

## Urgences en grève : ce qui a marché ailleurs pour améliorer le système hospitalier



L'association des médecins urgentistes de France a appelé à une grève dès ce lundi 22 décembre. Mais au fait, pourquoi cette grève et peut-on faire mieux en s'inspirant de l'étranger ?

Avec Guy-André Pelouze

**1) L'Association des médecins urgentistes de France (Amuf) a appelé à une grève dès ce lundi 22 décembre, dénonçant des conditions de travail pénibles, réclamant une réduction de leur temps de travail à 48 heures hebdomadaires, contre une soixantaine actuellement. Comment expliquer que les conditions de travail des urgentistes soient en France si pénibles ?**

La réponse est simple : ces questions ont longtemps été réglées par des arrangements locaux divers et variés. L'explosion du droit du travail et son importance en particulier dans notre pays depuis les 35h ont fait naître des questions sur les conditions de travail des médecins. La transition générationnelle a fait le reste.

Aujourd'hui il s'agit de revendications catégorielles qui renvoient l'état à ses engagements européens. Les données sur le temps de travail (nombre d'heures effectuées, plannings, vacances etc.) ne sont pas accessibles à une expertise indépendante et chacun se renvoie les chiffres qu'il a colligés. Mesurer la durée du travail hebdomadaire et son intensité sont des enjeux sensibles dont la variabilité n'est pas un des moindres.

Ce d'autant que comme je l'ai souligné au sujet des Internes (lien Atlantico) nous avons une monnaie commune, nous pouvons aller travailler dans l'UE mais la France compte le temps de travail des médecins en demi-journées et l'Europe comme tous les autres pays en heures... On comprend que le président de la république ait constaté la nécessité d'un choc de simplification.

Pour autant la France n'échappera pas à la nécessité d'appliquer la loi. On imagine un chef d'entreprise qui n'appliquerait pas les 35 heures, son espérance de vie (dans le business s'entend) se compterait en jours ou en heures.

Mais appliquer la [directive](#) n'est pas simple et coûte de l'argent. En effet aux demandes des urgentistes il ne faut pas oublier d'ajouter la loi des 35 heures et le compte épargne temps qui viennent renchérir le coût final. Les établissements savent que s'engager dans un décompte horaire les expose à un surcoût considérable. Cette dépense doit bien sûr se faire à budget constant c'est à dire en générant de l'efficacité ailleurs. C'est parfaitement possible car [les coûts administratifs des hôpitaux sont encore élevés par rapport à ceux des autres pays européens](#).

L'Europe ou 14 ans après la directive sur le temps de travail seulement 6 sur 27 nations l'appliquent correctement. Symétriquement si l'on considère la pénibilité du travail des médecins une autre question se pose et peut être posée par les patients.

Y a-t-il un risque lié à cette amplitude horaire supérieure à 48h par semaine? A ma connaissance ce qui a été identifié c'est que dans les spécialités à risque dont la médecine d'urgence des erreurs ont été constatées et rapportées à une durée d'activité supérieure à 48h par semaine. Le cas de la jeune Libby Zion à New York en 1984 a été le point de départ de la première réforme du temps de

travail des résidents Il ne s'agit donc pas uniquement de remplir un peu plus la poche des médecins.

Il est intéressant de constater qu'aujourd'hui les deux continents ont la même durée légale de 48 h/semaine. Le tableau N°1 résume les paramètres et rend compte de la complexité. Cependant si la législation européenne est plus favorable au sujet de la durée du temps de travail les salaires dans l'UE sont plus bas qu'aux USA.

[Le tableau comparatif UE/USA sur les réglementations du temps de travail](#)

**2) Dans quelle mesure l'engorgement des urgences pourrait-il être prévenu ? C'est un sujet récurrent qui relève non pas de la logique de moyens mais d'une organisation intelligente.**

Imaginez un guichet unique gratuit ouvert 24/24 qui dispense une aide alimentaire pour tous: vous pensez qu'il désemplirait? Vous pensez que certaines personnes en grande famine ne mourraient pas avant d'avoir reçu les premières perfusions alors que des personnes bien nourries seraient en train de remplir leur coffre ? La question clef c'est de réserver par tous moyens l'exceptionnel plateau technique des urgences aux malades graves.

