



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. 