

50/51° NORD

LES URGENCES, VICTIMES DE LEUR SUCCÈS ?



Un Français sur quatre passe chaque année par les urgences. Les nordistes ne dérogent pas à la tendance et se présentent chaque année plus nombreux aux portes de l'hôpital ouvertes 24h sur 24. Véritables laboratoires et miroirs de notre société, ces services sont des pôles de soins essentiels, aux rouages bien huilés. En la matière, avec une trentaine de services d'urgences et dix-sept services mobiles d'urgences et de réanimation, ou SMUR, le territoire régional est solidement maillé, et le réseau robuste.

Qui vient aux urgences ? Pour quelles raisons ? Comment gérer une fréquentation en hausse quasi permanente ? Comment mettre en place la meilleure organisation, identifier les besoins et affecter les ressources nécessaires au fonctionnement des urgences ? Telles sont les questions posées par cette édition du 50/51° Nord, points de vue de professionnels et données chiffrées à l'appui. Choix de société sur la gestion du quatrième âge et de la précarité, organisation de l'offre de soins, moyens humains mis en œuvre, les solutions à la fréquentation en hausse des services d'urgences paraissent aussi nombreuses que les facteurs de recours. Et méritent d'être mises en avant en ces temps de disette et d'arbitrages budgétaires.

Qui vient aux urgences, comment et pourquoi ?

En France, en moyenne, une personne sur quatre passe par les urgences une fois dans l'année. Une récurrence importante et en hausse constante. Selon les résultats de la publication *Études et résultats* n° 889 de la DREES¹ de juillet 2014, la prise en charge aux urgences dure moins de deux heures pour la moitié des patients, hormis ceux ayant séjourné en UHCD², pour lesquels le séjour est plus long. Les nourrissons et les personnes âgées de plus de 75 ans sont les populations qui ont le plus recours aux services d'urgences. Les lésions traumatiques constituent toujours la principale cause de venue aux

urgences (36 % des patients) et sont à l'origine de sept passages sur dix pour les 10-14 ans. Dans 60 % des cas, la venue résulte du patient lui-même, ou du conseil d'un de ses proches. Les patients arrivent à 65 % de leurs domiciles et se rendent majoritairement aux urgences par leurs propres moyens (51 %). Ils sont moins souvent transportés par une ambulance, les sapeurs pompiers ou les forces de l'ordre (24 %). Après un passage aux urgences, les trois quart des patients rentrent chez eux et 20 % sont hospitalisés. En réalité, les patients ont intégré les urgences à leur parcours de soin.

L'accueil des patients s'organise au sein d'une machine incroyablement



« Il ne sert à rien de fermer les yeux, les gens viennent aux urgences, il faut s'organiser pour les recevoir dignement ».

Ziad Khodr, chef du service des urgences du CH de Saint-Omer³.

Voyez-vous une augmentation de la fréquentation du service des urgences ?

Oui, en permanence. Nous sommes passés de 18 000 passages en 2005 à 33 000 cette année. C'est énorme. Nous avons 10 box ici, et en moyenne 26 patients dans le service, avec une quinzaine de personnes dans le couloir. Il y a un ras-le-bol très inquiétant, les équipes restent très motivées malgré les conditions de travail. Cela ne sert à rien de fermer les yeux, les gens viennent aux urgences, il n'est pas question de les renvoyer chez eux ! Il faut s'organiser pour les recevoir dignement.

Pourquoi cet engorgement selon vous ?

Pour de nombreuses raisons. La « démographie médicale » pose problème : les médecins manquent, notamment les spécialistes en ville et, en conséquence, ceux qui travaillent sont surchargés. Il n'y a souvent plus de marge pour les consultations non programmées des médecins de ville. On assiste à un changement sociétal, les gens qui n'obtiennent pas de rendez-vous avec leur médecin viennent très vite aux urgences. On a aussi une hausse des problèmes socio-économiques dans la région : addictologie, souffrance psychologique. Et bien souvent un encombrement de l'aval dans l'hôpital. Raccourcir la durée des séjours à l'hôpital pour augmenter la part de chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation programmée et de semaine, très bien, mais il faut que ce soit de façon progressive. Il y a des gens très isolés socialement qu'on ne peut que garder. L'hôpital a une mission socio-économique, donc c'est aussi son rôle.

