

France – François Braun, nouveau ministre de la Santé face aux urgences



[Source : contrepunts.org]

Par Bernard Kron

Les drames aux urgences ont rebondi avant l'été avec le retour massif à l'hôpital des malades non covid. En 2019 les services d'urgences connaissaient déjà la crise la plus grave depuis plus de 10 ans avec 25 000 000 passages par an. Il n'était pas rare de rester 12 heures sur un brancard avant d'être pris en charge. Désertées par les malades paniqués par la covid pendant la pandémie elles connaissent un nouvel afflux alors que 20 % des lits sont fermés faute de personnels.

[Note de Joseph : la situation des urgences et des services de Santé en général au Québec est très voisine de la française, pour des causes également similaires.]

François Braun, ancien Président de Samu-Urgences de France n'a jamais été ni élu, ni militant politique. Il va donc agir en technicien sauf si il est empêché par une mauvaise feuille de route.

Le malaise hospitalier est extrêmement profond avec un été à hauts risques du fait des pénuries de personnels. Au moins 120 services sont en détresse. Le personnel manque et fatigue, ce qui impose des fermetures. Pour l'instant le bilan de l'été est mitigé car on ne sait pas encore quels appels au SAMU n'ont pas abouti et s'il y a eu des morts par retard de prise en charge.

La liste est longue des hôpitaux en difficultés.

Gilbert Mouden, infirmier anesthésiste et représentant du personnel Sud Santé Sociaux a expliqué qu'« *aux urgences du CHU de Bordeaux, les patients seront*

accueillis par deux bénévoles de la Protection civile et un agent de sûreté.
» Par manque de personnels soignants, l'hôpital de Bordeaux a décidé de fonctionner en mode dégradé le soir et la nuit car « environ 40 % des médecins urgentistes sont sur le départ ou en arrêt de travail en lien avec des burn-out. »

Le service des urgences de l'hôpital de Arles, qui accueille environ 36 000 patients par an, fonctionne avec 40 % d'intérimaires pour combler les postes de médecins vacants.

Dans le Puy-de-Dôme, le Rhône, la Sarthe, la Corse, la Mayenne, la Vendée... les services d'urgence s'organisent en conséquence entre fermetures complètes du service ou uniquement la nuit.

À l'hôpital de Laval la situation est aussi « effrayante ». Depuis mars, les urgences sont fermées par tranches de 12 heures. Seules les urgences vitales seront prises en charge.

Élisabeth Borne a retenu les 41 propositions de la mission flash qui avait été confiée au futur ministre pour sauver les urgences. Elle avait souligné « trois axes forts » ciblés pour une durée de trois mois. Elles feront l'objet d'une évaluation à la fin septembre pour envisager leur devenir.

Les défis immédiats et urgents sont considérables. La pénurie de soignants est dramatique.

« Les soignants sont tracassés et fracassés. Par une sélection ubuesque en première année, par un Externat où ils font plus de travail subalterne que de la vraie formation, par un internat trop tardif et pas assez encadré. Épuisés, le suicide ou l'abandon de ces métiers en sont la conséquence. » Blouses Blanches colère noire.

La réorganisation des urgences, une priorité

À l'hôpital, un « électrochoc » sur les moyens et les effectifs est réclamé à cor et à cris. Sans changer de fond en comble l'organisation hospitalière, rien ne sera possible.

La solution ? Lutter contre le covid ! « Le ministre pense qu'une des solutions passe par la vaccination massive ». Il est pro vaccin pour tous et pro pass. Très inquiétant pour le projet de loi du 11 juillet car l'efficacité de la quatrième dose est fugace et annonce la cinquième dose.

Un signal contradictoire pour ce vaccinolâtre pourrait être donné : réintégrer les soignants suspendus. Cela se posera avec acuité si les soignants vaccinés refusaient la quatrième dose.

Le Service d'Accès aux Soins

Madame Borne a expliqué aux soignants hospitaliers :

« Ce que je souhaite, c'est que chacun puisse prendre le réflexe du 15 et ne pas venir systématiquement aux urgences. C'est impossible que l'hôpital et les urgences puissent faire face à tous les besoins de soins des Français [...] Cette bonne orientation, on l'a vu ici, c'est la clé pour ne pas mettre une trop forte pression sur les services d'urgences cet été ».

La Première ministre se trompe mais elle est là pour mettre en musique le Ségur de la Santé.

Le Service d'accès aux soins lancé dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences et réaffirmé lors du Ségur de la santé, est une lourde erreur.