Ce n'est pas le cas et plusieurs interférences viennent contrarier ce but légitime. Je ne veux pas en faire l'inventaire exhaustif mais les malades qui sont envoyés aux urgences sous la pression des familles avant le week-end, ceux qui sont adressés aux urgences car c'est plus simple que d'organiser une série de rendez vous en externe ou bien la démagogie des politiques qui parlent uniquement d'accès aux soins et jamais de qualité mesurée des soins, tous ces facteurs et aussi d'autres entraînent le dysfonctionnement des services d'urgence et l'inflation des entrées. De plus, ne nous cachons pas la face, cette inflation est utilisée par les établissements pour obtenir de nouveaux moyens.

C'est la raison pour laquelle j'ai souligné la question de la mesure de la qualité des soins. Je ne veux pas parler de la quantité de liquide antiseptique utilisé pour se laver les mains, je veux parler d'un assureur qui exercerait son droit de ne pas rembourser l'usage abusif des urgences par un assuré et d'un régulateur qui implémenterait des politiques incitatives dans ce sens.

La Cour des comptes a fait un rapport diagnostique précis et accablant mais elle ne peut prescrire. J'ajoute que les dernières dispositions législatives de la ministre de la santé ne contiennent pas de mesures d'amélioration pour les services d'urgence.

Il est cependant légitime de se demander si le 1/3 payant généralisé peut les désengorger. Le système de soins est un réseau qui fonctionne en fonction des incitations. En théorie ce tiers payant généralisé pourrait soulager les urgences de la demande de soins gratuits qui motive certains passages. En pratique micro-économique il est possible que les demandes illimitées de soins de convenance exercent un effet d'éviction sur le temps disponible des médecins pour les demandes urgentes.

Puisqu'aucun dispositif d'évaluation n'est prévu le saurons nous jamais ?

**3) Quels sont les modèles étrangers qui fonctionnent le mieux ? Cette idée qu'il existerait des modèles est un peu ancienne. Les sociétés modernes évoluent très vite sous la pression de l'innovation et il est plus pertinent de parler d'une action publique en évolution permanente sous la pression des résultats mesurés et du big data. C'est à dire d'une organisation en mouvement, surtout dans le système de soins. Qu'est ce que cela veut dire ?**

Les pays développés concentrent les moyens. Pas d'éparpillement et donc des centres d'urgence dont les limites d'activité sont parfaitement claires. Il faut privilégier le transfert précoce d'un patient à des transferts successifs et couteux en termes de temps.

L'autre trait commun c'est la séparation du gros risque du petit. Le gros risque doit bénéficier d'un canal privilégié (on sait faire avant l'hôpital, nous avons été des pionniers avec les SAMU) malheureusement à l'arrivée cet avantage s'émousse.

Pour le petit risque on doit innover et l'innovation c'est le recours aux nouvelles technologies.

- Il peut s'agir de choses simples, par exemple sur le serveur des urgences de l'hôpital la durée d'attente pour le petit risque de façon à lisser les venues.
- Une application pour consulter les moyens de choisir le centre le moins encombré ou le plus approprié.
- Un réseau numérique commun d'accès au dossier électronique ou aux examens d'imagerie et de biologie
- Différents call centers pour accélérer la prise en charge

**4) De quels points en particulier pourrait-on s'inspirer pour améliorer le fonctionnement des urgences et les conditions de travail des médecins ?**

**1/ Une des premières solutions est que le patient n'aille pas aux urgences** Pour cela les britanniques mais aussi d'autres pays ont développé des Walk in centers par exemple dans les galeries des centres commerciaux. Shocking vont dire certains. Non c'est beaucoup mieux que d'être en surnombre dans une salle d'attente des urgences pendant 6h. Grippe, angine, infection urinaire, trouble de la vue, peuvent être diagnostiqués et traités par des infirmières praticiennes. Nous n'en voulons pas et cela ressemble un peu à l'hostilité aux génériques... J'ajoute que de ce point de vue les maisons médicales de garde des hôpitaux sont intéressantes mais encore une fois hospitalo-centrées, couteuses et ne fonctionnant qu'avec des médecins.

