

## LES URGENCES, LE TERRITOIRE ET L'ACCÈS AUX SOINS

[Patrick Brun](#), [Laurent El Ghozi](#), [Agnès Ricard](#), et [Alain Tyrode](#), [François Crémieux](#),  
[Marc-Olivier Padis](#)

Éditions Esprit | « [Esprit](#) »

2007/1 Janvier | pages 98 à 106

ISSN 0014-0759

ISBN 9782909210520

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-esprit-2007-1-page-98.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Esprit.

© Éditions Esprit. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## Les urgences, le territoire et l'accès aux soins

Table ronde avec Patrick Brun, Laurent El Ghozi,  
Agnès Ricard et Alain Tyrode\*

*ESPRIT – Comment les services des urgences s'intègrent-ils dans l'offre de soins sur un territoire ? Comment peut-on décrire les relations de ces services à l'amont et à l'aval ?*

*Laurent EL GHOZI* – Pour répondre à cette question, il faut d'abord se demander quel est actuellement le lien entre l'hôpital et le territoire sur lequel il se trouve. A-t-il la préoccupation du type de population qui se trouve sur son territoire ? Connaît-il ses caractéristiques sociales, ses besoins de santé, sa démographie médicale ? Il est significatif que cette question soit complètement absente des projets médicaux des établissements hospitaliers, aussi bien que du programme stratégique de l'Assistance publique dont dépendent beaucoup d'hôpitaux de la région parisienne. On ne se pose pas des questions aussi simples que : quel est le bassin de population de l'hôpital ? Quels sont les professionnels concernés par la santé sur ce territoire ? Quels sont ses besoins et ses ressources ?

Pour que l'hôpital s'intéresse au territoire sur lequel il est implanté, il faudrait en outre que l'organisation du système le permette. Ce n'est pas le cas aujourd'hui. L'organisation de l'offre de soins à l'échelle du territoire est très segmentée, y compris d'un point de vue administratif et budgétaire : l'État s'occupe de l'hôpital, le niveau régional prend en charge à la fois le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et le programme régional de santé publique

---

\* Patrick Brun est chef du service des urgences de l'hôpital Louis Mourier à Colombes ; Laurent El Ghozi est chef du service des urgences de l'hôpital de Nanterre et maire adjoint chargé de la prévention de la santé et des personnes handicapées à Nanterre ; Agnès Ricard est médecin responsable du service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) de l'hôpital de Beaujon (AP-HP) à Clichy et Alain Tyrode est médecin directeur des centres municipaux de santé de la ville de Gennevilliers.

(PRSP), mis en œuvre par le groupement régional de santé publique (GRSP) malheureusement sans coordination entre eux, les départements sont responsables des personnes âgées, de la petite enfance et du handicap, etc. Dans le GRSP Île-de-France, seuls le conseil régional, trois conseils généraux sur huit et quatre villes (sur les 1 281 communes que compte l'Île-de-France) sont présents : trop peu d'acteurs territoriaux impliqués pour qu'une politique d'ensemble soit possible.

Pourtant, dans la pratique, tous les professionnels savent qu'ils ne peuvent prendre en charge les patients qu'à la condition d'une bonne coordination entre eux, à l'échelle du territoire sur lequel ils travaillent. Pour prendre l'exemple des personnes âgées, on sait qu'on ne parviendra pas à une bonne prise en charge s'il n'y a pas de liens étroits et quotidiens entre le service social de l'hôpital, la gériatrie, les urgences et les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il faut ajouter les autres partenaires indispensables que sont le centre local d'information et coordination (CLIC) gérontologique, les centres de santé municipaux, quand ils existent, et enfin les praticiens libéraux. Une telle organisation n'est prévue nulle part.

