences en réorientant les patients dans le service concerné. Elle doit être effectuée correctement et de manière logique, afin d'éviter à ces patients un retour aux urgences (54).

2.2.5 Les conséquences de cette augmentation

2.2.5.1 Sur le patient

- Augmentation de la mortalité.

François Braun, président de Samu-Urgences de France, sur les risques pour le patient d'être accueilli dans un service d'urgences saturé a déclaré que « *Lorsque vous êtes hospitalisé dans un service d'urgences en surcharge, votre risque de mortalité augmente de 9%. Pour les patients les plus graves, ceux sur lesquels il faut qu'on agisse le plus vite et le mieux, cette augmentation du risque de mortalité est de 40%* » (55).

Cette augmentation de la mortalité est due à plusieurs facteurs :

- Un pronostic plus rapide, faute de temps, qui peut s'avérer inexacte, entraînant des événements indésirables pour le patient. On apprend ainsi que 1/3 des événements indésirables sont liés à un mauvais pronostic,
- Une moins bonne prise en compte de la douleur du patient, pouvant entraîner une erreur de pronostic,
- En cas de nécessité de transfert vers un lit d'aval, la saturation entraîne un retard d'arrivée dans le service concerné. De ce fait, la mise en route du traitement ou de la prise en charge se retrouve retardée, et peut entraîner des complications pour le patient.

- Des conditions de prise en charge difficiles, parfois dramatiques.

Dans certains cas, il arrive que des patients passent plusieurs heures sur des brancards avant leur prise en charge en aval, pouvant entraîner des conséquences dramatiques. Ainsi, le 6 mars 2018, une femme de 73 ans a succombé à une crise cardiaque, aux urgences de Reims, après 2h20 d'attente (56). Le 12 mars 2018, la situation s'est répétée à Rennes, où une femme de 60 ans est morte avant d'être auscultée, elle a succombé à un arrêt cardiaque sur un brancard (57).

Ces conditions difficiles de prise en charge sont symbolisées par le « No Bed Challenge » mis en place par l'association Samu-Urgences de France le 10 janvier 2018. Le but est de sensibiliser aux difficultés rencontrées par l'aval du service des urgences. Le fonctionnement étant que chaque service d'urgence, sur la base du volontariat, déclare quotidiennement le nombre de patients restés sur des brancards la nuit faute de lit d'hospitalisation. Environ 150 services sur les 650 que compte la France participent. Au total, ces services reportaient 36.000 patients ayant passés la nuit sur un brancard. Selon François Braun, en extrapolant ces chiffres à l'ensemble des services, on peut estimer qu'environ 100.000 patients ont passé une nuit sur un brancard entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} juin 2018 (58).

2.2.5.2 Sur le personnel

- Violences

Le patient se présentant aux Urgences, arrive la plupart de temps dans un état de stress intense. En effet il s'y rend généralement suite à un événement imprévu, qui va modifier le cours de sa journée. Il arrive dans un environnement inconnu pour lui, peuplé d'incertitudes notamment concernant son état de santé mais plus largement sur la façon dont il va être pris en charge. Cette situation, lié à des ressentis personnels comme le sentiment d'attendre trop longtemps, de bénéficier de peu d'informations, d'être confiné ou de s'estimer peu considéré par le personnel soignant peut engendrer un acte violent envers ce dernier. La violence peut se manifester sous 3 formes : physique, psychologique ou verbale.

Le service des urgences est le deuxième service hospitalier le plus touché des urgences après celui de la psychiatrie. La violence physique provient principalement de patients atteints de pathologies psychiatriques, fortement alcoolisés ou sous l'emprise de la drogue. Les accompagnants sont également souvent impliqués.

Selon l'Observatoire National des Violences en Santé (ONVS), en 2017, sur les 446 établissements sanitaires ou médico-sociaux ayant transmis leur statistiques, 82% déclarent que les agressions verbales sont quotidiennes et 18% déclarent des agressions physiques nombreuses, dont parfois des cas très graves (59).

- Dépression, épuisement professionnel.

Le personnel soignant des urgences, particulièrement les médecins et les infirmier(e)s, sont largement sujets à des syndromes d'épuisements professionnels voir de dépressions. Ces constatations ne datent pas d'aujourd'hui. Ainsi dès 2010, une enquête parue dans la revue *Emergency Medicine Journal* faisait état qu'un médecin urgentiste sur deux a souffert ou souffrira d'un épuisement professionnel au cours de sa carrière. L'enquête précisait également que de toutes les spécialités médicales, les urgentistes présentent le plus de risques de connaître un jour un burn-out. La prévalence est en effet de 51,5% pour les urgentistes contre 40% pour les autres spécialités médicales (60).

A l'époque de cette enquête, le Dr Kevin Chevalier, médecin urgentiste à Marseille justifiait la difficulté du métier d'urgentiste par « *Le nombre de patient, l'agressivité fréquente, les horaires de nuit* ». Ainsi, plus d'un urgentiste sur cinq envisageait en 2010 de changer de spécialité médicale. Ces situations d'épuisement peuvent avoir des conséquences dramatiques sur le personnel. Ainsi le 1^{er} mars dernier, un médecin urgentiste a tenté de mettre fin à ses jours au sein du CHU de Besançon. Plus largement, cette crise touche également les étudiants en médecine, preuve que le problème n'est pas pris en compte dans la formation des futurs médecins. En 2017, une enquête menée par les quatre syndicats d'étudiants en médecine, d'internes et de praticiens des hôpitaux, soulignait que plus de 66 % des jeunes et futurs médecins souffriraient d'anxiété, contre 26 % de la population française. Également, 28 % sont atteints de troubles dépressifs, contre 10 % des Français (61).

2.3 Observation terrain et ressentis de professionnels de santé

2.3.1 Journée d'immersion au sein du service des urgences du Centre Hospitalier de Douai

Suite à un échange que j'ai eu avec un médecin de l'ORU (Observatoire Régional des Urgences), j'ai décidé d'effectuer une journée d'immersion dans la structure des urgences de Douai. Sa petite taille comparée aux Urgences du CHU de Lille et son seul point d'entrée, m'ont permis de porter un regard plus net et plus précis sur la problématique de l'engorgement des urgences. Ma journée se déroula le dimanche 2 septembre 2018 de 9h00 à 20h.

Présentation succincte de la structure

Le Centre Hospitalier de Douai est l'établissement pivot de la zone de proximité du Douaisis. Il assure ses missions de service public hospitalier sur un secteur de 64 communes dont la population rassemble près de 260 000 habitants. Avec une capacité de 921 lits et places, il réalise chaque année près de 50 000 séjours en hospitalisation.

Le CH de Douai dispose d'urgences générales sur site ayant aussi une structure d'urgence pédiatrique. Le service des urgences, réparti sur 4000 m², dispose de 12 salles d'examens pour adultes et 5 postes pour les urgences vitales. La composition de l'équipe est la suivante : 12 médecins urgentistes, 1 médecin non urgentiste, 3 cadres de santé, 54 infirmier(e)s diplômées d'état, 37 aides-soignants, 1 secrétaire et 13 brancardiers.

Les filières de prise en charge sont : accueil, semi-lourd, ambulatoire, légère médicale, déchoquage, télé AVC, gynécologique, gériatrique, psychiatrique. Également, il existe dans la structure des urgences un circuit court ambulatoire dédié et distinct du circuit conventionnel des urgences.

Déroulement de ma journée d'immersion

Comme on peut le voir dans la partie 2.1.3) statistique descriptives des SU en Hauts de France, d'août à mi-septembre, le flux d'activité est bas, sans doute expliqué par les départs en vacances. J'ai pu le constater durant ma journée d'immersion avec seulement 123 passages de 9h à 20h, alors qu'en période non creuse le nombre de passage pouvait dépasser les 250 par jour.

J'ai pu me rendre compte que les profils des patients n'étaient pas les mêmes au cours de la journée puis en soirée. En effet, en matinée beaucoup de personnes âgées victimes de chutes ou de malaise sont arrivées. Le flux n'était pas accru, avec environ 5 à 10 patients par heure, arrivant tous par ambulance. Ils sont reçus par l'IAO, qui les identifiait et saisissait la raison de leur arrivée dans le logiciel (une sorte de tableau de bord, qui triait par code couleur selon la gravité, cela allait du vert à l'orange au rouge où la gravité était maximale).

Bien que ce jour-là le nombre de passage était moindre, il était tout de même visible que le nombre d'effectifs, une IAO et une aide-soignante était juste pour assurer la fluidité des passages et la prise en charge de chaque patient. Dès 9h du matin l'aide-soignante avait l'air éprouvée, la quantité de patient pouvait venir par vague. 3 à 4 patients à la fois, arrivés par ambulance, surtout des personnes âgées, la plupart désorientées et donc effrayées, dont elle devait prendre les constantes assez rapidement et les préparer pour

que les médecins puissent les recevoir. Elles furent souvent interrompues dans leur acte par l'arrivée d'autres patients venus par leurs propres moyens, qui certains pouvaient avoir des troubles psychiatriques. Malgré leur débordement, l'aide-soignante et l'IAO, leur consacre du temps pour leur expliquer la situation et leur demander de patienter.

De plus, le matin à l'accueil des renseignements des urgences il n'y'avait personne, habituellement c'est un aide-soignant qui occupe ce poste, il prendra sa fonction qu'en début d'après-midi pour prêter main forte à l'IAO et à l'aide-soignante qui reçoivent les patients.

Durant le premier pic d'affluence vers 11h00 à 14h00, les effectifs de tous les professionnels sont réduits pour cause de déjeuner, à tour de rôle, de 12h30 à 14h00. Du début d'après-midi et tout au long de cet après-midi, le profil des patients change, la tranche d'âge allait de 6 mois à 40-50 ans. Parallèlement le flux d'arrivé des personnes âgées continuait mais il était moins soutenu.

Les motifs de leurs venues étaient d'une part suite à un accident, donc pour un problème traumatologique voire médical à l'origine. Parmi ces patients, la plupart avaient nécessité un acte diagnostique et un acte thérapeutique ; pour les autres il fallait de toute façon être capable de faire une bonne évaluation traumatologique. Pour ces patients certains sont envoyés en ambulatoire, d'autres dans la filière semi lourd.

Ce jour-là, une jeune adolescente de 16 ans est venue pour une forte douleur à la tête causée par un choc d'un manège lors d'une fête foraine, l'adolescente vaseuse tente d'expliquer avec l'aide de son père ses symptômes : vertige et nausée.

L'infirmière d'accueil et d'orientation, après avoir pris ses constantes et saisi toutes les informations relatives à son état, décide de la diriger vers l'ambulatoire. Trois quarts d'heure après, cette patiente reprend le circuit dans le sens inverse. Je la retrouve une nouvelle fois à l'accueil des urgences, où elle patienta de nouveau pour aller en semi lourd. En effet, après avoir vu un médecin en ambulatoire, il estima qu'elle relevait du semi lourd. De ce fait, le circuit de la marche en avant n'est pas respecté.

Réflexion : Après cette observation, il me sembla important qu'un MAO (médecin d'accueil et d'orientation) soit posté à l'accueil des urgences pour trier et orienter avec l'infirmière les patients, cela éviterait ce genre d'incident. L'ayant même évoqué ce jour-là avec la cadre de santé, elle m'expliqua qu'elle est tout à fait ouverte à cette option, mais qu'il était difficile de trouver un médecin qui accepte d'assurer ce poste...

J'ai pu aussi remarquer, qu'au court de la journée, les patients continuaient de défiler, et à une certaine tranche horaire le flux pouvait même s'accroître, l'IAO essuyant déjà 8h de travail sans réellement de pause, gardant un rythme assez soutenu. Il semblait évident que ses conditions pouvaient engendrer des erreurs par inadvertance. En effet, deux patientes arrivées à quelques minutes d'intervalle ayant la même tranche d'âge approximativement, patientent aux urgences. Lors de la prise des constantes par l'infirmière de l'une d'elles, elle entra les données dans le logiciel, dans le mauvais dossier patient, heureusement l'infirmière dans le doute alla redemander le nom de la patiente et s'en est rendue compte assez rapidement pour effectuer les modifications.

Réflexion : Dans cette situation une fois encore, il semble évident qu'une infirmière et une aide-soignante ne sont pas suffisantes. La vigilance de l'infirmière au matin n'est pas la même dans l'après-midi, ce qui est normal. Pour pallier à ce problème, un effectif (que cela soit un MAO, une IAO, ou une aide-soignante) en plus serait souhaitable. Cet autre point a été mis en avant, à l'issue des échanges que j'ai eu avec la cadre de santé, qui m'expliqua que le projet était en cours.

Mais il y avait une chose qui me frappa. Bien que l'organisation des urgences ait ses lacunes, le fort esprit d'équipe était bien là, c'est cette force qui maintenait le bateau sur l'eau, et faisait que les urgences tournaient malgré tout correctement. J'ai pu voir l'aide-soignant posté à l'accueil, faire le brancardier lorsque cela était nécessaire. Un médecin venant chercher son patient au point d'accueil et aussi faire le brancardier, des ambulanciers prêtant main forte à l'aide-soignante. Et c'est là que je tiens à souligner l'investissement exceptionnel des différentes équipes exerçant au sein des services d'urgences de l'hôpital de Douai, qui réunissent des métiers très divers. C'est grâce à leur qualité et à leur compétence que nos concitoyens continuent de disposer d'une prise en charge de pointe, en dépit des nombreuses difficultés auxquelles font face les services et devant lesquelles ils réagissent avec adaptabilité, inventivité, ingéniosité, et un sens profond du service public.

Durant le deuxième pic d'affluence vers 17h00 jusqu'à 21h00, l'équipe de jour va laisser la place à l'équipe de garde, bien moins nombreuse à partir de 19h00, pour gérer tous les dossiers en suspens, les patients non encore vus et les nouveaux arrivés. Durant ce deuxième pic, les patients venaient suite à un problème somatique non traumatologique, pour certains avec les caractéristiques suivantes : des enfants entre 1 et 6 ans et des enfants de moins de 1 an ; les deux principaux types d'infections chez ces jeunes enfants

étaient respiratoires, puis urinaires. Puis il y avait des patients qui venaient suite à une agression.

Lors de ma journée d'immersion je n'ai pas vu de cas qui pouvait relever d'une maison médicale plutôt que des urgences. Mais d'après les échanges que j'ai pu avoir avec l'IAO, et d'après son avis, beaucoup trop de patients relevant de la maison médicale viennent aux urgences. Ce qui est problématique pendant les flux tendus, d'où la disposition, d'avoir ouvert une filière de " légère médicale". Bien que la maison médicale se situe à quelques mètres de l'hôpital, ouvert le samedi de 13h00 à 00h00, le dimanche de 8h00 à 00h00 et du lundi au vendredi de 20h00 à 00h00, beaucoup de citoyens du Douaisis méconnaissent ce dispositif.

Bilan de ma journée d'immersion

A l'issue de cette journée, j'ai pu me rendre compte qu'il était très difficile psychologiquement et physiquement, pour tous les métiers confondus, de travailler aux urgences. Les facteurs populationnels et sociétaux mettent majoritairement ces professionnels en difficultés. En effet, ces professionnels sont en première ligne pour faire face, au flux tendu, et à des situations sanitaires et sociales particulièrement difficiles. De nombreux soignants ont indiqué qu'ils n'étaient pas rassurés quant à leur sécurité, à tel point que l'hôpital s'est doté d'un vigile à la porte du service d'urgences. Ces difficultés s'inscrivent dans un contexte de turnover important et de difficultés de recrutement, les services d'urgences n'étant pas épargnés par la prolifération des praticiens « intérimaires ».

Notre système de santé est arrivé à bout de souffle et sa transformation est devenue indispensable.

2.3.2 Entretiens avec des professionnels de santé

Après m'être immergée durant une journée au sein du service des urgences du CH de Douai, j'ai désiré rencontrer différents acteurs du service des urgences ou du monde de la santé afin de leur administrer un questionnaire de 10 questions. Ce questionnaire me permettant ainsi de sortir d'une approche théorique, pour obtenir le réel ressenti des acteurs. J'ai ainsi recueilli les réponses de 7 personnes : le directeur du pôle des urgences du CHRU de Lille, un cadre de santé des urgences du CHRU de Lille, un cadre supérieur de santé des urgences du CHRU de Lille, un médecin urgentiste travaillant également à

l'Observatoire Régional des Urgences Hauts-de-France. Ces personnes ont été rencontrées en face à face dans le cadre d'un entretien. J'ai également pu recueillir, via l'outil numérique, les réponses d'une chargée de mission à l'ARS de l'Île de France, un médecin urgentiste du CH de Douai et une infirmière travaillant au sein du service des urgences de Douai. Voici ci-dessous mon questionnaire ainsi que leur réponse.

Question 1 : Quel état des lieux faites-vous de la situation au niveau des urgences hospitalières ?

- Chargée de mission à l'ARS Île de France : « Situation tendue due à une augmentation des passages aux urgences (+3,5% chaque année) » ; « Les soignants expriment une charge de travail trop importante » ; « Les personnes âgées fréquentent de plus en plus les services d'urgences » ; « Les SAMU sont aussi en saturation, le taux d'appels non décrochés est très élevé ».
- Cadre de santé des urgences du CHRU de Lille : « Tout le temps en évolution. On essaie toujours d'adapter, de réadapter, d'améliorer l'accueil pour nos usagers »
- Cadre de santé supérieure des urgences du CHRU de Lille : « Je trouve quand même qu'on fait beaucoup de misérabilisme autour des urgences [...] Tout n'est pas rose : parce que je vous ai bien dit qu'il nous manquait des lits d'aval [...] la post-urgence [...] une adaptabilité de nos personnels aux flux d'activité [...] que nous au quotidien on rame » ; « Il faudrait arrêter de penser que l'urgence est quelque chose qui empêche les autres secteurs de tourner mais plutôt que les secteurs qui ont une baisse d'activité, prennent les urgences comme une opportunité d'acquérir de nouveaux patients »
- Médecin urgentiste de l'ORU : « Si vous faites un effet d'optique sur la période hivernale, c'est la catastrophe partout. C'est un peu par période » ; « Il y a des locaux qui ne sont plus du tout adaptés » ; « Il faut faire des plans, il faut les financements sur le plan architectural ».
- Directeur du pôle Urgences du CHRU de Lille : « Soumis à la pression, soumis aux exigences de tout le monde, de la population, médiatique. Difficilement compris aussi par les services spécialisés d'aval » ; « Il n'y a pas vraiment de collaboration entre les urgences et les services spécialisés. Problème de considération. Les services spécialisés se considèrent plus compétents que les urgences » ; « Les urgences veulent se débarrasser du patient le plus rapidement possible » ; « Activité soutenue jusqu'à 23 heures, après ça descend ».
- Médecin urgentiste du CH de Douai : « Catastrophique »
- Infirmière au service des urgences du CH de Douai : « Inquiétante »

Question 2 : Selon vous, quelles sont les causes de la saturation des services d'urgences ?

- Chargée de mission à l'ARS Île de France : « Pas assez de personnels dans les hôpitaux » ; « Locaux pas assez grand » ; « Part importante de soins non programmés ne relevant pas de leur mission » ; « Impossibilité de trouver une réponse en ville, il y a aujourd'hui un écart trop important entre la demande en soins non programmés et l'offre ambulatoire » ; « Méconnaissance des usagers de l'organisation du système de santé ».
- Cadre de santé des urgences du CHRU de Lille : « Pour beaucoup de patients il y a un manque d'éducation au niveau global » ; « Les médecins généralistes n'ont pas l'obligation d'être présents au moins sur le territoire de façon à avoir un quota de présents, ce qui nous fait des périodes où les gens ne vont plus chez leurs médecins généralistes puisqu'ils ne sont pas là et du coup ils arrivent sur les urgences » ; « Méconnaissance des maisons médicales ».

