

**RAPPORT SUR LA TERRITORIALISATION
DES ACTIVITES D'URGENTES**

Docteur Jean-Yves GRALL

**Directeur général de l'Agence Régionale de Santé
du Nord Pas de Calais**

Juillet 2015

SYNTHESE

Les enjeux de la prise en charge des « urgences » nécessitent des adaptations permanentes à la fois pour répondre à l'objectif d'accès pour tous aux soins urgents en moins de 30 minutes, en maintenant une haute qualité de prise en charge et en permettant également le recrutement de médecins urgentistes, en particulier sur certains territoires.

Le rapport STEG posait des bases fondatrices en 1993 sur la médicalisation des services d'urgences. Le bilan plus de 20 ans après montre que l'objectif en termes de qualité et de sécurité est atteint avec le recrutement de médecins spécialistes de l'urgence et la « séniorisation » de l'accueil. Pour autant, l'afflux dans les services d'urgences n'a cessé de croître pour une majorité de motifs ne le justifiant pas, le nombre d'urgences vraies restant stable et minoritaire.

Une adaptation de la stratégie dans la prise en charge de la demande des « urgences » repose sur des axes fondamentaux :

- faire la part entre soins non programmés et urgences réelles ;
- garantir un accès en 30mn à la prise en charge de l'urgence réelle ;
- axer la réflexion sur les territoires, définis en lien avec les agences régionales de santé ;
- optimiser l'utilisation des ressources qualifiées ;
- permettre l'application des nouvelles modalités d'organisation du travail médical dans les structures d'urgence.

Ainsi les propositions suivantes sont-elles avancées :

- permettre un accès à des soins adaptés et de qualité sur les territoires : formaliser, sous l'égide des ARS, un réseau territorial de prise en charge des « urgences » ; créer des équipes d'urgentistes de territoire sur la base des futurs Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ;
- revisiter le niveau de prise en charge des « urgences », d'une part en identifiant des services et antennes des urgences et d'autre part en labellisant des centres de soins non programmés (CNSP) ;
- optimiser le recours aux médecins spécialistes de l'urgence **en les mettant au centre du dispositif de la prise en charge des « urgences » en lien avec les autres acteurs** : en resserrant le plus possible les urgentistes sur leur cœur de métier médical, en organisant la régulation médicale avec un recours plus important aux médecins généralistes et une mutualisation entre régulations, en optimisant le recours aux SMUR dans les zones éloignées et peu peuplées et en développant les transports infirmiers inter hospitaliers ;
- favoriser au sein du réseau territorial, la prise en charge des patients ne relevant pas de l'urgence « vraie » : élargir les périodes d'ouverture de maisons médicales proches des services d'urgence ; organiser au sein du territoire des filières spécifiques comme la traumatologie dite « petite » ; inciter les médecins libéraux à recevoir de façon imprévue pendant les horaires de consultation en créant une lettre clé spécifique ; adapter les adressages par les transports sanitaires au sein du réseau, et permettre la prise en charge financière

SOMMAIRE

SYNTHESE	1
INTRODUCTION.....	4
1. LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES : OU EN SOMMES NOUS PLUS DE 20 ANS APRES LE RAPPORT « STEG » ?	6
1.1. L'analyse du rapport « STEG ».....	6
1.1.1. Les constats effectués sont éloquentes	6
1.1.2. Les orientations et propositions d'action fondatrices	7
1.2. Quelle est la situation objective en 2015 ?	9
1.2.1. Des avancées majeures ont été obtenues	9
1.2.1.1. En termes de qualité et de sécurité des prises en charge	9
1.2.1.2. Un effort financier important a été consenti	10
1.2.1.3. Une organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) et des dispositifs de structuration de l'action des médecins généralistes ont été établis.....	10
1.2.2. Malgré ces mesures, le « grand déséquilibre » s'accroît	11
1.2.2.1. Une affluence croissante dans les services d'urgence pour une majorité de demande de soins non urgents:	11
1.2.2.2. Une permanence des soins ambulatoire qui s'affaiblit	11
1.2.2.3. Des tensions hospitalières récurrentes et régulières	11
1.3. Un dispositif victime de son succès et un « grand malentendu » ?	11
2. URGENCES : ADAPTER LA STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE.....	14
2.1. De la demande de soins non programmés à l'urgence réelle.....	14
2.2. Un accès à des soins urgents dans un délai de 30 minutes	16
2.3. Quel est le territoire pertinent à envisager ?	16
2.4. Optimiser les ressources médicales qualifiées.....	17
2.5. Mise en lien avec les nouvelles modalités d'organisation du travail dans les structures d'urgence	18
3. PROPOSITIONS ET PLAN D' ACTIONS	20
3.1. Permettre un accès aux soins de qualité sur les territoires pour la population	20
3.1.1. Mettre en place un réseau territorial de l'accès aux soins non programmés	20
3.1.2. Mettre en place des équipes d'urgentistes de territoire	21
3.2. Etablir des niveaux pour les structures prenant en charge les « urgences »	22
3.3. Optimiser la ressource en compétences de médecin urgentiste.....	23

3.3.1.	Mettre l'urgentiste au centre du dispositif tout en resserrant au mieux l'activité des médecins urgentistes sur leur cœur de métier médical	23
3.3.2.	Optimiser le recours aux urgentistes dans la régulation médicale.....	24
3.3.3.	Adapter la permanence des régulateurs médicaux en fonction des besoins	24
3.3.4.	Optimiser le recours aux SMUR dans certaines zones éloignées et peu peuplées	25
3.3.5.	Développer les transports infirmiers inter hospitaliers.....	25
3.3.6.	Organiser le travail sur les sites d'urgence de faible activité	25
3.4.	Améliorer l'accessibilité de la prise en charge des patients ne relevant pas de l'urgence vraie	26
3.4.1.	Elargir les plages d'ouverture des maisons médicales dites « de garde » au plus proche des services d'urgences, et au regard des besoins constatés.....	26
3.4.2.	Organiser au sein du réseau de territoire une filière de prise en charge de la traumatologie dite « petite » (qui représente près de 40% des passages aux urgences)	26
3.4.3.	Instaurer une lettre clé « Acte non programmé » pour les médecins libéraux (généralistes et spécialistes) participant au réseau	26
3.4.4.	Permettre la fluidité par une facilitation de l'usage des transports sanitaires au sein du réseau territorial.....	27
LETTRE DE MISSION		28

INTRODUCTION

L'afflux de patients, sans cesse croissant, dans les services d'urgence, entraînant périodiquement des situations de tension hospitalière, les difficultés de recrutement médical dans ces mêmes services, les nouvelles dispositions du décompte du temps de travail dans les structures d'urgence et les avancées prévues dans le cadre de la loi de santé (groupements hospitaliers de territoire, numéro unique de PDSA, plateforme territoriale d'appui, communautés professionnelles territoriales...) ont amené Madame la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, à me confier, par courrier en date du 15 mars 2015, le soin de mener une réflexion sur la prise en charge territoriale des « urgences ».

Le travail effectué dans le cadre de ce rapport n'a pas vocation à reconsidérer l'ensemble de la problématique de l'accès aux soins et ne vise pas l'exhaustivité des situations. De nombreux rapports, professionnels, institutionnels ou parlementaires traitent d'ailleurs régulièrement des « urgences », de la permanence des soins, du secours à personne et des rôles respectifs des SAMU et des SDIS, *etc...*

Ce rapport établit dans une première partie, quelques éléments de bilan 20 ans après le rapport STEG (rapport « fondateur » même si d'autres rapports ont depuis été publiés) et pose en deuxième partie les principes permettant d'adapter la stratégie de prise en charge de l'urgence. De nombreux entretiens ont été menés avec les principaux acteurs intéressés afin de pouvoir tracer, en troisième partie, **quelques lignes structurantes** qui pourront être enrichies et complétées par la suite.

PARTIE 1

**LA PRISE EN CHARGE DES « URGENCES » : OU EN SOMMES NOUS
PLUS DE 20 ANS APRES LE RAPPORT « STEG » ?**

1. LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES : OU EN SOMMES NOUS PLUS DE 20 ANS APRES LE RAPPORT « STEG » ?

Fin 1993, le « rapport sur la médicalisation des urgences » issu des travaux de la commission dirigée par le Professeur Adolphe Steg, était publié. Ce rapport allait se révéler un électro choc à l'initiative d'un nombre important de mesures vis-à-vis de l'évolution du métier de médecin dans les services d'urgence. Parmi ces mesures, on notera la création de nombreux postes de médecins seniors aux urgences et plus tard la reconnaissance de la spécialité d'urgentiste. Les conclusions issues de ce rapport fondent également la doctrine de l'exercice médical dans les services d'urgence.

Il paraissait utile et intéressant de mettre en regard les constats et propositions faites à l'époque, et la situation actuelle.

1.1.L'analyse du rapport « STEG »

1.1.1. Les constats effectués sont éloquentes

A partir des données de 1990, 7 millions de passages aux urgences par an étaient recensés, c'est-à-dire qu'un français sur 8 recourait aux services d'urgence dans l'année. Le taux d'hospitalisation était élevé, supérieur à 30%, avec des variations fortes, le rapport soulignant qu'il n'était pas exceptionnel à l'époque que ce pourcentage atteigne 50 voire 60% dans certaines structures.

Sur ces bases, trois composantes du système d'accueil des urgences étaient critiquées :

- **Un flux des urgences jugé excessif et insuffisamment régulé ou « le grand déséquilibre ».**

L'accroissement d'année en année de ce recours aux services d'urgence était souligné. De plus, cette augmentation portait surtout sur les malades venant par leurs propres moyens et qui étaient « soignés et non admis ». « Par contre le nombre d'urgences sévères ou graves restait stable ». Le rapporteur mettait en exergue que 60 à 80% des patients auraient pu être traités en dehors du contexte de l'urgence dans la mesure où leur état n'impliquait pas nécessairement le recours à l'hôpital.

Le rapport soulignait donc le « grand déséquilibre » entre le faible taux d'urgences majeures et le grand nombre d'urgences mineures ou légères relevant de la médecine générale ou de « dispensaire » (petite traumatologie), ainsi que le nombre de patients venant pour des hospitalisations programmées ou programmables, qui auraient dû éviter ce passage par le service d'urgences.

Deux causes étaient avancées : l'insuffisante implication des médecins généralistes dans l'urgence et le consumérisme des patients.

- **Un premier niveau d'accueil défaillant ou « la grande confusion »**

Le premier niveau d'accueil dans les services d'urgence était effectué quasiment exclusivement par des internes DES ou DIS, mais majoritairement par des résidents ou des faisant fonction d'internes (FFI). Ces FFI étaient la plupart d'origine étrangère (3/4 postes) et près de la moitié des postes d'internes dans les services d'urgences

étaient occupés par ces FFI. Le recrutement était très souple dans les établissements et la compétence médicale de qualité inégale. Ainsi les intervenants aux urgences sont abusivement réunis sous le même vocable « d'interne » amenant à évoquer « **une grande confusion** ».

Ces « internes », souvent laissés livrés à eux-mêmes, étaient amenés à prendre des décisions difficiles, sans rapport avec leur position d'internes. Ceci était source de prescriptions abusives, d'hospitalisations excessives et surtout de conséquences médicales avec erreurs diagnostiques, de traitements inadaptés, d'accidents thérapeutiques voire de complication de haute gravité.

– **La sous médicalisation ou « le grand artifice »**

Les défaillances du premier niveau ne représentaient qu'une des manifestations de la sous médicalisation des urgences. La difficulté d'assurer un recrutement médical de qualité faisait que les services d'urgence offraient une fausse sécurité.

Ainsi, il était souligné l'insuffisance du nombre de postes de médecins titulaires, un grand nombre de postes de praticiens vacants et « *un recours généralisé à des assistants ou attachés « associés », dont l'immense majorité sont des étrangers hors communauté européenne* ».

C'est ce « **grand artifice** » qui permettait de masquer la sous médicalisation.

La conclusion du rapport STEG faisait apparaître qu'une restructuration du système d'urgences était nécessaire pour des raisons de sécurité et de qualité. Cette restructuration devait amener « *à reconnaître que les services d'urgence répondent à des besoins différents, remplissent des fonctions différentes et appellent des structures, des moyens et des statuts différents* ».

1.1.2. Les orientations et propositions d'action fondatrices

Assurer un accueil médical de haut niveau : tel est le socle des orientations et des actions alors proposées dans le rapport STEG.

Ainsi il y est préconisé :

– **D'accroître la professionnalisation médicale aux urgences.**

Assurer une présence effective et continue par un praticien expérimenté, c'est-à-dire un médecin « senior ». Pour autant le recrutement de tels praticiens nécessite la prise en compte de la nécessaire attractivité des postes et la masse critique d'activité, facteur de qualité : « *on ne fait bien que ce que l'on fait beaucoup et souvent* ».

Il est ainsi recommandé des formations spécifiques aux urgences (*ex* : CAMU) et l'autonomisation des structures d'urgence au sein des hôpitaux en tant que « *vrais services* »

– **De différencier les services d'urgence et adapter leur structure à leur fonction**

Un des constats a également été celui de la « *dilution* » fréquente de l'unité d'urgences dans d'autres services (chirurgie ou autres) et plus largement de l'absence de

reconnaissance structurelle de vrais services individualisés. Aussi un des axes d'action a il été de remédier à cet état de fait en créant des services ad hoc avec une chefferie de service spécifique.

Deux fonctions différentes sont représentées dans les services d'urgence :

- assurer l'accueil et le traitement des urgences majeures ;
- accueillir et orienter les patients qui ne présentent qu'une « urgence » mineure ou légère.

Deux types de structures d'urgence sont distingués avec des niveaux de prise en charge différents :

- les services d'accueil et d'urgence (SAU) : au sein d'établissements de santé disposant de la totalité des moyens de prise en charge de tous les types d'urgences ;
- les antennes d'accueil et d'orientation des urgences (ANACOR) : ces antennes ne disposent pas des moyens permettant de prendre en charge les urgences graves mais ont vocation à accueillir et prendre en charge les patients qui relèvent plutôt de la médecine générale. L'orientation des patients est réalisée, notamment par le transfert vers les SAU des urgences graves et la prise en charge immédiate des urgences vitales avant transfert.

– **De développer la régulation pré hospitalière, médicaliser les SAMU SMUR et améliorer les transferts secondaires**

Le rapport insiste sur le rôle majeur de la régulation médicale téléphonique au centre 15 pour la bonne orientation des patients dans le dispositif.

– **De réintégrer le médecin généraliste dans la chaîne de l'urgence**

Le rapport souligne que *« le courant hospitalo-centriste » [...] amenant l'hôpital à se substituer au médecin généraliste [...] est en soi une source de dysfonctionnement des services d'urgences et il est important de tenter d'en limiter le flux, d'autant que l'amélioration de l'accueil des urgences, attendue de la restructuration, à toutes chances de l'accentuer encore, car l'offre crée la demande. »*

Il est également souligné la désaffectation des médecins libéraux aux heures ouvrables en raison de la désorganisation induite par les « urgences » dans un planning organisé sur rendez vous, de la pratique moindre des petits gestes de traumatologie par les médecins généralistes.

Ainsi, il était proposé de revoir le système de garde en ville en organisant et sectorisant la permanence des soins, de favoriser la participation des médecins libéraux dans l'organisation hospitalière des urgences, et dans la régulation au centre 15, de prévoir des rémunérations forfaitaires et supplémentaires différenciées dans le cadre des heures non ouvrables.

- **De favoriser en informant sur le nécessaire recours à la régulation centre 15**

Au réflexe « hôpital » il faut substituer le réflexe « centre 15 »

Les grandes lignes de ce rapport montrent que les problématiques étaient déjà les mêmes il y a plus de 20 ans.

Il est intéressant de tenter d'évaluer, plus de 20 ans après, si ces constats ont changé et quelle est la portée réelle des mesures prises à la suite de ce rapport.

1.2. Quelle est la situation objective en 2015 ?

1.2.1. Des avancées majeures ont été obtenues

1.2.1.1. En termes de qualité et de sécurité des prises en charge

- **La médicalisation des services et des structures d'urgence** a indiscutablement été réalisée avec d'une part la spécialisation progressivement obtenue pour les médecins urgentistes, qui sont maintenant reconnus comme des spécialistes de l'urgence. Dans le même temps les dispositions de mise en place de la Réduction du Temps de Travail (RTT) médicale d'une part, et d'autre part le plan urgences (2003) et les diverses initiatives de même type, ont amené la création de postes de praticiens hospitaliers et de praticiens universitaires. Le renforcement de tous ces services (accueil des urgences, SAMU, SMUR) s'est traduit par des recrutements de personnels para médicaux. Ainsi l'étude DREES de juin 2013 montre-t-elle que dans 70 % des services d'urgence les effectifs médicaux sont entièrement constitués de médecins urgentistes. Par ailleurs les textes rendent obligatoires le fait que tout patient passant dans les services d'urgence soit « vu » par un médecin senior.
- **La mise en place de filières spécialisées** a amené à améliorer considérablement le devenir de pathologies graves comme les pathologies vasculaires aiguës ou la traumatologie grave. C'est l'excellence du travail de régulation centre 15, des interventions SMUR coordonnées par le centre 15 et de la coordination inter spécialistes qui a permis ces avancées.
- **Une réglementation des activités d'urgence a pu être établie**, avec des conditions techniques de fonctionnement. Ces dispositions sont à la base des volets « urgences » des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui ont abouti à autoriser les implantations des services d'urgence et des SAMU-SMUR. L'adéquation entre niveau de prise en charge et la nature de la structure n'a cependant pas été retenue. En effet, les décrets de 2006 n'ont pas retenu la distinction voulue par le rapport STEG, qui consistait en l'adaptation des niveaux de prise en charge à la reconnaissance officielle de structures bien identifiées. Ainsi la notion d'antenne a-t-elle disparu pour revenir à une sémantique neutre et générique de « service d'urgence ».

- **Un effort et une amélioration des structures immobilières sont indiscutables.** Le plan « urgences » de 2003 joint au plan « hôpital 2007 » ont largement contribué à la construction ou à la rénovation des structures immobilières.
- **Le développement de structures privées telle que « SOS médecins »,** a constitué une autre évolution visible de la prise en charge des soins non programmés en ville et permet d'offrir une alternative de consultations non programmées pour certaines populations, quasi exclusivement en zones urbaines. Aux heures ouvrables, ces structures permettent parfois de pallier l'impossibilité d'accéder à des médecins, qui ne souhaitent pas désorganiser, par une demande impromptue, un planning parfois dense.

1.2.1.2. Un effort financier important a été consenti

Les rapports parlementaires successifs, ou les rapports de la cour des comptes qui se sont succédé depuis 20 ans, objectivent l'importance considérable des dépenses occasionnées par la mise en œuvre des mesures vis-à-vis des « urgences »

1.2.1.3. Une organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) et des dispositifs de structuration de l'action des médecins généralistes ont été établis

- Les définitions des périodes de PDSA et des modes de rémunération des médecins généralistes ont été établis en 2003. Ces dispositifs visaient à améliorer la lisibilité du dispositif pour la population et à inciter les généralistes à y participer dans un cadre de volontariat sur une activité mieux organisée ;
- Des maisons médicales de garde, insérées dans le dispositif et souvent au plus près des services d'urgences, ont par endroit été créées et continuent à se développer ;
- Les maisons de santé pluri professionnelles se développent et font apparaître des possibilités intégrées de prise en charge des soins non programmés en journée ;
- La fonction de médecin correspondant du SAMU a été créée et visait à renforcer l'accès précoce aux urgences graves dans certaines zones éloignées d'une structure d'urgence.

1.2.2. Malgré ces mesures, le « grand déséquilibre » s'accroît

1.2.2.1. Une affluence croissante dans les services d'urgence pour une majorité de demande de soins non urgents:

- Plus de 18 millions de passages dans les services d'urgences en 2013 soit 1 français sur 3,5 contre 1 français sur 8 en 1990 ;
- Une proportion d'urgences graves qui reste identique, voire diminue, parmi l'ensemble des demandes de soins non programmés prises en charge par les structures d'urgence.

1.2.2.2. Une permanence des soins ambulatoire qui s'affaiblit

Les constats du conseil de l'ordre national des médecins (CNOM) montrent invariablement l'effritement de la participation des médecins à la permanence des soins. Le CNOM souligne l'érosion du volontariat depuis 2002 et un système qui s'épuise.

1.2.2.3. Des tensions hospitalières récurrentes et régulières

Un afflux massif dans les services d'urgence avec des pics horaires connus, des épisodes saisonniers ou des situations épidémiques ou climatiques, amènent régulièrement le déclenchement des dispositifs d'hôpital en tension ou de plans blancs.

1.3. Un dispositif victime de son succès et un « grand malentendu » ?

- Alors que la médicalisation souhaitée a été obtenue, l'afflux dans les services ne cesse de croître pour des motifs qui ne le justifient souvent pas. L'amélioration majeure apportée par une qualification constante des personnels médicaux et paramédicaux, des locaux modernes de mieux en mieux conçus, et des efforts pour diminuer le temps d'attente sont des facteurs d'« attractivité » pour la population et on peut se demander si les services d'urgence ne sont pas victimes de leur succès. Les médecins urgentistes ne peuvent rien à cet état de fait et en sont même « victimes » dans leur exercice.
- La reconnaissance de la spécialité d'urgence et des médecins urgentistes par la population est source d'un grand malentendu. La formation des médecins urgentistes s'attache à la prise en charge des urgences vraies et ne prépare pas ces médecins à l'accueil et la prise en charge « industrielle » d'une majorité de situations intriquées, variées, dont le rapport avec l'urgence est le plus souvent très ténu ;
- Un cercle vicieux s'est donc installé qui associe afflux croissant, pression forte de tous ordres et démotivation des médecins urgentistes, dont la déception devant les réelles conditions d'exercice par rapport à leur formation, peut être facteur de changements d'orientation ;
- De la même façon, le déport massif de ces demandes vers les services d'urgence déresponsabilise de facto la médecine libérale, généraliste et spécialiste, pour la prise en charge de ces demandes inopinées, qui sont cause de désorganisation d'un planning

déjà tendu chez des praticiens souvent surchargés **dans un contexte de diminution des installations en médecine générale.**;

- Devant cet accroissement continu du recours aux services d'urgence pour des motifs n'en relevant pas, un risque de fragilisation des filières de prise en charge des urgences réelles, graves et vitales, peut intervenir par une diminution de la vocation vers la formation de médecin urgentiste et la difficulté à en recruter.

Il faut donc appréhender l'avenir en adaptant la stratégie aux enjeux : conforter et adapter, si besoin, dans un souci permanent de garantir la sécurité, les dispositifs permettant la prise en compte de façon différenciée l'urgence vraie et les demandes de soins non programmées en mobilisant tous les acteurs dans un cadre territorial, dans le cadre d'un pilotage opérationnel par la plate forme de régulation médicale.

PARTIE 2

« URGENCES » : ADAPTER LA STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU DES TERRITOIRES

2. URGENCES : ADAPTER LA STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE

Les propositions sur la territorialisation des organisations liées à l'urgence reposent sur un certain nombre de principes socles qu'il apparaît nécessaire d'inscrire comme « fil rouge » du programme d'actions à mener.

L'organisation territoriale de la prise en charge des « urgences » doit reposer sur plusieurs fondamentaux :

- adapter la prise en charge des soins à la demande exprimée par les patients, avec le souci impératif de qualité et de sécurité sur l'ensemble du dispositif ;
- garantir un accès aux soins urgents à 30 minutes maximum en tous points du territoire ;
- porter une analyse pragmatique de la notion de territoire ;
- optimiser les ressources médicales qualifiées dans l'ensemble du dispositif ;
- prendre en compte l'application des nouvelles modalités d'organisation du travail dans les structures d'urgence.

Il faut en permanence adapter les prises en charge à la nature de la demande exprimée, avec le souci impératif de qualité et de sécurité sur l'ensemble du dispositif.

2.1. De la demande de soins non programmés à l'urgence réelle

La réalité de la demande de soins en « urgence » est bien exprimée, comme le confirme la dernière étude de la DREES, dont les constats, comme d'autres, doivent guider les réflexions et les actions.

Le nombre de passages dans les services d'urgences ne cesse de croître : de 7 millions en 1990 (à l'époque, le caractère inflationniste et déraisonnable était souligné), nous sommes passés à plus de 14 millions en 2004 et à plus de 18 millions en 2013.

Parallèlement, la proportion d'hospitalisation après passage dans les services d'urgence, supérieure à 30% en 1990, s'est abaissée aux environs de 20% et reste maintenant stable depuis de nombreuses années. Néanmoins si le taux reste stable, le nombre absolu d'hospitalisations augmente, ce qui peut expliquer l'accroissement des tensions hospitalières sur les capacités en aval des services d'urgence.

Quelques caractéristiques fortes sur ces passages dans les services d'urgence sont à dégager :

- les cas graves représentent environ 10% des admissions dans les structures d'urgence urgences, dont la moitié sont des urgences vitales ;
- la traumatologie représente entre 35 et 40% des admissions ;
- les passages dans les services d'urgence sont essentiellement diurnes : 75% des passages ont lieu entre 8h et 20h, contre 25% entre 20h et 8h, et 10% entre 0h et 8h ;
- au niveau sociologique :

- l'accessibilité des services d'urgence est un critère de choix pour 60% des patients tandis que 20% des patients y recourent faute d'avoir pu trouver, en amont, une autre réponse à leur problème ;
- selon la DREES, les urgences hospitalières sont davantage le recours des catégories socio-professionnelles les plus modestes, alors que les dispositifs de ville sont plus sollicités par les catégories les plus aisées. En effet, pour les 20% les plus aisés de la population, 3 recours sur 10 en « urgence » sont réalisés auprès des médecins de garde ou des associations type SOS médecins versus 2 recours sur 10 pour les autres.

Alors qu'en 2004, 14 millions de passages étaient enregistrés au niveau des services d'urgence, on estimait à 35 millions le nombre de sollicitations non programmées prises en charge par la médecine de ville, pour des motifs divers (*cf.* étude DREES).

En fait, le nombre de réelles urgences est relativement faible par rapport à la demande générale non programmée ou inopinée de soins .C'est sûrement faute d'avoir suffisamment appréhendé cette différence entre urgences vraies et soins non programmés tout venant que, par glissements successifs, l'afflux aux services d'urgences a pris une dimension excessive.

En réalité, il est reconnu que la prise en charge des urgences vraies est performante. Qu'il s'agisse de la prise en charge pré hospitalière par le centre 15 (SMUR), ou dans les services d'urgence, le dispositif est globalement optimal sur l'ensemble du territoire. Ainsi, la coordination est très satisfaisante dans la chaîne de prise en charge, entre les médecins urgentistes et les spécialistes, dès lors que l'« urgence » est là. Les succès exemplaires de la prise en charge des syndromes coronariens aigus, les accidents vasculaires cérébraux ou encore les traumatismes graves témoignent de cette excellence, qui repose sur la collaboration, chacun dans son rôle, entre urgentistes, cardiologues, neurologues vasculaires, anesthésistes, réanimateurs ou bien encore chirurgiens, tous intervenant dans une chaîne de procédure explicite, formalisée et coordonnée.

Ces interventions sont d'autant plus efficaces qu'elles sont régulées et donc anticipées et mobilisent des structures bien identifiées : unités neuro vasculaires, unités de soins intensifs de cardiologie, réanimation, « stroke center » ...pour lesquelles l'admission directe aux plateaux techniques est très bien codifiée : coronarographie, radiologie interventionnelle, chirurgie spécialisée...

Ainsi, ce n'est pas tant la prise en charge des « vraies urgences » qui pose problème et provoque l'affluence dans les services d'urgence, que les demandes de soins non programmés dont la nature est variée, reposant sur des situations diverses (maladies chroniques, personnes âgées, détresse psychique ou sociale, ressentis divers...) et qui, souvent, pourraient trouver réponse adaptée auprès d'autres structures et/ou d'autres professionnels.

Cette dichotomie de prise en charge entre urgences réelles et autres demandes de soins non programmés est une des causes du « malaise » des médecins urgentistes. En effet, leur formation de spécialiste de l'urgence s'accommode difficilement, et qui plus est au long cours, de la réalité de leur exercice, dans un contexte d'exigence de la part de la population.

L'individualisation des services d'urgence en a fait, de surcroît, le réceptacle de toutes les admissions hospitalières non programmées mais aussi programmées et induit le désinvestissement souvent important des autres praticiens. Les médecins urgentistes se retrouvent comme des gardiens de la porte d'entrée, « gate keepers », dans une position inconfortable : médecins à la fois « omnipraticiens » et régulateurs de filières sur lesquelles ils n'ont pas totalement la main, subissant par ailleurs ce flux croissant sur lequel ils n'ont aucune prise.