Pour moi, le développement rapide des urgences dans la période récente est directement lié aux défaillances de la prévention, au manque de coordination à l'échelle territoriale, au défaut d'anticipation de la prise en charge. En ce sens, le recours à l'urgence signale un échec. Les professionnels de l'urgence savent faire leur métier, il n'y a pas de vraie discussion là-dessus. La question difficile réside dans l'amont – quels sont les défauts de prise en charge qui expliquent le recours croissant à l'urgence ? – et l'aval – comment s'organise le retour au domicile d'une personne âgée isolée, comment faire le lien avec la famille, quelle continuité du traitement médical, etc. ?

*Malgré ces déficits d'organisation et de coordination, les relations s'établissent tant bien que mal au jour le jour. Comment cela fonctionne-t-il malgré tout ?*

Agnès RICARD – Malgré cette organisation institutionnelle inadaptée, les relations fonctionnent par les contacts humains personnels, sur la volonté et le dynamisme des acteurs. Quand des contacts personnels sont noués, beaucoup de barrières supposées insurmontables et de préjugés tombent d'eux-mêmes rapidement.

Laurent EL GHOZI – De plus en plus de villes mettent en place des projets locaux de santé publique, par exemple les « Ateliers santé ville<sup>1</sup> » dans le cadre de la Politique de la ville. Leurs deux princi-

---

1. Il s'agit d'un dispositif institutionnel et labellisé du Contrat de ville entre la ville et l'État.

pales difficultés sont de mobiliser les médecins libéraux et les hôpitaux. De même, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) d'Île-de-France, à titre expérimental, essaye d'intégrer six hôpitaux dans des « projets médicaux de territoire ». C'est une gageure, tant les logiques institutionnelles sont différentes. Comme la santé ne relève pas de la responsabilité des municipalités, sauf choix politique local, il reste difficile de coordonner l'action de l'État, des régions, des départements et le niveau local.

*Alain TYRODE* – Les villes effectivement n'ont pas de compétences sur les questions de santé. Le premier niveau de compétence est le département qui intervient sur la protection maternelle et infantile (PMI), sur le planning familial, etc. Seules les villes qui ont fait le choix politique de s'engager dans le domaine de la santé, historiquement les municipalités de gauche dans la période d'après-guerre, ont des centres municipaux de santé. Dans la période récente, la Politique de la ville a favorisé des programmes comme les « Ateliers santé ville » qui donnent des crédits et une légitimité aux villes qui souhaitent développer une action de santé publique. Mais le cloisonnement avec l'hôpital reste malheureusement fort, les médecins de ville considérant que s'ils envoient leurs patients à l'hôpital, ils perdent le contact avec eux tandis que les hospitaliers regrettent pour leur part de ne pas avoir de réponse quand ils s'adressent au médecin traitant. L'apparition de réseaux de prise en charge par pathologie – réseau diabète, etc. – incite néanmoins les médecins à se rencontrer et à travailler ensemble plus étroitement. Mais pour bien travailler à l'échelle territoriale, il faudrait trouver une manière d'associer les maires au fonctionnement des hôpitaux, ce qui à Paris et en région parisienne, du fait du fonctionnement spécifique de l'AP-HP, n'est actuellement pas possible. Dans l'état actuel des choses, il est difficile de créer une relation de confiance entre les politiques et les acteurs du monde de la santé et de sortir des débats passionnels comme on en voit parfois, par exemple au sujet de la fermeture d'un service des urgences ou d'une petite maternité.

*Patrick BRUN* – Le fait que l'hôpital public s'intéresse aux urgences est un phénomène assez récent. Il y a cinquante ans, l'interne ne passait aux urgences que quand il avait fini sa visite. L'urgence est ainsi devenue, quelles que soient les raisons qui expliquent son développement, une affaire de spécialistes, dont se sentent déchargés à la fois les médecins de ville et les spécialistes hospitaliers. Actuellement, très peu de généralistes parisiens font encore des visites à domicile. Comment rétablir des liens en amont ? Cela passe certainement par la création de maisons médicales municipales, avec lesquelles les hôpitaux pourraient créer des relations régulières. Un obstacle vient cependant du financement : si l'on installe un généraliste

dans une maison médicale, comment le paie-t-on ? Fait-on du paiement à l'acte ou au forfait ?