- Cadre de santé supérieure des urgences du CHRU de Lille : « Due à un afflux, des pics d'activité avec 40 patients par heure » ; « La faible disponibilité de lits d'aval pour justement vider nos urgences et les désengorger » ; « On rencontre des difficultés pour transférer des patients vers les spécialités. Largement, ce n'est pas un manque de lits mais une non-volonté de prendre des patients, surtout quand ces patients ne relèvent pas de la spécialité » ; « L'imprévisibilité, la gestion des flux est une des principales difficultés, il y en a d'autres mais c'est une des principales difficultés ».
- Médecin urgentiste de l'ORU : « Quand vous regardez l'activité des structures d'urgence, en gros c'est 25 à 30 % d'hospitalisations et 70% de retour à domicile. Ce qui veut dire que tous les patients n'ont pas besoin d'être hospitalisés » ; « En partie, il y a un problème d'anticipation de l'urgence quelque part, de sensibilisation notamment dans les EHPAD » ; « Si on part du domicile on a de plus en plus de gens qui malheureusement ne trouvent pas de médecin traitant » ; « L'évolution sociologique de la population, vous n'allez plus trouver des médecins qui commence à 7h00 et finissent à 23h30 même s'il y'en a encore » ; « Le facteur transport intervient également, il peut être coûteux » ; « Puis les gens jeunes qui n'ont pas forcément de médecin traitant et qui n'ont pas de pathologie chronique, quand il arrive un accident ou un petit pépin de la vie, vont consulter aux urgences. Ils ne vont pas forcément voir un médecin généraliste car ils n'en ont pas. On multiplie tous ces cas particuliers, on arrive à un niveau de saturation ».
- Directeur du pôle Urgences du CHRU de Lille : « L'activité ne soit pas linéaire » ; « Des problèmes d'aval pour les patients polypathologiques » ; « Surspécialisation des services qui fait qu'à un moment donné il y a un décalage entre un besoin, qui est plutôt un besoin de médecine polyvalente (besoins qui sont en évolution importante) et la pratique ».
- Médecin urgentiste du CH de Douai : « Service gratuit, les patients ne consultent pas leur médecin traitant, les patients viennent aux urgences pour faire des examens radiologiques ou sanguins plutôt que de prendre RDV en ville, centre 15 qui oriente tout le monde aux urgences ».
- Infirmière au service des urgences du CH de Douai : « Manque de médecins généralistes » ; « Mauvais parcours de soins » ; « Pour certains hôpitaux un manque d'urgentistes » ; « Manque de lits d'aval » ; « Manque d'éducation de la population ».

Question 3 : Comment expliquez-vous l'augmentation de la fréquentation des services d'urgences (notamment par les personnes âgées) ?

- Chargée de mission à l'ARS Île de France : « La population vieillit, nombre de patients atteint de maladie chronique augmente » ; « La densité des médecins de ville est en baisse notamment dans les campagnes ou les zones défavorisées, les jeunes médecins préfèrent l'activité salariale à l'activité libérale » ; « Les EHPAD sont trop peu médicalisés ».
- Cadre de santé des urgences du CHRU de Lille : « L'augmentation de la population, il y a un vieillissement aussi de la population »
- Cadre de santé supérieure des urgences du CHRU de Lille : « manque de travail avec les HAD qui fait que certains viennent aux urgences inutilement » ; « le vieillissement de la population ».
- Médecin urgentiste de l'ORU : « Il y a un problème d'anticipation de l'urgence quelque part, de sensibilisation notamment dans les EHPAD »
- Directeur du pôle Urgences du CHRU de Lille : « Vieillissement de la population » ; « Il n'y a pas forcément de structure médicalisée en ville ».
- Médecin urgentiste du CH de Douai : « Les maisons de retraite qui ne veulent plus/pas faire de soins plus « poussée » » ; « Les médecins des maisons de retraite qui passent une fois dans la semaine » ; « Pas de garde la nuit donc facilitée est d'envoyer aux SAU » ; « Pas d'anticipation pour les personnes âgées ».

- Infirmière au service des urgences du CH de Douai : « *Les déserts médicaux, le mauvais parcours de soin* »

Question 4 : Selon vous, quelles pourraient être les solutions pour lutter contre cette saturation ?

- Chargée de mission à l'ARS Île de France : « *Déploiement de centres de soins non programmés adossés aux services d'urgences qui réceptionneraient les patients catégorisés CCMU1 et CCMU2* » ; « *Campagne de sensibilisation auprès de la population afin de les informer sur tous les dispositifs de soins non programmés existants* » ; « *Sensibilisation sur la fonction du centre 15* » ; « *Revalorisation des visites à domicile effectuer par les médecins* ».
- Cadre de santé des urgences du CHRU de Lille : « *L'augmentation des lits d'aval* »
- Cadre de santé supérieure des urgences du CHRU de Lille : « *Déplacer notre personnel sur les pics d'activités* » ; « *Former des paramédicaux poly-compétents* »
- Médecin urgentiste de l'ORU : « *Libérer des lits en aval* » ; « *Il faut réfléchir au niveau de l'institution. Longtemps on a considéré que la saturation des urgences ça n'était que les urgences, en fait non c'est un tout* » ; « *Outil permettant de voir la disponibilité des lits au niveau régional* » ; « *Informé le grand public des solutions autres que les urgences qui sont disponibles* » ; « *Développer les structures de pré et post-admission* ».
- Directeur du pôle Urgences du CHRU de Lille : « *On ne peut pas réellement réguler, sauf avec des moyens surdimensionnés [...] On peut avoir des plans particuliers qui ressemblent à des plans d'afflux massif de blessés car ça on est capable de le faire* » ; « *On peut peut-être travailler sur l'aval un peu plus. Il faudrait obtenir plus rapidement certaines consultations spécialisées non programmées pour pouvoir réguler le flux en amont* » ; « *Sensibiliser la population sur les maisons médicales* », « *Il y a différentes solutions : il y a des gens qui réservent des lits aux urgences. Possibilité de demander des lits dans les services spécialisés* ».
- Médecin urgentiste du CH de Douai : « *Meilleur tri par le C15* » ; « *Plus de médecin traitant* » ; « *Faire payer les patients qui ne viennent pas pour un motif « urgent »* » ; « *Eduquer les patients* ».
- Infirmière au service des urgences du CH de Douai : « *Plus de médecins généralistes dans le cabinet* » ; « *Plus de lits d'aval* » ; « *Réorganiser le parcours de soin* »

Question 5 : La solution de faire payer un « forfait urgence » au patient serait-il pour vous envisageable ?

- Chargée de mission à l'ARS Île de France : « *Je ne pense pas [...] ne ferait qu'augmenter la précarité dans l'accès aux soins des personnes les plus démunies* ».
- Cadre de santé des urgences du CHRU de Lille : ne se prononce pas.
- Cadre de santé supérieure des urgences du CHRU de Lille : « *Non, on a une population qui est précaire, à mon sens l'hôpital public se doit de rendre ce service-là (ne pas faire payer un « forfait urgences » ; « Cette question-là pour moi elle ne m'appartient pas. Elle appartient au médico-éco* »
- Médecin urgentiste de l'ORU : « *Il faudrait responsabiliser les gens. Ils ont l'impression que tout est gratuit* » ; « *Faire payer le prix du soin et être remboursé par la suite* » ; « *C'est faire prendre conscience aux gens quelque part que le soin n'est pas gratuit, il est facturé* » ; « *Il ne faut pas arriver comme aux Etats-Unis, montrez-nous la carte bleue avant d'être soigné mais nous sommes trop larges, dans une consommation de soins qui est effrénée* ».
- Directeur du pôle Urgences du CHRU de Lille : « *Le forfait urgence n'est pas une solution. Les gens qui nécessitent d'aller aux urgences est-ce qu'ils n'iraient pas pour une question* »

d'argent ? Ceux qui en aurait vraiment besoin seraient freinés » ; « ne pas agir au niveau financier, mais plutôt une organisation qui soit adaptée par filière à un type de prise en charge de manière à éviter que les gens viennent sans discernement à emboliser les urgences ».

- Médecin urgentiste du CH de Douai : « Oui »
- Infirmière au service des urgences du CH de Douai : « Oui pour les patients qui se rendent aux urgences sans réels motifs »

Question 6 : Pensez-vous que l'organisation du parcours de soin est à revoir ?

- Chargée de mission à l'ARS Île de France : « Il faut revoir l'organisation des soins non programmés en ville [...] inciter les centres de santé, les médecins de ville à développer davantage ce type de prise en charge [...] mettre en place des outils permettant d'informer les citoyens sur la disponibilité et l'offre de soins sur leur territoire ».
- Cadre de santé des urgences du CHRU de Lille : ne se prononce pas.
- Cadre de santé supérieure des urgences du CHRU de Lille : « Je pense qu'il y ait un énorme travail à faire, je le redis : les lits d'aval, l'ouverture des lits de post-urgences qui pourrait nous permettre de vider nos urgences, et d'accueillir encore mieux nos patients, d'avoir une fluidité au niveau du HCD, 24h à 48h et pas 3 jours sur 6 ».
- Médecin urgentiste de l'ORU : « Il faut travailler sur les filières [...] donc si vous prenez un certain nombre de pathologies, que vous organisez comme ça, par filière, derrière vous avez quelque chose qui est fluide car vous savez où le patient va : c'est ça filiariser. Donc vous pouvez travailler sur les filières que vous voulez » ; « Il faut avoir une réflexion qui soit au-delà de l'établissement, une réflexion plus régionale. Par l'aspect filière, on applique aussi les autres professionnels de santé dans la gestion ».
- Directeur du pôle Urgences du CHRU de Lille : « Ce qui est certainement à améliorer, c'est l'accès à des compétences spécialisées en amont (Les délais en ville sont trop longs) »
- Médecin urgentiste du CH de Douai : « Oui »
- Infirmière au service des urgences du CH de Douai : « Oui »

Question 7 : Faut-il réformer l'hôpital public ? Le système de santé ?

- Chargée de mission à l'ARS Île de France : « Plutôt que de parler de réformer l'hôpital je pense personnellement qu'il faut déjà stabiliser les actions mises places en développant l'offre ambulatoire. Faire travailler l'ensemble des acteurs autour du projet (ES, maisons de santé, MMG, les centres de santé...) pour pouvoir répondre à la demande en soins non programmés ».
- Cadre de santé des urgences du CHRU de Lille : ne se prononce pas.
- Cadre de santé supérieure des urgences du CHRU de Lille : « Je n'ai aucun avis là-dessus. On approche de l'abord politique, je n'ai pas les compétences nécessaires pour donner un avis là-dessus ».
- Médecin urgentiste de l'ORU : ne se prononce pas.
- Directeur du pôle Urgences du CHRU de Lille : « L'hôpital public est en réforme permanente. Pour la prise en charge des personnes âgées, il y a certainement encore à faire pour améliorer ce que l'on fait aujourd'hui [...] Peut-être créer des filières mieux organisées pour prendre en charge ce type de patient [...] Il y a beaucoup de patients qui viennent des EHPAD car il n'y a pas de solutions locales » ; « Pour le reste, l'urgence vitale fonctionne assez bien. Une belle évolution d'aujourd'hui en comparaison à 5 ans auparavant » ; « Pour la pédiatrie en ville, il n'y a pas suffisamment de pédiatres, les gens ont tendance à venir l'hôpital aussi plus facilement ».
- Médecin urgentiste du CH de Douai : « à discuter »

- Infirmière au service des urgences du CH de Douai : « Oui certains aspects du fonctionnement de l'hôpital et du système de soins »

Question 8 : Quelles seront les conséquences à redouter si la situation perdure ?

