

Crise des urgences : constats et propositions

Les constats (non exhaustifs) :

- ✓ Les importants moyens humains et financiers alloués aux urgences depuis 15 ans n'ont pas permis d'éviter cette crise (notamment 3,5 milliards et 16% de personnels supplémentaires depuis 2016).
- ✓ La confusion autour du mot « urgence », créée par les médecins urgentistes eux-mêmes (« *seuls les médecins urgentistes ont la compétence de distinguer une urgence ressentie d'une urgence vitale* », communication de leur représentant au Congrès national de la SFMU de 2010) est amplifiée aujourd'hui dans une société qui a basculé dans l'immédiateté depuis l'arrivée des smartphones (2007). La société met sur le même plan de l'« urgence », des symptômes bénins et de véritables urgences vitales.
- ✓ Ce désir sociétal d'une réponse « immédiate » à un problème de santé subit se heurte à une pratique « programmée », sur rendez-vous, de l'exercice médical en général, d'où la recherche d'un accès à un service identifié pour des « urgences ».
- ✓ La médecine générale de ville se protège contre cette évolution consumériste en réduisant son temps d'activité professionnelle pour garder un temps de vie privée. On est passé d'une moyenne de 70-80h/semaine de temps d'exercice professionnel au XXème siècle à 45-50h/semaine au XXIème siècle, beaucoup de cabinets refusant désormais de prendre de nouveaux patients. Les structures d'exercice regroupé qui développent des solutions de réponse à des demandes « non programmées » ne représentent aujourd'hui que 15 à 20% des 100 000 médecins généralistes. Fait intéressant, c'est dans les régions où les exercices regroupés sont le plus développés que l'on trouve les services d'urgences qui ne sont pas en grève (exemple la Bourgogne).
- ✓ Les hôpitaux craignent une baisse de l'activité de leurs services d'urgences et donc de leurs recettes (notamment des forfaits) qui ne couvriront plus les investissements et dépenses engagés régulièrement dans ces services d'urgences avec les enveloppes ponctuelles de l'Etat.
- ✓ La régulation par le 15 n'a eu aucun effet préventif sur la progression de la fréquentation des services d'urgences au cours des 10 dernières années. Le 15, survivance du XXème siècle, doit être réformé.
- ✓ La moitié des services d'urgences ne sont pas en grève. La crise des urgences serait plus régionale que nationale.
- ✓ La démedicalisation des EHPAD (les médecins traitants vont de moins en moins voir leur patientèle d'EHPAD) fait que 50% des 800 000 résidents d'EHPAD sont hospitalisés en urgence chaque année. Les résidents d'EHPAD représentent la population à la fois la plus malade (âge moyen 85 ans, cumule en moyenne 8 maladies chroniques) et la moins bien suivie au plan médical.
- ✓ La Ministre a confié à Pierre Carli, responsable du SAMU de Paris, et Thomas Mesnier, député et ancien urgentiste du CH d'Angoulême, la mission de refondre totalement le rôle et le positionnement des services d'urgences. La solution n'est certainement pas dans l'attribution de nouveaux moyens financiers et humains (la création de 10 000 postes supplémentaires comme le réclament quelques syndicats des professionnels des services d'urgences). Répondre à chacune des anomalies de fonctionnement ne sera pas suffisant. Il faut une refonte complète de la réponse à une demande non programmée de la population.

Quelles propositions ?

- ✓ La demande populationnelle en matière de santé a changé, elle est devenue immédiate. **Des plateformes d'appel**, territoriale ou régionale, doivent pouvoir orienter l'appelant, soit vers un cabinet médical de soins primaires, soit vers un service d'urgences, ou tout simplement le rassurer, voire prescrire une ordonnance adressée à la pharmacie la plus proche du domicile de l'appelant. Dans la loi Ma santé en 2022, ces plateformes d'appel devraient être mises en place par les CPTS avec la collaboration des hôpitaux de proximité et des GHT. Ces plateformes devraient être distinguées du 15 qui doit rester le centre d'appel uniquement pour l'urgence vitale avec le déploiement des moyens mobiles du SAMU.
- ✓ La réponse aux appels de la population doit être plus professionnalisée (les PARM du Centre 15 ne sont pas des professionnels de santé) :

- Des infirmier(e)s en pratique avancée (IPA) formé(e)s au conseil en santé, une solution qui demandera plusieurs années, puisque la formation officielle ne démarre qu'en septembre 2019 dans une dizaine de facultés de médecine et que seulement 5000 IPA auront reçu le Diplôme d'Etat d'IPA (DEIPA) d'ici 2022. C'est nettement insuffisant. La compétence IPA dans le domaine des passages aux urgences existe déjà chez des IDE qui ont passé plusieurs années dans les services d'urgence. Depuis la loi 2007 sur la reconnaissance des acquis de l'exercice professionnel (RAEP) au sein de la fonction publique, il serait possible de reconnaître rapidement plusieurs milliers d'infirmier(e)s et de leur donner le statut d'IPA (assorti du statut financier) pour répondre aux appels.
 - Des médecins généralistes, voire des retraités, peuvent assurer une permanence sur la plateforme d'appel régionale ou territoriale, mais leur nombre est pour l'instant insuffisant. C'est le modèle Suisse avec les plateformes Medgate ou Medi24 financées par la vingtaine d'assureurs suisse. En 20 ans d'existence, ces plateformes ont développé un réseau efficace avec la médecine libérale, les pharmacies et les hôpitaux pour permettre à l'appelant de poursuivre un parcours de soins primaire en fonction de son problème. En France, les plateformes dites « nationales » de téléconsultation immédiate, financées par les mutuelles, pourraient se reconvertir dans une action régionale en travaillant avec les CPTS pour respecter le parcours de soins au sein du territoire de santé.
 - Enfin des robots, type chatbots, peuvent aussi assurer un premier tri et une orientation des appels. C'est un modèle expérimenté depuis un an par le NHS au Royaume Uni. Les algorithmes de l'intelligence artificielle deviennent de plus en plus performants dans l'orientation des personnes qui ont un problème de santé avec l'augmentation du nombre d'appels, grâce au système de *Deep Learning*.
- ✓ **De telles plateformes seraient installées par les GHT en coopération avec les CPTS, pour répondre aux demandes non programmées du territoire.**
- Il s'agit de plateformes qui font de la télémédecine et du télésoin et qui génèrent des recettes au GHT.
 - Si la plateforme est tenue par des IPA, l'acte de conseil en santé est qualifié de télésoin (tarif envisagé par l'assurance maladie début 2020).
 - La même plateforme peut être utilisée pour faire des actes de téléconsultation vers les EHPAD (gériatre, spécialistes) par vidéo-transmission. Cela nécessiterait que la patientèle des quelques 5000 EHPAD publics soit désormais suivie par des gériatres hospitaliers (c'est déjà le cas dans plusieurs régions). Le GHT maîtriserait ainsi le flux des personnes âgées de son territoire.
 - La même plateforme peut être utilisée pour faire des actes synchrones (par téléphone) ou asynchrones (par MSS) de téléexpertise vers les médecins de soins primaires, soit pour préparer ou justifier une hospitalisation, soit pour conseiller au décours d'une hospitalisation les médecins traitants (à leur demande).
 - L'accès au dossier médical hospitalier (du GHT) ou au DMP doit être possible lors d'un acte de télésoin ou télémédecine. Le système d'information des GHT doit être interopérable avec le DMP.

Rachel BOCHER, Présidente de l'INPH

Jérémy SECHER, Président du SMPS

Pierre SIMON, Médecin, ancien Président de la Société Française de Télémédecine