*Alain TYRODE* – La question statutaire est un obstacle réel : un médecin salarié comme moi ne peut pas toucher d'honoraires s'il veut prendre ses tours de garde. C'est pourquoi j'accomplis mes gardes à l'hôpital, en étant payé à la vacation. Le tarif est cependant dissuasif pour des médecins de ville : 126 euros pour une demi-garde de nuit (18 h-24 h) alors que la consultation de jour est à 22 euros. Mais il ne faut pas cacher une réalité plus simple et bien connue, à savoir que les médecins libéraux ne veulent tout simplement plus prendre de gardes. On sait que le médecin « de famille » disponible la nuit est un modèle révolu et qui ne reviendra pas. On constate aussi une évolution du point de vue du malade : celui-ci sait très bien que s'il va au service des urgences, il bénéficie du ticket modérateur et de la présence rassurante d'un plateau technique de qualité s'il doit être pris en charge rapidement. Une maison médicalisée ne peut donc être une alternative à la porte des urgences que si elle bénéficie des mêmes facilités de paiement qu'à l'hôpital et la certitude de pouvoir être conduit rapidement à l'hôpital en ambulance si la situation l'exige.

*Laurent EL GHOZI* – Oui mais il faut ajouter une condition supplémentaire : que l'implantation géographique fasse de la maison de santé un vrai service de proximité et qu'elle ne double pas les urgences en s'installant dans l'enceinte même de l'hôpital. Il faut qu'elle soit un relais des différents services des urgences, avec une coordination centralisée.

*Agnès RICARD* – L'intérêt d'une régulation médicale est de trier parmi les appels ce qui relève vraiment de l'urgence, au sens médical. La société a évolué et on doit s'y adapter. La demande des patients a changé, toutes catégories sociales confondues : ils appellent pour des raisons qui, à nos yeux, ne relèvent pas toujours d'une urgence vraie mais qui constitue pour les patients une urgence ressentie. Cela explique aussi sans doute pour une petite part la démotivation des médecins libéraux qui ont pu avoir le sentiment de se déplacer pour des problèmes qui auraient pu attendre une consultation en cabinet le lendemain. La régulation médicale téléphonique par le Samu-Centre 15 permet de répondre à ces demandes. Ce numéro d'appel médical est une garantie de sécurité. Les patients eux-mêmes ne savent pas forcément ce qui ressort de l'urgence réelle ou de l'urgence ressentie. Le médecin régulateur est précisément là pour évaluer la gravité potentielle et donner une réponse adaptée à la demande (envoi d'un Smur, envoi d'un véhicule non médicalisé, envoi d'un médecin à domicile, conseil téléphonique...). Lorsqu'on donne des conseils par téléphone ou que l'on envoie un médecin à domicile, on permet le maintien chez eux des personnes qui, sinon, auraient été

adressées aux urgences peut-être inutilement. On observe ces dernières années une augmentation importante des appels pour ce qui n'est pas de l'urgence vitale mais simultanément il n'y a pas d'augmentations parallèles des interventions des services mobiles d'urgence et de réanimation, ce qui montre la qualité de la régulation médicalisée par téléphone. Les pathologies prises en charge par le Smur restent dans le cadre des urgences vitales ou potentiellement vitales. Lorsque le Smur est au chevet du patient, le médecin complète alors le diagnostic et décide ou non d'adresser le patient à l'hôpital.

