



Les urgences : point de vue des

L'organisation complexe de notre système de soins est la plupart du temps méconnue des usagers. Leurs représentants souhaitent des programmes d'information sur les objectifs et le rôle des structures et acteurs qui le composent.

Nicolas Brun

Chargé de mission à l'Union nationale des associations familiales (UNAF)

Lors de différents colloques, conférences, articles, il n'est pas rare d'entendre ou de lire que les usagers utilisent à mauvais escient le système de prise en charge des situations d'urgence, que ce soit dans le cadre hospitalier ou dans celui de la médecine libérale. Et on entend parler de l'irresponsabilité des uns, de l'utilisation des services d'urgences comme simples prestataires de services par les autres, lorsque l'utilisateur n'est pas directement désigné comme le responsable des maux dont souffrirait depuis des années notre système d'urgence et/ou de permanence de soins. Ces propos introductifs, volontairement provocants, ne sont pourtant pas très éloignés de la réalité.

Utilisation en urgence du système de soins : à qui s'adresser ?

Avant de reprocher aux usagers de ne pas bien utiliser l'offre de soins dans le cadre de l'urgence ou de la permanence de soins, il faudrait se demander si celle-ci est réellement compréhensible et lisible. Notre organisation des soins est très cadrée d'un point de vue réglementaire et les différents articles qui composent cette revue démontrent que chaque acteur a son propre rôle, chaque structure son propre domaine d'intervention. Pour autant, cette organisation reste nébuleuse pour l'utilisateur, qui, face à une situation qu'il pressent comme urgente, va être tenté de se tourner vers la première structure qui lui vient à l'esprit ou vers celle qui lui semble la plus accessible.

En effet, comment se repérer entre les différents degrés et champs d'intervention des pompiers, du Samu ou du Smur, des

associations d'urgentistes, des médecins libéraux, de la permanence de soins, des services d'urgences des établissements de santé publics et privés, des maisons médicales de garde, des numéros de téléphone des associations diverses et variées... autant de professionnels ou de structures qui proposent parfois des offres comparables pour ne pas dire concurrentes? De plus, les champs, les intervenants, les dénominations, les horaires et les modalités d'intervention peuvent varier d'un département à l'autre, voire d'une ville ou d'un secteur à l'autre, ce qui ajoute à la confusion.

Les acteurs doivent donner un mode d'emploi du système

Il existe un réel déficit de communication vers le public sur l'existence et les objectifs des divers acteurs et structures et sur leur complémentarité. Pour une bonne utilisation du système, il est impératif que soient clairement identifiées les différentes filières de soins qui s'offrent à l'utilisateur afin que celui-ci puisse faire appel à celle qui répond effectivement à son besoin. Ce n'est pas à l'utilisateur de s'interroger, dans un moment de stress, sur le bon numéro à composer ou le bon interlocuteur à solliciter. C'est au système de santé de se rendre, d'une part, visible et, d'autre part, de s'organiser et de se coordonner afin de répondre le plus efficacement possible, et avec les moyens adéquats, à la demande des usagers. Une organisation de ce type suppose une analyse préalable et une évaluation des besoins de la population. Il s'agit là d'une exigence lourde pour les professionnels, mais qui nous paraît néanmoins incontournable.

usagers

Une telle démarche est tout à fait compatible avec une sensibilisation de nos concitoyens sur cette organisation. Cela passe par une éducation à la santé soutenue. Force est de constater qu'il n'existe pas ou peu de lieux ou de programmes expliquant au public l'organisation du système de santé, les objectifs ainsi que les rôles des structures et des acteurs qui la composent. Si l'appréciation des Français, d'un point de vue intuitif, est généralement assez positive quant à l'organisation et à la compétence de ceux qui les soignent, ils n'ont la plupart du temps aucune idée de la manière dont le système fonctionne (on pourrait se poser la question de savoir si cette connaissance est toujours optimale chez les professionnels eux-mêmes!). Il y a donc là un chantier important à ouvrir.

La notion d'urgence, source d'incompréhension

La difficulté d'adapter l'offre et la demande provient sans doute également du fait que la notion d'urgence varie selon que l'on est un professionnel ou un simple citoyen. Dans la plupart des cas, l'usager ne fait pas de différences entre une urgence que les professionnels qualifieraient de réelle et une urgence ressentie.