- Chargée de mission à l'ARS Île de France : « Plus assez de personnels dans les hôpitaux (démissions, burn-out, arrêts longues maladies) » ; « Baisse de la qualité de la prise en charge » ; « Augmentation de la mortalité aux urgences ».
- Cadre de santé des urgences du CHRU de Lille : « On fait face déjà quand on a eu une grande crise hivernale, et de façon exemplaire par rapport à d'autres hôpitaux qui dit nous on veut plus en faire, nous on n'a jamais fermé nos portes. Y'en a qui stoppe. Nous, on n'a jamais fermé les urgences ».
- Cadre de santé supérieure des urgences du CHRU de Lille : « Un tsunami »
- Médecin urgentiste de l'ORU : « L'épuisement professionnel des personnels aux urgences »
- Directeur du pôle Urgences du CHRU de Lille : « Médecine à double vitesse. Des services hospitaliers très structurés et à côté un flux non programmé pour absorber tous les chocs de la société en première ligne. Un service hospitalier qui a des difficultés de personnel va fermer ou va fermer quelques lits. Les urgences font avec, doivent faire face quoi qu'il arrive. Elles n'ont pas la solution de se décharger sur quelqu'un d'autre ».
- Médecin urgentiste du CH de Douai : « Fatigue et ras le bol du personnel médical et paramédical qui désertent l'hôpital public » ; « Mauvaise prise en charge des patients (manque de médecins compétents, fatigue...) ».
- Infirmière au service des urgences du CH de Douai : « Augmentation de la fréquentation des urgences » ; « Les délais d'attente de plus en plus longs pour les patients » ; « L'agressivité de certains patients » ; « Le burn-out du personnel des urgences ».

Question 9 : Avez-vous le sentiment que les pouvoirs publics ont conscience de la mesure du problème ?

- Chargée de mission à l'ARS Île de France : « Personnellement, je pense que les pouvoirs publics prennent la mesure du problème mais les actions avancent lentement. Des actions commencent à se mettre en place. En Ile-de-France, on travaille sur le déploiement des centres de soins non programmés qui sont généralement adossés à des services d'urgences. Ils prennent en charge les patients CCMU1 et 2 dans le but de désengorger les services d'urgences [...] l'arrivée des infirmiers de pratiques avancées permettra de dégager du temps médical utile. En 2019, les usagers pourront connaître l'offre de soins (jour et nuit) sur leur territoire sur le portail Santé.fr ».
- Cadre de santé des urgences du CHRU de Lille : « question politique »
- Cadre de santé supérieure des urgences du CHRU de Lille : « Je ne sais pas ils vont nous pondre quelque chose là dans pas longtemps sur les urgences, on va attendre on va voir ».
- Médecin urgentiste de l'ORU : « Les pouvoirs publics prennent sans doute la mesure du problème. Après ils n'ont pas forcément le coup de baguette magique. Il y a une différence entre entendre et écouter, ils entendent, bouger les maillons ce n'est pas simple. Il y a des évolutions positives en la matière, notamment sur l'organisation des médecins généralistes, ils réfléchissent un peu au devenir de leur profession. Il faut aussi partager plus avec le milieu hospitalier. La problématique est la même, au sein d'un hôpital, on a toujours considéré historiquement que les Urgences c'était le problème des urgences et que les services des étages n'étaient pas impactés par ça, or c'est faux, c'est l'ensemble de l'hôpital qui est concerné ».
- Directeur du pôle Urgences du CHRU de Lille : « Les pouvoirs publics sont sourds [...] Il y a une réorganisation progressive qui se fait sur les secteurs d'urgence. C'est dans la volonté

des pouvoirs publics de régler ce problème des urgences. Ils savent bien que c'est une difficulté c'est un leitmotiv aussi. Le gouvernement souhaite favoriser l'ambulatoire, fermer les lits hospitaliers, mais si on ferme les lits hospitaliers, on réduit la capacité. Déjà on a des problèmes d'aval pour ces patients polypathologiques, si on ferme des lits c'est encore plus compliqué » ; Les pouvoirs publics prennent en considération les choses, mais il y a encore des améliorations à faire pour tenir compte un petit peu de ce contexte-là (violence et urgences sociales) ».

- Médecin urgentiste du CH de Douai : « *bien sûr que non* »
- Infirmière au service des urgences du CH de Douai : « *non* »

Question 10 : Que diriez-vous aux autorités publiques ?

- Chargée de mission à l'ARS Île de France : Travaille au sein de l'ARS donc ne souhaite pas répondre.
- Cadre de santé des urgences du CHRU de Lille : « *Si vous nous donnez plus de moyens on pourra encore mieux faire* ».
- Cadre de santé supérieure des urgences du CHRU de Lille : « *Qu'on soit un peu moins frileux, qu'on mette en place des horaires qui sont en adéquation avec l'activité (en parlant de créer des postes aux horaires 15h-23h)* »
- Médecin urgentiste de l'ORU : ne se prononce pas
- Directeur du pôle Urgences du CHRU de Lille : « *Une prise en compte des besoins spécifiques qu'on rencontre dans les urgences* » ; « *On n'investit peut-être pas assez dans la permanence des soins* ».
- Médecin urgentiste du CH de Douai : « *Si le patient de 92 ans, arrivé aux urgences depuis 4h, qui n'a toujours pas vu de médecin, et qui finira par voir un médecin intérimaire, incompetent, si ce patient était votre père, mère, frère, oncle... Vous ne seriez pas satisfait de la prise en charge ? Mettez-vous à la place des patients, des soignants.... Ne nous faites pas faire des actes soins à certains patients, dans de mauvaises conditions, si vous n'accepteriez pas que l'on fasse ces mêmes actes soins à vos proches, à vous-même* ».
- Infirmière au service des urgences du CH de Douai : « *Situation très inquiétante voir alarmante nécessitant une réforme profonde* ».

Ces différents entretiens et retours ont été très bénéfiques dans ma compréhension de l'état dans lequel se trouvent les services d'urgences dans les Hauts-de-France. On peut s'apercevoir que selon le corps de métier concerné, les priorités ne sont pas les mêmes. C'est pour cela qu'il existe différentes pistes concernant le désengorgement des services d'urgences, que nous allons maintenant traiter pour conclure.

3 Quels pourraient être les leviers permettant l'amélioration de la situation des services d'urgences ?

3.1 Levier organisationnel : repenser la prise en charge

Même si les problèmes ne sont pas que de type organisationnel, on peut penser qu'en retravaillant l'organisation du service, voire de l'établissement en général, on pourra constater des progrès non négligeables.

3.1.1 Agir sur l'organisation de la prise en charge au sein des services des urgences

- Généraliser les circuits courts de prise en charge

Les circuits courts de prise en charge sont également appelés les « fast-tracks ». Ce concept organisationnel consiste en la prise en charge des patients au profil les moins graves au sein d'un circuit de prise en charge séparé. L'IAO effectue le tri puis les patients sont intégrés au sein d'un circuit spécifique ou ils seront généralement chacun isolés, au sein d'un box par exemple. Ces circuits permettent ainsi de fluidifier l'accueil des patients, diminuant ainsi le délai d'attente de prise en charge.

Une étude intitulée « *Effets de la création d'un circuit court au sein d'un service d'urgence adulte* » réalisée en 2013 au sein du service des urgences du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière à Paris a permis de démontrer que le temps d'attente a significativement diminué (-70 min, IC 95 % -37 à -104 min, $P < 0,001$), la proportion de temps de passage < 4 h des patients ambulatoires a significativement augmenté ($+10$ %, IC 95 % $+6$ à $+14$ %, $P < 0,001$). De plus, la proportion de patients partis sans soins a également significativement diminué (-31 %, IC 95 % -19 à -44 %, $P < 0,001$). Enfin, économiquement, cela a eu également un effet réducteur significatif sur la proportion de patients ayant nécessité des examens biologiques, radiologiques, et la proportion de patients perfusés (62).

Ainsi en 2013, 36,5% des services d'urgences possédait un circuit de ce type selon la DREES (63). Il est cependant à noter que pour un fonctionnement optimal, ces circuits nécessitent d'être dirigés par des médecins expérimentés, afin de réellement fluidifier le système. En effet, les internes ont plus tendance à hospitaliser les patients en cas de doute. Doute qui est généralement inférieur chez les professionnels les plus aguerris.

- Appuyer les modes de prise en charge spécifiques

Les centres hospitaliers français ont entamé depuis de nombreuses années la spécification des différents types d'urgences par la mise en place de circuits dédiés, tels que des circuits pour les urgences générales, psychiatriques, pédiatriques, gynécologiques. Tous les établissements, de par leur taille ou leur spécificité, ne peuvent pas procéder ainsi mais cette organisation doit devenir référence. Au même titre que les circuits-courts, elle permet de fluidifier le service, notamment le temps d'attente pour les patients.

3.1.2 Agir sur l'organisation de l'aval des services des urgences

- Favoriser la filiarisation de certaines pathologies graves

Afin d'affiner plus encore la prise en charge, la solution de la mise en place de prises en charges filiarisées pour de graves pathologies telles que l'infarctus du myocarde ou l'accident vasculaire cérébral est encouragée. Bien que déjà implantée au sein de nombreux établissements, elle est encore loin d'être généralisée. Le but de la filiarisation de certaines pathologies est de les gérer en amont des services d'urgences, pour ainsi permettre d'éviter d'accueillir ces situations urgentes qui sont facteurs d'engorgement des urgences. De plus, cela permet une prise en charge plus spécifique pour les patients, ce qui favorise leur chance de survie.

- Développer plus largement les services de gériatrie aiguë.

Deux études réalisées dernièrement par la DREES, intitulées « *Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier* » et « *Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue* » mettent en avant un fait très largement établi au sein des services : la prise en charge des personnes âgées est facteur d'engorgement. Nous pouvons illustrer ce propos par ces chiffres issus des études de la DREES : la probabilité d'hospitalisation pour les personnes âgées (plus de 75 ans) est 2,6 fois plus importante que pour le reste de la population. De plus, obtenir un lit d'hospitalisation en service spécialisé est plus long pour les personnes âgées. Dans 25% des cas, il est nécessaire de contacter plus d'un service afin de trouver un lit disponible (64).

