



RÉSUMÉS EM CASES

Épisode 191 L'avenir de la médecine d'urgence – une pensée en systèmes

Avec Dr. Alecs Chochinov & Dr. Davie Petrie

Préparé par Anton Helman, février 2024

Traduction libre par Sirin Chami, mai 2024

« Des vagues de réfugiés médicaux débarquent sur nos côtes. Avec le déclin et la chute de leur centre de soins primaires, ils se présentent aux urgences avec davantage de comorbidités et en plus grand nombre. Ceux qui doivent être admis se heurtent souvent à des services cloisonnés, à des quotas, à des « frontières fermées » ; ils attendent donc, et ceux qui sont derrière eux attendent, avec des résultats prévisibles ».

- Dr. Alecs Chochinov

Comment en sommes-nous arrivés là ? Contexte historique pour aider à comprendre la situation actuelle de la médecine d'urgence

L'histoire récente et l'évolution de la spécialité de la médecine d'urgence au sein des systèmes de soins de santé révèlent **4 pathologies clés**:

1. **Le décalage entre la population et la capacité** - avec l'augmentation et le vieillissement de la population, nous avons dépassé la capacité de prendre soin d'elle.

2. **Défaut de responsabilisation** - chaque service/programme n'est pas responsable de ses patients, qui se retrouvent aux urgences parce qu'ils n'ont pas d'autre endroit où aller dans un délai raisonnable.
3. **Manque de préparation** - la plupart de nos efforts étant consacrés à l'efficacité plutôt qu'à la préparation et à la résilience, il est de plus en plus difficile pour notre système de faire face à l'afflux de patients, aux pandémies et à d'autres catastrophes; nous devons renforcer les capacités, les redondances de sécurité et les options de nos systèmes de soins de santé.
4. **Complexité croissante** - nos patients sont de plus en plus malades et de plus en plus complexes ; les patients qui sont classés comme simples sont souvent très complexes.

Comment mieux définir le champ d'application de la médecine d'urgence ?

La définition du champ d'application de la médecine d'urgence est un dilemme moral fondamental en médecine d'urgence. Les urgences devraient donner la priorité aux soins émergents et urgents sur la base des définitions de tous les organes directeurs de la médecine d'urgence (essentiellement le diagnostic et le traitement de maladies et de blessures imprévues et dépendantes du temps).

Si nous voulons repenser un système de soins d'urgence, nous devons comprendre quel est l'objectif de ce système et quel est son rôle. Nous ne pouvons pas être considérés comme le contingent universel pour toutes les autres parties du système. Nous devrions revoir l'utilisation de nos urgences, identifier les populations non urgentes qui ont le plus d'impact sur nos goulets d'étranglement, puis négocier les options de soins alternatifs et les parcours de soins les plus appropriés pour ces patients. S'il est vrai que nous devrions jouer un rôle de « filet de

sécurité » pour certains patients, nous ne devrions pas être le « filet de sécurité » pour d'autres spécialités ou secteurs qui ne sont pas en mesure de remplir leurs propres mandats, que ce soit en raison d'une mauvaise conception, d'un malentendu ou d'un manque de responsabilité.

Contrebalancer le paradigme de la souveraineté sur des frontières fermées par une approche du bien commun, dans laquelle les ressources sont équitablement allouées à ceux qui en ont le plus besoin - y compris ceux que nous avons diversement appelés « pensionnaires », « orphelins » ou « réfugiés » - constituera un grand pas en avant. Si le service d'urgence n'est pas le bon endroit pour répondre à un besoin donné, alors le bon endroit doit être clairement défini, doté de ressources appropriées et responsable de la gestion de tous les patients ayant ce besoin - y compris ceux qui attendent des soins ».

Les 5 sphères de l'avenir de la médecine d'urgence dans le cadre du système de santé : le quintuple objectif



Source: EM Power – The Future of Emergency Medicine Care in Canada draft report
<https://caep.ca/empower-2/>

Sphère 1 : Mission coordonnée

Objectif en 5 points pour une mission coordonnée dans nos systèmes de soins de santé :

1. Amélioration de la satisfaction des patients
2. Amélioration de la santé populationnelle
3. Prise en compte des coûts - optimisation de l'argent investi
4. Main-d'œuvre robuste et résiliente
5. L'équité en matière de santé

La satisfaction des patients doit être mise en balance avec la santé populationnelle, à un coût raisonnable et de manière équitable. Il arrive que la relation médecin-patient doive souffrir pour le bien de la population. Si le serment d'Hippocrate dit « d'abord, ne pas nuire » au patient, nous devons aussi considérer « d'abord, ne pas nuire » au système, qui a un impact indirect sur le patient.