### *Assurer la continuité de l'offre de soins*

*Mais faut-il considérer que le développement des urgences se fait largement par défaut – notamment parce que la permanence des soins n'est plus assurée par la médecine de ville ou parce que les patients ont de nouvelles exigences en termes de prise en charge immédiate – c'est-à-dire en somme en raison de défaillances en série de l'offre de soins ou bien, selon une autre perspective, correspond-elle à un développement de l'activité médicale elle-même, qui justifie pleinement une spécialisation et une professionnalisation dans le domaine de l'urgence, voire un activisme professionnel au nom d'un nouveau territoire de l'éthique médicale ?*

*Patrick BRUN* – Au sein de l'hôpital, l'urgence n'a jamais été une priorité. C'était un terrain relativement délaissé, qui a soudainement obtenu une reconnaissance à la fois médiatique et politique. Jamais une spécialité n'a eu autant de nominations médicales en si peu de temps. Il y avait sans doute un retard et, du coup, un rattrapage à faire, mais les chiffres sont tout de même sans précédent. Dès lors que des médecins prennent en charge les urgences, les autres services de l'hôpital n'y voient aucun inconvénient, au contraire, ils favorisent leur développement car cela les soulage d'autant : il n'était donc pas difficile pour les services des urgences d'obtenir des lits et des docteurs. La montée en puissance de l'urgence s'est faite assez naturellement.

*Laurent EL GHOZI* – Il faut y voir aussi, pour une part, une défausse des services hospitaliers spécialisés de ne plus prendre en charge les patients ne relevant pas de leur stricte discipline.

*Mais la demande des patients montre un malentendu : on organise tout le système autour d'une fausse idée de l'urgence. Pour le monde médical, l'urgence est une situation exceptionnelle, type accident de la*

*route. Or, en réalité, on est loin de cela et les urgences apparaissent comme manière d'accéder aux soins.*

*Patrick BRUN* – Les services des urgences offrent en effet un accès aux soins à des personnes qui en étaient exclues, notamment parce qu'elles sont pauvres. On retrouve sans doute la fonction asilaire qui est celle de l'hôpital depuis les origines et que les professionnels ont dans leurs fibres.

*Agnès RICARD* – Rappelons quand même, malgré certaines interprétations différentes de la notion d'urgence, que nous prenons le plus souvent en charge de vraies urgences médicales et que le système français est pour cela plébiscité pour la qualité de son système pré-hospitalier médicalisé. Les pays comme la Grande-Bretagne, qui ne disposent pas d'un tel service d'aide médical urgente, éprouvent de vraies difficultés pour la prise en charge des urgences en amont de l'hôpital.

*Alain TYRODE* – On ne peut pas non plus rejeter toute la responsabilité sur la médecine de ville, qui assure tout de même une grande part du travail de prévention et du travail de réseau. Un médecin de médecine générale n'est en outre pas équipé en cabinet pour recevoir la petite traumatologie, pour faire les radios... Il craint aussi d'être exposé à un recours judiciaire pour « perte de chance » si le patient a le sentiment que tout n'a pas été mis en œuvre pour le soigner. Le temps de travail des généralistes libéraux n'est pas encadré comme à l'hôpital si bien que la fatigue est un problème réel pour eux. Enfin, la féminisation de la profession s'accompagne de revendications sur la qualité de vie et le refus du travail en dehors des heures ouvrables. Les visites à domicile pour des femmes sont aussi devenues, dans certaines villes, une préoccupation de sécurité majeure. C'est pourquoi je crois qu'il faut chercher des solutions dans les maisons médicalisées de proximité, où les médecins libéraux pourront venir prendre leur part du service public de la médecine.

