



## **Les 1<sup>ères</sup> Assises de l'Urgence**

Samu-Urgences de France

Paris, 13 septembre 2012

### **Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ?**

*Les urgentistes apportent leurs réponses aux questions du moment sur l'urgence médicale afin d'offrir aux patients des soins de qualité*

<http://www.samu-urgences-de-france.fr>

Les Premières Assises de l'Urgence sont une action du Conseil d'administration de Samu - Urgences de France qui entend ainsi apporter sa contribution au débat, en faisant entendre la position des professionnels.

Dr Marc GIROUD, Président

Pr Pierre CARLI, Vice-président

Dr Agnès RICARD HIBON, Vice-présidente

Pr Dominique PATERON, Vice-président

Pr Pierre-Marie ROY, Vice-président

Dr François BRAUN, Secrétaire général

Pr Jean Emmanuel DE LA COUSSAYE, Secrétaire adjoint

Dr Frédéric BERTHIER, Trésorier

Dr Louis Christophe SOULAT, Trésorier adjoint

Dr Catherine BERTRAND, Dr Karim BOUDENIA, Dr Frédéric BROD,

Dr Jean François CIBIEN, Dr Alain FACON, Pr Marc FREYSZ, Dr Eric LECARPENTIER,

Dr Gilbert LECLERCQ, Dr Agnès LEURET-BARONDEAU, Pr Bernard NEMITZ,

Pr Bruno RIOU, Dr Karim TAZAROURTE



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

*La Ministre*

*Paris, le*

12 SEP. 2012

CAB POS/VB/FR – Me. D. 12-4916

Monsieur le Président,

Je tenais à vous remercier de votre invitation aux premières assises de l'urgence. Si j'ai pu venir au congrès « urgences 2012 » en mai dernier, mon emploi du temps ne me permet pas cette fois d'être parmi vous, et je le regrette. En effet, les sujets que vous allez aborder au cours de cette journée rejoignent très largement mes priorités pour les urgences.

Tout d'abord la question de l'accès aux soins urgents est prioritaire. Le président de la République a fixé le temps d'accès à 30 minutes. Il nous faudra à la fois trouver des solutions innovantes, responsables et de qualité pour répondre à cet engagement, pour que tous nos concitoyens disposent des mêmes chances en cas d'urgence vitale.

Je partage aussi la préoccupation relative à l'engorgement des urgences. Ce sujet, je crois que nous en sommes d'accord, doit être vu dans sa globalité : en amont des services d'urgence, pour mieux organiser avec la médecine de ville, la prise en charge des soins non programmés ; mais aussi à la sortie des services d'urgence, pour que les patients puissent être orientés rapidement dans les structures qui répondent à leurs besoins.

Enfin, je sais que vous réfléchissez de manière responsable à l'allocation optimale des moyens, qu'ils soient financiers, technologiques, mais aussi aux évolutions des métiers de l'urgence. Cette réflexion me semble nécessaire pour que l'aide médicale urgente offre toujours le niveau d'excellence que les Français attendent.

Je vous souhaite, ainsi qu'à tous les participants des assises de l'urgence, des échanges fructueux. Je serais heureuse que vous me fassiez connaître la synthèse de vos échanges.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma sincère considération.

*Bien à vous,*

*Marisol Touraine*

Marisol TOURAINE

Monsieur Marc GIROUD  
Président de SAMU-Urgences de France  
Centre Hospitalier René DUBOS  
BP 79  
95303 PONTOISE CEDEX

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



# 1<sup>ères</sup> Assises de l'Urgence

Paris, 13 septembre 2012

## Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ?

*Les urgentistes apportent leurs réponses  
aux questions du moment sur l'urgence médicale  
afin d'offrir aux patients des soins de qualité*

*Coordonneurs : Agnès Ricard-Hibon, Paul Petit*

<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	5
<b>1) Les « 30 mn » : Comment assurer à tous « l'accès en 30 mn » à une structure d'urgence ?</b>	
a. Par l'offre d'un juste soin (Dr Marc GIROUD, Pontoise).....	12
b. Des effecteurs médicaux d'urgence adaptés et bien répartis (Pr Pierre CARLI, Paris) .....	15
c. Une organisation territoriale des Structures d'Urgence assurant la réponse de proximité .....	18
(Pr Pierre Marie ROY, Angers)	
<b>2) Comment « désengorger » les Urgences ?</b>	
a. Un bon usage des Urgences (Pr Bruno RIOU, Paris).....	23
b. Une organisation des flux au sein des urgences (Dominique PATERON, Paris) .....	25
c. Une gestion des lits d'aval assurée par l'établissement de santé (Pr Jean Emmanuel de LA COUSSAYE, Nîmes).....	27
<b>3) Comment assurer un bon emploi des ressources ?</b>	
a. Des financements vertueux (Dr François BRAUN, Metz) .....	31
b. Des coopérations entre structures d'urgence (Dr Pierre MARDEGAN, Montauban).....	35
c. Une cohérence de pilotage des moyens sanitaires (Pr Paul PETIT, Lyon) .....	36
<b>4) Comment avoir demain les métiers de santé dont l'Urgence a besoin ?</b>	
a. Médecins correspondants de Samu (Dr François BRAUN, Metz).....	39
b. Une ambition pour la Formation initiale des urgentistes (Pr Jeannot SCHMIDT, Clermont-Ferrand).....	45
c. Un métier d'urgentiste attractif (Dr Marc GIROUD, Pontoise).....	47
<b>LEXIQUE</b> .....	54

# Recommandations

## Axe 1. Changer de regard sur les Urgences

1. Changer de paradigme : ne plus considérer les Urgences comme un problème mais, au contraire, comme une solution aux difficultés rencontrées par les patients dans notre système de santé
2. Définir l'urgence médicale comme « toute situation où l'absence de prise en charge rapide pourrait avoir des conséquences physiques ou psychiques durables » et bannir les notions de vraie et fausse urgence
3. Considérer l'évaluation du niveau d'urgence et de gravité face à une situation aiguë comme le rôle des urgentistes, qui en ont l'expertise
4. Considérer, pour apprécier le service rendu par les structures des Urgences, les motifs de recours des patients et les potentialités de risques liés a priori à ces motifs de recours et rejeter toute considération fondée sur le niveau de la prise en charge tel qu'il peut être codifié a posteriori

## Axe 2. Organiser l'offre sur le territoire

5. Baser l'organisation territoriale des structures d'urgence sur une analyse précise des structures d'urgence existantes, des articulations en place et de l'offre en soins non programmés et définir dans un schéma régional les missions et les articulations territoriales des différentes structures d'urgence, ainsi que des organisations de la médecine ambulatoire, générale et spécialisée
6. Analyser dans chaque territoire l'organisation et les pratiques de soins non programmés par des études « un jour donné » intégrant l'ensemble des demandes et l'ensemble des acteurs en médecine libérale et en établissement de santé (sans se limiter aux seules structures des Urgences)
7. Analyser les parcours de soins des patients se présentant aux Urgences en amont et en aval de leur prise en charge aux Urgences
8. Viser l'objectif de rendre possible en deux ans sur l'ensemble du territoire l'accès en 30 minutes à des « soins médicaux spécialisés d'urgence » pour toute urgence vitale ou potentiellement vitale
9. Exclure, pour les personnes résidant dans les territoires isolés et ayant à faire face à une urgence, toute solution dégradée telles que « soins non médicaux » ou « soins médicaux non spécialisés »
10. Développer l'optimisation de la répartition géographique des Smur et des structures des Urgences de proximité
11. Recourir, pour garantir dans les territoires isolés l'accès en 30 minutes à une structure d'urgence, aux solutions suivantes en complément des structures des Urgences de proximité : HéliSmur, antennes Smur, Médecins Correspondants Samu
12. Élargir les conditions d'implantation des Smur et des antennes Smur en les adossant si besoin à des structures de soins plus légères que les structures des Urgences
13. Intégrer l'ensemble des hélicoptères disponibles autres que les HéliSmur dans un schéma régional sous l'autorité de l'Agence régionale de santé (ARS)
14. Prévoir dans chaque structure d'urgence la possibilité de recevoir un vecteur héliporté

