

BAND

6

Schriftenreihe
der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens

Les services d'urgence et leurs patients

Première édition du *Heidberg Think Tank*
Ideenforum Ostbelgien 2015

Schriftenreihe
der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens
Band 6

Les services d'urgence et leurs patients

Première édition du *Heidberg Think Tank*
Ideenforum Ostbelgien 2015



Impressum

Herausgeber: Parlament der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens
Stephan THOMAS, Greffier

Platz des Parlaments 1

B-4700 EUPEN

Tel. +32 (0)87 31 84 00

www.pdg.be

ISBN 978-3-9817449-5-8

D/2018/13.679/2

© Parlament der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens, 2018
Alle Rechte vorbehalten.

Druck: Kliemo, Eupen

Contenu

Préface

Karl-Heinz Lambertz	5
---------------------------	---

1^e partie :

Le projet « Heidberg Think Tank »	7
--	---

1. Le temps de la pause et du dialogue à Eupen

Guy Horsmans	9
--------------------	---

2. Le Heidberg Think Tank : à l'entrecroisement des frontières

Luc Van Campenhoudt	21
---------------------------	----

3. La première édition du Heidberg Think Tank : genèse, raisons, démarche

Marc Czarka	27
-------------------	----

2^e partie :

Les services d'urgence et leurs patients :

Comparaison internationale (rapport de l'OCDE)	31
---	----

3^e partie :

Les services d'urgence et leurs patients :

Acteurs et perspectives	39
--------------------------------------	----

1. « EMRIC : La coopération transfrontalière dans l'Eurégio Meuse-Rhin »

Marian Ramakers	41
-----------------------	----

2. « L'urgence au-delà des frontières : pour une nouvelle organisation de la prise en charge des urgences médicales ? »

Benoit Collin	51
---------------------	----

3. « Rôle et organisation de la première ligne dans le cadre d'un système d'urgence »

Roland Lemye	57
--------------------	----

4. « Que sera la médecine d'urgence de demain ? »

Jean-Bernard Gillet	63
---------------------------	----

5. « Objectifs et rôle d'un système d'urgence pour une population prédéfinie et aspect économique »	
Michael Hilligsmann	73
6. « Prévention et éducation dans le cadre des urgences sous un angle sociologique et culturel »	
Michel Colson	77
7. Conclusion : « Constater, penser et gérer l'urgence »	
Marc Czarka, Yves Horsmans, Luc Van Campenhoudt, Alain Eraly, Hugues Pirotte	81
Liste chronologique des auteurs du présent ouvrage	95

Préface

Karl-Heinz Lambertz

Le présent ouvrage contient les premiers résultats d'une démarche analytique et d'une réflexion collective consacrées à des enjeux fondamentaux de la société contemporaine et réalisées dans un cadre particulier : le Heidberg Think Tank.

En ce début du troisième millénaire, notre monde globalisé subit des mutations profondes, des évolutions accélérées et des mises en question successives qui constituent des défis énormes et qui déplacent en permanence des frontières. Ces déplacements s'effectuent dans tous les domaines et n'épargnent aucune discipline.

Ce fut au début de l'actuelle décennie, lors d'une rencontre à Bruxelles avec mon ancien professeur de droit commercial, Guy Horsmans, que naquit l'idée de réunir un groupe de réflexion regroupant des personnes d'horizons très divers pendant plusieurs jours dans un lieu propice à la réflexion et au dialogue pour oser ensemble l'aventure d'une approche à la fois systématique et innovante du phénomène de la frontière appliqué à un sujet judicieusement sélectionné eu égard à sa pertinence conceptuelle et son impact sociétal. Qu'il s'agisse du travail, de la justice, du logement, de l'éducation, de la santé, de la culture ou encore de l'économie et de l'environnement, il s'agirait de découvrir et de reconnaître les frontières par un travail d'analyse et de dialogue afin de pouvoir les dépasser pour contribuer utilement à une société plus juste, solidaire et durable réellement au service des gens.

Dans la suite, un Comité de pilotage¹ fut créé afin de préciser la méthodologie à mettre en œuvre, de déterminer les sujets à traiter et d'accompagner la mise en

1 Faisaient partie du comité de pilotage pour la première édition du Heidberg Think Tank : Béatrice Adamski (Conseiller systémique, coach) ; Marc Czarka (Médecin, Entrepreneur) ; Guy Horsmans (Professeur émérite de l'UCL) ; Yves Horsmans (Médecin à l'hôpital universitaire de l'UCL, Professeur à l'UCL) ; Rudolf Kremer (Journaliste à la BRF) ; Karl-Heinz Lambertz (Sénateur de la Communauté germanophone/à ce moment : Président du Parlement de la Communauté germanophone) ; Chevalier Yves Noël (Président du conseil d'administration du groupe NMC) ; Hugues Pirotte (Economiste, Professeur à Solvay business school) ; Luc Van Campenhoudt (Sociologue, Professeur émérite de Saint-Louis et de l'UCL) ; Maité Vissault (Directrice artistique de l'institut d'art contemporaine de la Belgique de l'Est - IKOB).

œuvre du processus. Coordonnée d'une manière compétente et efficace par mon ancien assistant Daniel Niessen², cette démarche a nécessité de nombreuses réunions avant de déboucher en janvier 2015 sur la première édition du Think Tank consacrée aux services d'urgence. Les contributions de Guy Horsmans, Luc Van Campenhout et Marc Czarka décrivent et analysent plus en détails la genèse du Think Tank et sa première édition dont les résultats sont présentés dans la seconde partie du présent ouvrage par Yves Horsmans, Caroline Berchet, Marian Ramakers, Benoit Collin, Roland Lemye, Jean-Bernard Gillet, Michael Hilligsmann, Michel Colson, Alain Eraly et Hugues Pirotte. En plus de ces auteurs, un certain nombre d'experts ont participé aux travaux du Think Tank.³

La première édition du Think Tank a confirmé l'importance fondamentale du travail de préparation, du choix de la méthode d'animation et surtout de la présence permanente de tous les participants pendant la durée complète du séjour. La réalisation de ces trois conditions s'avère essentielle pour la réussite du processus de créativité innovante et de dialogue interdisciplinaire.

L'ancien monastère du Heidberg à Eupen fut choisi comme lieu de la rencontre. Ce couvent du début du 18^e siècle, anciennement géré par les sœurs de l'ordre des Récollets et récemment transformé en centre de Séminaire, constitue un cadre idéal pour une réflexion en recul basé sur le dialogue. Appartenant à la Communauté germanophone, ce lieu symbolise un lien très particulier avec la notion de frontière puisque l'histoire, le présent et le destin de cette petite région à pouvoir législatif, située à l'est de la Belgique au croisement des cultures germanique et latine, est confrontée en permanence à des frontières de tout genre qu'il s'agit de dépasser. En la transférant de l'Allemagne vers la Belgique et en la constituant en entité fédérée largement autonome, le traité de Versailles et la transformation de la Belgique en Etat fédéral ont doté la Communauté germanophone de perspectives prometteuses et d'opportunités d'innovation considérables pour lesquelles les résultats du Think Tank constituent des sources d'inspiration précieuses.

2 Soutenu dans ces travaux par les rapporteuses Anne-Laure Brocorens et Eleonore Dewandre ainsi qu'Alexander Homann (Gérant de la représentation de la Communauté germanophone à Bruxelles).

3 Danny Havenith (Directeur de l'hôpital d'Eupen) ; Marina Horn (Ministère allemand de la Santé) ; Yves Leterme (Secrétaire Général Adjoint de l'OCDE) ; Monique Levecque (Présidente du Tribunal de première Instance du Hainaut) ; Ingrid Mertes (Directrice de l'hôpital de Saint Vith) ; Jean-Marie Nellissen (Professeur émérite de la KULeuven, Avocat) ; Vincent Yzerbyt (Professeur de psychologie sociale à l'UCL).

1^e partie :
Le projet « Heidberg Think Tank »

1. Le temps de la pause et du dialogue à Eupen

Guy Horsmans

Naissance du Think Tank

On sait que les Think Tank sont des laboratoires d'idées apparus en nombre impressionnant dans la deuxième moitié du siècle dernier. Ils sont généralement indépendants des pouvoirs publics mais certains en sont issus ou sont très connexes à leurs objectifs et à leurs préoccupations. Les milieux universitaires, surtout américains, n'y sont pas étrangers et y jouent parfois un rôle de premier plan. Deux collègues de l'UCL ont eu récemment l'idée, à la faveur de leur sympathie et de leur considération réciproques, de créer et d'animer un Think Tank dans les locaux remarquablement rénovés du cloître d'Heidberg à Eupen.

Karl-Heinz Lambertz était naturellement la cheville ouvrière d'un tel projet car s'il a enseigné pendant 22 ans la terminologie juridique allemande à la Faculté de droit de l'UCL, il était, surtout et avant tout et de très longue date, le Ministre-Président de la Communauté germanophone de Belgique. En tant que Président du Parlement entre 2014 et 2016 et Sénateur depuis octobre 2016, il demeure un des représentants les plus qualifiés de cette communauté de quelques 77.000 habitants pratiquement tous multilingues qui vivent, dans un esprit d'ouverture et d'accueil, la richesse de la diversité des frontières. Cette communauté ne cesse de promouvoir le dialogue. Telle est la politique de Karl-Heinz Lambertz qui y veille à l'instar de sa communauté et à sa tête. Pour lui, la frontière n'est pas une barrière d'isolement mais une porte de bienvenue. La diversité est le creuset de l'épanouissement de nos vies au fil de l'expression de ses possibilités et de ses manifestations.

Le signataire de ces lignes partageait le même esprit depuis son entrée à la Faculté de droit au sein de laquelle Pierre Coppens l'avait convaincu de l'importance du droit comparé. Son maître et patron, Charles Van Reepinghen l'avait aidé à s'y consacrer en soutenant sa candidature de chercheur au Centre interuniversitaire belge de droit comparé qui venait de se constituer sous l'égide de professeurs de toutes les Facultés de droit du pays et sous la direction de Jean Limpens. Le droit comparé a été et est toujours son axe tout au long de sa carrière académique qui se poursuit au-delà de son éméritat comme de celle qui a été et qui est encore la

sienne en qualité d'avocat au barreau de Bruxelles. Il l'a encore été davantage lorsqu'il a assumé la succession de Jean Limpens au Centre interuniversitaire belge de droit comparé et la charge de doyen de la Faculté de droit de l'UCL. Karl-Heinz Lambertz n'a pas eu de peine à le convaincre d'unir leurs démarches, leurs idées et leurs projets. Le Think Tank d'Eupen était né.

Un thème juridique ?

Il ne faut pas s'étonner que lorsque deux juristes se rencontrent, le droit soit, au-delà de la diversité de leurs orientations, au centre et au cœur de leur entretien. Le droit tant au niveau de la *legal education* puisqu'ils étaient tous deux professeurs qu'à celui de sa pratique eu égard à leurs engagements et à leurs activités. Ce discours juridique prit naturellement la portée et le langage du droit comparé sous l'égide duquel Karl-Heinz Lambertz était chargé du cours de terminologie juridique allemande à la Faculté de droit de l'UCL et qui donnait forme et consistance juridiques au dépassement recherché des frontières. Mais malgré une évolution certaine et la bonne volonté d'un certain nombre, le droit comparé est et demeure très marginal dans les programmes facultaires et dans la pratique du droit.

Il ne faut pas s'en étonner dans la mesure où le droit a toujours paru avoir besoin d'un territoire délimité dans lequel il est proclamé et où la sanction, qui paraît inhérente à sa finalité, est dûment appliquée en cas de violation ou de méconnaissance de son respect. Ce besoin de frontières a encore été renforcé au XIXe siècle à la faveur du nationalisme triomphant. Les droits nationaux ont ainsi naturellement paru se suffire à eux-mêmes et ont tendance à continuer à le croire malgré une évolution certaine due à la mondialisation qui nous marque et au développement sans cesse croissant des relations internationales. Cette évolution indéniable n'est cependant pas facilitée par l'état actuel de la plupart, sinon de tous les droits nationaux. L'abondance, la lourdeur et la complexité de leurs normes sont devenues telles que la maîtrise totale de chaque droit national devient très compliquée et que des spécialisations s'imposent de plus en plus à son entendement global. Comment, dans ces conditions, avoir le temps de regarder ailleurs et comment pourrait-on avoir la prétention de connaître des droits étrangers et de se rapprocher d'eux alors qu'il est déjà tellement difficile de connaître le sien ?

Cette situation expliquerait-elle également les raisons pour lesquelles les Facultés de droit donnent l'impression de s'être repliées sur elles-mêmes et les praticiens du droit de nouer et de développer davantage de contacts et de relations entre eux qu'avec des représentants d'autres disciplines ? Il est vrai qu'avant 1969, les juristes étaient généralement considérés comme des gens cultivés et qu'ils étaient

souvent qualifiés de « beaux parleurs » sinon de bavards et que depuis lors, l'enseignement du droit et la pratique du droit ont relevé le défi et qu'aussi sous l'influence des *law firms* anglo-saxonnes, la technicité du droit est apparue à l'avant plan du discours juridique, les juristes modernes se targuant d'être, avant tout, des techniciens du droit, sinon même des ingénieurs du droit.

Le thème de « l'étranger » et de « l'autre »

La première idée du Think Tank d'Eupen fut de réagir à ce repli, à tout cloisonnement, à toute séparation et à toute spécialisation outrancière et de contribuer, selon l'objet et la finalité même de tout Think Tank, à la rencontre cordiale, à l'écoute attentive et au dialogue chaleureux de personnes de tous âges, de toutes disciplines et de tous horizons.

Une note établie lors des premières réunions de la mise en place du Think Tank s'énonce comme suit : « *Le projet invite, aussi bien, à la réflexion et à la recherche à partir de la notion et de la réalité de l'étranger dans son acception juridique en opposition au national mais aussi, de la manière la plus large, sous l'étiquette de l'autre que je ne connais pas ou que je ne connais pas bien, dans son acception psychologique, technique, sociologique et culturelle. « L'étranger » et « l'autre » sont au cœur de ce projet à la faveur de : La réalité frontalière d'Eupen et des idées, des actes et de l'esprit qui en résultent ou qui pourraient encore en résulter davantage ; La promotion d'une recherche constante d'équilibre et de valorisation entre les réalités et les intérêts locaux et les influences extérieures, régionales, internationales et mondiales, dans toutes leurs expressions. Jusqu'où et comment nos modes de vie peuvent-ils s'enrichir à la faveur de l'ouverture des frontières, du dialogue avec « les étrangers » et les « autres » et d'actions menées en commun avec eux ? Jusqu'où et comment donner vie et force nouvelles aux sciences comparatives qui se consacrent à la connaissance et à l'étude des choix, des actions et des souhaits de ceux que nous voulons accueillir, écouter, comprendre et avec lesquels nous souhaitons agir en commun ? La personne qui est en marge de mon périmètre juridique ou qui en est plus ou moins éloignée peut-elle influencer et enrichir mon cadre de vie et ses aspects sociaux, économiques et culturels et puis-je faire de même à son égard ? L'axe de ce projet est ainsi la volonté de mieux connaître « l'étranger » et « l'autre », de les accueillir, de les écouter, de dialoguer avec eux et de mener ensemble des études communes et des activités conjointes tant dans le cadre des organisations internationales, nationales et régionales qu'en dehors de toute structure établie. »*

La tentation était grande pour deux juristes d'aborder et de traiter ce thème de l'étranger et de l'autre sous l'angle des droits de l'homme dans la vision des libertés fondamentales qui doivent, en tout temps et en tous lieux, être reconnues et

assurées à tout être humain ainsi que dans celle de son accès aux moyens d'existence et de leur disposition pour pouvoir mener une vie conforme à la dignité qui est la sienne. A la pauvreté endémique dans certaines régions du globe que nous ne parvenons pas à résoudre, s'ajoute présentement le drame des migrants.

Le thème de l'humain

Les premiers amis qui nous ont rejoints dans l'aventure du Think Tank d'Eupen nous ont convaincus, avec tout le respect qu'ils témoignaient à l'adresse du donné juridique et de son discours, que l'aventure que nous entamions ne devait pas se cristalliser sous un angle déterminé, quelles que soient, au demeurant, sa pertinence et sa portée. Il a alors été envisagé, sinon convenu et arrêté, que le domaine de recherche du Think Tank serait « l'humain » dans sa globalité et dans chacune de ses facettes au gré des circonstances et des choix.

Un document de l'époque porte en ce sens : *Tout le vécu humain et toutes les sciences humaines y sont conviés en privilégiant la curiosité et le questionnement dans la description, l'analyse et l'étude des données et des références traditionnelles et la créativité et l'imagination dans l'étude et la mise au point d'idées et de réponses nouvelles aux besoins, aux souhaits et aux aspirations de notre temps. Ce projet entend apporter sa modeste contribution à la finalité démocratique fondamentale du bien vivre et du mieux vivre de chacun dans la réalisation de ses propres intérêts et de ceux de la collectivité toute entière. Trois perspectives à ces fins : Un appel permanent à la participation collective de tous les acteurs à tous les niveaux aux fins de réduire, autant que faire se peut, toute politique de « chapelle fermée » et de repli sur soi, sinon de dogmatisme qui domine dans certains milieux sous couleur de priorité nationale plus ou moins absolue, de spécialisation et d'expertise plus ou moins affirmées.*

Le choix constant de thèmes d'études et de réflexions susceptibles, à la faveur de l'ouverture et du dialogue avec les étrangers et avec les autres, de valoriser et de préciser des normes fondamentales et d'imaginer des propositions de démarches très concrètes qui en assureraient la réalisation et le respect dans les conditions les plus naturelles et les plus simples.

Une synthèse, la meilleure possible, du fait et de la norme, de l'abstraction et du concret, de la démarche inductive et de la démarche déductive dans la recherche permanente de l'adéquation la plus pertinente, la plus juste et la plus efficiente de ce que l'on veut démocratiquement et de ce que l'on peut réaliser concrètement.

Tous les besoins humains fondamentaux

La première équipe du Think Tank d'Eupen a naturellement et spontanément été d'accord de se consacrer à « l'humain » mais qu'entendre sous cette acception gé-

nérale ? Tout le monde a aussitôt évoqué « les besoins humains fondamentaux ». La matière est immense même si on l'aborde sous des angles limités de méthode ou d'objet.

En général, on ne connaît pas bien la situation de ceux qui habitent dans des pays limitrophes et encore moins celle des habitants des pays éloignés. Une telle connaissance enrichirait cependant le donné humain de respect mutuel et de solidarité commune sans limiter, comme aujourd'hui, leur sensibilité et leur témoignage à la survenance de catastrophes et de drames. Le Think Tank d'Eupen pourrait apporter une contribution de choix à cette nécessaire information des données des uns et des autres dans l'esprit de dépassement des frontières qui l'anime. La perspective n'est évidemment pas, vu les compétences et les moyens requis à cette fin et dont disposent des organisations internationales, de se substituer à elles ou de refaire leur travail mais de trouver les idées, les voies et les moyens de donner à cette information la plus large diffusion possible et partant, de susciter l'intérêt du plus grand nombre à les connaître, à les étudier et à les analyser dans les réseaux d'éducation et dans tous les cercles de réflexion et de recherche dont toute démocratie a impérieusement besoin pour réaliser les objectifs qui doivent être les siens. La participation, d'écoute et de dialogue, à une telle politique de diffusion et d'analyse d'informations de qualité paraît requérir d'évidence que celle-ci ne porte que sur un nombre restreint de pays choisis en connaissance de cause.

On peut aussi, pour connaître et analyser les réponses données aux besoins humains les plus fondamentaux, s'en référer à la distinction désormais consacrée entre les pays riches et les pays pauvres, qualifiés de pays en voie de développement, sans omettre la nouvelle catégorie des pays émergents. Comment chaque nation de l'un ou l'autre de ces regroupements veille-t-elle à ce que tous ceux qui en font partie soient logés, nourris, soignés et éduqués dans les meilleures conditions possibles et y trouvent, normalement par la voie d'un emploi, les ressources nécessaires à la satisfaction des besoins fondamentaux de chacun ? Cette question pose inexorablement celles des ressources naturelles et des ressources humaines dont dispose chaque pays ou région concerné ainsi que celle des choix politiques qui en résultent et de ceux qui s'efforcent de relever des défis d'amélioration et de mieux-être. On sait que dans les pays démocratiques, ces politiques et ces défis portent sur la meilleure harmonie possible entre l'exercice des libertés et des choix individuels et le contrôle et les interventions, plus ou moins contraignantes, des autorités publiques. Toutes les réglementations relatives aux besoins fondamentaux du logement, de la santé, de l'éducation et de l'emploi oscillent entre ces deux extrêmes. Elles engendrent, en leur état, des avis et des critiques qui portent tant sur leur pertinence et leur adéquation par rapport aux ressources des uns et des autres que sur l'efficacité et la qualité de leurs résultats. Si la crise a mis en

lumière que les moyens et les ressources des pays riches n'étaient pas illimités, les problèmes qui y sont les plus cruciaux sont et demeurent ceux de l'accès aux richesses et de leur répartition alors que pour les pays en voie de développement, la recherche des moyens de base, par des politiques internes et des programmes d'aide, est et demeure indispensable pour que toute la population concernée sorte de la pauvreté, plus ou moins extrême, qui est la sienne et puisse enfin bénéficier de conditions de vie normale et décente. Comment chercher et trouver de nouvelles ressources et de nouveaux équilibres ? Comment ne pas se complaire dans de grandes déclarations mais chercher surtout et avant tout des idées qui pourraient réaliser, concrètement et au-delà de toute frontière, un mieux-être pour tous ceux qui l'attendent de longue date. Un tel projet pourrait s'inscrire dans les finalités recherchées du Think Tank d'Eupen.

Une étude, objective et critique, de la mondialisation pourrait peut-être en être une bonne introduction. Il s'agirait de s'efforcer d'en déterminer les causes et les effets et aussi de préciser et d'analyser, autant que faire se peut, la mesure dans laquelle la mondialisation peut améliorer ou altérer les conditions de vie de chacun. Quelles sont les réalités des interconnexions et des interdépendances internationales ? Jusqu'où et comment les différentes communautés sont-elles les victimes de difficultés et de crises venues « d'ailleurs » et d'une solidarité que l'on pourrait qualifier de passive ? Jusqu'où les institutions internationales, auxquelles l'opinion publique accorde une attention limitée et, en tout cas, largement inférieure à celle qu'elle réserve aux institutions et structures nationales, ont-elles accompli les missions attendues de leur part et comment faut-il apprécier les normes internationales dans les différents acceptions et contextes dans lesquels elles sont formulées et appliquées ? Jusqu'où peut-on démocratiquement accepter que ces normes et comportements économiques et sociaux internationaux soient dictés, gouvernés et jugés par quelques grandes puissances dans leur prétention quasi-dogmatique d'être les détenteurs de la vérité et les experts des meilleurs choix ? Quelles sont les réponses à apporter à ces problèmes et à l'échec, réel ou apparent, des solutions qui y ont été apportées ? Faut-il prôner le nationalisme et le repli sur soi ? Ou, au contraire, une meilleure gouvernance commune ? Que penser et qu'attendre des groupes restreints des pays les plus riches et les plus puissants et notamment du G 20 ? Le besoin de nouvelles idées s'impose tant au niveau de l'établissement et de la reconnaissance de certaines autorités internationales et de leurs pouvoirs qu'à celui des procédures internationales d'information, de dialogue, de régulation et de contrôle ? Ne faudrait-il pas, en parallèle, revoir en profondeur les certitudes nationales et leur prétendue auto-suffisance ? Ne faudrait-il pas promouvoir de nouvelles juridictions internationales, économiques et sociales qui pourraient, dans la ligne de ce que fait la Cour européenne des droits de l'homme, recevoir des plaintes d'Etats, d'institutions ou de personnes privées portant sur des situations dramatiques dans lesquelles,

dans le Sud comme dans le Nord, des personnes, ayant vainement sollicité l'intervention des juridictions nationales, ne disposent pas des moyens décents d'existence par la faute d'organismes publics ou privés qui refusent ou qui ne veillent pas à prendre les mesures qui pourraient remédier et mettre fin à de telles situations humainement inacceptables ? Que penser, sur un plan plus économique que social, de l'arbitrage international auquel d'aucuns songent pour régler, dans le cadre du Traité Transatlantique, les conflits qui pourraient surgir dans le cadre des relations économiques transatlantiques ?