La façon particulière d'exercer la médecine dans ces structures, portant à la fois sur le caractère « posté » du travail et sur la nature même de « pathologies » mal identifiées et difficiles à démêler, dans l'immédiateté, d'autres composantes (sociales notamment), a également contribué au « déclassement » des médecins urgentistes aux yeux des autres médecins, aboutissant à ne plus les considérer comme des spécialistes patentés, mais comme des médecins de porte, évoluant dans des équipes hétérogènes .

Ces situations permettent d'entendre la désillusion de certains, leur lassitude et parfois leur souhait de changement d'orientation. Les revendications concernant le « balisage » du temps de travail et du décompte horaire sont corrélées à ce mal être. A l'impression d'être le « nez dans le guidon » en permanence, s'ajoute l'absence de perspectives d'évolution positive de leur profession. Cet état d'esprit peut entraîner à moyen terme un problème de recrutement et mettre en difficulté la filière d'urgence elle-même

2.2. Un accès à des soins urgents dans un délai de 30 minutes

Il convient de différencier les soins réellement urgents pour lesquels une prise en charge de qualité dans un délai déterminé (30 minutes) doit être garantie et les autres demandes de soins non programmés.

Dans le premier cas, le dispositif d'accès doit être lisible et opérationnel. La planification de la réponse sur le territoire doit être organisée à cette fin.

Dans le second cas, moins urgent par définition, la prise en charge doit reposer sur une pluralité d'acteurs au sein des territoires.

Il faut souligner le rôle fondamental de « pivot » de la régulation médicale: Dans ce cadre, la promotion de l'appel au centre 15 doit être renforcée.

2.3. Quel est le territoire pertinent à envisager ?

Il convient en premier lieu d'aborder ce sujet de façon pragmatique et ainsi de distinguer les grandes zones urbaines des autres zones.

En effet, la problématique ne peut être envisagée de la même façon dans une grande agglomération et dans une zone plus étendue et plus rurale :

- dans une grande agglomération, la problématique n'est pas tant la ressource médicale ou de soins, que l'efficacité de son organisation et sa lisibilité. Sur cette typologie de territoire, on retrouve souvent un maillage serré de services d'urgence hospitaliers publics et privés, des structures de médecins pompiers, diverses associations comme SOS Médecins, *etc...* Ceci n'empêche pas cependant les structures d'urgence publiques d'être surchargées de patients relevant de la médecine ambulatoire ou de personnes âgées, ne nécessitant pas de plateau technique ;
- en revanche, en zone rurale, il s'agit d'optimiser une ressource moins disponible en médecins qualifiés pour répondre à la demande de soins non programmés et garantir une coordination assurant la prise en charge des urgences vraies en 30 minutes.

Par cohérence avec les dispositions de la Loi, le territoire adapté devrait être calqué sur le périmètre des GHT, compte tenu du socle que représentent les structures d'urgences hospitalières. Cette notion pourrait cependant s'avérer moins pertinente dans le cadre des grandes agglomérations. La détermination des périmètres doit ainsi être pragmatique et adaptée aux réalités locales, sous l'égide de l'ARS.

2.4. Optimiser les ressources médicales qualifiées

Il convient d'adapter la nature de l'intervenant médical à la nature de la demande.

Les difficultés de recrutement de médecins urgentistes dans de nombreux établissements amènent souvent à des recrutements de personnel intérimaire, voire à des difficultés à maintenir le dispositif en activité 24h/24 et 365 jours/365.

Ainsi, cet état de fait peut altérer la qualité des prises en charge par le recrutement de médecins non qualifiés au principe de « boucler » la ligne de garde mais aussi être un facteur de dépenses inconsidérées et d'inflation de la masse salariale des établissements. En effet, les médecins intérimaires, contractuels voire statutaires recrutés bénéficient parfois de rémunérations exorbitantes. Ces rémunérations contribuent, par ailleurs, à installer le ressentiment des autres praticiens. De plus, la coordination, le management et le fonctionnement en équipe dans les structures sont rendus impossibles par l'absence d'investissement institutionnel de ces personnels médicaux, pouvant aussi poser des problématiques de qualité des soins.

Ainsi convient-il de faire reposer l'organisation des soins non programmés en général, non seulement sur les médecins urgentistes, spécialistes de l'urgence, qu'il faut recentrer au mieux sur leur spécialité, mais aussi sur toutes les structures et professionnels disponibles sur le territoire.

A cet effet, l'optimisation des forces médicales doit tenir compte des évolutions en matière d'installation de médecins généralistes, dont la récente étude de l'ordre des médecins confirme la diminution en 2014. Les spécialistes de premier recours sont aussi des acteurs importants dont il ne faut pas ignorer l'existence. Leur intervention sur le « non programmé » est également facteur de qualité et d'efficacité.

Enfin, l'organisation des ressources médicales devra être réfléchi non pas uniquement pour les périodes dites de permanence des soins, mais sur l'ensemble du nyctémère et particulièrement pendant les heures ouvrables. Les dispositifs de Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA), comme le montre l'étude du conseil de l'ordre des médecins, sont fragiles et de plus en plus aléatoires.

2.5. Mise en lien avec les nouvelles modalités d'organisation du travail dans les structures d'urgence

La circulaire DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR fait apparaître une clarification dans le décompte horaire du temps de travail continu dans toutes les structures d'urgence. Ceci permet la clarification et le respect de la réglementation européenne d'un temps de travail hebdomadaire maximum de 48 heures, avec des activités cliniques postées, sur des plages dont le total est limité à 39 heures et des activités non cliniques, individualisées et bien délimitées, effectuées sur la base d'une contractualisation et d'un temps forfaitisé.

Ces éléments sont de nature à participer à certaines clarifications concernant le fonctionnement médical des structures d'urgence. Par ailleurs, la désignation des activités non cliniques pourrait être un facteur d'amélioration de l'attractivité pour les jeunes praticiens en leur offrant des perspectives bien identifiées.

La mise en place efficiente de ces dispositions doit s'appuyer sur des éléments structurels fondamentaux :

- la spécialité d'urgences est par nature transversale et polyvalente : ainsi un urgentiste, au regard de sa formation et de son diplôme, est habilité à exercer toutes les facettes du métier allant de la régulation médicale au SAMU-Centre 15, à la prise en charge des patients hospitalisés en Unité d'hospitalisation de courte durée (UHTCD) en passant par le SMUR et l'accueil des patients en structure d'urgences. Il peut également, selon les cas, intervenir sur les unités de surveillance continue dans les établissements ne disposant pas de services de réanimation ;
- les dispositions claires visant à bien décompter sur un mode horaire basé sur un socle de 39 heures de temps clinique posté, font que, dans le cadre de ce temps continu, il ne faut plus envisager des lignes de garde mais des temps de travail effectif avec, pour chaque praticien, une obligation de temps clinique effectif de 39h.

PARTIE 3

PROPOSITIONS ET PLAN D' ACTIONS

3. PROPOSITIONS ET PLAN D' ACTIONS

Les propositions d'action font écho aux constats précédemment listés et s'inscrivent dans le socle des éléments fondamentaux décrits. Il s'agit de répondre à la demande de soins non programmés et aux urgences dans un cadre territorial, dans un souci de qualité, de sécurité et d'efficacité du système.

