

LES URGENCES :  
UN SYMPTÔME DES  
CHANGEMENTS DE LA  
SOCIÉTÉ ?

*Actes du  
séminaire sous  
la direction  
des Drs  
Mathias  
WARGON et  
Romain  
HELLMANN*

**SciencesPo**  
CHAIRE SANTÉ

## Table des matières

Préface.....	2
<i>Martin HIRSCH, Directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.....</i>	<i>2</i>
La place des urgences dans le dispositif de recours aux soins.....	4
<i>Claude EVIN, Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France.....</i>	<i>4</i>
Les urgences face aux inégalités sociales de santé : un filet à réparer .....	7
<i>Nicolas BELORGEY, Sociologue au CNRS, auteur de l'ouvrage « L'hôpital sous pression », Editions La Découverte, 2010 .....</i>	<i>7</i>
Création d'une nouvelle spécialité, quels besoins, quel avenir ? .....	11
<i>Pr Bruno RIOU, Chef de service des urgences, Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Université Pierre et Marie Curie, Président de la Collégiale nationale des Universitaires de médecine d'urgence (CNUMU).....</i>	<i>11</i>
Sociologie de l'urgence dans la société française contemporaine et l'avènement de l'urgence .....	15
<i>Gilles FINCHELSTEIN, Directeur général de la Fondation Jean-Jaurès, auteur de « La dictature de l'urgence » (Fayard, 2011 ; Pluriel, 2013).....</i>	<i>15</i>
La place des urgences à l'hôpital : un prisme des changements de la société .....	18
<i>René CAILLET, Responsable du pôle de soin sanitaire et médicosocial à la Fédération Hospitalière de France (FHF).....</i>	<i>18</i>
Historique, évolutions récentes et perspectives de la prise en charge des urgences .....	21
<i>Dr Marc GIROUD, ancien Président de l'association Samu-Urgences de France (SUdF).....</i>	<i>21</i>
Utilisation et place des urgences : une perspective américaine .....	24
<i>Dr Heikki Erik NIKKANEN, Director, Department of Emergency Medicine, North Adams Regional Hospital Massachusetts.....</i>	<i>24</i>
Urgences et politiques de santé : les coûts et les services rendus .....	27
<i>Perrine RAMÉ-MATHIEU, Chef du bureau du premier recours (R2), Direction générale de l'offre de soins.....</i>	<i>27</i>
Les politiques et les urgences.....	31
<i>Pr Philippe JUVIN, Député européen, Maire de la Garenne-Colombes, Chef de service des urgences de l'hôpital européen Georges Pompidou .....</i>	<i>31</i>
Postface .....	34
<i>Dr Mathias WARGON, Chef de service des urgences, Hôpital St Camille, Bry Sur Marne, Président du séminaire .....</i>	<i>34</i>
<i>Dr Romain HELLMANN, Praticien Hospitalier, Service d'accueil des urgences, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Groupe Hospitalier Paris Nord Val de Seine, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Rapporteur du séminaire.....</i>	<i>34</i>
Programme du séminaire.....	35

## Préface

*Martin HIRSCH, Directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris*

Les organisateurs du séminaire dont on retrouve ici les principales contributions ont eu une belle intuition. Incontestablement, les services d'urgence sont bien autre chose qu'une réponse technique à une prise en charge spécifique.

Leur activité est tributaire des comportements de l'ensemble des acteurs du système de santé – à commencer par les patients eux-mêmes et les médecins traitants – et l'hôpital, dans son ensemble, est lui-même tributaire de leur activité.

S'intéresser aux urgences, c'est donc s'intéresser à l'ensemble du fonctionnement du système de santé et au rapport de la population avec l'offre de soins.

Je ne pense pas réaliste, ni même souhaitable, de vouloir revenir à une conception des services d'urgences d'il y a vingt ou trente ans qui supposerait une vision cornélienne de la société (prendre le patient tel qu'il devrait être et non pas tel qu'il est) ; je ne pense pas non plus souhaitable, ni même réaliste, de se contenter de faire jouer aux urgences le rôle d'absorbeur de la demande telle qu'elle se présente, sans chercher à inscrire l'évolution des services d'urgences dans une évolution plus large de l'ensemble des acteurs hospitaliers ou de ville.

Les services d'urgences sont confrontés à plusieurs défis passionnants :

Le premier est de reconnaître qu'il n'y a pas un profil unique de patients qui fréquente les urgences, mais plusieurs profils qui doivent trouver, dans le même ensemble d'urgences, plusieurs types de réponses, dont l'originalité est justement de coexister dans un même ensemble, ce qui autorise à pouvoir traiter toutes ces demandes hétérogènes ; dans cet esprit, les urgences ne correspondent pas simplement à des « erreurs de parcours », mais peuvent être elles-mêmes conçues comme des morceaux de parcours, interconnectés entre eux. Organiser les urgences pour répondre à des patients qui ne relèvent pas strictement de l'urgence ne dispense pas du travail en amont, de l'amélioration de l'orientation pré-hospitalière, mais jamais ce travail ne conduira à faire un filtre absolu, qui relève aujourd'hui du mythe.

Le deuxième défi consiste à inscrire les services d'urgence dans un contexte plus large que le circuit classique : on vient aux urgences. Si c'est grave, on est hospitalisé. Si ce n'est pas grave, on rentre chez soi. Les services d'urgences peuvent aussi être une porte d'entrée vers l'hospitalisation à domicile, peut-être directement vers des soins de suite, ou vers un mode de chirurgie ambulatoire, comme l'ont montré certains services. L'hospitalisation en urgence, quant à elle, ne doit pas se faire obligatoirement par le service d'urgences et la capacité des services hospitaliers de pouvoir hospitaliser en urgence sans les SAU est un vrai enjeu pour le bon fonctionnement de l'hôpital. Enfin, il faut reconnaître que les services d'urgences sont liés aux spécialités de l'hôpital auquel ils appartiennent et que, par conséquent, le service d'urgence le plus approprié, pour une urgence neurologique, une urgence cardiaque, une urgence digestive, n'est pas forcément – en tous cas dans une grande agglomération – le service d'urgences le plus proche mais qu'il peut y avoir un début de spécialisation dans l'orientation des patients, ce qui est nouveau.

Le troisième défi est organisationnel. Le bon fonctionnement d'un service d'urgences est le reflet d'un bon fonctionnement de l'hôpital. Pour qu'un SAU fonctionne bien, il faut non seulement que l'équipe qui le compose fonctionne bien mais que l'imagerie, la biologie, l'aval fonctionnent eux-mêmes bien.

C'est pour toutes ces raisons que l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris a adopté une stratégie ambitieuse d'amélioration globale de ses urgences avec des objectifs très volontaristes et des actions nombreuses (on en dénombre 40) qui ne concernent pas seulement les SAU mais aussi bien l'amont que l'aval. Notre conviction est double : il est impossible de bien faire fonctionner les urgences en ne se focalisant que sur les urgences ; il est impossible de bien faire fonctionner l'hôpital sans résoudre l'équation à plusieurs inconnues de ses urgences.

Les contributions de ce séminaire posent parfaitement les enjeux. A nous d'y répondre, sinon parfaitement du moins le plus loin possible de l'imperfection.

## La place des urgences dans le dispositif de recours aux soins

*Claude EVIN, Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France*

En 1990, les structures d'urgence françaises accueillait près de 7 millions de patients. 20 ans plus tard, on recense près de 18 millions de passages. Malgré cette croissance exponentielle d'activité, les professionnels continuent à assurer la prise en charge des patients à toutes heures dans des conditions parfois difficiles.

Le souci central du régulateur est d'améliorer l'état de santé de la population en lui apportant une réponse de qualité et adaptée à ses besoins de soins, notamment en soins non programmés. Les services d'urgences occupent une place essentielle dans la réponse aux besoins de soins non programmés et sa place doit être préservée. Grâce aux professionnels, la vision du politique sur les urgences hospitalières a progressivement changé. Longtemps centrée sur une régulation unique des flux entrants, l'action publique a engagé sa mutation vers une approche plus globale des urgences, en améliorant l'accueil, l'organisation, les conditions de travail et l'aval des services d'urgences. Les plans d'action urgences successifs mis en place par le régulateur ont progressivement été marqués par cette modification d'approche.

Les français tiennent en estime leurs structures d'urgences. En 2008, le baromètre TNS / Sofres « Les français et l'accès aux soins urgents non programmés » relevait une confiance franche et massive de l'opinion publique (91%) à l'égard des structures d'urgence.

Mais ce regard est parfois contrasté. Dans une enquête francilienne plus récente, 70 % des sondés avaient une bonne image des urgences mais 92% d'entre eux jugeaient l'attente trop longue, dont la cause la plus souvent avancée par les usagers est « le nombre important de personnes qui n'ont rien à y faire » (81% des sondés). Ce concept a longtemps fait son chemin à la fois chez le politique mais aussi, et surtout, chez les urgentistes eux-mêmes. En cette période de démographie médicale déclinante, l'enjeu est de dépasser l'approche un peu simpliste de la distinction entre « vraie » et « fausse » urgence afin de donner de nouvelles perspectives d'organisation de l'accès aux soins non programmés.

L'urgence en matière de santé est généralement définie comme «un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète – à tort ou à raison – l'intéressé et/ou son entourage». Il faut donc cesser de raisonner par structure et plutôt se demander quelle organisation du recours aux soins répond de la manière la plus efficace et qualitative possible aux besoins des patients.

L'organisation d'une réponse adéquate à ses besoins de soins non programmés est la préoccupation principale des pouvoirs publics. Cette préoccupation s'articule autour de trois problématiques. Pour y répondre, la contribution de chaque acteur est nécessaire.

L'évaluation médicale et scientifique des dispositifs de réponses aux besoins de soins non programmés est le premier axe de réflexions à mener. Les urgences hospitalières s'intègrent en

complémentarité dans un système plus large aux côtés d'autres types de recours. Ainsi, les structures de soins non programmés et de premier recours, la permanence des soins en ambulatoire (PDSA), la permanence des soins en établissements de santé (PDES), les urgences hospitalières, sont autant de solutions complémentaires à articuler autour du patient. De plus, de nouvelles entités ou structures vont se développer dans le domaine des soins non programmés et de la permanence des soins (les centres de soins non programmés par exemple comme dans le projet Hôtel Dieu). Les modalités d'articulation de ces dispositifs les uns avec les autres nécessitent d'être expertisées et validées. C'est à partir de ce travail que l'évaluation de la dimension économique de ces dispositifs sera envisageable. Certaines questions controversées pourront alors être abordées : la maison médicale de garde entraîne-t-elle des coûts réduits par rapport aux services d'urgences, permet-elle de réduire le nombre de recours injustifiés aux urgences ? Il existe là un champ de recherches encore peu exploré dans toutes ses dimensions et il est nécessaire que les professionnels s'emparent de ces questions.

Le deuxième axe de travail devra permettre d'identifier les différentes portes d'entrée dans le système de santé. Doivent-elles uniquement être localisées au niveau des urgences ? Doivent-elles différer en fonction des territoires et des patients et dans ce cas-là, comment ? La démographie médicale et l'organisation de la médecine de ville varient selon les zones géographiques. Or, assurer à la fois « proximité » et « spécialité » au sein d'une structure accessible au niveau d'un territoire doit être une priorité. S'il n'existe pas d'offre de proximité ou une structure pour répondre à cette demande, l'entrée dans le système devrait pouvoir être le service d'urgence qui pourrait être qualifiée de « dernier recours du premier recours ». Il s'agit donc d'établir une cartographie détaillée à l'échelle du territoire des dispositifs d'offre de soins non programmés. Ce diagnostic, effectué territoire par territoire, permettra de construire des solutions pragmatiques et adaptées. Chaque dispositif d'offre de soins non programmés pourra alors trouver sa place dans son territoire.

Le troisième axe de travail nécessitera l'apport des capacités d'innovation des professionnels afin de proposer des dispositifs nouveaux. Le développement de consultations non programmées hors horaires de la PDSA, situées à la charnière entre la ville et l'hôpital et pouvant accueillir des urgences « non complexes » qu'on peut traiter rapidement peut être une piste à explorer. L'instauration de doubles filières aux urgences avec les « fast tracks » montrent bien qu'on est là face à un besoin réel pour améliorer l'accès aux soins non programmés. Plus globalement, la question de la complémentarité entre urgences et structures de ville aux horaires de la PDSA (maisons médicales de garde) et hors PDSA (maison de santé pluridisciplinaire, centres de santé...) se pose. Rendre possible à la médecine de ville d'assumer son rôle en journée est sans aucun doute le défi des prochaines années.

Enfin le développement de systèmes d'information (SI) partagés entre les acteurs des soins non programmés constitue à la fois un préalable à la connaissance précise de l'activité des différents intervenants mais permettra surtout de mieux identifier les parcours les plus adaptés et efficaces au regard de l'état de santé des patients concernés. L'avenir nécessite de la créativité pour relever ces défis et les pouvoirs publics devront mettre en place les outils financiers nécessaires afin de concrétiser les résultats de ces travaux.