Il apparaît que les passages aux urgences pour les personnes âgées sont facteurs de désorientation pour ces patients. De plus, ces services sont généralement inadaptés à

leur état, entraînant une détérioration de leur état. Enfin, économiquement, cette prise en charge non adaptée entraîne un allongement de leur séjour et donc des coûts plus importants pour la société.

La solution de créer des services de gériatrie aïgue, en aval des urgences, apparaît comme une excellente solution. Cela permettrait ainsi, toujours dans la même logique, de fluidifier les urgences mais également d'offrir une solution nettement plus adaptée aux personnes âgées.

- Développer la prise en charge médicalisée dans les EHPAD

La thématique de l'insuffisante médicalisation des EHPAD a été abordée dans la partie 2.2.2). Pour rappel, j'y évoquais le fait que lorsqu'une hospitalisation était nécessaire chez un résident, elle se faisait via le service des urgences dans 64 % des cas. Comparativement, au sein de la population générale, ce pourcentage est de 45,6 % concernant les personnes âgées de 80 ans et plus, de 15 % pour les 30-70 ans.

Médicaliser les EHPAD permettrait de réduire ce pourcentage, permettant ainsi un désengorgement. Des solutions comme la mise en place de la télémedecine ou la généralisation des pharmacies à usage interne (PUI) sont évoqués. Selon la CNAM, le taux de passage aux urgences décroît nettement pour les résidents des EHPAD disposant d'une PUI.

- Améliorer la gestion des lits

L'amélioration de la gestion des lits est une solution assez simple qui peut être extrêmement intéressante. Même si elle ne bénéficie pas géographiquement aux urgences, quand l'on voit l'importance que revêt la gestion de l'aval pour ces dernières, elle lui sera largement profitable. Pour se faire, 2 propositions sont posées, l'une plutôt logistique, l'autre plutôt politique.

1) Développer la fonction de « gestionnaire des lits »

Comme son nom l'indique, le gestionnaire des lits a pour mission le suivi de la disponibilité de l'ensemble des lits d'un sanitaire. Ainsi, l'objectif est d'améliorer le taux de rotation des lits dans les services. Cette mesure, de ce fait, se répercutera sur l'activité des urgences, permettant ainsi de la fluidifier. En France on estimait qu'en 2013, selon la

Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), 160 établissements employaient un gestionnaire des lits.

En 2013, Le programme d'amélioration de la gestion des lits de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a présenté des résultats satisfaisants. Ainsi, 159 établissements ont participé à ce programme. A titre d'exemples d'améliorations, les établissements concernées ont diminué le nombre de lits-brancards utilisés la nuit de 28%, le nombre de transferts depuis les urgences vers un établissement extérieur a diminué également de 28% (pour ceux ayant un nombre de transferts >0). Enfin, le nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP) alloué à la recherche de lits a lui diminué de 16% **(65)**.

2) Mettre fin aux politiques de fermeture des lits

Selon le panorama de la DREES « les établissements de santé » de 2017, on a recensé 60 000 fermetures de lits d'hospitalisation à temps complet sur la période 2003-2015 **(66)**. Ainsi dernièrement, lors de l'annonce du plan de redressement des finances publiques de 2017, il a été demandé aux hôpitaux de réaliser 3 milliards d'économies en 3 ans. L'une des mesures étant de fermer 10 % des lits en chirurgie et médecine disponibles, soit 16.000 lits à l'époque **(67)**. Les services les plus touchés étant ceux de Médecine de Chirurgie Obstétrique (MCO) et d'Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

Comme évoqué précédemment, la gestion de l'aval a d'importantes répercussions sur le service des urgences, notamment sa fluidité dans la prise en charge et le temps d'attente. Une baisse du nombre de lits entraîne par conséquent un ralentissement de l'activité des urgences, et favorise donc son engorgement, notamment lors des pics d'activité. Dans le contexte actuel, il apparaît impossible de « recréer » des lits dans les services. L'objectif sur lequel il est préférable et réaliste de se concentrer est plutôt la fin des politiques de fermetures, ou malheureusement la limitation de ces fermetures.

3.2 Levier collaboratif : revoir la relation hôpital-médecine de ville

3.2.1 Une relation qui a évolué au fil des années

La relation entre la médecine de ville et l'hôpital a évolué depuis plusieurs années. Certains médecins urgentistes parlent même de « *désengagement* » des médecins libéraux envers les urgences qu'ils rencontrent. En effet, l'exercice de la médecine a beaucoup évolué ces dernières années. Alors que les anciennes générations étaient plutôt des

médecins dits « *de famille* », avec une forte activité de visite à domicile, et des semaines très chargées, les nouvelles générations de médecins sont plutôt consultations sur rendez-vous, avec peu de visites à domicile, tout en réduisant leur temps de travail. Il apparaît, selon l'avis de médecins urgentistes, que les nouvelles générations ont tendance à choisir facilement la « *solution urgence* » lorsqu'elles rencontrent un cas trop lourd ou trop complexe.

Cette nouvelle façon de pratiquer la médecine entraîne une plus grande complexité pour les personnes d'obtenir un rendez-vous, encore plus lorsqu'il s'agit d'une demande de soin non programmée. Il devient ainsi compliqué d'intégrer le parcours de soin en ville, de ce fait la solution de facilité devient de se rendre à un service d'urgence. Il apparaît donc nécessaire de revoir la relation entre les médecins de ville et l'hôpital. Pour se faire, il existe 2 axes de travail, que nous allons maintenant étudier.

3.2.2 Revaloriser l'exercice de la médecine libérale d'urgence

Cette piste a été préconisée dans le rapport du médecin Jean-Yves Grall datant du 22 juillet 2015. Ce rapport sur la « territorialisation des urgences », faisait le point sur l'activité des urgences et proposait aussi des mesures pour lutter contre l'engorgement (68). Il proposait ainsi, de manière à redynamiser la relation entre la médecine de ville et l'hôpital, de revaloriser, financièrement, l'exercice de la médecine libérale d'urgence. Cette revalorisation financière aurait pour but, selon lui, d'« *inciter les médecins libéraux à recevoir de façon imprévue pendant les horaires de consultation* ».

Ainsi, cette préconisation a été prise en compte par les pouvoirs publics qui ont mis en place un système d'incitation financière à destination des médecins libéraux qui participeront d'une manière active à la prise en charge rapide et non programmée des patients. Pour se faire, la CNAM a, dans le cadre de la convention médicale du 26 août 2016, décidé de mettre en place un forfait majoration aux médecins correspondants et traitants qui effectueront une prise en charge non programmée (69). Deux cas sont précisés :

- « *Une majoration de 15 euros pour les médecins correspondants qui reçoivent sous 48 heures un patient adressé par son médecin traitant (MCU), à laquelle correspond une majoration de 5 euros pour le médecin traitant ayant adressé le patient (MUT)* »,

- « Une majoration de 15 euros pour la prise en charge par le médecin traitant d'un de ses patients à la suite d'une demande du centre de régulation médicale des urgences (MRT) ».

La CNAM n'a cependant pas encore décidé de communiquer ses résultats concernant la mise en place de ces forfaits, nous ne pouvons donc pas juger pour le moment si cette mesure est positive ou non.

Une autre piste de proposition serait de revaloriser financièrement les visites à domicile, qui sont de moins en moins effectuées par les médecins libéraux. En effet, d'après le rapport de la DREES intitulé « Portrait des professionnels de santé, édition 2016 », la part des visites dans l'activité des médecins généralistes est en constante diminution. Alors qu'elle était de 14% en 2005, elle était en 2013 de 10%. Ainsi, on apprend que 1 médecin sur 5 consacre moins de 2% de son activité aux visites.

Actuellement, une visite du médecin à domicile coûte 35€, 25€ la consultation majorée du montant du déplacement facturé 10€. Entre 20h et 24h et 6h et 8h, ce montant atteint 63,50€ (25€ la consultation + 38,50€ déplacement). Pour une consultation entre 00h et 6h, le montant est de 68,50€ (25€ + 43,50€). Le dimanche ainsi que les jours fériés, le montant est fixé à 47,60€ (25€ la consultation + 22,60€ de déplacement) **(70)**.

Il apparaît cependant compliqué d'augmenter le montant du forfait de déplacement, les augmentations du prix de la consultation étant généralement elles-mêmes déjà très complexes, suscitant régulièrement d'âpres négociations. Penchons-nous maintenant sur l'axe de travail suivant, concernant l'apport des centres de santé.

3.2.3 Développer le réseau des centres de santé

Selon l'article L6323-1 du code de la santé publique, les centres de santé sont « *des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au domicile du patient, [...], et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers [...]* » **(71)**. Ces centres se caractérisent par leur utilité sociale, la patientèle étant généralement plus précaire.

D'après la DGOS, il y a en France 1933 centre de santé en 2017. Ils peuvent être de différents types **(72)** :

- Polyvalents (consultation de médecine, actes de radiologie, soins dentaires, spécialistes, paramédicaux, etc.) : 23,7% des centres,
- Médicaux : 6,6% des centres,
- Dentaires : 40,6% des centres,
- Infirmiers : 29,1% des centres.

Les centres de santé participent activement à la prise en charge des actes non programmés. Il est d'ailleurs précisé dans l'accord national des centres de santé du 8 juillet 2015 que « *le centre de santé est organisé de telle sorte que les professionnels de santé y exerçant reçoivent chaque jour ouvert les patients ayant besoin de soins non programmés* ». De plus, 68% des centres pluriprofessionnels ont signé une convention de partenariat avec au moins un établissement sanitaire. Ces centres répondent ainsi parfaitement aux besoins de la population : une prise en charge rapide, possibilité d'effectuer plusieurs examens au sein de la même structure, une amplitude d'ouverture importante (8h-20h en semaine et ouverture le samedi matin), tarification de secteur 1 appliquant le tiers payant.

Il est également intéressant d'observer que, toujours selon l'accord du 8 juillet 2015, les centres de santé peuvent en outre participer à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) **(73)** : « *dans le cadre de son exercice salarié, le médecin du centre de santé peut participer au dispositif de la permanence des soins ambulatoires* ».

Ces centres de santé sont donc une excellente aide au désengorgement des services d'urgences. Cependant, les centres de santé sont très inégalement répartis sur le territoire. En effet, cinq régions (l'Ile-de-France, l'Auvergne-Rhône-Alpes, la région Grand Est, les Hauts de France et l'Occitanie) concentrent plus de 60 % des centres de santé. De plus, ils sont plutôt largement établis en milieu urbain.

