

## ASSISES RÉGIONALES DE LA SANTE

### CONSTRUIRE ENSEMBLE LES STRUCTURES D'URGENCES DE DEMAIN DANS LE GRAND-EST

#### COMPTE RENDU



## I. SOMMAIRE DE LA JOURNÉE

---

**Table ronde N°1 :** La responsabilité populationnelle territoriale face aux besoins de soins non programmés : mythe ou réalité ?

**Table ronde N°2 :** Couverture territoriale et accessibilité aux soins urgents dans les prochaines années : entre régulation de l'accès aux urgences, les fermetures nocturnes et l'objectif de moins de 30 minutes, quelles perspectives ?

**Table ronde / débat :** Se sentir bien dans une structure d'urgence : patients et professionnels, un mode d'emploi ?

**Restitution des ateliers des 6 ateliers tenus en parallèle de la table ronde / débat**

**GRAND TÉMOIN:** Stéphane PARDOUX – Directeur Général de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)

## II. 10H00 -12H30 TABLES RONDES N°1 et N°2

Les tables rondes sont restituées de la façon suivante :

- La restitution des propos de chaque intervenant
- La synthèse de chaque intervention
- Les échanges entre les participants et les intervenants par sms.

### Table-ronde n°1 : La responsabilité populationnelle territoriale face aux besoins de soins non programmés : mythe ou réalité ?

PROBLÉMATIQUE :

*Le concept de responsabilité populationnelle est capital pour notre système de santé.*

*Seul, un professionnel de santé, ou même un établissement ne peut faire face à ce défi.*

*La réponse doit être collective et coordonnée. Mais en pratique, comment peut-on la construire sur des champs aussi divers que l'orientation des patients, la coordination public / privé ou Ville – Hôpital, l'aval des urgences ou l'aval de l'aval ? Quelles règles se fixer ? Quels outils ?*

INTERVENANTS :

- **Dr. Jean-Marie WOEHL**, Président de la commission Médicale du Groupement hospitalier de Territoire du Centre Alsace
- **Bruno LERAY**, Directeur du Groupe de Courlancy Bezannes
- **Dr. Marc NOIZET**, Président de SAMU-Urgence de France
- **Dr. Vincent ROYAUX**, Président du Conseil régional de l'ordre des médecins.

#### LA RESTITUTION DES POINTS DE VUE DE CHAQUE INTERVENANTS

- **Dr. Jean-Marie WOEHL**, Président de la commission Médicale du Groupement hospitalier de Territoire du Centre Alsace.

Parler de responsabilité populationnelle c'est parler d'une responsabilité partagée par tous les secteurs de santé car nous sommes tous concernés.

Depuis 20 ans, et quel que soit le secteur, (libéral/hospitalier, public/privé) un fossé de plus en plus profond s'est creusé entre la médecine spécialisée, organisée, programmée et une médecine du tout-venant : l'hyperspécialisation est de plus en plus prégnante au cours de nos études et de notre exercice. La survalorisation de cette surspécialisation s'est heurtée à l'émergence, puis à l'envahissement, des maladies chroniques et le nombre exponentiel de maladies complexes polyopathologiques, le plus souvent chez les personnes âgées.

Il s'agit d'un constat d'échec et nous nous sommes trompés ces 20 dernières années dans la manière d'organiser le système de santé, si bien que cela a déséquilibré l'offre de soin face à la réalité de la demande.

- **Ex : 97% des secteurs de médecine libérale sont couverts mais par 38% de la professions.**

*Donc 62% de la profession ne sent plus concernés et conduit à l'épuisement de ceux qui assument encore cette charge.*

Dans le monde hospitalier, la problématique est similaire avec des flux de malades assumés en majorité par les urgences puis par les services de médecine polyvalente, de médecine interne et de gériatrie. Les services de spécialité se sont organisés le plus souvent pour répondre à la demande, provoquant un schisme entre ceux qui prennent en charge l'avenir de l'hospitalisation, c'est-à-dire les patients polypathologiques âgés les plus lourds et ce qui est de l'ordre de l'ambulatoire.

L'enjeu des soins non programmés ne se limite pas aux seuls généralistes et concerne aussi la spécialité : il faut faciliter l'accès des collègues généralistes à la vie spécialisée de 2<sup>nd</sup> recours

- **Ex :** dans certains hôpitaux on a organisé des ob d'appel aux seniors qui permettent à un médecin généraliste d'accéder à un avis seniorisé pour juger d'une prise en charge, d'une hospitalisation urgente ou non, d'une consultation urgente ou non.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont un moyen d'organiser, au sein de la communauté libérale pluriprofessionnelle, l'accès facilité aux soins non programmés de 1<sup>er</sup> au 2<sup>e</sup> recours.

Cette responsabilité doit aussi être partagée avec nos collègues du paramédical : **La radiologie publique constitue un prochain défi avec le nombre insuffisant de manipulateur radio pour assurer la permanence des soins.**

Le 1<sup>er</sup> sujet c'est de trouver des moyens pour répartir cette charge qui constitue aujourd'hui la principale cause du manque d'attractivité de l'hôpital public.

Le 2<sup>d</sup> sujet est la formation : si on poursuit dans la voie de l'hyperspécialisation au détriment de la polyvalence nous allons droit dans le mur. Il va donc falloir valoriser les spécialités et les actes de nature intellectuelle.

Il nous faut rapidement nous interroger sur ce qu'est le juste équilibre entre l'accomplissement légitime de soi et ce qui est connexe au métier à savoir le service.

Aujourd'hui nous n'arrivons plus à enseigner à nos jeunes collègues l'équilibre entre l'épanouissement dans son métier, et la nécessité de répondre à une notion de service à la population. Nous devons tous participer à cette contrainte et à ce service qu'est la permanence du soin.

2032 ne sera pas l'avènement de la résolution du problème de la démographie médicale : jusqu'en 2030 le nombre de médecins disponibles sera plus ou moins identique à aujourd'hui pour augmenter significativement qu'à partir 2050. Selon une publication de l'ordre des médecins pour remplacer un médecin qui part à la retraite il faut 1,8 médecins.

Par ailleurs, nous attendrons bientôt les 70 millions d'habitants d'ici 15 ans avec une augmentation de plus de 50% des plus de 85 ans d'ici 2030 et nous serons un quart de plus de 65 ans en 2040. Le temps médical disponible en 2032 sera donc insuffisant et nous serons dans la même problématique de démographie médicale qu'aujourd'hui, si ce n'est pire.

Il faudra donc réinterroger les pratiques, la place de l'administratif, la pertinence des actes et son éventuel partage avec d'autre acteur de santé pour retrouver de la très haute valeur ajoutée pour le peu d'actes médicaux qui seront possiblement dispensés en 2030.

Nous devons nous poser ces questions de fond et ainsi trouver les solutions les plus techniques et les plus actives.

**Question / animateur :** *que pensez-vous de l'annonce récente du Président de la République proclamant que tous les Français avec une maladie chronique devrait avoir un médecin traitant d'ici la fin de l'année ? Cela est-il réaliste ou est-ce une bombe à retardement ?*

## ■ Dr. Jean-Marie WOEHL, Président de la commission Médicale du Groupement hospitalier de Territoire du Centre Alsace.

Il s'agit en effet d'un défi énorme qui dépendra de la capacité de nos collègues médecins traitants à pouvoir dégager le temps nécessaire à la prise en charge de ces patients et faire en sorte que le temps médical disponible soit réellement accessible. Cela nous interroge à nouveau sur la valeur ajoutée des actes médicaux posés et ce que l'on peut partager avec d'autres métiers, fonctions ou exercices.

*Question / animateur : le Président parlait à ce titre de la délégation des tâches notamment avec les infirmières en pratique avancée (IPA) et expliquait que la raison du mauvais fonctionnement tenait essentiellement au corporatisme. Qu'en pensez-vous ?*

Les IPA sont une excellente idée mais il y a 2 obstacles :

1. Elles ne sont pas intégrées au sein d'une coordination médicalisée : on peut imaginer du transfert de tâche que si cela se déroule dans un cadre coordonné, partagé et organisé avec un chef d'orchestre (médecin traitant, cancérologue, etc.)
2. On n'en forme pas assez et on a instauré une rigidité extrême en imposant à ces infirmières de repasser par 2 années universitaires, plutôt que de valoriser les acquis de l'expérience.

### SYNTHÈSE INTERVENTION DU Dr. JEAN-MARIE WOEHL

- La responsabilité populationnelle est l'affaire de tous (hôpitaux publics et privés, libéraux en ville)
- L'hyperspécialisation des médecins complexifie la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques ou polyopathologiques et renforce la tension sur les services d'urgences
- Il y a une nécessité pour les nouvelles générations de médecins d'intégrer la notion de service à la population inhérente au métier en prenant part à la permanence des soins
- Le vieillissement de la population accentuera le problème déjà présent du temps médical accordé au patient : la pertinence de l'acte médical posé doit être questionnée tout comme le partage de certains actes avec d'autres acteurs,
- Les IPA ont toute leur place à condition que la profession soit intégrée au sein d'une coordination médicalisée

## ■ Bruno LERAY, Directeur du Groupe de Courlancy Bezannes

Je tiens dans un premier temps à indiquer que je ne suis pas médecin et que cela ne fait que 3 ans et demi que je dirige le groupe Courlancy et à ce titre je me considère comme témoin du système de santé.

En tant que témoin, ma vision d'un état de santé privé est que nous sommes au service du territoire et des patients au même titre qu'un établissement public.

Je suis arrivé trois mois avant la crise sanitaire et au moment du Covid nous avons travaillé tous les jours avec le CHU, via des réunions de coordination quotidiennes afin de nous assurer que les patients soient pris en charge, que les urgentistes travaillent ensemble et qu'un établissement ne soit pas dans le rouge.

Je constate donc que le public et le privé peuvent travailler ensemble sans aucun problème s'il y a une volonté de le faire.

Depuis, nous avons eu une crise aux urgences au sein du groupe Courlancy liée à plusieurs phénomènes : 80 passages par jour dans 2 SAU et pour une raison de démographie médicale, nous étions obligés de fermer un service pour un sauver un autre. Les médecins ont ainsi été réalloués au sein de l'autre service d'urgences.

**Cela amène 2 interrogations :**

**1) Comment expliquer ce qu'il s'est passé ?**

- Car le métier d'urgentiste est extrêmement difficile
- Car l'État a changé les règles du jeu en matière de tarification des urgences et les urgentistes du privé ont vu baisse assez significative de leur revenus (de 20 à 30 %).
- Car plusieurs éléments se sont cristallisés : problème de lits d'aval, problème de transport de patient et problème de coordination au sein du privé et avec le régulateur. (Le régulateur ne sait pas ce que fait le service d'urgence privé)

**2) Comment fait-on pour optimiser tout cela ?**

A l'hôpital public de Bezannes l'attente est en moyenne inférieure à 2 heures aux urgences. Il faudrait une régulation globale en temps réelle pour réallouer les patients et optimiser le système. Or nous ce n'est pas ce que nous faisons aujourd'hui.

*Question / Animateur : est-il vrai le monde public ne connaît que très peu le monde privé ?*

Les relations public-privé suscitent de grands débats. Ce que je constate c'est que tous les médecins issus du privé ont été dans le public auparavant, mais que la réciproque n'est pas vraie. Il est étonnant de constater qu'en dépit du fait que nous disposons en France d'un système dual, avec un secteur privé en charge d'environ 45 % de la chirurgie, les jeunes ne soient pas formés au privé via des stages utiles.

**SYNTHÈSE INTERVENTION DE BRUNO LERAY**

- Le monde public ne connaît que très peu le monde privé
- La crise a démontré que ces deux secteurs pouvaient travailler ensemble dans l'intérêt du patient
- La crise des urgences témoigne d'une nécessité de régulation globale pour réallouer les patients et ainsi optimiser le système

**■ Dr. Marc NOIZET, Président de SAMU-Urgence de France**

Je me positionne également comme témoin. Je suis urgentiste et la responsabilité populationnelle nous en rêvons. Cette crise des urgences est peut-être en réalité une crise structurelle. On en fait une crise des urgences, car elles cristallisent aujourd'hui tous les maux de notre système de santé. Si nous souhaitons régler ce problème, il faudra le regarder non pas par la seule loupe des urgences, mais de manière transversale et globale.

Dans responsabilité populationnelle, se superposent 2 enjeux la **Responsabilité** et la **Population**. Sur la population, elle devra être remise au centre de la problématique. Or nous faisons face à une contrainte de démographie médicale qui doit être intégrée aussi bien dans notre façon de piloter que de consommer la santé, sans quoi nous passerons à côté de l'impératif d'être bien soigné. Aussi, cette

démographie médicale tendue doit être protégée et bien utilisée, car nous n'avons plus la capacité de continuer la libre consommation du bien de santé aussi bien financièrement que dans le parcours du patient. Il faudra instaurer des règles de régulation et entrer dans une forme de contrainte afin de sauvegarder le système de santé et permettre aux patients d'être soignés correctement.

Aujourd'hui, les délais pour une consultation spécialisée, une radiographie ou même un soin lambda et médecine générale sont démentiels. Ceci est la preuve que la ressource est tendue et il n'est possible de laisser le patient livré à lui-même sans lui donner des règles claires et sans régulation. Il y a des patients qui consultent 5 fois un spécialiste en l'espace d'un mois car ils sont inquiets, il va falloir changer de paradigme et il faudra peut-être que le professionnel oppose une modalité d'accès différente.

#### **Question / animateur : la contrainte doit être du côté des usagers mais aussi de celui des soignants ?**

La contrainte doit s'exercer pour tout le monde. Et sur le versant responsabilité, les professionnels doivent s'organiser différemment et des enjeux de taille vont changer l'avenir de l'exercice.

Aujourd'hui, la charge ne s'exprime pas de la même façon. On évoquait plus tôt 45% de l'activité chirurgicale dans le privé : quid des horaires de permanence de soin et le week-end ?

L'évolution de notre société fait que chacun souhaite gagner en qualité de vie (travailler moins la nuit, ne pas faire de week-end, organiser son emploi du temps, etc.) et cela amène à siphonner l'hôpital public en ouvrant les portes d'une activité libérée de ses contraintes.

Si nous n'organisons pas une permanence des soins et ne portons pas conjointement cette responsabilité de prise en charge des patients nous ferons effondrer le système.

**La pratique actuelle laisse penser que seul le service d'urgence peut répondre à la problématique de ces patients :** la nuit et les week-end représentent 60 % du temps de travail à l'année. Cela n'est plus possible et demande de trouver un équilibre et une responsabilité.

On évoquait plus tôt les manipulateurs de radiologie qui exercent de plus en plus dans le privé et ne travaillent plus les week-end et le soir.

Il est donc urgent de changer de paradigme sur la permanence des soins.

**L'aval est un autre sujet, mais qui nécessite d'être regardé de la même façon.** Chaque service d'urgence travaille l'aval de son service et peu ou prou l'aval des services des établissements autour. Si un établissement n'a pas de services d'urgences, il travaille essentiellement avec de l'accès direct ou avec de l'accès programmé. Les services d'urgences meurent de l'absence de lits : professionnels de santé, médecins comme soignants, fuient ces services car ils n'en peuvent plus de travailler dans des conditions dégradées.

Les urgentistes n'ont pas de problème avec leur exercice, et seront les plus heureux si on leur permet d'exercer paisiblement. Ce n'est pas une problématique d'organisation mais bien de système. Il faut donc restaurer sur l'aval une responsabilité populationnelle. C'est-à-dire que chaque acteur d'un territoire doit prendre en charge la population dudit territoire lorsqu'il y a un besoin urgent d'hospitalisation. Il faut en outre une clé de répartition de tous les établissements, public/privés, SPIC, etc. afin que l'hôpital public ne soit pas le seul à porter cet aval.

#### **Sur l'aval de l'aval la question est la suivante : comment faire sortir nos patients ?**

Aujourd'hui nos patients sont dans nos services en court séjour et en l'absence d'aval stationnent dans nos services. Ici encore nous avons recours à des ressources fragiles et d'expertise que sont le court séjour pour faire de l'attente de soins de suite de réadaptation (SSR).

Il y a un enjeu de responsabilité territoriale, avec une participation de tous les SSR, ainsi qu'une responsabilité des collectivités territoriales pour trouver des solutions aux patients qui ne relèvent que du médico-social. Notre population vieillit et rien n'est prévu pour ces patients en perte d'autonomie brutale. Or ces patients se retrouvent aux urgences, puis dans des services de courts séjours. On sature

une offre de soins pour faire de l'accompagnement de patients en perte d'autonomie.

### SYNTHÈSE INTERVENTION DU Dr. MARC NOIZET

- La contrainte démographique nous oblige à réfléchir à la façon dont nous pilotons mais aussi consommons la santé
- La régulation de l'accès aux urgences est une composante essentielle de la sauvegarde de notre système de santé
- La contrainte doit s'exercer de manière équilibrée pour tous les professionnels de santé, et ne plus reposer sur les seules urgences
- Cette responsabilité partagée doit s'incarner dans la permanence des soins prodiguées les soirs et les week-end
- Il faut restaurer sur l'aval la responsabilité populationnelle et que tous les établissements d'un même territoire (public ou privé) se coordonnent répondre à la demande de soin sur un territoire
- Les pouvoirs publics doivent trouver une réponse au traitement des patients en perte d'autonomie et qui à défaut de solution, engorgent les urgences

### ■ Dr. Vincent ROYAUX, Président du Conseil régional de l'ordre des médecins.

Il existe aujourd'hui une problématique en lien avec les soins non programmés et les urgences qui nécessite d'analyser et quantifier la ressource.

Cela fait 35 ans que j'exerce la médecine, et autrefois les urgences et les soins non programmés ne constituaient absolument pas une problématique.

Or nous faisons tous face aujourd'hui à la problématique de l'engorgement des filières et de l'exercice. D'un point de vue démographique nous sommes passés au plus haut à 100 000 médecins généralistes à 80 000 aujourd'hui : soit une perte de 20 000 médecins, équivalents à 700 000 consultations jour en moins.

Si on intègre le désintérêt des professionnels de santé pour la médecine générale au profit de la médecine esthétique, l'ostéopathie, etc., on perd encore 20 000 professionnels : 1 400 000 consultations en moins.

Il reste aujourd'hui environ 60 000 praticiens exerçant en soins non programmés et en urgences, dont 12 900 en emplois retraite qui peuvent arrêter leur activité du jour au lendemain. Il reste 47 000 médecins en exercice dont 48,7% de plus de 60 ans et donc susceptibles de quitter leur exercice dans les 5 ans à venir. Ce qui signifie que l'on perdra encore 700 000 consultations.

La ressource sera à puiser dans l'arrivée dans les 5 ans à venir de nouveaux étudiants. Mais combien seront intéressés par nos professions si nous ne valorisons pas l'activité ? Nous pouvons espérer 3 500 médecins de soins non programmés sur 4 ans, car nous allons ajouter une année d'étude supplémentaire. Cela représente 12 000 médecins pour remplacer les 23 000 partants. Nous disposons comme ressource supplémentaire de 15 000 médecins en intérim ou en remplacement qui seraient bien utiles si on parvient à les aider à s'installer. Cela permet de visualiser la pénurie de médecin à venir. Je pense pour ma part qu'il faudra tenter de fermer le robinet des sorties, en valorisant la poursuite de l'exercice et en décalant les départs en retraite. Il faut pour cela que ces professionnels aient un intérêt à s'installer et à rester en valorisant leur exercice et proposant une

fluidification des filières pour éviter d'engorger les urgences.

Pour les personnes en affection longue durée (ALD) sans médecins traitant c'est la théorie des dominos. Car les 600 000 patients sans médecins traitant vont en trouver un et occuper ainsi du temps médical régulier chronique et ces médecins auront moins de temps pour exercer du soin non programmé. Cela provoquera encore un glissement de l'activité non programmé. Il est donc impératif de fluidifier et organiser les filières et maintenir le plus possible les acteurs sur le terrain.

#### SYNTHÈSE INTERVENTION DU Dr. VINCENT ROYAUX

- Depuis plusieurs années on observe une chute significative du nombre de médecins généralistes et urgentistes
- L'arrivée de nouveau médecins ne sera pas en mesure combler la pénurie qui arrive à l'horizon 2030
- Il faut redonner de l'attractivité à la profession en revalorisant les rémunérations et en proposant une fluidification des filières
- Il faudra nécessairement inciter les médecins proches de la retraite à retarder leur départ pour absorber la demande de soin en valorisant la poursuite de l'exercice
- Augmenter la prise en charge par le médecin traitant demande à trouver du temps médical pour les patients et réduira mécaniquement l'activité non programmée

*Question / public Est-ce-que le filtrage d'accès aux urgences doit être systématisé, notamment en soirée à partir de 20h. Doit-il faire l'objet d'une information auprès des populations et s'inscrire dans un mode d'emploi des urgences ? Doit-on rendre obligatoire la permanence des soins ? Quid de l'accès des services d'urgences aux territoires ruraux ?*

### ■ Dr. Marc NOIZET, Président de SAMU-Urgence de France

Plutôt que de parler de « filtrage », je parlerai de « régulation » : on ne peut plus laisser l'accès libre à toutes formes de santé et cela est vrai en exercice libéral, en clinique et à l'hôpital.

Il s'agit d'une des clés de la diminution de la contrainte qui pèse sur les professionnels de santé. Nous avons vu durant l'été, par le biais de dérogations données par le ministre de la Santé, qu'un certain nombre d'établissements ont eu recours à la régulation d'accès de leurs services d'urgences. Ce qui pose un problème aujourd'hui c'est l'aval.

Là où cela a été fait « à l'arrache » cela n'a pas bien fonctionné : ex avec le CHU de Bordeaux qui n'avait pas anticipé les reports d'activité sur le centre 15.

En revanche, dans le Lot-et-Garonne où un travail d'anticipation a été réalisé sur l'ensemble des établissements en lien avec la régulation médicale, le monde libéral et la prévention de la population, cela a fonctionné. Après un an d'expérience, l'activité du service d'urgences a diminué de 25 à 40 % en nuit profonde et l'activité de régulation a augmenté de 10 % à 15%. Le retex montre que les patients n'ont pas été laissés sans solutions et que le recours au Centre 15, après avoir été important les premiers mois, s'est stabilisé par la suite. Nous avons donc un système fonctionnel, qui permet de remettre le patient dans une filière de soin adaptée à son besoin. Si on veut préserver et donner un avenir à ce système on se doit de le réguler et pour cela il y a 3 prérequis :

1. **Le faire en concertation avec une solution alternative ;**
2. **Disposer d'un Système de régulation qui soit coordonné ;**
3. **Informers la population que la libre pratique des urgences n'est pas la bonne.**

Cette régulation d'accès sera prévue sous 2 formes :

- **Régulation exceptionnelle** : régulation sur place ou à distance par le biais de la régulation médicale du centre 15
- **Régulation par territoire** : avec un directeur général ARS qui aura la possibilité d'autoriser un territoire complet à réguler l'accès aux urgences

### ■ Dr. Vincent ROYAUX, Président du Conseil régional de l'ordre des médecins

Je partage les propos de mon voisin, il faut une régulation coordonnée informative pour ne pas emboliser une filière d'urgence importante pour de la bobologie. Pour cela il faut donner la réponse adéquate, orienter vers le bon endroit et être le plus économe possible de nos moyens en aval.

Sur la question relative à la contrainte, quelle marge de manœuvre avons-nous ?

Aujourd'hui des professionnels de santé travaillent jusque 80 heures /semaine. Allons-nous leur imposer une garde supplémentaire de 24h ? A quoi allons-nous les contraindre en plus ? L'ensemble des médecins, dans le public ou le privé, ont déjà un temps de travail exubérant. Si on apporte une contrainte supplémentaire, nous risquons un retour de bâton. Comme je l'ai précédemment indiqué, nous avons 12 900 médecins en emploi retraite, au vu de leur charge de travail, si vous les contraignez ils s'en iront avec le risque de faire exploser le système. Il nous faut plutôt inciter le gens à rester dans

le système en valorisant leur exercice pour les maintenir le plus longtemps. La contrainte risque, au vu des ressources très limitées, de dégrader l'ensemble du système.

### ■ Bruno LERAY, Directeur du Groupe de Courlancy Bezannes

Je crois comprendre que la mouvance de l'État a été de limiter les permanences des soins en établissement de santé (PDES). A Reims, l'État a arbitré en disant soit le CHU soit Courlancy. Je ne comprends pas car nous avons perdu la PDES en ORL, en digestif en nuit profonde et les médecins ont donc finalement arrêté d'assurer la permanence des soins. Il ne s'agit pas de question budgétaire car la PDES est peu coûteuse, mais nous sommes face à une mouvance qui a considéré qu'il faut une PDES par population. Il s'agit selon moi d'une erreur ...

*Question / public : Quid du maintien des urgences dans le privé alors qu'il semblerait que ce ne soit pas rentable ?*

### ■ Bruno LERAY, Directeur du Groupe de Courlancy Bezannes

La rentabilité est en effet une bonne question. Une clinique privée comme la nôtre ne fait pas de profits avec la médecine. Nos résultats viennent des chambres particulières, grâce au parking et à la vente d'internet. Nous ne gagnons pas d'argent sur la médecine à l'exception de quelques spécialités, mais ce n'est pas le sujet car nous sommes conçus comme une forme de continuité du service public. Nous assurons également un service aux chirurgiens en assurant justement la PDES et servons ainsi de rempart.

*Question / public il semblerait que la profession craigne les infirmières de pratique avancée (IPA). Comment la rassurer et mieux rémunérer ces infirmières. Ne pourraient-elles par servir à la régulation aux urgences ?*

### ■ Dr. Marc NOIZET, Président de SAMU-Urgence de France

Il faut sortir de l'hypocrisie du système actuel. Nous portons un regard protectionniste sur la profession et nous continuons à la défendre coûte que coûte. Les textes ont été très protectionnistes d'un encadrement médical fort, à juste titre ou non...

Nos infirmières IPA auront des capacités de gérer des choses simples, Néanmoins, si on met du médecin partout, nous ne parviendrons pas à mettre là où il y a un réel besoin pour soigner nos patients. Les expériences à l'étranger montrent que d'autres chemins sont possibles.

Selon moi, les infirmières ont un rôle à jouer dans la régulation d'accès aux services d'urgences comme à d'autres accès.

### ■ Dr. Vincent ROYAUX, Président du Conseil régional de l'ordre des médecins

Cela fait bien longtemps que nous, médecins, travaillons en filière de soin : avec des pharmaciens, des kinés, des orthodontistes, des infirmières, etc. Il y a eu un certain nombre de flou sur les modalités d'intervention des IPA qui nécessiteront d'être clarifiées. Cette profession nouvelle a besoin de trouver sa place dans la chaîne de soins. La primauté de la bonne organisation de fonctionnement doit être l'absence de perte d'informations de façon à permettre les échanges transversaux et ce dans l'intérêt du patient.

■ **Dr. Jean-Marie WOEHL, Président de la commission Médicale du Groupement hospitalier de Territoire du Centre Alsace.**

Si j'adhère pleinement à la problématique de l'organisation et du travail en commun, je pense toutefois que nous sommes trop frileux. Nous avons bien vu, sur la base des données médicales que dans 5 ans nous n'aurons plus le temps médical disponible nécessaire.

Il est évident que les IPA sont parfaitement capables d'opérer un suivi des maladies chroniques comme la diabétologie ou l'insuffisance rénale, et d'en référer si nécessaire à un praticien et partager avec ce dernier la chaîne de suivi du patient. Arrêtons d'être frileux sur cette affaire. Si nous ne faisons pas de pas majeurs sur le partage de l'acte de soin, médical, paramédical, de coordination, etc., nous allons droit dans le mur. J'en appelle à une réelle prise de conscience, car plus la profession freinera plus nous nous trouverons face à un mur que nous aurons du mal à dépasser.

*Question / public : est-il possible de retrouver l'esprit d'équipe et que tout le monde joue le jeu ?*

■ **Dr. Jean-Marie WOEHL, Président de la commission Médicale du Groupement hospitalier de Territoire du Centre Alsace**

Nous sommes dans la nécessité de le faire, l'inverse témoignerait du fait que nous n'avons encore rien compris.

Il y a cependant des facteurs d'espoir : l'organisation des hôpitaux public au sein des GHT, l'organisation des cliniques et l'organisation du monde libéral au sein des CPTS sont de facteurs de collaboration très importants.

Nous pouvons également être plus ambitieux que le SAS par rapport à la régulation des urgences et traiter l'amont et ainsi anticiper le flux de patients à l'arrivée des urgences.

Ex : Le programme de détection de la fragilité des personnes âgées ou le développement des infirmières de nuit au sein des EHPAD

Nous devons selon moi mieux utiliser le secteur privé, qui n'est pas assez sollicité et faire sauter ces barrières pour ainsi répondre à une partie du besoin.

■ **Dr. Marc NOIZET, Président de SAMU-Urgence de France**

Je suis plus modéré sur l'enthousiasme quant à notre capacité à faire mieux ensemble. Je ne partage pas spontanément cet optimisme et reste convaincu que le virage ne pourra être pris que de 2 façons.

- 1) Le recours à la contrainte ou à minima une réglementation plus précise
- 2) La valorisation financière du système : en valorisant un acte avec une vraie plus-value et permettre ainsi à d'autres de faire des actes sans plus-value médicale....

■ **Dr. Vincent ROYAUX, Président du Conseil régional de l'ordre des médecins**

Nous avons échangé dans des conventions antérieures de la venue de la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes intellectuels et de médecine, mais cette dernière n'a jamais vu le jour.

Selon la pathologie/maladie du patient le temps de travail n'est pas le même, et pourtant c'est la

même rémunération. Il faut valoriser les actes en fonction de ce qui est fait et du temps imparti au patient. Ce temps fluidifiera les filières et permettra la bonne organisation des soins. La médecine est une chaîne qui ne doit pas connaître de rupture et une fois que le patient y adhère il trouvera des réponses et des filiations naturelles.

Ne rompons pas la chaîne !

### SYNTHÈSE DE LA TABLE RONDE N°1

- La pérennisation du système de santé devra passer par la contrainte et la revalorisation financière
- Seule la régulation pourra permettre de lever la contrainte qui pèse aujourd'hui sur les professionnels de santé
- Le partage de l'acte médicale avec d'autres acteurs de santé est nécessaire pour dégager du temps médical
- Les IPA auront tout le rôle à jouer dans le partage de l'acte médicale, et devront répondre à la nécessité de se coordonner pour assurer le suivi de la chaîne de soin
- La complexification des filières retarde l'arrivée des étudiants en médecine
- Les facultés doivent changer de paradigme et s'appuyer sur des ressources extérieures et complémentaires.
- Il faut, en lien avec les universités, trouver un bon équilibre entre l'enseignement et la pratique sur le terrain
- Les urgences privées ne sont pas rentables mais sont conçues comme une continuité du service public
- De la nécessité d'une coordination entre tous les acteurs de santé dépend la suivie du système tout entier

## Table-ronde n°2 : Couverture territoriale et accessibilité aux soins urgents dans les prochaines années : entre régulation de l'accès aux urgences, les fermetures nocturnes et l'objectif de moins 30 minutes, quelles perspectives ?

### PROBLÉMATIQUE :

*L'ambition de couverture territoriale en soins urgents en moins de 30 minutes est confrontée à des réalités territoriales variées. Les difficultés sont multiples dépassant largement le sujet des urgences : aménagement du territoire, ruralité.*

*Il s'agit de repenser collectivement nos organisations, d'optimiser l'articulation des différents acteurs de la santé au sens large mais aussi innover pour maintenir une ambition de qualité et de sécurité de notre système de prise en charge des urgences.*

*Quelles marges de manœuvres ? Quelles règles communes ? Quelles innovations organisationnelles ?*

### INTERVENANTS :

- **Michel FOURNIER**, Président de l'association des maires ruraux des Vosges
- **Dr. Joël PANETIER**, Directeur médical adjoint du Samu et vice-président de la CME
- **Dr. Dan SELAM**, Président de l'association SoS Médecins Bas-Rhin
- **Jean-Michel MEYER**, Président de France Assos Santé Grand Est

### LA RESTITUTION DES POINTS DE VUE DE CHAQUE INTERVENANTS

*Question / animateur : l'exigence des 30 minutes est-elle une perspective réaliste ou un dogme ?  
Quid de l'annonce du Président de la République ; comment résoudre la question des urgences avant la fin de l'année prochaine ?*

- **Michel FOURNIER, Président de l'association des maires ruraux des Vosges**

Je me trouve dans une position un peu différente, car je ne suis ni un praticien ni professionnel de santé. Je dispose néanmoins de mes propres constats, qui me sont remontés par mes administrés par ma fonction de maire d'une petite commune de 300 habitants dans le département des Vosges, mais également en tant que président de l'association des maires ruraux des Vosges et président de l'association des maires ruraux de France.

Ces retours, additionnés aux constats dressés lors de la première table-ronde, me font dire que ne pas être inquiet c'est être inconscient.

J'ai 73 ans, et je viens d'avoir la potentialité de disposer d'un médecin traitant : ce dernier est à 1 heure de chez moi et je l'ai eu par relation...

La problématique du milieu rural est bien celle-ci avant même celle des urgences. Et pourtant, le premier sujet lors des élections nationales est celui de la sécurité. Or pour nos administrés la première des sécurités est celle de la santé.

Vous posiez la question des 30 minutes, mais dans les territoires ruraux les urgences sont à plus de 30 minutes. Et au sein des hôpitaux de proximité, à l'instar de celui situé à Vittel dans le département des Vosges, on ne répond plus le soir et les week-end, ce qui implique que l'on ne tient plus cette exigence de 30 minutes. Cette situation n'est pas propre aux Vosges, mais concerne également d'autres départements et il nous faut trouver d'autres solutions. Je me suis même interrogé sur la possibilité de solliciter les vétérinaires, mais ces derniers sont également absents des territoires ruraux.

Par ailleurs, de gros moyens sont investis par les collectivités dans des maisons de santé afin de permettre à la médecine libérale de se regrouper. Toutefois, dans la station thermale de Vals-les-Bains créée il y a près de 3 ans et qui compte près de 4 000 curistes, il n'y a aucun médecin. Le sujet de la contrainte a été évoqué un peu plus tôt, et je pense qu'il faudra en effet réfléchir à y recourir afin de donner des réponses à ces populations issues de déserts médicaux. Nous avons, partout en France, des retours nous alertant sur le fait que cette situation n'est plus tenable. A ce titre, le Professeur Vigneron a été missionné pour effectuer une étude de santé en milieu rural. Les conclusions sont édifiantes :

- **2 ans d'espérance de vie en moins en milieu rural par rapport au milieu urbain.**
- **14 000 morts de plus liés à l'absence de réponse rapide dû à l'éloignement des services d'urgences.**

Nous avons fait remonter ces chiffres au ministre, avec pour réponse : « soyez patients dans 8 ans la situation sera réglée ... »

Il faudra bien qu'il y ait une forme d'organisation plus forte avec quelques contraintes pour répondre à cette demande des territoires ruraux. Aujourd'hui la seule réponse qu'ont les gens est démocratique, et il s'agit d'un vote vers l'extrême droite. Si nous persistons avec cette forme de conservatisme, nous allons droit dans le mur, et je dirai même que dans certains territoires ruraux nous y sommes déjà. Il faut que chacun se retrouse les manches et fasse preuve, non seulement de déontologie, mais aussi de citoyenneté pour que le fameux service public qu'est la médecine puisse être délivré dans tous les territoires et notamment dans les territoires ruraux.

*Question / animateur : Vous évoquez le développement d'un phénomène, celui de la médecine parallèle dans les campagnes que vous trouviez, et à juste titre, dangereuse...*

Je désapprouve en effet ce phénomène, même si je peux le comprendre. Les administrés ont désormais accès à internet pour trouver une réponse, entraînant la disparition du soin véritable. La 2<sup>ème</sup> solution c'est le recours aux urgences. Si autrefois à la campagne on se disait que cela passerait lorsqu'on avait un bobo ou une coupure, aujourd'hui avec l'évolution de la société et un rapport de consommation aux soins, les gens vont de plus en plus aux urgences. Or aujourd'hui la réponse des urgences n'existe pas ou demeure très incomplète... Voilà le constat que je peux dresser.