Son objectif est de répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire.

Le SAS a peine à décoller. Sur les 22 sites pilotes désignés par le ministère de la Santé, nombreux sont ceux qui rencontrent des difficultés organisationnelles ainsi qu'un manque cruel d'effectifs.

Certains médecins engagés dans des projets ont même décidé de mettre fin à leur participation, dénoncent les rémunérations insuffisantes actées dans le cadre de l'avenant 9 à la convention médicale en juillet dernier.

C'est une totale utopie faute de personnels suffisants, bien formés et de soignants disponibles pour les recevoir. De nouveaux drames au SAMU ne vont pas manquer de sortir en automne après un été difficile.

Bed manager et revalorisation des gardes

Le poste de bed manager a été créé pour éviter l'attente sur un brancard : ce professionnel fait au quotidien l'inventaire des lits, renseigne les services sur la disponibilité en lits des établissements du territoire, et anticipe les besoins pour le week-end ou les jours fériés.

À l'hôpital, une revalorisation de 50 % de la rémunération des gardes de nuit des médecins va être expérimentée sur trois mois. L'intersyndical Action Praticiens Hôpital (APH) réclamait un doublement de la rémunération des gardes (600 euros brut). Les majorations de nuit pour les autres soignants seront doublées.

Incitation tarifaire

Les Unions régionales des professionnels de santé ont appelé à la mobilisation tous les professionnels de santé.

La majoration de 15 euros pour encourager les médecins généralistes libéraux à accueillir des soins non programmés, la revendication de la majoration de 15 euros pour les consultations de patients extérieurs au cabinet a été acceptée, lorsque ceux-ci sont adressés par le 15. Les maisons médicales de garde pourront également être ouvertes le samedi matin, avec des consultations majorées de 15 euros.

La régulation médicale par les médecins libéraux sera revalorisée à 100 euros de l'heure cet été et les praticiens bénéficieront d'une couverture assurantielle garantie par les établissements de santé.

Les déserts médicaux

En ville, la question des déserts médicaux s'est imposée lors de la campagne présidentielle. Des arbitrages délicats sont réclamés sur la liberté d'installation et le conventionnement sélectif.

Agnès Firmin-Le Bodo, ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, a « *toujours été contre* » la contrainte à l'installation.

Elle promet d'associer les représentants des élus locaux, les Unions régionales de santé, les professionnels de santé, les associations de patients et les agences régionales de santé mais aussi de travailler main dans la main avec sa collègue Caroline Cayeux, ministre déléguée chargée des Collectivités territoriales.

Il faudrait revenir à un internat régional pour éviter des mesures coercitives qui seraient contre-productives. Rien ne pourra se faire sans réformer les études de médecine et l'internat.

Les études de médecine sont trop longues et trop théoriques. L'internat de médecine générale est trop tardif et pas assez formateur. Le prolonger d'une année pour envoyer les internes dans les déserts médicaux serait une fausse bonne idée. Il faut au contraire le rendre accessible dès la cinquième année. Il y aurait ainsi davantage de médecins mieux formés sur le marché, probablement plus de 10 000 en trois ans.

Comment en sommes-nous arrivés là ?

Les raisons sont anciennes.

Les cliniques privées et les médecins libéraux participaient à la prise en charge des urgences. Beaucoup ont fermé. Les contraintes et une tarification

insuffisante les en ont détournés.

Six millions de Français n'ont plus de médecin traitant. Ils affluent aux urgences pour le moindre bobo. La quasi gratuité fait le reste.

La complémentarité public/privé a été détruite depuis 1996. Les cliniques regroupées dans des chaînes ne sont plus intéressées par les urgences avec une tarification en moyenne quatre fois inférieure pour les actes non programmés par rapport à l'hôpital.

Quelles solutions ?

Tout devrait commencer par la formation des médecins lors du deuxième cycle. La culture de l'urgence s'apprend. Elle ne doit pas reposer sur les seuls urgentistes. Les médecins généralistes devraient savoir suturer et immobiliser une fracture.

Comme c'était le cas pour les générations précédentes, les internes devraient être formés à leur prise en charge. Rien ne les prépare à la fonction d'interne.

Les docteurs junior ne seront en responsabilité qu'en quatrième année. Il faudra donc attendre un an avant que leur formation leur permette de s'occuper des urgences. Quel retard !

L'État a essayé de tuer les cliniques mais c'est l'hôpital qui meurt !