Concernant leur gestion, elle est assurée à 39,5 % par une association et à 34,5 % par une mutuelle, les autres gestionnaires étant les collectivités territoriales, les organismes à but non lucratif et les établissements de santé **(74)**. Ces centres représentent des investissements importants et sont très dépendants de l'aide reçue par l'ARS. Or, il n'y a actuellement pas de directive nationale portée sur l'aide que doit verser l'ARS à ces centres, les aides étant très variables selon les régions et les budgets des agences.

Il semble judicieux voir essentiel de développer un réseau de centres de santé beaucoup plus conséquent sur le territoire. Un meilleur maillage permettrait de toucher une

plus grande part de la population et ainsi soulager la majorité des établissements sanitaires.

En attendant que les pouvoirs publics statuent plus précisément sur les aides versées à ces structures, l'une des propositions serait d'étendre l'amplitude horaire d'ouverture de ces centres, permettant ainsi l'accueil d'une part plus importante de soins non programmés. Cette option semble envisageable et pourrait être affiné au cas par cas, selon l'activité qu'apporte chaque centre de soin à la prise en charge de soins non-programmés.

Etudions maintenant le prochain volet de mesures envisagées, qui concerne le financement des urgences hospitalières.

3.3 Levier économique : repenser le financement des urgences hospitalières

Repenser le financement des urgences fait partie des mesures qui pourraient aboutir à leur désengorgement. En effet, plus de moyens ou une meilleure répartition de ces derniers peuvent permettre une meilleure organisation, qu'elle soit humaine ou matériel, pour fluidifier les services. En 2016, selon la DGOS, le budget alloué aux services d'urgences était de 3,4 milliards d'euros (75). Malgré un budget qui se maintient, l'écart entre le budget accordé et l'activité des services ne cesse de grandir. En effet, d'après la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, le coût moyen d'un passage aux urgences est de 227 euros dont 80 euros sont représentés par les actes prodigués (76). Si l'on multiplie le coût d'un passage par le nombre total de passages annuels aux urgences, on arrive à un total de 4,54 milliards d'euros. On obtient ainsi 1,1 milliards d'écart entre le budget alloué et le budget qui serait réellement nécessaire. Cela se répercute ainsi sur la qualité de prise en charge notamment, de par la qualité des équipements ou le manque de personnel, faute de moyens. Nous allons ainsi maintenant voir les limites du système actuel, ainsi qu'une proposition d'évolution pour un meilleur financement des urgences hospitalières.

3.3.1 Un système de financement inflationniste

Au cours de l'année 2016, nous sommes passé via l'arrêté du 4 mars à un nouveau modèle de financement des services d'urgences. Les grands principes sont les suivants : les établissements reçoivent une partie fixe qui est le forfait annuel des urgences (FAU) et une partie variable correspondant au forfait accueil et traitement des urgences (ATU). Ainsi, le FAU varie en fonction du nombre d'ATU facturés. Ainsi, cette réforme avait pour but de :

- Assurer un niveau de financement suffisant pour chaque établissement, indépendamment de son niveau d'activité,
- Assurer un socle de financement correspondant aux spécificités d'une activité fonctionnant 24 heures sur 24,
- Assurer la prise en charge de certaines activités comme le Smur,
- Mettre en cohérence les règles de financement des urgences et les évolutions attendues dans l'organisation des médecins libéraux du fait de l'application de la loi « santé » (77).

Le problème de ce système est qu'il est par nature inflationniste. En effet, le forfait annuel des urgences (FAU) est calculé par tranches d'activité (par palier de 2500 ATU). Le problème est que l'activité fluctue, mais le personnel ne varie pas identiquement. En d'autres termes, si l'activité augmente, alors le FAU augmente, le personnel est ainsi en activité constante. Si l'on constate une baisse d'activité, alors le FAU diminue cependant le même nombre de personnel est présent. Il est impossible pour l'établissement de réduire ses coûts de personnel, on obtient alors un écart entre les recettes d'activités et les charges de personnel qui est négatif. De ce fait, paradoxalement, les services d'urgences n'ont aucun intérêt à adresser les patients au sein d'autres structures telle que les maisons médicales de garde car ils risqueraient la situation expliquée juste au-dessus. Cette situation freine donc le développement de la collaboration entre les services d'urgence et la médecine de ville, qui serait pourtant majeur en vue du désengorgement.

Il apparait donc nécessaire, malgré la réforme récente, de modifier à nouveau le financement des urgences. Intéressons-nous donc maintenant à la piste développée par Olivier Véran.

3.3.2 Proposition d'amélioration

L'enjeu de la problématique du financement des urgences est crucial. En effet, ce dernier doit permettre la réalisation de 3 objectifs principaux, en concordance :

- Centrer la prise en charge au sein des urgences sur des cas réellement urgents,
- Inciter les cas non réellement urgents à se réorienter vers la médecine de ville,
- Mieux gérer les coûts fixes malgré la fluctuation de l'activité.

Certains ont commencé à se pencher sur la question, à commencer par Olivier Véran, neurologue et homme politique français.

Il propose ainsi de construire un financement des urgences selon 3 points clés (78) :

- Conserver un financement mixte incluant une part de financement à l'activité et une part forfaitaire,
- Moduler le montant du financement à l'activité en fonction de la gravité des pathologies et de la technicité des actes réalisés, afin d'inciter les services à se concentrer sur la prise en charge des patients classés en CCMU 3, 4 ou 5 ;
- Créer un forfait de réorientation visant à inciter les services à réadresser les patients ne nécessitant pas de prise en charge hospitalière vers les acteurs de ville.

Sa proposition de moduler la part variable en fonction du nombre et de la gravité des pathologies et non plus uniquement du nombre apparaît judicieuse. Ainsi, cela permettrait de réorienter les cas les moins importants vers la médecine de ville, excellent pour le désengorgement des urgences. De plus, la part variable des recettes serait moins dépendante du nombre d'actes réalisés, du fait de la prise en compte du facteur gravité. En conséquence, les budgets seraient mieux maîtrisés.

Pour conclure sur les leviers d'actions envisagés, intéressons-nous maintenant au levier éducatif. En effet, une meilleure éducation et information des personnes permettraient certainement un désengorgement des services d'urgences.

3.4 Levier éducatif : mieux éduquer et informer le public

Nous l'avons vu tout au long de ce travail, l'engorgement des urgences est en partie expliqué par le fait que bon nombre de patients s'y rendent alors que leur état de santé n'indique aucune situation urgente. On a vu que l'une des solutions pour contrer ce phénomène était de mettre en place les circuits courts de prise en charge, qui ont fait leur preuve. Or, si l'on veut traiter le problème à la racine, il convient d'éduquer et de mieux informer les populations afin qu'elles puissent elles-mêmes résoudre leurs problèmes de santé courants, sans avoir à s'adresser à un système de soin d'urgence. Voyons maintenant quelques mesures qui pourraient être pertinentes.

3.4.1 Développer des programmes d'éducation des patients

Des programmes de ce type existent déjà, mais sont trop peu répandus au sein du pays. A titre d'exemple, la Mutualité Santé Agricole (MSA) a développé un programme

appelé « éducation à la santé familiale » (ESF). Ce dernier a pour but d'apprendre aux familles les réflexes de bases afin de gérer au mieux des situations pressenties comme urgentes, alors qu'elles ne le sont pas. Acquérir certaines compétences et connaissances permettraient alors à ces personnes d'éviter de se rendre à un service d'urgence inutilement.

3.4.2 Informer massivement le public

Il est possible, à travers une large campagne de communication, de faire changer les mentalités des personnes concernant leur rapport aux services d'urgences. Plusieurs canaux de communication sont à notre disposition : campagnes radio et télédiffusées, promotion sur les sites internet du pouvoir public, des ARS, des hôpitaux. On peut également créer des affiches à disposer dans les cabinets médicaux les hôpitaux ou à incorporer dans les journaux. Enfin, on peut utiliser les réseaux sociaux, qui est certainement le moyen permettant de toucher le plus de monde.

Afin de toucher plus précisément les populations qui fréquentent le plus les services d'urgences, il convient cependant de procéder à une analyse fine des caractéristiques des personnes s'y rendant. Pour se faire, des structures spécifiques existent, comme par exemple la Fédération des Observatoires régionaux des urgences (FEDORU).

Conclusion

A l'issue de mes investigations et travaux, j'ai pu dégager les causes principales de la croissance de l'activité aux urgences. Nous avons pu voir que cela ne relevait pas seulement d'un manque de personnel ou d'une mauvaise organisation. Les causes sont multifactorielles.

L'une des causes de l'engorgement des urgences est cette mauvaise appréhension du degré relatif à l'urgence par la population, qui sature le service. Également, les problèmes rencontrés par la médecine de ville, l'insuffisante médicalisation des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes qui entraîne un nombre important de passages aux urgences évitables. A cela s'ajoute cette impression de gratuité par rapport au coût des soins de ville dans l'esprit des catégories socio-professionnelles bien qu'elle n'explique pas à elle seule la situation.

Le caractère social auquel les urgences doivent faire face, pour lequel le personnel soignant n'est pas formé, entraîne des prises en charge chronophages pour les équipes. Enfin la baisse du nombre de lit d'aval qui est un facteur non négligeable à l'engorgement des urgences.

Ces problématiques ne sont pas sans conséquences sur les patients et le personnel. On y constate une augmentation de la mortalité, la surcharge des urgences engendrant des erreurs de diagnostic. Je rappelle ici que 1/3 des événements indésirables sont liées à un mauvais pronostic. La saturation des lits en aval peut, elle, entraîner un retard de la mise en route d'un traitement et ainsi occasionner des complications pour le patient. En effet, certains passent plusieurs heures sur des brancards avant leur prise en charge en aval.

Concernant le personnel, j'ai mis en évidence la notion de violence auquel il est sujet, se manifestant sous 3 formes : physique, psychologique et verbale, venant généralement de patients atteints de pathologies psychiatrique, fortement alcoolisé ou sous l'emprise de drogue. Puis d'autre part, il y a la dépression et l'épuisement professionnel causé par ce flux conséquent de patient, une agressivité fréquente et des horaires difficiles.

Ces constats qui ont fondé l'ensemble de ma réflexion, m'ont amené à tenter de trouver des leviers d'actions permettant l'amélioration de la situation des services d'urgences. Parmi les solutions envisageables, on peut agir sur le levier organisationnel, l'objectif étant de repenser la prise en charge au sein des services d'urgences ou sur le

levier collaboratif, dans le but de revoir la relation hôpital-médecine de ville. Enfin, il existe des possibilités de travail sur le levier économique afin de repenser le financement des urgences ou sur le levier éducatif, pour mieux éduquer et informer le public.

