

Dr Loïc Libot, président de l'Aprusi

"On ne peut plus se permettre le luxe d'avoir de l'"open bar" aux urgences 24h/24 quand on veut"

Publié le 19/03/18 - HOSPIMEDIA - HOSPIMEDIA



Alors que les urgences sont actuellement sous tension dans nombre d'hôpitaux, l'Association pour la promotion et le regroupement des structures de soins immédiats (Aprusi) vient de voir le jour. Objectif affiché de ces centres : désengorger les urgences en sortant les pathologies non urgentes. Témoignage avec son président, le Dr Loïc Libot.

Hospimedia : "Vous venez de créer l'Association pour la promotion et le regroupement des structures de soins immédiats (Aprusi). Pourquoi ce regroupement ?

Loïc Libot : Je suis urgentiste à Nancy (Meurthe-et-Moselle) avec encore une petite activité à l'hôpital public sur la garde d'hélicoptère régionale. Il y a cinq ans, nous avons créé en périphérie le Centre médical soins immédiats ([CMSI](#)) à Essey-lès-Nancy, une structure privée de soins non programmés tenue par des urgentistes libéraux. Une antenne a ouvert l'an dernier à Épinal (Vosges). Les urgentistes y travaillent sur la base de temps partiels : mi-temps en établissement, mi-temps chez nous. Notre but initial était de désengorger les urgences en sortant les pathologies non (très) urgentes. Pour y avoir travaillé, 90% des soins peuvent en effet être réalisés ailleurs. Nous voulions donc arrêter d'alimenter indéfiniment le système. Et ça fonctionne bien puisqu'à Nancy, grande première, le nombre de passages aux urgences n'a pas augmenté en 2017 alors que dans toutes les grandes villes le taux est à +5% voire +10%. Au CMSI, on enregistre 18 000 à 20 000 passages par an avec chaque jour sur place un urgentiste, un infirmier et un secrétaire. Ça c'était l'idée de base. Puis on s'est rendu compte, depuis cinq ans, qu'il y a d'autres structures à peu près similaires qui se créent en France. D'où ce souhait de se regrouper pour promouvoir ces centres et sortir la médecine d'urgence de l'impasse. Car si nous continuons à faire aller tout le monde aux urgences, le système est voué à l'explosion de manière très rapide : les services ne pourront pas tenir longtemps le rythme de croissance qui leur est imposé.

"La solution ce n'est pas plus de moyens mais plus d'organisation. Qu'on arrête de mettre tous les patients aux urgences, de dire que tous doivent être vus par un urgentiste pour une plaie de la main ou du bras."

H. : Qu'est-ce qui vous différencie d'une maison médicale de garde (MMG) ?

L. L. : Les structures adhérentes à l'Aprusi sont à 90% adossées à un centre de radiologie, ce qui permet de gérer la traumatologie. En MMG, c'est plus compliqué : il faut souvent passer des radios en externe avec des rendez-vous. Prenez le CMSI, il est conventionné avec la société de radiologie voisine, Radiolor, qui permet de disposer en temps

réel, comme aux urgences, de la biologie et la radiologie (scanner, IRM, échographie, radiographie, mammographie...). Nous avons donc créé un miniservice d'urgences où la prérogative c'est : pas d'urgence vitale. Plus globalement, notre volonté à terme est de remettre chaque patient à sa place. Pour la traumatologie ou la suture, très peu de généralistes aujourd'hui suturent en ville : les patients sont obligés de se rendre aux urgences. Mais si vous êtes équipés en plateaux de suture et matériels à usage unique, vous pouvez très bien soigner dans une salle conventionnelle. Ça évite d'engorger les urgences, ça fait gagner du temps aux urgentistes et ça limite les frais pour l'Assurance maladie.

H. : Certains parmi les urgentistes estiment que la priorité doit être donnée à l'aval, l'arrivée des patients en amont n'étant pas la cause du dysfonctionnement des urgences...

L. L. : La vraie problématique des urgences, c'est la T2A qui pousse à multiplier les entrées pour ramener de l'argent et faire tourner le service. Si les entrées non graves doivent aller sur d'autres structures, vous pouvez diminuer par deux le nombre d'urgentistes. Mais c'est de toute façon ce qu'il va falloir faire car nous allons connaître une baisse de leurs effectifs dans les années à venir. On ne pourra pas continuer à adresser massivement les patients aux urgences avec de moins en moins de praticiens et des centres qui n'arrivent plus à tenir leur planning de gardes. Et puis c'est une politique irresponsable car cette médecine coûte bien plus cher qu'en centre médical. Face à cela, la solution ce n'est pas plus de moyens mais plus d'organisation. Qu'on arrête de mettre tous les patients aux urgences, de dire que tous doivent être vus par un urgentiste pour une plaie de la main ou du bras, un écrasement du pied chez un enfant. Sinon ça ne sert à rien de former des généralistes : qu'on forme partout des urgentistes ! C'est laisser entendre que les généralistes ne sauraient rien faire, ce qui n'est pas le cas. Et c'est un praticien qui vient de l'ancienne filière de médecine d'urgence qui vous parle, formé en médecine générale + médecine d'urgence.