La fièvre d'un enfant, le mal de tête d'un adulte peuvent être vécus comme des situations particulièrement stressantes et anxiogènes par chacun d'entre nous. Ce caractère angoissant peut être renforcé par des situations liées à l'environnement géographique, culturel ou social (isolement, impossibilité de se déplacer, antécédents au sein de la famille, difficulté de s'exprimer en français, situation vécue la


nuit...). Si certains peuvent regretter cette absence de discernement, nous préférons tout de même, nous, représentants des usagers, que la personne se trompe plutôt qu'elle fasse appel trop tard aux services d'urgences. Cependant, l'on voit bien qu'aux côtés des organismes assurant la prise en charge pourraient se développer des plate-formes, notamment téléphoniques, donnant aux usagers des conseils sur les attitudes adéquates à adopter dans des situations qui ne revêtent aucun caractère de gravité, sans pour autant établir un diagnostic ou réaliser une consultation. Le besoin de réassurance de nos concitoyens est dans ce domaine important.

Notre société a changé, la cellule familiale est plus éclatée, les deux parents travaillent souvent, le rythme de vie s'est accéléré. L'exigence de performance et d'amélioration rapide de l'état de santé d'une personne s'est considérablement élevée. Tous ces facteurs entraînent de la part des usagers une demande de prise en charge de plus en plus rapide et globale, et ils se heurtent à un double impératif des professionnels de santé : d'une part, la nécessité de hiérarchiser les demandes et, d'autre part, leur propre aspiration à concilier vie professionnelle et vie familiale.

Enfin, l'attente des usagers vis-à-vis de l'offre d'urgence ne porte plus uniquement sur le volet sanitaire et purement médical. L'urgence sociale interfère de plus en plus sur ce champ. La multiplication des situations de précarité et de pauvreté rend encore plus difficile la prise en charge d'une certaine partie de la population par des professionnels de santé souvent désarmés et bien souvent sans réels moyens pour répondre à ces situations.

Tous ces paramètres pourraient aboutir, si l'on n'y prend garde, à l'émergence d'une incompréhension entre les professionnels de santé et leurs patients. Notre organisation des soins doit donc tenir compte de ces multiples évolutions sous peine de voir se creuser un fossé entre l'offre des professionnels de santé et les aspirations des usagers.

Le dialogue entre acteurs et usagers de plus en plus nécessaire

Face à toutes ces mutations et aux enjeux qui en découlent, il nous paraît plus que jamais nécessaire que le dialogue entre les structures sanitaires, les organismes représentant les intérêts des professionnels de santé et les représentants des usagers s'intensifie à tous les niveaux afin que l'offre réponde au mieux à la demande de soins dans un souci de qualité, d'efficacité et d'efficience de notre système de santé. 



Permanence des soins

Comment les médecins libéraux participent-ils à la permanence des soins ? Quelles sont les conditions nécessaires à une permanence des soins organisée et effective ?

Patrick Bouet

Médecin, secrétaire général adjoint
Ordre national des médecins

Tordons le cou à l'idée reçue selon laquelle les médecins ne voudraient plus assurer la permanence des soins ou que ceux-ci ne défendraient uniquement, dans leurs demandes d'adaptation réglementaire, que des intérêts financiers.

Cette affirmation est fautive. Au-delà du factuel, il y a la volonté de répondre aux besoins de la population et de le faire dans un environnement sécurisé, en réponse à une demande médicale dans le cadre d'une régulation médicale des appels. La permanence des soins n'est pas en effet l'exécution de toutes et n'importe quelles demandes d'un appelant.

Il y a aujourd'hui une réelle volonté des médecins de s'engager dans un processus organisé et équilibré de prise en charge des patients, en dehors des heures ouvrées des cabinets telles que définies réglementairement.

Pourquoi une permanence des soins ?

La permanence des soins est basée aujourd'hui sur :

- l'article 77 (article R4127-77 du Code de la santé publique) du Code de déontologie médicale ;
- le décret du 7 avril 2005 modifiant l'organisation réglementaire de la permanence des soins ;
- la définition de la permanence des soins comme une mission d'intérêt général par le législateur dans le cadre de la loi du 14 décembre 2002 sur le financement de la sécurité sociale.

Elle a pour objectif d'assurer un accès aux soins pour des consultations non programmées

survenant en dehors des heures ouvrées de cabinet. Elle requiert :

- la présence de médecins volontaires (requis par l'autorité publique en cas d'échec du volontariat) ;
- une régulation médicale des appels ;
- un environnement réglementaire arrêté par le préfet (sectorisation, etc.) ;
- l'appui et la participation du conseil départemental de l'Ordre des médecins à tous les stades de réflexion, d'élaboration et de réalisation, voire dans la conciliation entre acteurs en cas de difficulté ;
- l'appui des acteurs institutionnels, nationaux, régionaux, départementaux voire locaux, afin d'optimiser les moyens mis à la disposition du patient et des médecins ;
- le respect par tous les acteurs de la réglementation en vigueur, notamment l'assurance maladie qui assure là un rôle de financeur tant par le biais des honoraires réglés au médecin que par la prise en charge de la régulation médicale, voire par le biais du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) dans la subvention des maisons médicales de garde.

La permanence des soins, par qui ?

L'acteur fondamental de la permanence des soins est le médecin libéral, acteur individuel de cette obligation collective. L'environnement législatif et réglementaire a placé cette participation sous le régime du volontariat individuel et a prévu, en cas d'insuffisance d'effecteurs, la contrainte administrative de réquisition préfectorale.

Ne nous y trompons pas, le volontariat n'est que le premier étage d'un dispositif encadré

réglementairement. Or, pour que le volontariat s'exprime totalement et dans le respect du professionnel de santé, il appartient aux autres acteurs de mettre en place les moyens matériels et financiers nécessaires à une prise en charge cohérente de la population dans un environnement sécurisé. Ces conditions d'activité assurant la qualité des soins relèvent de la responsabilité de l'État, garant d'un accès aux soins homogène sur l'ensemble du territoire.

On ne pourra donc reprocher aux médecins de ne pas être volontaires si, par ailleurs, les engagements pris par les autres acteurs ne sont pas respectés, notamment dans le cadre conventionnel et dans la régulation médicale des appels.

La permanence des soins, isolée ou intégrée dans un dispositif plus large ?

La permanence des soins n'est pas l'aide médicale urgente : il faut d'emblée le rappeler car c'est une confusion trop souvent mise en avant. Elle s'intègre dans un réseau global de prise en charge du patient. Son objectif ne peut pas être de décharger les services d'urgences, mais bien de répondre à une exigence de qualité et de sécurité de la population en matière de santé publique.

L'organisation des soins non urgents et non programmés ne doit et ne peut pas être considérée comme un premier étage de l'organisation des urgences, mais bien comme un moyen à part entière de prise en charge du patient. Elle exige une totale complémentarité avec l'ensemble des acteurs : Samu, Smur, SDIS, urgentistes des établissements de santé et d'associations des professions libérales. Elle

exige de tous une réelle volonté de partenariat, gage d'aboutissement et d'efficacité, et ne doit pas être hypothéquée par des ralentissements dus à des objectifs comptables ou à des « obstacles financiers », car il s'agit d'une mission d'intérêt général.

Enfin, cette organisation n'a de validité que si elle est connue par les patients et si leur information, leur éducation à l'utilisation des moyens à leur disposition, est effectivement mise en place notamment par le biais des responsabilités de l'État en matière de santé publique. Cette dimension est une exigence.

On peut ainsi dire que :

- Sans les médecins libéraux, il n'y a pas de permanence des soins.
- Sans permanence des soins, la sécurité sanitaire de la population est hypothéquée.
- Sans éducation de la population, la régulation de ce système est vouée à l'échec tant au niveau qualité que faisabilité.
- Sans engagement de l'ensemble des partenaires institutionnels au côté des médecins, une telle organisation est impossible.

Quel rôle pour l'Ordre des médecins ?

L'Ordre des médecins est présent :

- Dans la réflexion organisationnelle au niveau de la sectorisation départementale car l'ordre départemental des médecins doit y être consulté systématiquement.
- Au sein du Codamups dont le conseil départemental est membre et qui est chargé de donner un avis sur l'organisation.
- Dans la tenue du tableau de permanence des soins et l'envoi aux divers partenaires prévus par les textes.
- Dans la concertation entre acteurs et la

conciliation entre professionnels ou avec les professionnels en cas de difficulté d'élaboration du tableau dans le cadre des exemptions de garde.

Au niveau régional, l'Ordre des médecins est également présent en donnant un avis sur les propositions qui pourraient être faites à cet échelon.

Au niveau national, dans le cadre de l'organisation réglementaire et de son suivi déontologique.

Ainsi, l'Ordre apporte son savoir déontologique, mais aussi sa compétence d'organisation. Enfin, grâce au maillage de la totalité du territoire tant hexagonal qu'extra-hexagonal, il a la connaissance totale du terrain et son expertise est fondamentale.

Nous avons pu, à titre d'exemple, grâce à cette place privilégiée, en mars 2005, faire une enquête nationale, exhaustive sur l'organisation de la permanence des soins avant publication du nouveau décret. Enquête que nous avons été les seuls capables de produire à ce moment.

La permanence des soins est avant toute chose un engagement de l'ensemble de la profession, engagement collectif dont la mise en œuvre est individuelle mais intégrée dans une organisation rationnelle.

Les médecins français veulent faire de la permanence des soins, mais intégrée et organisée, où leur rôle sera connu, reconnu et valorisé par l'ensemble des acteurs.

Avec des professionnels engagés, il s'agit de faire une médecine utile aux patients et comprise par la population comme étant une chance et non pas un service de plus à consommer sans discernement. 🦋



Point de vue
de l'Association
des médecins urgentistes
sur la situation
des urgences en France.