**2/ La téléconsultation.** Le recours à l'intelligence artificielle permet d'orienter le patient vers le service de soins le plus adapté ou l'aide à solutionner son problème sans se déplacer. Des call centers spécialisés pour les traitements anticoagulants ou d'autres particularités fonctionnent avec satisfaction dans de nombreux pays et évitent au patient de se rendre inutilement aux urgences ou au contraire l'incitent à y aller avant une complication probable.

**3/ La délégation des tâches** morte née depuis le premier rapport Berland de 2003 (oui 12 ans) serait bien utile aux urgences.

---

Imaginez que l'on confie la surveillance d'un patient endormi pendant une intervention lourde ou délicate à un infirmier spécialisé, un transfert SAMU à une ou deux infirmières mais que l'aiguillage des patients à leur arrivée aux urgences et le diagnostic des pathologies courantes dont certaines bénéficient de tests diagnostics fiables et rapides est réservé aux médecins ! Oui de ce point de vue certaines professions réglementées dressent des obstacles illégitimes. La consultation d'une infirmière praticienne de première ligne est un moyen efficace de mieux organiser les urgences.

**4/ Les établissements manquent cruellement d'autonomie** pour négocier avec une grande latitude les accords du temps de travail et leur organisation interne. C'est aussi par l'autonomie et la responsabilité que la réorganisation peut se produire.

**5/ Une autonomie des caisses régionales** serait un grand pas vers une amélioration du système de soins et des urgences en particulier. En agissant plus près et de manière innovante par des expérimentations parfaitement prévues par la loi les caisses pourraient améliorer l'aiguillage des patients et la prise en charge y compris financière. L'assurance maladie est parfaitement passive et ne joue pas son rôle de payeur réservant ses forces pour imposer nationalement des conditions de moins en moins applicables... Qui peut croire que les tarifs d'une consultation urgente puissent être les mêmes à Paris et à Carcassonne?

**6/ La restructuration vers des établissements** de plus grande taille est en cours et elle va renforcer les services clés des hôpitaux dont les urgences. Elle a pris beaucoup de retard à cause du manque de courage politique et de la facilité de l'endettement mais un des effets collatéraux de ces réglementations du temps de travail sera de faire disparaître les petits hôpitaux.

En conclusion cette grève est typique du dialogue social français. Dans notre pays où l'égalitarisme est une passion cela ne gêne nullement l'état qui cohabitent des personnels à 35h, d'autres à 48h et des Internes à 60h... Au mépris de l'état pour la transposition des directives européennes correspond le jusqu'aboutisme des syndicats d'urgentistes qui réclament aussi, si j'ai bien compris, que dans les hôpitaux universitaires le chirurgien venant faire une opération soit payé comme l'urgentiste qui a reçu le patient.

Ce qui est ni plus ni moins que la continuation de l'égalitarisme des salaires à l'hôpital facteur majeur des difficultés de recrutement dans les disciplines à risque, à fort savoir faire ou bien à forte responsabilité. Nous ne sortirons de cette question du temps de travail des médecins que par le haut.

Aujourd'hui réformer c'est responsabiliser. Négociation, flexibilité, autonomie des établissements, des caisses régionales et innovation organisationnelle dans le respect de la loi européenne que nos représentants ont votée sont nécessaires. Pour le détail il y a urgence à confier le fonctionnement des urgences à des spécialistes de l'organisation pour améliorer le service rendu à la population. Ils existent mais les corps intermédiaires sont hostiles à l'innovation organisationnelle et bloquent tout changement dans les établissements.