Une dernière problématique devra être abordée : la communication et l'information sur l'offre de soins vers nos concitoyens. Le manque de visibilité des acteurs de la ville, notamment aux horaires de la PDSA est prégnant. Il est impérieux de les faire connaître. Dans l'enquête TNS Sofres de 2013 sur

l'accès aux soins non programmés en Ile-de-France, plus d'un francilien sur deux jugeaient insuffisante l'information sur ce qu'il faut faire en cas de problème de santé imprévu. Cela montre bien l'effort important que nous devons fournir pour rendre le système de soins plus accessible. Tous les vecteurs d'information doivent être mobilisés pour s'assurer que le patient entre dans le système de soins. Nous devons nous inscrire dans une démarche de partenariat et d'équipe tant la tâche qui nous occupe nous invite, avec toujours plus d'insistance, à travailler ensemble à l'offre de soins non programmée de demain.

## Les urgences face aux inégalités sociales de santé : un filet à réparer

*Nicolas BELORGEY, Sociologue au CNRS, auteur de l'ouvrage «L'hôpital sous pression », Editions La Découverte, 2010*

Les urgences jouent un rôle majeur face aux inégalités sociales. Cette situation résulte du positionnement de la médecine d'urgences au carrefour de trois problématiques : la logique d'hospitalité, la logique de gestion collective des malheurs et celle de l'innovation biomédicale<sup>1</sup>. La logique d'hospitalité s'adresse aux plus démunis, qu'il s'agit d'accueillir quels que soient leur origine ou leur niveau de ressource. La logique de gestion collective des malheurs repose sur l'idée d'une mutualisation des risques au niveau d'un territoire, doté de ressources limitées. Enfin, la logique d'innovation biomédicale découle de la division toujours plus poussée du travail scientifique, qui exige une spécialisation croissante des branches de la médecine.

Les services d'urgences sont ceux, à l'hôpital, qui incarnent le plus la logique d'hospitalité. Ils prolongent le rôle historique que jouaient les hospices dès le moyen âge et que reprend, parfois à contre cœur, l'hôpital moderne. Le degré d'émergence de cette logique dépend notamment de la conjoncture économique. Entre la fin de la deuxième guerre mondiale et le milieu des années soixante-dix, la santé relativement bonne de l'économie a pu laisser cet aspect dans l'ombre. Parallèlement, l'histoire de l'innovation biomédicale depuis le milieu du 20<sup>ème</sup> siècle a progressivement fait évoluer l'hôpital vers une juxtaposition de services très spécialisés. A partir du milieu des années 1970 au contraire, la dégradation progressive de la situation économique fait émerger davantage la logique d'hospitalité par rapport aux deux autres, et donc le rôle joué par les services d'urgence.

La logique d'hospitalité s'adresse d'abord aux patients moins dotés en capitaux de toutes espèces, comme le montre la différenciation sociale des patients qui ont recours aux services d'urgence. Jean Peneff, sociologue français, s'est, à partir des années 90, intéressé à la question de l'hôpital et plus particulièrement à celle des urgences. Il a notamment étudié ces services pour eux-mêmes,<sup>2</sup> puis la série « urgences » qu'il resitue en analysant les lieux de l'hôpital public où l'action est sensée se dérouler (Chicago Hope)<sup>3</sup>. Il poursuit sa recherche par une étude de la population des urgences de grands hôpitaux parisiens<sup>4</sup>. Son diagnostic fait des urgences « le réceptacle de tous les problèmes sociaux qui n'ont pas trouvé de solutions dans les autres institutions d'assistance ». Il rappelle également qu'en 1995, déjà, cinq directions ministérielles collaboraient sur les urgences : santé, lutte contre l'exclusion, solidarités entre générations, actions humanitaires et quartiers en difficultés.

La persistance de ce rôle social des services d'urgence au 21<sup>ème</sup> siècle est attestée par quelques éléments empiriques nouveaux. Par exemple, une étude de la DREES sur le recours aux urgences

---

<sup>1</sup> Nicolas Dodier et Agnès Camus, 'L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital.', *Annales HSS*, 52 (1997), 733–63.

<sup>2</sup> Jean Peneff, *L'hôpital en Urgence : Étude par observation participante* (Paris: Métailié, 1992).

<sup>3</sup> Jean Peneff, 'La Face cachée d'Urgences, Le feuillet de la télévision', *Genèses*, 30 (1998), 122–45.

<sup>4</sup> Jean Peneff, *Les malades des urgences : Une forme de consommation médicale* (Paris: Métailié, 2000).



montre une surreprésentation des employés et des ouvriers dans le public concerné.<sup>5</sup> De manière analogue, on observe une corrélation négative, en Île-de-France, entre la proportion des professionnels de santé libéraux et celle des consultations aux urgences pour des motifs qui n'en relèvent pas réellement : à une extrémité, le département des Hauts-de-Seine est richement doté en professionnels de ville et ses habitants ont peu recours aux urgences, à l'autre, celui de Seine-Saint-Denis a une faible densité médicale et ses urgences sont surchargées de patients qui relèvent pourtant de tels professionnels.<sup>6</sup>

Bien qu'important, le rôle des services d'urgences dans la lutte contre les inégalités sociales est de plus en plus brouillé, et de moins en moins bien cerné par les enquêtes administratives. Tout d'abord, son image publique apparaît plus brouillée. Peu à peu, de plus en plus d'utilisateurs des classes moyennes consultent dans les services d'urgences. Dans les années 1980, ceci est dû à l'amélioration de l'image de la médecine d'urgence. Dans les années 90, l'apparition de séries américaines dans lesquelles les urgences sont mises en scène sous une forme plus moderne et technologique contribue vraisemblablement à cette évolution. Parallèlement, la médecine de ville devient moins accessible, moins organisée et doit faire face à la difficulté croissante d'avoir de façon coordonnée et dans un temps réduit la totalité de la prise en charge clinique et d'examen complémentaires, éléments qui sont au contraire rassemblés dans les hôpitaux.

Le rôle des services d'urgence dans la lutte contre les inégalités sociales est aussi de moins en moins bien cerné par les données médico-administratives. En effet, dans la grande majorité des bases de données issues des urgences, on ne retrouve pas les caractéristiques sociales des usagers, comme la profession ou la nationalité. D'abord parce qu'enregistrer systématiquement ce type d'informations sur les personnes peut être inutile pour soigner, voire contraire à l'éthique médicale et aux lois qui proscrivent toute discrimination. Ensuite parce que l'usage managérial qui peut être éventuellement fait de ces bases ne recherche pas non plus ce type d'information. Par ailleurs, les enquêtes administratives sur les urgences incluant les caractéristiques sociales des usagers deviennent de plus en plus rares. Les dernières enquêtes de la DREES en la matière remontent à plus de 10 ans (en 2000<sup>7</sup>, puis en 2002<sup>8</sup>). Actuellement, nous ne disposons que d'une pré-étude qualitative récente (2013) de la DREES sur les urgences. Malgré la réalité du rôle social des urgences, il manque toujours malheureusement deux types de données essentielles dans cette étude : sociales et géographiques, qui étaient pourtant parfois présentes dans des enquêtes précédentes.

Toujours aussi important mais moins visible que par le passé, le rôle de filet social que jouent les services d'urgence est de surcroît actuellement mis à mal par les politiques d'austérité. Malgré une progression globale du niveau de vie, les inégalités ne cessent de s'accroître entre les extrémités de l'échelle sociale (en termes de maladie, d'espérance de vie, d'exposition professionnelle,...). Cette inégalité sociale existe aussi dans la relation de soins, le rapport au corps étant socialement

---

<sup>5</sup> 'Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières - Drees - Ministère des Affaires Sociales et de la Santé' <<http://www.drees.sante.gouv.fr/motifs-et-trajectoires-de-recours-aux-urgences-hospitalieres,4734.html>> [accessed 8 September 2014].

<sup>6</sup> Nicolas Belorgey, 'Pourquoi attend-on aux urgences ?', *Travail et emploi*, n° 133 (2013), 25–38.

<sup>7</sup> 'Les Passages aux urgences de 1990 À 1998 : Une demande croissante de soins (...) - Drees - Ministère Des Affaires Sociales et de La Santé' <<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-passages-aux-urgences-de-1990-a-1998-une-demande-croissante-de-soins-non-programmés,4984.html>> [accessed 8 September 2014].

<sup>8</sup> 'Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières - Drees - Ministère des Affaires Sociales et de la Santé'.

différencié. En effet, dans les classes populaires, l'écoute du corps est moins prégnante que dans les classes aisées, plus disponibles à leur bien-être. La réaction et la prise en charge est donc plus rapide dans les milieux aisés. Par ailleurs, le rapport au médecin et à l'institution est aussi inégal en fonction des origines sociales. En effet, la relation entre un médecin et un ouvrier est marquée par un déséquilibre lié au statut social. Ces phénomènes s'observent aussi dans les services d'urgence.

Or, les politiques actuelles se basent de plus en plus sur des indicateurs de « performance » qui ignorent ces éléments. Le temps d'attente dans les urgences est un bon exemple. C'est un indicateur très séduisant, souvent interprété comme un indicateur de qualité. Dans les sondages auprès des usagers, un temps d'attente excessif, notamment aux urgences, apparaît ainsi comme la première cause de mécontentement. Mais il s'agit là d'une image fautive du fonctionnement réel des urgences. Face à l'attente, les patients sont surtout fatalistes. Rares sont ceux qui expriment du mécontentement. C'est le caractère généralement spectaculaire de celui-ci qui focalise l'attention sur eux. De plus, il est rassurant que la première cause de mécontentement des patients soit ainsi bénigne : il serait beaucoup plus gênant qu'ils se plaignent de mauvais diagnostics ou de mauvais traitements ! Ainsi, en creux, que l'attente soit la première cause de mécontentement invoquée par les patients est plutôt un signe de bon fonctionnement des services du point de vue médical. En pratique, les urgentistes font passer rapidement les patients vraiment urgents et font attendre ceux qui le peuvent.

Si cet indicateur est promu par les pouvoirs publics, c'est à la fois parce qu'il semble relever du bon sens (évidemment, tout le monde préférerait attendre moins longtemps, si c'était possible) et pour ses propriétés managériales. En effet, réduire le temps de passage (et donc d'attente) dans un service équivaut à y augmenter la productivité apparente du travail, donc à réaliser des économies budgétaires. Plus un soignant travaille vite, moins les patients attendent, mais aussi plus il peut voir de patients dans un laps de temps donné, et donc moins il faut de soignants pour un nombre de patients donné. Le slogan de la « réduction du temps d'attente aux urgences » est donc surtout un instrument d'économies budgétaires qui a endossé les habits d'une plus grande qualité des soins pour mieux se faire accepter socialement. Alors que justement, en voyant les patients moins longtemps, les soignants risquent de les soigner moins bien, ne réalisant pas par exemple certains examens approfondis.

Le temps d'attente ou de passage aux urgences est en fait un indicateur muet sur trois aspects essentiels du soin aux urgences. Tout d'abord la productivité globale : il ne renseigne que sur la productivité apparente du travail, sans prendre en compte le facteur capital (quantité d'équipements à disposition) ni l'offre alternative présente dans le bassin de soins. Ensuite la qualité des soins : on peut soigner très vite mais mal (et cette flexion dans la qualité fait qu'une hausse de la productivité apparente peut s'accompagner d'une baisse de la productivité réelle). Enfin la sélection en amont : pour ne pas faire attendre les suivants, on peut renvoyer des patients apparemment peu graves à peine entrés dans le service, en leur demandant de s'adresser ailleurs, à leur « médecin traitant » par exemple.

En dépit de ses défauts, les pouvoirs publics ont tenté de diffuser cet indicateur dans les années 2000. Quels ont été les effets de cette opération ? Certains soignants sont restés hermétiques à lui et n'ont pas modifié leur façon de travailler. Dans beaucoup de services cette opération n'a donc pas eu d'effet tangible. A d'autres endroits il a opéré conformément à ce qui est décrit plus haut : la hausse de la productivité apparente du travail a permis de réaliser des économies sur la masse

salariale. Cependant, ce mouvement s'est accompagné d'une baisse de la qualité des soins, qu'on peut objectiver par la corrélation négative entre temps de passage et taux de retour des patients : toutes choses égales par ailleurs, les médecins qui ont réduit leur durée de soins sont aussi ceux dont les patients sont davantage revenus.<sup>9</sup> Ceci entraîne des coûts supplémentaires pour les patients, depuis l'obligation de faire une nouvelle visite dans le service – qui est aussi un coût pour la Sécurité sociale – jusqu'à des ennuis de santé qui se prolongent ou se développent. Dans les cas les pires, leur retour peut être trop tardif, soldé ou remplacé par leur décès. Il est évidemment alors très difficile de prouver juridiquement l'enchaînement des causes qui aboutissent à cette situation. Et quand le patient décède hors du service, il est par définition impossible d'en voir la trace dans les bases de données de celui-ci qui, par contre, pourront montrer sa « performance » en matière de réduction du temps d'attente.

