

Urgences... vous avez dit Urgence ?



**Emmanuel
Chartier-Kastler (1984)**

Président de l'AAIHP
PU- PH
Hôpital Universitaire
de la Pitié-Salpêtrière,
AP-HP.
Médecine Sorbonne
Université.

Depuis quelques semaines, il n'y a pas de journée qui ne se fasse l'écho de la grève des urgences aussi bien du côté du personnel paramédical que des médecins.

De multiples questions émergent :

- A qui la faute ?
- Pourquoi tant de monde aux urgences hospitalières publiques ?
- Pourquoi cette question ancienne est-elle toujours d'actualité ?
- Que fait le Ministère ?
- Y'a qu'à, faut qu'on... Et chacun dans sa discipline ou dans son établissement de se faire l'écho de sa solution, de ses explications et de son constat.

Les faits sont que le dispositif « hôpital sous tension » a été activé dans de nombreux établissements sur le territoire depuis deux mois environ. Le Ministère des Solidarités et de la Santé a activé une « mission de re-fondation des services d'urgences » (communiqué de presse du 14 juin 2019) présidée par le **Pr Pierre Carli (1978)** et le député **Thomas Mesnier**. Si les premières mesures concrètes sont des revalorisations ou compensations pour les personnels paramédicaux à qui il faut rendre hommage ici, jamais le retard démographique médical ni l'afflux permanent d'une population qui ne trouve accueil nulle part ailleurs seront résolus par un coup de baguette magique.

Un DES de médecine d'urgence a été créé en 2017 (lire à ce propos l'éditorial du **Doyen Bruno Riou (1981)** (Sorbonne Université, 2017 : *l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence*, in Ann. Fr. Med. Urgence) et assure une formation sur 4 ans. On peut penser que l'amélioration de la formation permette d'accélérer le passage aux urgences et le tri des patients mais il faut attendre les premiers sortant en 2021. Nos urgentistes actuels font déjà au mieux malgré un alourdissement des charges administratives et numériques qui s'est installé au fil du temps.

Une multitude d'autres facteurs, qui touchent tous les domaines de la santé, se conjuguent aussi pour expliquer l'engorgement de nos urgences.

Au niveau de l'hôpital public, le nombre de lits d'aval se réduit, et limite la fluidité des urgences malgré la zone tampon de ce que nous avons souvent appelé les « lits portes ».

Au niveau de l'hospitalisation privée, l'impérieuse obligation de la rentabilité financière fait que nombre de ces établissements n'assure plus ou pas toutes leurs propres urgences, notamment chirurgicales, et renvoie au secteur public l'imprévu post-opératoire ou la complication, non gérable.

Au niveau de la médecine de ville, la plupart des cabinets mettent la clé sous la porte dès 20h et renvoient sur les urgences hospitalières des patients dont l'état pourrait être rapidement pris en charge à leur niveau. En Province un certain nombre de cliniques privées ont des services d'urgence ; plus sollicitées elles pourraient soulager les hôpitaux et renforcer la complémentarité Public-Privé en les investissant dans la problématique actuelle.

Enfin, et ce n'est pas le moindre de ces facteurs, les problèmes économiques et sociaux sans cesse plus aigus, se surajoutent aux problèmes médicaux. Bref, le constat final est celui de la saturation à tous les niveaux de la chaîne des soins urgents et non programmés.

Après cet état des lieux, ma réflexion voudrait se positionner au niveau des urgences de chacune de nos spécialités médicales ou chirurgicales désormais reçues par nos confrères urgentistes. Nos jeunes internes de nos propres spécialités sont de fait privés de cette étape de formation à l'accueil et à l'organisation de la première prise en charge des urgences. Ce phénomène s'est installé insidieusement avec le temps, au départ avec notre complicité inconsciente permettant de se soulager du problème du tri et de la charge d'accueil. Puis est venu le temps où attendant l'appel des urgences et la demande d'avis ou de transfert dans la spécialité, l'interne qui deviendra « grand » n'aura peut-être pas acquis une appétence à assurer les urgences dans son établissement d'exercice professionnel ultérieur privé ou public.

Nous avons comme les médecins de ville « abandonné » dans les faits cette étape de notre activité professionnelle. C'est un constat et non un jugement. Les réformes de l'internat associées aux changements de la société et les demandes légitimes de qualité de vie et d'équilibre vie professionnelle/vie privée ont eu raison de cette activité. N'est-il pas temps de recréer dans chaque service, médical ou chirurgical, une zone d'accueil des urgences et/ou de soins programmés de la discipline servie par nos internes ?

Si la crise aigüe actuelle doit passer par les négociations en cours, le long terme ne devrait-il pas réfléchir aussi à une remise en perspective de cette facette de notre métier qui en a fait l'image auprès du public, la servitude mais également la grandeur. Parle-t-on assez à nos jeunes en formation de la notion d'urgence pour leur future vie professionnelle comme une réalité, une noblesse de notre art, une exigence régaliennne de l'exercice, etc.

Livrez-nous vos remarques et réflexions par courriel ou courrier.
Alimentez la discussion. ■