Patrick Pelloux
Praticien hospitalier,
président de l'Amuf

Urgentistes : les « épontilles » du

Lorsque nous avons créé l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf), en 1997, une nouvelle forme d'action syndicale et associative est née. Nous étions tous et toutes avec des statuts précaires et dans un néant pour notre avenir professionnel. À cette époque, seulement 155 praticiens hospitaliers de médecine d'urgences étaient nommés (1 580 actuellement). Suite à un rapport du Conseil économique et social de 1988, entre 1990 et 1995 un milliard de francs avait été déployé par les gouvernements successifs pour renforcer, structurer, « sénioriser » les services d'urgences hospitaliers et pré-hospitaliers. Lors du forum organisé par l'Amuf et le ministère sur les urgences en mars 1998, le ministère a retrouvé que seulement un tiers de la somme était effectivement arrivé aux urgences ! Les deux autres tiers s'étaient perdus dans les méandres des hôpitaux. Les chefs de service venaient de toutes les spécialités ou parfois faisaient semblant de s'intéresser aux urgences ! Les querelles médecins/chirurgiens/anesthésistes-réanimateurs laissaient présager de longues luttes pour faire naître la médecine d'urgences. N'oublions pas, dans cette histoire des urgences en France, les infirmières, les étudiants en médecine qui étaient bien souvent seuls aux urgences jusqu'au début des années quatre-vingt-dix. Nous pouvons aussi rapprocher cela de l'absence de réflexion sur la prise en charge des catastrophes jusqu'en 1986, date à laquelle l'amateurisme de la prise en charge de l'attentat de la rue des Rosiers fut un bel exemple. Il a fallu un courage militant, notamment de quelques anesthésistes des Samu, comme les docteurs Christine Amiratti,

Claude Lapendrie ou Daniel Janniere, pour se battre et structurer une culture de la prise en charge des catastrophes dans le domaine hospitalier et pas seulement par la Sécurité civile.

Mais pourquoi la structuration des services d'urgences n'a-t-elle pas été faite avant ? Comment le corps universitaire, celui qui détient le savoir, qui finalement a une fonction intellectuelle logiquement sans jugement partisan, mais basée sur les preuves scientifiques, a-t-il laissé les services d'urgences, pendant presque un siècle, sans structuration, construction pédagogique, avec une vision à court, moyen et long termes pour l'ensemble des personnels des services d'urgences ? La médecine s'est construite en privilégiant les soins programmés, les missions définies, mais rarement en priorisant la permanence des soins, l'aléatoire, la santé publique, les urgences. Un développement de l'ensemble des structures d'urgences, et pas seulement celles dépendant des CHU, fut donc nécessaire. Le but étant de construire la culture de la médecine d'urgences afin d'élaborer, quels que soient le parcours du médecin urgentiste et son mode d'exercice, une formation initiale dans l'égalité de l'accès au savoir et une formation continue qui soit contemporaine du nouveau millénaire. Les urgentistes doivent s'épanouir dans leur métier et posséder toutes les connaissances nécessaires pour prendre en charge l'ensemble des urgences pré-hospitalières et hospitalières...

La naissance d'un syndicalisme de l'Amuf n'est pas une tare pour un métier. Il est intéressant de voir le regard des médecins les plus anciens qui ne comprennent pas toujours les

ystème de santé


nombreux enjeux sociaux. La féminisation de la médecine, qui est une richesse, les médecins à diplômes étrangers, les médecins urgentistes atteints d'un handicap, ceux victimes de harcèlement, les administrations qui ne payent pas leur dû, la formation professionnelle : voilà quelques-uns des champs d'actions sociaux. « *On ne peut pas faire de la médecine d'urgences toute sa vie* », a-t-on entendu l'autre jour, comme dans n'importe quel métier où les conditions de travail ne sont pas décentes ! La lutte sociale pour avoir des conditions de travail acceptables, de qualité, une valorisation sociale de son travail, une égalité de traitement social entre toutes et tous les urgentistes n'est pas un défaut, mais une chance pour la spécialité de médecine d'urgences. La valorisation sociale d'une profession n'a jamais entraîné sa destruction mais sa construction. Enfin, les statuts sociaux : si nous ne valorisons pas les métiers aux contraintes de temps, de l'aléatoire, du soin non programmé, de l'évolutivité permanente, de la garantie des retraites (le projet actuel les fait baisser de 38 % !), nous ne favoriserons pas l'accès aux jeunes.

La médecine d'urgences va désormais se complexifier par sa science, par l'environnement. La récession économique qui se présente à nous fera des ravages sociaux ; tous les éléments démographiques font que les actions de soins et sociales vont devoir travailler en symbiose. Les urgences doivent être un élément indispensable du système sanitaire et social, et pas le moyen de pallier toutes ses carences. Concomitamment, l'hôpital va s'organiser de plus en plus sur un modèle d'entreprise et les combats sociaux devront

souligner sa singularité car la production industrielle n'est pas applicable à la fonction hospitalière médicale.