Ainsi ces propositions comprennent-elles quatre types de dispositions visant à :

1. Permettre un accès aux soins de qualité sur les territoires pour la population
2. Etablir des niveaux pour les structures prenant en charge les « urgences »
3. Optimiser la ressource en compétences de médecin urgentiste
4. Améliorer l'accessibilité de la prise en charge des patients ne relevant pas de l'urgence vraie

3.1. Permettre un accès aux soins de qualité sur les territoires pour la population

Dans ce cadre, l'Agence régionale de santé organise et pilote sur le territoire deux types de dispositifs : un réseau territorial de l'accès aux soins non programmés et une équipe de territoire de médecins urgentistes. Un périmètre territorial unique pour les deux dispositifs serait adéquat et cohérent et pourrait être idéalement le territoire des GHT, sauf adaptation aux réalités locales.

3.1.1. Mettre en place un réseau territorial de l'accès aux soins non programmés

Comme nous l'avons vu, le recours aux services d'urgence ne cesse d'augmenter, confiant aux seuls urgentistes à la fois la fonction médicale de prise en charge et celle d'orientation dans des filières d'aval la plupart du temps non formalisées, (exemple de la gériatrie, de la traumatologie dite « petite »...), contrairement aux filières organisées pour les accidents vasculaires cérébraux ou coronaires, les traumatismes graves (rachis..) au sein desquelles l'orientation est naturelle et fluide.

Sur ces bases, il importe, sur chaque territoire, d'établir des filières explicites de prise en charge graduée en définissant la nature et les modalités d'intervention de chaque intervenant, dans le cadre d'une contractualisation avec l'ARS. Ces filières iraient du premier appel à la plateforme de régulation téléphonique médicale, à l'orientation la plus adaptée (services d'urgence ou autre structure ou intervenant) jusqu'au suivi de la prise en charge complète hospitalière ou non, Une mobilisation rendue adaptée des structures d'aval améliorerait ainsi la fluidité des parcours. Les plates formes territoriales d'appui s'intègrent pleinement dans cette dynamique.

Cette mission devrait reposer sur un **réseau territorial** comprenant, sous l'égide de l'ARS, l'ensemble des professionnels ou structures du territoire (les futures communautés professionnelles territoriales de santé et les groupements hospitaliers de territoire, les établissements de santé publics et privés, les structures médico-sociales, les structures SSR,

les hôpitaux locaux, les maisons de santé, les spécialistes et généralistes libéraux, *etc.*), dont les disponibilités, les savoir-faire, les spécialités et la nature des structures et équipements sont inscrits et contractualisés dans le Répertoire opérationnel des ressources.

Les Agences régionales de santé pilotent l'organisation de ce réseau et la contractualisation avec les différents opérateurs. Au sein d'un comité de « réseau des soins non programmés », présidé par l'ARS, qui regrouperait les membres du réseau, l'ARS pourrait identifier des référents par grandes filières. Ce comité se substituerait au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (codamu-ps-ts).

Des réunions régulières entre membres du réseau et par filière seraient le socle du fonctionnement. Ces grandes filières sont à définir mais en première analyse, il pourrait être retenu : traumatologies, personnes en situation de handicap, pédiatrie, gériatrie, *etc.*

Le pilotage opérationnel du réseau reposerait sur la régulation médicale centre 15 et le numéro unique généraliste libéral à venir. Le bon fonctionnement et la bonne orientation des usagers au sein du réseau reposent sur une régulation médicale adaptée, et notamment une régulation de médecine générale au mieux 24h/24, dont il faut faire la promotion en journée, aux heures ouvrables et pas seulement en période de permanence des soins.

3.1.2. Mettre en place des équipes d'urgentistes de territoire

Dans chaque territoire, au sein de chaque GHT, sur la base des structures d'urgence des établissements membres des GHT, il convient de créer une équipe de territoire unique de médecins urgentistes sous l'autorité hiérarchique d'un chef de service, de pôle ou d'équipe. Ce chef de service est situé au niveau de l'établissement siège du GHT, par ailleurs siège d'un service d'urgences.

Une évaluation du temps nécessaire, décompté en heures, pour assurer les missions requises sur l'ensemble du périmètre intéressé est réalisée. Ce temps requis est réparti sur tous les médecins de l'équipe pour l'ensemble des missions : régulation médicale, services d'urgence, sorties SMUR, UHTCD, voire surveillance continue.

La mise en œuvre repose sur le référentiel de décompte horaire du temps de travail sur la base de 39 heures de temps clinique posté. Ainsi la répartition des effectifs sur les missions se fera-t-elle sur le temps effectif nécessaire et non la notion de « lignes de garde ».

Ce dispositif permet la présence permanente sur tous les sites et sur toutes les missions de médecins urgentistes qualifiés (qualité et sécurité) et d'éviter le recours à des intérimaires coûteux et souvent peu ou pas qualifiés (petites structures actuellement autonomes).

Cette équipe sera portée par un établissement pivot et agira comme un « prestataire de service » pour toutes les structures d'urgence du territoire. Ceci implique à la fois la présence d'un seul chef de service de l'équipe, et l'organisation d'un management de proximité.

Afin de permettre ce dispositif, un texte réglementaire devra être établi. Deux options sont envisageables :

- soit la modification du statut de praticien hospitalier en individualisant un statut particulier de praticien hospitalier de territoire. Celui-ci serait ainsi affecté sur le GHT à partir de l'établissement siège ou le territoire déterminé et devrait intervenir sur tous les établissements selon le tableau de services établi par le chef de service. Une attribution systématique de la prime multi établissement pourrait y être attachée ;
- soit un texte s'attachant à la création d'une équipe de territoire au sein des GHT ou des territoires déterminés, figurant son installation à l'établissement siège, et donnant obligation aux praticiens de l'équipe d'intervenir, selon un tableau de service, sur les entités concernées.

La notion de pôle inter hospitalier ne répond pas à la nécessité de « l'unicité de commandement » et de l'intervention nécessaire de tous les médecins potentiellement sur tous les établissements. Il ne s'agit pas d'instaurer une pratique médicale « foraine » mais de structurer ce qui, de facto, est une pratique existante fondée sur une part de mobilité. Cette organisation peut utilement être un recours au long de la carrière, diversifiant les pratiques et la pénibilité des différentes activités.

Cette équipe de territoire organisera la gradation des prises en charge sur le territoire entre service d'urgence et antenne, et l'unicité de l'équipe sera un facteur de qualité.

Il conviendra que le comité régional des urgences, présidé par le DGARS, garantisse le fonctionnement et l'organisation du dispositif.

Les dispositions juridiques permettant la création d'une telle équipe de territoire pour les médecins urgentistes, inscriront également dans le même cadre, la constitution future d'équipes de territoire d'autres spécialités dans le cadre des GHT.

3.2. Etablir des niveaux pour les structures prenant en charge les « urgences »

Sur la base d'une régulation médicale, pivot du dispositif, il pourrait être revu la stratification des niveaux des structures d'accueil des « urgences ». Ceci permettrait de graduer l'adressage optimal des patients selon leur état. Ainsi, il pourrait être distingué trois types de structures représentant quatre niveaux de prise en charge:

- a. **Des services d'urgence** : la plupart *territoriaux* correspondant à la prise en charge des urgences communes disposeraient d'un plateau technique adéquat et de spécialistes. Ces services correspondent assez bien avec les services actuels à forte activité. Ces services d'urgence pourraient parfois, selon les cas, être localisés uniquement dans l'établissement siège du GHT. Il faut également souligner un niveau de recours *régional* avec des services d'urgence qui auraient directement accès à des activités de recours spécialisées : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, etc....