*Laurent EL GHOZI* – En faisant les mêmes constats fondamentaux – vieillissement, féminisation de la profession, inquiétude sur la sécurité de l'exercice, désir de limiter le temps passé au travail, charges administratives... –, les médecins libéraux pensent de plus en plus qu'ils doivent se regrouper dans de gros cabinets de groupes de 25 à 40 professionnels. D'un autre côté, les élus locaux, inquiets des évolutions de la démographie médicale, sont intéressés pour favoriser l'implantation de tels cabinets. À Vanves, par exemple, qui n'est pas une ville particulièrement difficile à vivre, entre 2000 et 2006, 19 généralistes ont pris leur retraite, un seul s'est installé. À Nanterre, 38% des généralistes prendront leur retraite d'ici dix ans. C'est pourquoi les élus, qui pensent, à juste titre, que c'est à eux qu'on demandera des comptes, doivent s'intéresser au projet médical de

territoire. Celui-ci impliquera nécessairement l'hôpital car il faut poser la question globalement : comment maintenir une offre de santé, publique et privée, sur un territoire ? Toutes les villes ne créeront pas des centres de santé municipaux. C'est pourquoi il faut s'intéresser à l'articulation de l'ensemble de l'offre existante : centre de santé, hôpital public et médecine libérale. On peut alors imaginer entre la ville et les praticiens libéraux des « contrats d'objectifs et de moyens » précisant les aides de la ville et les contreparties des praticiens libéraux, par exemple en ce qui concerne leur responsabilité dans la politique de santé publique, la prévention, la continuité des soins, la prise en charge des bénéficiaires de la couverture médicale universelle (CMU), etc.

*Agnès RICARD* – Ces cabinets de groupes permettent de surcroît de favoriser les discussions collégiales sur des dossiers potentiellement difficiles : le médecin libéral se sent alors moins isolé.

### *Spécialisation et demande de prise en charge globale*

*La montée en puissance de l'urgence s'accompagne d'une spécialisation, ce qui veut dire aussi une compartimentation, alors que vous montrez plutôt le besoin de la coordination, de mise en relation, d'entente entre professionnels.*

*Laurent EL GHOZI* – On risque en effet, progressivement, de structurer des services d'hospitalisation d'urgences, ce qui est contradictoire avec la nécessité de circulation entre les services de l'hôpital et de création de liens suivis et institutionnalisés avec l'extérieur. Le champ de l'urgence s'autonomise alors qu'il devrait nous pousser à trouver la bonne articulation entre l'hôpital et la médecine de ville, entre généralistes et spécialistes, entre public et privé.

*Agnès RICARD* – La difficulté est que cet état de fait apparaît comme le résultat d'un processus qui échappe aux uns et aux autres, dans lequel l'évolution de la société (la demande des patients, le désir de la réponse immédiate) a une place prépondérante. Les structures d'urgences se sont développées avant tout parce qu'ils devaient répondre à des besoins qui ne trouvaient pas de réponse institutionnelle par ailleurs. Il ne s'agit pas de stigmatiser les patients en parlant de « consumérisme » : s'ils viennent dans les services des urgences, c'est qu'ils en ont besoin et que l'offre médicale, à laquelle ils ont par ailleurs accès, ne répond pas à leur besoin. On voit bien d'ailleurs en regardant les gens arriver que le développement des urgences correspond à une amélioration de l'accès aux soins. Au final, une fois que les structures d'urgences sont mises en place, les patients y ont naturellement recours, si bien que la prise en charge

qui prévalait jusqu'alors disparaît. Nous ne reviendrons pas en arrière sur cette évolution, c'est-à-dire à la fois sur la tendance à la spécialisation des urgences et sur le fait que les autres professionnels de la santé se déchargent de l'urgence dès lors que celle-ci est prise en charge par un service *ad hoc*.

*Mais on voit à la fois le besoin d'une prise en charge globale du patient et l'extrême segmentation des professions, du financement, du processus (ambulance, urgence, spécialité, retour à domicile, etc.). Les bons contacts personnels entre professionnels peuvent-ils suppléer une absence de pilotage global ?*

*Laurent EL GHOZI* – C'est bien le paradoxe central : pour lutter contre la segmentation que perçoivent bien les professionnels, on a précisément spécifié un secteur « urgence » qui serait à même de rassembler tous les maillons de la chaîne. Mais le problème n'est pas seulement médical : la santé concerne tellement de niveaux différents (État, régions, départements, municipalités, assurance maladie, complémentaires santé) qu'il n'est pas piloté dans sa globalité. Les patients, de leur côté, s'adaptent à cet état de fait en l'utilisant au mieux de leurs intérêts propres. Seul le niveau local pourrait être à même d'apporter plus de cohérence et donc d'efficacité si on lui en donnait compétences et moyens.