Pour le lien avec la ville, la permanence des soins est un élément essentiel. Les services d'urgences hospitaliers et le Samu ne sont pas là pour faire ce que l'ensemble du système ne veut pas assurer. Un système organisé n'est pas une anarchie. Deux ans après la fin des obligations pour les gardes des médecins de ville, l'Ordre des médecins avoue un échec, les maisons médicales ferment les unes après les autres, les Smur sortent pour faire des certificats de décès, la Cour des comptes s'alarme de la croissance des dépenses. Les médecins libéraux, ou de ville, et ceux de l'hôpital ne sont pas ennemis, mais bel et bien complémentaires. On ne reviendra pas sur le volontariat pour les gardes, mais on ne peut laisser la population dans l'incertitude de la permanence des soins au risque d'aller nous-mêmes vers la judiciarisation de la relation entre médecins et malades. Mais deux écueils sont à éviter : les compétences doivent se développer en matière de prise en charge des urgences et il faut parvenir à une formalisation régionale des échanges entre médecins de ville et hospitaliers, pas seulement les généralistes mais aussi les spécialistes, si nous voulons être crédibles pour les malades et accomplir notre devoir de soigner et d'être organisés afin de tendre vers un accès égalitaire aux soins. Qu'est-ce qu'un service public, sinon au moins la garantie de l'égalité, de la fraternité ? La permanence des soins est un service public à organiser en complémentarité avec la médecine de ville.

Les échéances prochaines seront, pour les

urgentistes, la préparation de la gestion des risques de catastrophes (épidémie de grippe aviaire, terrorisme, risque NRBC, actions humanitaires d'urgences...), mais aussi la complémentarité avec l'ensemble des professionnels du système de santé, aussi bien de la ville que de l'hôpital, de la santé publique (le travail avec l'INVS est un formidable espoir), et aussi les relations avec les représentants des malades. L'Amuf souhaite progresser dans ce sens. C'est ce que nous voulons, alors faisons-le, mais pas demain ! Maintenant, ensemble, et pour un avenir meilleur. 



tribunes

Pour la SFMU, la médecine d'urgences est une spécialité médicale qui doit se développer et se structurer pour répondre encore mieux aux attentes actuelles.

Gérard Bleichner
Chef du service des urgences et de la réanimation, CH Victor Dupouy, Argenteuil, président de la Société française de médecine d'urgences (SFMU)

La médecine d'urgences, une nouvelle spécialité médicale en

En trente ans, une nouvelle spécialité médicale a vu le jour. Elle s'avère essentielle dans la réponse aux besoins de santé.

Dans les années soixante-dix, l'exercice de la médecine d'urgences n'était absolument pas organisé. En ville, les médecins traitants répondaient le jour et la nuit aux appels de leurs malades en dehors des heures ouvrables. À l'hôpital, le rapport des présidents de CME de 1988 montrait que 11 % des malades seulement étaient vus par des docteurs en médecine, que plus de 10 % des services d'urgences n'avaient ni locaux spécifiques, ni personnels spécifiques. Les malades étaient vus par les seuls internes et les moyens techniques mis en œuvre pour les prendre en charge étaient très limités. Ces constatations, reprises par les rapports des professeurs Steg et Barrier, ont permis une importante réforme de la prise en charge en urgence des malades en ville comme à l'hôpital.

La médecine d'urgences est, en vingt ans, devenue une spécialité médicale à part entière.

La médecine d'urgences : une spécialité spécifique

Plusieurs caractéristiques font de la médecine d'urgences une spécialité spécifique.

Une réponse à un besoin de sécurité

L'évolution des techniques et des compétences vers une plus grande efficacité justifie la disponibilité de ces moyens le plus tôt possible. Avant même l'arrivée à l'hôpital, les Samu et les Smur permettent la prise en charge immédiate des malades les plus graves. À l'hôpital, la plupart des moyens

techniques sont maintenant disponibles en temps réel, de jour comme de nuit, quand ils sont nécessaires. La société elle-même demande que partout en France, et de façon permanente, ces moyens soient disponibles. Cette exigence de disponibilité justifie la planification de l'organisation des services d'urgences à travers les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros).

Une réponse permanente

La réduction du temps de travail, la place des loisirs et la recherche de productivité conduisent l'offre de soins à réduire ses horaires de disponibilité : les cabinets médicaux ferment le soir et les week-ends, l'hôpital ferme ses structures permanentes au profit des hôpitaux de jour et de semaine. Mais l'accident, la maladie frappent à toute heure et la permanence des soins et la médecine d'urgences doivent s'organiser pour combler ces vides.