Quel est le niveau d'urgences vitales que vous traitez ?

Environ 30 %. La seule porte ouverte 24h sur 24, 365 jours par an, ce sont les urgences. Autres facteurs : le vieillissement de la société et l'augmentation générale de la population. Donc, mathématiquement, on a de plus en plus de patients susceptibles de venir aux urgences. Enfin, la pression médico-légale et les avancées technologiques. De nombreux médecins envoient leurs patients aux urgences pour des examens complémentaires : IRM, scanner, avis cardiologique. Parmi lesquels, beaucoup pourraient être réalisés en ville. Mais comme il y a un manque de spécialistes, une partie de la population ne consulte pas et arrive aux urgences, avec un retard de soins important et des polyopathologies.

Quels sont les enjeux ?

En qualité de soignant, je trouve très positives ces avancées. Par exemple, réaliser une thrombolyse en cas d'AVC, c'est préserver la qualité de vie et limiter les conséquences sur la perte de l'autonomie. Autrement dit, les moyens financiers sont bien utilisés. Car il faut aussi considérer l'aspect économique des choses. Et ce, pour préserver ce modèle majeur, unique au monde que sont ces urgences ouvertes à tous, et la sécurité sociale universelle. Au Royaume-Uni, si on est dans le système du NHS, on ne choisit pas son médecin. En France on est un peu schizophrène, non seulement, on a la couverture sociale mais en plus, on a le choix. Je suis défenseur de ce système, mais pour le protéger, il faut aussi limiter les abus. Il faut que les citoyens comprennent comment utiliser l'offre de soins sans gaspiller. Pour cela, il faut aussi une information du public.

Quelles pourraient être les solutions ?

Il faut commencer par mettre tous les acteurs autour de la table, car le phénomène est sociétal. Ici, nous travaillons sur les besoins de lits d'hospitalisation conventionnelle versus hospitalisation ambulatoire et programmée (programme des gestions de lits), et tentons d'optimiser le lieu et la durée d'hospitalisation nécessaires. Il faut développer et personnaliser les parcours de soins. Il faut agir en amont par la prévention, qu'elle soit générale, primaire ou secondaire. Et travailler sur une meilleure coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. Nous avons proposé avec notre équipe mobile de gériatrie, qu'elle puisse intervenir comme référent hospitalier auprès des libéraux et des acteurs du médico-social. Avec l'idée d'aider à repérer des futures pathologies, pour éviter des arrivées tardives aux urgences. Enfin, il faut davantage de spécialistes. En bref, il faut mieux suivre les patients pour anticiper des soins. Une piste est de transformer des soins non programmés en programmés, pour organiser au mieux le travail des urgences. Ici, nous avons aussi un problème de place, qui sera résolu d'ici 2 ou 3 ans avec la construction du nouveau service d'urgence avec un projet médical autour. Cela compte. La télémédecine peut aider, tout comme les maisons médicales de garde, qui peuvent désaturer nos services, mais cela ne fera pas tout.

¹ - Résultats issus de l'enquête nationale menée auprès de 52 000 patients qui se sont présentés dans les 736 points d'accueil des urgences de la France métropolitaine et des DOM le 11 juin 2013.
² - UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.

³ - Président de la commission médicale d'établissement, président de la conférence régionale des présidents de CME, et vice-président délégué de la FHF Nord - Pas-de-Calais.