- b. **Des antennes de service d'urgence**, dont l'ouverture serait de principe permanente, des adaptations d'amplitudes par dérogation de l'ARS étant possibles après avis du comité du réseau territorial décrit plus haut.
Ces antennes doivent s'inscrire dans une relation formalisée avec les services d'urgence territoriaux et n'ont pas vocation à prendre en charge toutes les urgences, en fonction de leur plateau technique et de leur ressource médicale spécialisée. La télé imagerie doit être développée et constituer l'épine dorsale du lien fonctionnel avec les services d'urgences territoriaux.
- c. **Des centres de soins non programmés (CNSP)** ou centres de soins immédiats. Ces unités labellisées par l'ARS figureraient dans le répertoire opérationnel des ressources et s'inscriraient dans le réseau territorial d'accès aux soins non programmés. Cette labellisation permettrait que soient orientés par la régulation médicale, amenés éventuellement par les transports sanitaires, dans le cadre d'une évolution de la réglementation, les patients pouvant en relever. Pourraient être ainsi dûment labellisés des maisons de santé, des établissements de santé privés ou publics. Selon les cas certains services d'urgence à faible activité (< 8 à 10000 passages) pourraient évoluer et être transformés en CNSP. Il n'y aurait pas de financement spécifique de la structure mais une majoration des actes par une lettre clé ad hoc. Ces unités fonctionnelles auraient un intérêt de proximité et de filière courte (petite traumatologie). Leurs horaires de fonctionnement seraient définis et contractualisés dans le cadre du réseau.

3.3. Optimiser la ressource en compétences de médecin urgentiste

Il convient d'organiser le dispositif au sein et entre les établissements de façon à privilégier les activités des médecins urgentistes sur leur cœur de métier durant leur temps de travail clinique. Ceci est susceptible de contribuer à améliorer l'attractivité du métier, d'éviter la présence inutile de médecin lors de période de faible activité ou sur des structures à faible activité globale, et d'adapter l'organisation au réel besoin.

3.3.1. Mettre l'urgentiste au centre du dispositif tout en resserrant au mieux l'activité des médecins urgentistes sur leur cœur de métier médical

En réanimation, il convient d'éviter de recourir aux médecins urgentistes pour la permanence des soins, en dehors bien sur, de ceux qui disposent de la compétence de réanimateur. Pour des raisons de qualité et de compétence, il n'est ni souhaitable ni réglementaire que la permanence en réanimation puisse reposer comme c'est parfois le cas sur des médecins urgentistes. Ceci pourra amener à revoir la qualification de certaines structures et à leur transformation en unité de soins continus. *A contrario*, ceci justifiera dans certains cas le regroupement des réanimateurs qualifiés et des malades justifiant ce niveau de prise en charge sur des unités de réanimation moins nombreuses, mais de taille plus importante.

Des « bed manager » voire une véritable « cellule d'ordonnancement » selon la taille des établissements devront être identifiés dans tous les établissements disposant d'un service d'urgence afin de soulager les médecins de tâches « non médicales ». Ces « bed manager » doivent appartenir à la direction des soins en étant directement en lien avec la direction de l'établissement, pour avoir autorité sur l'ensemble des filières d'aval. En effet, il est fondamental que la problématique soit gérée transversalement au niveau de l'établissement et non seulement au niveau du service d'urgences. Cette fonction permettra de soulager le médecin urgentiste de cette tâche chronophage.

Créer des conditions d'exercice plus sereines au sein des services d'urgence en améliorant la qualité de l'accueil et de l'attente, car la « pression » de tous ordres, issues de l'impatience et de l'inconfort ressentis par les usagers, sont des éléments négatifs dans l'exercice des médecins et du personnel. Ainsi l'expérience de la participation, dans ce cadre d'accompagnement des usagers, de volontaires du service civique comme au sein des services d'urgence à l'AP/HP est sûrement à soutenir.

3.3.2. Optimiser le recours aux urgentistes dans la régulation médicale

Il convient d'optimiser le recours aux urgentistes dans la régulation médicale. En effet, 80 % des besoins en régulation relèvent de la « médecine générale » et 80% des régulateurs sont des médecins urgentistes. Il serait ainsi souhaitable de proposer une participation plus large des généralistes au sein des plateformes de régulation médicale et notamment en journée. Ceci est toutefois de réalisation difficile à l'heure actuelle compte tenu de la charge de travail en journée dans les cabinets libéraux. Pour autant, une régulation en journée heures ouvrables par des médecins régulateurs généralistes mériterait d'être expérimentée plus largement.

3.3.3. Adapter la permanence des régulateurs médicaux en fonction des besoins

Au sein des plateformes de régulation médicale, il faudrait organiser le déport de la régulation vers un seul centre régional soit de manière complète soit sur certaines plages horaires (exemple seconde partie de nuit) comme effectué en Franche-Comté entre les SAMU de Besançon et de Belfort.

Ce dispositif est bien sûr à appréhender en fonction des réalités territoriales, de l'activité des différents SAMU et des régulations généralistes.

Ces dispositions sont de nature, d'une part, à garantir en permanence une réponse de qualité par des professionnels qualifiés, et d'autre part, à éviter la mobilisation excessive de temps médical spécialisé pour des activités peu importantes, ce qui permet de pallier les difficultés de recrutement que rencontrent de nombreuses structures. Pour être précis, il convient de distinguer le « front office » des permanenciers (PARM) qui restent maintenus dans chaque centre 15, du « back office » que constitue la régulation médicale.

3.3.4. Optimiser le recours aux SMUR dans certaines zones éloignées et peu peuplées

Dans certaines zones éloignées et de faible densité de population, la nécessité de maintenir un accès à l'urgence vraie oblige au maintien d'antennes SMUR. A côté d'un nombre faible de sorties, se surajoute la difficulté de recruter des médecins urgentistes sur ces sites, avec le risque de recrutement de médecins non qualifiés. Le maintien d'une telle équipe SMUR peut se révéler in fine constituer une fausse sécurité.

Il existe le dispositif des médecins correspondants du SAMU qui ont vocation à intervenir en attendant des moyens qualifiés, parfois hélicoptérés. En fonction de leur nombre et donc de la permanence qu'ils peuvent assurer, le maillage des SMUR pourrait être desserré. Cette fonction peut aussi être dévolue après formation aux médecins pompiers.

De fait, il pourrait être envisagé, dès lors qu'il existe des médecins-pompiers formés à l'urgence, de leur confier, dans ces zones, la fonction de « SMUR » pour permettre d'apporter les soins primaires aux urgences vraies. Leur déclenchement serait effectué par le centre 15 et l'intervention se déroulerait sous son contrôle. Ceci suppose que la permanence de médecins pompiers formés soit effective et fiable.

3.3.5. Développer les transports infirmiers inter hospitaliers

L'utilisation plus fréquente des transports infirmiers est de nature à diminuer le besoin en médecins urgentistes.