Une réponse globale

Le développement des techniques médicales a favorisé le développement des « spécialités d'organes » (cardiologie, pneumologie, rhumatologie, etc.). Elles n'ont pas supprimé le besoin d'une prise en charge globale du malade. Aussi, face aux « spécialités d'organes », des « spécialités d'exercice » se sont créées. Comme la médecine générale, la médecine d'urgences et la gériatrie en sont les exemples les plus évidents et les plus nécessaires. Les médecins d'urgences doivent garder une polyvalence complète. À la différence des spécialités d'organes, ils ne peuvent pas refuser tel ou tel type de malades, soit du fait d'une spécificité médicale qu'ils ne connaîtraient pas, soit du fait de la gravité,

réponse à un nouveau besoin de société

de l'âge ou de problèmes sociaux ou psychologiques associés.

Une réponse immédiate

Un certain consumérisme pourrait être flatté par ce type de réponse efficace, rapide et permanente. C'est d'ailleurs un reproche fréquemment fait aux services d'urgences : ils accueillent la « bobologie », « beaucoup de malades exagèrent et pourraient attendre le lendemain ». En ce domaine, un peu de pratique de terrain apprend vite que la « bobologie », c'est la souffrance des autres, et que pour soi-même le soulagement et l'avis médical rassurant sont une urgence. Qu'on le veuille ou non, la demande de la société est devenue exigeante. En pratique, une entorse de cheville peut bien attendre le lendemain sans préjudice fonctionnel, mais qui accepterait d'attendre pour être soulagé ? Une douleur intercostale peut bien attendre le lendemain, mais est-ce au malade de faire la différence entre un infarctus débutant et une névralgie intercostale ?

Les perspectives de la médecine d'urgences

Comment développer et améliorer cette nouvelle spécialité pour mieux répondre à cette demande de soins en urgence ?

Adapter les pratiques de soins aux urgences

Le raisonnement médical, bien différent de l'approche classique, ne se fait pas par pathologie définie mais par motif de recours. On ne vient pas pour une pyélonéphrite, mais pour une fièvre isolée. L'enseignement traditionnel de la médecine a peut-être trop favorisé la description des « formes typiques », alors que la réalité est beaucoup plus trompeuse et complexe.

Le grand nombre des malades se présentant aux urgences, dans chaque service d'urgences, appelle à une standardisation des pratiques. Cette standardisation doit être fondée sur l'*Evidence Base Medicine* (la médecine fondée sur les preuves). Elle doit conduire à une protocolisation des démarches diagnostiques et thérapeutiques, et doit réduire les disparités de prise en charge. Après tout, c'est une obligation éthique que de faire en sorte que la qualité des soins ne varie pas selon le professionnel ou le moment de la prise en charge.

Développer la recherche en médecine d'urgences

Ce développement devient dès lors une nécessité pour pouvoir modifier la pratique des soins. Cette recherche se développe surtout dans le champ de l'épidémiologie, de la sémiologie, de la structure du raisonnement médical, de la pertinence des outils diagnostiques et de la thérapeutique. L'importance de la charge de travail habituelle des services d'urgences a dans l'ensemble freiné le développement de la recherche dans ce secteur. Il est urgent de développer des programmes de recherche clinique et de doter les structures d'urgences des moyens nécessaires à la recherche.

Promouvoir une réelle filière universitaire de médecine d'urgences

En réponse à la spécificité de cette pratique d'urgence, l'enseignement est encore insuffisant. Malgré la création d'un diplôme d'études supérieures complémentaires (DESC) cette année, il n'existe pas de filière universitaire. Les services d'urgences hospitalo-universitaires ne sont pas sous la

responsabilité de médecins universitaires. Il n'y a pas de carrière universitaire possible, pas d'enseignants spécifiques. L'enseignement de la médecine d'urgences est encore livré à la bonne volonté de spécialités voisines, parfois sans cohérence et sans pertinence. Enfin, elle n'offre pas de carrière. Comment promouvoir un jeune médecin de qualité qui ne trouvera pas dans cette discipline un statut à la hauteur de ses possibilités et de ses ambitions ? Une spécialité de médecine d'urgences existe déjà ou est en train d'apparaître dans de nombreux pays européens.

Évaluer le service rendu et les pratiques professionnelles

Depuis dix ans, la Société française de médecine d'urgences (SFMU) a développé des outils d'évaluation. Elle a créé un système d'audit par les pairs des services d'urgences visant à promouvoir les démarches qualité. De très nombreux référentiels de pratiques ont déjà été écrits et permettent à chaque service de s'évaluer. Néanmoins, beaucoup d'autres restent encore à établir concernant l'organisation des services d'urgences, la démarche de soins et leur évaluation.