EN PRÉSENCE

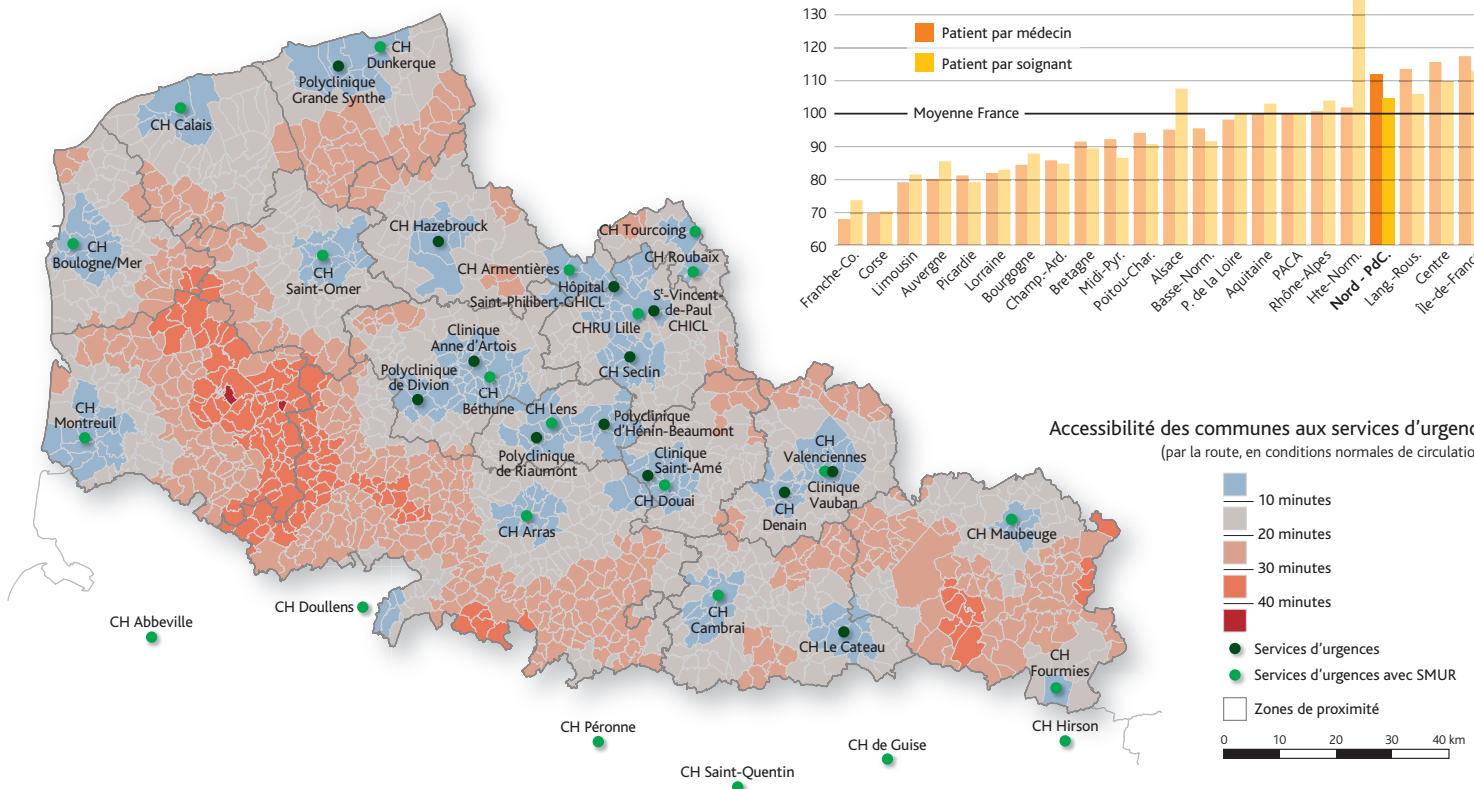
bien huilée. Médecins, infirmiers, cadres de santé et bien d'autres œuvrent au sein des services de régulation téléphonique, des services d'urgences, des SMUR⁴ pour orienter et traiter les millions de patients qui se présentent chaque année. L'organisation des urgences, c'est aussi des hélicoptères et autres services de transports urgents terrestres ou maritimes qui interviennent en permanence pour transporter les malades.