Nous avons ainsi vu que malgré les nombreux problèmes, il existe de nombreuses actions qui, ajoutées les unes aux autres, pourraient déboucher sur une amélioration de la situation des services d'urgences. Le plan santé appelé « Ma Santé 2022 », présenté par Monsieur le Président Emmanuel Macron, comporte déjà des mesures qui devraient permettre aux urgences de respirer un peu : la réorganisation des services d'urgence qui à terme ne devront accueillir que les urgences vitales, la création d'hôpitaux de proximité labélisés, la mise en place de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui devront entre autres gérer les « urgences de ville ». En plus, la création du métier d'« assistant médical » et le recrutement de 400 médecins volontaires salariés pour endiguer les déserts médicaux devraient offrir plus de possibilités de soin à la population. Améliorer la situation des urgences n'est plus un objectif, mais une nécessité, dont l'état semble avoir pris la mesure.

Bibliographie

- 1 : Raymond Bénévent. La rhétorique de l'urgence [Internet]. [Cité 25 août 2018]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2009-2-page-13.htm>
- 2 : CNRTL. Définition urgence [Internet]. [Cité 25 août 2018]. Disponible sur : <http://cnrtl.fr/definition/urgence>
- 3 : Larousse. Définition urgence [Internet]. [Cité 25 août 2018]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
- 4 : Larousse. Définition urgences [Internet]. [Cité 25 août 2018]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgences/80705>
- 5 : BNDS. Service d'accueil et de traitement des urgences [Internet]. [Cité 25 août 2018]. Disponible sur : <https://www.bnds.fr/dictionnaire/sau.html>
- 6 : Marine More, JC Aymard. Les services d'accueil des urgences. Historique et Activités [Internet]. [Cité 25 août 2018]. Disponible sur : <https://slideplayer.fr/slide/502451/#>
- 7 : Marine More, JC Aymard. Les services d'accueil des urgences. Historique et Activités [Internet]. [Cité 25 août 2018]. Disponible sur : <https://slideplayer.fr/slide/502451/#>
- 8 : Marine More, JC Aymard. Les services d'accueil des urgences. Historique et Activités [Internet]. [Cité 25 août 2018]. Disponible sur : <https://slideplayer.fr/slide/502451/#>
- 9 : Marine More, JC Aymard. Les services d'accueil des urgences. Historique et Activités [Internet]. [Cité 25 août 2018]. Disponible sur : <https://slideplayer.fr/slide/502451/#>
- 10 : Marine More, JC Aymard. Les services d'accueil des urgences. Historique et Activités [Internet]. [Cité 25 août 2018]. Disponible sur : <https://slideplayer.fr/slide/502451/#>
- 11 : Urgences-online. Accueil SAU [Internet]. [Cité le 25 août 2018]. Disponible sur : http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/accueil_sau.pdf
- 12 : DREES. La médecine d'urgence [Internet] 2016. [Cité le 25 août 2018]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/27-7.pdf>
- 13 : Urgences-online. Accueil SAU [Internet]. [Cité le 25 août 2018]. Disponible sur : http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/accueil_sau.pdf
- 14 : Conseil National de l'Ordre des Médecins. Médecine d'urgence [Internet]. [Cité 25 août 2018]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/medecine-d-urgence-37>
- 15 : Conseil National de l'Ordre des Médecins. Médecine d'urgence [Internet]. [Cité 25 août 2018]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/medecine-d-urgence-37>
- 16 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Circulaire DHOS/O1 no 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences [Internet] 2007. [Cité 26 août 2018]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-03/a0030070.htm>
- 17 : Légifrance. Décret no 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000719792&categorieLien=id>

- 18 : Légifrance. Article D6124-22. [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916980&dateTexte=&categorieLien=cid>
- 19 : Légifrance. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788652&categorieLien=id>
- 20 : SRLF. Réanimation volume 22 [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur : https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1311-Reanimation-vol22-N6-p610_p615.pdf
- 21 : SRLF. Réanimation volume 22 [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur : https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1311-Reanimation-vol22-N6-p610_p615.pdf
- 22 : SRLF. Réanimation volume 22 [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur : https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1311-Reanimation-vol22-N6-p610_p615.pdf
- 23 : SFMU. Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur : http://www.sfmf.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf
- 24 : S. Gentile, E. Amadei, J. Bouvenot, A.C. Durand, I. Bongiovanni, J. Haro, C. Giraud, R. Sambuc. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-1-page-63.htm>
- 25 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf
- 26 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf
- 27 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf
- 28 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf
- 29 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf
- 30 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf
- 31 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf
- 32 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf
- 33 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf
- 34 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf
- 35 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf

- 36 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf
- 37 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf
- 38 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf
- 39 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf
- 40 : Syn@pse. Panorama Hauts-de-France 2016. Activités des structures d'urgence [Internet]. [Cité le 26 août 2018]. Disponible sur www.synapse-hdf.fr/IMG/pdf/panorama2016_hdf_vf.pdf
- 41 : Les établissements de santé. Rapport 2018. In DREES; 2018.p.132
- 42: Thomas Mesnier. Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires. 2018.p.9
- 43 : Ingrid de Chevigny. Hôpital : l'attente aux urgences est moins longue qu'on ne le pense [Internet] Capital.fr [Cité le 4 septembre 2018]. Disponible sur : <https://www.capital.fr/economie-politique/hopital-l-attente-aux-urgences-est-moins-longue-qu-on-ne-le-pense-1063776>
- 44 : Thomas Mesnier. Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires. 2018.p.19
- 45 : AD. Urgences : presque la moitié des patients y restent moins de deux heures [Internet]. BFMTV.com [Cité le 4 septembre 2018]. Disponible sur : <https://www.bfmtv.com/sante/urgences-48pour-cent-patients-y-restent-moins-deux-heures-821931.html>
- 46 : Thomas Mesnier. Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires. 2018.p.11
- 47 : Laurence Cohen, Catherine Génisson, René-Paul Savary. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. 2017.p.41
- 48 : J.C Malbec. Missions du médecin coordinateur [Internet]. Ehpad.org [Cité le 4 septembre 2018]. Disponible sur : <http://ehpad.org/Formation/missions-du-medecin-coordonateur>
- 49 : F. Nourhashémi. Hospitalisations aux urgences des résidents d'EHPAD [Internet]. uspalz.com [Cité le 4 septembre 2018]. Disponible sur : https://www.uspalz.com/Media/slides/2017/NOURASHEMI_SCU2017.pdf
- 50 : Thomas Mesnier. Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires. 2018.p.20
- 51 : Marc Bessin. Le social aux urgences de l'hôpital [Internet]. 2003 [cité le 4 septembre 2018]. Disponible sur : <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/le-social-aux-urgences-de-lh%C3%B4pital>
- 52 : Isabelle Robert-Bobée. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 [Internet] 2006 [Cité le 6 septembre 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
- 53 : Francetvinfo. Diminution du nombre de lits à l'hôpital mais hausse de la population [Internet] 2017 [Cité le 6 septembre 2018]. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/hopital/diminution-du-nombre-de-lits-a-l-hopital-mais-hausse-de-la-population_2483265.html

- 54 : Laurence Cohen, Catherine Génisson, René-Paul Savary. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. 2017.p.70
- 55 : Mathias Germain. La saturation des urgences augmente la mortalité [Internet] 2013 [Cité le 6 septembre 2018]. Disponible sur : <https://www.pourquoidoctor.fr/Articles/Question-d-actu/3774-La-saturation-des-urgences-augmente-la-mortalite>
- 56 : Lavdn. Santé : Les urgences hospitalières à l'agonie [Internet] 2018 [Cité le 6 septembre 2018]. Disponible sur : <http://lavdn.lavoixdunord.fr/337693/article/2018-03-17/les-urgences-hospitalieres-l-agonie>
- 57 : Camille Allain. Rennes : Une femme de 60 ans décède sur un brancard aux urgences [Internet] 2018 [Cité le 7 septembre 2018]. Disponible sur : <https://www.20minutes.fr/sante/2237271-20180314-rennes-femme-60-ans-decede-brancard-urgences>
- 58 : Francetvinfo. 100.000 patients auraient passé la nuit sur un brancard cette année [Internet] 2018 [Cité le 7 septembre 2018]. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/soigner/100-000-patients-auraient-passe-la-nuit-sur-un-brancard-cette-annee_2801401.html
- 59 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport 2018 Observatoire National des Violences en Milieu de Santé [Internet] 2018 [Cité le 8 septembre 2018]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_onvs_rapport_2018_donnees_2017_2.pdf
- 60 : J.I. Burn-out chez les urgentistes [Internet] 2010 [Cité le 7 septembre 2018]. Disponible sur : https://www.sciencesetavenir.fr/sante/burn-out-chez-les-urgentistes_18883
- 61 : Séverin Graveleau. 66 % des futurs et jeunes médecins souffriraient d'anxiété [Internet] 2017 [Cité le 8 septembre 2018]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/06/13/66-des-futurs-et-jeunes-medecins-souffriraient-d-anxiete_5143429_1651302.html
- 62 : K. Saidi, A.L. Paquet, H. Goulet, F. Ameur, A. Bouhaddou, N. Nion, B. Riou et P. Hausfater. Effets de la création d'un circuit court au sein d'un service d'urgence adulte [Internet] 2015 [Cité le 8 septembre 2018]. Disponible sur : <https://afmu.revuesonline.com/articles/lvafmu/abs/2015/06/133410283/133410283.html>
- 63 : Laurence Cohen, Catherine Génisson, René-Paul Savary. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. 2017.p.60
- 64 : Laurence Cohen, Catherine Génisson, René-Paul Savary. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. 2017.p.72
- 65 : Laurence Cohen, Catherine Génisson, René-Paul Savary. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. 2017.p.75
- 66 : DREES. Les établissements de santé [Internet]. 2017. [Cité le 8 septembre 2018]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2017>
- 67 : CFECGC. Hôpitaux : le ministère va fermer 16.000 lits et supprimer 22.000 postes [Internet] 2016 [Cité le 8 septembre 2018]. Disponible sur : <http://cfecgc-santesocial.fr/hopitaux-fermeture-lits-suppression-postes/>
- 68 : J.Y Grall. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences [Internet] Ministère des Solidarités et de la Santé [Cité le 9 septembre 2018]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf
- 69 : Laurence Cohen, Catherine Génisson, René-Paul Savary. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. 2017.p.40-41