Intégration des soins et amélioration de l'accès aux soins primaires

Une mission coordonnée nécessite l'intégration des soins et l'amélioration de l'accès aux soins primaires. Nous avons besoin

- Une culture du respect entre les spécialités et les programmes
- Comprendre les besoins de la population et les faire correspondre à des services spécifiques
- D'une entité publique indépendante du gouvernement pour la planification et la conception de la santé populationnelle, afin de réduire l'impact des cycles électoraux sur les décisions relatives aux systèmes de santé.
- Tirer des enseignements des systèmes de santé internationaux - quels sont ceux qui fonctionnent bien ?

- Intégration standardisée de *la santé numérique* et accès numérique direct
- Les dirigeants de la médecine d'urgence doivent s'intéresser aux issues du système afin de ne pas s'appuyer sur des réponses simplistes à des problèmes complexes et d'encourager l'innovation.
- Des relations coordonnées entre la disponibilité des soins primaires le jour même/le lendemain, les soins semi-urgents et les soins d'urgence dans le cadre de la réorganisation du système.
- La disponibilité de spécialistes de garde dans un réseau intégré de soins d'urgence - à la fois pour les soins *virtuels entre professionnels* et par le biais de systèmes de transport de patients
- L'intégration verticale des programmes : du domicile, de l'espace public, du bord de la route ou de la clinique aux urgences, puis jusqu'à la chirurgie et/ou l'admission en hospitalisation si nécessaire.
- Pour les patients souffrant de maladies chroniques complexes, qui contribuent grandement à l'engorgement des urgences et qui ne sont peut-être pas les mieux servis aux urgences, nous avons besoin d'un *accès multidisciplinaire aux soins primaires, réparti sur une liste régionale, avec une **accessibilité de rendez-vous avancée***.

Sphère 2 : Optimiser les points d'accès

Tout d'abord, il faut déterminer la taille des effectifs et les adapter aux besoins en fonction de la taille de la population et de la situation géographique.

Un système unique comportant de nombreux points d'accès fonctionne généralement de manière plus efficace et avec de meilleurs résultats que plusieurs systèmes indépendants. Pour concevoir un système

unique efficace, il faut d'abord évaluer la *taille de la population, les distances entre les patients et leur accès aux soins, et les connexions entre les points d'accès*. Ce n'est qu'ensuite que l'on pourra déterminer avec précision la taille de la main-d'œuvre nécessaire.

Deuxièmement, évaluer les systèmes de triage actuels

Il est nécessaire d'évaluer les systèmes de triage actuels en termes de résultats pour les patients, d'amélioration de l'accès, de détournement des urgences et de coûts. L'élimination des systèmes médiocres et le développement de systèmes dont les avantages ont été prouvés contribueraient grandement à améliorer les points d'accès pour les patients d'une manière rentable.

Stratégies de triage des EMS et des services préhospitaliers

- **L'EMS à options multiples** est une approche qui propose d'autres destinations pour les trajets en ambulance de certains patients avec problèmes peu urgents. Le triage virtuel, où les patients sont triés directement vers un spécialiste non urgentologue de garde, un médecin de première ligne ou à l'urgence avec un rendez-vous le lendemain, peut contribuer à réduire le volume de patients non urgents se présentant à l'urgence. C'est ce que l'on peut appeler « choisir avec soins EMS ».
- **Les soins de santé intégrés mobiles (MIH)** sont des ressources mobiles centrées sur le patient dans un environnement extrahospitalier. Les composantes du MIH peuvent inclure une réponse EMS traditionnelle, des paramédics communautaires, des professionnels de pratique avancée (PA-C, IPS), des lignes de triage infirmier 911, et une destination alternative/un détournement de l'urgence. Cette approche vise à fournir des soins médicaux de meilleure qualité et plus rentables en coordonnant les ressources et en aidant les patients à recevoir

les bons soins au bon endroit, notamment en les aidant à mieux prendre soin d'eux-mêmes à leur domicile. Les avantages comprennent la réduction des visites inutiles aux urgences, la réduction des taux de réadmission à l'hôpital et l'économie de temps et d'argent.

- **Réévaluation à l'arrivée à destination.** Avec plus de temps et d'informations, l'urgence est-elle toujours la meilleure destination ? Une clinique sans rendez-vous le jour même ou le lendemain au centre de soins primaire du patient serait-il une meilleure solution ?
- **Élargir le rôle des EMS** pour inclure les soins palliatifs à domicile et les procédures simples à domicile telles que la suture des lacérations, évitant ainsi le transport vers les urgences.

Sphère 3 : Responsabilité

Le blocage de l'accès est omniprésent dans le système de soins de santé. La responsabilité est le facteur de *stress évolutif* qui permet aux programmes de répondre à la demande et de ne pas fermer leurs portes. Chaque spécialité, chaque étage d'hôpital, chaque programme médical et chaque service médical doit être tenu responsable pour que le système fonctionne bien. S'il existe une responsabilité axée sur la demande dans une zone où, par exemple, tous les patients rénaux, de la prévention à la dialyse et autre, sont pris en charge par ce programme, il est probable et prévisible que les urgences seront moins sollicitées et que les résultats pour les patients s'en trouveront améliorés.

Les leaders des soins de santé devraient créer *des systèmes de mesure et évaluation de la responsabilité, surveiller les lacunes en matière de soins et définir des mesures de performance* - ce qui permettra de déterminer la meilleure façon d'y remédier - par le biais de nouvelles capacités, d'une efficacité accrue ou d'une réaffectation des ressources existantes.

Les solutions pour améliorer la responsabilisation incluent :

- **Protocoles de surcapacité en fonction de la demande :**
 - Utilisation de zones de débordement formelles ou informelles pour les patients des urgences en attente d'admission ou les patients hospitalisés en attente de sortie.
 - Des processus, des protocoles et des réunions (qu'ils soient déclenchés par des conditions de surcapacité ou maintenus en toutes circonstances) qui régissent l'affectation des patients aux différentes zones.
- **Investir dans d'autres niveaux de soins** - des programmes qui permettent aux personnes âgées de rester chez elles.
- **Rendre compte publiquement des performances des services d'urgence**

Plus d'informations sur la responsabilité avec le Dr Grant Innes dans l'épisode 129 Surpeuplement des urgences et blocage de l'accès - Causes et solutions <https://emergencymedicinecases.com/ed-overcrowding-access-block-causes-solutions/>

Sphère 4 : Préparation aux catastrophes

Une catastrophe survient lorsque la demande dépasse les ressources. Nous sommes actuellement au cœur d'une catastrophe chronique. La préparation aux catastrophes peut donc être considérée comme un indicateur de la préparation générale du système. Les principes de la médecine des catastrophes devraient être appliqués même en l'absence de catastrophe aiguë telle qu'une pandémie, une catastrophe naturelle ou une guerre.

- Il existe une augmentation des décès évitables, en partie attribuée aux longues attentes des patients aux urgences.

- Les hôpitaux doivent être prêts à faire face aux catastrophes grâce à des *plans d'urgence*.
- Il est essentiel de pratiquer et de tester des *simulations de catastrophes* et des plans d'urgence en cas de catastrophe réelle pour être prêt et efficace lors d'une catastrophe.
- La *redondance* intégrée à nos systèmes est essentielle en cas de catastrophe.
- L'*intégration au niveau national* améliorera probablement la préparation aux catastrophes.

Plus d'informations sur la préparation aux catastrophes dans l'épisode 100 « Disaster Medicine » (Médecine des catastrophes)
<https://emergencymedicinecas.com/disaster-medicine/>

Sphère 5 : Adaptation et évolution

Notre monde est en constante évolution et nous devons nous préparer à ces changements, car ils sont susceptibles d'avoir un impact sur notre personnel et sur la manière dont nous traitons les patients.

- Un **réseau de recherche** dans lequel les chercheurs de tout le pays et de toutes les disciplines travaillent dans le même réseau intégré plutôt qu'en silos, y compris le partage intégré des données.
- **Des professionnels de soins d'urgence jouant un rôle de premier plan dans le domaine de la santé numérique** - des outils de santé numérique pour aider les patients à être plus autonomes et à s'occuper de leurs propres soins, à prendre leurs propres rendez-vous et à assurer leur suivi, à obtenir leurs propres résultats.
- **Intégrer la politique de santé et la défense des intérêts dans les programmes universitaires de médecine et médecine d'urgence** - les trois piliers de l'éducation comprennent la recherche, les sciences fondamentales/cliniques et la science du système de

santé ; ces trois piliers sont nécessaires pour pratiquer des soins de haute qualité dans un système de soins de santé moderne.

- **Tendances JEDI** - Justice, équité, diversité et inclusion sont susceptibles d'avoir un impact sur le personnel et la manière dont nous traitons nos patients.
- **Changement climatique** - application des principes de préparation aux catastrophes à des événements quelque peu prévisibles tels que les inondations, les incendies de forêt et les ouragans.

Prévention de l'épuisement professionnel des prestataires de soins médicaux d'urgence

- « Si nous avons des systèmes résilients, nous aurons des prestataires de soins médicaux d'urgence résilients.
- Nous devons nous apprécier les uns les autres en nous félicitant personnellement et publiquement.
- Renforcement positif
- Cela permet de renforcer les équipes et de développer une culture de *l'objectif commun*.

Citation du mois

« Nous ne nous élevons pas au niveau de nos objectifs, nous tombons au niveau de nos systèmes ».

-James Clear, auteur du livre populaire Atomic Habits