Une région bien maillée

La région compte 30 établissements hospitaliers, siège d'au moins une structure d'urgence, lieux vers lesquels arrivent ou sont amenés les patients. Elle compte également deux services d'aide médicale urgente (SAMU) et 17 implantations mobiles, mieux connues sous le nom de SMUR. Comme le montre la carte d'accès au soin, le territoire régional est solidement maillé. La loi HPST recommande que chaque commune de France puisse accéder en trente minutes à un service d'urgence, et que les transports héliportés prennent le relais dans les zones non-couvertes. Exigence largement respectée dans la région. Quelques zones – notamment entre Montreuil-sur-Mer et Arras et au sud-ouest de Maubeuge – ne sont cependant pas accessibles en trente minutes.

À l'inverse de nombreuses régions comme le Centre, l'Auvergne ou même PACA, la région Nord – Pas-de-Calais dispose à la fois d'un pôle de santé de catégorie 1 (la métropole lilloise) et de nombreux pôles de catégorie 2 (Valenciennes, Arras, Dunkerque, Calais...), qui permettent une bonne couverture du territoire.

ACCESSIBILITÉ DES COMMUNES AUX SERVICES D'URGENCE



4 - SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.
5 - 27% des habitants de la région se sont rendus une fois aux urgences dans l'année.

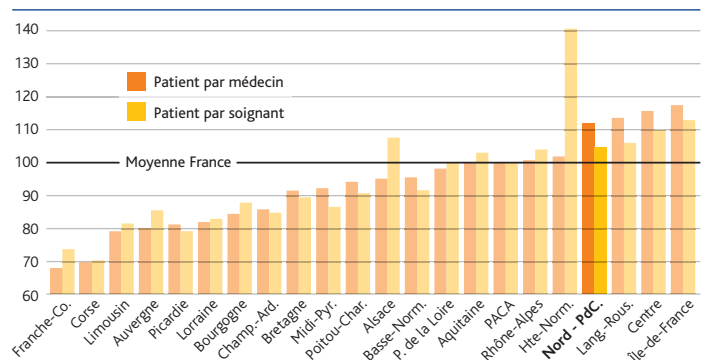
Une affluence aux urgences nordistes en hausse, légèrement au dessus de la tendance nationale

Pour de nombreuses raisons, expliquées par les différentes personnes interviewées ci-contre, les Français se rendent de plus en plus aux urgences. Les services de la région ont enregistré environ 920 000 passages en 2007 et 1 117 543 en 2012, soit une hausse de 15,2% (source : volet urgences du SROS de l'ARS Nord – Pas-de-Calais / SAE). Le taux de recours est de 27%⁵ pour la région en 2012, contre 25% en 2008. Il est en France en 2012 de 25%, en Provence-Alpes-Côte-d'Azur de 28%. La région se situe ainsi dans une fourchette nationale légèrement haute. À l'intérieur de la région, des disparités existent : le taux de recours est de 29% dans les territoires de la métropole lilloise et du Hainaut, et de 24% et 25% dans les territoires de l'Artois et du Littoral.

Et une charge de travail importante pour les personnels soignants nordistes

Comme le montre l'histogramme ci-dessous, les ratios patients par soignants et par médecins de la région sont parmi les plus élevés de France, proches de ceux des régions Île-de-France, Haute-Normandie ou encore Centre, où l'affluence est proportionnellement très importante par rapport au nombre de professionnels de santé. D'où les réflexions de nombreux urgentistes, lire le propos de Patrick Goldstein ci-après, et les travaux de l'État et par voie de conséquence de l'ARS Nord – Pas-de-Calais pour optimiser l'organisation des soins urgents, et mettre en place de nouveaux outils de pilotage.

RATIO PATIENTS PAR SOIGNANTS ET PAR MÉDECINS



L'AVIS D'UN EXPERT URGENTISTE



« On ne pose pas le vrai débat. Médecine ambulatoire programmée versus ambulatoire non programmée, c'est ça le sujet ».