"La grosse qualité des structures de soins immédiats, c'est de remettre le patient au centre : l'organisationnel du service tourne autour et non l'inverse."

H. : D'où viennent vos patients ? Les Ehpad vous adressent-ils des personnes âgées, dont on sait qu'elles embolisent de plus en plus les urgences ?

L. L. : Au CMSI, nous avons l'orientation à partir du Samu-Centre 15. D'autres viennent par leur généraliste ou de leur propre initiative, notamment pour la traumatologie. En cas de suspicion d'appendicite par exemple, c'est très compliqué voire quasiment impossible d'obtenir le jour même une échographie ou un scanner, sauf à être infiltré dans le milieu médical et connaître un ami radiologue. Nos protocoles avec Radiolor permettent dans l'heure de confirmer ou non une appendicite. Dans ce cas, faut-il une réanimation adossée au centre ou un urgentiste ? Je n'en suis pas sûr : c'est ma qualité organisationnelle qui prédomine ici plutôt que celle d'urgentiste. S'agissant des personnes âgées, nous avons conclu des partenariats avec des Ehpad pour la gestion des plaies, des douleurs abdominales, etc. Prenez un résident qui chute dans sa maison de retraite : il ne passe au CMSI qu'une heure trente minutes du diagnostic à sa sortie, il n'a aucun délai d'attente. Vous le mettez aux urgences, il patientera six heures avec le risque qu'il se dégrade, se déshydrate, s'agite. La grosse qualité de nos structures, c'est donc bien de remettre le patient au centre : l'organisationnel du service tourne autour et non l'inverse.

H. : Vous ouvrez 7 jours/7 et 12 heures/jour sur un créneau 8-20 heures. Ça ne règle donc en rien la question de la nuit aux urgences...

L. L. : La fin de journée, le soir, ce n'est pas une problématique. Faut-il ouvrir plus ? Tout dépend de ce qu'on veut faire. Est-ce qu'on pratique de la médecine d'urgence urgente ? Il y a une vraie éducation du patient à mener. Avons-nous réellement besoin de plusieurs structures d'urgences ouvertes la nuit pour traiter des maux non urgents ? Si vous venez pour une angine à 2 heures du matin, vous repartez à la maison et irez voir le lendemain matin votre généraliste ou un centre de soins non programmés. On ne peut plus se permettre le luxe d'avoir de l'"open bar" aux urgences 24 heures/24 quand on veut : il n'y a d'ailleurs plus de médecins pour tenir ce système. Ce qui n'est pas urgent est à reporter au lendemain matin, ce qui est urgent doit rester la nuit aux urgences (lire notre [interview](#)). Mais cette

problématique des urgences qui ne désempassent pas la nuit, ce sont des patients pris en charge quatre à six heures après leur arrivée... Quand vous arrivez à 18 heures, forcément vous êtes vus à minuit et le temps des examens, vous sortez à 4 heures du matin. C'est donc cette population de 18 heures qui engorge la nuit. Entre 80 et 85% des admissions aux urgences se font sur un créneau 8-20 heures. Nos horaires d'ouverture suivent ces pics d'entrée.

"Le fait de ne pas s'adosser à un service d'urgences, c'est une force plutôt qu'une faiblesse car ça participe à l'éducation du patient : ne pas aller systématiquement aux urgences pour tout."

H. : Vous pensez que l'activité dans vos centres peut séduire les urgentistes ?

L. L. : Je ne vais pas cracher sur les urgences : avec nos centres non programmés, ce sont deux choses complémentaires à développer de manière parallèle. Mais il faut redonner aux urgentistes la vraie médecine d'urgence pour ne pas les écœurer complètement et s'assurer qu'il en reste encore dans dix ans. Globalement, excepté les urgences vitales, notre activité quotidienne est celle d'un urgentiste : elle est très polyvalente. Et c'est très enrichissant de pouvoir disposer rapidement d'un diagnostic et des examens complémentaires. Quant au statut, il varie avec dans certains cas d'anciens services d'urgences transformés et donc restés publics, des initiatives personnelles privées comme le CMSI, etc. Nos centres sont assez divers mais nous voulons tous *via* l'Aprusi tirer des enseignements les uns des autres de nos expériences et proposer d'éventuelles améliorations.

H. : Dernière question : certaines voix plaident pour des MMG au contact direct des services d'urgences. Vos centres doivent-ils suivre ce chemin ou rester éloignés de l'hôpital ?

L. L. : Personnellement, je préfère ne pas être sur le site des urgences pour bien distinguer les choses. Pas à 50 kilomètres bien sûr car c'est compliqué d'acheminer les gens. Mais le fait de ne pas s'adosser, c'est une force plutôt qu'une faiblesse car ça participe à l'éducation du patient : ne pas aller systématiquement aux urgences pour tout."

Propos recueillis par Thomas Quéguiner
- [Twitter](#)

Liens et documents associés

- [Le site de l'Aprusi](#)

Les informations publiées par HOSPIMEDIA sont réservées au seul usage de ses abonnés. Pour toute demande de droits de reproduction et de diffusion, contacter HOSPIMEDIA (copyright@hospimedia.fr). Plus d'information sur le copyright et le droit d'auteur appliqués aux contenus publiés par HOSPIMEDIA dans la rubrique droits de reproduction.