Ainsi, les patients constituent le point faible du triangle institutionnel qui les réunit aux tutelles qui définissent les politiques, et aux soignants qui les appliquent. La diffusion de l'indicateur du temps d'attente et de passage dans les services d'urgence peut être lue comme une tentative des tutelles de capter les soignants pour en faire des relais plus efficaces des politiques d'austérités. Un parallélisme peut être fait à ce sujet avec les Etats Unis et la Grande Bretagne. Aux Etats Unis, suite à une politique de division entre producteurs et utilisateurs de soins (i.e. soignants et patients), les soignants ont été conditionnés à soigner dans des règles spécifiques garantissant les effets sur les économies de santé. En Grande Bretagne, le rationnement en termes de santé est fixé par des règles politiques. C'est davantage sur le terrain politique que les contestations prennent place.

Les urgences ont plusieurs missions : soigner bien, soigner vite et soigner tout le monde, autrement dit ne pas sélectionner ses patients. Traditionnellement, les professionnels réalisaient ces missions sans les théoriser. Dans les années 1960, il semblait naturel de donner aux professionnels l'entière responsabilité d'exécution de ces missions sans les dissocier. Actuellement, la priorité est à l'exécution d'une seule tâche, le « soigner vite », évalué par un indicateur, le temps d'attente. Les autres tâches sont comparativement dévalorisées. Des réflexions récentes proposent de compléter cet indicateur par des éléments plus qualitatifs, ce qui semble aller dans le bon sens. Le taux de retour ou le taux de retour global dans un bassin de soins semblent des pistes intéressantes. Les caractéristiques sociales des patients doivent être prises en compte à terme car elles permettraient de mieux qualifier le travail accompli dans les services d'urgences. Des indicateurs multi dimensionnels sont aussi des pistes possibles mais risquent de n'être toujours que très grossiers par rapport aux savoir-faire professionnels. Ils sont plutôt l'expression d'un mode de gouvernement particulier, le New Public Management<sup>10</sup>, que des réponses appropriées aux questions qui se posent.

---

<sup>9</sup> Nicolas Belorgey, « Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences. » Une entreprise de « réforme » d'un service public et ses effets sociaux. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 189 (2011), 19–35.

<sup>10</sup> Christopher Hood, 'Contemporary public management : A new global paradigm', *Public Policy and Administration*, 10 (1995), 104–17.

## Création d'une nouvelle spécialité, quels besoins, quel avenir ?

*Pr Bruno RIOU, Chef de service des urgences, Hôpital La Pitié-Salpêtrière,  
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Université Pierre et Marie Curie,  
Président de la Collégiale nationale des Universitaires de médecine d'urgence  
(CNUMU)*

Assumer son histoire

La médecine d'urgence est à l'aube d'une reconnaissance pleine et entière avec la création prochaine d'un diplôme d'étude spécialisé (DES). Pourtant, le chemin fût long et difficile. Il a fallu attendre les premières lignes et les premières conclusions du rapport Steg (1984) pour mettre la lumière sur cette discipline, le plus souvent oubliée et laissée à des médecins inexpérimentés le plus souvent étudiants. C'est en 1986 qu'est voté la première loi sur les SAMU et SMUR et ce n'est qu'en 1997, que les premières réglementations sur les structures d'urgences voient le jour.<sup>11</sup>

Le chemin vers la reconnaissance fut marqué par le rapprochement et l'unification des forces.

En 2000, le congrès Urgences de Lille permet le rapprochement du monde pré-hospitalier, plus ancien et plus structuré, de celui des urgences intra-hospitalières. Le train était lancé, les stations successives ont été construites : la société française de médecine d'urgence (SFMU), la Collégiale nationale des Universitaires de médecine d'urgence (CNUMU), la création d'un collège national professionnel, d'une fédération des collèges régionaux, puis la naissance sous impulsion ministérielle d'un Conseil national des urgences hospitalières (CNUH).<sup>12</sup> L'évolution de la représentation syndicale s'est aussi faite vers l'unification des forces de SAMU de France vers SAMU et Urgences de France.

Sur le plan universitaire, l'année 1986 marqua la naissance de la Capacité d'Aide Médicale d'Urgence limitée au seul monde pré-hospitalier afin de satisfaire à la pression des autres spécialités hospitalières face à la montée des vellétés des urgentistes. Ce n'est qu'en 1988 que la Capacité de Médecine d'Urgence voit le jour. Un jury d'inter-sous-section de médecine d'urgence est créé plus récemment, dépendant des autres disciplines (anesthésie réanimation en majorité, réanimation médicale, thérapeutique). La création du diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine d'urgence (DESC MU) en 2004, mais accessible aux étudiants qu'à partir de 2006, fut une étape essentielle de la création de la spécialité. Plusieurs postes de maître de conférences, de professeurs, de chefs de cliniques ont été mis au recrutement, parfois dans l'adversité et la difficulté. Néanmoins, afin d'affirmer une conviction forte de création d'une spécialité à part entière, la reconnaissance universitaire s'est basée sur les mêmes critères et exigences des autres disciplines : la mobilité, notamment internationale, les publications de haut niveau, l'habilitation à diriger les

---

<sup>11</sup> 'Legifrance - Le service public de l'accès au droit'  
<[http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1090/d%C3%A9cret\\_97-615.htm](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1090/d%C3%A9cret_97-615.htm)> [accessed 9 September 2014].

<sup>12</sup> 'Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) - Conseil national de l'urgence hospitalière'  
<<http://creation.webdesign.free.fr/spip.php?article1>> [accessed 9 September 2014].

recherches et la thèse d'université. Mais la généralisation de cette démarche, l'universitarisation est encore hétérogène au niveau du territoire national. Ce choix politique d'exigence a son revers : les nouvelles candidatures de jeunes urgentistes sont parfois difficiles à trouver. Mais c'est un pari sur l'avenir. Certaines nouvelles disciplines n'ont pas fait le même choix d'exigence.

La médecine d'urgence n'est pas épargnée par l'évolution sociétale de la profession de médecin : féminisation, réduction de la durée du travail, mise en place du repos de sécurité. La médecine d'urgence doit faire face à des enjeux de plus en plus importants associant une demande et une exigence croissantes des usagers, l'impact des difficultés croissantes de la médecine de ville notamment démographiques. Les difficultés des urgences viennent aussi de l'hôpital en pleine mutation vers une structure plus moderne, plus tournée vers l'hospitalisation de jour, de semaine, l'ambulatoire. Cette évolution s'accompagne d'une diminution de la participation des services à la prise en charge des urgences, services qui se tournent vers d'autres enjeux.

Sur le plan de la recherche, la médecine pré-hospitalière est déjà à un niveau d'excellence depuis plusieurs années voire décennies. En 1988, le premier article français de la discipline fut publié dans le *New England Journal of Medicine*.<sup>13</sup> Ensuite les publications se sont enchaînées dans les plus grands journaux mondiaux notamment dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque (SAMU de Paris en 1996, SAMU de Lyon en 1997). Par contre, en prenant ce critère « dur » de la publication internationale, la médecine d'urgence hospitalière est encore un peu en retrait et la recherche fondamentale translationnelle est encore à ses débuts.

#### Assumer son rôle

Le système de prise en charge des urgences en France est constitué d'un maillage territorial équilibré entre effecteurs mobiles (SMUR) et structures d'urgences hospitalières articulé autour de centres de régulation médicale des appels (SAMU/centres 15). Mais ce système remplit d'autres rôles et vient souvent compenser les difficultés de certains circuits de prise en charge notamment celui du recours aux spécialités ou de prise en charge des maladies chroniques. Ces difficultés se traduisent par une augmentation croissante du nombre de passages dans les structures d'urgence. C'est un phénomène international. Du fait de la surspécialisation, de moins en moins de service d'hospitalisation sont capables de prendre en charge leurs propres urgences. Ainsi, la médecine d'urgence est souvent réduite à son rôle de vitrine de l'hôpital, de filet de sécurité, de réceptacle des patients ne rentrant plus dans les cases prédéfinies par un hôpital de plus en plus spécialisé.

#### Affirmer son identité

Un référentiel métier/compétence élaboré par les différentes composantes de la médecine d'urgence a permis de mieux définir le périmètre de cette spécialité.<sup>14</sup> C'est une discipline fortement attachée à un territoire et à un hôpital. C'est une discipline hospitalière à la fois « dans les murs » (structures d'urgences) et « hors les murs » (SAMU / SMUR). La médecine d'urgence ne se conçoit que dans le cadre d'une prise en charge limitée dans le temps, de quelques minutes en pré-hospitalier jusqu'à 24 heures pour le service des urgences. C'est une discipline accomplissant un rôle essentiel de triage et d'orientation des malades dans le respect des différentes filières de soins. La

---

<sup>13</sup> Riou B et al., Treatment of severe chloroquine poisoning. *N Engl J Med* 1988; 318: 1-6

<sup>14</sup> Nemitz B et al. Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urg* 2012; 2: 125-38.

médecine d'urgence est le point d'entrée idéal pour les patients nécessitant un plateau technique spécialisé de biologie ou d'imagerie, un recours en urgence à des disciplines spécialisées ou de grandes technicités (réanimation par exemple) ou une hospitalisation.

Ce qui ne relève pas de la médecine d'urgence, c'est la pratique de la médecine d'urgence isolée non hospitalière (médecin généraliste, effecteurs mobiles de médecine générale). Les certificats, l'éducation thérapeutique, la consultation programmée ne relèvent pas non plus de la médecine d'urgence. Un urgentiste est un médecin formé à la polyvalence, capable de prendre en charge des pathologies médicales et chirurgicales de gravités variables dans un contexte pré-hospitalier ou hospitalier, chez l'adulte comme chez l'enfant. Une structure d'urgence, c'est un service composé d'un circuit court (se rapprochant du mode de prise en charge des consultations non programmées), d'une salle d'accueil des urgences vitales, d'une unité d'hospitalisation de courte durée (moins de 24h). Ce qui n'est pas un service d'urgence, c'est la consultation programmée, un service post urgence, la médecine ambulatoire et les maisons médicales de garde. Les urgentistes ne souhaitent pas remplacer les urgences spécialisées, désinvestir certaines spécialités et fermer la spécialité d'urgence en devenant trop exclusif.

#### Maitriser son avenir

Actuellement, 300 urgentistes sont formés à travers le DESC en France.<sup>15</sup> La quasi-totalité des effectif est issue du DES de médecine générale. Il existe une hétérogénéité régionale importante dans la formation, avec des territoires peu productifs. Le plus souvent ce déficit de formation se superpose sur un déficit d'universitarisation.

La mise en place d'un DES doit répondre à plusieurs enjeux. La formation actuelle de 2 ans est insuffisante et trop souvent parasitée par des stages de spécialité non directement liés à la médecine d'urgence. Le besoin d'autonomie par rapport à d'autres disciplines devient prégnant notamment par rapport à la médecine générale. La nécessité d'avoir un contingent d'internes distinct, formé de façon spécifique, est essentiel pour les deux disciplines. En Europe, 19 pays ont déjà une médecine d'urgence reconnue de façon pleine et entière. Aux USA, cette reconnaissance date des années 1970.

La situation actuelle en France est une entrave à la mobilité des urgentistes en Europe. N'étant pas une spécialité en France, un urgentiste européen ne peut venir travailler sur le territoire national et vice versa.

La réforme de la formation en médecine d'urgence est en cours. Le rapport ministériel Couraud/Pruvot a validé le DES de médecine d'urgence malgré la persistance de certaines voix discordantes. Ce cursus sera de 4 ans (5 ans dans la plupart des autres pays) composé de 2 ans (4 semestres) dans un service d'urgences adulte, pédiatrique, en SAMU-SMUR et en réanimation, 1 an (2 semestres) de stage libre et 1 an de mise en responsabilité au sein d'un service d'urgence et d'un SMUR. Il faudra établir un état des lieux précis du besoin en médecin urgentiste afin de pouvoir calibrer précisément le nombre de postes d'internes à mettre au choix dans la spécialité de médecine d'urgence au moment de l'examen national classant (ECN).