Patrick Goldstein, chef du Pôle de l'Urgence du CHRU de Lille et du SAMU régional de Lille.

Depuis des années, vous alertez sur la nécessité de solutions de long terme et une politique nationale, les choses ont-elles évolué ?

Les choses ont changé. Les urgences et les urgentistes sont désormais reconnus. Quand j'ai commencé, les urgentistes n'étaient rien, le terme n'existait d'ailleurs pas. En 2015, il existera un DES de médecine d'urgence. Nos services ont aussi bénéficié de renforts en termes d'infirmiers, et on a vu apparaître des décrets, indiquant ce à quoi devait correspondre un service d'urgence, combien de personnes et quelles compétences il fallait pour le faire fonctionner. »

Quelle est la situation aujourd'hui ?

Tout cela irait bien si l'activité ne continuait pas d'augmenter. On n'en voit pas le bout, c'est le tonneau des Danaïdes ! On est à près de 4 % d'augmentation annuelle de fréquentation par an en France et dans la région. À Lille, on est déjà à + 5,7 % sur le premier semestre 2014. Nous avons obtenu des postes, mais ce n'est déjà plus assez. Les effectifs médicaux des urgences sont trop mal connus pour dresser un bilan fiable des besoins. Au-delà de l'augmentation de l'activité, il faut analyser quels patients viennent aujourd'hui aux urgences. La fréquentation des patients âgés grands seniors poly pathologiques a modifié, transformé l'activité des services d'urgence. La prise en charge de ces patients fragiles requiert un temps soignant plus long et une charge en soins majorée. On est ici face à un problème de société, lié au vieillissement de la population dont l'impact sur les structures de soins n'a peut-être pas assez été anticipé. Deuxième problème : la modification de l'offre de soins hospitalière. On a développé l'hospitalisation de semaine, l'HAD, et on sent bien que le pari de demain est à la prise en charge ambulatoire des patients. Sauf qu'en faisant cela, on réduit le nombre de lits éventuellement disponibles pour les patients des urgences. Aujourd'hui, un urgentiste passe en moyenne 35 % de son temps à trouver une place à ses patients ! Il pourrait être utile à autre chose. »

Avez-vous des pistes de solutions ?

Nous plaçons pour une meilleure régulation des flux à partir des urgences, et pour la création du métier de bed manager. Il faut institutionnaliser un cadre avec un pouvoir de décision, qui soit en lien avec la direction générale de l'hôpital. Nous plaçons aussi pour les services de post urgences, qui à mon sens, ne doivent pas être gérés par les urgentistes. Nous avons créé ici au CHRU de Lille un service de post urgences de 18 lits, gérés par les gériatres et les internistes, qui nous rendent des services incommensurables. Le problème est que la post urgence est médicale et non chirurgicale, or ces services de chirurgie sont en tension maximale. Il faut également renforcer le court séjour gériatrique et renforcer les processus d'admission

directe de personnes âgées dans des services de gériatrie aiguë, et probablement qu'aujourd'hui on n'a pas assez de lits de gériatrie aiguë. Enfin, il faut doter comme c'est le cas au CHRU de Lille les services d'urgence de circuits courts qui pour certains patients identifiés dès leur entrée ne passeront pas plus de 3 heures aux urgences. »

On parle des maisons médicales de garde, d'orienter vers la médecine de ville ?

Parlons des sujets qui fâchent. Encore un rapport de la Cour des comptes qui dit que les urgences coûtent cher et que les patients doivent être redirigés vers nos collègues de la ville (on aimerait bien coûter moins cher) et qu'il y a trop de patients qui arrivent aux urgences qui n'ont rien à y faire. Renvoyer vers la médecine de ville et les maisons médicales de garde ? C'est un excellent dispositif qu'il faut probablement encourager. Mais qui ne fonctionne que la nuit. Or on a des pics de fréquentation le matin et en fin d'après-midi. Cela ne répond pas à la saturation de journée, pour laquelle on n'a aucune solution. Est-ce qu'on a regardé le service rendu à la collectivité par rapport à l'argent dépensé ? Est-ce que c'est un dispositif qui se doit d'exister toute la semaine, partout ? »

Et les maisons pluridisciplinaires de santé ?