3.3.6. Organiser le travail sur les sites d'urgence de faible activité

En effet, dans de nombreux sites éloignés ou non de services d'urgence importants, il est maintenu deux praticiens 24h/24 pour assurer d'une part l'accueil des « urgences » dont le nombre est souvent peu important et d'autre part les sorties SMUR dont le nombre est également minime.

Il est fréquent que les deux activités coexistent sans partage d'activités. En outre, dans certains services d'urgences, ayant par ailleurs des difficultés à recruter des urgentistes qualifiés, des médecins, souvent intérimaire sans qualification réelle, sont en poste au service d'accueil des urgences, alors qu'un médecin urgentiste qualifié est en attente d'une sortie SMUR, forcément rare, sans que celui-ci ne participe à l'activité au sein du service d'accueil des urgences. Ceci est paradoxal en terme de qualité et de sécurité, et très peu efficient en matière de mobilisation de ressources à la fois médicales et financières.

La répartition des ressources urgentistes au sein d'une équipe médicale de territoire associée à une approche du temps de travail en plages horaires (et non plus de lignes de garde), doit permettre de faire évoluer de tels dispositifs en déclinant le référentiel de décompte horaire de temps effectif posté clinique, avec l'objectif de qualité des soins, d'efficience et d'optimisation des ressources.

3.4. Améliorer l'accessibilité de la prise en charge des patients ne relevant pas de l'urgence vraie

Pour améliorer la filière de prise en charge des patients au sein des territoires, il convient de permettre aux patients ne relevant pas de l'urgence vraie de trouver une réponse extra hospitalière adaptée à leur situation. Il a d'ailleurs été démontré que ces patients recourent aux urgences hospitalières faute d'autres accès aux soins, du moins connus et accessibles par eux.

3.4.1. Elargir les plages d'ouverture des maisons médicales dites « de garde » au plus proche des services d'urgences, et au regard des besoins constatés

- Il conviendrait de proposer une ouverture diurne en jours ouvrables. La majeure partie des recours aux services d'urgences se situant en journée, cette disposition permettrait à l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) d'orienter vers un médecin généraliste immédiatement et en amont du service d'urgences.
- Dans ce cadre, il conviendrait de favoriser l'implication des établissements dans ce dispositif en révisant le financement des services d'urgence par la préservation du forfait « structure » par l'inclusion des passages vers la maison médicale sans facturation d'un ATU et par un paiement à l'acte du médecin généraliste.

3.4.2. Organiser au sein du réseau de territoire une filière de prise en charge de la traumatologie dite « petite » (qui représente près de 40% des passages aux urgences)

Ceci justifie l'identification, au sein du réseau, des acteurs et structures de soins non programmées en capacité de prendre en charge les usagers de façon inopinée.

3.4.3. Instaurer une lettre clé « Acte non programmé » pour les médecins libéraux (généralistes et spécialistes) participant au réseau

Afin d'inciter les médecins à admettre sur leur planning réglé des patients non programmés, l'instauration d'une lettre clé spécifique en consultations pourrait être instaurée, par analogie à ce qui existe déjà pour les visites. Ceci peut être considéré comme un « ATU-like » Avant de généraliser une telle mesure, il serait nécessaire de mettre en place une expérimentation avec évaluation sur un an. L'indicateur de suivi principal de cette mesure serait l'observation de l'évolution des passages aux urgences.

3.4.4. Permettre la fluidité par une facilitation de l'usage des transports sanitaires au sein du réseau territorial

Il conviendrait de permettre, sous le pilotage de la plateforme de régulation médicale, l'utilisation adaptée des transports sanitaires et des véhicules des SDIS, y compris en terme de prise en charge financière, vers toutes les structures du réseau territorial et pas uniquement les services d'urgence,

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

La Ministre

Paris, le 11 MARS 2015

CAB -FV/FR - Mc D. 2015-324

NOTE

A l'attention de

Monsieur Jean-Yves GRALL

Directeur général de l'agence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais

Objet : mission sur la territorialisation des organisations de l'urgence

La situation de la médecine d'urgence est pour moi une priorité. J'ai d'ores et déjà fixé des orientations visant à garantir l'accès aux soins urgents en moins de trente minutes, optimiser la prise en charge des patients aux urgences, au sein de l'hôpital et en aval des urgences. J'ai également souhaité qu'une attention particulière soit portée par les agences régionales de santé (ARS) pour l'anticipation des situations de tension dans les services d'urgences. Une feuille de route 2013-2015 sur les urgences a été définie et les plans d'actions régionaux qui en découlent se poursuivent.

Je souhaite qu'une réflexion sur la territorialisation des organisations de l'urgence s'engage aujourd'hui. Il s'agit de l'un des deux axes de la circulaire du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

Les enjeux liés à l'adaptation des organisations de l'urgence dans les territoires en vue d'une amélioration du service rendu au patient sont multiples : maintenir un maillage resserré de l'offre de soins urgents afin de répondre à l'objectif présidentiel de l'accès pour tous aux soins urgents en moins de trente minutes, tout en répondant aux difficultés de recrutement d'urgentistes dans certains territoires et certains services et en maintenant une haute qualité de prise en charge des patients.

C'est pourquoi j'ai souhaité vous confier une mission d'appui à l'adaptation des organisations des activités de médecine d'urgence dans les territoires. Il vous appartiendra de produire un rapport qui fera des propositions portant sur :

- les principes d'une organisation optimisée des soins urgents dans les territoires : nouveaux modèles d'organisation territoriale permettant une nouvelle articulation entre les services d'urgences, les SAMU, les SMUR, territorialisation des organisations de travail pour favoriser les équipes de territoires d'urgentistes, notamment dans les territoires isolés ou pour les structures d'urgence ou SMUR à faible activité ;
- les conditions de la mise en œuvre de ces principes par les ARS, en identifiant les leviers à mobiliser pour promouvoir ces nouveaux modes d'organisation territoriale, les facteurs clés de succès dans la déclinaison opérationnelle, les points de vigilance et les éventuelles difficultés à anticiper ainsi que les éléments de méthode et d'association des acteurs dans ce processus.

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP
TÉLÉPHONE (33) 01.40.56.60.00

Vous veillerez à tester l'acceptabilité, la lisibilité et la faisabilité de ces grands principes, en associant largement les acteurs concernés, notamment les représentants des urgentistes, des médecins généralistes, des élus locaux, des usagers... Des échanges réguliers avec l'ensemble des ARS seront organisés au cours de votre mission avec l'appui du secrétariat général. Vous prendrez également l'attache de Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau pour articuler vos travaux avec ceux sur les groupements hospitaliers de territoires (GHT) et mesurer les conséquences de ces réorganisations sur les projets médicaux de chaque établissement.

Les éléments de votre rapport, qui me sera remis à la fin du mois de juin 2015, constitueront un appui aux ARS dans les travaux engagés sur la territorialisation des organisations de travail des équipes d'urgence, SAMU et SMUR, dont les résultats consolidés devront m'être présentés en fin d'année 2015, conformément à l'instruction du 22 décembre 2014.

Vous vous appuierez pour mener cette mission sur la direction générale de l'offre de soins qui poursuit les travaux techniques engagés sur les équipes de territoire et les problématiques spécifiques des services d'urgence et SMUR à faible activité, ainsi que sur le comité national de suivi de sa mise en œuvre, que vous tiendrez informé de l'avancée de votre mission.



Marisol TOURAINE