Toutefois, certaines questions demeurent. Les craintes d'enfermement des carrières dans un cadre contraint d'une spécialité à garde est compréhensible mais concerne toutes les spécialités à garde

---

<sup>15</sup> Riou B et al. Combien formons-nous d'urgentistes en France. Ann Fr Med Urg 2014 ; 4 : 1-3.

déjà reconnues (anesthésie réanimation par exemple). Il est probable que la pratique de la médecine d'urgence soit possible sans DES sous la responsabilité d'un chef de service d'urgence, mais il est aussi certains que les postes à responsabilité deviendront inaccessibles hors de ce cursus. Le problème majeur est celui de la réorientation des carrières comme dans toutes les autres spécialités. Les solutions dans l'avenir ne sont qu'ébauchées (possibilité de faire plusieurs DES au cours de sa carrière, validation des acquis de l'expérience ?). La continuité des diplômes (CAMU, CMU, DESC, puis DES) sera garantie, permettant de relier le passé à l'avenir. Le DES permettra la filiarisation de la médecine d'urgence dès l'ECN. La médecine d'urgence va ainsi entrer en compétition avec l'ensemble des disciplines, et l'enjeu sera d'être suffisamment attractif pour être compétitif. Cette nouvelle spécialité devra aussi assurer son devoir de formation dans d'autres disciplines, notamment la formation aux urgences des médecins généralistes et la formation des médecins généralistes correspondants du SAMU. Comme dans les autres spécialités, demeurera la nécessité de formation continue. L'attractivité dépendra de l'amélioration de la qualité de travail dans les urgences hospitalières (organisation / charge de travail). Pour la question du temps de travail, il est probable que les remises en cause européennes obligent la France à respecter le droit du travail et le temps de travail. L'arrêté du 8 novembre 2013 sur le temps de travail est d'ailleurs un premier signe de l'alignement de la France aux contraintes européennes.<sup>16</sup>

Nous sommes encore dans un contexte pionnier en ce qui concerne la médecine d'urgences et il existe parfois encore un complexe d'infériorité des urgentistes vis-à-vis des autres disciplines qui devrait disparaître avec le DES, et la place de l'urgentiste au sein des établissements sera ainsi facilitée. Certaines questions demeurent, notamment dans le cadre du rapport des urgences et de la permanence de soins en ambulatoire. Il est probable que pour la nuit profonde (entre minuit et 8h du matin), l'association d'une démographie médicale déclinante avec un faible volume de patient limitera les points d'accès aux soins urgents aux seuls services d'urgences. La consultation non programmée n'est pas le corps de métier des urgentistes mais leur rôle est de les accueillir dans de bonnes conditions avec la mise en place des circuits courts. Actuellement, les urgentistes garantissent la prise en charge de ces patients qui ne peuvent pas être pris en charge ailleurs.

En conclusion, l'évolution de la médecine d'urgence comme une spécialité à part entière et sa normalisation entre dans l'évolution de la médecine moderne. C'est une aventure collective, extraordinaire. Même si elles sont souvent présentées comme des structures où se rencontrent de nombreuses difficultés, les structures d'urgences sont devenues incontournables dans notre système de soins, et constituent souvent bien plus une solution qu'un problème.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

<sup>17</sup> Riou B. Les urgences : une solution et non un problème ! Ann Fr Med Urg 2013 ; 3 : 1-2

## Sociologie de l'urgence dans la société française contemporaine et l'avènement de l'urgence

*Gilles FINCHELSTEIN, Directeur général de la Fondation Jean-Jaurès, auteur de « La dictature de l'urgence » (Fayard, 2011 ; Pluriel, 2013)*

Des documents administratifs ministériels avec les mentions *TTU, TTTU, urgentissime* à la crise financière des surprimes en 2007 qui fut marquée par un bouleversement de la relation avec le temps, notre regard face à l'urgence a changé.

Mais l'urgence n'est-elle pas de sortir de la dictature de l'urgence, et de retrouver le « temps long » afin de mieux appréhender notre rapport au temps ?

Le mot « urgence », pourtant issu du vocabulaire commun, n'a pas de définition consensuelle ou scientifique.

Ce terme pourrait en fait recouvrir trois dimensions de la relation au temps.

L'urgence fait avant tout appel à la notion de temps accéléré, notion la plus intuitive, à l'origine du culte de la vitesse, du « tout, très vite » et du « tout, tout de suite ».

Le mot urgence fait aussi référence à la dimension du temps compressé, avec de moins en moins de futur, de moins en moins de passé et dans lequel on vit dans le culte de l'instant. Le temps a alors tendance à n'avoir plus aucune profondeur.

La dernière dimension de l'urgence est celle du culte de l'action. Nos sociétés modernes considèrent l'inaction comme de plus en plus impensable et propulsent l'action multiple et simultanée comme une religion universelle. Le monde moderne vit une mutation radicale basée sur ses trois dimensions de l'urgence qui bouleverse le rapport de l'homme au temps. C'est un phénomène probablement durable auquel l'être humain va devoir s'adapter.

A ce stade, deux questions essentielles se posent :

L'expérience de cette mutation est-elle une réalité ?

Quelles sont les causes et les conséquences de ce phénomène ?

Nous avons tous en nous cette intuition de la mutation du rapport au temps. Le monde tourne plus vite et prend ancrage dans l'instant. Les véhicules, les transports sont de plus en plus rapides. Pourtant, les taux de fécondité, les taux d'épargne, symboles du temps long et de projection dans le futur, restent élevés dans certains pays industrialisés comme la France. N'est-ce alors qu'une intuition ? Une analyse plus profonde des différentes facettes de nos vies modernes (professionnelles, personnelles, politiques) semble nécessaire pour confirmer cette intuition. Les aspects de nos vies personnelles peuvent mettre en relief cette mutation. Depuis les deux dernières décennies, notre alimentation n'a cessé de se transformer. La tendance à la réduction du temps est illustrée avec l'explosion des fast-foods ou la diminution du temps de préparation des repas. Chaque jour, McDonald sert 1,7 millions de repas en France. L'économie de la mode a, elle aussi, été saisie par le phénomène de l'urgence. Le développement des grandes chaînes de prêt à porter s'est fait, bien sûr sur l'amélioration de la logistique, mais aussi sur l'idée de placer les consommateurs dans l'urgence. Le renouvellement permanent des collections faites en petites séries a induit une nécessité de visites répétées des magasins afin de trouver le produit désiré. Le même constat peut



être fait sur l'économie du cinéma. Notre élocution s'est elle-même accélérée avec un débit plus rapide. En prenant l'exemple d'une chronique d'Alain Duhamel, on peut observer une inflation de 10% de mots par minute en une décennie !

Le monde de la finance a lui aussi connu une mutation considérable de sa relation au temps. La durée de détention moyenne d'une action sur le marché de la Bourse de New York sur ces 40 dernières années a considérablement changé. Elle était de 5 années en 1970, de 3 ans en 1980, 2 ans dans les années 90. Depuis le début des années 2000, elle est à moins de 1 an. Parallèlement, le trading à haute fréquence s'est développé de manière fulgurante. Cette mutation existe aussi dans le monde de l'industrie. La publication des comptes, avant annuelle, est devenue semestrielle, voire trimestrielle.

Le rythme de travail des salariés a été fortement impacté. A travers des enquêtes récurrentes sur les conditions de travail, il apparaît que le délai d'accomplissement de la tâche s'est considérablement réduit. Il y a encore 25 ans, moins de 5% des salariés déclaraient avoir un délai inférieur à une heure pour accomplir sa tâche. En 2009, ce chiffre s'élevait à 25%.

Dans le domaine de la vie publique, le phénomène est le même. La législation des hommes est de plus en plus établie en réaction à l'actualité. Guy Carcassonne illustre ce phénomène par ces mots : « Tout sujet du 20h est virtuellement une loi ». Ces dernières années, les questions de sécurité ont été à l'origine de plus d'une trentaine de lois dont la majeure partie était la réponse à un évènement d'actualité. Il y a de plus en plus de « loi d'urgence » et de plus en plus d'adoption de texte dans l'urgence. Une procédure constitutionnelle d'adoption en urgence d'un texte, actuellement procédure accélérée, permet de raccourcir le cheminement naturel d'un texte entre les deux chambres. Cette procédure d'exception est devenue de plus en plus une procédure normale. Elle est d'ailleurs devenue la procédure d'adoption de la quasi-totalité des textes de loi entre 2008 et 2009. Certes, pour le citoyen, la diminution du temps entre l'annonce d'un projet de loi et son adoption définitive peut donner l'apparence d'un état plus efficace. Mais en réalité, plus une loi est adoptée dans l'urgence, plus sa mise en application est lente car les décrets d'application sont le plus souvent retardés. Un récent rapport du sénat (2011) a analysé la totalité des lois adoptées en 2009 et 2010. Sur les 40 lois, seules 3 étaient applicables intégralement, les autres attendant leur décret d'application.

Finalement la réalité va bien au-delà de l'intuition, et l'urgence s'est insinuée dans tous les aspects de notre vie.

Ce n'est pas un phénomène nouveau. Ainsi, à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, dans les ouvrages des lycéens, on peut retrouver des extraits de texte qui pourraient avoir été écrits à notre époque : « L'histoire a doublé le pas sans qu'on s'en aperçoive ».

On vit une accélération dans l'accélération. C'est un phénomène récent et les facteurs qui expliquent cette mutation du rapport au temps sont eux aussi récents (une vingtaine d'année pour la plupart d'entre elles). Il y a la dimension technologique comme la révolution numérique dont nous sommes les contemporains. On ne se rend pas bien compte qu'on vit chaque année une révolution dans cette révolution. Il suffit de regarder la vitesse et la puissance de calculs des ordinateurs pour s'en apercevoir. Il y a une évolution de facteur 300 voire 1000 en l'espace 15 ans. La vitesse de diffusion de ces nouvelles technologies dans la société, diffère en termes de rapidité par rapport aux précédentes révolutions industrielles. La mondialisation de l'économie a un impact sur la mutation

de notre rapport au temps. Il ne faut pas mésestimer le déclin des grandes idéologies ou des religions dans cette accélération de la mutation de notre rapport au temps.

Si les conséquences de cette mutation sont nombreuses, elles ne sont pas toutes négatives, mais beaucoup le sont.

Sur le court terme, la mutation du rapport au temps place nos sociétés sous tension. La France n'est pas le pays où on vit le plus dans l'urgence mais la France est sans doute le pays où on vit le plus difficilement cette mutation. Les grands piliers de notre modèle républicain, l'universalisme qui nous projette dans le temps et dans l'espace, l'égalité et l'Etat sont particulièrement touchés par cette mutation au temps.

Sur le moyen terme, en gouvernant nos sociétés dans l'instant, elles sont gouvernées de plus en plus sans le futur, voire contre le futur. Le changement climatique, la biodiversité, la construction des grandes mégalopoles répondant à un phénomène d'urbanisation extrêmement rapide sont des bons exemples de réponse immédiate à des problèmes. La réponse immédiate, dans l'urgence, est le plus souvent erronée et peut faire le lit d'une aggravation de la situation dans le futur

Peut-on réagir face à cette mutation ? C'est un phénomène durable et l'homme doit s'habituer à vivre avec. L'adaptation de notre rapport au temps va se faire naturellement. Peut-on redonner du temps au temps ? Sans vouloir promouvoir le « Slow mouvement », il faut sans doute mieux hiérarchiser l'urgence. En traitant tout dans l'urgence, on traite le plus souvent tout mal. Il y a 15 ans, avoir un téléphone portable était un signe de pouvoir. Aujourd'hui éteindre son téléphone portable, c'est le signe du pouvoir. Cette culture du TTU est en train de changer. Certaines entreprises commencent à comprendre que cette culture n'est pas forcément compatible avec le management. La bonne utilisation du mail est un bon exemple. Chez Volkswagen en Allemagne, les flux de mails sont coupés le WE et entre 19h – 8h en semaine afin de diminuer la porosité entre la vie privée et la vie professionnelle. Au lieu de promouvoir le culte de la vitesse, il vaut mieux redonner du sens au temps, en redonnant au temps sa profondeur. Il faut sans doute essayer de replacer nos sociétés dans un temps qui n'est pas seulement celui des comptes trimestriels ou du prochain mandat politique.

## La place des urgences à l'hôpital : un prisme des changements de la société

*René CAILLET, Responsable du pôle de soin sanitaire et médicosocial à la Fédération Hospitalière de France (FHF)*

L'urgence tient une place essentielle dans l'Hôpital public, qui s'est largement structuré autour d'elle. L'hôpital public a en effet cette culture de l'urgence au sens du soin non programmé. Il porte une tradition d'accueil adossé à une structure d'hospitalisation. Les urgences ne sont pas seulement un hub, un point de passage obligé mais c'est aussi un prisme fait de paradoxe, à la fois vitrine de l'hôpital public et révélateur de ses difficultés.

Aujourd'hui les urgences sont au cœur de nombre de problématiques hospitalières, qu'il s'agisse de la pénibilité du travail, des contraintes entre les différents acteurs de soins (médecine privée ou libérale), ou encore des enjeux de la permanence des soins (PDSA ou PDSSES). Elles sont au centre des injonctions paradoxales des tutelles, de plus en plus nombreuses et de plus en plus accélérées dans le temps. Elles sont progressivement impactées par les modes de recours différents aux soins, avec des patients de moins en moins « patients ». Tout cela dans un temps qui se raccourcit et dans un contexte de consumérisme médical qui augmente.