Super, excellent, sauf que ce n'est pas pour demain. Et en attendant ? Dans un budget contraint, on ne pose pas le vrai débat. Médecine ambulatoire programmée versus ambulatoire non programmée, c'est ça le sujet. Il faut séparer les deux complètement, ce que d'autres pays ont fait. Que la médecine programmée soit faite en ville, et la non-programmée aux urgences. Mais aujourd'hui nous n'avons pas les moyens financiers et humains. Cette médecine ambulatoire non-programmée peut être réalisée via une consultation de médecine générale, à côté des urgences, gérée par qui on veut : des généralistes, des urgentistes... Mais pour des raisons de lobbying, d'échéances, de puissances syndicales (toutes aussi respectables qu'elles soient), on ne pose pas les questions de fond. Les questions de permanence des soins sont aujourd'hui complètement dépassées. »

Comment voyez-vous l'avenir ?

J'ai été plus optimiste... On n'en est plus au stade des propos incantatoires, les urgences deviennent un débat de société et c'est d'une analyse construite et prospective dont nous avons besoin. Un plan à 5 et 10 ans pour construire une véritable politique pour ce qui est un enjeu de santé publique. Et surtout, au-delà des échéances, qu'elles soient électorales ou autres. La vraie et unique question, c'est quelle prise en charge en situation d'urgence médicale pour les Français dans 5 et 10 ans ? »

ET LE RÔLE DE L'ÉTAT DANS TOUT ÇA ?

L'État, via le Ministère de la santé et les Agences régionales de santé, décide et organise l'implantation des services d'urgences (SU) et des SMUR sur le territoire, via un document intitulé « *Volet urgences du SROS* ».

Le SROS, *quesako* ?

Le Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS) est l'outil opérationnel de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé. Selon le Ministère, le SROS-PRS « *a pour objectif de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin qu'elle réponde aux besoins de la population et garantisse l'amélioration de l'état de santé, et la réduction des inégalités d'accès aux soins* ». Autre objectif : permettre l'amélioration de l'efficacité du système régional de santé. Les SROS adressent notamment les questions d'organisation de l'offre ambulatoire, de permanence des soins en établissement de santé et de leurs missions de service public. Ils contiennent également un volet dédié aux urgences.

Les urgences du SROS en bref

L'ARS Nord – Pas-de-Calais a commencé à travailler en 2012 sur l'élaboration du volet urgences du SROS. La concertation a débuté fin 2012, au travers de travaux conduits au sein de différents comités de pilotage. Médecins libéraux, pompiers, urgentistes ont contribué aux réflexions menées. Neuf réunions et douze mois plus tard, le volet urgences du SROS était adopté. L'ensemble des travaux doivent converger pour début 2015.

Le constat : la région est bien maillée en services d'urgence, en plateaux auprès des services d'urgence, et compte en majorité des gros services d'urgence. Le Nord – Pas-de-Calais n'est pas concerné par la problématique des services d'urgence sous-utilisés, qu'il faut rattacher à un plus gros service.

La problématique : comment adapter l'offre de soins à la demande, et quels outils ajouter pour améliorer la structuration de l'offre et le réseau de ces services ?

Première orientation : achever de créer le réseau des urgences en région. Autrement dit, mettre en lien les services et identifier les filières de prise en charge pour orienter les patients de façon à gérer au mieux les flux.

Deuxième élément : mettre en place les outils – déjà opérationnels dans différentes régions françaises – qui doivent contribuer à structurer le réseau des urgences.

- L'observatoire régional des urgences (ORU). Lancé en début d'année, l'ORU doit être opérationnel début 2015. L'outil doit récupérer les résumés de passages aux urgences (RPU) produits à l'issue de chaque passage aux urgences. Ces RPU compilant toutes sortes de données intéressantes sur les patients : ses caractéristiques, son diagnostic, son heure d'arrivée, de départ, son temps de passage... L'ORU pourra traiter toutes ces données, les mettre à disposition des professionnels de la région. Dans un deuxième temps, il permettra la récupération en temps réel, à un quart d'heure près, des RPU. Avec pour objectif d'aider à l'analyse et à la réduction des situations de tension.
- Le répertoire opérationnel des ressources (ROR). Pensé pour être à l'usage des SAMU et des orienteurs du système de soins, le répertoire opérationnel des ressources doit constituer un annuaire de l'offre de soins d'une région. Il doit faciliter le travail sur les parcours de soin et aider les professionnels à orienter leurs patients.

Autres orientations :

- renforcer certaines équipes existantes, pour répondre aux besoins de transports médicalisés ou de transports en urgence, notamment dans l'Artois et sur le Littoral,
- travailler sur la démographie des médecins urgentistes,
- encourager et soutenir les établissements qui mettent en place des dispositifs de tension, qui s'engagent dans des programmes de gestion des lits. Le programme gestion des lits a commencé en octobre 2013, 11 établissements de la région participent aux travaux.

LA FEUILLE DE ROUTE NATIONALE SUR LES URGENCES

Heureux hasard du calendrier, le Ministère a demandé mi-2013 aux ARS de produire des plans d'actions sur les urgences, selon trois axes de travail :

- l'accessibilité à des soins urgents. « *À partir du diagnostic concerté des territoires à plus de trente minutes d'accès de soins urgents, ce volet décrit les actions et solutions mises en place ou à mobiliser pour améliorer l'accès de la population à des soins urgents* » ;
- le traitement de la saturation des urgences. « *Ce volet identifie les actions mises en place ou à venir pour améliorer la gestion*

des flux au sein de l'établissement tout entier et ainsi contribuer à fluidifier l'aval des urgences » ;

- l'anticipation des situations de tension. « *Ce volet présente les outils utilisés pour anticiper les situations de tension des services d'urgences, qu'elles soient liées à des facteurs structurels ou conjoncturels, mais qui fragilisent les conditions d'accueil et de prise en charge des patients et génèrent un sentiment de dégradation des conditions de travail chez les professionnels* ». Les travaux du volet urgences du SROS Nord – Pas-de-Calais se sont ainsi intégrés dans cette démarche nationale.



« Il faut assurer l'offre telle qu'elle est précisée par les textes, selon des critères et conditions de fonctionnement précis, avec des médecins urgentistes, 24h sur 24 ».

Jean-Yves Grall, directeur général de l'ARS Nord – Pas-de-Calais.



Quelle est l'ambition du volet urgences du SROS? et son calendrier?

Le volet urgences du SROS-PRS est un volet obligatoire du Schéma régional d'organisation des soins. Il a pour but de déterminer le maillage des structures d'urgences, des SMUR et des SAMU mais aussi d'inscrire les grandes orientations de la région en termes d'organisation des soins, en l'espèce les soins urgents et/ou non programmés. C'est un document opposable qui a été arrêté en juillet et a vocation à durer jusqu'en 2016, fin du programme régional de santé.

L'objectif est de créer un « réseau » des urgences. Concrètement, comment cela peut fluidifier le fonctionnement de ces services en région?

Il s'agit d'inscrire les services d'urgences et les SMUR dans une organisation graduée des activités, ce qui permet de prendre en charge le malade au bon endroit, au bon moment, selon sa pathologie. Le réseau des urgences englobe les liens et la coordination avec tout ce qui est adjacent aux services d'urgences, à la fois en intra hospitalier, tels les services de post urgences, et à l'extérieur, par exemple les maisons de retraite ou les soins de suite. L'objectif est de raisonner sur le parcours de soins du patient afin qu'il n'y ait plus de points de rupture dans sa prise en charge. Le réseau des urgences s'appuie sur les organisations territoriales existantes, telles les CHT, communautés hospitalières de territoire aujourd'hui, ou GHT, groupements hospitaliers de territoire, demain. Il pourrait ainsi être le support de coopération en termes de ressources médicales. Car un des sujets est d'assurer l'offre telle qu'elle est précisée par les textes, selon des critères et conditions de fonctionnement précis, avec des médecins urgentistes, 24h sur 24. Et il ne suffit pas de le dire, il faut le faire avec assez de forces vives, et de personnel qualifié pour assurer le fonctionnement du dispositif.