Chacun des besoins fondamentaux de l'homme

Les premières réunions préparatoires du Think Tank ont évoqué toutes et chacune des questions susdites. Tous ceux qui y participaient ont reconnu l'importance et l'urgence des problèmes évoqués tout en étant conscients qu'eu égard à leur ampleur, le Think Tank ne pouvait espérer y apporter l'une ou l'autre note constructive qu'en se consacrant à l'une ou l'autre question tout à fait limitée et précise. La première limite qui s'est ainsi imposée a conduit à ne pas traiter des besoins fondamentaux de l'homme dans leur globalité mais de n'en retenir qu'un seul et de tenter d'y apporter une modeste contribution originale et concrète sur un point particulier bien déterminé. Tous les besoins fondamentaux de l'homme ont été passés au crible et chacun d'eux aurait mérité de constituer le premier thème du Think Tank d'Eupen.

Le **logement** et l'urbanisme sont un des axes fondamentaux de l'existence de chacun et posent de nombreux problèmes au-delà du droit fondamental de sa reconnaissance et de sa réalité concrète qui sont loin d'être assurés dans de nombreuses régions du monde et qui ne le sont même pas, au profit de tous, dans les régions les plus développées. Il y va des conditions, exorbitantes pour beaucoup, du coût de son accès ainsi, notamment, que de l'exiguïté des lieux, du bruit et de la laideur.

La **nourriture** et la satisfaction des besoins provoquent, à juste titre semble-t-il, des doléances et des reproches répétés. D'un côté, la surconsommation est débridée et l'obésité est un mal de notre temps alors que d'autres, en grand nombre, souffrent quotidiennement d'une disette extrême et d'une pauvreté inhumaine. Les hommes sont-ils réellement incapables de créer, pour tous, un régime décent et agréable de nourriture saine et de consommation normale ? Quelles que soient ces dérives et les mesures qu'il s'imposerait de prendre pour y porter remède, la longévité des hommes ne cesse cependant, en tout cas dans certaines parties du globe, de s'accroître. Paradoxe d'une santé qui s'affirme et qui prolonge la vie des hommes dans un environnement de nourriture et de consommation qui n'est pas le meilleur ! Si cette heureuse évolution plaît à ceux qui en bénéficient, elle fait

peur à l'entourage familial et amical lorsque cette prolongation de vie n'est que végétative et à la société toute entière qui craint de ne plus avoir assez de ressources pour assurer la subsistance, prolongée et plus ou moins souvent très coûteuse, de cette population sans cesse croissante du « quatrième âge ». En l'état, les projets pour éviter ce manque de ressources se limitent souvent à une légère prolongation du temps de travail sans une étude approfondie de tout ce que cette longévité de vie pourrait ou devrait même « changer » dans nos structures traditionnelles des trois périodes successives de l'éducation et de la formation, suivie de la vie professionnelle espérée lucrative et achevée au terme d'une vie de complète détente et de repos au bénéfice des « retraités » et des « pensionnés ».

La nécessité primordiale de ressources pour mener une existence humaine dans les meilleures conditions d'épanouissement possible et l'importance des déficits publics qu'il s'impose de réduire ont situé les problèmes de l'**emploi** et du **chômage** au cœur de toutes les politiques. La discussion de tous les plans élaborés à ces fins va de pair avec les profondes mutations que l'informatique impose à l'économie et avec le nombre croissant d'entreprises en difficultés. Comment résoudre au mieux ces problèmes cruciaux ? L'imagination et l'innovation sont requises à cette fin tant au niveau de l'environnement économique et juridique propice à une telle politique créative qu'à celui des idées dominantes dans l'enseignement et dans tous les cercles influents de nos démocraties. Il s'agit d'une nouvelle forme de la bataille perpétuelle des anciens et des modernes et de la nécessité impérieuse de participer activement à la détermination et à la mise en place des réformes qu'impose la vision globale de notre actualité et de son avenir. Les relations du travail et du capital doivent être repensées et redéfinies au niveau de l'économie qui ne prend son sens et sa valeur que dans l'accomplissement des finalités sociales qui sont les siennes. La hiérarchie des pouvoirs ne peut se justifier et s'exprimer que dans les mêmes conditions et le dialogue des contrôleurs et des contrôlés implique de nouveaux modes d'échange, d'écoute et de collaboration active. Nos communautés doivent rechercher et s'efforcer de trouver de nouveaux modes de confiance réciproque entre tous ses membres et à tous les niveaux au-delà de la seule recherche populiste d'un pourcentage significatif des votes et d'une majorité aussi infime soit-elle.

On a dit et répété que l'instruction obligatoire, l'**éducation** et la **formation** participent des plus belles conquêtes de l'homme « moderne ». Des rankings internationaux d'universités et d'institutions d'enseignement donnent l'impression que le sommet a été atteint et qu'il suffirait de suivre les meilleurs pour reconnaître et se féliciter de ce que la jeunesse actuelle est et a, en tout cas, toutes les cartes en mains pour être une des meilleures de tous les temps. Mais quelles que soient ces références dont on peut, au demeurant, douter du caractère élitiste en raison des critères de jugement retenus pour les établir, elles ne semblent avoir qu'une

influence limitée sur les systèmes d'éducation dont on souligne, pratiquement dans tous les pays du monde, qu'ils ne sont pas satisfaisants et qu'il faut les réformer. Il demeure que sans en être la seule source, les centres universitaires de recherche, notamment parmi ceux qui sont les mieux classés, nous fascinent par leurs travaux et par les découvertes et les inventions qui modifient et améliorent nos conditions de vie et d'existence. Cet émerveillement provient essentiellement des sciences qualifiées d'exactes et de la médecine. Sans méconnaître la qualité de certaines recherches et de certains travaux, les sciences humaines peinent, quant à elles, à contribuer à relever les défis de notre temps. Les causes en seraient-elles de ce que les sciences humaines sont trop cloisonnées, que l'esprit critique n'y est pas suffisamment développé et que les étudiants ne sont pas assez préparés à la créativité qui n'y est pas suffisamment promue ? Le Think Tank d'Eupen a vocation à se pencher sur l'une ou l'autre de ces questions ainsi que sur celles qui, dans le prolongement de l'importance fondamentale des systèmes éducatifs, se posent dans le domaine culturel dont la réalité des frontières souligne précisément la diversité et la richesse.

Lors des passionnantes rencontres et discussions que le petit groupe initial, qui ne cessait de s'élargir, tenait pour choisir le premier thème du Think Tank d'Eupen, les médecins experts présents ont suggéré de retenir celui **de la santé**. M. André Henkes, Premier avocat général à la Cour de Cassation, qui était membre du groupe mais qui a dû le quitter dans la suite en raison de la charge de toutes ses activités et responsabilités, a été le meilleur avocat de ce thème. Lorsque tout le groupe s'est rallié à cette proposition, nous n'étions pas conscients que quatre siècles plus tôt, Descartes avait déjà exprimé ce choix dans son Discours de la méthode : *...mais principalement aussi pour la conservation de la santé, laquelle est sans doute le premier bien et le fondement de tous les autres biens de cette vie ; car même l'esprit dépend si fort du tempérament, et de la disposition des organes du corps que, s'il est possible de trouver quelque moyen qui rende communément les hommes plus sages et plus habiles qu'ils n'ont été jusques ici, je crois que c'est dans la médecine qu'on doit le chercher. Il est vrai que celle qui est maintenant en usage, contient peu de choses dont l'utilité soit si remarquable ; mais sans que j'aie aucun dessein de la mépriser, je m'assure qu'il n'y a personne, même de ceux qui en font profession, qui n'avoue que tout ce qu'on y sait n'est presque rien, à comparaison de ce qui reste à y savoir, et qu'on se pourrait exempter d'une infinité de maladies, tant du corps que de l'esprit, et même aussi peut-être de l'affaiblissement de la vieillesse, si on avait assez de connaissance de leurs causes, et de tous les remèdes dont la nature nous a pourvus...*⁴ Fidèles à la politique recherchée depuis le début des rencontres consacrées au choix d'un thème précis et concret, les médecins experts

4 Descartes, *Discours de la méthode*, GF Flammarion, 2000, 6^e partie, p. 99.

du groupe ont proposé de limiter le premier thème du Think Tank à la seule question cruciale des urgences médicales. Cette proposition a été accueillie à l'unanimité par tous les membres du groupe.

L'esprit et la méthode du Think Tank d'Eupen

Nous avons pris le temps de la pause et goûté au plaisir du dialogue tout au long des réunions préparatoires à la mise en place du Think Tank d'Eupen et à la recherche du thème que nous souhaitons le plus approprié et le plus judicieux pour entamer l'aventure. Notre intérêt et notre plaisir furent du même ordre lorsqu'à Eupen et/ou à Bruxelles, nous envisagions, en attendant la finition des travaux de remise en état du cloître d'Heidberg, l'organisation même de nos rencontres et de nos échanges d'idées, de réflexions et de propositions. Nous avons avancé et retenu comme axes de cette organisation : l'esprit de la pause et le logement de tous les acteurs dans le cloître d'Heidberg ; l'éventail des points de vues et la richesse d'un dialogue auquel était convié, au-delà du comité directeur du Think Tank, des personnalités de toutes disciplines, de tous horizons, de tous bords et de tous âges et la mise au point et le suivi d'une méthodologie d'un questionnement et d'un dialogue dont certaines manières bien définies de poser les questions et d'échanger les idées et les réflexions qu'elles comportaient leur conféraient leur vraie valeur et tout leur sens.

Le temps de la pause : Nous avons tous entendu privilégier, nonobstant des agendas très chargés et toutes les possibilités que nous offrent les moyens de communication moderne de suivre des entretiens à des distances aussi éloignées soient-elles, la présence physique prolongée, dans le cloître d'Heidberg, de tous ceux qui acceptaient de participer activement au Think Tank. Nous souhaitons et voulions que tous les acteurs soient physiquement présents pendant toute la durée du Think Tank et que dans toute la mesure du possible, ils prennent ainsi, tous ensemble, le temps de la « pause ». Une semaine et même deux ont été envisagés comme la durée idéale de cette pause mais la prise en compte réaliste des obligations des uns et des autres a fixé la durée minimum du Think Tank à trois jours. Trois jours de vie commune dans le charme d'un cloître remarquablement rénové. Trois jours de possibilités multiples, dans des conditions idéales, d'entamer ou de poursuivre, à deux ou à plusieurs, lors des collations ou un verre à la main, l'expression et l'échange des idées, des interrogations, des convictions et des objections que comporte ou que paraît pouvoir comporter le thème précis qui réunit tous les participants ainsi que toutes les propositions et suggestions émises à son propos. Tous les participants à des congrès et à des colloques savent que la richesse des propos de « couloir » est égale, sinon supérieure à celle des rapports et des interventions de « séance ». A fortiori lorsque les conditions du « couloir » sont idéales à cette fin.

Le choix des acteurs et la richesse de leur dialogue : La cordialité et l'enthousiasme ont marqué nos réunions préparatoires. Nous y avons émis, dans cet esprit, des conditions organisationnelles qui nous sont apparues comme les plus « idéales » tout en étant conscients de leur caractère « utopique » : *La composition attendue des invités au Think Tank devrait être internationale, multiculturelle, multidisciplinaire et multigénérationnelle. La composition idéale serait : Internationale (au moins 2 à 3 pays) ; Multiculturelle (au moins 2 cultures) ; Interdisciplinaire (au moins 3 à 4 disciplines différentes et, si possible à égalité, des académiques et des praticiens) ; Multigénérationnelle : 1/3 d'ainés et 2/3 de jeunes*. La constitution du premier groupe de travail s'est faite, au-delà des liens de connaissance et d'amitié qui unissaient ceux qui ont répondu au premier appel, dans cet esprit et sur ces bases. Il en a été de même de tous ceux qui, eu égard au thème des urgences médicales qui avait été retenu et préparé en connaissance de cause et notamment avec l'aide des délégués de l'OCDE, ont été invités à participer, de manière active et suivie, au premier Think Tank officiel qui s'est tenu dans le cloître rénové d'Heidelberg à Eupen du 8 au 10 janvier 2015. Cette publication porte témoignage de la réussite de ce premier Think Tank auquel le monde international et le monde des jeunes n'étaient cependant pas suffisamment représentés.

La méthodologie du questionnement et du dialogue : Tout dialogue est riche et passionnant lorsqu'il porte sur des questions judicieuses et pertinentes et que celles-ci sont posées de manière définie et précise. La longue préparation du premier Think Tank et les conseils et suggestions avisés de toute l'équipe médicale qui s'était constituée en son sein ont permis d'y veiller et de rendre les trois journées des 8 au 10 janvier 2015 des plus passionnantes. Des professeurs médecins et des responsables, à des titres divers, du secteur de la santé y ont précisé les conditions et les modalités des structures médicales mises en place pour répondre à ces problèmes ainsi que le concret médical de ces activités et de leur suivi. Ils ont également pu faire état des travaux de l'OCDE à cet égard, le colloque ayant bénéficié du rapport qui y a été présenté par une responsable de l'OCDE. Des sociologues, des psychologues, des juristes et des responsables « du terrain » se sont penchés sur les comportements des demandeurs « d'urgence » et sur les causes et les raisons de leurs demandes et sur le suivi qui pourrait ou qui devrait y être réservé en conséquence. Tous les participants du colloque ont envisagé et discuté de ce qui pourrait et/ou devrait être fait pour améliorer la situation actuelle et répondre, de la manière la plus appropriée possible, aux problèmes que posent, en leur état, les services d'urgence et les demandes dont ils sont saisis. Ce premier Think Tank a recueilli un très grand succès dû à sa préparation éclairée et attentive, à l'interdisciplinarité de la trentaine de personnes réunies et à leur merveilleuse participation, permanente et enthousiaste, à leurs échanges de vues, de réflexions et de propositions dans le cloître d'Heidelberg dont la remarquable et chaleureuse rénovation les a séduites.

2. Le Heidberg Think Tank : à l'entrecroisement des frontières

Luc Van Campenhoudt

Le Think Tank Kloster Heidberg possède deux caractéristiques principales : il a pour siège Eupen, capitale de la Communauté germanophone de Belgique (CGB), et, sur chaque question traitée, il associe professionnels et non-professionnels.

Pourquoi Eupen ?

Sans doute, au départ, des affinités personnelles entre initiateurs du projet ont-elles joué un rôle dans le choix d'Eupen comme lieu d'accueil du Think Tank. Les excellentes conditions d'accueil et de travail au Kloster Heidberg n'y ont pas non plus été pour rien. La volonté affirmée des autorités politiques de la CGB de ne pas laisser lettre morte le travail effectué ainsi que leur implication forte et directe dans l'ensemble du processus (copilotage, production intellectuelle et soutien administratif⁵) a également nourri la motivation des participants. L'importance de ces affinités, de ces conditions et de cet engagement de la CGB ne saurait être sous-estimée, mais à eux seuls ces atouts n'auraient pas suffi pour donner véritablement *sens* à ce lieu précis et cohérence au travail collectif appelé à s'y réaliser.

Dès les premiers échanges, le choix d'Eupen est apparu comme le plus adéquat, d'un point de vue à la fois intellectuel et symbolique. Pour le dire brièvement avant de l'explicitier, la CGB, dont Eupen est la capitale, peut être vue à la fois comme une sorte de modèle réduit particulièrement révélateur de ce qu'est aujourd'hui une entité politique, économique, sociale et culturelle au sein d'un pays fédéral situé lui-même au cœur de l'Europe, et de ce fait, comme un laboratoire idéal pour concevoir et mettre à l'épreuve des idées nouvelles, mais aussi et surtout comme symbolisant parfaitement la problématique actuelle des frontières – ou plutôt de l'entrecroisement des frontières – qui est appelée à constituer le fil rouge transversal du Think Tank, tant au niveau du contenu de son travail que de sa démarche.

5 A travers notamment l'implication de Karl-Heinz Lambertz ainsi que du secrétariat du Think Tank, assuré par Daniel Niessen.

Etendue sur un territoire d'à peine 854 km² où vivent moins de 80.000 habitants, la CGB n'en présente pas moins en effet un ensemble de caractéristiques généralement réservées aux grandes entités politiques : un parlement et un gouvernement propres avec des compétences réservées ; une place reconnue dans un système fédéral, au sein duquel elle entretient des relations institutionnelles formellement égalitaires avec d'autres entités pourtant de bien plus grande taille et où elle a ses représentants (l'Etat fédéral lui-même, la Région wallonne et la Province de Liège notamment) ; une spécificité culturelle et linguistique, avec une langue dominante, mais avec une protection de la minorité linguistique ; une spécificité économique, mais avec des échanges constants avec l'environnement wallon, belge, allemand et européen notamment.

A l'entrecroisement de plusieurs pays (en Belgique, mais dans une position limítrophe avec l'Allemagne, le Luxembourg et les Pays-Bas), de différentes communautés et cultures, en CGB se superposent le local, le régional, le communautaire, le national et l'international. La CGB est d'ailleurs l'espace où s'observe la plus importante mobilité en Europe (notamment de travailleurs, de consommateurs et de patients bien nommés « frontaliers »). Cet espace est, en lui-même, un « *borderland* »⁶ où se rencontrent un complexe de frontières qui forment finalement à la fois un carrefour et une lisière. C'est pourquoi, la CGB se trouve au centre d'un ensemble de « *rings of friends* »⁷ où se configurent des échanges spatiaux et culturels riches, subtils et évolutifs, combinant autonomie et connexion.

La CGB incarne et illustre parfaitement l'évolution récente des idées mêmes d'espace et de frontière. Considérés jadis comme stables et statiques, les espaces sont vus aujourd'hui comme traversés par un ensemble de tensions : entre espaces anciens (comme les Etats) et nouveaux (comme les Régions et Communautés), entre une logique de lieux (comme les villes) et une logique de flux (de personnes, de services et de biens), entre une dynamique d'autonomie (régionalisation et communautarisation) et une dynamique de réseaux et d'interactions entre plusieurs niveaux de pouvoir. Considérées jadis comme des barrières à défendre, étanches et immuables (tant que des guerres ou des accords internationaux ne les bougeaient pas), les frontières se sont ouvertes, tout en demeurant des repères pour un ensemble d'échanges dynamiques. Désormais, penser en termes de frontières ne revient donc pas à penser en termes de fermeture et de cloisonnement, mais plutôt en termes d'ouverture et de décroisonnement, tout en assumant l'autono-

6 On s'inspire ici de G. Delanty & C. Rumford, *Rethinking Europe. Social theory and the implications of Europeanization*, London and New York, Routledge, Taylor & Francis Group, 2005.

7 Idem.

mie relative et la spécificité des composantes mises en relation.⁸ C'est particulièrement vrai pour la CGB et c'est dans cette perspective que la question des frontières s'est progressivement imposée comme thème transversal des travaux du Think Tank.

Sorte de modèle réduit et de condensé d'une série de dynamiques contemporaines, la CGB est potentiellement un laboratoire dans lequel il est a priori moins difficile de concevoir et d'expérimenter certains projets qui pourraient intéresser également la société belge dans son ensemble (et sans doute au-delà), mais qu'il serait plus difficile d'engager d'emblée dans le cadre d'entités plus vastes et plus complexes, pour trois raisons principalement.

Primo, comme on vient de l'évoquer et sans simplifier exagérément les choses, pour un ensemble de problèmes, la situation se présente de manière moins compliquée en CGB, car moins d'institutions et d'acteurs (par exemple des organisations économiques et sociales, des partis politiques et des groupes de pression) sont impliqués dans des jeux théoriquement moins complexes. Les transformations de la société, leurs enjeux et leurs acteurs impliqués sont davantage visibles et, dès lors, la situation peut être plus aisément appréhendée, dans ses tenants et aboutissants.

Secundo, avec son parlement et son gouvernement propres, la CGB bénéficie d'une autonomie de décision dans un ensemble de domaines (culture, matières personnalisables notamment politiques de soins, affaires sociales, formation et enseignement, emploi). Pour d'autres compétences, ses habitants dépendent d'autres niveaux de pouvoir, mais elle peut y faire entendre sa voix propre et, dans certains cas, peser sur les décisions qui la concernent, intervenir sur leur mise en œuvre sur le terrain et, par-là, en filtrer les effets et les conséquences. On peut dès lors espérer que la distance entre les analyses du Think Tank et la décision politique soit aussi raccourcie que possible.

Tertio, dans un univers institutionnel moins complexe et étendu, les relations face-à-face et de proximité entre acteurs impliqués dans une dynamique d'analyse et de changement (les responsables politiques et institutionnels, les acteurs culturels et les universitaires notamment) sont fortement facilitées et ils peuvent collaborer plus aisément ... ce que le Think Tank entend démontrer.

8 Il ne faudrait pas pour autant verser dans une vision angélique des espaces et des frontières. En dépit de la multiplication des flux, demeurent et s'instaurent des discontinuités et des ruptures qui correspondent à des inégalités, objectives et symboliques, entre les lieux comme entre ceux qui les occupent.

Ce qui est envisagé à cette petite échelle peut être néanmoins transposé à de plus grandes, à deux conditions. Tout d'abord, qu'en dépit de sa taille relativement petite, le « modèle réduit » (en l'occurrence la CGB) ne soit pas une construction fictive créée de toutes pièces pour le plaisir de l'exercice, mais bien une réalité « grandeur nature », une communauté réelle, où des responsables bien réels sont confrontés à des problèmes bien réels. Un laboratoire certes, mais où l'on expérimente *in vivo* et non *in vitro*, en prenant en compte ses spécificités. Ensuite, que les résultats et enseignements des travaux ne restent pas en vase clos, mais soient bien diffusés. La première condition est *de facto* remplie. Le présent ouvrage constitue une première étape pour remplir la seconde.

Des professionnels et des non-professionnels

Le thème des frontières ou, plus exactement, de leur entrecroisement est également central dans la démarche méthodologique même du Think Tank. En effet, la complémentarité et la confrontation pacifique des savoirs, ainsi que les transferts de questions et d'idées de l'un à l'autre sont systématiquement recherchés dans le cadre des séances de travail collectif. Ce dernier est en effet conçu de manière à briser un triple cloisonnement.