Le secteur public représenté par la FHF est le premier contributeur de la permanence d'accès aux soins urgents (près de 650 établissements de santé) dont 500 établissements environ réalisent la globalité de l'accueil d'urgence. La plus grande partie de l'accueil d'urgences pédiatriques est réalisées par les établissements publics de santé. Cet accueil de l'urgence dans des établissements souvent les plus gros en taille (nombre de lit) ce qui pose des problèmes d'organisation.

En première analyse, on pourrait considérer que 80 % des passages dans les structures d'urgences peuvent relever de la permanence de ville. Depuis le passage à la tarification à l'activité, voici dix ans, l'hôpital public a gagné de l'activité et donc des passages. On pourrait considérer que l'hôpital public a gagné. Mais n'est-ce pas une victoire à la Pyrrhus ? Les établissements publics ne sont-ils pas allés au-delà de la mission ? L'hôpital n'assure-t-il pas des missions qui pourraient être assurées par d'autres en amont et en aval des urgences ? La question de l'urgence « vraie » est posée.

Ces questions sont analysées par l'hôpital et en particulier les commissions médicales d'établissements en prenant en compte les différentes contraintes (ressources humaines, financières, capacitaires,...) et des spécificités des territoires. La démographie médicale et les contraintes liées au respect des conditions et du temps de travail sous la pression des directives européennes deviennent de plus en plus difficiles à concilier avec la mission d'accueil et de permanence des soins. Ainsi, depuis l'arrêté du 8 novembre 2013, c'est près de 20% de perte de temps médical auquel l'hôpital public doit faire face.

Devant ces défis et ce besoin de gain d'efficacité, l'organisation interne des services d'urgence est un enjeu majeur. Organiser de façon raisonnée, différenciée, l'urgence vraie générant de l'hospitalisation et l'urgence relative est un objectif essentiel et nécessite d'adapter les prises en charge, non seulement sur le plan médical mais également sur le plan organisationnel. La gestion des flux est une préoccupation partagée par toute la communauté hospitalière, directeur et présidents de CME en tête. La prise de conscience progressive de cette problématique dans les

établissements s'est accélérée à la faveur du mouvement du 15 octobre 2013. L'institution toute entière doit se sentir responsable des flux de passages aux urgences et de la nécessité de garantir lits d'aval à l'activité des urgences.

Mais d'autres problématiques liées aux urgences interpellent l'institution hospitalière :

- La violence qui augmente de plus en plus notamment dans les établissements le plus urbains. Certaines anecdotes comme le développement de cours d'arts martiaux pour les soignants illustrent cette réalité de plus en plus prégnante.

- Le problème de l'accès à des solutions d'aval des services hospitaliers (« l'aval de l'aval ») comme les soins de suite et de rééducation, ou de plus en plus des structures sociales est un réel enjeu qui n'est pas prêt d'être réglé. En effet ces questions nous renvoient aux difficultés structurelles de notre système. En France, il existe un réseau d'aval et de soins de suite privé bien organisé en filière spécialisée. Ce réseau n'existe pas assez dans le public à l'heure actuelle. En effet, structurellement, le système public s'est organisé en grands établissements généralistes qui pensaient pouvoir tout faire. Actuellement, le système est en crise car les structures de soins de suite ne sont pas en capacité d'assurer leur mission. La réforme des SSR prévue pour 2016 ne va probablement pas améliorer la situation. L'arrivée de la facturation à l'activité pour les SSR même si elle est nécessaire risque au contraire de révéler le phénomène. Il devient inéluctable d'avoir une meilleure coopération entre structures publiques et privées sur ce sujet en particulier.

- L'imagerie médicale est aussi une problématique importante pour le secteur public à qui il revient d'assurer les missions de permanence des soins. Démographie médicale et problèmes d'attractivité, liées en particulier au différentiel de rémunération avec le secteur privé, mettent en difficultés les établissements publics. Cette problématique soulève aussi la nécessité d'approche commune des sujets d'urgences entre le secteur public et privé.

Plus largement, cette réflexion sur les urgences doit s'inscrire dans la territorialité. C'est un véritable défi pour le service public qui doit proposer une réponse à cette question de la prise en charge continue et graduée du patient au travers d'un parcours de soins.

Pourquoi les patients viennent aux urgences ? Ils y trouvent à tout moment une offre de qualité, structurée, avec une permanence de soins, adossée à un plateau technique complet dans un laps de temps qui reste réduit par rapport à un parcours ambulatoire. Au total, c'est une offre attractive, si on y ajoute la gratuité des soins.

Il y a au total trois sujets importants et actuels pour l'institution hospitalière sur ce thème de l'urgence :

- D'abord, la gestion des flux en interne de patients au sein des établissements qui renvoie à la problématique de la structuration de l'aval des urgences. Il n'est plus acceptable que les patients attendent une place aux urgences, ni que les urgentistes passent des heures au téléphone pour les trouver. Mettre en place des gestionnaires de flux est la bonne approche, expertisée par la littérature et appuyée par l'agence nationale d'appui à la performance. Cette approche nécessite une bonne coopération entre tous les professionnels et une organisation sur le mode industriel ce qui n'est pas encore toujours le cas à l'hôpital public.

- la gestion de l'amont est un problème plus complexe encore, même si elle est considérée comme un faux problème par les urgentistes. C'est pourtant une vraie question pour l'institution hospitalière notamment au regard de la territorialisation des soins. Une réponse collective avec les professionnels en charge de la médecine ambulatoire de ville est à trouver. Des pistes de réflexion sont nombreuses et doivent être adaptées au cas par cas en fonction du territoire et dans le cadre d'un vrai dialogue territorial : maisons médicales de garde, structures de soins non programmés ambulatoire, réseaux de soins, articulation améliorée avec le domicile et le secteur médico-social...

- Les plateformes territoriales et l'émergence de groupements hospitaliers territoriaux sont une des solutions envisagées. Ces nouvelles structures devraient devenir obligatoires et devraient non seulement se constituer sous la forme public – public mais aussi public – privé. Ces structures constitueraient des sortes de « holding » d'offre de soins territorial centrées sur des sujets transversaux : la gestion de l'urgence doit être abordée dans ce contexte. Dans un contexte d'économies de 50 milliards d'euros pour financer le pacte de compétitivité dont 5 milliards pour l'institution publique, il faut saisir l'occasion d'être innovant notamment en termes d'évolution de structure. L'urgence sera sans doute un sujet central pour les communautés hospitalières de territoire : N'y-a-t-il pas trop de structure d'urgences lourdes en France ? N'y-a-t-il pas trop de structures chaudes adossée à ces structures d'urgences ? Ce sont autant de questions posées avec acuité aux différents acteurs de l'hospitalisation publique.

## Historique, évolutions récentes et perspectives de la prise en charge des urgences

*Dr Marc GIROUD, ancien Président de l'association Samu-Urgences de France (SUdF)*

Situer l'urgence dans son « écosystème » permet de montrer combien la naissance de cette spécialité a été difficile. Le combat pour trouver la juste place des urgentistes a été rude notamment face à une réelle condescendance de certains spécialistes. En réalité, l'urgentiste est au centre d'un introuvable équilibre, entre un hôpital spécialisé peu enclin à faire une place aux pathologies non encore étiquetées et des médecins généralistes affirmant haut et fort leur autonomie mais néanmoins prompts à orienter leurs patients vers les structures de médecine d'urgence (SMU) au moindre risque ou pendant leurs congés, ou bien encore la nuit et les week-ends.

Jusqu'à-là, l'aide des autorités publiques aux SMU est restée parcimonieuse. Si le service rendu par les urgentistes est depuis longtemps reconnu, il n'y a jamais eu de vraie politique de développement ou d'action planifiée « à froid » en faveur des urgences. Ce qui s'est fait, s'est à chaque fois fait « en réaction ».

Mais qu'est-ce que la médecine d'urgence et quelle est sa place ?

Une des difficultés de la médecine d'urgence est son introuvable définition. Le périmètre couvert par les urgences est difficile à appréhender. Qu'est-ce que l'urgence ? Un enfant qui a une bille coincée dans le nez à 10h du matin, c'est de l'ORL. Mais le même enfant qui a une bille coincée dans le nez à 22h, cela s'appelle « une urgence » ! C'est un recours par défaut, lié à la problématique des permanences dans les autres spécialités et à la territorialisation de l'offre de nuit. Donc l'absence d'offre adaptée constitue l'urgence ; et c'est certainement là la meilleure définition de la médecine d'urgence. A contrario, l'existence d'une offre structurée exclut les situations concernées du champ de la médecine d'urgence (ex : l'obstétrique... sauf, précisément lorsque l'offre obstétricale n'est pas adaptée à la situation). L'urgentiste ne revendique pas toute la demande, mais il accepte, sans limite, tous les patients qui arrivent dans son service. Cette patientèle est donc constituée d'urgences vraies mais aussi d'une demande ne trouvant pas d'offre. Cette demande devient donc de l'urgence. Cela constitue une problématique d'amont. Un bon exemple est la période de Noël. Il y a, d'année en année, une augmentation des visites dans les services d'urgences. Les pathologies n'ont pas pourtant pas changé. C'est l'offre de ville qui rétrécit.

La médecine d'urgence, c'est la polyvalence. C'est-à-dire une étrangeté dans un monde hospitalier construit par et pour les spécialistes. Le champ de la médecine d'urgence est extrêmement ouvert, plus que celui de la médecine générale telle qu'elle se pratique aujourd'hui, celui de la pédiatrie ou encore celui de la gériatrie. En établissement de santé, la « sur spécialité » est la valeur noble. Dans cet univers, la polyvalence n'est ni valorisante, ni même simplement reconnue. C'est une des raisons de la difficulté d'émergence de la médecine d'urgence au sein de l'hôpital. Cela pose un véritable problème, notamment pour la formation car il n'y a rien de plus difficile que d'acquérir la polyvalence. En particulier, la formation à la polyvalence a un coût dont le financement n'est pas assuré. Sans généreux donateurs (industrie pharmaceutique par exemple comme dans des

spécialités plus ciblées) ni structure de formation adaptée, la médecine d'urgence reste donc fragile. La formation par les techniques de simulation semble assez bien correspondre à une bonne partie des exigences de la polyvalence, mais son coût est dissuasif.

La médecine d'urgence est souvent perçue comme une menace par les autres professionnels de santé et parfois même par les pouvoirs publics. Bien sûr, l'offre d'urgence stimule la demande... mais pas plus que toute offre de soins. Et c'est un peu trop facile pour certains praticiens, généralistes ou spécialistes, de reprocher aux SMU d'attirer leurs patients, alors même que ces praticiens n'assurent pas leurs obligations de permanence et de continuité de soins de façon à satisfaire les légitimes attentes de leurs patients. La médecine d'urgence, c'est vrai, restreint le périmètre des autres types d'offre ; depuis le développement des SMU, les généralistes, par exemple, n'assurent plus certaines prises en charge (urgences cardiologiques, par exemple). Mais, il faut aussi noter que la médecine d'urgence est également impactée par le retrait de certaines offres (ex : cabinets dentaires le week-end). Il y a ainsi une interconnexion complexe de la médecine d'urgences avec les autres acteurs du système de soins ; l'action de l'un déterminant, en creux, celle de l'autre. La médecine d'urgence sert souvent ainsi de palliatif (ou de filet protecteur) à certaines non-organisations. Si le développement de la médecine d'urgence entraîne naturellement (dans le jeu assez logique des complémentarités et des subsidiarités) l'involution de certaines pratiques, elle ne justifie en rien le désengagement de ceux qui délaissent leurs obligations déontologiques pour se reposer sur la sécurité et la commodité offertes par les SMU. Le risque médico-légal croissant chez des professionnels non urgentistes, moins formés (parce que moins souvent confrontés aujourd'hui qu'hier à des situations d'urgence), est aussi une raison du glissement vers les SMU. Le développement de la culture du « risque zéro », trouvant sa source dans l'évolution de la société, poussant inévitablement les professionnels non formés, notamment libéraux, à se détourner de la prise en charge des urgences. Finalement, par manque de polyvalence, ce phénomène d'absence voire de rejet de l'urgence se retrouve aussi chez les spécialistes qui se reposent de plus en plus sur les urgentistes.

Depuis 40 ans, le service rendu par les SMU n'est plus à démontrer. Un grand nombre de complications chez les patients a pu être évité. Et la confiance des patients va croissante. L'attractivité des services d'urgences n'est pas essentiellement liée à un déficit d'offre « en amont » comme on veut souvent le faire croire mais c'est aussi et surtout cette confiance croissante des usagers qui détermine leur choix positif de se confier en première intention au SMU.

Malgré ses réussites, la médecine d'urgence ne parvient pas à effacer ses faiblesses. Elle est en crise permanente. Les longs délais pour la prise en charge des cas les moins graves, la prise en charge des cas psychiatriques aigus, la prise en charge des personnes âgées, restent des points noirs. Et malgré tous les efforts entrepris, certaines pathologies lourdes échappent au système pourtant efficace prévu pour elles (exemple : 1 infarctus sur 2 ne passe pas par le Samu).

L'évolution sociétale crée constamment des nouvelles demandes. La culture du « tout, tout de suite » exerce une pression croissante sur les SMU.