- 70 : AMELI. Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine [Internet]. [Cité le 9 septembre 2018]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>
- 71 : c3i. Une nouvelle définition des centres de santé [Internet]. [Cité le 10 septembre 2018]. Disponible sur : <http://www.c-trois-si.fr/35-actualites/310-une-nouvelle-definition-des-centres-de-sante.html>
- 72 : Thomas Mesnier. Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires. 2018.p.28
- 73 : AMELI. Accord national des centres de santé [Internet]. 2018. [Cité le 10 septembre 2018]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/centre-de-sante/textes-reference/accord-national/accord-national-centres-sante>
- 74 : Thomas Mesnier. Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires. 2018.p.31
- 75 : Laurence Cohen, Catherine Génisson, René-Paul Savary. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. 2017.p.65
- 76 : Laurence Cohen, Catherine Génisson, René-Paul Savary. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. 2017.p.64
- 77 : Laurence Cohen, Catherine Génisson, René-Paul Savary. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. 2017.p.67
- 78 : Ministère des Solidarités et de la Santé. L'évolution des modes de financement des établissements de santé [Internet]. [Consulté le 11 septembre 2018]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport__evolution_des_modes_de_financement_des_etablissements_de_sante.pdf

Table des matières

Remerciements	2
Sommaire	3
Introduction	4
1-Le service des urgences hospitalières	7
1.1 Présentation générale	7
1.1.1 Définition du terme « urgence »	7
1.1.2 Définition des « urgences »	7
1.1.3 Historique réglementaire du Service d'Accueil des Urgences	8
1.1.4 L'activité des S.A.U en France	9
1.2 Fonctionnement d'un service d'accueil des urgences	10
1.2.1 Les missions d'un SAU	10
1.2.2 Législation d'un S.A.U	10
1.2.3 L'organisation des soins	11
1.3 Classification de l'urgence médicale	12
1.3.1 Un acteur principal : l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO)	12
1.3.2 Le tri des patients	12
1.3.3 L'attente des patients vers le service des urgences	15
2- Les urgences : un service hospitalier en tension	15
2.1 Analyse de l'activité des S.A.U dans la région Hauts-de-France	15
2.1.1 Les source des données	16
2.1.2 Les SAU en Hauts de France	17
2.1.3 Statistiques descriptives des SU en Hauts-de-France	18
2.2 Une augmentation constante de l'activité des urgences	25
2.2.1 Une croissance régulière de l'activité depuis plus de 20 ans.	25
2.2.2 Un engorgement des services inégalement réparti sur le territoire	26
2.2.3 Un phénomène qui dépasse nos frontières	27
2.2.4 Les causes de la croissance d'activité des urgences	28
2.2.5 Les conséquences de cette augmentation	33
2.2.5.1 Sur le patient	33
2.2.5.2 Sur le personnel	34
2.3 Observation terrain et ressentis de professionnels de santé	35

2.3.1	Journée d'immersion au sein du service des urgences du Centre Hospitalier de Douai	35
2.3.2	Entretiens avec des professionnels de santé	39
3-	Quels pourraient être les leviers permettant l'amélioration de la situation des services d'urgences ?	46
3.1	Levier organisationnel : Repenser la prise en charge	46
3.1.1	Agir sur l'organisation de la prise en charge au sein des services des urgences	46
3.1.2	Agir sur l'organisation de l'aval des services des urgences	47
3.2	Levier collaboratif : revoir la relation hôpital-médecine de ville	49
3.2.1	Une relation qui a évolué au fil des années	49
3.2.2	Revaloriser l'exercice de la médecine libérale d'urgence	50
3.2.3	Développer le réseau des centres de santé	51
3.3	Levier économique : repenser le financement des urgences hospitalières	53
3.3.1	Un système de financement inflationniste	53
3.3.2	Proposition d'amélioration	54
3.4	Levier éducatif : mieux éduquer et informer le public	55
3.4.1	Développer des programmes d'éducation des patients	55
3.4.2	Informer massivement le public	56
Conclusion		57
Bibliographie		59
Table des matières		64
Table des illustrations		66
Glossaire		67

Table des illustrations

Tableaux :

- Tableau 1 : Echelle de l' « Emergency Severity Index ».
- Tableau 2 : L'échelle « Manchester Triage Scale ».
- Tableau 3 : L'échelle « CIMU ».
- Tableau 4 : Situation suite au passage au sein des urgences

Figures :

- Figure 1 : Répartition de la démographie des Hauts de France (habitants/région et % de la population totale de la région par département.
- Figure 2 : Cartographie des structures d'urgence des Hauts de France.
- Figure 3 : Représentation graphique du nombre de passages aux urgences par département.
- Figure 4 : Parts par classes d'âges de la fréquentation des urgences
- Figure 5 : Description par classes d'âge des patients se rendant aux urgences.
- Figure 6 : Représentation graphique des différents moyens utilisés par les personnes pour se rendre aux urgences.
- Figure 7 : Représentation graphique de la distribution de l'activité selon l'heure d'arrivée aux urgences.
- Figure 8 : Représentation graphique de la distribution de l'activité selon le jour d'arrivée aux urgences.
- Figure 9 : Représentation graphique de la distribution de l'activité selon le mois d'arrivée aux urgences.
- Figure 10 : Représentation graphique de la durée moyenne de passage aux urgences selon les départements des Hauts de France.
- Figure 11 : Croissance annuelle moyenne du nombre de passages au sein des services d'urgence en 2001 et 2011 sur un échantillon de pays membres de l'OCDE.
- Figure 12 : Croissance annuelle moyenne du nombre de passages au sein des services d'urgence en 2001 et 2011 sur un échantillon de pays membres de l'OCDE.

Glossaire

- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **CHRU** : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- **ORU** : Observatoire Régional des Urgences
- **SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente
- **CNRTL** : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
- **SAU** : Service d'Accueil des Urgences
- **IAO** : Infirmier d'Accueil et d'Orientation
- **ANACOR** : Antenne d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences
- **ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- **SROS** : Schéma Régionaux d'Organisation des Soins
- **DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- **DROM** : Département et Région d'Outre-Mer
- **SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- **SFMU** : Société Française de Médecine d'Urgence
- **ESI**: Emergency Severity Index
- **MTS**: Manchester Triage Scale
- **CCMU** : Classification Clinique des Malades des Urgences
- **CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- **RPU** : Résumés de Passages aux Urgences
- **ATIH** : l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- **SPF** : Santé Publique France
- **SAE** : Statistiques Annuelles des Etablissements
- **SRVA** : Serveur Régional de Veille et d'Alerte
- **SU** : Structures d'Urgences
- **CH** : Centre Hospitalier
- **VSAV** : Véhicule de Secours et d'Aide aux Victimes
- **OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economique
- **SOFRES** : Société Française d'Études et de Sondages
- **EHPAD** : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- **CNAMTS** : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- **ONVS** : Observatoire National des Violences en Santé
- **ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance
- **PUI** : Pharmacie à Usage Interne
- **ETP** : Equivalent Temps Plein
- **MCO** : Médecine de Chirurgie Obstétrique
- **USLD** : Unités de Soins de Longue Durée
- **CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- **DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins
- **PDSA** : Permanence Des Soins Ambulatoires
- **FAU** : Forfait Annuel des Urgences
- **ATU** : Accueil et Traitement des Urgences
- **MSA** : Mutualité Santé Agricole
- **ESF** : Education à la Santé Familiale
- **FEDORU** : Fédération des Observatoires régionaux des urgences
- **CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

LES SERVICES D'URGENCES HOSPITALIERES EN FRANCE : QUELS LEVIERS D'ACTION POUR LUTTER CONTRE LEUR ENGORGEMENT ?

La **médecine d'urgence** prend son origine dans l'antiquité. Tout d'abord à destination des blessés de guerre, elle s'est ensuite répandue au sein des populations civiles. En France, elle prit petit à petit sa place dans les **hôpitaux** à compter de 1941, jusqu'à devenir aujourd'hui discipline incontournable du secteur hospitalier. Le **service des urgences** étant la véritable porte d'entrée des établissements. Cependant, leur situation est aujourd'hui critique. Passant de 10 millions de passages en 1996 à 21 millions en 2017, les urgences étouffent,aturent, engendrant des conséquences parfois dramatiques sur les patients comme les personnels. Ces faits m'ont amené à m'interroger sur l'organisation de ce service, mais aussi sur les causes de sa **saturation**, et les moyens de soulager cette activité si importante. Ce travail tentera d'y répondre via une présentation des services d'urgence, notamment de leur fonctionnement. Une analyse de l'activité sur la région Hauts-de-France, l'étude de certaines causes d'**engorgement** des services, ainsi qu'interviews et immersion au sein d'un service d'urgences feront découvrir la réalité de la situation. Enfin, l'analyse de différents **leviers d'action** permettront de prouver qu'il existe des solutions pour lutter contre l'engorgement de ses services. L'état, à travers notamment certaines mesures du plan « Ma Santé 2022 » montre qu'il prend le problème à bras le corps, mais cela sera-t-il suffisant ?

Mots-clés : médecine d'urgence, hôpitaux, service des urgences, saturation, engorgement, leviers d'action.

CARE EMERGENCY DEPARTMENT IN FRANCE: WHICH LEVERAGES IN ORDER TO STRIVE AGAINST THEIR CONGESTION?

Emergency medicine was set up during the antiquity. First of all dedicated to war's injured, it was then spread over civilian populations. In France, step by step from 1941, it has been developed until being considered as an important part of the **hospital's** activities. **Care emergency departments** are now considering as the front door of healthcare establishment. However, their situations are actually terrible. From 10 billion passages in 1996 to 21 billion in 2017, emergency services suffocate, saturate, causing consequences, sometimes terrible, over patients and professionals. These facts have made me to question myself on the organisation of the department, on the causes of the **congestion** and also on the possibilities to relieve this activity. My dissertation will try to give answers through, firstly, a presentation of emergency care department, especially how they work. Secondly, an analysis of the activity concerning Hauts-de-France territory, the study of some causes of **saturation**, interviews and a day of immersion in an emergency service will illustrate to you the reality of the situation. To conclude, the observation of the different **leverages** will demonstrate that there are some solutions to fight against congestion. The French government, through some points contained in the plan "Ma Santé 2022" proves that it takes in consideration the problem but, will it be enough?

Key-words: Emergency medicine, hospital, care emergency department, congestion, saturation, leverages