*Agnès RICARD* – Cette évolution de l'attitude des patients n'est pas forcément négative. Ils ont bien compris que les services des urgences sont, en réalité, des services de médecine générale ouverts 24 heures sur 24. Ce n'est pas irrationnel de leur part s'ils viennent aux urgences le soir pour un problème médical qui pourrait tout aussi bien être pris en charge le lendemain matin dans un cabinet libéral. Mais cela suppose de notre part la capacité de distinguer d'un point de vue médical ce qui relève de la permanence des soins et ce qui relève de l'urgence réelle ou potentielle. Mais est-ce bien la mission de l'hôpital et avons-nous les budgets pour mener à bien cette tâche ?

*Alain TYRODE* – Ce qui conduit les patients dans les services des urgences le soir à la tombée de la nuit ou le dimanche est en effet moins souvent une urgence vitale qu'une anxiété un peu générale. Beaucoup de consultations traduisent stress, anxiété ou angoisse. Et rassurer, c'est parfois urgent. Mais il est vrai que le geste médical, dans ce cas, est plus celui d'un généraliste qui sait gérer le mal-être au quotidien que d'un spécialiste du geste vital.

*Les jeunes médecins qui aujourd'hui se spécialisent dans un diplôme d'urgentiste et sont peut-être séduits par le militantisme urgentiste arriveront-ils à admettre que répondre à l'anxiété d'un patient à la tombée de la nuit est du domaine de l'urgence ?*

*Patrick BRUN* – Le gros de leur activité ne sera pas, en effet, la prise en charge des polytraumatisés des accidents de la route. Cela dit, ils verront aussi de vraies urgences médicales. Mais, dans l'ensemble, leur travail sera de repérer les pathologies graves, de trier, de prendre en charge ou d'orienter vers les autres services de l'hôpital. C'est pourquoi il faut des partenariats avec tous les acteurs de santé, pour réorienter au mieux en fonction de la pathologie et de la prise en charge optimale.

*Alain TYRODE* – Il est illusoire de penser que les patients renonceraient à aller aux urgences même pour des problèmes qui, à nos yeux de médecins, ne relèvent pas de l'urgence. D'autre part, la spécialisation de la médecine, l'autonomisation de l'urgence, la moindre prise en charge par la médecine de ville sont des mouvements tout aussi irréversibles. Nous sommes tous d'accord sur ce constat : on ne reviendra pas en arrière sur ces évolutions, quel que soit le diagnostic des causes. Le « médecin de famille » d'autrefois ne reviendra pas. Mais il faut ajouter que le vrai sujet est sans doute moins la médecine d'urgence que la permanence des soins sur un territoire donné. La question est donc de savoir quelle est la bonne réponse au problème : faut-il tout miser sur l'hôpital (et augmenter son budget en conséquence) ou peut-on trouver une alternative à l'échelle territoriale en mobilisant les divers acteurs de santé ? L'éducation à la santé, toute nécessaire qu'elle soit, ne suffira pas. On voit se dessiner un scénario cohérent : des généralistes qui accueillent dans les urgences et font le tri, secondés par des urgentistes spécialisés pour les cas qui le réclament vraiment et là où cela peut se faire avec des locaux sécurisés et des budgets dédiés, des regroupements de praticiens, libéraux ou salariés, qui assurent les permanences médicalisées de proximité, en particulier auprès des populations qui sont défavorisées dans l'accès aux soins.

Propos recueillis par François Crémieux et Marc-Olivier Padis