Dans l'étude de chaque problème (par exemple les urgences médicales), les exposés des experts et des professionnels (notamment les responsables des services d'urgence et les médecins urgentistes) sont systématiquement suivis par une discussion avec des non-professionnels ou encore des « profanes ». Cette discussion est indispensable pour mettre en perspective les propos des experts et adopter un recul critique. Les réflexions (vraiment ou apparemment) candides des non-professionnels permettent souvent de mettre en contexte plus large les analyses des spécialistes, d'établir des liens avec d'autres problèmes analogues, de procéder à des comparaisons éclairantes avec d'autres domaines non traités directement, d'inciter les professionnels à sortir d'un discours expert éventuellement trop convenu ou hermétique, d'explorer des hypothèses que les experts n'auraient pas osé formuler eux-mêmes par crainte de ne pas paraître ... comme des experts compétents et prudents, ou de discerner des zones d'ignorance où les faits, la compréhension ou la clarté à propos des choses font défaut.⁹ C'est pourquoi, associer professionnels et non-professionnels, sans condescendance ni défiance a priori des uns vis-à-vis des autres, a été jugé indispensable à la fécondité du travail du Think Tank.

9 Stuart Firestein, *Ignorance. How It Drives Science*, Oxford University Press (USA), 2012.

Cette collaboration entre professionnels et non-professionnels implique *de facto* de dépasser le cloisonnement entre chercheurs et experts d'une part, et responsables politiques et institutionnels d'autre part. La division habituelle du travail entre d'un côté, ceux qui analysent, étudient, enquêtent, soit les scientifiques (y compris en sciences humaines et sociales) et, de l'autre côté, ceux qui commandent les analyses aux premiers, décident, organisent et mettent en œuvre, est forcément mise à mal. Lorsqu'un problème ne trouve pas de solution satisfaisante, lorsque « ça coince » comme on dit, même lorsqu'on voit relativement bien ce qu'il faudrait « théoriquement » faire, c'est souvent parce que la raison scientifique et la raison pratique fonctionnent de manière cloisonnée, sans être articulées. On a trop longtemps opposé de manière simpliste la connaissance « théorique » des scientifiques et la connaissance « concrète » de ceux que les premiers appellent habituellement les « acteurs », comme si eux-mêmes n'agissaient pas. Si chacun a des compétences et expériences propres, dans la société actuelle, ces « acteurs » à responsabilité ne se privent pas d'analyser eux aussi les problèmes et ont d'ailleurs été, le plus souvent, eux-mêmes formés aux disciplines universitaires, tandis que les scientifiques ont souvent une expérience pratique « sur le terrain », selon la formule consacrée. Beaucoup d'ailleurs, dans des domaines comme le droit, la médecine ou la gestion notamment, portent d'ailleurs les deux casquettes. Lorsque les uns et les autres restent dans leur coin et ne travaillent pas de conserve, ne confrontent pas leurs analyses, réflexions et expériences, n'exposent pas et ne défendent pas leurs points de vues, si, surtout, ils n'envisagent pas ensemble des pistes et des solutions, le risque est grand que les propositions des scientifiques restent purement théoriques, sans prise en compte des contraintes et des résistances du terrain, qu'elles apparaissent sans doute scientifiquement fondées, mais irréalistes au regard des moyens disponibles, des rapports de force politiques ou encore de la culture d'une partie de la population concernée, et qu'inversement, les décisions à court terme des « acteurs », ne prennent pas suffisamment en compte les effets probables à moyen terme et manquent de pertinence d'un point de vue plus global et systémique. Le dialogue voulu par le Think Tank associe universitaires, académiques ou scientifiques, décideurs politiques et responsables institutionnels notamment, sans instaurer de hiérarchie entre les uns et les autres, ou entre leurs fonctions et métiers. Cela suppose la reconnaissance et l'acceptation d'une pluralité d'intérêts et d'éthiques, notamment celle de la conviction pour le scientifique qui cherche à comprendre les phénomènes et à établir le vrai, et celle de la responsabilité pour le politique qui cherche à prendre des décisions non seulement souhaitables mais encore possible et réalistes.¹⁰

10 On se réfère ici à la classique distinction de Max Weber dans *Le savant et le politique* – Paris, Plon, Coll. 10/18, 1963 (1919) – qui écrivait « L'éthique de la conviction et l'éthique de la responsabilité ne sont pas contradictoires mais elles se complètent l'une l'autre et constituent ensemble l'homme authentique, c'est-à-dire l'homme qui peut prétendre à la vocation politique. »

Partant du principe que chacun, avec sa propre discipline, ne maîtrise le plus souvent qu'une partie ou qu'un aspect pointu d'un problème presque toujours complexe, la démarche est forcément multidisciplinaire. Sans prétendre intégrer en profondeur les logiques scientifiques des disciplines voisines, chacun peut au moins se laisser interpeler dans sa propre démarche disciplinaire par les questions que se posent les autres disciplines ainsi que par les concepts clés qu'elles proposent, et les interpeler en retour à partir de ses propres outils conceptuels. Le dialogue entre disciplines et spécialités que le Think Tank veut promouvoir ne consiste donc ni en une interdisciplinarité intégrale qui serait trop prétentieuse, ni en une juxtaposition de points de vue qui resteraient étrangers les uns aux autres, mais plutôt dans un questionnement réciproque qui oblige chacun à se décaler quelque peu par rapport à sa propre perspective, à mieux l'explicitier et, le cas échéant, à s'aventurer sur les voies proposées par d'autres.

Dépassement, entrecroisement et traversée des frontières entre savoirs et disciplines autant qu'entre entités institutionnelles, économiques et culturelles ... tels sont les principes clés du Think Tank, dont le premier épisode s'achève sur cet ouvrage principalement consacré au thème des urgences médicales. Outre son intérêt intrinsèque, ce travail a valeur méthodologique puisqu'il constitue aussi la première expérience de mise en œuvre d'un dispositif qui a pu être évalué et pourra être amélioré pour un second chantier qui s'entame.

3. La première édition du Heidberg Think Tank : genèse, raisons, démarche

Marc Czarka

Suivant les discussions préalables et après un premier accord de l'ensemble du comité de pilotage sur le thème de la santé, nous avons proposé de consacrer les deux premières journées du Heidberg Think Tank aux urgences médicales. Cette thématique permettait de rejoindre les préoccupations de chacun et de prendre en considération une approche croisée de la santé et de l'économie. En effet, le choix du thème des urgences devait permettre d'intégrer les aspects transversaux de la thématique des frontières tant pour la santé que pour l'économie : comment mieux intégrer cette thématique qu'à travers une des frontières qui marque le passage de la première à la deuxième ligne des soins de santé, l'hôpital et l'extramuros, le malade et l'homme en bonne santé... ? Le tout dans un contexte de sécurité sociale qui se veut juste, solidaire et durable.

L'objectif de la rencontre du Heidberg Think Tank n'était pas d'émettre des propositions claires et pratiques, mais d'ouvrir le débat sur le devenir de la prise en charge des urgences médicales. A titre d'exemple, pour les acteurs proches des services d'urgence, ce secteur des soins de santé est non seulement en croissance importante mais aussi en souffrance : toujours plus de besoins réels ou perçus, médicaux mais parfois aussi sociaux mal ou non gérés ailleurs, et des contraintes de ressources et organisationnelles qui ne semblent plus rencontrer les attentes du public et des professionnels qui s'en plaignent.

De nombreuses questions se posent, tant sur les motivations des patients qui font appel aux services d'urgences, que sur les besoins possibles d'éducation sanitaire, d'organisation et d'incitants pour toutes les parties. Y a-t-il confusion entre urgence médicale et sentiment d'urgence médicale dans le public et pourquoi ? Il existe, en effet, une différence fondamentale entre la conception de l'urgence par un professionnel de la santé et le sentiment d'urgence d'un patient. Cette distinction prend en compte des réalités différentes voire divergentes. Pour le professionnel, il s'agit avant tout de répondre à un besoin médical vital, d'y répondre dans les meilleurs délais et, donc, de hiérarchiser les problèmes. Pour le patient, il s'agit d'obtenir une réponse dans un délai court à une problématique ressentie comme urgente et qui nécessite une réponse la plus rapide possible. Cette différence d'appréciation doit toujours être gardée à l'esprit afin d'essayer

de concilier, si c'est possible et quand c'est possible, cette double réalité. Ceci explique-t-il pourquoi il y a toujours plus de patients dans les services d'urgences des hôpitaux ? Les personnes qui y affluent doivent-elles s'y rendre ? Qu'en est-il de la répartition démographique, avec beaucoup d'enfants mais aussi de personnes âgées qui font appel aux services d'urgences ? Leur arrivée aux urgences doit-elle être attribuée à un manque d'anticipation ou est-ce la conséquence du vieillissement de la population ? Y a-t-il vraiment une faible disponibilité de lits dans les autres services hospitaliers, ce qui conduirait à prolonger le séjour aux urgences en attendant qu'une place se libère ailleurs dans l'hôpital ? Mais aussi, comment concevons-nous les services d'urgences ? Quels sont les problèmes rencontrés par les services d'urgences ? Quelles en sont les causes ? Quel système idéal pour un service de soins efficace ? Quels sont les défis auxquels sont confrontés les services d'urgences ?

Nous avons choisi d'aborder le sujet en invitant des experts belges et/ou internationaux pour nous éclairer et stimuler les débats en groupe de travail. Une réunion de travail préparatoire avec Monsieur Yves Leterme, à l'époque Directeur Général adjoint de l'OCDE, nous avait donné accès aux travaux de cette institution et nous y avons tout de suite vu l'intérêt de l'intégrer dans notre réflexion. La première demi-journée était donc consacrée à des présentations d'ordre assez général, pour comprendre comment, tant dans les pays de l'OCDE que dans l'Eurégio Meuse-Rhin, la question des urgences était abordée : besoins, ressources, organisation, bonnes pratiques... Ensuite, les demi-journées suivantes ont été consacrées aux rôles des lignes de soins et du service d'urgence en Belgique et comment intégrer la prise en charge du patient « urgent » au-delà des frontières de ligne de traitement, aux aspects économiques et culturels à prendre en compte dans cette thématique, avant de conclure sur une réflexion comparant le système existant au sentiment ou au besoin d'urgence.

De nombreuses questions transversales et interpellations soulevées à plusieurs reprises lors des diverses discussions sont venues encore enrichir notre compendium : qu'entendons-nous exactement par « urgences » ? Que voulons-nous comme services de soins de santé ? Plus encore, que voulons-nous pour notre santé ? Le gain d'efficacité se gagne-t-il en aval ou en amont ? Un des défis des services d'urgences serait-il d'amener les personnes qui nécessitent des soins médicaux en urgence mais n'y arrivent pas ? Pourquoi n'y sont-elles pas arrivées ? Comment parvenir à un équilibre entre un cadre général (approche globale d'une problématique) et une réponse locale (réalités de terrain) ? Comment harmoniser au mieux les pratiques afin d'assurer les mêmes droits à tous en sachant que ces droits ne seront concrets que s'il est tenu compte des réalités locales ? Autant de questions qu'experts et non-experts ont discuté ouvertement, le temps d'une pause...

Pour nous éclairer sur ces questions, les organisateurs ont invité de nombreux orateurs à partager leurs points de vue, leurs expériences et leurs expertises avec les participants non-experts. La méthodologie consistait non seulement à écouter les experts mais aussi à discuter, à la suite de chaque exposé, en petits groupes de travail leurs conclusions. Le temps consacré à ces discussions et aux échanges était au moins égal au temps consacré à l'écoute des exposés, ce qui a considérablement enrichi la réflexion en commun.

Le document que vous avez entre les mains est la compilation des présentations et réflexions des experts lors de ce séjour au Heidberg à Eupen, la quintessence des réflexions faites en groupe après les exposés se retrouvera dans les conclusions.

Nous remercions encore Monsieur Karl-Heinz Lambertz d'avoir non seulement lancé l'idée du Think Tank mais aussi d'avoir mis à la disposition du Think Tank le couvent Heidberg, pour nous donner le temps de la pause et de la réflexion à Eupen sur cette thématique des urgences médicales.

2^e partie :
Les services d'urgence et leurs patients :
Comparaison internationale
(rapport de l'OCDE)

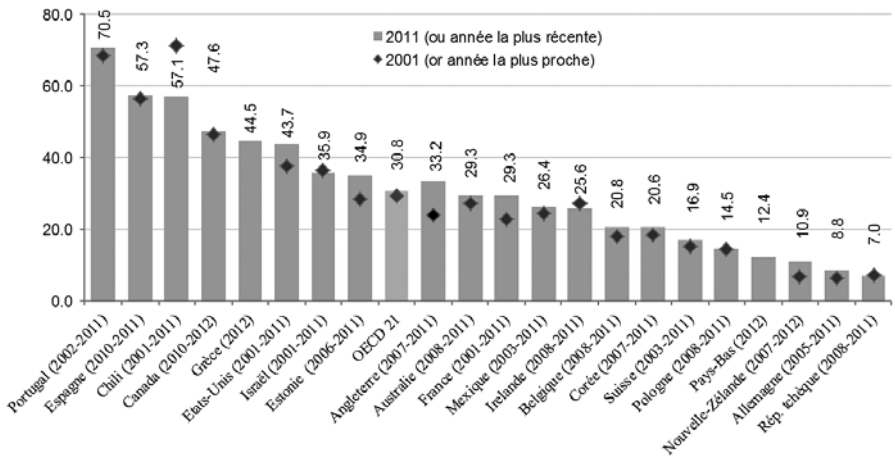
Introduction

Les pages suivantes reprennent un résumé du rapport *Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand*.¹¹ La version complète du rapport peut être téléchargée en anglais sous le lien suivant : <http://dx.doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>. Les données bibliographiques sont reprises en note de bas de page.

Ce rapport examine tout d'abord l'évolution du nombre de patients qui se rendent aux urgences dans 21 pays de l'OCDE. Il analyse ensuite les principaux déterminants de l'utilisation des services d'urgence, en étudiant à la fois les déterminants liés à la demande et à l'offre de soins. Enfin, le document de travail passe en revue les approches nationales adoptées par certains pays pour réduire la demande de soins urgents et assurer une utilisation plus efficiente des ressources.

I. Évolution de la fréquentation des services d'urgence et caractéristiques des visites

Figure 1. Nombre de visites aux urgences pour 100 habitants, 2001 et 2011 (ou année la plus proche)



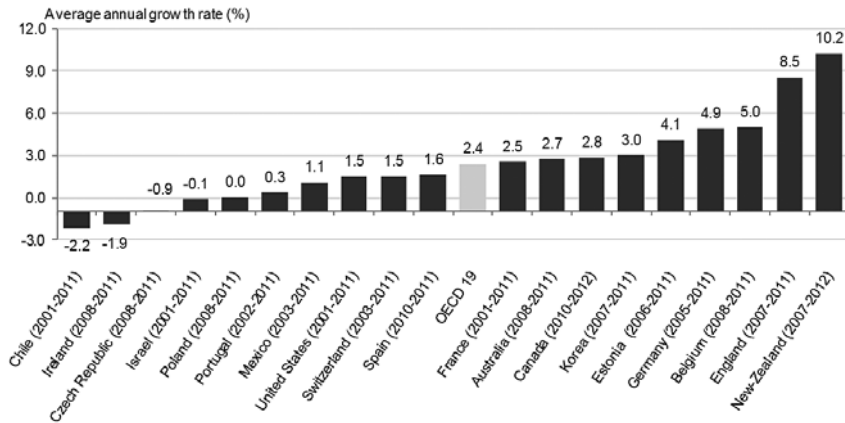
Le graphique 1 présente le nombre de visites aux urgences pour 100 personnes et son évolution dans le temps (de 2001 à 2011). Il indique une augmentation de la fréquentation au cours du temps en moyenne dans les pays de l'OCDE. Le nombre

11 C. Berchet, *Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand*, OECD Health Working Papers, No. 83, OECD Publishing, Paris, 2015. <http://dx.doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>.

de visite pour 100 personnes a augmenté de 5 % en moyenne de 2001 à 2011. Les données révèlent cependant de grandes disparités d'un pays à l'autre. Le nombre de visites pour 100 personnes est le plus élevé au Portugal et en Espagne, alors qu'il est le plus faible en Nouvelle-Zélande, en Allemagne et en République Tchèque. En 2011, il y avait en moyenne 31 visites pour 100 personnes dans les pays de l'OCDE. La Belgique présente une plus faible fréquentation des urgences, avec environ 21 visites pour 100 personnes.

Ces variations sont à interpréter avec prudence néanmoins puisque les pays peuvent adopter des définitions différentes.

Figure 2. Taux de croissance annuel moyen des visites aux urgences pour 100 habitants, 2001 et 2011 (ou année la plus proche)



Le second graphique présente les taux de croissance annuel moyen des visites aux urgences sur la période 2001/2011. Il révèle de nouveau de grandes disparités entre les pays. Le taux de croissance annuel moyen du nombre de visites pour 100 personnes est de 2.4 %. Il est le plus important en Allemagne, Belgique, Angleterre et Nouvelle-Zélande. En Belgique, le taux de croissance annuel moyen s'élève à 5 % et est donc 2 fois plus important que la moyenne des pays de l'OCDE.

Il y a trois caractéristiques particulièrement intéressantes qui se dégagent de la littérature portant sur l'activité et le recours aux urgences dans les pays de l'OCDE.

- D'abord, le nombre de visites et les taux de recours aux urgences sont toujours plus importants aux âges extrêmes de la vie : les plus jeunes et les plus âgés. C'est le cas aux États-Unis, en Suisse, en Nouvelle-Zélande, en France et en Belgique.

- Il semble deuxièmement que les blessures et lésions traumatiques soient les principales causes de recours (comme les données le montrent en Suisse, Angleterre, aux États-Unis, au Canada et en Estonie).
- Enfin, il y a entre 12 % et 56 % des visites aux urgences qui sont considérées dans la littérature comme « évitables », « non-urgentes » ou encore « non appropriées ». En Australie, Angleterre, Belgique, au Canada, en France, Italie, au Portugal et aux États-Unis, une proportion significative de patients pourrait être plus efficacement traitée par la médecine de ville.

Si la mesure des passages « évitables » ou « inappropriés » est un exercice difficile au sein de chaque pays, il faut reconnaître que ces questions constituent un enjeu majeur tant sur le plan médical que financier. En Belgique, 56 % des visites aux urgences sont considérées comme « évitables », ce qui est considérable.

II. Déterminants de l'utilisation des services d'urgence

Différents types de facteurs expliquent le recours aux urgences.

Du côté de la demande, il y a d'abord les préférences individuelles. La population a une forte préférence pour les services d'urgence en raison de leur facilité d'accès en termes de proximité géographique ou encore de disponibilité du plateau technique. Ces facteurs sont évoqués en France, aux États-Unis ou encore en Italie. Il y a ensuite le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques qui jouent un rôle important dans la croissance de la fréquentation des urgences, notamment au Japon, aux États-Unis et en Australie. Enfin, les situations de précarité financière et sociale jouent un rôle dans les taux de recours aux urgences. En Angleterre, aux États-Unis et au Canada, les personnes fragilisées par une situation de précarité économique et sociale ont un recours aux urgences plus important toutes choses égales par ailleurs.

Du côté de l'offre, la littérature et les données disponibles montrent que l'insuffisance de l'offre de soins de ville est directement associée au recours aux urgences. Ainsi, la fréquentation des services d'urgence est significativement plus importante dans les pays où l'accès aux soins primaires est limité en raison par exemple de délais d'attente importants (États-Unis, Canada, France et Angleterre). De la même manière, dans les pays où la permanence des soins primaires en dehors des heures ouvrées est mal assurée en amont, les taux de recours aux urgences sont plus importants (Chili, Grèce et France). Enfin, en Angleterre l'augmentation de la chirurgie ambulatoire est associée à une augmentation des admissions aux services d'urgence. Cette association ne peut cependant pas être généralisée aux autres pays de l'OCDE en raison d'un manque d'étude empirique.

III. Approches nationales adoptées par les pays de l'OCDE

Différentes approches ont été adoptées par les pays de l'OCDE pour réduire la demande de soins urgents et assurer une utilisation plus efficiente des ressources.

En ce qui concerne les politiques visant à réduire la demande de soins urgents, il y a en premier lieu les politiques qui visent à accroître l'accès aux soins primaires et aux soins communautaires tels que le développement de services de soins offerts par téléphone, le développement de la permanence des soins primaires (en dehors des heures ouvrées), le développement des centres de soins primaires et le développement des centres de santé communautaire. Parmi ces 4 politiques, la littérature montre que le développement de la permanence des soins primaires et le développement des centres de santé communautaire permettent de diminuer le nombre de visites aux urgences dans un certain nombre de pays. L'impact des services de soins offerts par téléphone et le développement de centre de soins primaires est contradictoire dans la littérature.

Pour réduire la demande de soins urgents, d'autres pays ont fait le choix d'introduire des incitations financières du côté de la demande, à travers la mise en place de co-paiement dans les services d'urgence ou à travers la gratuité des soins primaires sur le lieu des soins. L'impact de ces politiques dans la littérature est encore ambigu.

Le troisième type de politique visant à réduire la demande consiste à déployer les technologies de l'information et de la communication. En outre, le renforcement de la télémédecine permet de réduire le nombre de visite aux urgences à travers les consultations à distance, une meilleure information des patients sur la gestion de leur pathologie et sur l'offre de soins alternatifs.

Enfin, les politiques visant à accroître l'efficacité des services d'urgence consiste à améliorer la trajectoire du patient ou le parcours du patient après son arrivée aux urgences hospitalières. La littérature montre qu'un certain nombre de pays ont fait le choix d'introduire des médecins généralistes dans les services d'urgence pour traiter et rediriger les patients vers des structures de soins plus adaptées. D'autres pays ont fait le choix d'établir des circuits courts dans les services d'urgence pour prendre en charge rapidement des patients valides et permettre une meilleure rotation des patients. Enfin, certains pays ont développé de nouveaux modes de paiement pour les services d'urgence en vue d'encourager la sortie des patients et de diminuer les admissions. Parmi ces trois politiques, seul le développement des circuits courts et des nouveaux modes de paiement a montré son efficacité pour améliorer l'efficacité des services d'urgence.

En conclusion, le rapport de l'OCDE montre que la réduction de la demande de soins urgents et l'amélioration de l'efficacité de ces services peuvent s'effectuer au travers :

- d'un renforcement de l'accessibilité de la permanence des soins primaires ;
- de l'utilisation de la télémédecine ;
- du développement des circuits courts au sein des services d'urgence et de la mise en place de nouveaux modes de paiement.

3^e partie :
Les services d'urgence et leurs patients :
Acteurs et perspectives

1. « EMRIC : La coopération transfrontalière dans l'Eurégio Meuse-Rhin »

Maria Ramakers

Avant-propos

Dans ce document, la coopération transfrontalière dans l'Euregio Meuse-Rhin (EMR) sur le terrain de l'aide médicale urgente est décrite dans son large contexte.

Aujourd'hui en Europe, les frontières nationales sont à maints endroits à peine perceptibles. La population des deux côtés d'une frontière vit et travaille en bonne intelligence avec ses voisins, comme si la frontière n'était rien de plus qu'une ligne tracée sur la carte géographique qui aurait perdu de sa signification dans la vraie vie. À l'instar des citoyens européens, la nature ne s'arrête pas aux frontières. Vents et pluies emportent les micro-organismes et fines poussières vers le pays voisin, les incendies se propagent indépendamment des coordonnées géographiques et, en cas d'inondation comme de séisme, aucun mur jaillissant du sol ne peut retenir les éléments. Le fait que les citoyens traversent fréquemment la frontière constitue un facteur supplémentaire d'exposition aux risques dans d'autres pays. Les habitants d'un pays dépendent ainsi davantage du pays voisin qu'ils ne le pensent. Les maladies infectieuses peuvent rapidement se transformer en épidémies internationales lorsque le risque qu'elles comportent n'est pas reconnu et combattu à un stade précoce. De même, les substances chimiques et particules radioactives peuvent se répandre comme une traînée de poudre à l'insu de tous et causer des dommages pour la santé. Les riverains menacés ne peuvent pas toujours se rendre compte jusqu'où les particules contaminées sont amenées par la fumée d'un incendie.

