

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 04 septembre 2022

## **Engorgement des services d'urgences: une analyse systémique**

*Prof. F. Sarasin*

L'été dernier, les services d'urgences en France ont connu une crise majeure, en raison de la pénurie de personnel médico-soignant et de mauvaises conditions de travail.

Le CHU de Toulouse, de Grenoble, de Bordeaux...ont dû limiter leurs entrées au SAMU uniquement.

Il est possible de penser qu'en Suisse cela ne pourrait arriver, car les conditions de travail sont meilleures, comme la paie.

Néanmoins, il y a une similarité, c'est l'engorgement constant du service.

Celui-ci est défini: "l'activité excède durablement les ressources humaines, techniques ou architecturales, impactant la prise en charge et les conditions de travail."

L'engorgement est mesuré selon: nb d'ambulances actives, d'admissions/h, total de patients à un instant donné, taux d'occupation...

Selon ces critères, le SU de l'hôpital cantonal est engorgé durant 30-40 % des jours de la semaine (sauf dimanche, 10%). Les conséquences sont importantes :

- Pour les patients : ↑ mortalité (délais), ↑ morbidité (reparti), ↑ mécontentement → anxiété → violences potentielles....
- Pour le personnel médico-soignant: Épuisement, démotivation, absentéisme, abandons de carrière
- Pour l'institution: dégradation de l'image, plaintes

Les causes d'engorgement sont analysées selon le parcours du patient:

L'amont → le service des urgences → l'aval

### **En amont**

A Genève, le nombre de consultations augmente de 3% chaque année depuis 2016. En 2020-21, il y a une baisse, mais celle-ci est largement rattrapée en 2022.

L'augmentation est marquée au service des urgences ambulatoires (+12%) vs le SU (+3%), entre 2019 et 2022....

Globalement, le réseau genevois des urgences voit son taux de consultation augmenter de 6% (2019-22)

En Suisse, il est estimé que 2,5 mio de personnes consultent un service d'urgence chaque années, soit près de 31 % de la population.

### **Accroissement de la demande**

La population exige un accès 24h/24 aux soins....pendant que la population fragile augmente (âge, comorbidités, précaires), ainsi que les urgences collectives (pandémie, canicule), et les loisirs dangereux (sports extrêmes, drogues récréatives).

La diminution du nombre de médecins généralistes tombe mal...il est prédit une baisse de 15% d'ici à 2030...La clause du besoin est juste mentionnée...

Il y a aussi les soins "non-programmés", pouvant attendre quelques jours, mais pas des semaines en liste d'attente, qui demandent une prise en charge accélérée aux SU.

Et puis, il y a l'utilisation abusive des urgences, par les médecins comme les patients: en portail d'admission/de transfert, par défaut (faute d'alternative) et par les patients "perdus" dans le système de santé.

20-30% des visites sont des situations non-urgentes.

### **Le service des urgences**

Les points suivants peuvent influencer sur l'engorgement:

- La taille, l'organisation et l'ergonomie du service
- L'effectif médico-soignant: quantitatif et qualitatif (équilibre en formation/seniors)
- Protocoles d'admission rapides en place avec les services d'aval
- L'accès au plateau technique: labo, imagerie, consultants

### **En Aval**

Plus le taux d'occupation des lits hospitaliers est élevé, plus la durée moyenne de séjour aux urgences augmente.

La réduction du nombre de lits pousse à un fonctionnement en flux tendu.

Le cloisonnement et la spécialisation des services ralentissent aussi celui-ci, car chaque service n'accepte que le patient qui correspond aux mieux à ses critères et son expertise: âge, réhabilitation, urgent, intermédiaire....

La compétition entre les admissions électives et urgentes joue aussi un rôle, tout comme le souhait des patients...

### **Quelles solutions ?**

Il faut continuer à travailler sur l'organisation du SU et des services en aval, néanmoins, il n'est pas possible d'agrandir le service tous les 10 ans.

C'est pourquoi l'orateur estime qu'une limitation de l'accès spontané aux urgences est nécessaire, tout en créant une porte d'entrée unique vers tous les soins non-programmés pour:

- Rendre l'offre de soins plus lisible
- Orienter les patients dans le système de santé
- Utiliser l'offre de soins de manière plus rationnelle

Au Danemark, il y a un filtre pré-SU qui fonctionne bien, grâce à une densité de MPR élevée (80% des médecins sont MPR).

Lors de situation urgente: appel au médecin traitant, ou à la coopérative de généralistes qui couvrent la nuit et les jours fériés. A ce moment, soit le patient est référé aux urgences, soit il prend RDV et il reçoit conseils, voire téléconsultation...

Il y a une ligne urgente également (//144).

Cela limite les arrivées spontanées aux urgences, bien que cela soit encore possible. Dans ce modèle, 80% des patients arrivent via cette plateforme en amont.

En France, un système similaire a été mis en place, le SAS: Service d'Accès aux Soins. C'est une plateforme disponible en cas d'absence du médecin traitant, qui permet de renvoyer vers le SAMU, de donner conseil médical, de réserver un rdv...

Concrètement, un tel système demande une coordination de tous les professionnels de santé, publics et privés hospitaliers, ainsi qu'avec les médecins de premiers recours.

Il faudra former deux filières médicalisées, entre l'aide urgente et les soins non programmés.

Cela demande une plateforme informatique importante et un développement de la télémédecine.

### Les avantages

- Meilleure visibilité et utilisation rationnelle des soins
- Réponse mieux adaptée à la demande des patients
- Désengorgement des SU et retour vers les missions essentielles des SU

### Les risques

- risque de "perte de chance" - délais d'interventions augmentés? pas de données trouvées sur le sujet par l'orateur...

### Conclusions

- L'engorgement des SU est une réalité en Suisse, l'origine est systémique
- Cela met en péril les patients et le fonctionnement des SUs
- La réorganisation des SU et de l'aval est insuffisante pour faire face
- Il faut limiter l'accès libre aux SU: plate-forme d'accès en amont, régulation médicale, utilisation plus rationnelle.

### Commentaires et Questions- réponses

Q: sur les possibilités en aval?

R: Le fonctionnement est en flux tendu - un patient qui sort est remplacé par un autre - dû à la diminution du nombre de lits disponibles.... (place pour du changement?)... Pas de changement à prévoir au niveau du cloisonnement des spécialités.

Commentaire sur le fait qu'avant il y avait une ligne directe entre les médecins de première ligne et les chefs des urgences...ce qui a changé à cause de la réorganisation du service. Il semble qu'il y ait un manque de communication des deux côtés (n'appellent pas / ne répondent pas...).

Une proposition est faite de fournir les téléphones portables des MPR au secrétariat des urgences pour être accessible en tout temps. → à actionner à travers l'AMG pour avoir l'avis de toutes et tous..

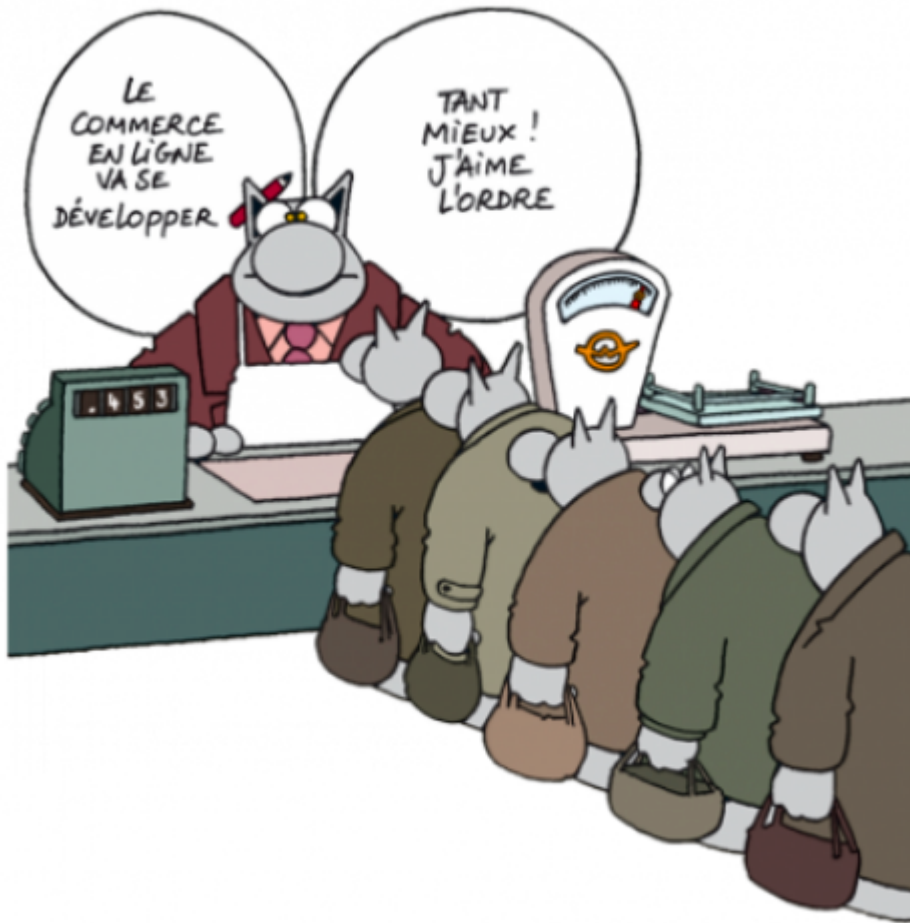
Q : Unisanté a mis en service une équipe infirmière qui intervient auprès des usagers fréquents et les redirige lorsqu'ils arrivent aux SU - Quid à Genève?

R : Il existe déjà une équipe de redirection aux HUG, avec un système d'alerte dans DPI.

Q: Quelle est la part des services d'urgences à domicile?

R: difficile de quantifier la part des services d'urgence à domicile - SOS médecins n'existe presque plus, ce qui s'est senti à l'UA...

Ça sent le télétravail...



Compte-rendu de Valentine Borcic

[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)