Le volet urgences prévoit la mise en place de l'observatoire régional des urgences (ORU) et du répertoire opérationnel des ressources (ROR), qu'en attend-t-on?

J'ai montré une volonté très forte pour que l'ORU soit mis en place et j'ai fixé un délai ferme, celui du premier janvier 2015, pour que l'ensemble des services d'urgences soient informatisés et se connectent de façon automatique au système d'information de l'ORU. Cela doit servir à deux choses : avoir une connaissance quantitative du niveau d'activité des services d'urgences et des SMUR de la région. Cet outil de pilotage doit aider à la décision les directeurs d'établissements, et leur permettre de réagir en cas de tension dans les services. Deuxièmement, l'ORU est un outil de veille et de sécurité

sanitaire, qui inclut des données par type de syndrome. Le répertoire opérationnel des ressources vise de son côté à faciliter la tâche des « orienteurs » du système de soins, en particulier des SAMU. Il doit constituer le menu de l'offre existante dans la région. C'est un outil de suivi de l'orientation des patients qui doit encore améliorer et fluidifier le parcours de soins. Un des grands enjeux du ROR est d'être suffisamment mis à jour pour qu'il soit réellement opérationnel.

Quels sont les facteurs de succès de leur mise en place? Qu'attendez-vous des acteurs du monde hospitalier?

Il faut que l'ensemble des établissements sièges d'un service d'urgence, forts de la volonté politique constante, inaltérable et répétée de l'ARS, se mettent en capacité de répondre à cette échéance de janvier 2015.

Quelle expérience tirez-vous de la mise en place de l'ORU de Lorraine?

C'est un outil de pilotage très utile qui permet d'avoir une vue générale et panoramique de l'activité d'une région, de tirer la sonnette d'alarme sur un certain nombre de points de délestage ou de renforcement de moyens. Par ailleurs, la veille syndromique grâce à ce recueil instantané permet d'anticiper en matière de sécurité sanitaire.

Sur quels autres leviers serait-il pertinent d'agir pour adapter l'offre de soins à la demande? La gestion des lits?..

Je crois beaucoup à la régulation téléphonique des SAMU centres 15 et aussi à la permanence des soins ambulatoire, qui ont un rôle très important pour l'orientation des patients ; cela permet parfois d'éviter des passages aux urgences injustifiés. Deuxième chose : l'analyse que doivent faire les établissements en interne sur le parcours de soins. Les filières courtes ont notamment montré leur efficacité. La régulation doit se faire aussi à l'intérieur de l'hôpital, du fait d'efforts d'organisation, qui permettent des gains en termes de fluidité et d'efficacité. Un autre point est l'orientation en amont des urgences ; plusieurs dispositifs peuvent améliorer cette orientation : le ROR, les maisons médicales de garde à proximité des services d'urgences et, plus généralement, l'amélioration de la communication et de la coordination entre les structures de prise en charge non programmée. L'organisation des services d'urgence est un axe fort de la politique de santé en région. En effet, une des particularités que j'ai pu observer en région Nord – Pas-de-Calais, plus qu'ailleurs en France, est la place forte qu'ont les services d'urgence dans l'offre de soins car ils sont souvent le point d'ancrage des patients pour des besoins qui dépassent ceux du soin au sens strict et qui touchent à des questions sociales ou liées à la précarité.



RÉGION
Nord-Pas de Calais



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ

235, avenue de la Recherche - 59120 LOOS
Téléphone +33 (0)3 20 15 49 20 • Fax +33 (0)3 20 15 10 46
www.orsnpsc.org