Le développement de la médecine d'urgences est reconnu de tous. Les moyens affectés ces dix dernières années ont été importants. Ces changements ne sont pas dus à des conceptions nouvelles, mais à des besoins nouveaux de la société qui demande à profiter en tout temps des soins les meilleurs. La réponse qui lui est faite, même si elle s'est grandement améliorée, n'est pas encore complètement satisfaisante. Nous devons encore structurer cette spécialité nouvelle de la médecine d'urgences. 🇫🇷



tribunes

L'urgence est devenue une exigence forte de notre temps. Afin que les urgentistes puissent remplir leur tâche, il est nécessaire que leur champ de compétences et leurs missions soient précisés et respectés par l'ensemble des acteurs.

Bruno Mangola
Chef du Service des urgences,
Centre hospitalier de Mâcon

L'urgence, les urgentistes et les autres acteurs

Répondre à la question de la prise en charge des urgences et demandes de soins en urgence, c'est d'abord se poser la question : c'est quoi, l'urgence ?

Divergences autour de l'urgence

Pour les patients se présentant dans le service des urgences, l'urgence se résume souvent au TTTM : Tout, Tout le temps, Tout de suite, pour Moi.

Tout, c'est tout type de demande, concernant la santé mais pas seulement. Ce « tout » cache souvent une angoisse ou une peur que l'on va tenter d'apaiser en se rendant aux urgences.

Tout le temps, car le service des urgences est bien souvent devenu le seul lieu disponible quand aucun autre n'est ouvert.

Tout de suite, car le service des urgences est le lieu où l'on se rend parce qu'on ne peut pas attendre, parce qu'on estime avoir besoin de soins rapides ; l'urgence traduit ainsi un rapport subjectif au temps.

« Pour moi » est la déclinaison de l'individualisme de notre société, la solidarité se manifestant plus facilement pour les catastrophes naturelles qu'au jour le jour.

Pour l'équipe des urgences, le TTTM est parfois vu sous un autre angle.

Tout ? C'est parfois tout et n'importe quoi. Du patient venant demander une consultation pour sa douleur à l'estomac et qui s'effondre derrière la banque d'accueil en arrêt circulatoire lié à un infarctus du myocarde à celui qui vient parce que son bout de doigt est rouge, parce qu'il a peut-être été piqué par un insecte, et qui n'a finalement rien du tout !

Tout de suite ? C'est parfois pour avoir une

consultation spécialisée rapidement parce qu'en ville il faut six mois pour obtenir un rendez-vous avec un ophtalmo ou trois semaines pour avoir un scanner. C'est les patients qui viennent, tous en même temps, après 20 heures, parce qu'ils « travaillaient » avant et qu'ils n'ont pas eu le temps d'aller voir leur médecin en ville !

Tout le temps ? C'est la demande de consultation à 3 heures du matin parce qu'on s'est tordu la cheville « en boîte » ; on a quand même continué à danser, mais en sortant on avait du mal à poser le pied par terre alors on « passe aux urgences » avant de rentrer chez soi. C'est la douleur dentaire à 2 heures du matin alors qu'on a mal aux dents depuis huit jours.

Pour moi ? C'est cette patiente, déambulant dans le couloir avec sa plaie de l'avant-bras superficiel, hurlant au scandale parce qu'elle n'est pas suturée immédiatement alors que toutes les équipes sont mobilisées autour de multiples blessés d'un accident de la voie publique très grave dont elle est parfaitement informée ! C'est cette mère de famille qui, emmenant le petit dernier pour une fracture de clavicule, en profite pour demander l'avis du docteur sur les boutons de l'ainé et souhaite qu'on lui prenne la tension.

Comme l'explique Zaki Laïdi, chercheur du CNRS, dans *La Tyrannie de l'urgence*¹, l'urgence est devenue la nouvelle mesure du temps social, elle surcharge le temps d'exigences inscrites dans la seule immédiateté. Pour lui, la généralisation de la logique de l'urgence

1. Laïdi Z. *La Tyrannie de l'urgence*. Conférence au musée de la civilisation Éd. Fides, 1998.

entraîne l'inadéquation des structures et des institutions aux attentes et demandes sociales. Elle explique aussi la demande répétée et insistante des médecins dont la spécialité est le temps, les urgentistes, pour que soient définies leurs missions.

À défaut, ils se trouvent parfois dans une position schizophrénique en devant résoudre des problèmes de société sans en avoir les moyens ou les compétences. Cette absence de champ de compétences défini est source pour eux de difficultés et d'incompréhensions avec les autres acteurs.

Incompréhension avec les acteurs de l'hôpital, car les urgentistes représentent le « non-programmé », donc le désordre, désordre dans l'ordonnancement des services d'hospitalisation, désordre dans le programme opératoire car le malade non prévu vient déranger l'organisation déjà difficile du programmé, désordre lié au « en plus » (un malade supplémentaire à prendre en charge) quand le temps est déjà compté. Les urgentistes ont ainsi souvent l'impression de ne pas être compris ou du moins que les autres spécialistes ne comprennent pas leur demande quand le premier réflexe de ces derniers est le rejet. Au bout du compte, c'est le patient qui peut en souffrir.

Incompréhension avec les acteurs extérieurs, car l'urgentiste, omnipraticien certes, mais non spécialiste en tout, doit donner une réponse immédiate alors qu'il n'a pas toujours toutes les données.

Relever les défis des TTTM

Pour toutes ces raisons, la confiance entre urgentistes et autres acteurs risque de s'éroder au fil du temps, d'autant que l'urgentiste est sous le regard quotidien de tous, à l'intérieur comme à l'extérieur. Il est important et urgent de rétablir cette confiance.

Comment ?

En osant. L'art du politique n'est-il pas de rendre possible ce qui est nécessaire ? Osons dire que l'hôpital, c'est d'abord les urgences « immédiates », vitales, nécessitant une hospitalisation. Osons affirmer que l'ambulatorio relève d'abord du médecin traitant. C'est sur sa décision ou celle du Centre 15 que l'orientation à l'hôpital devrait reposer. Osons relever les défis des TTTM, mais dans une déclinaison différente et plus valorisante.

Considérons le « Tout » comme une globalité

Globalité du malade qui ne se résume pas à une pathologie, mais est une personne avec

un organe ou une fonction qui souffre dans un corps donné, lui-même dans un environnement donné. En raisonnant ainsi, on évitera le « saucissonnage » de la médecine et la mauvaise prise en charge des malades.

Globalité de l'établissement de santé, car le malade demande des soins à l'hôpital, à tous ses acteurs et non au seul service des urgences qui n'est, ni ne veut être, « un hôpital dans l'hôpital ».

Globalité du médecin urgentiste, empruntant à toutes les spécialités les premières heures du soin. C'est évoquer la formation initiale que donnera la spécialité universitaire enfin acquise, et aussi la formation médicale continue qui est à construire. C'est encore savoir demander l'avis du spécialiste quand il faut et à bon escient.

Le « Tout le temps »

Les malades doivent être garantis de trouver 24 heures sur 24, 365 jours sur 365, dans un service des urgences labellisé, une équipe de soignants qualifiée, compétente, quel que soit le lieu de prise en charge.

La permanence et la continuité des soins dans les territoires de santé ou les bassins de vie doivent être assurées.

Pour les médecins, tout le temps, c'est affirmer que l'on peut faire carrière dans un service des urgences dans toutes ses déclinaisons, c'est donc anticiper sur l'avenir en précisant leur nombre pour effectuer les missions demandées, prévoir des évolutions de carrière en considérant la pénibilité de certaines tâches (régulation au Centre 15, accueil des urgences, par exemple).

Pour l'établissement de santé, c'est être sûr de sa pérennité dans le territoire, c'est définir ses missions de service public, mais aussi ses missions particulières du fait de ses spécificités, c'est lui donner les moyens de faire.

Le « Tout de suite »

On l'obtiendra en donnant aux patients une lisibilité des structures composant cet ensemble complexe qu'est un établissement de soins, ce qui leur permettra d'avoir des choix éclairés. On y tendra en leur donnant une visibilité des fonctions de chacun ; ils pourront ainsi être mieux informés.

Dans les établissements de santé, en permettant à tous les professionnels d'être des acteurs reconnus et respectés dans les décisions qui les engagent. C'est à ce prix que l'éthique sera préservée, que l'équité sera garantie et que l'économique sera accepté parce que compris.

Il faut écouter les urgentistes, ils sont parfois un bon « baromètre » ! Il faut leur préciser leurs missions et surtout s'y tenir.

Le « pour Moi »

En tant que futur patient des urgences, je veux être assuré d'être pris en charge partout en France par des collègues en qui je peux avoir confiance. Je veux être sûr qu'ils sont compétents en médecine d'urgences, parce qu'ayant les mêmes référentiels que moi. Je veux être certain qu'ils ne sont pas épuisés parce que leurs conditions de travail sont correctes. Je veux être assuré qu'ils me confieront au bon spécialiste, si j'en ai besoin, parce qu'ils connaissent bien leur établissement ou le réseau dans lequel ils peuvent m'inscrire sans risque.

En tant que membre actif de l'institution, c'est-à-dire en tant que président de la commission médicale d'établissement, je veux que les patients bénéficient de soins de qualité en toute sécurité et que mon établissement soit suffisamment efficace pour donner envie aux collègues de toutes spécialités de venir y travailler.

En tant que médecin, je suis heureux d'exercer le métier que j'ai choisi parce qu'il correspond à mes valeurs : humanisme et technicité. Je suis heureux lorsque les patients, dont je dois gagner la confiance en peu de temps, me disent merci en guise de contrat réussi. 🙏