Une autre difficulté de la définition du périmètre de l'urgence est que la description de la gravité ne peut finalement se faire qu'a posteriori. D'ailleurs, la codification proposée pour les services d'urgences (codification CCMU par exemple) est une codification a posteriori. C'est une photographie, certes, mais elle ne concerne pas le sujet qui se présente au SMU. C'est, en effet, à partir du motif de recours que l'urgentiste organise sa prise en charge. La gravité d'une situation n'est souvent connue qu'à la fin du processus de médecine d'urgence. Il est donc difficile à la fin

d'une consultation de dire au patient qu'il n'aurait pas dû venir, alors même que le médecin aurait lui-même été bien incapable de l'affirmer en le voyant arriver. Certaines Agence Régionale de Santé sont encore ancrées sur cette fausse bonne idée de se donner comme objectif de diminuer le recours aux services d'urgences ; c'est prendre le problème par un mauvais angle. L'objectif essentiel d'un régulateur de l'accès aux soins doit être basé sur des notions de qualité, de sécurité des soins et non sur un objectif quantitatif de diminution du recours aux services d'urgences.

L'urgence est un métier mais les conditions de travail de l'urgentiste mettent en péril la spécialité. La pénibilité induite du travail des urgentistes est à présent objectivée et elle ne s'affirme plus seulement dans le domaine de la plainte. Un réel mouvement de revendication assumé des urgentistes s'est manifesté le 15 octobre 2013. C'est l'affirmation du champ de compétence de l'urgentiste qui doit rester centré sur le patient. D'où le refus d'assurer dorénavant la recherche (souvent longue) des places d'hospitalisation en aval des urgences. Une telle affirmation était nécessaire (bien que sans doute insuffisante) pour améliorer l'attractivité de la spécialité. Mais c'est aussi un moyen de préserver la formation et la qualité des urgentistes. 20 % du temps clinique qui était dédié à la recherche de lit va progressivement pouvoir être réinvesti dans la formation et l'accompagnement des jeunes médecins.

Quel avenir ?

Est-ce que l'urgentiste de demain doit se recentrer sur l'urgence complexe ? Conceptuellement, c'est sans doute nécessaire mais comment faire en pratique ? Cela supposerait un développement suffisant de plateformes de soins non programmés.

Ou, a contrario, l'urgentiste ne doit-il pas devenir le manager de ces plateformes de soins non programmés ? Doit-il le faire tout seul ou accompagné de généralistes ? Ceux sont des questions auxquelles il faudra répondre.

L'idée de l'organisation des soins non programmés autour d'un centre de régulation médicale pourrait séduire certains. Mais il ne paraît ni pratiquement ni éthiquement imaginable de soumettre à un tel filtre l'accès aux Urgences.

Une autre fausse bonne idée est de déléguer des compétences à d'autres professionnels de santé, en particulier à des infirmiers qui seraient chargés d'une première ligne de front, censée répondre aux besoins de la population (notamment en milieu rural) tout en économisant la mobilisation de la ressource médicale. Si de nombreuses publications internationales mettent en avant l'infirmière spécialisée, c'est surtout pour la prise en charge des pathologies chroniques. Mais l'élaboration d'un diagnostic est un acte médical. Or, la médecine d'urgence est centrée sur l'élaboration de diagnostic (et qui plus est dans des conditions particulièrement difficiles) et ne peut donc que rester une discipline médicale, sauf à accepter (ce qui est éthiquement impossible) une prise en charge « à plusieurs vitesses ».

Pour conclure, il faut voir les SMU comme une solution et non comme un problème. Les Urgences sont également un atout pour les établissements (notamment en terme de recrutement) et non pas un fardeau. La collectivité doit donc donner aux Urgences les moyens pour fonctionner efficacement (et cesser de s'évertuer, sans du reste le moindre succès, à en réduire la fréquentation). Et de son côté, l'urgentiste doit s'affirmer et exiger ce dont il a besoin pour remplir sa mission.



## Utilisation et place des urgences : une perspective américaine

*Dr Heikki Erik NIKKANEN, Director, Department of Emergency Medicine,  
North Adams Regional Hospital Massachusetts*

L'avenir de la médecine d'urgence en France et en Europe suit l'histoire de la médecine d'urgence aux Etats-Unis dans ses aspects positifs mais aussi négatifs. Il est intéressant de constater que les questions et les problématiques sur les urgences sont finalement des réflexions relativement récentes par rapport au développement de la médecine. La croissance des visites dans les services d'urgences est probablement un phénomène naturel. Avant les années 1930, avec le développement des techniques médicales modernes et des découvertes fondamentales comme la pénicilline, l'hôpital n'était pas attractif et avait plutôt mauvaise réputation. Avec l'arrivée de la médecine moderne et des perspectives de traitement de plus en plus innovant, les patients sont attirés par l'hôpital et la croissance constante de l'activité des services d'urgences est probablement un effet collatéral de ce phénomène.

Dans les années 1960, la constatation de l'arrivée croissante de patients à toute heure pour se faire soigner a fait émerger les premières réflexions sur la médecine d'urgence. En 1961, les plans « Pontiac » et « Alexandria » virent le jour pour répondre à cette problématique. Les premières équipes de médecins présents 24h/24h et dédiées uniquement à l'accueil et au traitement de cette demande croissante furent mises en place. Avant cette date, aucune organisation spécifique et structurée n'existait. L'accueil des patients étaient réalisés par des médecins non formés, le plus souvent à la retraite. La prise de conscience collective de la problématique d'accueil des urgences a rapidement permis de créer un comité de médecine d'urgence au sein de l'*American Medical Association* en 1967. L'année suivante, la première société savante de médecine d'urgence, l'*American College of Emergency Physicians*, vit le jour. Le premier internat en médecine d'urgence fut créé en 1970. Actuellement il y a plus de 200 internats en médecine d'urgence aux Etats-Unis. La médecine d'urgence aux Etats-Unis s'est donc développée et structurée progressivement durant la fin de la dernière décennie. Il est probable que ce développement ait participé à la croissance de l'attractivité des services d'urgences. D'ailleurs, l'analyse du nombre de passages dans les services d'urgence par habitants dans un pays peut être intéressante pour apprécier le niveau de développement et de structuration de la discipline et il n'est pas surprenant de retrouver les pays anglo-saxons (Canada, Etats Unis et Royaume Uni) parmi les niveaux de passages par habitants les plus élevés.

Les facteurs de croissance des services d'urgences aux Etats-Unis sont multiples. Certains sont réels, d'autres sont probablement surestimés. La consommation croissante en soins d'une population américaine qui vieillit est un des facteurs de croissance comme dans tous les pays occidentaux. La complexité de la médecine est un phénomène réel qui rend la pratique de la médecine en ville difficile voire impossible dans certaines pathologies. Comme peu d'autre spécialité, la polyvalence de la médecine d'urgence permet de prendre en charge cette complexité ainsi que la grande hétérogénéité des pathologies qui se présente à toute heure dans les services. L'urgentiste est un spécialiste du diagnostic avec une amplitude horaire maximale couvrant tout le nyctémère. C'est une entreprise fonctionnant 24h sur 24h et 7 jours sur 7 qui produit de l'activité à la mesure de sa

disponibilité. Le manque de filet de sécurité pour la santé aux Etats Unis est souvent mis en avant pour expliquer la croissance constante des visites. Pourtant, au Canada, pays doté d'un système de soins protecteur proche de celui de la France, le nombre de passages aux urgences par habitant est plus élevé qu'aux Etats Unis. Pour aller plus loin dans la réflexion, en 2014, dans l'Etat d'Oregon, Sarah Taubman et coll. ont essayé de montrer le rapport entre consultation dans les services d'urgence et la mise en place d'une assurance pour les populations défavorisées (Medicaid program). Devant les contraintes budgétaires et l'impossibilité de mise en place d'une couverture « universelle » dans l'Etat d'Oregon, l'attribution a été<sup>18</sup> faite par une randomisation de la population par loterie. L'analyse comparée de la consommation des services d'urgences pour les deux groupes de population couverte et non couverte par une assurance a été réalisée. Après 18 mois de suivi, les passages dans les services d'urgences avaient augmenté de 0,4% pour les personnes possédant une couverture assurantielle. Donc être assuré ne veut pas forcément dire ne pas venir aux urgences. Par ailleurs, le lien entre la croissance d'activité des services d'urgences et l'augmentation principale des consultations dites « non graves » n'est pas clair dans la littérature internationale. L'augmentation des visites dans les services d'urgence concerne le plus souvent la totalité des profils de patient.

Aux Etats-Unis, la place des urgences n'est pas très différente du reste du monde. A ces débuts, la médecine d'urgence était considérée comme le dernier recours. Localisé le plus souvent au sous-sol des établissements, les services d'urgences occupaient un espace choisi par défaut, là où il y avait de la place et n'étaient le plus souvent pas inscrit sur les plans de l'établissement. C'était une discipline choisie par défaut. Actuellement, la médecine d'urgence est la discipline la plus prisée par les étudiants et elle dispose de service d'accueil dimensionné représentant la vitrine de l'établissement. C'est devenu un moteur économique pour les hôpitaux américains.

Pourtant la crise persiste dans les services d'urgences aux Etats-Unis. Le temps d'attente est une problématique récurrente avec des évènements indésirables fréquents. Ce temps d'attente est proportionnellement dépendant du nombre de visites dans le service d'urgence. La médecine d'urgence est en fait victime de son succès. Les problématiques d'efficacité et de rendement poussent, comme dans d'autres pays, l'urgentiste à faire plus vite et mieux à effectif constant. L'introduction de la délégation de compétence a déjà eu lieu avec la création des *physicians assistants* pratiquant des actes simples comme les sutures ou les plâtres. Ces professionnels sont devenus indispensables pour le bon fonctionnement des services d'urgences. Ils sont formés en 2 ans dans une faculté de médecine. Ils ne peuvent pas travailler de manière indépendante et leur pratique ne peut se faire qu'en association avec un médecin. Le contexte médico-légal croissant met une pression de plus en plus forte sur les praticiens et notamment les urgentistes.

Aux Etats-Unis, la nuit et le week-end, il n'existe pas d'offre de soins non programmé structurée autre que les services d'urgences. Certains médecins privés à la clientèle aisée peuvent parfois répondre à cette demande lors des horaires de permanence. Les *walk in clinic* peuvent répondre à une demande en dehors des horaires de permanence mais les médecins sont le plus souvent des spécialistes en médecine interne ou des *general practitioners* et ne sont pas formés spécifiquement à la médecine d'urgence. Par ailleurs, réglementairement, ces structures n'ont pas l'obligation de traiter le tout-venant et peuvent trier les patients notamment en fonction de leur couverture sociale.

---

<sup>18</sup> Sarah L. Taubman et al, 'Medicaid Increases Emergency-Department Use: Evidence from Oregon's Health Insurance Experiment', *Science (New York, N.Y.)*, 343 (2014), 263–68  
<<http://dx.doi.org/10.1126/science.1246183>>.

Il n'existe pas de médecine d'urgence de proximité. Ce travail est rempli par les *emergency medical technicians (EMT)* et les *paramedics* dont la formation est basée sur un cursus de 1000 heures ; dans le cas des *paramedics*, la plupart des cours sont dédiés à la pratique de geste réglementé (défibrillation, intubation, pose de perfusion,...) mais ces professionnels n'ont pas le droit de faire des diagnostics. Dans la majorité des états américains, ils n'ont pas le droit de laisser le patient à domicile.

Pour un urgentiste américain, la non reconnaissance de la spécialité de médecine d'urgence en France est criante. La mauvaise valorisation des actes urgents en est un bon exemple. Aux USA, l'attractivité de la discipline s'est faite par une certaine reconnaissance financière. Mais cela s'inscrit dans une perception globale de la médecine d'urgence où le patient est perçu comme une richesse. La sortie d'un patient non examiné n'est pas admise aux Etats-Unis.

## Urgences et politiques de santé : les coûts et les services rendus

*Perrine RAMÉ-MATHIEU, Chef du bureau du premier recours (R2), Direction générale de l'offre de soins*

Le postulat initial décrivant la situation actuelle serait de dire qu'il y a trop de monde aux urgences pour un coût qui serait largement supérieur à ce qu'il est en ville. C'est en effet un postulat très répandu. Il sans doute nécessaire de clarifier tous les éléments sous-tendus par ce postulat afin d'essayer d'établir un constat plus proche de la réalité. Les services rendus ainsi que les financements mis en jeu sont sans doute des éléments essentiels à exposer afin de mettre en perspectives des orientations et des évolutions à proposer.

Trois dimensions méritent d'être abordées : l'accès aux soins, l'efficacité de l'organisation et le parcours proposé pour répondre de façon plus adaptée à la demande en soins non programmés.

Dans le paysage de l'offre de soins, les services d'urgences occupent une place importante et personne ne peut remettre en cause les services rendus. La médecine d'urgence s'appuie sur un ensemble cohérent : la régulation médicale comme outil d'orientation et d'efficacité (SAMU), la proximité au plus près des patients (SMUR) et des services d'accueils polyvalents conformément aux textes réglementaires. Tous les services d'urgences doivent avoir le même niveau de qualité et de fonctionnement quel que soit la taille des structures auxquelles ils sont adossés. Les services d'urgences sont donc un point d'entrée du système de soins où le médecin urgentiste permet d'orienter le patient au sein d'un réseau d'urgences ou au sein d'une organisation territoriale adaptée.

En 2014, la France est dotée d'une médecine d'urgence couvrant tout le territoire avec 104 SAMU, 450 SMUR et 750 services d'urgences dans 650 établissements. L'augmentation des visites dans les services d'urgence est constante avec près de 18 millions de passages en 2013 dont 5 millions par des patients de moins de 18 ans et 2 millions pour des personnes de plus de 75 ans. Il est actuellement difficile d'identifier une cause principale à l'augmentation de l'activité des services d'urgences. Ce phénomène est probablement multifactoriel allant de l'inaccessibilité de l'offre de soins ambulatoire, en passant par l'existence conjointe d'un plateau médico-technique ou de la pratique du tiers-payant jusqu'à des spécificités territoriales. En effet, cette croissance n'est pas corrélée à la taille ou au positionnement d'un établissement. Cette particularité illustre probablement le fait qu'il est difficile de comprendre pourquoi certains établissements de même taille ont une croissance d'activité différente.

Le postulat de la présence d'un nombre non négligeable de patients qui « n'ont rien à faire » dans les services d'urgences mérite d'être éclairé. Même s'il est difficile d'établir à priori le profil de patient, l'étude des codifications à posteriori (CCMU 1 et 2) permet une approche dans la description type de certains groupes de patients.. 70 % des visites des patients ont lieu entre 8h et 20h. La problématique du parcours de ces patients se pose donc essentiellement en dehors des heures de permanence des soins. La traumatologie représente 40 % de ces passages. Dans 22% des cas en moyenne, une visite dans un service d'urgence est suivie d'une hospitalisation. Cette moyenne s'élève à 30 % pour les plus de 75 ans. Environ 15% des patients relevant d'une CCMU 1 sont

hospitalisés, et près de la moitié des CCMU 2. 300 000 hospitalisations sont liées à des complications, de maladies chroniques le plus souvent, et donc ne serait pas liées à un problème d'offre ambulatoire. 14 % des passages dans les services d'urgences sont constitués par des passages simples avec une consultation. 30 % des passages ont une consultation et un acte de biologie ou d'imagerie. En 2001, 13 à 14% des passages concernaient les plus de 75 ans. Actuellement, cette proportion a augmenté pour dépasser les 18%. C'est sans doute lié en partie par la part croissante des personnes âgées dans la population générale.

Les estimations des financements engagés pour les urgences d'élèvent à 3,6 milliards environ ce qui représente 2% des dépenses de santé. C'est à peu près dans la moyenne des pays européens. Cette dépense est équivalente à la dépense en transport sanitaire en France. La décomposition de ce financement suivant le modèle actuel est extrêmement complexe. Plusieurs lignes de financement peuvent être individualisées : Mission d'intérêt général (MIG SMUR et MIG SAMU), forfait urgence (FAU et ATU).

A partir de ce constat d'activité et de financement, certaines orientations peuvent être identifiées. Le financement permet de rémunérer un maillage de structures d'urgences relativement dense permettant de garantir l'accès aux soins urgents à nos concitoyens.. En 2014, 97% des français ont un accès à une offre de soins urgents. Le coût du dispositif est donc mobilisé en grande partie pour garantir une réponse à un double enjeu de temps et d'accessibilité financière. Depuis 2 ans, le focus a été mis sur les 2 millions de personnes n'ayant pas à un accès en moins de 30 minutes à une offre de soins urgents. Les Agences Régionales de Santé ont été mobilisées sur cet objectif prioritaire. Plusieurs solutions ont été mises en œuvre avec parmi elles le développement de Médecin Correspondant SAMU. Ce déploiement est en cours avec près de 300 médecins correspondant en fin 2013, avec un objectif doublé d'ici fin 2014. Si cette solution permet d'améliorer l'accès aux soins urgents, elle doit aussi permettre de créer un lien entre médecine générale et médecine d'urgence. Cette synergie est intéressante. Devenir un médecin correspondant SAMU devient d'ailleurs un élément prépondérant pour l'installation de certains jeunes médecins généralistes.

En période de contrainte budgétaire, la question de la cohérence du financement et de l'organisation de la réponse à la demande aux soins urgents mérite d'être posée. Pour le régulateur, cette question est essentielle afin de tendre vers une meilleure efficacité du système de soins tout en garantissant l'accès aux soins. La réforme du financement des structures d'urgences est en cours. Les réflexions vont se dérouler en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, les travaux vont être menés sur le financement des SAMU et donc de la MIG SAMU. Dans un deuxième temps, les réflexions porteront sur le financement des structures d'urgences et des SMUR. Les objectifs de cette réforme sont multiples. L'adéquation du réseau d'offre en réponse aux soins d'urgence doit être la cible principale. Le financement doit maintenir le maillage permettant de garantir aux français l'accès aux soins urgents. Ce financement doit inciter également à une organisation de l'offre territoriale d'urgence plus efficace avec la mise en place d'équipes de territoire qui permettent la mutualisation des ressources afin de consolider l'offre territoriale. Cela passe par la mutualisation des équipes médicales au sein d'un territoire afin de parer à une fragilité des organisations, de rétablir de l'attractivité médicale, d'assurer une formation continue de qualité et d'améliorer les conditions de travail en offrant aux professionnels des sites des activités différentes. Les expériences déjà engagées montrent un effet bénéfique sur la diminution du recours à l'intérim médical. C'est donc une réponse positive en termes de qualité et d'efficacité

du service rendu. L'amélioration de la qualité est un autre objectif et celui-ci doit se baser sur des indicateurs solides et partagés. L'augmentation des hospitalisations directes des personnes âgées peut être une piste à suivre.

Un autre objectif de cette réforme est d'améliorer l'efficacité des structures d'urgence et de leurs organisations. La réforme concomitante de la MIG SMUR et des forfaits urgences doit permettre de mieux adapter le financement des structures à hauteur de la dépense engendrée par la réalisation de la mission. Faciliter une bonne articulation des équipes SMUR et structures d'urgences notamment dans les services à faible activité est une piste à explorer notamment sur le plan des leviers financiers à créer. La réforme des financements des structures d'urgences ne doit pas être un frein à une bonne organisation des parcours des différents profils de patients en articulation avec la médecine de ville.

La méthodologie de réforme de la MIG SAMU vise essentiellement à faire évoluer les modalités de dotations basées sur une enveloppe historique vers une dotation basée sur un référentiel de moyen nécessaire pour effectuer la mission réglementaire. En effet, la reconduction des dotations historiques lors du passage à la T2A ne reflètent plus actuellement l'activité et les missions réalisées par les SAMU. L'évolution vers un financement plus transparent, plus proche de la réalité était nécessaire. La mise en adéquation des moyens nécessaires pour réaliser une activité constatée et le financement permet de garantir une meilleure transparence et de garantir une dotation plus juste entre les différents effecteurs. La démarche a abouti à une répartition de la dotation régionale sur un référentiel de moyens valorisés. Cette réforme permet de gommer les inégalités entre SAMU à activité égale qui pouvait avoir des dotations différentes d'un facteur allant de 1 à 2. Cette démarche illustre bien le fait que si la mobilisation de ressources financières est nécessaire, l'efficacité entre financement et mission réalisée doit être recherchée.

La réflexion de l'accès aux soins non programmés doit être menée. Il est difficile de décréter l'orientation des patients à priori. La notion de gravité et de modalité de recours à l'offre ne peut être à la charge des patients. Néanmoins, il existe une offre adaptée à chaque demande de soins non programmés qui est assumée dans deux tiers des cas par la médecine de ville (12% de l'activité de ville). Il ne s'agit pas de stigmatiser les différents acteurs. Mais certains types de situations ne sont pas forcément faciles à gérer en médecine de ville comme la traumatologie qui nécessite le plus souvent au moins un recours à un plateau d'imagerie. Pour autant il peut être pertinent de faciliter la réponse de la médecine de ville à la demande en soins non programmés. Cette démarche ne se fait pas sous couvert de régler la problématique des urgences mais bien pour mettre en cohérence une offre adaptée à chaque demande. Le pacte territoire-santé apporte un certain nombre de pistes et de mesures notamment pour traiter la problématique des « déserts médicaux ». Cette problématique rejoint finalement celle du premier recours. Le pacte territoire-santé apporte des solutions en 3 axes principaux : changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins, transformer les conditions d'exercice et investir dans les territoires isolés. Le deuxième axe est particulièrement intéressant à aborder par le prisme de l'organisation de l'accès aux soins non programmés. La structuration des équipes de proximité, sous la forme notamment de maisons ou centres de santé peuvent être une des solutions à développer. Il est évident que les maisons de santé pluri-professionnelles peuvent être une réponse adéquate aux demandes de soins non programmés. La structuration d'une offre de plusieurs médecins, éventuellement en collaboration avec des professions paramédicales pourra offrir à terme des plages d'accueil aux soins non programmés. Ces projets d'exercice coordonné doivent être favorisés. Le sujet n'est finalement pas de savoir quelle est la meilleure offre entre les services d'urgences, les MSP, les centres de santé mais plutôt quelle est

l'offre la plus adaptée à la demande. Il n'y a probablement pas un modèle qui convient mais plutôt une approche spécifique en fonction des territoires. Ainsi, dans un territoire où l'offre de soins est rare et où un service d'urgence est bien implanté, on peut se poser la question de savoir si ce service ne peut pas remplir la mission complète d'accueil de soins non programmés. Multiplier les coûts de structure ainsi que la dispersion d'une main d'œuvre médicale rare ne serait sans doute pas une preuve d'efficacité. À l'inverse, dans une zone de densité de population forte, la présence de structures de soins non programmés diversifiés permettant un accueil adapté est probablement souhaitable et plus efficace qu'un service d'urgence seul. Cela nécessite une organisation coordonnée des différents acteurs du territoire associée à une éducation et une information de l'utilisateur.

## Les politiques et les urgences

*Pr Philippe JUVIN, Député européen, Maire de la Garenne-Colombes, Chef de service des urgences de l'hôpital européen Georges Pompidou*

Le discours politique ambiant sur les urgences est un peu similaire dans les deux grands partis politiques français.

La médecine d'urgence est une spécialité jeune avec une structuration progressive de la discipline sur le même modèle que la conquête hospitalière de l'anesthésie réanimation dans les années 80. Le développement de la médecine d'urgence s'est fait par étape avec création d'une grande cohorte de médecins puis une universitarisation progressive. La médecine d'urgence devient fortement structurante pour les établissements de santé. La prise de pouvoir progressive des urgentistes au sein de la communauté hospitalière à travers des postes à responsabilité notamment universitaires est une tendance actuelle. Mais celle-ci doit se confirmer par la formation et le développement de la recherche fondamentale.

La médecine d'urgence a une activité non régulable à la différence des autres disciplines. En cas de pénurie de personnel paramédical ou de difficultés liées à la démographie médicale, la plupart des spécialités peuvent diminuer leur activité en fermant des lits. Cela n'est pas possible en médecine d'urgence. C'est un élément fondamental de la discipline qui ne permet aucun repos. C'est à la fois un sacerdoce et une force notamment politique et syndicale. La crise est rapidement criante, ce qui n'est pas le cas dans d'autres disciplines. Les hommes politiques doivent comprendre que s'ils veulent éviter les mouvements sociaux à l'hôpital, il faut appréhender le fait que cette activité n'est pas jugulable et que, sans gestion et anticipation, elle peut vite déborder.

C'est une médecine peu valorisée notamment en termes de rémunération. Lors de la mise en place de la T2A, plusieurs réflexions ont été menées afin de déterminer dans chaque établissement la part des séjours revenant au service d'urgence. Dans la grande majorité des cas, c'était une portion congrue.

Mais la médecine d'urgence ne doit pas être autarcique et doit tisser des relations fortes avec les différents interlocuteurs de l'amont et de l'aval du système. Elle doit aussi être bienveillante envers ses professionnels qui doivent pouvoir vivre et vieillir dans de bonnes conditions. La création d'une spécialité filialisée au niveau du DES permet probablement d'élever le niveau de compétence et d'excellence de la discipline. Néanmoins, le revers de la médaille est le risque de cloisonnement et d'isolement de la pratique. La création d'une exclusivité d'exercice va recentrer le pool de médecin sur une activité que chaque individu devra assumer durant toute sa carrière. C'est une mesure dont la portée doit être envisagée à long terme. Ce point est pour moi source d'inquiétude.