En outre, l'entraide suprarégionale au sein d'un pays est généralement moins fastidieuse et s'accompagne de moins d'incertitudes que ce n'est le cas au niveau supranational. Les catastrophes en particulier demandent souvent, pour limiter les dommages et apporter des secours, plus de moyens que ceux disponibles dans la zone couverte par l'aide médicale urgente. Dans une telle situation, le personnel et les équipements du pays voisin peuvent dans certains cas arriver plus rapidement sur place que les ressources des régions voisines dans le même pays. Toutefois, il n'est pas rare dans ce contexte que les différences législatives, culturelles et linguistiques des pays concernés constituent une difficulté.

L'EMR qui présente une forte densité de la population et de nombreuses frontières a reconnu et analysé les problèmes et défis de ce type il y a déjà quatre décennies. Autour du « coin des trois pays » (Belgique, Allemagne et Pays-Bas), l'EMR couvre les territoires suivants : les Provinces du Limbourg et de Liège, la Communauté germanophone y inclus, en Belgique, la *Region Aachen* en Allemagne et le sud du Limbourg aux Pays-Bas. L'EMR est une région fortement industrialisée de 4 millions habitants qui vivent sur un territoire d'environ 10 000 km² avec un trafic routier, fluvial et aérien important. C'est en outre une région touristique. Vous trouverez ci-dessous une carte de la région.



L'une de ses particularités est que trois langues y sont parlées et quatorze niveaux de gouvernement y coexistent, ce qui peut aisément être considéré comme un obstacle insurmontable à la coopération transfrontalière. Cela peut expliquer que d'une part les problématiques sont ici connues et reconnues, et que d'autre part la région dispose d'une expérience certaine.

Dans ce petit bout d'Europe, les frontières nationales ont une moindre importance. C'est le cas aussi dans les domaines de la sécurité, de l'aide médicale urgente et de la lutte contre les maladies infectieuses, comme le montrent de nombreux exemples.

Cet article se limite à la coopération sur le terrain médical vu le thème principal du Heidberg Think Tank.

EMRIC

Il y a 40 ans déjà, un organe se penchait sur la sécurité et l'aide médicale urgente autour de la zone frontalière de l'EMR. À cette époque, les responsables des trois pays n'avaient pas fixé de but précis en la matière et ils ne se doutaient d'ailleurs guère de l'importance que pourrait revêtir leur mission à l'avenir. La mise en route de la coopération avec des rencontres régulières et la définition de différents objectifs et champs d'action a été relativement lente au début de sorte que l'actuel comité de pilotage de la sécurité publique n'est guère comparable avec le groupe

de travail d'alors. Cependant, le groupement initial constituait le premier cadre formel et a au moins posé les bases de la coopération transfrontalière. Il y a environ 15 ans que le GHOR Zuid-Limburg a accéléré cette coopération. À l'heure actuelle, le comité de pilotage, responsable pour EMRIC se réunit une fois par trimestre afin de pouvoir travailler en assemblée plénière et en concertation avec les organismes publics concernés de l'EMR. Au sein du comité de pilotage siègent les plus hauts responsables des différentes régions dans le domaine de la sécurité et de la santé.

Institution/organisation	Pays
Städteregion Aachen	Allemagne
Stadt Aachen	Allemagne
Bezirksregierung Köln	Allemagne
Kreis Heinsberg	Allemagne
Province de Liège	Belgique
Provincie Limburg	Belgique
Veiligheidsregio Zuid-Limburg	Pays-Bas
GGD Zuid Limburg	Pays-Bas

Les accords internationaux passés¹² permettent dans son ensemble d'évoluer dans un cadre professionnel et légal dans le but de renforcer la sécurité et la santé dans l'EMR.

Les objectifs d'EMRIC sont inscrits dans le plan pluriannuel 2014-2019¹³ de ce groupe de pilotage dont le bureau de coordination EMRIC et les nombreux thèmes touchés sont remarquables. Les thèmes s'articulent autour de trois grands axes thématiques : soins urgents dans le domaine médical, secours aux personnes et à l'environnement dans le domaine des incendies et approche des maladies infectieuses. Le plan pluriannuel 2014-2019 cite d'une part l'objectif d'implémenter les produits existants sous responsabilité des partenaires eux-mêmes. D'autre part, les prochaines années mettront explicitement l'accent sur la transposition et l'évaluation de tous les accords. Le plan pluriannuel 2014-2019 se caractérise toutefois surtout par le fait que les partenaires au sein du comité de pilotage sont parvenus à des accords visant à assurer la coopération pour les cinq prochaines années à travers un ancrage dans leurs budgets respectifs.

12 <http://emricplus.eu/index.php/fr/multidisciplinaire/lois-et-regles/publications>.

13 Comité de pilotage Euregio Meuse-Rhin gestion de crise (EMRIC), Plan pluriannuel 2014-2019 ; Poursuite du développement de l'aide transfrontalière dans l'Euregio Meuse-Rhin, 2012.

La coopération des centrales d'alerte

Les centrales d'alerte sont en charge de transmettre les appels d'urgence aux pompiers et services ambulanciers et aux chefs d'intervention. Les centrales d'alerte sont sur le plan chronologique les premiers maillons de la chaîne de secours et jouent ainsi un rôle important pour la qualité de ceux-ci. Dans les pays participants, les centrales d'alerte peuvent être jointes par le numéro d'urgence européen, le 112, qui relie les appelants, outre les numéros d'urgence nationaux et régionaux partiellement encore en usage, au centre le plus proche. En règle générale, « le plus proche » signifie « le plus proche dans le même pays que l'appelant » puisque l'appel d'urgence est relayé vers un centre en fonction du réseau téléphonique utilisé. Dans une région à forte densité démographique comme l'EMR, les véhicules d'intervention des pompiers et de l'ambulance les plus proches se trouvent toutefois souvent dans le pays voisin de l'appelant, de sorte qu'une association rapide des données entre les centrales d'alerte des trois pays peut contribuer à une meilleure sécurité et à la prévention des conséquences négatives d'accidents. Depuis que l'alerte à la centrale peut être donnée à l'aide d'un appareil de téléphone mobile, les appels d'urgence dans la région frontalière parviennent souvent à la centrale d'un pays voisin en raison de l'utilisation d'un réseau mobile étranger, ce qui rend une transmission rapide encore plus nécessaire.

Dans l'EMR, l'idée d'un partenariat entre les centrales d'alerte est non seulement acceptée depuis longtemps, mais aussi expressément plébiscitée. Au vu des plusieurs centaines d'interventions de secours transfrontalières par an – environ 1000 en 2014 –, la coopération repose sur des accords de signalement mutuel et des conventions d'amélioration des services de secours.¹⁴ Les réunions trimestrielles des responsables des centrales d'alerte dans l'EMR permettent depuis 15 ans une mise en réseau constante de sept centrales d'alerte de l'EMR. Les nouveautés nationales et régionales dans les trois pays, mais aussi les systèmes et structures des pays voisins, peuvent ainsi régulièrement faire l'objet d'échanges et les discussions créent en outre une base de confiance et d'appréciation mutuelles pour des collègues autrefois inconnus.

L'objectif commun des centrales d'alerte est de raccourcir les délais d'intervention, ce qui permettra l'analyse des exemples positifs et négatifs d'interventions proches des frontières et les conclusions pour de futures situations similaires.

14 Ramakers, Bindels, Wellding, *Secours transfrontaliers dans l'Euregio Meuse-Rhin ; législation et réglementation, conventions et accords en matière de soins transfrontaliers des ambulanciers et des sapeurs-pompiers dans l'Euregio Meuse-Rhin*, 2007.

Outre des succès considérables de ce type, un protocole abrégé trilingue est élaboré afin de simplifier les demandes d'intervention transfrontalière, ce qui servira aux urgences tant médicales que relevant des pompiers. D'autre part, un glossaire trilingue¹⁵ a été fait dans EMRIC. Ce dernier s'intéresse à la terminologie spécialisée utilisée dans les trois pays, laquelle est souvent inconnue dans le pays voisin en raison de sa spécificité et des différences structurelles existant entre les trois pays. La distribution de ce glossaire à toutes les institutions devant coopérer en cas d'événement transfrontalier permettra à l'avenir de diminuer les difficultés de communication et les appréhensions en découlant. Un autre projet pour l'avenir proche est la conception d'un *fleetmapping* (plan de numérotation) transfrontalier. Les cartes géographiques utilisées par les centrales d'alerte ne montreront donc plus seulement les emplacements des véhicules de secours du propre pays, mais aussi ceux des deux pays voisins. Les centrales d'alerte pourront de cette manière visualiser immédiatement les moyens disponibles, même dans le pays voisin et à proximité de la frontière, sans devoir d'abord contacter les centres homologues dans les pays concernés.

Soins médicaux urgents

La prise en charge rapide des urgences médicales sur les lieux, pendant le transport vers la structure de soins adaptée la plus proche et sur place est souvent absolument indispensable afin d'assurer la survie et de limiter les suites à long terme pour la santé des victimes. Dans l'EMR cette aide rapide est souvent livrée par des services étrangers. C'est pourquoi un partenariat existe depuis plus de quinze ans sous le nom de « Groupe Focus EUMED ». Les membres du groupe EUMED sont les médecins dirigeants des services « Urgences » des grands hôpitaux dans l'EMR et les responsables de ceux-ci ainsi que les responsables des services ambulanciers et leurs médecins. Les produits actuels concernent la procédure EUMED, mais aussi l'optimisation des transports de patients en soins intensifs, la traumatologie transfrontalière, l'approche dans le domaine des substances chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires ainsi que la formation, le perfectionnement et l'entraînement des intervenants pour que les différences dans les systèmes et les compétences ne dérangent pas l'aide aux patients.

La procédure EUMED fixe les compétences des différents services d'aide médicale urgente et la répartition des blessés dans les hôpitaux de l'Euregio en cas d'accidents de grande ampleur. En outre, les centrales d'alerte et les chefs médicaux

15 Emeric+, *Dictionnaire pompiers français, allemand, néerlandais*, 2013.

16 EUMED, *Aide médicale transfrontalière à grande échelle dans l'Euregio Meuse-Rhin*, Version 4.0, 2015.

	Belgique	Allemagne	Pays-Bas
Basic Life Support <i>(réanimation de base)</i>	Ambulance 2 Ambulancier	Krankentransportwagen 1 Rettungshelfer 1 Rettungssanitäter	Ambulance 1 Ambulancechauffeur 1 Ambulanceverpleegkundige
Advanced Life Support + Prehospital Trauma Life Support <i>(réanimation traumatique avancée)</i>	Paramedic Intervention Team (PIT) (pilot project) 1 Ambulancier 1 Ambulanceverpleegkundige	Rettungswagen 1 Rettungssanitäter 1 Rettungsassistent (soon : Notfallsanitäter)	
Medical measures on physician level <i>(mesures médicales aux niveaux infirmier)</i>			→ anything except narcosis
Advanced medical measures <i>(mesures médicales avancées)</i>	Mobiel Urgentie Groep (MUG) / Service Mobile d'Urgence et Reanimation (SMUR) 1 Ambulanceverpleegkundige 1 Médecin urgentiste	Notarzteinsetzfahrzeug (NEF) 1 Rettungsassistent 1 Médecin urgentiste	Mobiel Medisch Team (MMT) 1 Ambulanceverpleegkundige 1 Médecin urgentiste

trouveront dans ce plan le nombre de lits d'hôpital disponibles et les coordonnées de structures vouées aux urgences dans les différents hôpitaux pour les cas d'urgences transfrontalières.

Nouvelles pistes pour les transports de patients en soins intensifs avec EUMIC

« EUMIC » est un projet issu du groupe de travail restreint EUMED visant à améliorer la qualité et l'harmonisation des transports sanitaires de patients en soins intensifs dans l'EMR. EMRIC-EUMIC (Euregio Medical Intensive Care) façonne l'amélioration de ces transferts interhospitaliers de patients en soins intensifs dans l'EMR. A l'heure actuelle, l'équipement et la disponibilité des unités mobiles hospitalières ou unités de thérapie intensive mobiles (UTIM), en anglais « Medical Intensive Care Units » (MICU), dans l'EMR diffèrent fortement et, du point de vue des professionnels de santé participants, ne suffisent pas pour les 2.500 transferts interhospitaliers annuels de patients en soins intensifs. Diffèrent d'une part les systèmes de transport utilisés et d'autre part les difficultés rencontrées par chacune des trois régions qui ne peuvent garantir des interventions 24h/24. En effet, un tel système de transport opérant en illimité est associé à des investissements lourds en termes

de temps et d'argent. L'idée de base sur laquelle repose EUMIC concerne précisément cette notion qui a marqué les systèmes de transport dans les trois régions jusqu'à présent. Un partenariat des trois régions, et au-delà éventuellement un regroupement avec d'autres régions de transport UTIM, doit permettre d'exploiter au mieux les ressources disponibles afin d'améliorer la qualité des transferts urgents sans surcroît notable des coûts. À cette fin, des indicateurs de qualité du transport UTIM et des catégories de patients sous soins intensifs sont élaborés de manière à dépêcher les différents systèmes de transport selon les catégories définies. En outre, les transferts devront à l'avenir être possibles de nuit, le week-end et les jours fériés tout autant que de jour et en semaine. Cela doit pouvoir être réalisé par le concept EUMIC non seulement pour les transferts transfrontaliers, mais aussi sur le territoire national et servir d'exemple le moment venu pour d'autres régions d'Europe. L'objectif est donc à la fois d'améliorer l'efficacité régionale du transport UTIM et de développer un tout nouveau concept de soins pendant ce type de transferts. Une étude scientifique sera faite et formera la base de ce projet. Cet objectif fait l'unanimité parmi toutes les parties qui ont signé une déclaration d'intention dans ce sens.¹⁷

La vision d'un réseau trauma européen – Le projet BTCCE

Dans le domaine de la traumatologie, l'hôpital universitaire de Maastricht (MUMC) et l'Uniklinikum Aachen entretiennent des liens, même en-dehors de l'EMR à travers le réseau trauma Regio Aachen dans le cadre de l'initiative TraumaNetzwerk® de l'association allemande de traumatologie (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie). Seuls quelques autres hôpitaux non-allemands sont affiliés aux réseaux trauma allemands en raison d'un cahier des charges exigeant en matière de respect de la qualité et de normes de traitement ainsi que de leur vérification régulière. Par le projet « Boundless Trauma Care Central Europe » (Soins de traumatologie sans frontières Europe centrale), abrégé BTCCE, le Groupe Focus EUMED étend le champ d'action d'EMRIC-EUMED à la région frontalière entre l'Allemagne et les Pays-Bas qui ne fait pas partie de l'EMR et y a associé au sud les régions frontalières entre l'Allemagne et la Belgique, l'Allemagne et le Luxembourg ainsi qu'entre l'Allemagne et la France. L'objectif de ce projet est de réaliser un réseau trauma couvrant de vastes territoires si ce n'est toutes les régions d'Europe. Le réseau trauma doit d'une part servir à améliorer la qualité des secours et de la prise en charge dans les régions moins bien équipées et d'autre part faire en sorte à l'avenir qu'aucun service d'aide médicale urgente ne s'arrête plus aux frontières nationales de sorte que les zones proches des frontières pourront profiter des ressources du pays voisin et que la santé de la population sera maximisée. Les

17 Letter of intent Inter-hospital Transport Care for ICU patients in the Euroregion Meuse-Rhine.

initiateurs du projet espèrent qu'au sein de ce réseau trauma la nationalité et le lieu de résidence ou séjour ne détermineront plus la qualité de la prise en charge en cas d'accident, les frontières étant abolies. Dans les hôpitaux des régions frontalières citées, le projet a déjà reçu l'approbation du personnel de traumatologie qui le soutient. En signant une déclaration d'intention¹⁸, plus de 40 médecins-urgentistes, centrales d'alerte et des responsables de l'aide médicale urgente se sont engagés à coopérer, afin de permettre le développement d'un réseau trauma opérationnel à grande échelle. À cette fin, les possibilités légales ont été examinées pour les interventions transfrontalières des services d'aide médicale urgente et le projet devrait très prochainement être également diffusé auprès des institutions et organisations européennes. Un article scientifique¹⁹ sur ce thème a été publié.

L'approche médicale des substances dangereuses – CBRN

En cas d'accident, des substances nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques dangereuses, en bref CBRN (NRBC), sont souvent libérées en grandes quantités et, dans un premier temps, à l'insu de la population. Elles peuvent toutefois cacher des dangers importants pour la santé humaine, que ce soit par contact direct avec la substance en question lors de sa libération ou par contact indirect en ingérant des aliments contaminés ou en pénétrant dans des espaces contaminés. De tels événements font régulièrement l'actualité des médias car ils peuvent très vite avoir des effets sur une grande partie de la population. Si la source de la substance dangereuse n'est pas décelée, une prudence accrue est adoptée car elle peut être transportée sur de longues distances et au-delà des frontières nationales. Dans de tels cas, mais aussi lorsque la source est connue, le transfert d'information rapide à toutes les personnes menacées est essentiel afin d'exclure des effets négatifs sur la santé. Simultanément, il convient d'être prudent et de ne pas tirer de conclusions hâtives pour éviter la panique générale.

Dans l'EMR, il existe outre le transport de produits dangereux de nombreux sites différents qui peuvent aisément devenir des sources de substances dangereuses. C'est la raison pour laquelle le groupe de travail restreint EUMED s'occupe également de la coopération eurégionale sur des accidents avec des substances dangereuses et ceci en forte coopération avec les services des pompiers et de la Protection civile qui s'occupe de ce thème. Il s'agit de trouver ensemble des voies uniformes et efficaces pour créer dans l'ensemble de l'EMR une sécurité maximale

18 Letter of Intent Boundless Trauma Care Central Europe.

19 S. Jabakhanji, T. Meier, M. Ramakers-van Kuijk et al., *Agreements and practical experience of trauma care cooperation in Central Europe: The "Boundless Trauma Care Central Europe" (BTCCE) Project*, in: *Injury*, Vol. 46, 2015, p. 519–524.

après des accidents CBRN et d'y éviter les catastrophes. En font également partie l'établissement d'une consultation médicale uniforme transfrontalière dans toute l'EMR, que n'existe pas encore maintenant.

La formation et l'entraînement des services d'aide médicale urgente

En raison du caractère imprévisible des urgences médicales, il est essentiel de disposer d'une structure de soins urgents durablement opérationnelle et bien préparée afin d'agir efficacement contre les conséquences négatives de tels imprévus. La formation continue et des exercices réguliers apprennent à réagir rapidement aux situations inattendues et à apporter l'aide adéquate. C'est pourquoi EMRIC a fait émerger un groupe de travail qui se consacre à la promotion et à la mise en œuvre de cet aspect pour l'aide médicale urgente. Il veille aux exercices transfrontaliers et rapproche des experts des domaines concernés.

Dans ce contexte, dix collaborateurs des services d'aide médicale urgente et des pompiers de l'EMR se sont à nouveau envolés pour la Suède, comme cela avait déjà été le cas il y a quelques temps, afin d'y participer à un stage Emergo Train System (ETS) d'une semaine. Cette formation de « ETS Senior Instructor » développe par le biais d'exercices pratiques en temps réel l'aptitude à évaluer plus précisément les besoins en termes de moyens de secours en cas de catastrophe et à réagir avec efficacité et efficience aux catastrophes. La mission du *Senior Instructor* est de diffuser dans l'EMR les connaissances acquises en Suède par des exercices transfrontaliers qu'il organise lui-même. Evolution toute nouvelle est la formation d'un consortium d'universités, qui envisage de développer des cours sur la coopération transfrontalière, destinés aux professionnels et gouvernements ayant des responsabilités dans la sécurité publique.

Maladies infectieuses dans la zone frontalière

Les maladies infectieuses jouent un rôle décisif en matière de sécurité transfrontalière car elles peuvent se propager aisément et, dans un premier temps, à l'insu de tous, en particulier en raison de la mobilité accrue et des fréquents passages de frontière. Une vague d'une maladie perd ainsi rapidement son caractère local pour avoir des effets à l'échelle internationale. Un aspect essentiel de la lutte contre les maladies est l'identification précoce de la source et l'abaissement du taux de transmission. Une approche commune dans l'EMR permettra de minimiser la propagation de maladies si les professionnels de santé et gestionnaires s'informent mutuellement de phénomènes notables et s'avertissent ainsi des dangers. Le développement d'un tableau de bord (« dashboard ») eurégional accessible aux médecins des trois pays permet une surveillance dans tout le territoire et garantit un flux d'informations constant sur les maladies qui circulent. En outre, l'échange

régulier d'informations contribue à la mise en œuvre uniforme dans l'ensemble de l'Euregio de mécanismes permettant d'éviter la transmission des maladies, de sorte que les mesures préventives dans un pays ne soient pas affectées par un comportement à risque dans le pays voisin. Dans le cadre d'ateliers et autres manifestations, les partenaires du projet expliquent aussi le caractère significatif des maladies infectieuses et leurs principaux thèmes.

Epilogue

La garantie d'un niveau élevé de sécurité dans l'EMR reste l'objectif de tous, et le foisonnement d'idées visant à le réaliser semble loin d'être épuisé. Emric a pleinement conscience du rôle de pionnier qu'a l'EMR en raison de sa situation géographique spécifique et de la responsabilité qui en découle en matière de coopération. Tous les partenaires et acteurs concernés peuvent être fiers des avancées réalisées à ce jour, lesquelles ont permis d'améliorer la qualité de vie des citoyens de l'EMR, et se réjouissent, espérons-le, de poursuivre la coopération au sein et au-delà des frontières de l'EMR.

Littérature

- <http://emricplus.eu/index.php/fr/multidisciplinaire/lois-et-regles/publications> ;
- Comité de pilotage Euregio Meuse-Rhin gestion de crise (EMRIC), Plan pluriannuel 2014-2019 ;
- Poursuite du développement de l'aide transfrontalière dans l'Euregio Meuse-Rhin, 2012 ;
- Ramakers, Bindels, Wellding, Secours transfrontaliers dans l'Euregio Meuse-Rhin; législation et réglementation, conventions et accords en matière de soins transfrontaliers des ambulanciers et des sapeurs-pompiers dans l'Euregio Meuse-Rhin, 2007 ;
- Emric+, Dictionnaire pompiers français, allemand, néerlandais, 2013 ;
- EUMED, Aide médicale transfrontalière à grande échelle dans l'Euregio Meuse-Rhin, Version 4.0, 2015 ;
- Letter of intent Inter-hospital Transport Care for ICU patients in the Euroregion Meuse-Rhine ;
- Letter of Intent Boundless Trauma Care Central Europe ;
- Jabakhanji, S., Meier, T., Ramakers-van Kuijk, M. et al. Agreements and practical experience of trauma care cooperation in Central Europe: The "Boundless Trauma Care Central Europe" (BTCCE) Project; *Injury* 46 (2015) 519–524.