### SYNTHÈSE INTERVENTION DE MICHEL FOURNIER

- La première inquiétude des habitants qui vivent en milieu rural est la santé. Dans ces zones, les établissements hospitaliers sont rarement à moins de 30 mn, n'assurent parfois plus de prise en charge les soirs et week-end.
- Des études ont démontré que vivre en milieu rural réduit l'espérance de vie de deux ans et que « cette ruralité induit 14 000 morts de plus que l'urbanité », faute de réponses médicales rapides.
- Face à cette problématique d'accès aux soins, des réponses sont apportées par les collectivités, notamment au prix d'efforts financiers importants pour la création de maison de santé mais cela ne suffit pas. Ces maisons n'attirent pas les médecins libéraux.
- Les habitants eux-mêmes répondent à cette problématique d'accès aux soins de diverses manières, avec notamment :
  - > Le développement d'une « médecine parallèle » à travers internet.
  - > Le recours aux urgences.
  - > Le vote extrême.
- Il est nécessaire, d'un point de vue déontologique et citoyen, d'améliorer l'accès aux soins pour les personnes habitants en zone rural : cela nécessite de mettre en place des contraintes

## ■ Dr. Joël PANETIER, Directeur médical adjoint du Samu et vice-président de la CME

J'ai beaucoup travaillé sur les problématiques territoriales notamment dans le cadre de la Commission médicale d'établissement (CME) de l'hôpital du Mans. Je m'étonne que l'on se pose encore la question du dogme des 30 minutes. Cela fait 15 ans que l'on nous dit qu'il faudrait que les Français aient un accès pris en charge d'une urgence vitale en moins de 30 minutes. Il s'agit d'un principe d'équité de la République qui ne devrait même pas être discutable.

Et dans des territoires comme la Sarthe de 550 000 habitants, 70 000 patients sans médecins traitants, plus de la moitié du territoire est située bien au-delà des 30 minutes de toute prise en charge d'urgence vitale.

Lorsque j'ai découvert ce département il y a 9 ans, j'ai été complètement sidéré de partir dès les premiers jours en Structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sur des arrêts cardiaques à près de 55 minutes de notre base. Et c'est pourtant la réalité en Sarthe, mais aussi de beaucoup de territoires en France. Nous avons à l'époque travaillé sur les antennes paramédicales qui constituaient une réponse locale.

Nous avons un territoire qui cumule toutes les pénuries, nous sommes le 97<sup>ème</sup> département français en densité de médecins généralistes et le 92<sup>ème</sup> en densité d'infirmiers : il nous manque 50 % d'ETP urgentistes avec 40 ETP vacants d'urgentistes.

Cela fait donc des années, et bien avant le Covid, que nous travaillons ensemble.

Nous devons appréhender les choses de manière globale, mais ce n'est pas simple dans la mesure où rien ne nous y encourage. Et en cela, la période Covid a permis d'amorcer le changement, puisqu'elle nous a forcé à nous coordonner pour aborder une pathologie centrale.

Nous avons beaucoup évoqué la question de l'organisation, mais il faut à mon sens repartir du patient :

- Comment adapter l'acte médicale au besoin du Patient ?

Cela nous obligera à nous apercevoir que nos services fonctionnent de manière trop cloisonnée, tant dans leur organisation que dans leur mode de financement ou leurs tutelles.

En réponse aux fortes pénuries que comptaient le territoire, le SAS a constitué une réponse extrêmement forte dans la mesure où il a été abordé sous l'angle de projet de territoire. Ainsi la médecine de ville s'est associée, au Samu, au conseil départemental, au monde de la psychiatrie et à tous les acteurs afin d'apporter une réponse immédiate au patient dans des situations d'urgence.

Et il faut le dire, nous sommes aujourd'hui dans une situation d'urgence où le renoncement aux soins est colossal tout comme les délais de prise en charge. La perte de chance est réelle et le SAS a permis d'être un premier maillon de réponse. Il faudra à l'avenir que la médecine de ville, en lien avec l'hôpital et le médico-social, se structure, mais aujourd'hui il permet d'apporter une réponse rapide. Ainsi le tout régulé associé au SAS a permis de diminuer les activités aux urgences de 25% et de sauver ainsi un service d'urgence.

Pour revenir sur le besoin du patient, on note que 70 % des appelant finissent avec un simple conseil du professionnel de santé, sans qu'il n'ait besoin de passer par les urgences.

**Il faut distinguer l'urgence ressentie de l'urgence véritable du soin non programmé en y intégrant la question de la réorientation du patient :**

- 70 % des consultations permettent des alternatives aux urgences.
- 89% des patients vus par une infirmière libérale à la demande du Samu ne vont pas aux urgences et ne nécessitent aucun soin derrière.

Nous avons ainsi mis en place de nombreux dispositifs autour du SAS permettant de réduire le passage aux urgences et sans dégrader le service de soin, et au contraire en faisant mieux qu'avant. Toutefois, même en étant un éternel optimiste, je rejoins Marc Noizet quant au constat d'une situation dramatique. Même si nous avançons, nous ne le faisons à contre-courant avec des soignants

de plus en plus éprouvés voire épuisés. Nous manquons de financement, de facilité dans les organisations, d'appui dans les montages de projets, mais surtout de soignants. Nous avons besoin d'un choc d'attractivité et de fidélisation

**Question / animateur : quid des antennes médicales qui se structurent ?**

Nous avons monté des équipes paramédicales d'urgence composées de professionnels de l'urgence (infirmier/ ambulanciers) positionnés sur des services situés à plus de 45 minutes des urgences du Mans et des antennes de SMUR. Ces derniers interviennent de façon précurseur à l'arrivée d'un SMUR afin de réduire le temps des urgences vitales (choc cardiaque/ choc anaphylaxie). Cela a permis de réduire de 20 minutes en moyenne le temps de prise en charge de ces patients et de sauver des vies. Il existe aujourd'hui 4 antennes maillant tout le territoire rural sarthois. Cela représente un gain de temps considérable tant pour la prise en charge des patients d'urgence vitale que sur la valorisation des professionnels des urgences de périphérie.

Je souhaite par ailleurs insister sur le fait qu'il s'agit du projet d'un territoire travaillé en lien avec les maires, les SDIS, les ambulances privées afin de répondre au manque de moyens du territoire

**Question / animateur : au risque d'être un petit peu piquant, est-ce qu'il ne s'agit pas là de médecine low cost ?**

Au contraire, nous disposons de professionnels de la médecine d'urgence. Aussi le recours à un infirmier formé à la médecine d'urgence et intervenant avant l'arrivée du SMUR, ne doit souffrir d'aucun débat. Son expertise permet de gagner 20 minutes de prise en charge. Qui plus est, ce procédé n'est pas nouveau et les sapeurs-pompiers l'ont développé depuis de nombreuses années. Il s'agit là d'une réponse nouvelle dans le cadre de l'aide médicale urgente qui s'imbrique à d'autres dispositifs. Ce qui compte est le maillage du territoire avec une offre de soins adaptée aux besoins populationnels, et il ne peut pas s'agir d'une réponse uniquement médicale.

**SYNTHÈSE INTERVENTION DU Dr. JOËL PANNETIER**

- La Sarthe qui est département qui souffre d'une grosse pénurie de médecin a dû inventer de nouveau système de coordination entre les professionnels de santé pour répondre à la demande
- Le maillage de la Sarthe par des antennes paramédicales a pu constituer une réponse importante et sauver des vies
- La situation d'urgence actuelle est telle que le renoncement aux soins dans certains territoires est massif
- Il y a une nécessité de repenser le système de santé en partant du patient et de l'adaptation de l'acte médicale prodigué au patient
- Beaucoup de passages aux urgences pourraient être évités avec la mise en place d'un SAS et d'une régulation efficace : conseil + réorientation du patient
- Malgré la créativité pour pallier les pénuries, la situation est dramatique et les soignants sont de plus en plus épuisés.

## ■ Dr. Dan SELLAM, Président de l'association SoS Médecins Bas-Rhin

Sur la crise actuelle du système sanitaire, il me semble que la solution réside principalement niveau de la coordination entre l'ensemble des professionnels de santé.

Aujourd'hui ce n'est pas le cas, si bien qu'un patient peut consulter plusieurs médecins dans la journée sans qu'il n'ait trouvé de réponse à sa question. Avant de recourir à la contrainte, nous devons disposer de visibilité. Or nous évoluons aujourd'hui au sein d'un système sans coordination des acteurs de santé avec des risques de doublon.

Sur la question des 30 minutes, il me semble en effet que c'est un dogme ou un vœu pieux, et tant que l'on n'aura pas réglé la question de la coordination ce ne sera pas possible.

La crise covid a effectivement montré que cela était possible,

→ Même s'il y a pu avoir un report massif sur l'activité du Samu car nous n'avons pas su directement recourir aux différents échelons, avant le 15.

Nous devons donc créer un environnement favorable au travail en commun et à la coordination.

Nous avons évoqué plus tôt le sujet des IPA. Or la création de cette profession est concomitante au refus par les autorités de tutelle d'une revalorisation de l'acte médical.

On ne parle pas de qui finance un service d'urgence aujourd'hui. Personne ne parle de la tarification à l'activité (T2A), or un service d'urgence est rémunéré à hauteur du nombre de passages. Par conséquent un directeur d'hôpital n'a pas intérêt à resserrer l'accès aux urgences.

Par ailleurs, si nous régulons l'accès aux urgences, charge à la médecine libérale d'absorber le reste des patients.

Aussi, le SAS apporte une régulation médicale et doit pouvoir également, en lien avec les CPTS et les structures de permanence, proposer aux patients une réorientation vers un médecin libéral le cas échéant. Mais encore faut-il parvenir à créer un maillage pour délivrer une réponse adaptée.

*Question / animateur : pour revenir sur la coordination des soins, n'existe-t-il pas, comme nous pouvons l'observer chez les boulanger, une règle interdisant aux professionnels de partir en vacances au même moment ?*

La question de la coordination et de la permanence de soins est régie par des tableaux de garde et jusqu'à preuve du contraire, cela ne pose pas de problème.

Sur la continuité des soins, il faudrait peut-être via les CPTS s'assurer de cette continuité sur le territoire, ou à défaut s'appuyer sur des structures existantes : des associations de permanence de soins, des cliniques, etc.

*Question / animateur : Quid d'une régulation type Danoise avec passage obligé au 15 et de « coupon horodaté » (comme au Musée) selon l'urgence perçue ?*

Nous vivons aujourd'hui dans une aberration avec les recommandations de notre ministre actuel, Monsieur Braun, qui nous autorise à 20 actes de soins non programmés, uniquement s'ils sont orientés par le SAS : Ce qui voudrait dire qu'un patient lambda qui appelle pour une otite ou une gastro et qui serait intercalé entre 2 patients ne rentrerait pas dans la grille du soin non programmé.

Or, il s'agit bien d'un soin non programmé. Pourquoi pénaliser le médecin et sous prétexte que la consultation n'aurait pas été régulée par le SAS, elle ne pourrait être considérée comme un soin non programmé ? Cela relève à mes yeux du dogme, au même titre que les 30 minutes.

Il faut aussi faire confiance aux professionnels de santé et repartir du patient. Et ce que souhaite avant tout le patient c'est une réponse. Il nous revient de nous organiser et de nous coordonner pour proposer une réponse adaptée ou le réorienter.

### SYNTHÈSE INTERVENTION DU Dr. DAN SELLAM

- La coordination entre tous les acteurs de santé est un élément central pour résoudre la crise des urgences et proposer au patient une réponse adaptée à ses besoins
- L'exigence des 30 minutes ne pourra être solutionnée sans le préalable d'une coordination entre tous les acteurs de santé
- Le SAS doit pouvoir, en lien avec les CPTS proposer une réorientation des patients pour limiter l'accès aux urgences
- La qualification d'acte non programmés doit être assouplie et non pas conditionnée à une régulation en amont par le SAS

### ■ Jean-Michel MEYER, Président de France Assos Santé Grand Est

Je souhaite rappeler en propos liminaires que je ne suis pas un professionnel, je suis juriste.

Le 1<sup>er</sup> point de réflexion que je souhaitais partager porte sur l'organisation au sein des urgences. Je suis absolument convaincu que le grand enjeu de demain est de dégager du temps médical pour les professionnels disposant d'une formation de très haut niveau. Ces professionnels doivent concentrer en priorité leur temps à satisfaire un besoin justifié par la difficulté et l'expertise de leur formation. Cela appelle nécessairement une logique de transfert pour gagner du temps médical et à la nécessité de partager l'activité médicale. Cela posera par ailleurs la question de la rémunération. Et pour cause, l'équilibre aujourd'hui d'un cabinet de médecine générale est de 4 consultations/heure. Si d'aventures les consultations qui prennent le moins de temps sont transférées, il faudra bien penser à une juste rémunération de ces professionnels.

Le 2<sup>ème</sup> point porte sur l'organisation territoriale. La crise Covid a montré le rôle déterminant des hôpitaux de proximité non seulement dans l'accueil des patients, mais également dans leur capacité à identifier -par l'imagerie médicale et les scanner- les patients chez qui une prise en charge en urgence était nécessaire et à orienter ceux pour qui ce ne l'était pas.

Cette réflexion doit dès lors conduire à l'aménagement du territoire et à une réflexion des conséquences d'une fermeture. En effet on a pu mesurer que la fermeture d'un plateau technique d'un hôpital de proximité a impact direct sur l'écosystème des professionnels de santé qui exercent en libéral : lorsqu'un hôpital s'effondre c'est aussi tous les professionnels de santé libéraux qui s'en vont.

Le 3<sup>ème</sup> point porte sur la question des 30 minutes et je rejoins mon collègue qui parlait de « dogme des 30 minutes ». En effet cela dépend pour qui et pourquoi ?

S'il s'agit d'une rupture d'anévrisme pour un patient situé dans le Bas-Rhin, une demi-heure est un objectif plutôt réaliste. Dans la Meuse ou dans les Vosges ce n'est pas possible. Aussi, il faut être créatif pour pouvoir apporter au patient dans une situation d'urgence vitale une réponse organisée sur le territoire. Cela implique de ne pas uniquement prendre en compte le temps de trajet entre le patient et le service des urgences, mais aussi la possibilité d'apporter une réponse au patient dans ce délai de 30 minutes.

Je me réfère à une très vieille expérience dans la Meuse, où les patients victimes d'AVC étaient orientés vers un plateau technique équipé à Nancy, donc à bien plus de 30 minutes. Une telle situation amenait à une perte de chance significative de survie en bonne santé du patient voire de survie tout court.

Aussi, la télémédecine et la formation d'acteurs sur des plateaux techniques au sein du département a permis à d'autres professionnels de réduire les thromboses pour permettre l'acheminement des patients vers des plateaux plus spécialisés avec des délais qui permettait d'augmenter significativement les chances de survie du patient et de survie en bonne santé.

Il y a donc une certaine créativité à mettre en œuvre sur les territoires, mais également cette absolue nécessité de disposer d'une lecture précise, organisée et actualisée des ressources de professionnels de santé sur le territoire et cela n'inclut pas uniquement les médecins.

### SYNTHÈSE INTERVENTION DE JEAN-MICHEL MEYER

- L'enjeu essentiel est de dégager du temps médical pour permettre aux médecins de prodiguer des actes à haute valeur ajoutée
- L'acte médicale doit ainsi être partagé en fonction de son degré de difficulté et être délégué le cas échéant
- La juste rémunération des professionnels devra également être posée
- L'organisation à l'échelle d'un territoire est un élément pour répondre à l'exigence d'une offre de soin adaptée
- Il a besoin de créativité pour répondre localement à la demande de soin, via notamment au recours à la télémédecine, à la formation d'acteurs sur les plateaux techniques, etc.

### SYNTHÈSE DE LA TABLE RONDE N°2

- La SAS permet de réduire sensiblement le passage aux urgences, grâce aux conseils prodigués en amont
- La télémédecine peut servir d'outil de prévention et de régulateur d'accès aux urgences
- Le public doit être mieux éduqué au sujet de la pertinence d'un passage ou non dans les services d'urgences et ne plus être dans un réflexe de consommation de l'offre de soin
- Faire payer le patient qui aurait un recours inadapté aux urgences n'est pas la bonne solution, la régulation en amont et la réorientation doivent être privilégiées
- L'intelligence artificielle est un mouvement irrésistible. Si elle n'a pas vocation remplacer le médecin, elle pourrait servir un projet de soin et sécuriser les pratiques
- La pertinence du maintien ou non d'un service d'urgence doit être étudiée au cas par cas en fonction du maillage territorial

### III. 13H30-15H00 : TABLE-RONDE - DÉBAT

---

#### Table-ronde / débat : se sentir bien dans une structure d'urgence : patients et professionnels, un mode d'emploi ?

Les tables rondes sont restituées de la façon suivante

- La restitution des propos de chaque intervenant
- La synthèse de chaque intervention
- Les échanges entre les participants et les intervenants par sms.

#### PROBLÉMATIQUE :

*Attente trop longue, locaux inadaptés, conditions d'accueil non optimales, l'environnement des services d'urgences est très souvent ressenti comme inhumain.*

*Comment coconstruire et mener une démarche permettant d'améliorer les conditions d'accueil et d'exercice ?*

#### INTERVENANTS :

- **Pr Frédéric THYS**, Spécialiste en médecine interne et en médecine d'urgence, Directeur des urgences et Chef de pôle de la médecine aiguë au grand hôpital de Charleroi et Docteur en sciences médicales (Université catholique de Louvain),
- **Isabelle BARTH**, Professeure des universités, enseignante/ chercheuse, manager de la conduite au changement,
- **Delphine CLERC**, Directrice des soins infirmiers du Centre Hospitalier d'Haguenau,
- **Angèle RATZMANN**, Membre du bureau de France Assos Santé et Présidente de la CSDU de la CRSA
- **Christophe DORIGNAC**, Directeur de Travaux, Patrimoine, Biomédical, Maintenance, Environnement, Sécurité au CHR Metz-Thionville

L'ensemble de ces invités permettent d'avoir des échanges d'un point de vue externe à la France, sur la conduite au changement, mais aussi sur le design, l'ergonomie et le bien-être dans les services des urgences.

Les tables rondes se dérouleront de la façon suivante : après une courte *interview* des intervenants, le public sera libre d'échanger avec ces derniers.

### Intervention du Professeur Frédéric THYS

---

- **Professeur Frédéric THYS**, Spécialiste en médecine interne et en médecine d'urgence, Directeur des urgences et Chef de pôle de la médecine aiguë au grand hôpital de Charleroi et Docteur en sciences médicales (Université catholique de Louvain)

*Question / animateur : vous participez à la construction d'un nouvel hôpital. Pouvez-vous préciser, quand cet hôpital ouvrira, dans quel lieu et quels aménagements sont mis en place pour améliorer l'accueil dans les urgences ?*

### → Parcours professionnel du Professeur Frédéric THYS

Je suis médecin interniste et urgentiste et j'ai travaillé pendant plus de 25 ans dans un hôpital universitaire. Dans cet hôpital, j'ai eu la chance d'être Chef des urgences et de construire un nouveau service d'urgence qui a été inauguré en 2014. Par la suite j'ai été membre du Comité de direction, d'abord comme directeur médical adjoint, puis comme directeur médical.

Ainsi depuis plus de 20 ans, je suis investi dans la formation en management, dans le domaine médical et de la santé. Cette formation paraît aujourd'hui indispensable pour communiquer entre les différents services hospitaliers.

Depuis 2016, j'ai rejoint le Grand hôpital de Charleroi qui est une ville importante et paupérisée en Belgique, où historiquement de nombreuses entreprises avaient leurs propres hôpitaux. Ainsi il y a aujourd'hui de nombreux hôpitaux de petites tailles dispersés dans la ville. C'est pourquoi le Grand hôpital de Charleroi est divisé en 6 sites hospitaliers. L'objectif du nouvel hôpital, qui est en phase finale de construction, est de regrouper 5 des 6 sites hospitaliers sur une surface d'environ 4 ha, contre les 17 ha occupés aujourd'hui.

### → La construction du dispositif CRASSH

Cet aménagement a nécessité plusieurs réflexions pour correspondre aux attentes de la médecine moderne et des patients, dans un contexte de santé global. Ces réflexions sur le bien vivre dans un hôpital et dans un système de soins ont débouché sur **le système CRASSH** :

- **Le C correspond au changement de paradigme actuel**, qui avait été signalé par Nicole Aubert plusieurs années auparavant, selon lequel nous vivons dans une société d'urgence. Ce constat s'opère dans le milieu médical, du droit et de l'économie où tous les dossiers complexes se gèrent aux urgences, par manque de moyens dans les autres services.
- **Le R correspond aux ressources humaines et financières**, qui sont de plus en plus rares et précieuses.
- **Le A correspond aux nouvelles attentes** des patients et des soignants (infirmiers et médecins confondus). Ces nouvelles attentes sont dues à la période post-Covid, aux pénuries de moyens et aux besoins des nouvelles générations que le système médical a sans doute minimisé et qui sont importants à mettre en place.
- **Le S correspond au système de soins** qui a aujourd'hui fait son temps et qu'il faut repenser dans sa globalité, en amont et en aval de l'hôpital, pour répondre aux besoins des patients.
- **Le S correspond au sens et aux soins des patients, comme des soignants**. En effet les acteurs du soin, sont aujourd'hui en quête de sens et ont besoin de se sentir efficaces dans leur travail. Cette quête de sens est à lier à la souffrance au travail et il est nécessaire maintenant de soigner les soignants. J'ai participé à une conférence au Chili, sur un sujet primordial qui est : Comment soigner les soignants ?
- **Le H est le plus important et correspond à une hiérarchie adéquate**. En effet les médecins et les infirmiers sont formés au colloque singulier, mais ne sont pas formés à l'interaction en équipe, à la gestion des conflits, à l'écoute. C'est pourquoi il est nécessaire de s'investir dans

ces domaines, qui sont peut-être complexes dans le domaine médical. Ainsi dans le cadre des nouveaux hôpitaux, il faut dans le même temps : soigner les patients avec des soins adéquats et permettre aux soignants de trouver du sens dans leur travail.

### → L'organisation d'un nouvel hôpital

C'est pourquoi l'hôpital actuellement en construction est élaboré dans une logique d'obsolescence programmée des bâtiments, en partant du principe que les différentes parties d'un hôpital vieillissent de façon différenciée. L'hôpital est ainsi divisé en 4 parties :

- **Les consultations pour les courts séjours**, qui doivent être adaptées aux nouveaux patients qui sont à l'hôpital pour une courte période et pour des besoins spécifiques,
- **Les consultations pour les longs séjours**, qui concernent la gériatrie, l'oncologie, les soins palliatifs, etc.
- **Les consultations pour la médecine aiguë**, qui concerne un bâtiment complet dans le nouvel hôpital,
- **Les urgences.**

Si les services des urgences et les services de soins intensifs sont placés au rez-de-chaussée, les salles d'opérations sont placées en étage.

#### Une réflexion a également été menée sur l'environnement de l'hôpital :

- Aménagement d'un parc,
- Accessibilité à vélo, train, voiture,
- Aménagement sous la forme d'un camp de vie, etc.

## → Le principe de santé positive dans le nouvel hôpital

L'objectif est de proposer le premier hôpital belge de santé positive. C'est pourquoi le soin sera associé à la prévention et à la promotion de la santé et qu'un site sera dédié à l'innovation en santé positive. L'objectif sur le temps long sera d'assurer la promotion de la santé, pour rester en santé même malade.

Cynthia Fleury a travaillé sur la maladie chronique et la logique positive du patient. Cette logique peut être intégrée dès la prise en charge aux urgences, avec une impression de progression dans la prise en charge.

Ainsi dans le service d'urgence que j'ai précédemment construit, le principe de marche en avant avait été instauré. L'objectif était d'entrer aux urgences dans un environnement humain. C'est pourquoi un travail avait été réalisé sur les couleurs, sur l'art, sur la lumière du jour et sur le parcours de soin du patient du service d'accueil et d'orientation au secteur de soins qu'il l'accueillera.

Un travail de gestion du personnel a également été réalisé avec plusieurs initiatives :

- **Le service des urgences était divisé en deux en journée**, avec l'accueil d'environ 300 personnes par jour, entre un service de petite traumatologie et un service d'urgence. Le soir, avec l'accueil de moins de 10 personnes, le service de petite traumatologie était fermé. Cette gestion permettait de réduire le besoin en ressources humaines et de libérer le personnel la nuit
- **Le circuit fauteuil**, inspiré du Brésil, qui accueille environ 5 600 patients par jour, où le patient est vu par un médecin à l'accueil, puis placé couché sur un fauteuil, transféré aux examens cliniques pour réaliser une prise de sang, puis intégré dans un salon de sortie où il attend les résultats du médecin. Ce parcours permettait d'éviter que les patients soient victimes des attentes aux urgences.
- **Instauration de rôle dans une dynamique d'équipe définie**, avec des Comités de gestion où l'ensemble des métiers des urgences se réunissent toutes les 3 semaines. Ce Comité intègre depuis 2 ans des usagers.

### Échanges avec le professeur Frédéric Thys

*Question / animateur : le dispositif CRASSH pourrait contenir 3 S (système de soins, sens au travail et souffrance au travail).*

#### ■ Pr Frédéric THYS

En effet, mais dans cet acronyme la souffrance est incluse dans le sens au travail.

*Question / public (Groupe Mulhouse Sud Alsace) : lors de la réflexion sur la construction du service d'urgence, vous avez indiqué avoir associé un patient partenaire. Avez-vous associé ce patient partenaire lors de la conception du service ou lors de sa réalisation ?*

#### ■ Pr Frédéric THYS

Nous avons mis en place le patient partenaire dans plusieurs contextes. Étant arrivé dans le projet en

2016, je ne sais pas si un patient partenaire a été associé à la conception de l'hôpital.

Actuellement ce dernier est associé dans la gestion des urgences, dans le cadre du Comité de gestion des urgences. Cette association nous permet, non pas de parler pour le patient, mais d'échanger avec lui et de placer la réflexion sous un autre angle.

Notre deuxième relation avec les patients, concerne les plaintes orales formulées localement auprès des services des urgences. Ces dernières sont traitées de façon proactive avec une réponse associée. Ensuite les plaintes formulées par oral sont traitées au niveau local dans les services des urgences. Chaque plainte est gérée de façon proactive et reçoit une réponse du service.

Ainsi le Comité de gestion et la gestion des plaintes permettent d'améliorer les pratiques du service et constituent des interactions primordiales pour ce dernier.

**Question / public (Service des urgences de Colmar) :** *Vous avez parlé du bien-être du patient, mais qu'en est-il du bien-être du soignant ? Avez-vous anticipé certains éléments comme une salle de pause particulière, une amélioration de la luminosité ?*

#### ■ Pr Frédéric THYS

Le premier constat est que nous sommes face à des changements sociétaux et d'innovation qui sont de plus en plus intenses et courts. Ces cycles compliquent les choses, puisque ce qui fonctionnait hier pour aider les collègues, ne fonctionnent plus aujourd'hui. C'est pourquoi nous travaillons sur différents axes de travail : la prévision des horaires sur 6 mois et la construction d'un projet commun où les soignants peuvent interagir directement avec l'hôpital.

À titre d'exemple, en 2017 nous avons envoyé un courrier à l'ensemble des représentants du personnel (personnel d'entretien, d'accueil, médical etc.), pour construire ensemble le service des urgences. L'objectif du courrier était d'obtenir un retour de chacun pour intégrer de nouvelles approches au sein du nouvel hôpital. Ainsi nous aurons des endroits de vie communautaires, avec des espaces de détente, des tables de billards, etc. L'objectif est de répondre aux attentes de tous.

La satisfaction du patient est compliquée puisque le système hospitalier de Charleroi est divisé en 6 sites. Le patient n'est donc pas au centre de ce système et doit parfois être mobilisé d'un site à un autre. Nous nous dirigeons vers une centralisation des services, pour offrir un accompagnement centré sur le patient.

**Question / animateur :** *vous parlez de différences intergénérationnelles dans les attentes et les besoins. Quelles sont-elles ?*

#### ■ Pr Frédéric THYS

Ces différences d'attentes intergénérationnelles, sont actuellement une de nos difficultés les plus importantes. En effet dans mon service, le socle de collègues le plus solide et le plus résilient concerne les personnes entre 55 et 65 ans. Ensuite nous avons une jeune génération de médecins brillants qui ont des attentes différentes et qu'il faut pouvoir intégrer. Ces attentes concernent la qualité de vie, le temps de travail, la reconnaissance en termes d'implication etc. Ces nouvelles attentes induisent un changement dans le métier, où les jeunes collègues cherchent avant tout une expérience client et personnelle positive et non plus seulement un projet médical.

C'est pourquoi nous avons mis en place un système d'auto-évaluation des médecins à l'entrée de leur service, associé à une évaluation annuelle. Ces évaluations permettent aux médecins de se fixer des

objectifs. Quand les objectifs sont atteints, un retour est effectué vers le médecin pour le faire progresser dans sa carrière. Ce système de gestion par objectif s'applique à tous les médecins. J'indique toujours au personnel nouveau que la situation n'est pas meilleure dans mon service que dans les autres. En revanche, j'essaie chaque jour d'améliorer cette situation avec les compétences et les moyens qui sont les miens. Cette situation entraîne parfois de la frustration, de la fatigue et parfois du bonheur.

### SYNTHÈSE INTERVENTION DU PROFESSEUR FRÉDÉRIC THYS

→ Il est nécessaire de construire des hôpitaux et des services qui répondent aux besoins des patients (délais de la prise en charge, prise en charge sur le temps long) et du personnel soignant (trouver du sens au travail, environnement de qualité, gestion des équipes).

→ Il est nécessaire d'actualiser régulièrement les réponses apportées aux besoins des soignants et des patients. Les besoins actuels des soignants évoluent régulièrement, avec une recherche actuelle de sens et d'expérience personnelle positive.

→ Ce travail passe par une réflexion micro : sur les parcours de soins, l'organisation des services, la gestion des équipes, la formation du personnel et par une réflexion macro : sur l'environnement global des hôpitaux qui doivent être : ouverts, accessibles, accueillants.

→ Le travail sur la santé positive doit donc être structurel et multi acteurs, en intégrant également les usagers, pour répondre aux besoins de chacun dans un contexte de ressources limitées.

## Intervention d'Isabelle BARTH

■ Isabelle BARTH, Professeure des universités, enseignante/ chercheuse, manager de la conduite au changement

*Question / animateur : pour poursuivre les échanges avec le Professeur Frédéric Thys, est-ce que le top management consiste à essayer d'améliorer la situation tous les jours ?*

### → L'activité humaine dans les services des urgences

Je rejoins sur de nombreux éléments les propos du professeur Frédéric Thys. Je ne suis pas une spécialiste du milieu hospitalier ou de la santé. Je travaille en effet dans de nombreux secteurs d'activités (commissariat à l'énergie atomique, ministère de l'Enseignement supérieur, entreprises privées, etc.), où nous retrouvons les mêmes problématiques et les mêmes questionnements, que sont : une pénurie du personnel, de nouvelles souffrances et attentes au travail, une exigence des clients, etc.

Ces problèmes sont communs, puisque les hommes et les femmes dans ces structures sont communs.

L'activité humaine et celle dans les services des urgences sont des flux structurés sous la forme de silos. À titre d'exemple, le système de santé en France est géré par des institutions importantes, qui ne sont pas connectées au terrain et à la fluidité des activités ; alors que nous avons besoin de chefs d'orchestre qui accordent les compétences de chacun autour d'une organisation commune. Nous avons donc besoin de personnes qui sortent de leurs représentations.

En effet, lorsque je me rends aux urgences, je vois une situation catastrophique, où rien n'est adapté. Cette situation génère chez le patient du mal aise, de la peur au sein de locaux qui ne sont pas accueillant. La situation peut être comparable dans des bâtiments universitaires.

### → L'hypermodernité dans les services des urgences

Ensuite au-delà du rapport à la structure et son aménagement, il y a un rapport au temps. En effet le mot urgence est obsolète, puisqu'avec *Amazon, Uber Eats, etc.*, nous sommes dans une société de l'immédiat où les clients souhaitent obtenir des éléments immédiats.

L'immédiateté et la consommation sont deux facteurs de ce qui est appelé l'hypermodernité. Une solution qui satisferait les consommateurs serait une application payante, sous la forme de *Shazam*, où chacun entre son scan personnel pour connaître l'origine de ses symptômes.

### → Les représentations acquises en école de médecine

Dans les tables rondes de la matinée, plusieurs professionnels ont indiqué la nécessité d'éduquer les patients. Toutefois l'éducation des patients ne fait pas partie des représentations de ce dernier. En effet d'une façon générale, le personnel médical a une représentation de son métier, que n'a pas le patient. Cette situation est accentuée par des personnes qui sont enfermées dans leur statut de Professeur, de médecin.

Cette représentation de la profession est accentuée par les études en médecine, qui ne changent pas de paradigme et qui enferment les étudiants en médecine dans des certitudes et des représentations obsolètes de leurs métiers. Les études en médecine devraient évoluer et passer d'une formation de la représentation à une formation du contrat, pour être en accord avec les sociétés. Ainsi, nous avons une situation où le personnel médical a une vision opposée des patients du rapport à la santé.

Ce problème est structurel, avec des Directeurs d'hôpitaux qui n'ont jamais croisé les urgentistes et qui n'incarnent pas le sens demandé par le personnel. À titre d'exemple, un traité qui date d'un siècle sur le commandement militaire indique que quand un soldat va au front, ce qu'il regarde en premier est le visage du Chef. Si ce dernier a peur, alors le soldat aura également peur.

### → Les difficultés de management dans le domaine médical

Les problèmes de management médical existent également dans d'autres milieux, tels que les *start-up*, le spectacle vivant, etc. La gestion du management est souvent perçue selon la gestion des coûts et non par la nécessité d'ouvrir les structures, de créer du dialogue, de dépasser les murs etc.

En effet les structures sont dures : les murs, les process, les datas, les règles, etc. Alors que le management se réfère au soft, aux comportements, aux relations humaines qui sont aléatoires et qui reflètent un dialogue constant. L'objectif pour les managers est de dépasser les structures, les repères.

Il est intéressant de constater qu'un des défis majeurs pour un manager est le déménagement des locaux. En effet, ce changement crée une perte de repères, de l'espace. Il est nécessaire de dépasser les structures et les procédures pour se diriger vers le dialogue constant. Une personne ce matin proposait par exemple la régulation des files d'attente, il s'agit là encore de la réorganisation des comportements.

S'il est nécessaire de dépasser les structures, le management est essentiel dans toutes sociétés humaines.

Dans les organisations humaines nous avons aujourd'hui d'une part le modèle de la *start up*, sans chef, et le modèle de la médecine, avec des sachants, des chefs de groupe.

La question est qu'est-ce qu'un bon manager ? Un bon manager est une personne qui accepte de ne plus être le meilleur, qui accepte de dépasser son expertise pour faire grandir des talents, de rendre service à ses clients. Ce constat se heurte à des organisations où chacun souhaite garder son expertise et où les facultés de médecine n'enseignent pas le management, où les facultés de pharmacie n'enseignent pas le nom commercial des médicaments, les techniques commerciales, la gestion d'équipe. Cette situation entraîne des équipes en souffrance et des managers qui ne sont pas formés au dialogue, à l'intelligence collective, à la relation client.

Comme directrice de l'école de management j'ai initié un dialogue avec la faculté de médecine et de pharmacie et les élèves n'arrivent pas pour l'instant à dépasser les représentations générées dans les formations. Par exemple, la formation de directeur des hôpitaux est vu à-travers une représentation du process de qualité. Cette formation se ressent dans le management des directeurs.

### → Changer le management dans les structures hospitalières

Les solutions pour changer les méthodes de management qui enferment les professionnels dans un système d'expert et de bureaucratie professionnelle existent. Il faut dépasser les structures qui enferment, à l'hôpital comme à l'université des services/ matières délimités, comme des experts/ professeurs.

Dépasser ces systèmes implique de dépasser la reproduction des groupes, de dépasser la position des personnes et leurs références/ expertises.

Actuellement deux solutions s'offrent à nous : atteindre le point de rupture des différentes équipes ou faire entrer dans les structures des personnes avec des compétences nouvelles qui orchestrent les flux et les compétences, au risque de perpétuer des modèles qui ne fonctionnent pas. Comme disait Einstein, « la plus grande folie humaine, c'est de vouloir des résultats différents en faisant toujours la même chose. ».

Si d'une façon générale les acteurs s'organisent pour améliorer la situation, le modèle ne change pas.

Les exemples de changements de paradigme ayant abouti sur un succès sont nombreux, un athlète (Dick Fosbury) gagne 25 cm sur le saut en hauteur en sautant dos à la barre et non plus face à celle-ci, *AirBnb* induit le concept de payer pour dormir chez un inconnu, *Blablacar* induit le concept de voyager dans la voiture d'un inconnu, etc.

Ces innovations de rupture changent le paradigme de départ et le contexte pour tendre vers de meilleurs résultats. Il est aujourd'hui nécessaire d'opérer ces innovations, pour changer son rapport à la chose publique, éviter le développement de l'infobésité et du millefeuille institutionnel.

**Intervention / public (Directeur de Courlancy Santé) :** *avant ma fonction de Directeur à Courlancy Santé, j'ai dirigé pendant 25 ans une entreprise privée anglo-saxonne. Cette expérience m'a permis de piloter des cultures organisationnelles avec des missions qui se rapportent à ce que vous disiez. Depuis mon arrivée en France, il y a 3 ans et demi, je travaille avec des médecins libéraux et des infirmières. J'ai réalisé que je travaillais avec des vacataires pour plusieurs raisons : tout d'abord parce que les professionnels s'occupent plusieurs heures par jour des patients. Ensuite, pour le fonctionnement d'instantanéité avec lequel fonctionne la santé. En effet la relation médecin – patient implique généralement de prendre des décisions instantanées. Nous avons essayé, dans un établissement de santé privé, de créer une organisation et une culture organisationnelle, avec la notion de valeur. Nous avons ainsi travaillé la vision du travail, formé au management, à la gestion du conflit, etc. Ces éléments étaient complexes à mettre en place. Cette complexité est probablement dû à un problème d'éducation des professionnels de santé qui remonte à leur formation. Sur ce point je suis donc aujourd'hui démuni.*

### ■ Isabelle BARTH

Je vous rejoins totalement et vous faites appel à la notion de troupeau de chats. Cette notion renvoie à la représentation de personnes qui se veulent profondément libres, ce qui rend leur management compliqué. Cette notion s'exprime de la façon suivante : *je veux pouvoir travailler avec le matériel que je veux, en fonction de ma mission.* Cette représentation d'une organisation du travail n'est pas forcément compatible avec le dispositif hospitalier et est accentuée avec la mondialisation. En effet, la facilité avec laquelle avec nous pouvons par exemple organiser des webinaires à l'échelle internationale amène à se questionner sur les notions d'autonomie et de flexibilité. Ces éléments représentent des attentes profondes et le fort ancrage présentiel ne permet pas encore d'y répondre. Les jeunes attendent aujourd'hui cette flexibilité et cette autonomie, sans peut-être l'exprimer suffisamment et en l'exprimant parfois différemment. Toutefois au-delà d'une problématique générationnelle, il s'agit peut-être d'une problématique relative aux parcours de vie des personnes et ces deux éléments sont souvent confondus.

**Intervention / public (Directeur des centres d'hôpitaux d'Haguenau) :** *je souhaite tout d'abord vous remercier pour votre intervention qui renvoie un miroir au collectif ou à ce qui est appelé le troupeau de chat. En tant que Directeur, à la suite d'une formation en école, et avec notre Président de commission médicale d'établissement nous souscrivons totalement à vos propos. Nos points de vue nous amènent à penser que le management dans le milieu hospitalier présente des lacunes. Celles-ci reposent souvent sur des équations personnelles, avec d'un côté les directeurs, perçus comme des leaders médicaux avec un travail d'acculturation réciproque, et d'un autre côté l'institution et son aspect procédural indispensable. Cette équation à deux éléments amène une mise en tension dans le management des équipes en sachant que si ce management échoue, le Directeur reste en place. C'est pourquoi la formation des Directeurs d'hôpitaux et du personnel hospitalier est nécessaire, pour comprendre sa place dans le collectif et le rapport au management.*

*Ainsi la formation au management est nécessaire, et ce à toute les échelles, pour dépasser une logique procédurale actuellement en place et notamment dans la conception du management.*

### ■ Isabelle BARTH

Le management fait référence à 4 piliers : le pilotage, la synchronisation, le toilettage et la communication.

Actuellement le pilier du pilotage est majoritairement enseigné dans le management hospitalier, comme dans de nombreuses organisations privées. Il faudrait majoritairement se pencher sur le pilier

de la synchronisation qui est central pour réguler : les flux, les rythmes des personnes, le rythme d'un service, etc. Ce pilier n'est pas une question d'urgence, mais davantage de communication.

De nombreuses personnes considèrent, le médecin, l'ingénieur nucléaire expert comme un manager si celui-ci est sympathique et a des *soft skills*, mais être manager est un métier et renvoie à des compétences précises pour : faire une réunion efficace, savoir dire non, réaliser un entretien d'évaluation, réaliser un *feedback* positif, avoir une relation client positive, etc. L'acquisition de ces compétences s'apprend. Malgré le fait qu'il semble y avoir un déni autour de ce constat, l'apprentissage et le développement de ces compétences permettraient de résoudre de nombreuses problématiques.

**Question / animateur :** *un article dans le Monde du 17 mai, renvoie aux questions des soft skills, du management, de la prise de parole en public, etc. Il semblerait que la France progresse sur ces questions, puisque l'université forme désormais les étudiants dans l'apprentissage, mais aussi dans les soft skills : management, communication, prise de parole etc. Cet élément semble positif.*

### ■ Isabelle BARTH

J'étais récemment au CHUM de Montréal et les *soft skills* que vous avez indiqué ne s'apprennent pas en France, où la réussite est individuelle, où il ne faut pas copier sur le voisin, où il n'y a pas de collaboration, où une faute est une erreur alors que celle-ci devrait servir à l'apprentissage, etc. et ce dès le CP. Ainsi une fois à l'âge adulte, il est compliqué de changer des croyances profondes qui sont renforcées dans certains domaines, comme dans les études médicales. Ces questions sont fondamentales et il est parfois intéressant de s'inspirer du fonctionnement d'autres pays.

### ■ Pr Frédéric THYS

Il est en effet important d'accepter l'expertise des autres personnes. Lorsqu'un jeune ou une personne a besoin de prendre des responsabilités ou demande un conseil, je dessine avec lui un triangle. Je lui indique ensuite que c'est un excellent médecin, en dessinant une diagonale au milieu du triangle correspondant à sa compétence. J'ajoute - que si c'est un excellent médecin, elle se trouve à la pointe du triangle en management, car elle n'a aucune compétence dans ce domaine. Ainsi la personne va devoir avancer pour tracer sa diagonale en management. La progression en cette compétence, risque de lui faire perdre certaines compétences médicales, mais pour mieux avancer dans un autre domaine. La personne pourrait transformer le triangle en 2 rectangles, mais au risque de s'épuiser et de mettre sa santé et vie privée en péril et en étant jamais performant tant dans le domaine médical que dans celui du management.

Il est nécessaire de communiquer ces éléments aux collègues qui prennent des responsabilités, afin d'accepter de ne plus être le meilleur dans sa profession, pour former puis diriger des personnes en prises de compétences. Ce constat n'enlève nullement le fait de ne plus être aux côtés de ces derniers. En Belgique, nous opérons une refonte du parcours de spécialisation des médecins, toutes spécialités confondues, avec une obligation de suivre chaque année des cours en management et en gestion. Cette initiative se poursuit en stage, avec l'obligation de suivre des actions sur ces thématiques. Ensuite, la Société Française de Médecine d'Urgence (SMU) a créé un conseil en management et leadership en médecine d'urgence. J'ai eu la chance de présider ce conseil avec une collègue de Lyon et une équipe dynamique, qui a eu le courage d'aborder les zones d'ombre et les faiblesses, avec l'objectif d'y trouver petit à petit des solutions au-sein de la profession.

### SYNTHÈSE INTERVENTION D'ISABELLE BARTH

- Le management doit être pensé comme une orchestration de différentes compétences et comme une orchestration de l'activité humaine. L'objectif est de favoriser le développement de ses collaborateurs, tout en assurant la satisfaction client.
- Les besoins managériaux actuels impliquent de dépasser les structures, les cadres et les processus actuels, pour créer du dialogue et répondre aux besoins de chacun.
- Ce changement de paradigme doit être enseigné pendant les études dans les facultés de médecine, avec des cours sur la relation patient, le management des équipes, etc.
- L'objectif est de proposer des innovations managériales, pour améliorer la gestion des équipes, permettre à chacun de trouver du sens dans son travail, réorganiser les services et répondre aux besoins des patients et personnels.

## Intervention de Delphine CLERC

*Question / animateur : l'intervention suivante permettra de se recentrer sur les conditions d'accueil des patients et la prise en compte du bien-être des soignants.*

### ■ Delphine CLERC, Directrice des soins infirmiers du Centre Hospitalier d'Haguenau

#### → Le bien-être dans les services d'urgence

J'ai mené une réflexion sur le bien-être dans un service d'urgence, du côté du patient et du professionnel. Cette réflexion a été développée avec une expérience opérationnelle, dans un mode d'emploi qui peut être envisagé sous 4 axes :

1. **S'appuyer sur le patient et le professionnel sur la qualité de l'accueil.** L'objectif pour le patient est de bénéficier d'une prise en charge rapide en étant dirigé vers la bonne filière. Cet objectif peut être développé par la présence d'une infirmière d'accueil et d'orientation, qui fera un tri dans les patients et pourra consulter rapidement un médecin d'accueil et d'orientation. Cette prise en charge spécifique sera notamment bénéfique aux personnes âgées, qu'il faut prendre en charge rapidement et avec des compétences spécifiques (gériatrie, équipe mobile).

À titre d'exemple, nous mobilisons dans les structures d'urgence, et notamment en période hivernale, les dispositifs « Hôpital en tension ». Ce dispositif permet d'avoir accès à un management spécifique sur la qualité de l'accueil, la prise en charge et l'accueil des professionnels.

2. **Accéder à la formation et développer des compétences.** L'objectif est de déployer le tutorat et l'accompagnement à la prise de poste graduée des nouveaux au-sein des services des urgences.

Au Centre Hospitalier d'Haguenau, un tuteur est un professionnel formé qui va accompagner

un nouveau professionnel arrivant dans la structure pendant un certain nombre de mois ou d'années. Cette fonction de pair permet au nouveau arrivant s'approprier l'organisation du service, le matériel utilisé et le fonctionnement des locaux. Ce dispositif est particulièrement attendu lors de la sortie de l'école et représente pour les étudiants une source de mobilisation et de motivation professionnelle au-sein des urgences.

Les professionnels expriment le besoin de formation, pour développer des compétences, à la suite de formation initiale ou en complémentarité de celle-ci. Ces formations peuvent renvoyer à des premières expériences réalisées en institut, en services d'urgence, etc. L'accès à la formation permet d'anticiper au-sein du service des plans de formation, avec la mise en place et l'accès à des formations spécifiques. À titre d'exemple, nous avons échangé avec les infirmières d'accueil et d'orientation et les infirmières pré hospitalières, notamment quand le service des urgences est doté d'un SMUR, sur la formation à la photo thérapie, à la gestion de l'agressivité et aux situations violentes qui sont aussi le quotidien des professionnels des urgences.

L'organisation du service en 12h, permet d'impliquer les professionnels dans des projets de service, de bénéficier de vision du quotidien des professionnels, d'amélioration de façon continue la prise en charge et du tutorat.

3. **Travailler l'architecture des locaux**, dont Monsieur Thys a déjà donné certains éléments. L'objectif est de bénéficier au-sein des services des urgences de zones de prises en charge (courte et longue) et de filières spécifiques, telles que médico-chirurgicales. Cette organisation est à lier à une architecture ergonomique des services, pour favoriser la marche en avant et debout et le déplacement en fauteuil des patients, sans avoir recours au brancard. Cet aménagement permettra de réduire le déplacement à l'horizontal des patients, pour favoriser son autonomie et maximiser son temps de présence.
4. **Développer des partenariats en interne sur la qualité de l'accueil**. L'objectif est de développer au-sein des services des urgences un recours aux avis spécialisés de la structure : cardiologues, neurologues, urologues. La fonction d'assistance sociale, permettrait également d'intervenir le plus précocement possible, dès l'admission du patient, pour mobiliser des partenariats externes. Enfin, il faudrait également travailler avec et faciliter le travail des professionnels libéraux, avec un travail partenarial dans l'hospitalisation à domicile.

Le travail avec les associations est nécessaire et de différents ordres : questions relatives à la prise en charge, notamment des personnes en situation de handicap en ayant recours à des professionnels spécialisés. L'objectif commun est de rendre l'expérience aux urgences la plus acceptable et la plus optimale possible.

Dans chaque axe abordé, il est nécessaire de fluidifier le parcours du patient et d'optimiser son temps de présence et d'attente aux urgences. Ces réflexions ouvrent la voie aux projets d'avenir, à l'innovation, aux nouveaux métiers tels que les IPA (infirmiers en pratique avancée) et aux nouveaux outils tels que l'intelligence artificielle au sein des services d'urgence.

**Question / animateur :** *les urgences sont un mélange de publics, avec des personnes en détresse psychiatriques, des adultes, des enfants, des personnes âgées et des personnes à mobilité réduite. Cette mixité ne doit pas être simple à gérer et peut générer de l'agressivité. Ainsi comment gérez-vous ces flux de façon concrète ?*

### ■ Delphine CLERC

Au Centre Hospitalier d'Haguenau nous avons la chance de bénéficier de deux services dissociés, entre les urgences pédiatriques et celles des adultes. Ensuite le travail architectural des locaux est fondamental.

**Question / animateur :** *en tant qu'usager les questions de signalétique et de temps d'attente sont parfois problématiques. En effet, on ne sait pas toujours où se diriger et les flous sur les temps d'attente peuvent générer de la frustration et de la colère. Il peut être également important d'effectuer une pédagogie des priorités. En effet quand nous attendons comme usager pour une urgence, et qu'une personne arrivée après passe en priorité, cela peut générer de l'incompréhension et de la colère.*

### ■ Delphine CLERC

Il est nécessaire de communiquer régulièrement avec les patients pour l'informer sur différentes questions : où le patient se dirige, où en est-il dans son parcours de soin, quelle est l'étape suivante, quels sont les attentes lors de résistance biologique ? Ainsi la signalétique doit être complémentaire à la communication.

**Question / animateur :** *nous pouvons reporter cet exemple au métro. Quand le conducteur indique 2 minutes de régulation, alors les passagers patientent. En revanche, sans information les passagers s'énervent. Reporter une information sur un panneau lumineux peut également aider.*

### ■ Pr Frédéric THYS

Il est nécessaire d'aller plus loin, puisque les soignants, médecins et infirmiers, n'ont plus le temps de communiquer et de rencontrer le patient. En effet, nous sommes dans un système de gestion des urgences qui ne permet pas d'effectuer la rencontre entre le personnel soignant et le patient. Ici la notion de rencontre est à prendre au sens du philosophe Levinas : je regarde le patient et par ce regard je deviens responsable de celui-ci. En comparaison quand nous croisons un SDF dans la rue, nous évitons son regard. Si nos regards se croisent, alors nous serons plus à même de lui donner quelque chose. Un autre exemple, nous mettons un casque sur la tête d'un soldat pour le déshumaniser, et ainsi lui tirer dessus plus facilement. Si nous mettions sur le front du soldat : « Je suis père de famille, j'ai 3 enfants, etc. », il n'y aurait plus de guerre.

Ainsi nous avons de plus en plus de soignants qui en fin de journée ont posé des actes et ont accueilli sans avoir pris le temps de répondre à un sourire, une inquiétude ou une attitude non verbale qui pouvait attendre autre chose de la relation avec le personnel médical. Ce fait accentue la perte de sens du personnel.

Il est donc nécessaire aujourd'hui de développer la rencontre au-sein d'une organisation structurelle dans les services. Toutefois, si nous nous adressons à un Comité de direction ou à un

Conseil d'administration pour demander des moyens, afin d'organiser une rencontre informelle avec le patient, la réponse sera négative.

### ■ Delphine CLERC

Il est tout à fait possible de laisser entrer des nouveaux métiers dans les services des urgences.

*Question / animateur : de quels métiers s'agit-il ? Faites-vous par exemple référence à un gestionnaire de file d'attente ? À titre d'exemple, dans les parcs d'attraction ou les musées, la médiation aide les personnes à attendre.*

### ■ Delphine CLERC

Les fonctions de médiateurs aident également parfois dans des situations de tension. Ainsi en période d'afflux important de patient au-sein des urgences, il serait possible de mettre une personne en veille, pour surveiller différentes situations et répondre à des questions intermédiaires de prise en charge.

*Question / animateur : Il serait également possible d'imaginer un mode d'emploi schématique, remis à chaque personne qui rentre aux urgences, pour expliquer ce qui va se dérouler au-sein du service. Ce type d'outil permettrait de faire comprendre le fonctionnement des urgences*

### ■ Pr Frédéric THYS

Nous avons réalisé dans notre service une ligne du temps, mais cet outil n'est pas suffisant et un rapport humain est fondamental.

### ■ Isabelle BARTH

Le paradigme en consommation est la consommation d'expérience. Ainsi il ne faut pas seulement analyser le fait d'attendre, mais élargir en pensant l'attente comme une expérience pouvant être traumatisante comme positive. La théorie de Carson, indique qu'il faut connaître le temps d'attente pour ne pas s'ennuyer, ce qui est le cas dans les parcs d'attraction, et avoir la notion de justice dans la queue, pour comprendre pourquoi une personne peut passer en priorité et devant nous.

Un tweet d'un urgentiste indiquait une situation inattendue avec une patiente. Le professionnel indique à la patiente qu'il y a 2 heures d'attente avant une prise en charge. La patiente quitte le service et revient 2 heures plus tard aux urgences. L'urgentiste lui répond alors que le système des urgences ne se passe pas comme cela. Ce tweet montre l'enfermement des urgences dans la relation à l'attente et la nécessité de sortir de certains silos.

Ensuite la médiation et la gestion de conflit peuvent s'apprendre dans le management et peuvent être réalisées par des tiers.

*Question / animateur : en effet, un tiers pourrait être spécialisée dans les différences culturelles et générées et leur rapport aux urgences, pour maîtriser les différents codes. Est-ce que cette réponse serait adaptée ?*

## ■ Pr Frédéric THYS

Cette question pose celle de médiateur interculturel au-sein des salles d'attente, avec une connaissance des différents us et coutumes. Ce type de profil serait intéressant, mais il représente des ressources humaines, qui doivent être présentes 24h/24 en temps plein. Cette ressource coûte plus cher qu'un mur avec un panneau où il est écrit « Bienvenue » dans toutes les langues et le choix de support sera donc vite déterminé.

## ■ Isabelle BARTH

La disconfirmation des attentes (NDLR : « être *in fine* agréablement surpris »), avec le dressage d'un tableau très négatif décrit ce jour, entraîne le fait que nous serons forcément déçus en allant aux urgences. La rencontre d'un élément positif, comme le fait de rencontrer du personnel souriant, permettra de dépasser ces croyances et d'obtenir une expérience positive. Ce constat « permet d'être déçu en bien » en allant aux urgences.

### SYNTHÈSE INTERVENTION D'ISABELLE BARTH

→ Le bien-être dans le service des urgences doit être pensé du côté du patient comme du personnel soignant.

→ Le bien-être dans le service des urgences peut être construit selon 4 axes :

1. Orienter le patient vers le bon service en termes de besoins spécifiques et de prise en charge courte ou longue. Cette orientation est assurée par une infirmière d'accueil et d'orientation en lien avec un médecin et avec les autres services de la structure,
2. Former et accompagner le personnel soignant tout au long de leur carrière. Cette formation est assurée au-sein des différents services, selon les besoins rencontrés (formation à la photo thérapie, à la gestion de la violence etc.). Cet accompagnement est assuré par un tutorat sur le long terme pour intégrer les nouveaux arrivants progressivement,
3. Améliorer l'architecture des services. Cet axe permettrait d'améliorer la signalétique, l'autonomie et le parcours de soins des patients,
4. Mobiliser les partenariats à l'intérieur et à l'extérieur de la structure. Cette mobilisation permettrait de solliciter l'avis des services internes à la structure, l'accompagnement d'associations spécifiques et d'assistants sociaux, pour rendre l'accueil et l'expérience dans les services des urgences la plus optimale possible.

→ Ces axes de réflexion permettent d'envisager une restructuration des services, un développement de la communication envers les patients, l'intégration de nouveaux métiers (médiateurs, assistants sociaux, IPA) et l'utilisation de nouveaux outils (mentorat, formation, intelligence artificielle).

## Intervention d'Angèle RATZMANN

*Question / animateur : Le terme de bienveillance, est peut-être aujourd'hui galvaudé. Nous pouvons préciser cette notion avec celles de bienfaisances et de bientraitante.*

■ **Angèle RATZMANN, Membre du bureau de France Assos Santé et Présidente de la CSDU de la CRSA**

### → La différence de rapports entre professionnels et usagers

Il faut essentiellement distinguer la bienveillance ressentie par le personnel soignant et bienveillance ou la bientraitance ressenti vis-à-vis des usagers. En effet ces deux groupes n'ont pas la même place dans leurs rapports. L'utilisateur arrive dans une position de demande, avec un mal physique, psychologique ou un besoin qu'il a du mal à exprimer. Cette position le place en infériorité comparée aux professionnels qui l'accueillent.

Je siège également dans une Commission d'utilisateurs, dans un établissement de santé. La Fédération hospitalière a réalisé une étude indiquant 30 agressions d'infirmiers par jour. Le patient n'est pas forcément « responsable » de sa propre colère et de l'agressivité qu'il éprouve. En effet celui-ci se trouve dans un circuit dont il ne comprend pas la durée d'attente, ni à quel moment il va passer, il a pu être interrogé plusieurs fois et par différentes personnes et est sûrement en état d'épuisement.

À titre d'exemple, une personne avait passé 40 heures sur un brancard aux urgences, avec les lumières allumées et dans un état infectieux qui l'épuisait. Cette personne a dû passer par l'ambulance, le service d'accueil, puis différents médecins et professionnels. Il est donc normal que cette personne puisse ressentir de la colère.

### → Le rôle de l'accompagnant dans le parcours de soin

Nous avons peu parlé de l'accompagnant, qui est une personne aidante et de confiance. Il peut par exemple s'agir de parent. Cette personne qui accompagne l'utilisateur au service des urgences est souvent mise de côté une fois le patient pris en charge, en box ou en service.

Plusieurs responsables d'établissements accueillent des traumatisés crâniens ou des personnes en situation de handicap qui viennent avec leur tuteur. Le fait d'éloigner le patient du tuteur complique le travail des soignants, puisque ce dernier connaît la personne et sait comment l'apaiser. Ainsi, il est nécessaire dans le cadre de partenariat, au sein de l'activité d'accueil et dans les services, qu'un proche puisse être aux côtés du patient et son rôle doit se poursuivre également après le soin. Bien évidemment cet accompagnement doit être choisi ou non par le patient.

Cette question de l'accueil des accompagnants renvoie également à l'organisation des services. Il est alors nécessaire d'avoir un endroit où ils peuvent attendre et où on peut les tenir régulièrement informés.

### → Le droit à l'information des patients et de l'accompagnant

La loi de 2002, prévoit que la personne consciente doit être informée régulièrement des soins qu'on

lui procure, de son état, des diagnostics réalisés à la suite des examens, etc. Ce droit à l'information vaut également pour les accompagnants, qui peuvent être en état d'angoisse.

### → Les besoins intimes des patients

Il est nécessaire d'assurer les besoins intimes des patients (se rendre aux toilettes, boire, manger). Sur ce point, l'architecture et les circuits dans les services pourraient être repensés pour permettre aux personnes dans des brancards ou aux personnes qui attendent aux urgences de se rendre aux toilettes et d'assurer leurs besoins en toute intimité.

En effet la question du repas, de l'accès à l'eau, aux toilettes est fondamentale aux urgences, notamment lors d'une longue attente.

À titre d'exemple, la personne évoquée préalablement a passé 40 heures sur son brancard sans être lavée. C'est la personne en service de radiologie qui lui a proposé une toilette. Il s'agit d'éléments basiques, mais qui peuvent être vite oubliés pendant les périodes d'activité aux urgences.

### Échanges avec Angèle RATZMANN

**Question / animateur :** *est-ce qu'une charte commune des bonnes pratiques aux urgences pourraient être utile ?*

#### ■ Angèle RATZMANN

Une charte, à la différence d'un décret, n'a pas de valeur juridique et donc n'est pas forcément respectée par tous. Nous avons aujourd'hui différentes chartes, celle dédiée aux personnes en situation de handicap par exemple, qui donnent des lignes directrices et des points fondamentaux à ne pas oublier. Ainsi l'écriture d'une charte pourrait être utile, afin de permettre à tous de se recentrer autour d'objectifs à atteindre.

#### SYNTHÈSE INTERVENTION D'ANGÈLE RATZMANN

- Le personnel soignant et les patients ne sont pas au même niveau dans la relation.
- La complexité dans le parcours de soin et l'attente des patients peut entraîner de l'agressivité dans les échanges
- L'accueil des accompagnants pendant le parcours de soin permettra de faciliter les relations entre soignants et soignés et de rassurer le patient.
- La réorganisation des services et des circuits permettra d'améliorer le confort des accompagnants pendant le parcours de soin du patient et permettra aux usagers d'avoir accès aux besoins intimes primaires (boire, manger, accéder aux sanitaires) de façon intime.

## Intervention de Christophe DORIGNAC

---

*Question / animateur : vous avez réorganisé plusieurs services et travaillé sur la dissociation des publics, l'accueil des soignants et des accompagnants et la question des couleurs et de la lumière dans les services afin de développer le bien-être dans les services.*

*Comment avez-vous travaillé et quels résultats avez-vous obtenus ?*

■ **Christophe DORIGNAC, Directeur de Travaux, Patrimoine, Biomédical, Maintenance, Environnement, Sécurité au CHR Metz-Thionville**

### → Les premières étapes du projet d'aménagement

Mon intervention permettra de partager les travaux en cours dans les urgences de Thionville, qui compte 68 000 passages par an, dont 22 000 en pédiatrie. Le service des urgences de Thionville fait 2000 m<sup>2</sup>, hors la partie tertiaire qui concerne les bureaux. L'opération consiste à redonner plus de 800 m<sup>2</sup> au service des urgences de Thionville, pour parvenir à une surface de 2800 m<sup>2</sup>.

La première partie du projet a été réalisée en lien avec le chef de service qui a localisé une partie de la structure pour gagner de la place, afin de redonner de l'espace aux patients et aux soignants. Cette identification a permis la réalisation d'un schéma global. Ensuite nous avons délocalisé certains services avec des opérations tiroir pour redonner de la place à des espaces de soin.

Nous avons conservé la séparation des urgences pédiatriques qui fonctionnent à part, avec ses spécificités propres.

Ainsi chaque étape a été réalisée en associant à la fois l'encadrement des médecins et les équipes, pour partager les options et les retenues. Nous sommes donc dans une étape de réflexion et la prochaine concerne le déménagement.

### → La réorganisation des services

Nous avons regardé l'ensemble des flux patients pour réorganiser les services. Ainsi plus de la moitié de la surface sera donnée à la partie adulte. En termes d'aménagement nous aurons des espaces d'attente avant l'infirmière d'accueil et d'orientation, puis avant et après les boxes. L'objectif est de disposer d'espaces d'attente confortables, qui permettent également d'améliorer le flux des patients et leur surveillance.

La réorganisation des services permet d'aménager plus d'espace au niveau des circulations. Cette mesure permet d'éviter l'encombrement des circulations, souvent constaté dans les services.

En termes de couleurs, nous sommes davantage sur des teintes naturelles pour améliorer le confort des services et des adultes. Cette amélioration du confort est accentuée par le fait que les locaux aient été rénovés.

*Question / animateur : avez-vous pris des mesures spécifiques concernant la signalétique,*

*d'information ?*

## ■ Christophe DORIGNAC

En termes de signalétique nous essayons d'accompagner au mieux les systèmes évoqués précédemment. L'objectif est que les usagers aient conscience de l'endroit où il se trouve. Toutefois nous ne sommes pas encore à ce niveau de détail, notamment dans l'accompagnement de l'utilisateur dans l'attente.

*Question / animateur : comment la signalétique se matérialise-t-elle pour indiquer les droits des usagers et leurs lieux de destination ?*

## ■ Christophe DORIGNAC

Nous avons appris au fil du temps à décliner la signalétique avec plusieurs typologies d'outils. Nous nous sommes rendu compte que les personnes ne regardent pas, regardent mal. Nous avons alors réalisé des audits, hors de l'opération d'aménagement. Nous nous sommes aperçus à la suite de cet audit, que les patients regardent peu sur les murs. C'est pourquoi nous utilisons aujourd'hui les sols et des codes couleurs. Nous décorerons ensuite les murs en fonction des opportunités trouvées avec les équipes.

*Question / public (France Asso Santé) : certaines signalétiques mises en place, telles que les téléphones avant les salles d'opération, ne fonctionnent plus sur le temps long. Les innovations en termes de santé peuvent être trouvées dans d'autres domaines. Par exemple, quand vous réalisez une commande à Mc Donald vous pouvez visualiser votre numéro. Cette visualisation permet d'attendre, comme dans les parcs d'attraction, de vérifier que votre demande n'a pas été oubliée et que vous allez être pris en charge.*

*Une autre initiative serait d'installer des chaises dans les boxes pour l'aidant, qui va aider le patient et le calmer. Ces initiatives sont parfois simples, mais les services ne pensent pas toujours à les mettre en place.*

### SYNTHÈSE INTERVENTION DE CHRISTOPHE DORIGNAC

- La nécessité de penser et d'adapter la construction d'un hôpital et/ou d'un service en fonction des besoins des soignants et des soignés, notamment sur les couleurs et la luminosité.
- La nécessité de coconstruire les services avec les équipes terrain.
- La nécessité d'aménager un hôpital et/ou un service, qui permette à chacun de circuler dans son parcours de soin de façon fluide et confortable.
- La nécessité de partir de l'expérience usager pour réaliser les signalétiques, afin que celles-ci soient perçues par une majorité de personnes.

## Échanges conclusifs

**Question / public (Médecine d'urgence) :** *Si nous suivons les propos de Madame Barth, il ne faut pas mettre au ministère de la Santé ou à la direction d'un hôpital un médecin puisque celui-ci sera un chat parmi les chats ; il suffira que la personne reçoive une formation.*

*Concernant les propos sur l'organisation des urgences de Madame Ratzmann, ce n'est pas un lieu qui a été fait pour donner à manger aux patients. Je considère-et je pense que le Professeur Thys sera d'accord avec moi- qu'un bon service des urgences est un service vide. En effet en 4h00, nous avons le temps de comprendre la situation du patient et de le diriger vers les bons services qui lui procureront les soins nécessaires, ou chez lui. Cette considération permet de créer un flux dans le service des urgences.*

*Concernant les propos de Monsieur Thys, je pense que l'on peut mener de très bonnes initiatives localement sur l'organisation des services d'urgence, mais que ces initiatives doivent être renouvelées tous les 3 à 5 ans. En effet après 30 années de médecine d'urgence, je pense que ce service doit être renouvelé constamment sur le plan architectural et du fonctionnement. Cette réinvention permanente demande beaucoup d'investissement personnel et de la part des établissements de santé qui ont des moyens limités. Il faut donc créer des services d'urgence polymorphes qui puissent être changés régulièrement. Ce constat ne nécessite par forcément de changer de paradigme, mais nécessite une adaptation constante, à la différence des services de soins caractéristiques avec une chambre et un patient.*

### ■ Isabelle BARTH

Je n'ai jamais dit qu'il ne fallait pas de médecins aux postes que vous évoquez. Je fais la différence entre le pouvoir et l'autorité. L'autorité émane de la compétence métier, mais ne suffit pas pour manager. D'où la nécessité de passer à la double compétence dont je parlais. À titre d'exemple, le ministre de la Santé était visiblement un excellent Directeur en service d'urgence, mais est-ce qu'il a intégré la vision politique qui est totalement différente. C'est pourquoi il est nécessaire de se poser des questions sur notre métier et de faire la différence entre le pouvoir et l'autorité.

La question peut être élargie : si nous regardons la même chose avec des angles différents, alors la vision sera différente.

**Question / animateur :** *dans le prolongement des propos d'Angèle Ratzmann, l'analyse des plaintes de personnes qui sort des urgences permettrait une remise en cause permanente.*

### ■ Angèle RATZMANN

La loi du 16 juillet 2000, prévoit des représentants d'usagers dans toutes les instances de démocraties sanitaires. Les professionnels peuvent alors réaliser un travail avec les 6 représentants habilités qui peuvent faire le lien avec des associations avec lesquelles ils sont parfois issus.

L'analyse des plaintes et des réclamations est réalisée en Commission des usagers, lorsque ces derniers souhaitent faire remonter leurs observations. Les représentants d'usagers qui siègent dans ces commissions sont présents dans tous les établissements de santé et réalisent un travail de retour vers les équipes, afin de trouver des pistes d'amélioration.

L'objectif est de trouver des pistes d'amélioration à la fois locales et régionales.

## ■ Isabelle BARTH

Une personne a évoqué la gestion des émotions et le management en hôpital, et plus largement dans le domaine de la santé, a oublié que les êtres humains étaient pourvus d'émotions. Au niveau de la signalétique, quand nous sommes sous le coup de l'angoisse ou de la peur, il peut être compliqué de voir un panneau. Il faut donc apprendre à évacuer la peur, la tristesse, le dégoût pour aller vers plus de joie et il s'agit là d'une fonction managériale.

Pour aller plus loin, il y a un paradoxe autour du corps, dans une société d'individualisation où chacun accorde beaucoup d'importance à ce dernier, avec la chirurgie esthétique, les tatouages, les piercings etc. Le corps est une petite entreprise qui doit réussir. En revanche nous oublions avec les corps en souffrance, les fonctions physiologiques les plus essentielles telles qu'avoir accès à des toilettes propres, manger, etc. Je ne sais pas comment vous intégrer cette question.

## ■ Pr. Frédéric THYS

Nous avons développé dans la grille d'auto-évaluation annuelle de nos médecins, une question qui est : « Suis-je suffisamment attentif au respect de l'intimité de mes patients. ». Cette thématique évaluative est celle qui a fait le plus parler et a bouleversé de nombreuses personnes. En effet certains médecins ont indiqué qu'ils ne s'étaient pas posé la question depuis 10 ans. C'est pourquoi le travail de cette thématique est intéressant et permet de penser à l'accessibilité et la proximité de nombreux éléments tels que les toilettes.

Dans la réalisation des plans de l'ancien service d'urgence que j'ai construit, une fois ces derniers terminés nous avons demandé à une association spécialisée dans les accès de repenser les plans pour permettre la circulation de tous. À la suite de cette consultation, nous avons revus plusieurs éléments tels que la hauteur des portes, afin que l'accessibilité soit la plus optimale possible.

Monsieur Dorniac a évoqué la mobilité des patients en brancard, mais il est nécessaire de penser également à l'éclairage. En effet une personne sur brancard peut rester 2h00 avec la lumière. À titre d'exemple, nous avons changé notre approche dans le secteur pédiatrique, avec l'animation des lumières qui réalisent des scénettes pour les enfants.

*Questions / animateur : le patient est donc vu comme un expert. Est-ce que les professionnels qui rénovent les urgences se mettent à leur place ? Lorsqu'on fait de la concertation en matière de rénovation urbaine où l'on amène les architectes, les techniciens, etc. à se mettre à la place de la personne en fauteuil roulant, avec une canne d'aveugle ou avec un bandeau. Nous réfléchissons également la ville de façon genrée, puisqu'un homme et une femme appréhende la ville différemment. Ainsi les urgences du futur se coconstruisent.*

## ■ Pr. Frédéric THYS

Nous avons acquis pour la construction du nouvel hôpital de nombreuses expériences. Nous avons par exemple utilisé les caves de l'hôpital, inauguré en 2014, sous forme de *mockups*. C'est-à-dire que nous avons réalisé en contreplaqué avec les usagers tous les points où il n'y avait pas de décisions arrêtées. La matérialisation de ces points nous a permis de mener certaines expérimentations, comme nous mettre couchés sur des brancards pour acter la position d'une porte, etc. Ces expérimentations, avec une dynamique d'équipe de co-construction, était porteuse pour motiver dans un second temps, les décisions budgétaires aux dirigeants.

Madame Ratzmann vous avez parlé de l'asymétrie entre le soignant et le patient. Cette asymétrie demande beaucoup d'humilité pour le personnel soignant et demande de changer de paradigme, pour se remettre dans un langage symétrique. Il est alors nécessaire que le médecin ou l'infirmier puise dans sa propre vulnérabilité en exprimant ses émotions et cette situation au patient. Ce socle de vulnérabilité commune permettrait de créer un socle commun, qui est difficile à établir puisque le patient peut demander à être rassuré.

C'est une réflexion intéressante, à laquelle je travaille, pour savoir comment établir une symétrie dans des relations complexes. La création d'une charte ne sera probablement pas suffisante, car il s'agit d'une démarche profonde qui fait réagir de nombreux médecins et infirmiers sur cette question du sens. C'est pourquoi notre hôpital a décidé d'engager après la période COVID, sur des fonds propres et à durée indéterminée, un philosophe qui accompagne toutes les équipes, pour réaliser un travail sur le sens. Ce travail amène à discuter de ces questions de façon collective.

### ■ Angèle RATZMANN

La question a été évoquée : un service des urgences vide, est un bon service. À titre personnel je pense qu'il y aura toujours un besoin de traiter les patients de façon physiologiques et pathologiques. Certains services des urgences sont efficaces et d'autres demandent à l'être. Je laisse la question aux professionnels pour savoir si un service des urgences vide est un bon service.

### ■ Pr. Frédéric THYS

Il s'agit d'un adage qui date de 20 à 30 ans, qui était de l'ordre du fantasme et aujourd'hui du conseil, d'un service fluide où il n'y a pas de surcharge au niveau de l'admission et qui fonctionne bien au niveau physiologique où l'on soigne également les soignants.

Les évaluations où on entend les médecins et infirmiers parler du service des urgences sont négatives. C'est pourquoi il est nécessaire d'organiser un service des urgences fluide, institutionnellement intégré avec la médecine programmé et valorisé par les soignants. Toutefois à l'heure actuelle l'expérience en service des urgences est négative pour le personnel soignant et est étonnamment généralement positive pour les patients, malgré le fait qu'ils arrivent avec une douleur. Le taux de satisfaction des patients est parfois relatif au croisement d'un sourire de la part du personnel soignant.

### ■ Angèle RATZMANN

L'apport de la musique dans les services d'urgence permettrait d'alléger l'ambiance et il serait intéressant de travailler dessus. D'une façon générale, la question de l'écoute est importante puisque les professionnels apportent des savoirs scientifiques, mais le patient apporte l'expérience de sa maladie et l'usage de son traumatisme. Ainsi le croisement de ces deux types de savoir opéré par l'écoute et le respect de chacun est la base.

### ■ Pr. Frédéric THYS

J'ai évoqué le croisement des regards. En effet l'objectif est de pouvoir créer un échange avec la personne diabétique qui connaît sa maladie avec le médecin urgentiste qui le reçoit. Cette écoute et cette vulnérabilité croisée doit permettre à chacun d'apporter son bagage personnel. Je dis toujours à mes étudiants en hôpital, que chacun apporte des éléments qu'il faut partager pour que chacun puisse se mettre au niveau de l'autre. Cette situation n'est pas facile, par manque de temps et de

ressources.

## ■ Isabelle BARTH

Le cercle de la vulnérabilité du deuil explique que lorsque l'on montre sa vulnérabilité, on crée de la confiance. Toutefois de façon générale, nous attendons d'être en confiance pour montrer sa vulnérabilité. Le mot principal est celui de confiance et il faut avoir confiance en soi pour avoir confiance dans l'organisation et dans les autres. Ce cercle peut être vertueux, comme délétère.

Il faut désormais amorcer le cercle vertueux de la confiance.

### → SYNTHÈSE TABLE RONDE / DÉBAT

→ Le service des urgences doit être pensé par le biais des besoins des soignants et des soignés.

→ La réponse à ces besoins permettra de transformer la prise en charge et la relation patient/soignants, comme une expérience personnelle positive et partagée.

→ **L'expérience positive personnelle peut être mobilisé de la façon suivante pour les soignants :**

- Un accompagnement de long terme avec un système de mentorat,
- Un accès à la formation régulière et un management de proximité permettant la montée en compétence de chacun,
- Une recherche du sens et de la rencontre avec le patient,
- Des services ergonomiques, éclairés et conçus avec les équipes terrains.

→ **L'expérience positive personnelle peut être mobilisé de la façon suivante pour les soignés :**

- Un accès à une signalétique et une information claire, qui dirigent vers un parcours de soin global,
- Des couloirs et un circuit patient qui favorisent son autonomie, notamment dans l'accès aux besoins intimes primaires (sanitaires, accès à l'eau, à la nourriture),
- Des services éclairés et ergonomiques,
- Une prise en charge rapide avec une gestion du temps d'attente (information régulière, explication des différentes étapes, de la priorisation de certains patients, etc.

→ Ces besoins évoluent constamment en fonction des générations et sont confrontés aux moyens humains et matériels limités du milieu hospitalier.

## IV. 15H15 - RESTITUTION DES ATELIERS

**L'après-midi en table de travail a été structurée autour de 6 tables thématiques :**

- **Atelier N°1** : Comment repenser le lien Ville-Hôpital autour des urgences et de ses nouveaux partenaires ?
- **Atelier N°2** : Pour demain, repenser le métier des professionnels des urgences et identifier les besoins de nouveaux métiers au sein des structures d'urgences ?
- **Atelier N°3** : Construire le service d'urgence de demain dans le Grand-Est : quelle place de l'innovation technique et architecturale ?
- **Atelier N°4** : Comment faire coexister les flux d'hospitalisation programmés et non programmés au niveau d'un territoire ?
- **Atelier N°5** : S'adapter aux besoins des usagers : comment faire ?
- **Atelier N°6** : Communiquer sur les urgences : à quoi ça sert ? Quelles données ? Pour qui ?

**ATELIER N° 1 : Comment repenser le lien ville-hôpital autour des urgences et de ses nouveaux partenaires ?**

**Animation : Eliane ABRAHAM et Célia MOKRANI**

→ Définir le(s) bon(s) parcours patient pour une hospitalisation non programmée / consultation spécialisée non programmée (adressée par médecin traitant ou non) / accès à un plateau technique

- Savoir comment fonctionne le territoire afin de disposer d'un listing opérationnel : avoir un système de régulation comme le SAS pour réorienter vers le bon dispositif dans une logique d'intégration des services.

→ identifier les conditions nécessaires pour réussir une admission directe dans un service depuis le cabinet du médecin traitant

- Disposer d'un listing sur le modèle du listing ville-hôpital à Nancy pour permettre à un professionnel de ville d'accéder à un spécialiste pour avis et éviter ainsi le passage aux urgences
- Associer les spécialistes à ce listing pour qu'ils aient accès aux plateaux techniques
- Identifier les modalités de partage de l'information entre la médecine de ville et l'hôpital
- Disposer d'un système d'information qui communique, utilisable et applicable pour tout le monde : PERCEO, DMP ou Mon espace santé.

→ Identifier les différentes temporalités du soin pour une même compréhension de l'urgence entre acteur

- Graduer les réponses en fonction des besoins des personnes et être en mode parcours : mettre le bon acteur en face du patient et être bien veillant vis-à-vis du futur praticien qui prendra le relais en lui fournissant l'information utile.

## → En résumé

- Il faut une coordination entre tous les dispositifs. Cette méthode est expérimentée dans 5 régions et rejoint la notion de responsabilité populationnelle qui permet à tout un territoire de définir qui fait quoi et permettre, lorsqu'il y a un défaut de l'offre, d'apporter une réponse collective et coordonnées en s'appuyant sur les 3 piliers que sont l'hôpital, la CPTS et le DAC.

**ATELIER N°2 : Pour demain, repenser le métier des professionnels des urgences et identifier les besoins de nouveaux métiers au sein des structures d'urgences**

**Animation : Paul HAYOTTE – Marc NOIZET**

## → Définir le rôle des différents partenaires dans les soins non programmés sur un territoire : Quels soins pourraient se faire ailleurs et par qui ? Quid de la délégation de tâche ?

- « C'est l'affaire de tous » : il faut faire en sorte que chacun trouve sa place
- Créer un maillage territorial permettant de répondre aux besoins, mener une réflexion sur l'organisation des soins en absence de médecin disponible, optimiser la para-médicalisation en préhospitalier

## → Définir, dans le Grand-Est, la place des IPA en médecine d'urgence au sein des différents types de structures (SAU / SMUR / SAMU)

- Besoin d'être davantage concrets sur le rôle des IPA
- Problème d'attractivité : la rémunération est peu attractive eu égard à l'investissement personnel et les missions insuffisamment définies pour susciter le volontariat
- La formation est également un frein pour l'attractivité du métier, notamment la projection de la personne dans son futur métier, en raison d'une formation effectuée 2 ans à l'extérieur de son service
- Le métier d'IPA en médecine d'urgence a un périmètre très contraint et réglementé : il est important de leur dédier des missions précises évitant la concurrence interne entre les différents acteurs des services d'urgences (internes, autres IDE...).
- Trop de frilosité dans le contexte actuel

## → Identifier les nouveaux métiers pour permettre aux professionnels de se recentrer sur le soin (diminution de la charge administrative = assistant administratif ? Parcours complexes = gestionnaires de cas)

- Ces nouveaux métiers doivent répondre aux tâches irritantes qui ne nécessitent pas une médicalisation mais qui relèvent de la médiation sociale (notion de parcours complexes) : la recherche de lits, de transports, de lien/information avec la famille, préparation de la sortie, gestion du matériel, des ordonnances, etc.).

## → Identifier des organisations nouvelles au sein des structures d'urgences / définir les modalités

de mise en œuvre dans le Grand-Est (place du transport paramédicalisé / partenariat avec des structures de type DAC par exemple).

▪ **Quid des patients complexes ?**

- Faire de la prévention et de l'anticipation avec les compétences et les acteurs existants (IDE astreinte, DAC, EHPAD, etc.)
- Directives anticipés des patients dépendants (GIR 1 et 2)
- IDE astreinte en EHPAD
- Développer davantage le lien ville/hôpital avec les urgences
- Réfléchir à un autre accueil/prise en charge de patients fragiles pour que les patients et leurs accompagnants soient bien acteurs de leur parcours

**ATELIER N°3 - Construire les urgences de demain : quelle place de l'innovation technique et architecturale ?**

Animation : Jean-Louis FUCHS / Dara ALVAREZ

→ **Décrire quels sont les différents éléments architecturaux déterminants d'un service d'urgence efficient ? (Surface, accueil, ...)?**

- Structuration architecturale : adaptation des parcours, capacité de modularité : locaux qui peuvent s'adapter à l'activité/exceptionnel (Covid, attentats, etc.)
- L'accueil doit être très bien pensé pour accueillir les flux, bien organisés dès le départ, lieu où est fait le tri. SAS d'accueils ambulanciers entrée/départ pour éviter les bouchons, avec notamment des parkings
- Adaptation aux publics qu'on peut recevoir (pédiatrique, gériatrique, détenus, adultes)

→ **Imaginer les interconnexions entre les services en lien direct avec les urgences afin de raccourcir la prise en charge des patients (Urgences psy / cardiologie / soins critiques / gériatrie / med poly/ imagerie)**

- Radiologie et biologie, soins critiques et Bloc à proximité
- UHCD en continuité du service des urgences

→ **Identifier les changements (techniques / architecturaux / organisationnels) à apporter dans les services d'urgence pour mieux répondre au besoin des usagers, et de leurs accompagnants (Exemple : adaptation aux personnes âgées / handicap ?)**

- Apporter de la visibilité sur le temps d'attente des différentes étapes du parcours du patient
- Accompagnants : information des professionnels pour le mettre au courant de la prise en charge des patients
- Architecture - couloir : supprimer l'idée de couloirs d'une autre fonction qu'une simple notion de passage

- Vidéo informative sur le parcours patient aux urgences avec les possibilités d'aval (hospitalisation, RAD)

→ Identifier les changements (techniques / architecturaux / organisationnels) à apporter dans les structures d'urgence pour améliorer les conditions de vie au travail ?

- Sécurisation des SAU : caméras de surveillance pour protéger les soignants des violences
- Temps de perdu dans l'informatique/ordinateurs, accessibilité technique
- Bien penser tous les espaces et équipements au regard de l'activité et des gestes
- Qualité de vie au travail : fenêtres, lumière naturelle, ergonomie de travail, salles dédiées de repos séparées du SAU pour « couper » en complément d'espace de « souffle » au SAU → c'est une nécessité qu'on a tendance à oublier
- Changement d'activité au cours du poste – paramédicaux
- Arrêter de faire 24h d'affilée – médecins

→ Quelles innovation techniques ou organisationnelles pour améliorer l'attractivité et fidélisation des SU ?

- Pourvoir l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) d'un écran avec les arrivées en chemin pour la gestion des flux / information sur type de véhicule, commune d'origine, sexe du patient : cela permet de diminuer l'attente des véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV)
- Fluidifier les sorties des patients par des sorties dédiées (RAD des dépôts de patients)
- Cellule de gestion des lits : aspect organisationnel pour fluidifier l'aval

ATELIER N°4 : comment faire coexister les flux d'hospitalisation programmes et non programmes au niveau d'un territoire ?

Animation : Bruno MAIRE et Guillaume MAUFFRÉ

→ Définir les modalités d'un partage de la charge de l'hospitalisation non programmée sur un territoire entre les différents opérateurs (publics et privés) ?

INTITULÉ OBJECTIF :

- Définition entre programmés / non programmés (en provenance SU ; admissions moins 48h)
- L'activité non programmée doit être répartie de manière homogène entre établissement de santé
- Réaliser un état des lieux de X% de l'activité non programmée dans le capacitaire installé => par discipline

ACTEURS IMPLIQUÉS :

- Tous les établissements de santé d'un territoire

LEVIERS / FREINS :

- Connaissance des flux non programmés par établissement : pas uniquement en provenance

du SU

- Engagement de prendre en charge les patients relevant de la file active habituelle des établissements. Cible d'admission dans les 24h
- Engagement de prise en charge par l'amont : retour à l'établissement de santé qui a adressé le patient en cas de décompensation

#### RÉSULTATS ATTENDUS :

- Meilleure répartition de la charge des patients non programmés entre ES
- Amélioration des conditions de travail des professionnels
- Fluidification des parcours des patients

→ Imaginer des règles d'hospitalisation programmée / non programmée au sein d'un établissement ou d'un territoire (la jour et la nuit, en semaine mais aussi le WE ou jours fériés ?)

#### INTITULÉ OBJECTIF :

- Fixer des modalités d'admission en répartissant les admissions entre programmés et non programmés

#### ACTEURS IMPLIQUÉS :

- Communautés médicales des établissements

#### LEVIERS / FREINS :

- Difficultés liées à la culture, importance du réglementaire
- Définir des règles de fonctionnement à l'échelle de la CME (exemple du document du plan HET du CHU de Nancy), élargi à l'échelle d'un territoire
- Commission parcours patients qui définit de taux de lits réservés à l'activité non programmée sur les jours les plus tendus
- Étendre les cellules de gestion des lits à l'échelle d'un territoire en y appliquant des règles communes

→ Imaginer un dispositif « territoire en tension » permettant garantir une solidarité territoriale et la responsabilité territoriale.

#### INTITULÉ OBJECTIF :

- Définir régionalement les éléments objectifs permettant de qualifier qu'un hôpital est en situation de tensions

#### LEVIERS / FREINS :

- Définir les indicateurs de tensions territoriales :
  - Nombre de patients en lits brancards ; hospitalisations moyennes > BJML
  - Établissements en tensions sur un endroit spécifique du territoire ou % d'établissements répondant à la tension définie territorialement
- Définir le rôle des établissements du territoire sur lequel se trouve un établissement en tensions : règles de solidarité entre établissements

#### ▪ RÉSULTATS ATTENDUS :

- Hospitalisation des patients

→ Définir le cahier des charges d'une cellule territoriale de gestion des flux d'hospitalisations.

**INTITULÉ OBJECTIF :**

- Cellule territoriale qui doit traiter des situations de patients dont les soins n'étaient pas programmés et gestion des cas complexes

**ACTEURS IMPLIQUÉS :**

- Tous les établissements de santé et établissements et services sociaux et médico-sociaux d'un territoire
- Importance d'élargir l'équipe de gestion des lits : équipe médicale et assistants sociaux

▪ **LEVIERS / FREINS :**

- Indice de maturité sur la gestion de lits établi pour tous les établissements de santé et partagé à l'échelle régionale
- Cellule de bed management dans tous les établissements de santé
- Une réunion hebdo de gestion de lits à l'échelle de chaque territoire
- Cellule de gestion des lits rattaché à la direction générale de l'établissement et démarche portée à ce niveau afin de lui donner la légitimité
- Importance que les parcours soient anticipés (ex : préparation des dossiers sociaux des personnes par les professionnels de ville)
- Cellule territoriale doit articuler les fermetures programmées de lits entre établissements par spécialité
- Attribuer les moyens nécessaires à cette cellule
- Organiser après chaque tension des RETEX au sein des cellules territoriales

▪ **RÉSULTATS ATTENDUS :**

- Fluidification des parcours

## ATELIER N°5 : S'adapter aux besoins des usagers, comment faire ?

**Animation :** Benoît FAVERGE et Audrey MARCIA

→ **Imaginer les adaptations (architecturales / organisationnelles) aux spécificités de certaines populations consultant aux urgences : patients atteints de pathologie psychiatrique ou de handicap / personnes âgées / privation de liberté.**

- Plusieurs urgences en fonction des publics : créer des filières différentes selon les profils  
→ Violence conjugale à part : service d'urgence spécifique
- Pas les mêmes problématiques entre handicap physique et psychique : attention à l'environnement pour l'accueil des personnes en situation de Handicap psychique pour éviter le stress
- Prendre en compte les aidants +++ pour PA PH
- Individualiser les filières au sein même de l'établissement
- Nécessité d'avoir une personne pour orienter
- Condition d'attente plus confortable : luminosité plus faible, lit, niveau sonore
- Mettre en place plus de SMSI, comme à Nancy / Ou MSP vers Hôpitaux
- Des tickets de couleurs pour savoir l'ordre de passage
- Imaginer des box par problématique
- Création d'un carnet de santé pour les personnes âgées à destination des différents intervenants autour du patient

→ **Imaginer les nouveaux outils / organisations / métiers pour améliorer les conditions d'accueil des accompagnants**

- Problématique : manque de communication avec les accompagnants et usagers
- Penser aux nouvelles technologies qui pourraient informer les accompagnants comme des sms : patient vu par médecin, attente ex complémentaire
- Attention au droit du patient
- Personnel dédié (pas forcément soignant) pour une communication entre accompagnant/patient/médecin
- Formation auprès des professionnels pour comprendre les situations et gérer l'humain
- Communication plus « humaine » avec les aidants
- Identifier pour les praticiens dès le départ, la légitimité des accompagnants dans la limite du droit des patients
- Avoir un temps d'écoute : comment on transfère de tâche vers de ASH

→ **Imaginer les conditions permettant la cohabitation des flux adultes et pédiatriques au sein d'une même structure.**

- Réguler en amont l'accès aux urgences
- 1<sup>ere</sup> personne à voir est l'infirmière d'orientation et non pas administratif
- Flux séparés et salles d'attente séparées, matériel dédié : jeux, etc.
- Faire un salon de sortie pour fluidifier les sorties des urgences
- Des jeux pour les salles d'attentes/ Aménagements

→ **Définir les besoins des usagers auxquels les structures d'urgence doivent répondre.**

- Temps de transport
- Informer dès l'accueil sur le temps attente, différence entre flux, tickets, codes couleur, etc.
- Problématique : manque de communication avec les accompagnant et usagers : Mieux communiquer/informer avec l'usagers et l'accompagnant
- Régulation des urgences en amont : pour évacuer les filières courtes
- Problème des urgences : pas l'entrée mais la sortie (aval)

**ATELIER N°6 : communiquer sur les urgences : à quoi ça sert ? quelles données ? pour qui ?**

**Animation : Aline OSBERY et Esther MUNERELLE**

**Postulat de départ :** la communication est un élément déterminant au sein des organisations, mais reste dans la grande majorité des cas remis à plus tard et d'autant plus dans le champ de la santé

→ **Pourquoi communiquer et auprès de qui ?**

**Auprès des Patients**

- Pour donner des repères aux usagers afin qu'il se retrouvent au bon endroit au bon moment
- Pour instaurer des bons réflexes dès le plus jeune âge avec une bonne lisibilité et compréhension de notre système de santé pour une bonne utilisation
- Pour rassurer et orienter

**Auprès des Professionnels**

- Le système de santé se complexifie
- Pour s'approprier les messages et être par la suite un bon orienteur et un bon relais de communication
- Pour disposer d'une bonne connaissance du maillage territorial de l'offre de soin

→ **Sur quelles données communiquer ?**

**Auprès des Patients**

- Arbre de décision pour le patient : avec en tête son médecin traitant et deux numéros :
  - Soins urgents
  - Soins non programmés
- Littératie en santé :
  - Éducation à la santé dès l'école sur le bon usage du bon outil – partager les éléments clés de notre système de santé pour savoir à quel moment utilisé quel service / offre (comme l'apprentissage des numéros 15/17/18)
  - La compréhension des éléments structurants du système de santé

### Auprès des Professionnels

- Communiquer en interne sur les modalités de fonctionnement de leur service – partager les données pour objectiver le ressenti
- Donner même information au même moment et favoriser la cohésion d'équipe
- Sur le parcours de soins : sortie d'hospitalisation et consommateurs réguliers des urgences par exemple
- Communication sur l'ensemble des ressources existantes sur un territoire donné pour faciliter l'articulation / coordination des acteurs et accompagner le patient dans son parcours de soin
- Faciliter les échanges directs ville / hôpital pour par exemple des admissions directes à l'hôpital par les PS de ville : cela est possible s'il y a un partage de l'information de et des modalités d'admissions possibles en connaissant le bon contact à l'hôpital et ainsi éviter le passage par les urgences

### → Selon quelles modalités communiquer ?

#### Auprès des Patients

- Campagne de communication grand public via médias, télé, réseaux sociaux avec de « bons relais » pour une communication « validée », « officielle »
- Identifier les orienteurs (médecins traitants, infirmiers et officines - orienteur des patients)
- Travailler les éléments de communication avec les publics concernés (associations...)
- Label officiel de l'information pour sécuriser ce message parmi tous les autres
- Les bons orienteurs : (médecin généraliste, pharmacien...)
- Via élus, maison France service
- Éducation à la santé dès le plus jeune âge sur la connaissance, compréhension et bonne utilisation de notre système de santé
- Communication positive +++ sur les raisons pour lesquelles il est indispensable de passer par les urgences (pour retenir l'essentiel)
- Messages vidéo : Messages au niveau des urgences, des PS de ville (centres et maisons de santé, etc.) avec par exemple des messages diffusés sur les écrans dans les salles d'attente

#### Auprès des Professionnels

- Calibrer l'information globale courante et graduer l'information
- Adapter les modalités de communication en fonction du contexte
  - Par exemple en interne des services : flash info sur activité réelle une fois par mois ou par trimestre / temps d'échanges tous les matins pendant 30 min pour partage des sujets chauds
- Prévoir des modalités de communication également différentes si communication sur un sujet global, organisation courante ou sur des spécificités territoriales ou organisations ponctuelles du système pour répondre aux mieux aux besoins aux regards de différentes contraintes sur un temps donné

### → Qui communique ?

#### Auprès des patients :

- ARS, Assurance maladie, Établissements de santé, PS de Ville dans le cadre de leurs consultations, les élus locaux, maisons France service, etc.

- Multiplier les acteurs/ vecteurs de cette communication « unique » qui se l'approprient
- Un même message, une même communication portée par tous les acteurs pour limiter les dissonances qui seraient contreproductives
  - Message simple
  - Porter par des acteurs de proximité
  - Acteurs sociaux pour relais de cette communication auprès des personnes ne parlant pas français.

#### Auprès des professionnels

- Via l'ordres, via l'URPS, CPTS, établissements de santé, fédération des maisons de santé (FEMAGE), centres de soins non programmés

#### → Comment élaborer un mode d'emploi des urgences ?

#### Auprès des patients

- Rappel des numéros essentiels : permanence des soins et un numéro urgence avec un message positif : vous avez un besoin il y a une solution
- Un petit arbre de décision
  - 1<sup>er</sup> contact médecin traitant
  - Soins non programmés

#### Auprès des professionnels

- En interne : Communication orale échange de pratique ou sujet chaud du moment et ouvert à tous les membres du service
- Entre professionnels : communication partagée pour appropriation le plus large possible de cette communication pour la diffuser et faciliter les orientations

## V. 16H00 -DISCOURS CONCLUSIFS

---

### ■ Stéphane PARDOUX – Grand Témoin et Directeur général de l'Agence National d'appui à la performances (ANAP)

Je vous remercie de l'invitation, merci à l'Agence Régionale de Santé, à sa directrice Virginie Cayré ainsi qu'à son conseiller médical, Romain Hellmann.

Grand témoin est un bien grand titre pour clôturer et je préfère parler de complément de regard, ou de regard distancié.

Je voudrais dans un premier temps vous féliciter pour la qualité, la richesse, ainsi que la franchise des interventions de ce matin.

J'ai été particulièrement frappé par le parler vrai, la totale lucidité, ainsi que l'extrême franchise des

opinions exprimées lors de ces différentes tables rondes.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) est une agence nationale d'appui, d'expertise, et d'intervention sur le terrain. Nous sommes une agence de conseil public, une agence du ministère de la Santé et nous accompagnons des établissements sur le terrain, en région Grand Est sur des sujets spécifiques auprès des hôpitaux universitaires sur de l'innovation collaborative.

À ce titre, vous nous avez peut-être subi il y a de nombreuses années lors du Grand Plan Performance où nous avons été présents auprès des établissements pour le meilleur et parfois pour le pire ...

Ce regard d'Agence nationale nous permet d'avoir une vision systémique des enjeux du système de santé. Et le premier point que je voulais évoquer avec vous dépasse le seul sujet des soins non programmés : il s'agit de celui de la méthode.

Nous avons souvent pour habitude en France de regarder avant tout notre situation et de nous trouver des responsabilités individuelles ou collectives : la faute à la tarification à l'activité (T2A), « aux affreux médecins » qui ne veulent pas changer, aux directions qui ne pensent qu'à l'argent, aux élus qui ne veulent pas faire bouger l'offre de soins, etc.

Mais la réalité est que la crise que nous traversons est importante, profonde, mais également mondiale.

Je me suis rendu il y a quelques mois en Norvège, 4<sup>e</sup> pays par la richesse mondiale et le premier défi auquel est confronté le pays en termes de santé est le nombre de norvégiens non couverts par un médecin traitant.

Au Canada, dans tous les hôpitaux on trouve des affiches sur lesquelles est indiqué « We hire », « Nous recrutons ».

Nous sommes face à une crise de l'offre et à une explosion de la demande d'ordre mondiale. Un tel constat devrait nous exonérer d'un certain nombre de fausses réflexions ou de fausses solutions, qui consisteraient à accuser les spécificités du système français comme responsable de cette crise.

Cette crise est liée à l'explosion de la demande et à la raréfaction de l'offre, eu égard aux contraintes des métiers et à l'organisation de l'offre.

Toutefois, il y a un élément actuel qui rend la résolution de cette crise plus compliquée que l'on ne le pense et qui constitue une spécificité de notre système. Car de fait nous sommes dans un système libéral basé sur la concurrence de l'offre de soins et sur le libre choix du patient. Ce faisant, les offreurs de soins sont en concurrence sur l'attractivité des métiers, l'attractivité des professionnels etc. Et par conséquent le système ne sait pas coopérer : nous ne le voulons pas et nous ne le savons pas.

Or, à la faveur de la crise COVID nous avons coopéré, mais nous l'avons fait car tous les autres éléments d'attractivité, économiques notamment, n'existaient plus. Nous avons donc coopéré dans un « monde parfait », au sein duquel la seule contrainte était de soigner.

Mais la période de la crise ne peut se poursuivre, car par définition la crise n'est pas la routine. En revanche, l'exigence de coopération est indispensable et a fortiori pour la question des soins non programmés. Il est donc nécessaire de changer de méthode pour se parler. Et en ce sens, le monde de la santé accuse un certain retard en termes de management et de dynamique autour de l'innovation collaborative pour sortir des solutions et une organisation concrète.

Et je pense qu'il appartient aux ARS d'accepter de jouer ce rôle et qu'elles y trouveraient autant de satisfaction que dans l'allocation des ressources, si ce n'est plus.

Nous incitons nous, ANAP, à la fois les ARS, mais aussi les établissements à se saisir de cette question du management collaboratif et de l'innovation collaborative. Et à ce titre les méthodes du Conseil National de la refondation (CNR) ont parfois pu être raillées, mais qui auraient en réalité matière à être largement dupliquées dans le pays. C'est d'ailleurs l'intention du ministre François Braun que de faire en sorte que cette méthode se poursuive dans le pays.

Sur la question des soins non programmés la question de la méthode est donc indispensable et notre système a besoin de changer afin de faire émerger des solutions. Nous ne pouvons pas croire à la

génération spontanée de la coopération entre acteurs, cela n'a jamais fonctionné et ne fonctionnera jamais.

**Un point important que je souhaite évoquer a été abordé de nombreuses fois lors des échanges : il s'agit de la question de la revalorisation financière.**

Nous devons garder à l'esprit que ce sujet amène 2 alternatives :

- Soit, nous **augmentons la part collective des dépenses de santé** : et je rappelle que la France dépense 11,3% de son PIB c'est qui est dans la moyenne de l'OCDE mais qu'elle a cependant le plus faible reste à charge des pays occidentaux : 9%. Ce qui signifie que pour revaloriser, il sera nécessaire le prendre sur le reste à charge qui est le plus faible des pays de l'OCDE (9% en France versus à peu près 12, à 15% dans les autres pays de l'OCDE) ;
- Soit, nous **augmentons la production de richesse** française et nous alourdissons le coût du travail ou les coûts salariaux et les cotisations individuelles.

A date, le choix du pays n'a pas été d'alourdir le reste à charge et n'a pas été d'alourdir les cotisations et le coût du travail. Le choix a été créer plus de richesses pour financer nos systèmes ...

Nous devons donc être vigilants et éviter les raccourcis qui amènent les uns et les autres, lorsqu'il s'agit de la permanence des soins, à demander une revalorisation financière.

Je voudrais désormais aborder les deux éléments qui caractérisent la crise des soins non programmés :

- L'effet ciseau : c'est-à-dire la demande qui ne cesse d'augmenter ;
- L'offre qui peine à répondre.

Sur la demande, rien n'a été fait jusqu'à la crise récente pour limiter le flux des patients aux urgences. Et pour cause, il existait un arrangement entre différents acteurs qui avaient intérêt à cette situation : le monde libéral y avait intérêt pour ce délester de la contrainte de cette permanence des soins et des difficultés afférentes, mais aussi le secteur public, qui assure la majorité de cette permanence des soins, y avait intérêt pour des questions notamment d'attractivité, d'intérêt stratégiques et éthiques. J'ai été directeur d'hôpital et je n'ai jamais freiné l'activité aux urgences, et ce non pas pour la rentabilité intrinsèque du service d'urgence, mais tout simplement pour l'effet indirects induits sur l'activité globale de l'établissement à un moment où l'activité programmée des établissements publics pouvait être un peu en faiblesse.

Et de manière générale jamais des établissements, jusqu'à ces dernières années, n'ont freiné l'activité des urgences et nous sommes donc aujourd'hui dans un revirement à 360°.

Aussi, nous n'aurions jamais imaginé il y a quelques années, voire quelques mois, réguler l'accès aux urgences par le 15. Nous aurions pris cela comme un renoncement voire comme une auto amputation. Pourtant c'est ce que nous faisons aujourd'hui...

Nous devons nous féliciter collectivement de la dynamique de ces dernières années visant à réduire la demande de soins non programmés en provenance directement des urgences. Cette démarche est réelle et les dispositifs nombreux : les innovations article 51, les organisations de PSA qui commencent à se multiplier dans le pays, les Conseils Territoriaux de Santé (CTS), les astreintes infirmières par le chef des services ou le directeur médical du Samu, les dispositifs des infirmières en EHPAD (pour lesquelles l'ANAP effectue un travail d'évaluation en ce moment à la demande de la CNSA), les services d'accès aux soins (SAS), etc.

Tous ces dispositifs de régulation de l'accès sont en train de se déployer et amènent un nouvel enjeu qu'est la rapidité et les conditions de déploiement de ces dispositifs. Cela nous amène une fois encore à la question de la méthode et à la façon dont collectivement, et au sein des territoires, chaque groupe piloté par l'ARS parvient à mettre en place ces organisations pour assurer une diminution de la demande.

Un autre sujet est la question de l'innovation. Les communautés hospitalières ont toujours beaucoup d'entrain lorsqu'il s'agit d'innovations technologiques mais demeurent beaucoup plus frileuses lorsqu'il s'agit d'utiliser la télémedecine pour réguler l'accès, ou encore envisager l'intelligence artificielle comme outil de communication ou d'information auprès du public.

Je vais par ailleurs vous faire une confidence au risque de choquer : je ne suis pas sûre qu'il faille s'obstiner sur cette obligation du contact physique médecin-patient.

Je me demande si cette obstination n'est pas une source de difficulté médicale. Il faudra se poser la question du caractère indispensable de ce contact et du risque d'amplifier la crise à vouloir à tout prix le maintenir.

Il nous faudra en outre, réguler, diminuer et orienter la demande de soins non programmés, mais aussi rendre l'offre plus performante. Et en dépit de nos tentatives de régulation la demande augmentera en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de la demande sociétale.

Je souhaiterais évoquer avec vous 4 observations sur la performance de soins non-programmés.

1. Il faut **élargir les offreurs**. Et ce sera probablement l'occasion pour les ARS de dire aux grands groupes privés : mais chiches sur la permanence des soins ! Il est temps pour la puissance publique d'élargir les offreurs, et nous avons les capacités de mettre en place des soins non programmés dans les cliniques. Il faudra simplement que les conditions soient conformes à l'ensemble de ce qui est demandé.
2. **Revoir la place du médecin**, sa place centrale. Il faudra peut-être réfléchir en termes d'équipe de soins. Nous avons vu avec l'ampleur de la crise les conséquences de ne pas se saisir de toutes les opportunités pour faire en sorte que de nombreux professionnels participent à ces soins non programmés et à cette couverture de soins.
3. **La performance intrinsèque des services** : en dépit de nos tentatives de limiter les flux et de disposer de plus d'offeurs, la demande augmentera et la question de la performance intrinsèque des services et notamment des leviers de performance de ces services va demeurer... Or des outils existent aujourd'hui sur le tri, sur la prévisibilité des flux.

Ex : le dispositif sur la prévisibilité des flux aux urgences qui simplifie et fluidifie l'accès aux urgences mériterait de se généraliser. D'autres exemples à l'international attestent que le recours aux technologies délocalisées peut accélérer certaines prises en charge, idem pour la généralisation de la télé radiologie et de l'interprétation à distance.

4. **La question de l'aval** et à ce titre, la question centrale de la gestion des lits territoriale (CF. les initiatives menées par l'ARS Occitanie notamment sur son dispositif de gestion des lits départementale.) Ces résultats intéressants attestent que le travail d'ordonnancement et la définition de règles régionales sur des méthodes participatives est de nature à améliorer la performance intrinsèque des services d'urgence.

J'ai ainsi noté l'absence d'un mot tout au long de cette journée : celui du recours à l'hospitalisation à domicile (HAD). Notre pays a la chance d'avoir un secteur de l'hospitalisation à domicile parmi les puissants et avancé d'Europe : là encore on observe des initiatives de l'ARS Occitanie sur la systématisation de présence de l'HAD dans les urgences pour favoriser les admissions directes.

Ainsi, au-delà de cette performance intrinsèque des services d'urgence la question de la gestion des lits donc de l'aval devra être repensée pour les patients qui en ont réellement besoin. Tout comme nous sommes parvenus à opérer la bascule vers la chirurgie ambulatoire massive avec 64% d'activités chirurgicales réalisées en ambulatoire, nous plaçant ainsi au rang des pays les plus performants et contribuant ainsi à assurer la fluidité pour les patients issus de l'accueil non programmé.

Voilà les quelques réflexions que m'ont inspirée cette journée de qualité.

Je souhaite que ces quelques mots vous aient enrichi et je vous le dis très sincèrement, pour ma part, vous écouter m'a enrichi et je tenais à vous en remercier