Le monde politique recherche depuis plusieurs années le Saint Graal. La réponse à la fameuse question : « pourquoi venez-vous aux urgences ? ». Intellectuellement, c'est une question qui peut être posée notamment face à certaines constatations. Près de 80 % des patients consultants aux urgences rentrent à domicile et donc n'ont peut-être pas de bonnes raisons de consulter. Outre le fait que les patients ne rentrent chez eux qu'après avoir vu un médecin, il est illusoire de penser que



cette situation va changer compte tenu de l'état du système de santé et de l'évolution sociétale. L'exigence des patients, la place croissante des nouvelles technologies, le vieillissement et la diminution de la démographie médicale ambulatoire sont autant de facteurs à l'origine d'une croissance prolongée des passages dans les services d'urgences. Il est donc illusoire de tenir un discours politique uniquement portant sur la diminution du flux entrant. Sans une révolution au sein de la médecine de ville qui est peu probable, la ligne de force principale de l'accès aux soins non programmés est et restera la médecine d'urgence.

Les raisons de la venue des patients aux urgences sont multiples. La médecine d'urgence et une spécialité jeune, dynamique qui a su s'adapter à son environnement en mutation en améliorant la qualité, la compétence et donc la sécurité. La médecine d'urgence a su affirmer et afficher des objectifs notamment celui de l'accès aux services d'urgence en moins de 30 minutes pour chaque citoyen. Les autres spécialités n'ont pas forcément eu cette progression et cette capacité d'adaptation.

L'affichage des 30 minutes a été mis en avant durant la dernière campagne présidentielle. Il faut dire que ce message a pu être affirmé comme objectif dans un programme politique parce qu'il était réaliste. Cet objectif était déjà très fréquemment atteint sur le territoire. Cette proposition était reprise par les deux grands partis politiques. Comme cet objectif était déjà quasiment atteint, le politique se l'est approprié rapidement...

Mais il est probable que les objectifs de durée soient une erreur.

En effet, il y a quelques années, certains cabinets de consultants sur l'organisation des urgences fondaient leur travail sur le principe de « line management » et le parallélisme à effectuer entre la production d'un service d'urgence et celle d'une usine automobile. La chasse au temps inutile dans la chaîne de production était un élément central de l'approche. Il y a une dizaine d'années, l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris fit appel au cabinet McKinsey pour aider à l'amélioration de l'efficacité des services d'urgence. Le service pilote choisi fut celui de l'Hôpital Beaujon à Clichy (Haut de Seine) accueillant environ 30 000 visites par an. Après 4 mois d'une aide méthodologique organisationnelle, les temps d'attente et de séjour au sein du service avaient fondu. A moyen constant, le système était devenu plus efficace. Avec le recul, et la vague sans cesse plus élevée des visites dans les services d'urgences, ce gain d'efficacité devient de plus en plus difficile à tenir avec des moyens constants liés aux contraintes budgétaires. Cette seule course à la réduction du temps n'a plus de sens. Le discours politique auprès des usagers doit commencer à changer. Il faut désormais aussi avoir le courage de dire clairement : il est parfois normal d'attendre ! Des éléments de langage communs sont à trouver afin de permettre de transmettre une information claire sur la réalité et la nécessité de l'attente. L'unité géographique permettant la concentration d'avis médicaux, d'examen complémentaires de plus en plus pointus et de traitements a comme corollaire une attente qui peut être comprise par les usagers. Pour l'instant ce discours n'est pas tenable pour les politiques. Ce discours devra s'accompagner d'un effort consenti par les décideurs pour l'amélioration de la qualité d'accueil. Une tolérance à cette attente pourrait être créée et favoriserait sans doute sa compréhension.

La médecine d'urgence est une spécialité structurante pour les établissements. Actuellement près de la moitié des admissions dans l'hôpital se fait par le biais des services d'urgences. L'admission directe dans les services en urgence, règle il y a encore deux décennies, n'est plus pratiquée. Malgré l'effort de certains établissements, la réintroduction de cette pratique est difficile pour diverses raisons. La médecine d'urgence est aussi structurante en termes d'organisation médicale de l'établissement

notamment aux horaires de permanence. Autrefois en charge de la continuité des soins, les spécialistes hospitaliers ont progressivement transféré la charge aux urgentistes.

Le discours politique peut changer et doit changer. La question des délais d'attente devrait donc être prise avec beaucoup plus de recul et même remise en cause. La valorisation par les patients de la médecine spécialisée se base sur la qualité des soins prodigués alors que la médecine d'urgence est valorisée au chronomètre. Cela doit changer. Le risque est grand que la médecine d'urgence soit prise à son propre jeu de l'amélioration des temps d'attente. Lors d'une récente mission parlementaire de l'Assemblée Nationale, certains députés ou représentants des usagers avaient proposé de reconnaître le temps d'attente comme seul indicateur de qualité des services d'urgences. L'unicité de ce critère n'est pas admissible.

Il ne faut néanmoins pas négliger les aspects positifs de la réduction du temps d'attente notamment en termes de condition de travail, de satisfaction. En fait, c'est plutôt le discours des politiques qui doit changer et non la volonté d'amélioration de l'efficacité des services d'urgences. Le manque d'autre indicateur permettant d'évaluer la qualité du service rendu est sans doute la cause de la concentration des réflexions des politiques sur le temps d'attente.

La mesure du temps d'attente n'est pas contestable. Cet indicateur comme tous les autres indicateurs de délais doivent être relevés car ils permettent d'assurer l'amélioration de l'organisation des services. Mais le discours politique vers nos concitoyens basé sur le temps d'attente comme seul objectif de qualité doit changer. Le temps d'attente est un bon indicateur s'il n'est pas le seul !

## Postface

*Dr Mathias WARGON, Chef de service des urgences, Hôpital St Camille, Bry Sur Marne, Président du séminaire*

*Dr Romain HELLMANN, Praticien Hospitalier, Service d'accueil des urgences, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Groupe Hospitalier Paris Nord Val de Seine, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Rapporteur du séminaire*

Le séminaire organisé avec la Chaire Santé de Sciences Po, nous a permis d'aborder plusieurs aspects des urgences, non seulement dans leur dimension « métier » mais également dans leur dimension sociétale. Statistiquement le tiers de la population française passe annuellement aux urgences et elles sont devenues, souvent malgré elles, le maillon central du système de santé voire du parcours de soins.

Nous avons décidé d'emblée avec Didier Tabuteau, responsable de la chaire santé et le Dr Hellmann, secrétaire de ce séminaire, d'axer cette journée sur « les urgences, symptômes des changements de la société ». Il est toujours frustrant pour les participants de ce type de journée, pour la plupart professionnels impliqués dans la santé, de ne pas pouvoir exposer leurs idées et dans le contexte d'une reprise des textes de ne pas pouvoir être cité. Les discussions foisonnantes à l'issue de chaque intervention ont donné lieu à des réflexions sur la complexité des patients qui doivent se rendre à l'hôpital, sur les causes multiples de la surcharge des urgences et sur la nature de l'information à donner aux usagers du système de soins dont ceux qui devraient peut-être éviter de se rendre aux urgences. De l'avis général, le parcours du patient est probablement une des solutions à l'engorgement des urgences. D'autres structures de prise en charge peuvent exister. Certaines font la même chose que les urgences sur le modèle américain des « Urgent Care ». De nouvelles perspectives peuvent être envisagées un peu comme l'exemple de l'Hôtel Dieu à Paris. Néanmoins, certaines structures offrent un service au patient sans être une solution évidente à l'engorgement des urgences comme les maisons médicales de garde. De nouvelles organisations montrent que la ville s'adapte également et promeut la création des maisons médicales où se regroupent les professionnels.

Les urgences ne se résument pas à l'encombrement de leurs salles d'attente, de leurs couloirs ou à des mesures de temps de passage. Elles sont le témoin de changements profonds de la société, du temps, des comportements dépassant le simple champ de la pratique de la médecine. C'est le challenge des urgentistes de s'adapter à cette évolution constante, au sein de leur spécialité mais également en restant ouverts aux autres professionnels et aux patients

## Programme du séminaire

Les urgences : un symptôme des changements de la société ? 1<sup>er</sup> avril 2014

### Contexte

Depuis une vingtaine d'années le recours aux services d'urgence est devenu un mode d'entrée de plus en plus fréquent dans le système de soin. Plus de 15 millions de passages en 2008 ! D'une mission initiale d'accueil des patients les plus graves, le rôle des services d'urgence a progressivement évolué au grès des politiques de santé successives et des adaptations du système de santé vers des fonctions beaucoup plus larges. Les services d'urgence jouent désormais souvent le rôle de centre de diagnostic rapide se substituant aux hôpitaux de jour ou à la médecine de ville, et de centres d'accès à la médecine spécialisée ou à l'hospitalisation.

Image mythique des services hospitaliers popularisée par les feuilletons télévisés ou symbole d'un système hospitalier à la dérive, les urgences souffrent d'une approche caricaturale et d'une vision déformée de leur réalité. Les plans successifs des pouvoirs publics visant à diminuer leur fréquentation, à améliorer leur fonctionnement et à maîtriser les dépenses de santé peinent à les réformer en profondeur.

Si le surcoût de ces structures d'urgence est régulièrement dénoncé, le service rendu et la qualité des soins qui y sont prodigués n'ont jamais pu être mis clairement en défaut par rapport à la prise en charge classique des patients en ambulatoire ou à l'hôpital. Cette augmentation croissante du recours aux services d'urgences est pourtant paradoxale. Elle témoigne de l'attraction qu'exercent les urgences sur les patients confrontés à la maladie ou accident mais elle s'accompagne d'une image le plus souvent négative de services surchargés avec un personnel débordé et des patients laissés à l'abandon dans une attente interminable.

Afin de mieux comprendre la place des services d'urgences dans notre système de santé et notre société, il est proposé de développer une approche pluridisciplinaire et problématique de la question des urgences en France en 2014. Si la littérature scientifique internationale est abondante sur les causes de surcharge aux urgences, elle est pauvre sur les relations ambivalentes qu'entretiennent les urgences avec la société. Il s'agit de s'interroger sur l'évolution des services d'urgence, leur vocation et leur place dans un système de santé en mutation. Il s'agit également d'envisager les réformes possibles pour les services d'urgence à un moment où ils sont placés au cœur du débat politique sur la santé.

Lors de la dernière campagne présidentielle, le candidat François Hollande a fait des urgences à 30 mn un thème important, preuve de l'importance donnée à ces services et à leur place dans notre vie quotidienne. Au moment où se développe une réflexion sur la stratégie nationale de santé et où se prépare un projet de loi sur la santé publique, la réflexion collective sur les urgences est plus que jamais nécessaire.

## Programme

- 9h00-9h15 : **Accueil, présentation du séminaire et tour de table des participants**
- 9h15-9h45 : **Les urgences et le parcours de soin**, *Claude EVIN, Directeur Général de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France*
- 9h45-10h15 : **Les urgences face aux inégalités sociales**, *Nicolas BELORGEY, sociologue, auteur de «L'hôpital sous pression », Editions La Découverte, 2011*
- 10h15-10h45 : **Création d'une nouvelle spécialité, quels besoins, quel avenir ?** *Pr Bruno RIOU, Président de la Collégiale Nationale des Enseignants de Médecine d'Urgence (CNEMU), Hôpital de la Pitié-Salpêtrière*

### *Pause*

- 11h00-11h30 : **Sociologie de l'urgence dans la société française contemporaine et avènement de l'urgence**, *Gilles FINCHELSTEIN, Directeur Général de la Fondation Jean Jaurès, auteur de «La dictature de l'urgence », Editions Fayard, 2011*
- 11h30-12h00 : **La place des urgences dans l'hôpital, rapport entre urgences et hôpital**, *René CAILLET, responsable du pôle de soin sanitaire et médicosocial à la Fédération Hospitalière de France (FHF)*
- 12h00-12h45 : **Echanges avec les participants et synthèse de la matinée**

### *Déjeuner libre*

- 14h15-14h45 : **Historique des urgences et évolution récente de la prise en charge des urgences**, *Marc GIROUD, ancien président de l'association Samu-Urgences de France (SUdF)*
- 14h45-15h15 : **Urgences et politique de santé, les coûts et les services rendus**, *Perrine RAME-MATHIEU, Chef du bureau du premier recours (R2), Direction générale de l'offre de soins*
- 15h15-15h45 : **Utilisation et place des urgences dans d'autres systèmes de santé**, *Heikki Erik NIKKANEN, Director, Department of Emergency Medicine, North Adams Regional Hospital, Massachusetts*

### *Pause*

- 16h00-16h30 : **Les politiques et les urgences**, *Philippe JUVIN, Député européen UMP, Maire de La Garenne-Colombes, chef de service des urgences de l'hôpital européen Georges Pompidou*
- 16h30-17h00 : **Place des urgences dans l'imaginaire et les medias**, *Patrick PELLOUX, Président de l'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF), chroniqueur sur France 5 et à Charlie Hebdo*
- 17h00-18h30 : **Echanges avec les participants, synthèse et recommandations.**