15. S'appuyer sur des données logistiques pour étayer les décisions organisationnelles sur les territoires
16. Simuler sur des cas types (ex : douleur thoracique, ou trouble neurologique soudain dans un habitat isolé) les modèles d'organisation envisagés
17. Tenir un registre national de tous les cas où le délai d'accès à une structure d'urgence aura dépassé 30 minutes pour une situation d'urgence vitale ou potentiellement vitale et réaliser une analyse au cas par cas

### **Axe 3. Faire émerger des structures d'urgence de territoire**

18. Favoriser les coopérations entre les structures d'urgence au sein d'un même établissement et d'un même territoire et supprimer les mesures financières désincitatives à ces coopérations (décote pour les structures « multi-sites », décote du budget MIG pour les Smur rattachés à une structure des Urgences ou un Samu)
19. Maintenir le maillage territorial par un financement adapté des structures à faible activité, dès lors que leur implantation a été confirmée
20. Élaborer des projets médicaux multi-sites de territoire pour une activité médicale polyvalente (Samu, Smur, Urgences, UHCD) et favoriser la mise en place d'équipes médicales uniques de territoire en médecine d'urgence

### **Axe 4. Renforcer la régulation médicale**

21. Promouvoir la régulation médicale exercée par les Samu-centres 15 pour faciliter et sécuriser l'accès aux soins d'urgence dans les cas le nécessitant et développer la télé-médecine comme solution d'appui
22. Inciter à l'articulation territoriale des Samu-centres 15 à faible activité, notamment financièrement
23. Maintenir l'unicité de la régulation médicale des appels d'urgence autour de la plateforme du Samu-centre 15 associant urgentistes et généralistes, et donc :
  - ne pas soutenir le développement de nouveaux centres d'appels autonomes libéraux
  - mettre un terme aux incitations au regroupement de Services d'Incendie et de Secours et de SAMU en dehors de l'hôpital et favoriser, en revanche, le développement des « plateformes 15-18 virtuelles » permettant au Samu-centre 15 de demeurer dans le secteur « urgences » de son établissement de santé
  - favoriser les déploiements hospitaliers de télé-médecine en bénéficiant des infrastructures du Samu-centres 15

### **Axe 5. Promouvoir les Médecins Correspondants Samu**

24. Intégrer les Médecins Correspondants Samu dans une stratégie d'élément « avant-coureur » du Smur pour les territoires éloignés et développer un programme prioritaire de promotion de ces Médecins Correspondants Samu (enseignement, dotation en matériel, télécommunications, inscription dans les schémas ARS) en s'appuyant sur les structures d'urgence existantes et, le cas échéant, sur les maisons de santé pluridisciplinaires et en intégrant les médecins de sapeurs-pompier

## Axe 6. Renforcer et améliorer l'organisation interne des Urgences

25. Appliquer les recommandations professionnelles concernant l'organisation des structures d'urgence (effectifs médicaux et non médicaux, équipements, architecture)
26. Optimiser le temps de prise en charge des malades en améliorant l'organisation du parcours du patient dans la structure des Urgences
  - en développant les filières courtes de prise en charge
  - en substituant à la mise sur brancard, l'installation sur fauteuil des patients qui le peuvent
  - en développant des prises en charge protocolisées y compris dès l'accueil par l'infirmière organisatrice de l'accueil en concertation avec le médecin des urgences
  - en améliorant les délais de réalisation des examens complémentaires

## Axe 7. Repenser l'amont et l'aval des Urgences

27. Mettre au cœur de la stratégie l'amélioration de la gestion de l'aval des Urgences (les difficultés pour trouver des lits d'hospitalisation pour les patients polyopathologiques sont la principale cause de ce qu'il est convenu d'appeler l'engorgement des urgences)
28. Abandonner l'idée de chercher à diminuer les admissions aux Urgences ; ce qui est ni possible ni souhaitable (il est, en effet, impossible de dire a priori qu'un patient est léger et la réorientation de patients « a priori » est un acte à très haut risque ; en outre, si elle était réalisée, une telle réorientation n'allègerait qu'imperceptiblement la charge, car les patients légers sont assez peu consommateurs de ressources)
29. Prendre en considération le fait que les maisons médicales de garde adossées aux structures des Urgences n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité, ni allégé la charge des Urgences
30. Organiser les réponses alternatives permettant au patient de ne pas venir aux Urgences « par défaut » (consultations non programmées de médecine générale et de spécialités, organisation de la continuité des soins en médecine de ville, organisation médicale des structures d'accueil des personnes âgées) ; faciliter et enrichir les liens entre le médecin traitant et l'urgentiste (promotion du DMP comme outil de coordination des soins, rôle du médecin traitant dans l'anticipation des situations d'urgence par une bonne information et préparation de son patient) ; mieux entourer la fin de vie à domicile
31. Éviter le passage par la structure des Urgences de patients qui, en fait, souhaitent seulement recourir rapidement à une prestation de l'établissement de santé,
  - en développant les hospitalisations anticipées dans les services par un régulateur n'appartenant pas à la structure des Urgences
  - en favorisant l'accès aux consultations spécialisées au sein de l'établissement

## Axe 8. Améliorer la gestion des hospitalisations programmées

32. Considérer que lorsque les Urgences sont débordées, ce ne sont pas les Urgences qui dysfonctionnent, mais c'est tout l'hôpital en aval des Urgences
33. Prendre en compte que le flux saisonnier des urgences est prévisible et peu régulable, alors que les admissions pour soins programmés doivent pouvoir être gérées de façon à toujours maintenir un potentiel de lits adapté aux besoins des urgences



34. Réorganiser les admissions programmées pour améliorer l'aval des Urgences (le temps de passage aux Urgences est proportionnel au taux d'occupation des lits de MCO et ce temps s'allonge de manière exponentielle lorsque ce taux est supérieur à 90%),
- en programmant convenablement ce qui peut attendre
  - en adaptant les hospitalisations programmées au flux prévisible des hospitalisations des urgences et non l'inverse
  - en privilégiant l'admission directe (sans passage par les Urgences)
  - en organisant d'emblée les rendez-vous des examens complémentaires pour les hospitalisations programmées
  - en privilégiant hôpital de jour et chirurgie ambulatoire
  - en raccourcissant les durées moyennes de séjours par une meilleure organisation, suffisamment anticipée, d'une hospitalisation « post » MCO si nécessaire et de la sortie des patients (ex : passage en HAD)
  - en créant une délégation médico-administrative et sociale du parcours du patient ayant la charge
    - d'analyser le parcours du patient et notamment les interfaces
    - d'analyser les dysfonctionnements, notamment les séjours prolongés en MCO et les hospitalisations de patients dans des structures non adaptées à leur état
    - d'adapter les ressources aux besoins et en intervenant si nécessaire pour accélérer les sorties lorsqu'elles ont été médicalement prononcées
  - en renforçant les équipes mobiles de gériatrie
  - en renforçant les attributions des médecins coordonnateurs des EHPAD

## **Axe 9. Garantir un financement efficace et vertueux des structures d'urgence**

35. Clarifier et rendre lisibles les règles de financement pour une allocation plus transparente et concertée des ressources
36. Calculer les financements sur la base de référentiels et en particulier celui sur les effectifs
37. Définir une modélisation transparente des budgets MIG des Samu et des Smur
38. Modéliser le reversement d'une part de la T2A vers la structure des Urgences pour les patients hospitalisés à partir des Urgences
39. Valoriser financièrement l'activité de la Sauv
40. Garantir les financements FAU et MIG et le fonctionnement des activités de médecine d'urgence pour que les Urgences ne deviennent pas une variable d'ajustement budgétaire
41. Sanctuariser les budgets des structures d'urgence
42. Clarifier le financement de la PDSA en refusant que la permanence soit, de fait, assurée par les établissements de santé et payée aux associations de PDSA

## **Axe 10. Optimiser l'emploi des ressources**

43. Veiller au respect des critères règlementaires d'organisation et de fonctionnement des structures des Urgences et faire cesser toute activité de médecine d'urgence non autorisée
44. Définir, sous l'autorité du Ministre chargé de la Santé, une doctrine nationale d'utilisation des ressources nécessaires à l'aide médicale urgente et aux structures d'urgence, en



concertation, notamment, avec les professionnels concernés ; rappeler à cette occasion que toutes les actions de Santé doivent être pilotées par le Ministère chargé de la Santé, quel que soit le statut des intervenants ; faire assurer par les ARS la coordination des actions financées par l'Assurance Maladie

45. Revoir les règles actuelles d'emploi des Hélicoptères de la Sécurité Civile, afin de distinguer clairement les interventions de « secours à personne » et d' « aide médicale urgente »
46. S'interroger sur la pertinence de renforcer régulièrement les moyens hélicoptérés de la Sécurité civile pour des missions qui relèvent, de manière prépondérante et croissante, de l'aide médicale urgente
47. Reconsidérer l'organisation et le financement des transports sanitaires d'urgence, et notamment :
  - supprimer les situations qui obligent à faire appel à la suppléance payante d'une ambulance privée par les sapeurs-pompiers
  - lever, auprès du public, l'ambiguïté de la gratuité apparente de l'intervention des sapeurs-pompiers
  - rappeler aux Services d'incendie et de secours qu'il est anormal de vouloir surfacturer à un autre service public, le transport d'un patient pris en charge conjointement dans le cadre de la complémentarité des secours et des soins
  - envisager la création d'un service public d'ambulances d'urgence

## **Axe 11. Affirmer la responsabilité du Ministre de la santé sur tous les intervenants dans le domaine de la santé quel que soit leur statut**

48. Rappeler que l'organisation et la délivrance des soins sont placées sous la responsabilité et l'autorité du Ministre chargé de la Santé, ce qui s'applique notamment à la prise en charge préhospitalière de tous les malades et victimes d'accidents, et donc:
  - rappeler que les soins délivrés par les infirmiers sapeurs-pompiers, dans le cadre des missions de « secours à personne », doivent être conformes au référentiel de compétence infirmier, protocolés et réalisés en liaison avec le médecin régulateur du Samu, dans l'attente de la prise en charge médicale du patient
  - ne pas accepter que l'intervention d'un « échelon infirmier sapeurs-pompiers » induise un retard à la prise en charge médicale par une structure d'urgence, dont c'est la mission
  - rappeler que l'implantation des moyens destinés aux soins d'urgence relève de la compétence et de l'autorité des ARS

## **Axe 12. Rendre attractif le métier d'urgentiste**

49. Assurer une pleine reconnaissance à la spécialité de médecine d'urgence en créant le DES de médecine d'urgence
50. Créer un registre national décrivant les ressources humaines dans les structures d'urgence (Samu, Smur, Urgences) : postes existants et postes vacants, typologie de ces postes, projection des mouvements, mise en adéquation de la demande et de l'offre, suivi de la résorption progressive du décalage entre les postes d'assistants proposés pour valider le post internat et les postes de praticiens hospitaliers qu'il faudra créer pour pérenniser ces médecins, suivi du passage des postes de PHC à PH

51. Respecter le référentiel des effectifs médicaux et non médicaux de Samu-Urgences de France ; ajuster les moyens en fonction de l'activité constatée dans les structures d'urgence
52. Rendre possible, par une bonne organisation et des effectifs adaptés, le travail non posté des médecins urgentistes
53. Garantir l'accès à la formation pour tous les urgentistes, en termes de disponibilité en temps, de ressources financières, d'accès à la simulation
54. Favoriser les programmes de recherche clinique dans toutes les structures d'urgences, en lien avec l'Université
55. Fédérer les structures d'urgence (Samu, Smur, Urgences) d'un même établissement, voire d'un territoire
56. Favoriser les postes à activité partagée en majorant de façon substantielle la prime multi-sites et en intégrant, pour les postes multi-sites, le temps de trajet dans le temps travaillé
57. Épargner à l'urgentiste la gestion de l'aval des Urgences en créant, hors de la structure des Urgences, une fonction hospitalière de gestionnaire des lits et de l'aval des Urgences, de telle sorte que l'urgentiste, dans ses heures de travail posté, se consacre entièrement à la prise en charge médicale de ses patients
58. Mieux assister l'urgentiste en confiant de nouvelles tâches aux infirmiers des structures d'urgence après avoir complété leur formation
  - sutures après examen médical de la plaie, protocoles (ex : douleur)
  - transports infirmiers interhospitaliers
59. Mieux assister l'urgentiste en développant les métiers appropriés, au sein de la structure des Urgences, des métiers de santé dédiés à des fonctions ciblées (ex : gestion de l'accueil hôtelier, secrétariat, accompagnement social)
60. Promouvoir la qualité de vie au travail dans les structures d'urgence en analysant de façon professionnelle les pénibilités actuelles et en les corrigeant une à une

**Les « 30 minutes » :**

**Comment assurer à tous**

**« l'accès en 30 minutes »**

**à une structure d'urgence**

---

- a. Par l'offre d'un juste soin (Dr Marc GIROUD, Pontoise)
- b. Des effecteurs médicaux d'urgence adaptés et bien répartis (Pr Pierre CARLI, Paris)
- c. Une organisation territoriale des Structures d'Urgence assurant la réponse de proximité (Pr Pierre Marie ROY, Angers)

# L'offre d'un juste soin, ou comment garantir l'accès en 30 minutes à des soins d'urgence

*Dr Marc GIROUD, Président de Samu-Urgences de France*

Le Président de la République a pris l'engagement de fixer « **un délai maximum d'une demi-heure pour accéder aux soins d'urgence** ».

Il s'agit de voir comment, concrètement, mettre ce principe en application.

## Controverse préalable

Garantir l'accès en 30 minutes à des soins d'urgence, pourrait être vu de trois façons caricaturalement opposées :

- Les **jusqu'au-boutistes** demanderaient que le territoire soit couvert de structures d'urgences fonctionnant dans un réseau suffisamment bien maillé pour que personne ne soit éloigné de plus d'une vingtaine de kilomètres d'un service des urgences « de proximité ».
- Les **pragmatiques** considèreraient qu'il y a, en fait, plusieurs niveaux de soins. Les patients hors de portée des soins médicaux spécialisés d'urgence auraient accès à des soins médicaux non spécialisés et les patients hors de portée des soins médicaux non spécialisés auraient accès à des soins infirmiers. Après tout, rien dans l'objectif ne précise qu'il s'agit de soins médicaux. Des « soins gradués » seraient donc, pour eux, la façon la plus efficace de satisfaire l'objectif.
- Les **modernistes** estimerait qu'une réponse peut être apportée non pas en 30 minutes, mais immédiatement, et en tout point du territoire, par la régulation médicale et la téléconsultation. Une réponse médicale à distance serait donc la solution « moderne ».

Pour résoudre cette controverse, nous avançons d'abord ces arguments :

- Les « soins gradués » seraient, en fait des « soins dégradés » pour la partie de la population concernée ; il n'est, en effet, en rien légitime de considérer que certains patients (dans les villes) auraient accès à des médecins spécialisés en médecine d'urgence tandis que d'autres (dans les campagnes reculées) auraient seulement accès à des infirmières ; le concept des « soins gradués » est donc totalement « non éthique ».
- La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (loi Kouchner) interdit toute discrimination en matière de santé ; le concept de « soins gradués » constituant, de fait, une discrimination envers les personnes isolées, serait donc, à ce titre, illégal, en plus d'être non éthique.
- Une situation de handicap justifie des actions fortes de solidarité ; en l'espèce le handicap territorial doit faire l'objet de mesures correctives et ne doit, en aucun cas, être aggravé par une discrimination organisationnelle dans l'accès aux soins médicaux.
- Il ne faut pas confondre deux choses, la première qui serait, dans certaines situations, de ne pas être en mesure de faire quelque chose que l'on voudrait faire et la seconde qui serait de conceptualiser le fait que, dans, tel ou tel cas, l'on renoncerait par principe

à le faire ; si, en effet, nul n'est tenu à l'impossible, chacun doit s'efforcer en toutes circonstances de venir en aide aux personnes qui le nécessitent.

- Enfin, prétendre appliquer l'engagement du Président de la République en dénaturant les termes serait une tromperie ; donner à la notion de « soins d'urgence » un sens démesurément large ne répondrait pas à l'exigence de progrès portée par cet engagement, à la fois sage et courageux ; il y a donc deux impostures interdites : la première serait de considérer la prise en charge d'un patient en urgence par une infirmière comme équivalente à celle effectuée par un urgentiste, la seconde serait de considérer la prise en charge par un urgentiste au téléphone comme suffisante.

Pour conclure cette controverse, nous proposons les principes suivants :

- L'objectif à viser est l'accès en 30 minutes à des soins médicaux spécialisés d'urgence sur l'ensemble du territoire national pour toute urgence vitale ou potentiellement vitale ;
- Les solutions pour garantir, dans les secteurs isolés du territoire national, l'accès en 30 minutes à une structure d'urgence devront être multiples, notamment antenne Smur, HéliSmur, Médecin Correspondant Samu (un programme particulier devant assurer la promotion de ces Médecins Correspondants Samu encore trop rares) ;
- La régulation médicale exercée par les Samu-Centres 15 doit être considérée comme un élément facilitateur et sécurisant de l'accès aux structures d'urgence pour les cas le nécessitant ; la téléconsultation étant une solution complémentaire.

## **La régulation médicale, prérequis pour garantir l'accès au juste soin**

L'accès en 30 minutes à des soins médicaux spécialisés d'urgence sur l'ensemble du territoire national pour toute urgence vitale ou potentiellement vitale suppose un dispositif de régulation pour adapter la réponse au besoin de santé du patient. En France, cette fonction est assurée par le médecin régulateur du Samu-Centre 15.

La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par le médecin régulateur d'un centre d'appels dédié aux urgences médicales, en réponse à la demande du patient lui-même ou d'un tiers.

L'acte de régulation médicale (comprenant notamment, après un interrogatoire médical, une ou des hypothèses diagnostiques et l'évaluation des risques de la situation en regard des bénéfices attendus des différentes prises en charge possibles) aboutit à la prescription du juste soin représentant la réponse la mieux adaptée à la demande, compte tenu de l'organisation en place, des ressources disponibles et du contexte.

La Haute autorité de santé a codifié cet acte médical. Elle prescrit notamment ceci pour les urgences potentiellement graves :

*« La mise en œuvre d'une équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation est d'autant plus anticipée si le patient se trouve dans un endroit éloigné ou difficile d'accès... » ... « Dans des conditions d'éloignement, le centre de régulation médicale fait intervenir, dans la mesure du possible, un médecin de proximité volontaire et formé dans l'attente de l'équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation envoyée simultanément. »*

## **Les données logistiques**

Les situations d'isolement doivent être définies selon des critères objectifs. Des études cartographiques et opérationnelles devront déterminer, sur des données factuelles, les points sensibles du territoire national. Des données logistiques devront étayer les décisions organisationnelles.

## **L'évaluation ex-ante et ex-post**

Une évaluation ex-ante sera nécessaire pour étudier, sur des cas types (ex : douleur thoracique, ou trouble neurologique soudain dans un habitat isolé) pris comme modèles, les performances des différentes organisations envisagées.

Une évaluation ex-post devra analyser, sur la base d'un registre où ils seront reportés, tous les cas où le délai d'accès à une structure d'urgence aura dépassé 30 minutes pour une situation d'urgence vitale ou potentiellement vitale.

# Les effecteurs médicaux d'urgence

*Pr Pierre CARLI, Samu de Paris*

Présenté par le Président de la République comme un des points forts de son programme pour la Santé, l'accès aux soins d'urgence a donné lieu à plusieurs précisions de la part de la Ministre de la Santé. Son discours lors de l'Hôpital Expo a clairement mis en exergue la notion « d'accéder à un médecin » et la notion de soins « personne ne devra se trouver à plus de 30 minutes d'un service de soins permettant la prise en charge de l'urgence » (Réf. Discours Marisol TOURAINE Hôpital Expo Mai 2012).

Cette volonté s'exprime donc dans un référentiel à 3 dimensions :

- la temporalité : 30 minutes
- la gravité : Urgence et urgence vitale
- la compétence : Soin Médical

Si, on considère les effecteurs présents dans le domaine de l'Aide Médicale Urgente, il est facile d'éliminer ce qui ne correspond pas à ces caractéristiques. Ainsi, l'absence de contact physique avec un médecin ne répond pas à cette demande. En effet, seul le médecin au contact du patient peut :

- Faire un diagnostic et prescrire des examens complémentaires s'y rapportant
- Mettre en œuvre un traitement adapté
- Orienter le patient vers un parcours de soins avec ou sans hospitalisation

Le contact téléphonique avec un médecin régulateur du Samu ou de la PDSA n'est donc pas suffisant même s'il est la porte d'entrée du parcours de soins d'urgence. L'intervention d'un infirmier est une réponse dégradée insuffisante car elle ne permet pas d'atteindre le niveau de soins évoqué. Enfin, même l'intervention d'un médecin de la PDSA, dans l'hypothèse où elle serait effectuée dans le délai de 30 minutes ne couvre pas totalement la prise en charge de l'urgence vitale.

Les contraintes financières qui s'exercent sur la Santé rendent illusoire toutes solutions inflationnistes de moyens, c'est donc bien du domaine de l'organisation des ressources existantes que les solutions doivent être recherchées.

Pour le Smur, l'optimisation de la répartition géographique peut être développée. La cartographie des Smur est souvent historique et liée à la présence d'hôpitaux. La restructuration des établissements hospitaliers n'a pas tenu toujours compte de son impact sur le Smur. Là où il a été nécessaire de regrouper des activités chirurgicales, notamment en urgence, il peut être nécessaire de maintenir voire d'implanter un Smur. La possibilité d'adosser des Smur à des



structures hospitalières légères n'a pas été vraiment expérimentée. Un hôpital local, une structure d'urgence hospitalière à fonctionnalité limitée (plateau technique de niveau 1, horaires d'ouvertures restreints) peuvent devenir la base d'un Smur qui a une logique territoriale forte. Le statut d'antennes Smur, actuellement surtout saisonnières peut être élargi.

L'augmentation du territoire couvert par les Smur est aussi une piste intéressante. La rationalisation des HéliSmur en fait partie. Le rapport du CNUH sur les moyens sanitaires hélicoptérés montre qu'il existe des pistes d'amélioration. Une meilleure régulation des hélicoptères effectuant des missions sanitaires coordonnées au niveau régional (ARS) par le Samu est un point important, qu'il s'agisse d'interventions primaires, ou de transferts à partir des structures de soins de proximité. L'intégration des hélicoptères sanitaires autres que les HéliSmur dans un schéma de fonctionnement régional (voire inter régional pour certaines zones frontières) est une autre piste.

Il faut aussi que les structures d'urgences s'adaptent aux vecteurs hélicoptérés. L'accessibilité des plateaux techniques de référence mais aussi la possibilité de poser un HéliSmur au contact de toutes les structures de soins de proximité peut être améliorée. Elle doit être intégrée à toute restructuration des services d'urgence. La possibilité de mettre en place des itinéraires sécurisés par des aides à la navigation aérienne permet de créer de véritables parcours fléchés pour l'HéliSmur entre ces structures.

*Régulation médicale unique, rationalisation des vecteurs, adaptation des hôpitaux sont nécessaires pour créer un dispositif régional qui potentialiserait l'action des Smur.*

Cependant, même optimisée la couverture territoriale des Smur ne pourra pas dans tous les territoires et dans toutes les circonstances garantir l'arrivée d'une équipe de réanimation pré hospitalière dans les 30 minutes.

Le développement d'intervenants médicaux associés au Smur est une solution pragmatique et moderne pour faciliter l'accès en urgence à un médecin.

Si, nous l'avons vu, un médecin de la PDSA ne rentre pas le plus souvent dans le cadre de la réponse en 30 minutes, le développement de Médecins Correspondants de Samu le fait. En effet, ces médecins agissant comme élément « avant-coureur » du Smur ont vu le jour dans certaines régions notamment en milieu rural et, dans les zones montagneuses (Réf. Présentation des MCS par F. BRAUN). Le Médecin Correspondant du Samu est un médecin généraliste qui a reçu une formation spéciale à la prise en charge des urgences y compris les urgences vitales les plus graves. Il dispose d'un matériel et de médicaments adaptés. Sa mission, dans le cadre de l'AMU, est reconnue et rémunérée. Il permet de réduire le temps d'accès à un médecin en cas d'urgence grave dans un site éloigné du Smur sans retarder l'intervention de celui-ci. Son intégration à l'AMU lui permet aussi de bénéficier du réseau de télécommunication et de maintenir un haut niveau de compétence par des stages en Smur et des formations CESU. Depuis 2007, les Médecins Correspondants de Samu sont reconnus comme des acteurs à part entière de l'AMU.

Le développement des Médecins Correspondants de Samu est potentiellement la meilleure réponse à apporter pour permettre dans un contexte de contrainte budgétaire, une meilleure

accessibilité aux soins d'urgences au meilleur coût. Cette évolution renforce aussi les liens entre la médecine ambulatoire et l'hôpital en associant de nouveaux médecins de proximité au réseau de l'AMU. Elle permet de sécuriser la phase initiale du parcours de soins des patients les plus graves, qui peuvent être pénalisés par leur éloignement des centres hospitaliers de référence.

### **En conclusion**

Permettre à tous d'accéder en moins de 30 minutes à une prise en charge médicale nécessite donc une réflexion régionale et une organisation des effecteurs de l'Aide Médicale Urgente. La recherche de solutions dégradées, notamment paramédicales, est un faux fuyant devant la nécessité de nouvelles organisations médicales. L'optimisation des Smur et surtout le développement des Médecins Correspondants de Samu sont possibles. Ils sont le gage d'efficacité et de qualité des soins.

# Une organisation territoriale des structures d'urgence assurant la réponse de proximité

*Pr Pierre-Marie ROY, L'UNAM Université, Angers, France.*

*Département de Médecine d'Urgence, CHU d'Angers, 4 rue Larrey - F-49933 Angers cedex 9.*

Assurer une réponse de proximité aux situations d'urgence sanitaire sur l'ensemble du territoire national est un enjeu majeur en terme d'équité, de qualité et d'efficacité du service médical rendu. Cela ne peut se concevoir sans une réflexion sur les urgences, les structures d'urgence et leurs articulations en particulier sur la notion de structures de proximité et l'organisation de la permanence et de la continuité des soins en médecine ambulatoire comme en établissement de santé.

## Vous avez dit urgence(s) ?

Le terme d'urgence est utilisé dans de multiples situations avec des significations variables. Une urgence médicale pourrait être définie comme toute situation où l'absence de prise en charge rapide (quelques heures) pourrait avoir des conséquences physiques ou psychiques durables.

Cette définition montre ou confirme que, dans la majorité des cas, pour un individu donné, l'urgence ne peut être reconnue qu'après une évaluation médicale. Cette évaluation est un des rôles spécifiques des Samu-Centres 15. C'est aussi un rôle important des structures des Urgences en particulier pour les personnes consultant spontanément ou emmenées / adressées par leur entourage, les sapeurs-pompiers, le personnel soignant d'une EHPAD...

En plus de ce rôle d'évaluation, le cœur de la mission des structures d'urgence est de prendre en charge les urgences (qualifier, agir, orienter) en pré hospitalier (Smur) ou en hospitalier (SU). Cette prise en charge relève d'une grande diversité, pouvant nécessiter le recours à des moyens techniques et humains lourds et complexes comme à des moyens simples.

Pour finir, et point majeur, le rôle des structures des Urgences n'est pas limité à la prise en charge des situations d'urgence telles que définies préalablement. En effet, cette définition exclut une grande partie de la traumatologie non chirurgicale et nombre de pathologies douloureuses et/ou angoissantes pour les patients mais sans gravité réelle sur le plan médical (classées CCMU 1).

La société américaine de Médecine d'Urgence définit la mission d'un service d'urgence comme « l'évaluation et la prise en charge de toute situation médicale pour laquelle une personne, sans formation spécifique, pense que des soins médicaux immédiats sont requis ».

Ainsi, le caractère approprié d'un recours à une structure d'urgence est lié à l'organisation des soins et aux possibilités de programmation rapide et non pas au niveau d'urgence ou de gravité.

C'est dans ce contexte que la question de l'organisation territoriale des structures d'urgence se pose, chaque personne pouvant prétendre à une réponse rapide à sa demande de soins non programmés par une structure d'urgence de proximité.

## Structures de proximité ?

La notion de structure de proximité est omniprésente dans les débats sur les urgences sans pour autant que soit défini ce qui est ou n'est pas une structure de proximité. Le décret du 22 mai 2006 a remplacé les notions d'UPATOU, de POSU et de SAU par celle de Structures des Urgences sans catégorisation. La pratique de la médecine d'urgence est certes identique en tout point du territoire mais derrière l'entité structure d'urgence et de Structure des Urgences (SU), se cachent des réalités très différentes en termes d'organisation, d'activité, de soins et de coût.

Prenant en compte 5 grands axes (U : accueil des Urgences, H : Hospitalisation, P : Prises en charge chirurgicales et spécialisées, S : activité Smur, T : plateau Technique), Samu -Urgences de France, a élaboré la classification UHPST. C'est un outil de description des structures d'urgence qui permet de mettre en évidence 3 niveaux possibles.

### **Le niveau 1 dit "de proximité"**

Cette structure d'urgence peut recevoir toute urgence, en entrée directe ou après régulation, pour une prise en charge complète des situations simples et pour la stabilisation des situations graves ou complexes (SAUV). Le secteur d'hospitalisation peut être limité à une UHCD ou ZSTCD (zone de surveillance de très courte durée). Cette structure comporte le plus souvent un Smur permettant les interventions primaires et fonctionne 24/7. Le plateau technique comporte au minimum pour l'imagerie, la radiologie conventionnelle, l'échographie et, si possible, le scanner (éventuellement avec télé-imagerie) et pour la biologie, un laboratoire sur place ou de biologie délocalisée et/ou organisé par convention avec un laboratoire privé permettant de réaliser les examens de biologie courante et d'urgence (ionogramme, troponine, numération globulaire, groupe sanguin, hémostase...) 24/7. Les prises en charge chirurgicales et spécialisées s'appuient sur la présence du médecin urgentiste, la possibilité d'avis spécialisés à distance et une organisation territoriale visant le plus souvent à un transfert vers un niveau 2 ou un niveau 3.

### **Le niveau 2 dit "d'appui"**

La structure de niveau 2 dite "d'appui" peut recevoir toute urgence en entrée directe ou après régulation mais elle assure la prise en charge de toutes les urgences hors filière spécialisée spécifique. Elle dispose donc d'une large SAUV. Le Smur est fonctionnel 24/7 et assure les primaires comme les secondaires et l'organisation des transferts inter hospitaliers. Le plateau technique comporte au minimum pour l'imagerie, la radiologie conventionnelle, l'échographie et le scanner et pour la biologie, un laboratoire sur place fonctionnant 24/7. Les prises en charge spécialisées sont possibles 24/7 en chirurgie viscérale et traumatologique, cardiologie, pédiatrie, et neurologie. L'hospitalisation d'urgence comprend au minimum : ZSTCD/UHCD + USC et réanimation polyvalente.

### **Le niveau 3 dit "de recours"**

Le niveau de recours correspond à une structure de niveau 2 avec de plus, une ou plusieurs filières spécialisées spécifiques dans le cadre d'une organisation régionale voire interrégionale. La structure d'urgence de niveau 3 assure la prise en charge de toutes les urgences et des filières spécialisées spécifiques. L'activité Smur et l'organisation des transferts inter hospitaliers

est assurée H24 et J7 dans le cadre d'un Samu avec CRRA-Centre 15. Le plateau technique comporte l'imagerie conventionnelle et l'imagerie spécialisée (IRM, imagerie vasculaire H24 et J7). La biologie médicale est réalisable sur place H24 et J7. La prise en charge chirurgicale et spécialisée concerne toute chirurgie et activité spécialisée médicale avec une hyperspécialisation dans un ou plusieurs domaines précis : neurochirurgie, brûlés, "trauma center", chirurgie de la main, greffe, oxygénation hyperbare. L'hospitalisation concerne toutes les disciplines, y compris de réanimation.

Par définition une structure d'urgence de niveau 3 accueille et prend en charge les patients relevant d'une structure de niveau 2 qui accueille et prend en charge des patients relevant d'une structure de niveau 1. Ainsi, toutes les structures d'urgence ont une activité de proximité.

### Articulation territoriale ?

L'organisation territoriale se heurte à deux logiques contradictoires :

- avoir dans chaque commune une structure des urgences et si possible de niveau 3 (qui peut le plus, peut le moins),
- limiter au maximum l'offre de soins d'urgence en regroupant les professionnels au sein de très grandes structures afin de limiter les coûts.

Sans mésestimer ces points de vue, l'analyse des professionnels de l'urgence vise en priorité la qualité et le juste soin.

Les structures des urgences sont en pratique, souvent la seule solution pour répondre à une demande/un besoin de soins non programmés, y compris pour les soins dits de premiers recours (même l'accès aux maisons médicales de garde est filtré). Leur diminution aurait ainsi des conséquences délétères immédiates sur cette réponse...

Inversement, les risques des structures de proximité doivent aussi être analysés : difficulté à recruter des Urgentistes et plus généralement des médecins et à maintenir un haut niveau de compétence, de performance et d'efficacité. La structure de proximité peut ainsi apparaître comme un maillon inutile vis-à-vis du recours direct à une structure de niveau 2. Vis-à-vis de ces risques, plusieurs pistes de réflexions ont été soulevées mais la première constatation est que le maintien / la création d'une structure d'urgence doit être assujéti à l'obtention et au maintien d'un niveau de compétence et de performance.

Pour cela, la mise en place de postes d'urgentiste à activité partagée entre deux structures d'urgence de niveaux différents, est probablement la piste à privilégier : maintien des compétences par l'activité, maintien de la polyvalence, meilleure connaissance mutuelle et meilleure efficacité du réseau territorial. Elle nécessite que les deux structures aient des organisations et des modalités de gestion du temps compatibles, que l'activité médicale soit contractualisée de façon transparente, équitable entre les structures et entre les médecins et que la mise en place des postes à activité partagée soit progressive sur la base du volontariat pour les anciens.

Enfin et surtout, pour être cohérente, une organisation territoriale des urgences doit inclure dans son champ d'analyse l'ensemble de l'offre de soins - en amont, autour et en aval des structures d'urgence.

- En amont : c'est l'organisation de la médecine générale et spécialisée ambulatoire ; ce sont les capacités d'accueil non programmée et de programmation.
- Autour : ce sont les autres structures d'urgence et de soins, leur niveau selon la classification UHPST, les moyens de communication (transport terrestre, hélicopté ...) et les procédures de suppléance et d'entraide.
- En aval : ce sont les capacités d'hospitalisation non programmée et de programmation, mais aussi de consultations rapprochées, d'accès/retour dans les EHPAD, SSR, HAD et d'aides à domicile, sans omettre les moyens de transport.

Nous pouvons ainsi définir plusieurs niveaux d'articulation territoriale des structures d'urgence :

- 1 L'articulation entre les structures d'urgence d'un même établissement de santé : premier niveau obligatoire d'une organisation cohérente, la création d'une seule entité de type département de médecine d'urgence garantissant l'efficacité de la structure.
- 2 L'articulation entre les structures d'urgence d'un même territoire de santé : ce deuxième niveau doit permettre à ce qu'une structure de niveau 1 soit toujours reliée à une structure de niveau 2 ou 3.
- 3 L'articulation entre les structures d'urgence et les établissements de santé : ce troisième niveau est celui qui détermine la qualité des prises en charge spécialisées mais aussi et surtout l'aval des urgences.
- 4 L'articulation entre les structures d'urgence et les professionnels de médecine ambulatoire : ce dernier niveau est déterminant dans le recours aux structures des urgences et dans la réponse immédiate avec les Médecins Correspondant Samu par exemple.
- 5 L'articulation entre les structures d'urgence et l'ensemble des « partenaires », sapeurs-pompiers, ambulances, services sociaux, police et gendarmerie, etc. : de lui va dépendre la fluidité de l'organisation territoriale

## CONCLUSION

L'organisation de la réponse de proximité aux situations d'urgence est un enjeu majeur pour la Médecine d'Urgence et pour la société.

Elle nécessite d'aborder cette problématique sans tabous ni préjugés en reconnaissant les différents niveaux des structures d'urgence, en analysant chacune des pistes possibles entre la fermeture et la mise à niveau et en regardant l'ensemble de l'offre de soins non programmés, en amont, autour et en aval des structures d'urgence.

## RÉFÉRENCES

1. Durand AC, Gentile S, Devictor B et al. ED patients: how urgent are they? Systematic revue of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med.* 2011; 29: 333-345
2. ACEP. Definition of an emergency service. *Ann Emerg Med.* 2009; 54: 143.
3. Circulaire 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. *Journal Officiel d'avril 2003*
4. Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

# Comment

## « désengorger »

### les Urgences ?

---

- a. Un bon usage des Urgences (Pr Bruno RIOU, Paris)
- b. Une organisation des flux au sein des urgences (Dominique PATERON, Paris)
- c. Une gestion des lits d'aval assurée par l'établissement de santé (Pr Jean Emmanuel de LA COUSSAYE, Nîmes)



## Le bon usage des urgences

*Pr Bruno RIOU. Service d'accueil des urgences, CHU Pitié-Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Université Pierre et Marie Curie-Paris 6, Paris*

Les urgences sont devenues une préoccupation centrale des politiques, des médias, des administrateurs de la santé et des experts de l'organisation de la santé. Cet intérêt croissant pourrait satisfaire les urgentistes s'il ne prenait une direction inquiétante qui semble à la fois se fourvoyer (mauvais traitement !) et constituer une erreur d'analyse profonde de l'évolution de notre système de soins (mauvais diagnostic !). Aujourd'hui tout le monde semble se focaliser sur le flux des patients qui se présentent aux urgences. Tel député se proposait de résumer l'évaluation des services urgences à la mesure du temps de passage des patients. Telle Agence Régionale de Santé (ARS) se propose de mettre au cœur de sa stratégie la baisse du recours aux urgences. Tel colloque sous le haut patronage de la Ministre des Affaires sociales et de la santé vient de mettre à son programme le thème « Urgences : entrée interdite ». Même l'enquête prochaine de la DREES se propose d'étudier en priorité les motifs de recours aux urgences. Bref il y a trop de patients aux urgences, ils n'ont rien à y faire, ils attendent trop longtemps. Et cela alors même que l'analyse de la littérature scientifique montre l'inanité de la notion de « patient non urgent » aux urgences (1).

Pourtant, le flux de patients n'est pas le problème majeur des urgences aujourd'hui. Le problème majeur est de trouver des lits d'hospitalisations pour des patients qui ne peuvent plus ou pas être pris en charge en médecine ambulatoire. Le scandale c'est tous ces patients qui passent parfois 24 à 48 heures sur un brancard aux urgences dans des conditions inhumaines et qui constituent sur le plan médical une véritable perte de chance, surtout pour les plus âgés, ce qui n'empêche pas les hôpitaux de facturer cette « prestation » au prix fort. L'énergie que dépensent les équipes des urgences pour trouver des lits, véritable travail de Sisyphe, peu valorisant et épuisant, détourne une partie non négligeable du temps médical et paramédical qui pourrait être consacré plus utilement à la prise en charge. Mais qui se préoccupe de ce problème ?

Vouloir réduire le nombre de patients qui se présentent aux urgences peut paraître parfaitement logique avec des arguments imparables comme la nécessité de revaloriser la médecine ambulatoire, de favoriser l'interaction ville-hôpital, de développer l'hospitalisation à domicile, toutes choses belles et bonnes. On se trompe juste de point d'impact et de stratégie. C'est comme si devant les foules qui se présentent à Pôle Emploi (trop nombreuses, qui n'ont rien à y faire ou pour qui on ne peut rien faire, qui attendent trop !), on décidait des mesures pour les empêcher de s'y rendre, oubliant juste les raisons qui produisent de nouveaux chômeurs et celles qui les empêchent de retrouver du travail. Vouloir diminuer le nombre de patients qui se présentent aux urgences, c'est supposer qu'il existe une alternative, en fait le plus souvent absente du fait de l'effondrement progressif et inquiétant de la médecine générale libérale et qui ne peut que s'aggraver dans les années qui viennent. C'est supposer que les patients peuvent trouver un accès facile à un spécialiste, sans dépassement d'honoraire, ne serait-ce que pour une simple radiographie. C'est supposer qu'un médecin libéral peut faire hospitaliser facilement un patient qui ne rentre pas dans les cases rentables de la T2A, et ils sont nombreux. C'est supposer qu'un psychiatre a d'autres solutions que d'adresser son patient aux urgences en cas de crise. Le flux des patients qui consultent aux urgences est un

symptôme des dysfonctionnements de notre système de santé. Il faut s'attaquer à ces dysfonctionnements et non au symptôme. Vouloir créer une maison de médicale de garde (MMG) c'est une bonne chose si l'objectif est d'améliorer l'offre de soins de médecine ambulatoire et son évaluation doit se faire sur ce critère. C'est une erreur si l'objectif est de diminuer le flux aux urgences. D'ailleurs, les MMG n'ont jamais diminué le flux de patients aux urgences. La médecine a évolué et la volonté de réduire le flux de patients aux urgences n'est guère compatible avec les campagnes de sensibilisation du grand public aux douleurs thoraciques pour la prise en charge des infarctus du myocarde ou celle sur les accidents vasculaires cérébraux (faites le 15 !). Il est préférable d'accueillir « inutilement » dans un service d'urgence 10 patients ayant une douleur thoracique bénigne pour permettre de mettre le patient ayant un infarctus du myocarde à temps entre les mains du cardiologue interventionnel.

Et si on changeait de paradigme : les urgences sont une solution et non un problème (2). Il convient d'abord de remarquer que le recours croissant aux urgences n'est pas propre à la France mais se retrouve dans la plupart sinon tous les pays (2). D'ailleurs le temps d'attente dans les urgences françaises se compare favorablement avec ce qui se passe dans d'autres pays et non des moindres. Notre système de santé, comme celui d'autres pays, a évolué en modifiant profondément la médecine ambulatoire d'une part et le secteur hospitalier d'autre part. L'hôpital s'est concentré et se concentrera encore plus autour de plateaux techniques lourds, s'est converti à l'hôpital de jour et de semaine, s'est rempli jusqu'à dépasser le seuil de remplissage critique au-delà duquel il n'y a plus de marges de manœuvre pour les imprévus. Face à cette évolution, les urgences modernes jouent un rôle croissant, véritable centre de tri et d'orientation des patients (le « hub »), dont le fonctionnement est devenu vital pour l'ensemble. Les services médico-chirurgicaux n'ont plus les moyens de gérer leurs propres urgences et heureusement que les urgences et leur UHCD sont là pour y pallier. Le débat sur la médecine ambulatoire en nuit profonde est probablement déjà clos même si tous les acteurs ne l'ont pas encore compris. Seules les structures d'urgences (Samu-Centre 15-Smur-service des urgences) seront présentes demain pour les prendre en charge. Les Samu-Centre 15 jouent un rôle crucial dans la réponse immédiate qui peut être apportée à un appel et l'orientation des patients et ce rôle ne fera que s'accroître avec les restructurations hospitalières inévitables en cours, que ce soit pour des raisons de raréfaction des plateaux techniques de plus en plus complexes, des raisons économiques ou de démographie médicale. Il est contreproductif et dangereux que cette activité essentielle soit la cible d'ajustement budgétaire ou de politiques visant à en diminuer l'activité.

Notre système de santé connaît des difficultés importantes et la crise ne laisse guère d'espoir sur des augmentations de moyens. Les urgences peuvent et doivent s'améliorer. Encore convient-il de ne pas se tromper de diagnostic ou de traitement, de ne pas réformer les urgences alors que les problèmes sont en amont et en aval.

#### **Références :**

1. Durand AC, Gentile S, Devictor B, et al. ED patients: how non urgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med* 2011; 29: 333-45
2. Schuur JD, Venkatesh AK. The growing role of emergency departments in hospital admissions. *N Engl J Med* 2012; 367: 391-3

# Une organisation des flux au sein des urgences

*Pr Dominique PATERON. Service des Urgences, CHU Saint-Antoine, Université Paris 6*

Plusieurs études ont montré que plus d'un service d'urgence sur deux fonctionnent en suractivité, c'est-à-dire qu'il ne pouvait pas, de façon répétée, prendre en charge les malades dans les conditions optimales et sans délai d'attente prolongé. L'allongement du temps de prise en charge médicale retentit sur la qualité des soins, la satisfaction des patients et la productivité des professionnels de l'urgence. L'incapacité des services de prendre en charge rapidement les malades n'est pas constante et les périodes de suractivités dans la journée et dans la semaine sont assez reproductibles. Les problèmes à résoudre sont multiples pour améliorer cette situation. Ils concernent l'amont et surtout l'aval des services d'urgences. Cependant, l'organisation interne des services influence également la fluidité de passage des patients. Cette organisation doit répondre à des critères réglementaires et des bonnes pratiques recommandées par les sociétés savantes. Des pistes d'amélioration de l'organisation ont été proposées et certaines ont été étudiées par une démarche scientifique d'évaluation. Elles nécessitent le plus souvent la concentration de moyens sur une filière de prise en charge dont les effets retentissent sur l'ensemble de la fluidité du service. Nous nous intéresserons particulièrement à ces pistes en les présentant succinctement et en analysant les données les concernant. Elles s'inscrivent dans le parcours du patient dans la structure des urgences qui comprend sa présentation initiale, son enregistrement, le tri du patient, l'évaluation médicale et l'orientation du malade en particulier en cas d'hospitalisation.

La présence d'une Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA) est une recommandation professionnelle bien qu'elle ne fasse pas partie des obligations des derniers décrets. Cette infirmière joue un rôle essentiel dans le tri de gravité et donc dans l'attente des patients avant d'accéder à l'évaluation médicale.

Le rôle de l'architecture des services est important dans la mesure où il doit conjuguer la surveillance des patients présents sur le site et les différentes étapes de la prise en charge. La SFMU a émis des recommandations précises. La notion de marche en avant évitant le retour du patient vers une zone déjà empruntée est intéressante. Malheureusement, les délais de construction ou de rénovation des services après leur conception sont de plusieurs années : parfois, les recommandations ou concepts sur lesquelles elles se sont appuyées sont devenues caduques.

- **Filière rapide de prise en charge** : elle concerne les malades ne présentant pas un risque vital immédiat et n'ayant pas besoin d'examens complémentaires nécessitant un délai important (>1 heure). Cette prise en charge rapide des malades les moins lourds peut paraître paradoxale dans la mesure où elle accélère la prise en charge des malades qui en auraient le moins besoin. Les études ont montré que la fluidité globale du service s'améliorait profitant ainsi à l'ensemble des patients. Cette filière s'applique particulièrement à la traumatologie courante.
- **Asseoir les patients qui peuvent l'être** : l'arrivée des patients en ambulance ou amenés par les pompiers se fait presque exclusivement en position couchée. Le maintien du malade sur un brancard alors que son état ne le justifie pas est source d'une mobilisation plus contraignante, consommant du temps paramédical inutile

- **Prise en charge protocolisée de certaines pathologies.** Les pathologies concernées doivent être repérées facilement. L'IOA n'est pas censé faire de diagnostic. Cette prise en charge concerne la douleur, la prescription anticipée de radiographie. Elle est basée sur des protocoles de service.
- **Mise en place d'un médecin de tri à l'accueil.** Cette solution nécessite la mobilisation d'un médecin et ne peut être appliquée que lorsque le flux est tel qu'il justifie la présence de plusieurs médecins au SAU. La fiche de mission de ce poste doit être précise. L'implication et l'adaptation du médecin à ce poste sont nécessaires. Il doit participer au tri, à l'orientation rapide du malade vers la radiographie et la prise en charge de certains malades tout en assurant la coordination du service et la relation médicale avec l'environnement du service.
- **Amélioration des délais de réalisation des examens complémentaires :** le délai d'obtention des examens complémentaires est un élément important du temps de passage. Une simplification du circuit d'obtention de l'examen ou d'appareils dédiés à la prise en charge des malades urgents concourent à sa réduction. Il s'agit des examens radiologiques en particulier le scanner et l'IRM et les examens de biologie délocalisée.
- **Informatisation du parcours patient :** Elle concerne l'enregistrement, l'horodatage de différentes phases du parcours et la mise en place de sentinelles informatiques.
- **Adaptation des effectifs au flux :** Cette adaptation passe par une connaissance précise des flux dans la journée et sur la semaine et selon les périodes de l'année. Elle concerne également l'arrivée d'un afflux important inopiné de patients. Cette adaptation nécessite une « flexibilité » du travail parfois difficile à conjuguer avec les conditions de travail déjà pénibles des personnels des urgences. Cette adaptation des personnels peut se conjuguer avec une modulation des zones de soins.
- **Hospitalisations anticipées :** Certaines hospitalisations nécessaires mais non urgentes pourraient être anticipées, mais en l'absence d'une procédure efficace, les patients passent le plus souvent par les urgences. L'organisation d'un réseau impliquant les médecins généralistes, les services hospitaliers et l'évaluation des lits disponibles dans l'hôpital pourrait permettre d'attribuer le plus rapidement possible le lit adéquat. Ceci permettrait une meilleure occupation des lits disponibles en évitant un passage inutile aux urgences. Un PHRC est actuellement en cours pour tester l'hypothèse du bénéfice d'une telle procédure. Un raisonnement similaire peut concerner les consultations spécialisées.

Ce dernier exemple montre que le service des urgences n'est pas l'hôpital dans l'hôpital mais qu'une bonne fluidité de nos structures dépend avant tout de l'implication de l'hôpital dans son ensemble.

#### Références:

1. WilerJL, Gentle C, Halfpenny JM et al, Optimizing Emergency Department Front-End Operations. Ann Emerg Med. 2010;55:142-160.
2. Infirmière organisateur de l'accueil, référentiel SFMU, 2004.  
<http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/ia2004.pdf>
3. Architecture des services d'urgences, Recommandations de la SFMU, 2004  
[http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/recom\\_sfm\\_archi\\_service\\_urg.pdf](http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/recom_sfm_archi_service_urg.pdf)

# Une gestion des lits d'aval assurée par l'établissement de santé.

**Dr PG CLARET, Pr JE de LA COUSSAYE**

Division Anesthésie Réanimations Douleur Urgence et Samu 30 - CHU de Nîmes

La surcharge des services d'urgence est un facteur prédictif indépendant d'augmentation de la morbidité (*Bernstein et al, 2009 ; