

Point de vue

# En finir avec les mégapoles d'urgences labyrinthiques

LEMONDE.FR | 04.02.11 | 09h18 • Mis à jour le 04.02.11 | 12h55

Déjà abonné ?



Depuis vingt ans, les urgences hospitalières ont obtenu une reconnaissance politique et médiatique, notamment sur le plan émotionnel, contrastant avec une situation d'inadaptation récurrente. Files d'attente, engorgement, désespérance en sont autant de symptômes. En guise de solution, les sonneurs de tocsin ont depuis lors entonné le chant du "toujours plus". Résultat : On a créé des mégapoles d'urgences labyrinthiques dont le fonctionnement introuvable ne répond plus à la réalité des besoins.



Au siècle passé, les pathologies aiguës (infarctus, poly-traumatisme, bronchiolite de l'enfant et d'une façon générale les maladies infectieuses...) avaient vu l'organisation de leur prise en charge transformée par la création de filières spécifiques et professionnelles mettant à disposition des patients tous les moyens diagnostics et thérapeutiques nécessaires. Ces filières spécialisées en cardiologie, obstétrique, pédiatrie, rachis..., fonctionnent aujourd'hui de façon exemplaire, alors que les services d'urgences, grandes surfaces de la médecine, ouvertes 24h sur 24, bafouillent malgré l'engagement de leurs équipes pour répondre aux besoins des malades. La première place prise, grâce au progrès de la médecine, par les maladies chroniques chamboulent maintenant les besoins des patients rendant indispensable un renouvellement des prises en charge.

Au XXI<sup>e</sup> siècle, l'essentiel des enjeux est, maintenant et demain, celui de la continuité de la prise en charge des maladies chroniques et du vieillissement. Pour cela les services d'urgences, comme seule solution, sont inadaptés. Aujourd'hui, trois millions de patients non chroniques (dont les femmes enceintes), ont chaque année recours aux services d'urgences pour une affection aiguë. Dans le même temps, environ huit millions de malades sont reconnus en longue maladie par l'Assurance-Maladie. Ils ont 61 ans en moyenne. Ils affluent aux urgences lors des décompensations de leur diabète, de leur insuffisance respiratoire ou de leur hypertension.

Faute d'anticipation, par manque de solutions organisées pour répondre aux besoins prévisibles de ces personnes, le malade souffrant d'une maladie chronique qui va mal n'a qu'un seul recours : prendre la file d'attente aux urgences pour espérer être orienté dans la bonne compétence et couché dans un lit d'hôpital. Face à ce constat, quelques propositions de bons sens mériteraient d'être partagées. Nous avons besoin de nouvelles organisations permettant de mieux coordonner soignants libéraux et hospitaliers, en particulier les médecins généralistes, les spécialistes mais aussi les paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmières et aides-soignants) qui ont un rôle majeur à jouer dans ces situations. Il s'agit d'inventer à côté du "15" créé autour des SAMU, et du 115, du SAMU social, des "centres 16", centres de coordination, d'appel et de prise en charge des décompensations de maladies chroniques.

## **ASSURER UNE CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE**

Ces centres, auxquels seraient inscrits les malades et qui disposeraient de leur dossier, devraient permettre au patient de disposer en quelques heures de l'expertise clinique et technique spécialisée qui lui est nécessaire. L'objectif est d'assurer une continuité de la prise en charge par des équipes dédiées et spécialisées en permettant par une brève hospitalisation non programmée de passer le cap de la décompensation médicale. Comme la loi le permet maintenant, les spécialistes de ville, les spécialistes de l'hôpital et... les malades, auraient là une occasion providentielle en ces périodes de difficultés démographiques de travailler ensemble. C'est ainsi par exemple en redonnant du "sens médical" que la télémédecine pourra être un précieux moyen de communication et d'échanges et non un gadget ouvert à l'e commerce.

L'une des difficultés majeures des services d'urgence est leur introuvable relation entre la polyvalence et la spécialisation médicale. La permanence des soins doit assurer la prise en charge des pathologies aiguës en dehors de la continuité des soins liés aux maladies chroniques. En réorganisant les filières de prise en charge des décompensations de maladies chroniques, on confierait, de nouveau, aux équipes concernées la continuité des soins. La qualité ne peut qu'y être au rendez-vous. Quand on sait que plus de 15 millions de français sont atteints de maladies chroniques, quand on sait le poids financier de leur prise en charge qui sert d'opportunité aux zéloteurs du déremboursement par l'Assurance-Maladie, une transformation profonde des prises en charge trouverait là une ardente légitimité.

Reste le sujet et non des moindres de tous ces patients âgés dont les poly-pathologies ne les font pas rentrer dans une filière spécifique unique. Là encore, la réponse offerte par les actuels services d'urgence gagnerait à renforcer son offre de soins, pensée en termes de qualité et aussi d'éthique. Sur ce point, la filière gériatrique doit être en osmose totale avec les autres spécialités médicales dites d'organes. Les moyens pour se faire existent. Ils supposent une transformation très profonde des modes d'organisation et de prise en charge. Cette transformation ne peut être créée, soutenue et mise en œuvre que par la communauté médicale. Il faut que celle-ci retrouve la légitimité et la confiance auprès des patients, mais aussi des pouvoirs publics.

La gériatrie et les médecins gériatres doivent fonder des relations renouvelées avec les spécialistes d'organes. Les médecins de proximité, les médecins traitants doivent être le trait d'union entre le centre et le plateau technique hospitalier et le patient éventuellement en hospitalisation à domicile (HAD). On estime que dans les maisons de retraite chaque personne âgée viendra au moins une fois par an aux urgences : on ne peut que mieux faire ! Si la crise c'est prendre des décisions pour réorganiser en profondeur la prise en charge des maladies chroniques alors il s'agit bien de "mettre le malade au cœur du système".

**François Aubart, président de la coordination médicale hospitalière**