2. « L'urgence au-delà des frontières : pour une nouvelle organisation de la prise en charge des urgences médicales ? »

Benoit Collin

Le titre en lui-même synthétise l'objectif qu'il me semble essentiel, pour ne pas dire urgent, d'atteindre : un nouveau modèle transversal mais intégré de prise en charge des urgences médicales par-delà les frontières qui existent entre les divers intervenants médicaux ou non ou entre les diverses modalités de prise en charge de l'urgence médicale.

Reprenant une synthèse de différentes études et présentations sur la réalité aujourd'hui des urgences traitées par la modalité hospitalière (service des urgences), je mets ensuite également en question le rôle et les outils de la prise en charge notamment via la médecine générale des urgences médicales.

J'essaye de présenter aussi la perception de différents intervenants sur leur propre champ de prise en charge des urgences ou sur celui qu'ils estiment devoir, pouvoir, vouloir... attribuer ou laisser à d'autres intervenants. Dans les intervenants, j'essaye de ne pas oublier le patient qui a lui aussi sa perception de son urgence et qui peut parfois avoir aussi du mal à s'y retrouver dans le système segmenté actuel.

Plus qu'une démonstration pour laquelle je ne vais pas prendre le risque de dire que j'en aurai la connaissance et la compétence en tant qu'intervenant autre que patient ou observateur, je préfère reprendre certains éléments que j'essaye de mettre en perspective mais surtout en interrogation et en questionnement : et si la vraie urgence était de revenir à l'essentiel : comment assurer une prise en charge des demandes exprimées, vécues ou validées d'une urgence médicale à partir de la demande du patient jusqu'à la prise en charge effective au bon moment et au bon endroit, tant pour répondre à la demande médicale ou exprimée comme telle du patient que pour assurer l'efficacité organisationnelle optimale y compris en terme de coûts du système ?

Au sein d'un Think Tank se réunissant dans la partie germanophone de notre pays, à la frontière d'autres pays et d'autres communautés ou régions, d'autres langues, d'autres organisations des soins,... il m'a semblé utile de montrer que les vraies barrières n'étaient pas les frontières géographiques ou de langues mais la seg-

mentation d'un problème sans vision globale des possibles, des souhaitables, des collaborations plutôt que des prés carrés des divers intervenants... C'est l'avantage des Think Tanks : on peut toujours rêver en acceptant de confronter (et non d'affronter) les diverses opinions, expériences et faits, pour chercher des solutions originales mais aussi parfois évidentes mais que souvent chacun laisse à d'autres le soin de révéler, de défendre ou d'imposer pour ne pas soi-même sortir du bois !

C'est en tout cas la modeste contribution que j'espère avoir pu apporter à nos travaux et, soyons fous, à la solution future au problème posé !

Médecine d'urgence ?

Dans un rapport d'un groupe de travail de la Commission Nationale Médico-Mutuelliste datant déjà de 2004, on indique : « Bien que l'on parle de médecine d'urgence et de cas urgents, il n'existe pas de définition ou de mission clairement décrites de la "médecine d'urgence". La loi sur l'aide médicale urgente de 1964 parle de la dispensation immédiate d'aide en cas d'accident, de maladie soudaine ou de complication soudaine d'une maladie sans définir davantage la gravité de la pathologie ou la répartition des tâches entre les dispensateurs de soins. »

Le même groupe de travail distingue les patients avec les pathologies suivantes qui constitueraient 4 groupes : en premier, les **pathologies banales**, en second les **pathologies plus sérieuses** vraisemblablement avec un caractère urgent, mais qui ne constituent pas une menace vitale immédiate. Un troisième groupe reprend les **pathologies graves** et à traiter immédiatement, ce qui signifie des pathologies graves et aiguës, qui sont potentiellement mortelles même si les patients, au moment de leur arrivée, ne se trouvent pas en situation critique. Enfin les **situations critiques**.

On l'aura compris, ici pour nous, l'objectif serait de définir en premier lieu le concept de médecine d'urgence et d'urgence médicale (ce qui peut être différent) au-delà des actuels concepts d'aide médicale urgente souvent (ou toujours ?) apparentée à la seule modalité hospitalière et donc laissant peu ou pas de place à d'autres modalités comme par exemple le rôle à jouer (et à accepter de jouer...) par la médecine générale. Sans compter les réflexions et l'inclusion dans la problématique des fonctions de dispatching/triage de centres d'appels dédiées à l'urgence ou de modalités plus légères et alternatives aux SMUR ... Pour repenser la prise en charge des urgences, il faut évidemment d'abord en définir le périmètre sans le restreindre de prime abord !

Et sur base d'une nouvelle définition, déterminer quelle(s) modalité(s) est la plus pertinente pour assurer la prise en charge la plus efficace tant sous l'angle du

patient individuel, des prestataires de soins que du système de santé y compris dans ses aspects organisation et coûts/bénéfices.

Du côté des services d'urgence des hôpitaux

Diverses études ont tenté d'évaluer la pertinence des visites aux urgences (hospitalières) et leur caractère « approprié » ou « inapproprié ». Malgré les chiffres avancés, resurgit souvent, à cette occasion, la guerre des clans ou des opinions éclairées ou des experts quant à la pertinence ou non du recours actuel aux services d'urgence et même quant à l'utilité de ces services par rapport au nombre restreint de « vraies » urgences « critiques qu'ils prennent en charge. Là également on devrait pouvoir dépasser les « yaka, faucon, ... » et les analyses trop segmentées ou corporatistes (de chaque côté des frontières...) en se focalisant sur un juste équilibre entre l'intérêt (médical) du patient et l'intérêt de santé publique et de coût/efficacité de la société sans éviter le débat de la place et des enjeux financiers ou organisationnels des divers intervenants.

Citons une étude des Mutualités socialistes datant de 2011 et qui sur base des chiffres 2008 concluait : « 56% des visites aux urgences sont « inappropriées » !

Mais cette étude approfondissait divers paramètres du recours aux urgences. Ainsi, elle établissait le **profil des patients ayant le plus recours aux urgences** en indiquant que l'on y retrouvait les jeunes enfants (0-5 ans), les jeunes adultes (15-24 ans) et les plus de 75 ans. Quant au **moment du recours**, il se situe à 57 % en journée durant la semaine. Parmi les patients référés par les généralistes, 6 sur 10 ont un recours approprié aux urgences. Au-delà de 70 ans, trois quart des recours sont appropriés et souvent référés. Mais seulement deux recours sur dix sont référés par un généraliste ou via la centrale 100/112, etc...

Une autre étude de l'ESP-ULB parue dans le journal de Gestion et d'économie Médicales 2013 se penchait notamment sur certains paramètres pour mesurer l'activité des urgences.

Quant au **moment des passages aux urgences**, l'étude nous donne plusieurs informations. Près de 20 % des patients sont accueillis le lundi qui est le jour où le nombre de passages dans le service d'urgences est le plus conséquent. Le week-end regroupe plus de 25 % des passages hebdomadaires. Mais le week-end ne concentre pas une activité plus importante que les autres jours de la semaine. La majorité des patients se présentent au service des urgences entre 8h et 21h et seuls 16,7 % des patients ont une heure d'admission en dehors de cette plage horaire.

Sur le motif du passage, 55 % (cumul) des patients se sont rendus au service d'urgences pour une problématique, par ordre de fréquence, (chapitre CISP) : L-ostéo-articulaires à 24 %, S-cutané à 20 % et A-Général pour 11 %. Parmi les problèmes ostéo-articulaires, par ordre de fréquence, avec un cumul de 50 % : des contusions (code S16) à 25 %, des plaies (code S18) à 12 %, des entorses de la cheville (code L77) pour 7 % et des fractures de la main ou du pied (code L74) également pour 7 %.

Sur les Catégories CCMU de prise en charge : plus de la moitié des patients (57,8 %) se trouvent en classe 2, c'est-à-dire dans un état lésionnel et/ou avec un pronostic juge stable (classe 2). Un peu moins d'un quart des patients (24,1 %) sont dans un état clinique stable (classe 1). Seul 14,1 % des patients ont un état lésionnel et/ou avec un pronostic pouvant s'aggraver, sans pour autant mettre en danger leur pronostic vital (classe 3).

Cette étude se penche également sur **le nouveau système de financement de l'activité aux urgences** (depuis 1/7/2013). Les nouvelles règles tiennent compte du nombre annuel de passages dans les services d'urgences et de points complémentaires déterminés sur base de critères sensés augmenter l'activité du personnel soignant. Il ressort de l'analyse que les résultats de cette étude ne permettent pas de conclure que l'ensemble des critères retenus pour pondérer le financement influencent l'activité du personnel soignant mais également qu'on peut aussi imaginer que la prise en compte du nombre de passages par l'attribution d'un point de base incite de nouveau les hôpitaux à prendre en charge un maximum de patients, même ceux ne relevant pas au départ d'une prise en charge dans ce type de service. Des contrôles sont prévus afin de limiter les dérives du système.

Du côté des urgences en 1^e ligne

Une série de questions furent abordées dans ma présentation quant à la prise en charge des urgences médicales par les médecins généralistes.

Est-on face à une modalité d'organisation des gardes des Médecins Généralistes ou à une véritable modalité de gestion de l'urgence de médecine générale ? Autrement dit, peut-on parler d'Urgences Médicales ou plutôt d'une (simple) permanence de généralistes type Service de garde ?

Les postes de Médecine Générale (PMG) sont-ils un service aux patients (notamment urgences médicales) ou un service aux Généralistes (organisation des gardes) ? Le cumul d'organisation de type PMG versus Services d'Urgences ne sont-ils pas une double organisation et un double paiement/coût ? Pour une ouverture des PMG essentiellement le week-end et le nombre de contacts durant ces

périodes, n'est-ce pas cher payé une infrastructure fixe ? A côté d'autres infrastructures déjà fixes comme les urgences hospitalières ?

Quid de la fonction de dispatching ? 100/112, 1733, autre modalités moins centralisées ? Vers une nécessaire centralisation des dispatchings de prise en charge médicale ? Comment s'y retrouver si le choix d'une des modalités appartient aux patients en fonction de son degré ressenti d'urgence médicale ?

Mobilité ou portabilité de la garde ? Qui doit aller à la rencontre de l'urgence médicale ? Via dispatching qui réfère à la bonne modalité ou demande intervention vers le patient ?

En conclusion, je rappelais la volonté de l'accord médico-mutualiste de 2014 : « Les postes de garde de médecine générale établiront, avant fin 2015, un plan de conventions avec les services d'urgences de la région afin de rationaliser le recours aux services de garde, postes de garde et services d'urgences. La CNMM établira, pour le 31 mars 2015, un modèle de plan de conventions intégré qui contient les orientations en matière de politique de renvoi. Ce plan constituera **dès 2016 une condition de financement** explicite pour tous les partenaires concernés des première, deuxième et troisième lignes. Les adaptations réglementaires qui s'imposent seront préparées à cette fin avec ces partenaires. »

Et donc cette nécessité d'un modèle de prise en charge transversale et intégrée de l'urgence médicale.

3. « Rôle et organisation de la première ligne dans le cadre d'un système d'urgence »

Roland Lemye

Historique

Si on remonte à la médecine du XIX^{ème} et début du XX^{ème} siècle, on constate un certain nombre de choses qui peuvent nous paraître étranges. La notion d'urgence était très relative en dehors de situations accidentelles. La mort qui résultait de la maladie (souvent infectieuse) apparaissait comme une fatalité. Le médecin n'était, en général, accessible qu'aux riches. On n'attendait de lui aucun miracle. Le médecin était occupé sans aucun horaire précis. On pouvait faire appel à lui n'importe quand, de jour comme de nuit mais il n'était pas surchargé pour autant, ni tenu à attendre qu'on ait besoin de lui, à son cabinet ou à son domicile. Il se déplaçait beaucoup.

La sécurité sociale a changé beaucoup de choses. Le médecin est devenu financièrement plus accessible. Même les plus défavorisés ont pu avoir accès aux soins. La médecine spécialisée a connu sa reconnaissance officielle. Bien sûr, elle existait mais un médecin pouvait partager son temps entre son cabinet, sa patientèle et l'hôpital. La notoriété jouait le rôle de la reconnaissance actuelle. L'Ordre des médecins et le code de déontologie datent de cette époque même si les fondements législatifs avaient été élaborés avant la guerre. Celle-ci en avait retardé l'application. Ce code prévoyait la continuité de soins et créait donc de nouvelles obligations pour le médecin même si cela ne faisait que concrétiser une situation qui existait déjà sur le terrain. En même temps, un autre AR de la même année 67 mettait en place un service de garde officiel et obligatoire. L'Ordre était responsable du comportement du médecin de garde et la commission médicale provinciale de la bonne organisation ainsi que le découpage du territoire en zones de garde. En cas de manquement, le pouvoir de réquisition gardait tout son sens.

Le 900 avait été mis en place pour la voie publique mais rapidement, reçut des appels issus du domicile en vue d'hospitalisation. Tous les hôpitaux n'étaient pas équipés d'une salle d'urgence et ne répondaient pas toujours aux critères pour recevoir les malades transportés par le 900. Tout cela s'est mis en place progressivement et le système est devenu performant et sécurisant pour le patient qui s'y est rendu de plus en plus souvent et spontanément.

La garde en médecine générale a connu une évolution inverse pas immédiatement perceptible puisque dans la 2^{ème} moitié des années 80, le cabinet lança un projet de collaboration entre la garde de médecine générale et le service 900. Ce projet n'eut aucune suite. C'est à la même époque qu'on assista à une désaffectation des services de garde de MG. Celui-ci était basé sur le déplacement du médecin à domicile ; ce qui laissait l'appelant dans l'incertitude quant au temps d'attente. Cette époque était une période de pléthore et les gardes de MG étaient donc en grosse partie assumées par de jeunes médecins encore inexpérimentés et qui envoyaient donc très souvent les patients à l'hôpital. Ceux-ci se sont donc fait la réflexion qu'ils gagneraient du temps à s'y rendre directement, surtout pour les traumatismes exigeant souvent une radiographie ou des affections aiguës.

La décompensation d'affections chroniques constituait la part importante des recours à la médecine générale mais de plus en plus, les patients (mineurs silicotiques, asthmatiques, angoreux, décompensés cardiaques) disposaient de tous les traitements nécessaires à domicile et faisaient donc de moins en moins appel. Restaient les patients distraits ayant oublié de se faire faire une ordonnance en semaine par leur médecin traitant ou les patients revendicateurs de certificat, de drogues, etc. Le sentiment d'inutilité de la garde s'est donc répandu parmi les MG ainsi que le sentiment d'insécurité dû non seulement aux patients revendicateurs ou agités mais à ceux pour qui le MG (surtout les femmes) était devenu une proie facile. Si on voulait pouvoir assumer les urgences de MG par un service de garde, il devenait nécessaire de le réorganiser.

Les premières solutions

Les premières plaintes chez les MG

A la pléthore avait succédé un sentiment de pénurie (ceci mériterait une analyse détaillée, mais n'est pas l'objet de cet article) qui entraînait une récurrence importante des gardes à effectuer. Celles-ci restaient fatigantes (appels de nuit) mais peu rentables (baisse du nombre total des appels) et n'étaient pas suivies d'un repos compensatoire. Le médecin restait tenu de reprendre son activité le lundi matin. Pour pallier ces difficultés et augmenter l'attractivité, fut créé un honoraire de disponibilité et les honoraires à l'acte furent considérablement revalorisés. C'était nécessaire mais ne changeait rien aux difficultés rencontrées. Des expériences furent tentées notamment à Gand et à Charleroi : voiture avec chauffeur dont l'utilité par rapport au coût a commencé par être mise en doute.

Un numéro d'appel unique assurait aux patients de ne pas devoir retrouver dans un journal local le nom et les coordonnées du médecin de garde mais offrait également à ce dernier une sécurité accrue même si elle n'était pas totale dans la

mesure où l'appelant, ne connaissant pas le nom du médecin de garde, se gardait d'une agression dont il ne pouvait pas apprécier la chance de réussite.

La couverture de plus grands secteurs et l'appel à des volontaires devaient permettre de diminuer le nombre d'astreintes pour les autres. L'obstacle financier n'était pas résolu pour autant même si certains cercles se sont servis des honoraires de disponibilité non utilisés (mais qui auraient dû rester des honoraires) et ont même demandé une cotisation aux médecins pour couvrir les frais (organisation – minimum assuré aux volontaires). Il est aussi arrivé que les volontaires se vendent aux plus offrants ; ce qui leur a valu le nom de « mercenaires » et a discrédité un tant soit peu le système.

Sur les entrefaites, les cercles de MG avaient reçu une existence officielle, une personnalité juridique et une émission légale d'organisation de la garde. Pour ce faire, il recevait un financement d'état en tant que cercle et un financement légèrement plus élevé s'ils organisaient un système d'appel unique. C'était un premier pas qui devait conduire aux postes de garde. Pour cela, d'autres étapes étaient encore à franchir. Le financement des cercles était de toute façon insuffisant pour y arriver.

Les postes de garde

Le concept a été imaginé à la fois à la Médico-mut et à la Santé publique (Conseil National des Cercles). C'est la Médico-mut cependant qui a mis en place un financement sans lequel rien n'aurait pu être fait. Ce concept s'est basé sur : le volontariat ; une construction *bottom-up* avec la liberté pour chacun de construire à son rythme ; le consensus au niveau des cercles ; la recherche de collaboration ; la diminution du nombre de gardistes (passée dans la loi) ; le tri des appels ; la coopération avec les services des urgences.

Il est évident qu'un effort d'harmonisation s'impose. Il a d'ailleurs déjà été entrepris. Ce concept a déjà changé beaucoup de choses. Le poste fixe donne une visibilité certaine à la garde de MG. La voiture avec chauffeur permet d'étendre les territoires de garde : plus besoin pour le MG de garde de connaître le territoire – plus de problème de parking – accroissement de la sécurité – diminution du stress.

A première vue, ce concept engendre de nouvelles dépenses chiffrées actuellement autour de 20 millions d'euros. Ces dépenses n'intègrent pas les économies réalisées qui sont pourtant évidentes : diminution du nombre d'honoraires de disponibilité ; organisation basée sur la consultation (80 %) (moins chère) au lieu de la visite autrefois ; attraction d'une patientèle qui se rendait autrefois aux urgences plus onéreuses. Malheureusement (ou intentionnellement), ces économies n'ont pas été chiffrées et dans le contexte budgétaire difficile actuel, les

dépenses seront sans doute comprimées alors que le concept n'a pas encore atteint son complet développement. Le tri des appels par un numéro unique est en train de s'organiser. Il ne couvre pas encore tout le territoire et certains dénoncent des erreurs ou des maladresses éventuellement préjudiciables à l'appelant. Il est clair que ce système n'a pas encore atteint sa pleine maturité. Ce tri des appels devrait permettre au patient d'être orienté de manière optimale mais aussi d'éviter des exigences sans fondement. Toutes les organisations de MG souhaitent son développement tout en souhaitant en tirer les meilleures performances à la fois pour le patient et les médecins de garde.

Potentialités encore inexploitées des Postes de Garde

La satisfaction patient : Celle-ci peut être augmentée du fait d'un temps d'attente moins long, de problèmes résolus sans recours à une technologie excessive, à l'absence d'obligation d'aller à la recherche du médecin de garde.

La qualité des soins accrus : Une médecine de garde effectuée par des volontaires ne peut que gagner en compétence et renforcer le sentiment de sécurité des utilisateurs.

La coopération avec les services d'urgence : Cette coopération est indispensable. Le bénéfice pour les services d'urgence est le désengorgement et donc la réduction du temps d'attente et une meilleure gestion de l'urgence. Pour le Poste de Garde, le bénéfice est de pouvoir disposer d'un plateau technologique et d'une deuxième ligne éventuelle.

Les Postes de Garde peuvent être étoffés par des pools de gardistes : Gardiste pourrait devenir une profession ou une occupation exclusive pendant quelques années (par exemple, en début de carrière) (cette occupation de nuit et de week-end paraît assez lourde que pour ne pas s'y engager pour une carrière complète. Elle peut aussi être étoffée par des remplacements). Les Postes de Garde peuvent recevoir et loger des médecins venant d'ailleurs et n'ayant pas de point de chute dans le milieu où ils vont fonctionner. Le Poste de Garde leur en offre un. L'existence d'une voiture avec chauffeur les dispense de connaître la région. La création de pool (par régime linguistique) permet de gérer l'ensemble des Postes de Garde sans causer de surenchère.

Si des gardistes devaient être essentiellement des gens qui se déplacent, les consultations pourraient, elles, être assurées par des médecins retraités puisque le cumul est actuellement possible. L'avantage pour ces derniers est qu'ils n'auraient plus les frais liés à un cabinet qu'ils disposeraient de l'assistance technique dans le poste de garde, qu'en dehors des gardes, ils seraient complètement

libres de leur temps et qu'ils choisiraient les moments et la récurrence de leur activité. Ils seraient dispensés des nuits et des déplacements. Leur expérience serait une plus-value pour les postes de garde et ils bénéficieraient de l'aide nécessaire pour tout ce qui est informatique et administratif.

Défis encore à relever

La sécurité : La sécurité devient un problème majeur. La présence d'un chauffeur peut être dissuasive vis-à-vis d'une agression programmée mais ne lèsera pas vis-à-vis d'une agression spontanée suite à un refus de la part du médecin (certificat, drogue, etc.) ou d'une agression de la part de psychotiques, d'ivrognes, etc. Il faudrait prévoir un système d'alarme avec géolocalisation. La collaboration de la police doit être assurée.

L'universalité : La garde est un service public. Elle doit donc desservir toute la population affiliée ou pas à une mutuelle. Le paiement du médecin doit être garanti.

Les **médecins** de garde doivent être assurés par les pouvoirs publics contre tous les aléas pouvant intervenir au cours de la garde.

Les médecins effectuant la garde par obligation doivent bénéficier d'un statut social lié à cette activité ou les honoraires de la convention s'imposent.

Une **organisation parfaite** de la garde devrait **augmenter l'attractivité** de la MG.

En ce qui concerne l'attractivité de la garde elle-même, elle s'en trouverait grandement renforcée par une **défiscalisation totale ou partielle des honoraires de garde** comme c'est le cas en France.

4. « Que sera la médecine d'urgence de demain ? »

Jean-Bernard Gillet

C'est quoi, la médecine d'urgence ?

La médecine d'urgence s'occupe des pathologies pour lesquelles le temps joue un rôle crucial : chaque minute, chaque heure qui passe augmente le risque de décès ou de séquelles graves. Cette médecine a connu ces cinquante dernières années un développement considérable du fait de l'évolution des techniques de réanimation, des progrès dans le diagnostic et le traitement de ces pathologies et l'amélioration de l'organisation des secours.

Une nouvelle spécialité médicale et infirmière a été créée, les équipes d'urgence se sont projetées en dehors de l'hôpital jusqu'au lit du patient, les services de porte des hôpitaux sont devenus des services d'urgence. L'organisation et l'équipement de ces services ont été fixés par des normes d'autant plus nécessaires qu'en urgence, le malade ne choisit pas son médecin. Et que le service d'urgence ne peut pas refuser des patients.

Cette évolution a modifié le pronostic de l'arrêt cardiaque, du polytraumatisé, de l'infarctus, des infections aiguës graves. Ces progrès sont collectifs, la médecine d'urgence est une chaîne. Sans une intégration avec toutes les spécialités, sans une mise à jour constante des connaissances et des techniques, sans une organisation sans faille des complémentarités, ces progrès ne seraient pas. La technologie est une condition nécessaire mais sans organisation, elle reste stérile.

Les succès de la médecine d'urgence

Si l'on pose la question à des professionnels de santé de choisir quels sont les facteurs qui ont le plus contribué aux progrès de la médecine d'urgence en Belgique dans les 50 dernières années, trois réponses dominent : la loi de 1964 sur l'aide médicale urgente, le massage cardiaque externe et la défibrillation automatique.

Le massage cardiaque externe

La découverte de la réanimation par massage cardiaque externe date de 1960. Pour la première fois, une technique simple permet de sauver des patients en arrêt

cardiaque en dehors de l'hôpital sans devoir ouvrir le thorax pour faire un massage cardiaque interne.

Compte tenu de la vitesse avec laquelle des lésions irréversibles du cerveau se produisent en cas d'arrêt cardiaque, il faut idéalement que chaque témoin soit capable de pratiquer le geste qui sauve. Plus important, c'est la fatalité de la mort subite en dehors de l'hôpital qui est remise en question : il y a moyen de sauver ces arrêts cardiaques si l'on fait ce qu'il faut faire, à condition de le faire rapidement et de manière coordonnée.

On estime que la pratique du massage cardiaque externe par un témoin de l'arrêt cardiaque quadruple les chances de survie de la victime. Cette découverte a entraîné une modification des programmes de formations pour les ambulanciers, les infirmiers et les médecins. Elle a rendu indispensable une réforme de l'organisation des secours.

La loi sur l'aide médicale urgente de 1964

Rappelons le contexte de l'époque : la voiture et le téléphone deviennent accessibles à tous. Le nombre de voitures a explosé, toujours plus puissantes et plus rapides. Sur un réseau routier peu adapté, et en l'absence de limitation de vitesse, le nombre d'accidents explose avec son cortège de morts et de blessés. Le réseau téléphonique lui aussi se développe et de plus en plus de maisons privées en sont équipées. Des cabines téléphoniques sont installées sur la voie publique.

Un soir de 1963, le ministre de l'intérieur de l'époque rentre chez lui en voiture et tombe sur un accident avec plusieurs victimes. Voulant faire appel aux secours, il sonne chez un particulier pour lui demander l'usage de son téléphone et passe une heure à trouver le numéro de la caserne des pompiers...

Un an après, le 8 juillet 1964, était publiée la loi sur l'aide médicale urgente qui instaurait un numéro d'appel unique (900), donnait un droit de réquisition des médecins aux préposés et imposait une organisation des services d'ambulance et des services d'urgence. En 2015, plus de 500.000 transports en ambulance, dont plus de 100.000 accompagnés par un médecin, sont déclenchés suite à un appel au numéro 112...

La défibrillation semi-automatique

Une majorité de morts subites est la conséquence d'une arythmie cardiaque rare mais souvent fatale : la fibrillation ventriculaire qui est une forme d'emballement du cœur qui se met à battre à 300 à la minute. A cette vitesse, les contractions sont

inefficaces, le sang ne circule plus et le patient meurt. Cette arythmie peut être traitée par un choc électrique externe délivré par un monitoring cardiaque équipé d'un défibrillateur.

En Belgique, 30 patients par jour en sont victimes. Le Conseil Belge de la Réanimation et la Ligue Cardiologique Belge estiment que doubler le nombre d'appareils semi-automatiques à disposition d'un public qui serait mieux formé devrait épargner 3.000 vies par an en Belgique.

Plus récemment, la même évolution a été observée avec la thrombolyse de l'infarctus du myocarde ou de l'accident vasculaire cérébral, ces deux pathologies sont responsables de 40 % des décès dans notre pays, soit 100 personnes par jour. Les programmes de détection précoce et de reperméabilisation des artères bouchées démontrent une efficacité impressionnante.

La spécialisation des médecins et des infirmiers

Les années 1990 ont vu se créer en Belgique une spécialisation en médecine d'urgence pour les médecins (1993) et pour les infirmiers (1994). Les services d'urgences et les Smurs ont été obligés de respecter des normes (1998) : l'architecture, l'équipement, la permanence médicale et infirmière ont été encadrés et un financement a été prévu tant pour le budget des moyens financiers des hôpitaux que pour les honoraires médicaux. Cette professionnalisation s'est accompagnée d'un succès grandissant : depuis 20 ans, les services d'urgence enregistrent une fréquentation croissante : plus de 3 millions de visites par an en Belgique !

Cependant, chaque progrès apporte son lot de questions : les problèmes d'aujourd'hui sont les solutions d'hier. Quels sont les problèmes que nous posent les progrès récents ? Et quels sont les défis des progrès qui nous attendent ?

Les problèmes de la médecine d'urgence

L'encombrement des services d'urgence

L'encombrement des services d'urgence par des « patients pressés » est souvent dénoncé comme le principal problème des services d'urgence. Les effets dénoncés sont :

1. Perte de chance pour les patients critiques qui attendent par manque de place
2. Désorganisation de l'activité programmée
3. Concurrence « déloyale » pour la médecine généraliste
4. Découragement des personnels et difficultés du recrutement
5. Coûts par rapport à la même pathologie prise en charge par un généraliste

Cependant, cela ne semble pas dissuader les patients qui continuent à affluer aux urgences des hôpitaux malgré tous les problèmes dénoncés. Les politiques visant à augmenter les tickets modérateurs, à renforcer l'offre de soins en médecine générale ou faire appel à un tri téléphonique tardent à démontrer un effet sur l'encombrement comme vient de le montrer très récemment un rapport du KCE²⁰.

La sous-utilisation des services d'urgences

Curieusement, une question semble n'intéresser personne : celle de la sous-utilisation des services d'urgences par des patients qui tardent à y arriver. Ces patients, de ce fait, perdent la chance de recevoir un traitement approprié dont l'efficacité est fonction de la rapidité de sa mise en œuvre. Or, tant pour l'infarctus du myocarde que pour l'accident vasculaire cérébral ou pour la septicémie sévère, il semble évident que nous pourrions mieux faire en encourageant les patients à venir directement dans les services d'urgence via la 112. Et que les économies sur le long terme seraient considérables.

Si l'abus d'utilisation des services d'urgence est un problème, la sous-utilisation semble bien plus grave encore et devrait être considérée en priorité.

Un financement pervers

Enfin, le mode actuel de financement des services d'urgence est notoirement pervers : le mode de calcul du nombre d'infirmiers financés est basé sur le nombre de passages via les urgences. Apparemment logique, ce mécanisme encourage les hôpitaux à organiser l'activité non-programmée via les urgences. Les honoraires bénéficient d'une nomenclature à l'acte qui, objectivement, assure le paiement des médecins essentiellement par l'activité de médecine générale qui, parce qu'elle prend peu de temps aux médecins, leur permet de se consacrer aux patients lourds pour lequel l'honoraire est identique alors que la charge de travail est dix fois supérieure !

20 K. Van den Heede, C. Dubois, S. Devriese, N. Baier, O. Camaly, E. Depuijdt, A. Geissler, A. Ghesquière, S. Mislou, W. Quentin, C. Van Loon, C. Van de Voorde, *Organisation et financement des services d'urgence en Belgique: situation actuelle et possibilités de réforme – Synthèse. Health Services Research (HSR)*, Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2016, KCE Reports 263Bs.

Les défis de la médecine d'urgence ?

A côté des problèmes, un certain nombre de défis sont devant nous :

La technologie

On a vu l'importance du téléphone sur le développement de la médecine d'urgence et sur la création d'un numéro d'appel simplifié pour les secours date en Belgique de 1964.

Le défibrillateur semi-automatique a changé la donne de l'organisation des soins pré hospitaliers jusqu'à remettre en question l'arrivée la plus rapide possible des renforts médecins sur le site des interventions. Les pompes mécaniques en charge du massage cardiaque se généralisent, soulagent et améliorent le travail des sauveteurs tout en posant des questions nouvelles sur la prolongation des efforts de ressuscitations. L'assistance par vidéo scopie à l'intubation protectrice des voies aériennes est venue compléter d'autres dispositifs aveugles et augmente significativement les chances de ventilation adéquate des patients asphyxiques. La thrombolyse précoce, que ce soit pour l'infarctus du myocarde ou pour l'accident vasculaire cérébral, a radicalement changé le pronostic de ces pathologies (mortalité à un an pour l'infarctus passée de 20 à 6 %).

Aucun doute que d'autres évolutions technologiques nous attendent qui modifier profondément l'activité des services d'urgences. Lesquelles ?

1. **La télémédecine** : une technologie a modifié profondément ces 10 dernières années le pronostic des pathologies aiguës où le facteur temps est critique (time sensitive pathologies) : le GSM. L'alerte devient possible au chevet même du patient, guider les sauveteurs et donner des instructions aux témoins en attendant l'arrivée des secours a démontré son influence sur la mortalité. Mais la télémédecine est bien plus que cela. C'est l'ensemble des technologies de l'information qui est appelé à jouer un rôle croissant dans le monde de l'urgence à travers les possibilités que vont offrir le télé-monitoring et l'interrogation à distance de senseurs portés en continu par les patients. Le monitoring de l'épilepsie, de la glycémie, du rythme cardiaque, de la tension artérielle, de la saturation en oxygène, est déjà parfaitement possible. Les senseurs d'échographie seront branchés sur les PDA et feront la détection des globes vésicaux à domicile, d'une insuffisance mitrale ou le suivi d'une grossesse biologique des diagnostics différentiels en urgence ?
2. **Internet** : Le patient viendra aux urgences sur les conseils de son site internet qu'il a consulté en présentant ses symptômes et ses antécédents. Dans la salle

d'attente, il consultera son dossier médical sur sa tablette, en faisant appel à l'interprétation par des protocoles automatisés de radio et d'ECG.

3. **Le labo au chevet du malade :** Les tests de détections du VIH, de la grossesse, de l'alcool dans l'haleine ou des drogues dans la salive sont déjà disponibles dans le commerce. Celui des constantes biologiques de l'insuffisance rénale ou hépatiques, des concentrations thérapeutiques des médicaments est pour demain. Qui doute qu'il sera bientôt possible d'acheter des tests de détection précoce de l'infarctus ou de l'infection grave ?
4. **Les nouveaux traitements :** La défibrillation semi-automatique est autorisée à chaque citoyen depuis 2005. Demain, les patients à risques disposeront d'un module qui couplé à leur GSM permettra de faire l'analyse du rythme cardiaque et qui indiquera la nécessité de chocs électriques externes. Le sang artificiel sera disponible dans chaque ambulance et la protection des voies aériennes par intubation guidée par vidéo sous sédation obtenue par un gaz qui n'interfère pas avec le rythme respiratoire et la tension artérielle. Un seul médicament, sublingual, produira une analgésie rapide et réversible. La radiologie sera de plus en plus interventionnelle et pourra se pratiquer à distance : l'urgentiste ou l'intensiviste placera le cathéter qui sera ensuite guidé par robot à distance dans un hôpital de référence.

Une démographie vieillissante

La démographie des 50 prochaines années est prévisible : seule une épidémie majeure, un déchainement des forces nucléaires ou un étranglement de l'économie par un arrêt des moyens de transports et des communications pourraient empêcher une augmentation du nombre des habitants sur tous les continents et un vieillissement significatif du monde occidental.

Même si l'augmentation de l'espérance de vie observée depuis un siècle risque de ne pas se poursuivre du fait de l'obésité et de la sédentarité croissante, le fait est là, comme le rappelle Michel Serres, un changement majeur est survenu dans l'histoire de l'humanité : les enfants qui héritent sont des pensionnés et se marier pour le meilleur et pour le pire revient à s'engager non plus pour 20 mais pour 60 ans... Cette population vieillissante crée une charge parentale (pourcentage des 80+ / pourcentage des 45-64) qui explose pour passer de 15 % en 2000 à plus de 40 % en 2050...

Les services d'urgence par lesquels plus de 90 % des admissions de gériatrie se produisent seront donc bien en première ligne pour faire face à cette évolution, déjà observée aujourd'hui.

Une sociologie individualiste

La tyrannie de l'immédiat, c'est le succès dans le champ économique, du « tout, tout de suite ». Cela a modifié les comportements individuels : attendre pour satisfaire un désir est de moins en moins accepté. A fortiori, pour un besoin urgent, une inquiétude de santé, une angoisse d'incertitude sur la cause d'une douleur et son traitement.

La mobilité des populations et la migration urbaine contribuent sont deux autres facteurs importants qui contribuent à l'engorgement des services d'urgence en première ligne. La diminution de l'offre de soins en dehors des heures de bureau du fait d'un changement de disponibilités des médecins va sans aucun doute aggraver le phénomène de congestion des services d'urgence.

L'avenir des soins de santé ?

Regarder le service d'urgence, c'est regarder l'organisation des soins dans son ensemble.

Les 4 P de la médecine générale

L'organisation de la santé publique en Belgique repose essentiellement sur les soins de santé, à savoir la prise en charge des problèmes de santé lorsqu'ils aboutissent à la maladie. Or, les soins ne contribuent que pour moins de 20 % à la santé d'une population alors qu'ils consomment l'essentiel des ressources. Une des évolutions probables et attendues de l'organisation des soins est parfois décrite comme étant celle des 4 P : prédiction, prévention, personnalisation et participation.

1. **Prédiction** : Les profils génétiques vont permettre de mieux cerner les risques encourus par certains types de patients, et une meilleure compréhension de l'environnement va aboutir à faire prendre conscience aux citoyens d'un groupe social donné ou d'une région spécifique quels comportements doivent être adoptés pour diminuer l'incidence des maladies.
2. **Prévention** : Les montants octroyés à la prévention en santé publique vont inexorablement augmenter. Les recherches sur les stratégies efficaces de prévention vont se multiplier et se montrer d'autant plus efficace qu'elles concerneront des groupes cibles mieux identifiés par les outils de prédiction.
3. **Personnalisation** : « One size fits all » ne va plus être possible. La compliance aux traitements prescrits va être prise en compte de manière bien plus précise

et les stratégies de suivi des patients va faire l'objet d'une attention croissante aux conditions de travail, aux facteurs climatiques, aux conceptions religieuses, ainsi qu'aux habitudes alimentaires

4. **Participation** : Pas de personnalisation sans participation du patient. La résilience, cette capacité de se développer malgré un environnement délétère. De quelle manière ? Le financement des soins va très probablement prendre en compte le rôle que la patient va jouer dans sa propre guérison. Le rôle des associations de patients va croître comme interlocuteur non seulement des médecins, mais aussi et surtout de l'industrie et du monde politique. Le risque de voir l'industrie manipuler médecins et politique est d'ailleurs réel et est tout sauf négligeable.

Les nouveaux hôpitaux

Les séjours hospitaliers vont diminuer en nombre et en durée. Les hôpitaux vont concentrer une expertise et une technologie de pointe diagnostique et thérapeutique dont les coûts et la disponibilité devront être regroupés sur un plus petit nombre de sites aigus.

Il faudra donc faire plus avant et plus après l'hôpital, pôle de référence intégrés dans un réseau de soins partageant informations, compétences et financement dans des programmes de soins évalués.

Les programmes et les réseaux de soins

La spécialisation en médecine nous conduit à en savoir de plus en plus sur de moins en moins. En même temps, le savoir médical global progresse dans tous les domaines avec pour conséquence que la part de ce que nous ignorons devient de plus en plus grande. Nous sommes donc contraints à organiser les soins de manière de plus en plus collective, multidisciplinaire, transversale. La spécialisation est liée soit une discipline liée à un organe (le cœur), soit sur une catégorie d'âge (pédiatrie), soit à une fonction hospitalière (soins d'urgence, soins intensifs...). Au sein même des spécialisations, il existe une tendance croissante à l'hyperspécialisation (psycho pédiatrie, rythmologie, radiologie interventionnelle...) avec des recouvrements de compétences à la source de conflits (échographie...) et avec des glissements de compétences entre médecins, infirmiers et autres paramédicaux. Une attention croissante sera donnée à la valeur ajoutée d'un médecin par rapport aux autres prestataires de soins : l'exercice des infirmiers dans les PIT vient d'en donner l'exemple.

La combinaison de l'hyperspécialisation et des progrès des technologies de l'information va permettre d'offrir de nouvelles possibilités d'organisation : le par-

tage du dossier médical informatisé sera transmural : du médecin généraliste travaillant en pratique de groupe dans une maison médicale, au centre hospitalier universitaire de référence en passant par les hôpitaux de proximité, c'est l'ergonomie et la fluidité du trajet du patient qui va s'imposer comme critère de choix du patient et de son assurance.

Les activités programmées au sein des trajets de soins vont démontrer leur efficacité par rapport aux organisations purement réactives ou via les trajets d'urgence. La tentation sera grande de les réserver aux patients les moins susceptibles de complications ou de peu de compliance.

Quel avenir pour les « urgences » ?

Le safety net

La prise en charge des urgences passe par une organisation plus globale du « non-programmé » : des patients plus fragiles, plus complexes, plus exigeants doivent recevoir des réponses et une orientation adéquate, disponible 24/7, validée médicalement. Le tri téléphonique va s'appuyer sur des données numériques fournies par les patients, une expertise médicale devra le valider, soit sur base de protocoles, soit sur base d'une expertise (médecins ou infirmiers) en temps réel. L'orientation par des professionnels vers les urgences hospitalières, les gardes de médecine générale, ou le cas échéant vers le système de soins programmé adéquat est la seule manière de rassurer les patients et les prestataires et d'éviter les délais pour les patients qui en ont besoin.

Les postes de garde de médecine générale et les services d'urgences des hôpitaux vont devoir travailler de manière intégrée, en disposant d'un plateau commun de moyens diagnostiques de plus en plus accessibles : *point of care* de laboratoire, échographie, radiographie, scanners, ECG...

Un petit nombre de services d'urgences de référence seront en mesure de fournir, par des équipes spécialisées de taille suffisantes, des diagnostics et des traitements de pointe aux petits nombre de patients qui en ont besoin : radiologie interventionnelle, circulation extracorporelle, trauma team pédiatrique... Un maillage de ces centres de référence en relation avec les services d'urgence de proximité devra être mis en place.

Gate keeping

Moins de lits dans les hôpitaux va rendre essentiel la capacité de discerner ceux des patients qui doivent y être admis en concurrence de ceux qui y sont program-

més. Cette expertise va devenir essentielle. Elle va se heurter aux contraintes du mode de financement et devra éviter la discrimination des patients « rentables ». La capacité de faire en quelques heures un bilan complet rassurant et précis devra permettre des retours précoces à domicile ou d'éviter, après réponse rapide au traitement initial, des admissions aux soins intensifs.

Shopping center

Les deux fonctions précédentes vont aboutir à la création de structures de soins intégrées accessibles aux patients et à leurs inquiétudes. La marchandisation des rapports sociaux semble rendre inévitables que des gens pressés en profitent pour demander obtenir rapidement des informations rassurantes sur leurs inquiétudes de santé. Il serait logique de prendre en charge les patients là où ils vont plutôt que de les attendre là où ils devraient aller...

5. « Objectifs et rôle d'un système d'urgence pour une population prédéfinie et aspect économique »

Michael Hilligsmann

Avant-propos

L'objectif de cette présentation est d'introduire les aspects économiques dans l'élaboration des objectifs et du rôle d'un système d'urgence. Plus précisément, plusieurs challenges de santé publique ont été abordés et discutés.

Les quatre challenges de santé publique

Tout d'abord, les pays occidentaux sont confrontés de nos jours à une hausse considérable des dépenses de santé qui, couplée au contexte économique difficile, impose les preneurs de décision à faire des choix et à rationaliser leurs décisions. Plusieurs raisons expliquent la hausse des dépenses de santé. D'une part, l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter ces dernières années, passant de 73 ans en 1960 à 84 ans en 2011 pour les femmes, et plusieurs études ont montrés que les coûts des soins de santé augmentaient fortement avec l'âge des patients en particulier pour ceux âgés de plus de 65 ans. D'autres raisons incluant des nouvelles technologies de santé souvent plus onéreuses, le développement de maladies chroniques et des mesures de prévention accrues ont contribué à cette croissance des dépenses de santé. Actuellement, dans un pays comme la Belgique, approximativement 10 % de la richesse du pays (exprimée en Produit Intérieur Brut) est consacré aux dépenses de santé. Aux Pays-Bas, des estimations suggèrent que ce taux de l'ordre de 13 % en 2010 devrait s'accroître dans le futur et avoisiner les 22 % en 2040. Compte tenu de cette hausse et des restrictions budgétaires résultant du contexte économique actuel, il est devenu indispensable de faire des choix et d'allouer au mieux les ressources disponibles. Dans ce contexte et face à la multitude d'alternatives thérapeutiques, l'évaluation des technologies de santé est devenue primordiale pour aider les autorités de santé à prendre des décisions rationnelles. L'évaluation des technologies de santé (en anglais : « Health Technology Assessment ») est une discipline née dans les années 1970 qui connaît un essor important ces dernières années. Ce domaine de recherche a pour objectif d'analyser les conséquences médicales, sociales, éthiques et économiques (à court et long terme) de toutes les technologies de santé (médicaments, dispositifs médicaux, programmes de dépistage ou de prévention, organisations des soins,

etc.) En particulier, l'évaluation économique s'avère un outil très intéressant pour optimiser l'allocation des ressources disponibles. En rapportant le coût d'actions de santé à leur efficacité, l'évaluation économique permet d'évaluer l'efficacité de stratégies de santé afin de concilier les considérations médicales et économiques d'interventions de santé, à priori antagonistes. L'objectif de l'*Health Technology Assessment* et des évaluations économiques est d'informer et de supporter les prises de décision dans le secteur de la santé afin d'améliorer in fine la qualité de notre système de santé par une utilisation plus appropriée et rationnelle des ressources disponibles. De nombreuses collaborations internationales existent au niveau de ces évaluations en santé dont les plus connues sont l'*International Network of Agencies for Health Technology Assessment* (INAHTA), le *European Network for Health Technology Assessment* (EuNetHTA) et l'*Health Technology Assessment Internation* (HTAi).

Deuxièmement, la complexification des soins de santé (liée en partie à l'accroissement de maladies chroniques et de multi-morbidité) requiert une reconsidération des services de santé actuels afin de rencontrer les besoins actuels de notre population. Une demande accrue de soins personnalisés est ainsi observée ces dernières années. Parallèlement, de nouveaux concepts apparaissent comme ceux de *self-management* (autogestion de sa maladie) et *integrated care* (soins intégrés) et tendent à occuper un rôle croissant dans les débats liés à la gestion des soins de santé. L'augmentation du nombre de maladies chroniques suggère également une meilleure utilisation des techniques de prévention et de gestion de ces maladies. Près d'un tiers des personnes âgées de plus de 75 ans aux Pays-Bas souffrent de plusieurs maladies chroniques.

Troisièmement, la demande accrue de soins de santé a tendance à mettre sous pression le marché du travail et demande des innovations dans ce secteur. Aux Pays-Bas, l'Institut National de la Santé Publique et l'Environnement (RIVM) a estimé que près de 40 % d'emplois en temps plein dans le secteur de la santé sera nécessaire d'ici 2030 compte tenu de l'évolution démographique. Il a également été estimé que 22 % des emplois d'ici 2040 seront occupés dans le secteur de la santé.

Quatrièmement, les différences régionales et la mobilité transfrontalière nécessitent une attention toute particulière. Il existe différents types de mobilité transfrontalières aux challenges bien différents incluant les visiteurs temporaires (pour vacances par exemple), les « nouveaux Européens » (habitant et travaillant des différents pays), les régions transfrontalières ou encore le tourisme médicale. Dans le contexte d'un service d'urgence en particulier dans une région transfrontalière, ces questions de droit des patients et de collaboration prennent tout leur sens. La directive de la Commission Européenne 2011/24/UE a ainsi été créée pour aborder les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Conclusion

Ces quelques challenges de santé publique affectent les pays occidentaux et de nombreux groupes. Les gouvernements nationaux et régionaux tout d'abord qui sont responsables de la qualité et accessibilité des soins de santé et de la gestion des budgets de santé, mais aussi les industries, chercheurs et in fine les patients.

Ces questions de santé publiques et économiques ont également des implications dans la mise en place d'un système d'urgence. Il est primordial d'organiser un système d'urgence de manière efficace mais aussi efficiente. Le critère d'efficience (valeur pour l'argent investi) est devenu primordial dans l'élaboration de tous les programmes de santé et doit être pris en compte lors de l'élaboration d'un système d'urgence. En plus, dans une région transfrontalière comme Eupen, la question d'un service transfrontalier adéquat et efficient se pose tout naturellement.

6. « Prévention et éducation dans le cadre des urgences sous un angle sociologique et culturel »

Michel Colson

Avertissement

Tout au long des travaux du Think Tank, que ce soit avant ou après mon exposé, je me suis rendu compte à quel point celui-ci avait été préparé dans une optique excessivement défensive. En clair, je m'étais paré du costume de « don quichotte » pour défendre « ces salauds de pauvres » qui occuperaient inutilement les services d'urgence ... Fort heureusement ce procès n'eut jamais lieu, que du contraire. Je remercie le lecteur d'en tenir compte.

Il était une fois, le CPAS...

Notre pays s'est doté d'un système de protection sociale en-deçà de la sécurité sociale en créant dans chaque commune un Centre Public d'Action Sociale. L'article 1^{er} de la loi organique des CPAS de 1976 dispose que : « Toute personne a droit à l'aide sociale. Celle-ci a pour but de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine. Il est créé des Centres Publics d'Action Sociale, (...) qui ont pour mission d'assurer cette aide ».

L'article 57 § 1 quant à lui stipule que : « (...) le Centre Public d'Action Sociale a pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité. Il assure non seulement une aide palliative ou curative, mais encore une aide préventive (...). Cette aide peut être matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique ».

Il convient d'insister sur le fait que les CPAS attribuent une aide dite résiduaire : le CPAS n'intervient que lorsque tous les autres systèmes de solidarité, y compris ceux de la sécurité sociale, n'ont pas fonctionné. Le CPAS constitue de ce fait le dernier filet de solidarité sociale publique.

Constats

Le Soir du 13 décembre 2014 titrait : « 1 Wallon sur 5 renonce à se soigner ». Force est de constater que les personnes en situation précaire optent davantage pour les urgences plutôt que pour un médecin généraliste. Ce phénomène, qui a ten-

dance à s'accélérer dans la mesure où près de 30 % de patients supplémentaires franchissent la porte des urgences en 2013 par rapport à 2008, s'explique par 2 raisons : Le patient espère ainsi un traitement plus rapide pour un mal devenu plus aigu et l'hôpital envoie la facture plutôt que d'exiger un paiement immédiat.

Les services d'étude des Mutualités socialistes et des Mutualités chrétiennes confirment ce constat en notant que : les services d'urgence sont encombrés par des affections bénignes ; très peu d'urgences passent par le filtre de la première ligne ; seulement 1 patient sur 6 a eu recours à un service d'urgence de manière appropriée sans avoir été référé ; deux urgences sur 10 passent par la première ligne ; les bénéficiaires du revenu d'intégration (RI) sont moins souvent en contact avec un généraliste ; les bénéficiaires du RI sont 4 fois plus souvent inscrits dans une maison médicale ; les personnes non inscrites en maison médicale sont moins nombreuses à avoir un dossier médical global ; les bénéficiaires du revenu d'intégration ont 1,6 plus de chance de se rendre aux urgences ; la médecine de garde connaît des dysfonctionnements.

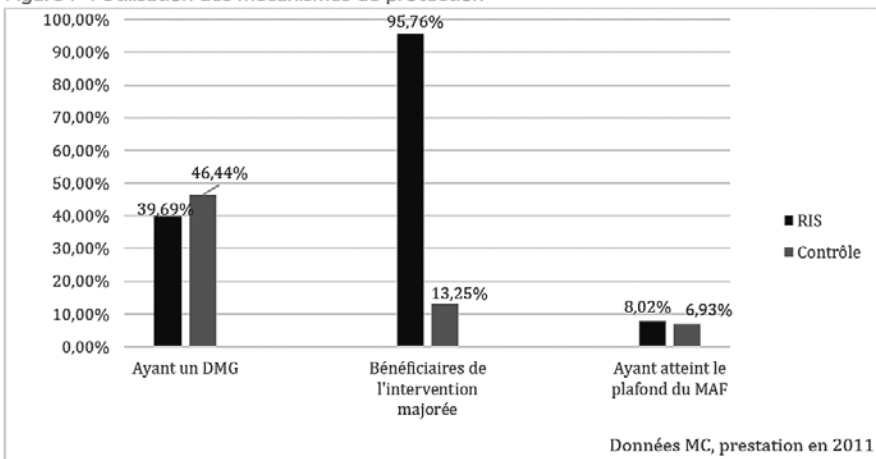
Et pourtant...

On ne peut nier que divers mécanismes de protection aient été imaginés tant par le pouvoir fédéral que les pouvoirs locaux.

Au niveau fédéral

(1) Le mécanisme du BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée) est utilisé par 96 % des bénéficiaires du revenu d'intégration ; (2) Le dossier médical global (DMG)

Figure 7 : Utilisation des mécanismes de protection



qui assure un meilleur suivi et des meilleurs remboursements bénéficie à 37,7 % des bénéficiaires du revenu d'intégration (RI) ; (3) Le maximum à facturer (MAF) concerne 8 % des bénéficiaires du revenu d'intégration, à cet égard, le tableau ci-dessous est particulièrement illustratif ;

(4) Le pouvoir fédéral tente de mettre sur pied le projet MEDI PRIMA qui a pour objectif de simplifier, rationaliser et améliorer le traitement de l'aide médicale aux personnes précarisées et ce dans le cadre d'une réforme d'informatisation des frais d'aide médicale octroyés par les CPAS ; (5) Les prestataires de soin et les organismes assureurs auraient accès à une base de données et la CAAMI (caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité) deviendrait l'organisme payeur de l'intervention de l'État.

Au niveau local

Les CPAS ont implémenté divers systèmes telle la carte médicale attribuée sur base d'un rapport social par le CPAS. Elle donne accès à des soins de santé et/ou pharmaceutiques. Ce système, s'il est largement utilisé, ne l'est cependant pas encore par tous les CPAS. Il souffre notamment d'un manque évident d'uniformité entre les CPAS du pays et soulève deux points d'attention : celui du secret professionnel (tant que médical que social) et celui de la liberté de choix du prestataire de soins.

Outre la carte médicale, les CPAS ont également élaboré, notamment à Bruxelles, une liste de médicaments de catégorie B non remboursés par l'INAMI mais pris en charge par les 19 CPAS.

Cette liste établie en collaboration avec les CPAS, la Fédération des pharmaciens et la FAMGB est mise à jour régulièrement et est accessible aux prestataires de soins et aux pharmaciens par internet.

Les maisons médicales : l'amorce d'une solution ?

L'INAMI utilise le terme de « maisons médicales » pour désigner certains prestataires de soins exerçant dans un cabinet monodisciplinaire de généralistes ou de spécialistes. Les maisons médicales sont composées d'équipes pluridisciplinaires dispensant des soins de santé primaires, continus, polyvalents, et accessibles à toute la population dans une approche globale de la santé. Notons, que les maisons médicales fonctionnent soit à l'acte, soit au forfait et que la Région bruxelloise concentre environ 40 % de l'offre des maisons médicales et que 10 % de la population bruxelloise y est suivie. Les maisons médicales assurent une accessibilité financière via le ticket modérateur pour les soins de première ligne à l'acte

et via la gratuité si elle pratique le forfait. Mais elles assurent aussi une accessibilité sociale dans la mesure où elles refusent de stigmatiser le patient, assurent ainsi une forme de mixité sociale et constituent un dispositif d'entrée dans le système des soins primaires.

Et les déterminants sociaux de la santé ?

Il convient de souligner les actions menées par les CPAS du pays en matière de déterminants sociaux de la santé. C'est ainsi qu'au cours des 20 dernières années, les CPAS ont développé entre autres : (1) Des cellules logements dans les services sociaux de première ligne (et ce malgré l'état de vétusté voire d'insalubrité du parc de logements publics gérés par les sociétés de logements sociaux) ; (2) Des cellules énergies dans les mêmes services sociaux de première ligne ; (3) Des services à domicile constitués d'aides ménagères, d'aides familiales, de distribution de repas à domicile ; (4) De maisons de repos et de soins et de centres de soins de jour. Il est frappant de constater qu'à Bruxelles 5 à 6.000 lits MR (maisons de repos) sont occupés pour des raisons non médicales mais sociales tel que l'isolement ou la solitude.

Références bibliographiques :

- Les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale s'y retrouvent-ils dans le système des soins de santé, 2011, Élise Henin, Département recherche et développement des Mutualités Chrétiennes
- Étude sur le profil des patients recourant aux urgences hospitalières, 2008, Mutualités Socialistes – Solidaris
- Enquête réalisée pour le compte de l'INAMI à l'occasion de son 50^{ième} anniversaire
- Rôle de la carte médicale et des maisons médicales dans l'accès aux soins des personnes pauvres et précarisées, Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale
- Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique, INAMI & Médecins du Monde
- Monoparentalités à Bruxelles, état des lieux et perspectives, 2013, Plateforme technique de la Monoparentalité en Région de Bruxelles-Capitale
- Évolutions des problématiques sociales et de santé : analyse et recommandations, Rapport intersectoriel 2013, Conseil bruxellois de Coordination sociopolitique
- Baromètre social, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté, 2014, Observatoire de la santé et du social, Bruxelles

7. Conclusion :

« Constater, penser et gérer l'urgence »

*Marc Czarka, Yves Horsmans, Luc Van Campenhoudt,
Alain Eraly, Hugues Pirotte*

Du point de vue de la médecine et du sens commun, un service d'urgence est un service hospitalier qui apporte des soins aux personnes malades ou accidentées. Sa particularité par rapport aux autres services est qu'en principe ces soins ne souffrent aucun retard, sous peine de mettre en danger la vie du patient, de laisser s'aggraver la pathologie dont il souffre ou de le laisser durement souffrir. Personne ne remettra cette définition en question, même si le « en principe » lui apporte une nuance importante qui sera creusée plus loin. C'est le point de vue abordé dans la première partie de cette conclusion. Sur base de statistiques de l'OCDE et d'autres enquêtes, elle dresse d'abord un certain nombre de constats qui portent notamment sur la fréquentation des services d'urgence dans les pays de l'OCDE, sur les pathologies pour lesquels on y recourt, sur les éventuelles difficultés rencontrées (liées notamment aux recours dits inappropriés) et sur le profil des patients concernés. A partir de ces constats, le texte relève un certain nombre de pistes suivies dans différents pays de l'OCDE en vue d'améliorer la situation et reprend brièvement les principales recommandations de l'OCDE. Enfin, il formule un certain nombre de propositions pour ce qui concerne plus spécifiquement la Belgique.

Dans cette première partie, on perçoit clairement que les problèmes qui se posent aux services d'urgence ne sont pas seulement d'ordre médical. La distinction faite d'emblée entre l'urgence et le sentiment d'urgence – analogue à celle qui est souvent faite entre insécurité et sentiment d'insécurité – en révèle la dimension psychologique. L'inégale répartition du recours aux services d'urgence selon les différentes catégories de la population en révèle la dimension sociale.

La dimension sociale ou sociétale des urgences médicales réside en outre dans le fait qu'un service d'urgence est une institution qui se distingue de la plupart des autres par sa position à la marge tant de la société que de l'hôpital lui-même. En effet, celles et ceux qui y passent n'avaient – en principe toujours – pas prévu d'y passer, s'y retrouvent en quelque sorte « par accident » (au sens propre du terme, un accident de la route, une agression violente, une attaque cérébrale inopinée, une douleur soudaine et insupportable ...) et n'ont – en principe encore –, qu'une seule envie : en sortir le plus rapidement possible, de préférence par la bonne

porte. Les espaces sociaux et institutionnels à la marge de la société sont d'excellents révélateurs, au sens photographique du terme, de la société dans son ensemble et, tout particulièrement pour ce qui concerne les urgences, du rapport que les individus entretiennent aujourd'hui avec le temps. L'exploration de cet aspect sociologique des services d'urgence permettra de mieux saisir ce qui s'y joue, notamment au niveau de la question clé des urgences dites inappropriées, qui est centrale dans le présent ouvrage.

Dans l'esprit du Think Tank, cette réflexion finale ne pouvait être que le fruit d'une collaboration pluridisciplinaire entre médecins et spécialistes des sciences sociales.

I. Constats et propositions concrètes

Avant d'aborder la problématique des urgences médicales et de commenter les données disponibles, il convient de distinguer l'urgence du sentiment d'urgence. Il existe, en effet, une différence fondamentale entre la conception de l'urgence d'un professionnel de la santé et le sentiment d'urgence d'un patient. L'un et l'autre voient les choses d'un tout autre point de vue et prennent en compte des réalités différentes voire divergentes. Pour le professionnel, il s'agit avant tout de répondre dans les meilleurs délais à un besoin médical vital et donc de hiérarchiser les problèmes. Pour le patient, il s'agit d'obtenir une réponse dans un délai court à un problème ressenti comme urgent et qui nécessite une réponse la plus rapide possible. Cette différence d'appréciation doit toujours être présente à l'esprit afin d'essayer, dans la mesure du possible, de concilier cette double réalité.

Le recours aux services d'urgence dans les pays de l'OCDE

Il n'existe pas d'études approfondies prenant en compte l'ensemble des données en relation avec les urgences médicales. Néanmoins, deux constats peuvent être mis en avant : d'une part, une fréquentation (sans doute trop) importante des salles d'urgence des hôpitaux et d'autre part, une prise en charge inadéquate de nombreuses pathologies vitales, telles que l'AVC et le polytrauma. Ces deux constats seront à la base des propositions qui suivront.

L'OCDE a récemment mené une étude auprès de 22 Etats membres sur le fonctionnement de leurs salles d'urgence (S.U.) durant la période 2001-2011.²¹ L'ob-

21 C. Berchet, *Emergency care services: trends, drivers and interventions to manage the demand*, Paris, OECD, 2015. Health Working Papers DELSA/HEA/WD/HWP(2015)6. Available from: [http://www.oecd.org/official_documents/publicdisplaydocume ntpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2015\)6&docLanguage=En](http://www.oecd.org/official_documents/publicdisplaydocume ntpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2015)6&docLanguage=En).

jectif de cette étude était d'élaborer un outil statistique en vue d'améliorer l'efficacité des services d'urgences au sein de l'OCDE, notamment en rationalisant le volume des patients aux S.U. La diversité des critères de référence, à commencer par la définition même de la notion d'urgence, utilisés par les différents pays représente la principale limite méthodologique de cette étude. Bien cernée par l'OCDE au cours de l'examen des données communiquées par les Etats, cette limite n'est toutefois pas un obstacle pour procéder à des comparaisons raisonnables et pour formuler un certain nombre de recommandations (reprises plus loin).

Comme l'a montré la présentation qui en a été faite par Mme Berchet au cours du séminaire du Heidberg Think Tank à Eupen, le constat de base général est celui d'un nombre de visites au sein des S.U. très important et partout en augmentation dans les pays de l'OCDE. En moyenne le taux de croissance annuel du nombre de visites au cours de la période étudiée est de 2 %. La double question qui se pose est de savoir si cette fréquentation est *trop* importante et, le cas échéant, de savoir comment la réduire. Pour y répondre, il faut examiner ce que recouvrent ces chiffres globaux. Quelques constats ici sommairement résumés se limitent aux tendances générales :

Premièrement, les patients qui fréquentent le plus les S.U. correspondent aux âges extrêmes de la vie, c'est-à-dire les très jeunes enfants et les personnes âgées.

Deuxièmement, les raisons les plus courantes des visites sont les blessures et les lésions traumatiques.

Troisièmement, les visites considérées comme inappropriées (notion dont la définition varie toutefois d'un pays à l'autre) représentent entre 12 et 56 % du nombre total des visites. (Comme on le verra plus loin, en Belgique, on estime à 56 % des visites aux S.U. celles qui seraient évitables car ne comportant pas un caractère d'urgence). Il apparaît donc d'emblée que ces patients pourraient être pris en charge par une médecine de « ville », c'est-à-dire par des médecins généralistes et/ou par des postes de garde.

Quatrièmement, le critère socio-culturel est déterminant dans le recours aux urgences. Les S.U. offrent en effet un ensemble d'avantages auxquels les patients relativement peu nantis sont particulièrement sensibles : une facilité d'accès à toutes heures, le regroupement en un seul lieu de plusieurs services de soins, la possibilité de ne pas payer immédiatement. Bref, les S.U. sont « rassurants », ce qui corrobore le constat que la fréquentation des S.U. augmente aux âges extrêmes de la vie.

Cinquièmement et en creux, la fréquentation des S.U. est encouragée par l'insuffisance de l'offre de soins en ville. L'étude de l'OCDE constate en effet que le recours aux S.U. est d'autant plus fort que l'offre médicale est faible par ailleurs et/ou que les permanences de soins ambulatoires font défaut.

Quelques pistes explorées dans certains pays de l'OCDE et recommandations de l'OCDE

L'objectif premier des pays de l'OCDE est la réduction de la demande et donc du nombre de visites. Pour y parvenir, les pays doivent tout d'abord accroître l'accès aux soins de première ligne (SPL) et aux soins communautaires via notamment le développement des soins ambulatoires, des dispositifs de soins primaire et/ou communautaire, de centres de santé communautaires et de services de soins par téléphone. Sur ce dernier point, une consultation à distance par téléphone (ou télé-médecine) permettrait en effet de diminuer fortement le nombre de visites inappropriées. Ce numéro de téléphone pourrait en outre faire office de dispatching en amont des soins ; il pourrait en effet conseiller la personne sur le lieu de soins le plus approprié à son cas, et où elle devrait donc se rendre.

Dans certains pays, des incitants financiers sont mis en place, tel que la gratuité des soins primaires sur les lieux de soins ou le principe du co-payeur. Ces dispositions visent à responsabiliser la personne qui demande des soins. Leur efficacité est toutefois mitigée. En Belgique par exemple, la mise en place du système de co-payeur n'a pas eu l'effet escompté de diminuer le nombre de visiteurs, sans doute parce qu'aux urgences, il reste possible de payer ultérieurement les frais de soins de santé. D'autres modes de paiement pourraient être imaginés et mis en place.

Un second objectif est l'amélioration de l'efficacité des S.U. Les politiques mises en œuvre ou envisagées dans différents pays visent à améliorer la trajectoire des patients au sein des S.U., à raccourcir les circuits au sein même de l'hôpital et garantir ainsi une meilleure rotation des patients entre les services.

Enfin, certains pays envisagent la présence d'un médecin généraliste dans les S.U., qui pourrait directement assurer les soins ne nécessitant pas la mobilisation du service des urgences.

En conclusion de son étude, en vue de diminuer le nombre de visites aux S.U et d'améliorer leur efficacité, l'OCDE fait les recommandations suivantes : accroître l'accès aux services de première ligne en les augmentant, développer les services de télé-médecine, raccourcir les circuits des patients au sein des hôpitaux et mieux rediriger les cas non urgents, mettre au point de nouveaux modes de paiement plus rapides.

Quelques questions restent toutefois ouvertes à la discussion. Le développement des SPL, via la dissémination de postes de garde et de centres de soins communautaires notamment, ne coûtera-t-il finalement pas plus cher que la concentration des soins urgents dans un centre principal par zone ? Comment déterminer ce qu'est un soin primaire ? Que recouvre la notion d'urgence en définitive ? Concerne-t-elle la pathologie elle-même ou le service de soins (comme dans l'exposé de Mme Berchet) ? L'apparition de médecins généralistes à l'intérieur des S.U. ne risque-t-elle pas d'augmenter encore le nombre de visites à ces S.U., ce qui serait l'inverse de l'objectif poursuivi ? Le raccourcissement général du temps d'attente (*fast-track*) est-il une bonne mesure, sachant qu'un temps d'attente relativement long pour ceux qui n'ont rien à faire au service des urgences peut avoir un effet dissuasif, permettant aux professionnels de se consacrer prioritairement et plus rapidement aux patients dont la pathologie le réclame ?

La situation en Belgique

Qu'en est-il plus précisément de la Belgique ? On se basera ici sur le rapport de 2004²². Selon ce rapport qui pose la question de savoir ce qu'est une urgence, on peut distinguer quatre groupes de pathologies se présentant aux S.U : primo, les pathologies banales (« bobologie ») pour lesquelles le patient vient de sa propre initiative (par exemple : otite chez un enfant, infections des voies respiratoires, coupures, insomnie, entorses, etc.) ; secundo, les pathologies plus sérieuses qui présentent bien un caractère d'urgence, mais sans menace vitale (par exemple : patients, envoyés ou non, avec une pneumonie ou des fractures non compliquées) ; tertio, les pathologies graves avec risque vital qui doivent être traitées immédiatement, comme celles présentées dans les séries télévisées (par exemple : une pathologie potentiellement mortelle même si, au moment de son arrivée, le patient ne se trouve pas en situation critique, comme une hémorragie gastro-intestinale, un angor instable, un infarctus du myocarde aigu, un accident cérébro-vasculaire, etc.) ; quatio, les situations critiques (par exemple : polytraumatisme grave, choc, hémorragie subarachnoïdienne, rupture d'anévrisme, crise d'asthme décompensée). Chez ce type de patients, un certain nombre de décisions médicales doivent être prises immédiatement et un traitement doit débiter dans les secondes ou les minutes qui suivent au risque, s'il n'en était pas ainsi, de conséquences irrémédiables qui pourraient être portées au pronostic vital, aux organes ou aux membres.

22 Rapport 2004 GT CNMM (commission nationale médico-mutualiste) médecine d'urgence.

55 % des motifs du passage à la S.U. concernent des problèmes ostéo-articulaire (contusion, plaies, entorse, fractures...), des problèmes cutanés et des problèmes d'ordre général.

Pour l'année 2008, selon l'étude des Mutualités Socialistes belges, on estime entre 1 et 2 millions le nombre de visites, dont 44 % dites appropriées, où les patients étaient soit envoyés par un médecin généraliste, soit amenés via le 112. Leur arrivée était suivie soit d'une hospitalisation, soit du décès du patient le jour même. Dans ces 44 % on compte également des urgences psychiatriques et des femmes enceintes qui accouchent dans les trois mois de leur arrivée aux urgences.

Une urgence sur trois donne lieu à une hospitalisation. Cependant, ce chiffre est à prendre avec précaution car il dépend fortement de la politique de l'hôpital.

Les patients qui recourent au S.U. sont principalement de très jeunes enfants (entre 0 et 5 ans), de jeunes adultes (entre 15 et 25 ans) et des personnes âgées de plus de 75 ans.

Les S.U. sont fréquentés surtout les lundis (donc juste après le week-end) et durant les week-ends eux-mêmes. Les jours de la semaine, ils sont principalement fréquentés de jour, entre 8h et 21h.

La répartition des fréquentations varie fortement selon les régions. Par exemple, dans cette même étude des Mutualités Socialistes belges, le recours selon la région était le suivant :

- 21 % des Bruxellois ont recours aux urgences ;
- 19 % des Wallons ;
- 14 % des Flamands ;
- le taux de visites appropriées pour Bruxelles est de 13 % contre 21 % en Flandre Orientale.

Le temps consacré au patient par les soins infirmiers est en moyenne de 19 minutes. Les patients auxquels davantage de temps est consacré sont ceux qui seront hospitalisés par la suite, les patients gériatriques et les enfants. A contrario, les patients qui n'ont pas été vu par le médecin parce qu'ils se retrouvent de manière inappropriée aux S.U. demandent beaucoup moins de temps pour l'infirmier.

Le nouveau système de financement des urgences se fait par l'octroi de points ; soit un point par passage aux urgences. Cette logique est loin d'être parfaite car les personnes qui prennent le plus de temps ne correspondent pas nécessairement aux cas et pathologies qui donnent lieu à beaucoup de points.

Selon le même rapport, le médecin généraliste peut contribuer à une meilleure prise en charge des patients notamment de deux manières : en acceptant de travailler en dehors des heures ouvrables normales et en informant ses patients sur les types de pathologies prises en charge dans les services d'urgences.

Une autre étude menée en Belgique par les mutualités (chrétienne et socialiste) (Journal de Gestion et d'Economie Médicales, 2013, Vol 31, n° 5, p. 247-262 (ESP-ULB)) aboutit à des résultats analogues. Elle montre, en effet, également que les S.U sont encombrés par des problèmes bénins (« bobologie »), sont inégalement fréquentés selon les profils socio-économiques des patients, accueillent une majorité de patients qui ne sont pas passés par la première ligne et ne comptent qu'un seul patient sur six qui y a eu recours de manière appropriée sans avoir été référé. Pour les auteurs de cette étude, les axes d'amélioration seraient dès lors un renforcement des SPL, une meilleure sensibilisation et une meilleure information du public ainsi qu'une meilleure collaboration entre les différents domaines du secteur médical.

Propositions pour la Belgique

En prenant en compte les données disponibles (avec leurs limites), les attentes de la population ainsi que le souhait des professionnels de santé de répondre au mieux à cette problématique des urgences voire du sentiment d'urgence, nous souhaiterions émettre les propositions suivantes :

1. **Répondre aux demandes des patients par *call center*, postes avancés et accueil en salle d'urgence** : L'objectif est de fluidifier les processus permettant de répondre dans un délai raisonnable aux différentes demandes des patients. Pour le patient, il s'agit de clarifier la voie la plus rapide pour répondre à son problème. Pour les professionnels de santé, il s'agit de permettre la prise en charge la plus adéquate du patient en fonction de leur disponibilité, de leurs compétences et des moyens mis à leur disposition. Cela suppose une organisation structurée, échelonnée et complémentaire du *call center*, des postes avancés et de la salle d'urgence ainsi qu'une organisation claire et structurée de la communication entre les différents niveaux, avec mise en place de cercles de qualité communs et de dispositifs de *feed-back* en boucle.
2. **Optimiser le triage dans les salles d'urgence avec communication d'un délai d'attente** : L'optimisation du triage doit être également vue de deux points de vue différents : celui des professionnels et celui des patients. Du point de vue des professionnels, le triage doit permettre une prise en charge visant un effet optimal en termes de morbidité et de mortalité. Du point de vue des patients, le triage et les temps d'attente qu'il implique pour les uns et les autres doivent tenir compte de la gravité de leur pathologie, mais aussi de la réalité

vécue de la gestion du temps. En d'autres termes, il s'agit de conjuguer une meilleure efficacité objective du système de soins et une meilleure satisfaction subjective du patient.

3. **Moduler la capacité hôtelière des hôpitaux en fonction du moment de l'année :** Le taux d'occupation des hôpitaux varie en fonction des saisons, de sorte qu'à certaines périodes, les salles d'urgence sont confrontées à une difficulté majeure d'hospitaliser un certain nombre de patients qui passent par elles. Dès lors, il faudrait concevoir un modèle de capacité hospitalière variable permettant la prise en charge des malades à la sortie des urgences lorsqu'ils doivent être hospitalisés, sans maintenir des coûts structurels de personnel lors des périodes creuses. Le temps de travail des urgentistes consacré à trouver un lit disponible est un indicateur direct de cette capacité. Le temps d'attente des patients en constitue un indicateur indirect.
4. **Développement entre les professionnels d'outils de performance :** Des outils de performance ou indicateurs de qualité et de sécurité des soins devraient être développés afin de contribuer à leur amélioration et afin de permettre l'obtention d'une comparaison entre les services d'urgence. Ils devraient, dans un premier temps, être développés par les professionnels de santé, et utilisés à des fins de pilotage interne. Dans un second temps, ils devraient aussi être utilisés afin de répondre à l'exigence légitime de transparence des patients. Ce dernier point nécessitera également la mise en place d'outils de communication vers le grand public afin d'éviter l'apparition d'un classement entre services ne permettant pas l'obtention d'une médecine de qualité dans l'ensemble des services.

II. Le rapport au temps et au risque dans la « société de l'urgence »

Comme on l'a évoqué au début de ce texte, le service d'urgence fait partie de ces espaces sociaux et institutionnels « à la marge » de la société, révélateurs de la société dans son ensemble. Les sciences humaines et sociales s'intéressent tout spécialement à ces espaces particuliers, là où l'individu ordinaire ne souhaite pas se rendre et ne se rend normalement pas, sinon contraint et forcé, et où lui est appliqué un traitement dont, en des circonstances normales, il se serait bien passé. Pour ces sciences, leur intérêt est double et paradoxal : d'une part, la comparaison entre ces espaces « extraordinaires » et les espaces ordinaires que chacun peut fréquenter quotidiennement (comme l'école ou l'entreprise) permet de mieux saisir, par contraste, les caractéristiques des espaces ordinaires ; d'autre part, les mécanismes de base de la vie collective et de la vie psychique apparaissent avec une clarté particulière dans les espaces situés à la marge de la vie sociale et institutionnelle, où les individus sont réduits à un seul statut (patient, interné, prisonnier...), où les normes de vie se réduisent à quelques règles strictes, où tout

apparaît un peu plus simple en somme, comme si l'on se retrouvait dans une sorte de modèle réduit de la société dans son ensemble.²³ Le philosophe Michel Foucault n'a-t-il pas bâti une partie majeure de son œuvre sur l'idée que la façon dont une société définit et traite la folie en apprend plus sur la normalité que l'étude directe de celle-ci ? Nelson Mandela n'estimait-il pas qu'on juge une société sur ses prisons, c'est-à-dire sur la manière dont elle met certains de ses membres à l'écart ? Par analogie, la façon dont les choses se passent autour des et dans les services d'urgence ne serait-elle pas une bonne entrée pour saisir des phénomènes et processus sociaux et institutionnels plus larges qui, dès lors qu'ils seraient mis au jour, éclaireraient en retour certains problèmes rencontrés par les services d'urgence ainsi que leurs enjeux sociétaux ? C'est la thèse proposée ici.

Sur ce principe méthodologique, différentes thématiques pourraient être traitées. On se centrera sur celle qui ressort des pages précédentes de cet ouvrage et de la première partie de cette conclusion comme le principal problème auquel les services d'urgence sont confrontés : la proportion importante de recours aux urgences considérés comme inappropriés et l'augmentation constante qui en découle du nombre de patients à y traiter ou, du moins, à gérer.

La société de l'urgence

Dans les pages de cet ouvrage, la cause de la multiplication des urgences non appropriées est principalement recherchée chez le patient, ses craintes et ses intérêts : un sentiment d'urgence irrationnel lié à une insécurité et à une fragilité existentielles, le souci de résoudre rapidement un problème de santé, la possibilité de postposer le paiement des soins, voire de ne pas payer du tout. Ces explications sont certainement pertinentes, mais elles le sont davantage encore si elles sont mises en contexte. Le recours médicalement injustifié aux urgences est, pour une large part, l'expression particulièrement manifeste d'une évolution culturelle plus générale : l'urgence est une des caractéristiques essentielles du rapport au temps tel qu'il est vécu aujourd'hui. Dans son ouvrage *Le culte de l'urgence*, précisément sous-titré *La société malade du temps*²⁴, Nicole Aubert laisse explicitement entendre que c'est d'abord la société dans son ensemble qui est malade. Et Hartmut Rosa²⁵ analyse l'accélération générale des rythmes de vie dans les sociétés occidentales en soulignant ce paradoxe fondamental : jamais l'individu n'a bénéficié d'autant de technologies destinées à lui économiser du temps et jamais il n'a souff-

23 R. Castel, *Présentation*, in : Goffman E., *Asiles*, Paris, Minuit, 1968, p. 7-35.

24 Paris, Flammarion, 2003.

25 *Accélération. Une critique sociale du temps*, Paris, La Découverte, 2010 ; *Aliénation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive*, Paris, La Découverte, 2012.

fert à ce point du manque de temps et du sentiment de devoir courir toujours plus vite. Cette accélération est toutefois vécue dans l'ambivalence. Si l'exigence culturelle de tout faire en urgence peut stresser les individus, jusqu'à la dépression souvent, travailler dans l'urgence peut apporter aussi un sentiment d'efficacité, d'accomplissement et de plaisir. Rien ne peut attendre pour l'homme et la femme qui fonctionnent « à flux tendu » ; pour la femme surtout d'ailleurs qui, plus que l'homme, doit généralement gérer en parallèle pressions professionnelles et pressions domestiques, *a fortiori* si elle a des enfants en bas âge (qui sont, comme on l'a vu plus haut) une des patientèles privilégiées des services d'urgence). Lorsque des patients se précipitent vers un service d'urgence, ils ne font souvent que se conformer à cette injonction culturelle : « rien ne peut attendre », non pas qu'objectivement, cela ne puisse attendre, mais qu'il est insupportable de devoir attendre. L'urgence n'est donc pas réductible à un ensemble de contraintes objectives, elle vient se glisser au plus profond du rapport à soi : la moindre souffrance, sinon la moindre frustration, est génératrice d'anxiété et appelle un remède immédiat. Ceci éclaire l'importante distinction faite plus haut entre urgence et sentiment d'urgence.

L'urgence n'est donc pas seulement une exigence médicale face à certains accidents ou à certaines pathologies, elle est, en elle-même, une pathologie collective. A l'instar des *Animaux malades de la peste* de Jean de la Fontaine, « ils ne mourraient pas tous, mais tous étaient frappés ». Sans doute la sphère du travail est-elle la plus touchée. Au sein de cette sphère, le sont plus particulièrement celles et ceux qui, chargés d'une responsabilité de management, ont précisément pour fonction de « faire avancer les choses » – comme pas mal de médecins hospitaliers sans doute. Mais le mal touche aussi avec force les groupes sociaux que leur fragilité objective et/ou subjective rend impatient et qui exigent une réponse rapide à leurs problèmes de santé (comme les personnes âgées ou en situation précaire qui sont, comme on l'a également vu plus haut, deux autres patientèles privilégiées des services d'urgence).

Un rapport socialement différencié au risque

Ce qui s'observe dans les services d'urgence révèle le rapport différencié des différents groupes sociaux au risque en général et, en particulier, aux risques liés à la santé. Au sein de l'ensemble de la société et toutes catégories sociales confondues, la problématique du risque est aujourd'hui centrale. Dans tous les secteurs (la santé mais aussi l'environnement, la production industrielle, les finances ...), il n'est question que de prévention et de gestion du risque. Pour Ulrich Beck, principal théoricien contemporain de *La société du risque*²⁶, les inégalités sociales se

26 Paris, Aubier, 2001.

structurent de plus en plus en fonction du risque. Même si notre médecine est une des moins inégalitaires du monde, les différentes classes sociales ne disposent pas des mêmes capacités (matérielles et culturelles) de faire face au risque de maladie ou d'accident. Par rapport aux classes sociales défavorisées, d'une manière générale, les membres des classes supérieures et moyennes ont davantage de chances d'être bien suivies par leur(s) médecin(s), depuis le diagnostic d'une éventuelle pathologie jusqu'à son traitement, et de subir des examens de routine ; ils sont plus réceptifs aux messages de prévention, bénéficient d'une assurance hospitalisation, prennent davantage soin de leur corps et de leur santé ; surtout, ils en planifient mieux la gestion, avec pour conséquence qu'ils vivent plus longtemps. En comparaison et toujours d'une manière générale, les personnes en situation précaire ont tendance à ne se préoccuper de leur santé que par à-coups, lorsque la maladie et/ou la douleur surviennent. Le recours jugé par les professionnels comme non approprié au service d'urgence s'inscrit dans cette logique. Du point de vue de ces personnes, ce recours est parfaitement approprié et efficace. Le rapport au risque n'est pas seulement une conséquence des positions sociales : la manière dont les uns et les autres peuvent composer avec le risque renforce entre les inégalités.

Raison médicale / raison sociale

Comme le rapport au temps, le rapport à la santé et au risque est une construction sociale qui dépend de la situation objective, de la vision du monde et de la responsabilité propres à chacun. Ce rapport se révèle, avec une clarté crue, dans cet espace social et institutionnel particulier qu'est le service d'urgence. La distinction faite plus haut entre la conception de l'urgence d'un professionnel de la santé et le sentiment d'urgence d'un patient peut être réexaminée sous l'angle de la distinction faite par Ulrick Beck entre la « raison scientifique » et la « raison sociale ». On peut en effet transposer cette distinction au couple « raison médicale » / « raison des patients ». Pour la première, les seuls recours appropriés, légitimes aux urgences sont justifiés par une impérieuse nécessité d'agir vite pour protéger la santé voire la vie du patient. Là réside la noblesse du travail des urgentistes. Sauver de la mort la victime d'un grave accident de la route ou d'un méchant infarctus est infiniment plus gratifiant que soulager les bobos d'un vieillard insécurisé ou remettre sur pied un pauvre hère plein comme une barrique, que la police vient de ramasser au coin d'une rue. L'urgence liée à un accident ou à une pathologie grave constitue en quelque sorte le côté face du service d'urgence. Tout le reste, moins gratifiant et dont le personnel se passerait bien, représente son côté pile qui devrait être pris en charge en amont ou ailleurs, en consultation ou sur rendez-vous, voire par des services sociaux ou psychologiques. Pour la raison « sociale » qui est celle des patients dont la présence n'est pas médicalement justifiée, l'important est d'être rapidement soigné et rassuré. Que cela convienne

ou non au personnel de santé, que cela se fasse au détriment des « vraies urgences », que cela détourne le service d'urgence de sa mission première n'importe guère ; pour ces patients, ce recours est fonctionnel, il répond à leurs attentes et ils s'arrogent le droit d'utiliser à leur gré un service financé par des fonds publics. Faut-il pour autant regarder la raison sociale de haut ? Certainement pas, pense Beck, qui écrit : « Sans la raison scientifique, la raison sociale est aveugle, sans la raison sociale la raison scientifique est vaine ». Ainsi, l'idée de mieux informer ou d'« éduquer » les patients ne représente au mieux qu'une solution partielle, elle présuppose une adhésion à la raison médicale qui n'est plausible que pour une partie seulement des patients.

Dans tous les domaines où des « encadreurs » (enseignants, travailleurs sociaux, juges ou médecins...) encadrent des « encadrés » (élèves, assistés sociaux, justiciables ou patients ...), la plupart des encadreurs – surtout s'ils se sentent investis d'une mission – tendent à penser que leur travail ne peut produire ses effets que si les encadrés adhèrent à leur vision des choses, notamment à leurs finalités. Le plus souvent, cette croyance est, dans une large mesure, une chimère. Toutefois, les encadreurs auraient tort de le déplorer : il leur est possible de faire œuvre très utile sans que les bénéficiaires de leur travail soient pour autant sur la même longueur d'onde. C'est d'autant plus vrai que les encadreurs agissent aussi, en partie au moins, en fonction de leurs propres intérêts et motivations, ce qui est non seulement légitime, mais en outre nécessaire à un travail de qualité.

Ambiguïtés institutionnelles

La lecture de plusieurs passages des articles d'experts rassemblés dans cet ouvrage suggère qu'une sorte de lien dialectique complexe et difficile à cerner dans tous ces aspects relie les urgences dits appropriées et les urgences dites inappropriées ; les unes et les autres semblant à la fois, paradoxalement, contradictoires et complémentaires.

Contradictoires notamment parce que plus on consacre du temps et des moyens aux urgences dites inappropriées, moins on est disponible pour les urgences dites appropriées. Complémentaires car la prise en charge d'urgences inappropriées peut contribuer à la rentabilité économique de l'hôpital dans son ensemble et donc à la qualité des soins pour les urgences appropriées. Complémentaires encore car la frontière entre les urgences appropriées et les urgences inappropriées n'est pas forcément nette, car les visites inappropriées ne se détectent pas toujours facilement dès l'entrée au service, de sorte que se limiter d'emblée aux seules « vraies urgences » semble difficile. Complémentaires toujours lorsqu'on découvre que le problème ne serait pas les urgences inappropriées en elles-mêmes, mais le manque de lits en aval dans les autres services hospitaliers. De là

à penser que l'hôpital n'a pas intérêt à trop vite décourager le tout-venant, mais bien plutôt à l'accueillir et à rapidement l'orienter au mieux, il n'y a qu'un pas. Ce n'est pas un hasard si les quatre propositions formulées plus haut vont dans ce sens.

Le fonctionnement effectif des services d'urgence révèle encore une autre ambiguïté présente dans toutes les institutions : l'écart entre les logiques institutionnelles (la politique de l'hôpital, les décisions officielles des directeurs et administrateurs, les normes formelles de fonctionnement et d'organisation, etc. qui viseraient à limiter les urgences non appropriées) et les logiques du terrain. Les premières pèsent sans aucun doute d'un poids certain, mais elles ne sont jamais le dernier mot et le fonctionnement réel du service n'y correspond jamais que partiellement. Plusieurs communications, notamment celle qui porte sur les collaborations transfrontalières, ont souligné le rôle des opérateurs de terrain. En définitive, ce sont eux qui filtrent, canalisent, accélèrent le mouvement ou font patienter plus ou moins longtemps, maintiennent dans le service d'urgence ou orientent ailleurs, vers un autre service ou vers la sortie. Ils sont animés d'un ensemble complexe de motivations où se conjuguent ce que leur dictent leur rigueur professionnelle, leur conscience et, souvent aussi, leur propre intérêt et leur propre confort. Comme cela a été montré plus haut dans cet ouvrage,²⁷ c'est dans l'innovation que leur rôle est particulièrement crucial, parce que ce sont eux qui doivent trouver et improviser des solutions pragmatiques à des problèmes souvent inédits et réagir à des situations critiques, voire à des catastrophes, pour la gestion desquelles il n'avait pas encore été prévu de normes et de dispositifs.

Comme on s'en sera aperçu, cette réflexion sociologique n'enlève rien à la pertinence des constats et des propositions présentés dans la première partie de cette conclusion, elle les complète. En remettant le problème en contexte sociétal et culturel (dans quelques-uns seulement de ses aspects), elle permet de mieux saisir ce qui amène aux services d'urgence celles et ceux qui y recourent pour des raisons autre que l'urgence médicale à strictement parler. En soulignant le contraste entre raison médicale et raison sociale, et en mettant en évidence certaines ambiguïtés institutionnelles, elle montre la complexité des rapports entre l'institution hospitalière (et ses professionnels) et les patients qui y recourent. Si cette complexité, liée à ces transformations sociétales, n'a rien d'anormal, elle peut générer certains malentendus. Pour améliorer un service, son efficacité et la qualité des soins qu'il prodigue, il n'est sans doute pas indispensable de lever entièrement ces malen-

27 La contribution de Marian Ramakers dans le présent ouvrage sur « La coopération transfrontalière dans l'Eurégio Meuse-Rhin ».

tendus, mais il est souhaitable d'en être conscient. Car l'efficacité d'un système de soins et la qualité de ces soins ne dépendent pas seulement de sa mécanique interne, aussi rigoureuse soit-elle ; elle dépend aussi de la manière dont il conçoit ses rapports aux patients. Qu'on le veuille ou non, à leur façon, ceux-ci en sont aussi des acteurs. Si le patient ne peut être ni un roi-client qui impose ses caprices au système, ni une "chose" sans tête que le système balade au gré de sa seule logique, quel autre type d'acteur devrait-il être pour que tous y gagnent ? *To be or not to be. That is ...*

Liste chronologique des auteurs du présent ouvrage

Karl-Heinz Lambertz : Sénateur et ancien Président du gouvernement et du Parlement de la Communauté germanophone de Belgique ; Premier Vice-Président du Comité des Régions de l'Union Européenne ; Vice-Président du Congrès des pouvoirs locaux et régionaux du Conseil de l'Europe ; Président de l'Association des Régions Frontalières d'Europe ; Membre du Comité de pilotage du Think Tank.

Guy Horsmans : Juriste ; Professeur émérite de l'Université Catholique de Louvain ; Avocat ; Membre du Comité de pilotage du Think Tank.

Luc Van Campenhoudt : Sociologue ; Professeur émérite de Saint-Louis et de l'Université Catholique de Louvain ; Membre du Comité de pilotage du Think Tank.

Marc Czarka : Médecin ; Entrepreneur ; Membre du Comité de pilotage du Think Tank ; Expert interne pour la santé.

Yves Horsmans : Médecin à l'hôpital universitaire de l'Université Catholique de Louvain ; Professeur à l'Université Catholique de Louvain ; Membre du Comité de pilotage du Think Tank ; Expert interne pour la santé.

Caroline Berchet : Experte de l'OCDE pour le domaine de la santé ; Membre de l'équipe ayant rédigé le rapport sur les urgences ; Experte externe lors du premier Think Tank.

Marian Ramakers : Manager du programme EMRIC+ (projet Interreg IV de l'Euregio Meuse-Rhin visant le développement de la coopération transfrontalière dans les domaines de la sécurité et la santé publique – y compris les urgences) ; Experte externe lors du premier Think Tank.

Benoit Collin : Administrateur Général Adjoint de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ; Expert externe lors du premier Think Tank. Présence et intervention à titre personnel.

Roland Lemye : Vice-Président de l'Association Belge des Syndicats Médicaux ; Expert externe lors du premier Think Tank.

Jean-Bernard Gillet : Directeur médical VIVALIA (une intercommunale regroupant six sites hospitaliers dans les provinces du Luxembourg et de Namur) ; Ancien Directeur du département des urgences à l'hôpital universitaire de la KULeuven ; Expert externe lors du premier Think Tank.

Michael Hilligsmann : Professeur Assistant en économie de la santé et analyses des technologies de la santé à l'Université de Maastricht ; Expert externe lors du premier Think Tank.

Michel Colson : Député Bruxellois ; Président de la section CPAS de l'Association de la Ville et des Communes de la Région de Bruxelles-Capitale ; Expert externe lors du premier Think Tank.

Alain Eraly : Professeur de sociologie et de gestion à l'Université Libre de Bruxelles ; Membre du Comité de pilotage du Think Tank.

Hugues Pirotte : Professeur à Solvay Business School ; Membre du Comité de pilotage du Think Tank.

Ostbelgien 



ISBN: 978-3-9817449-5-8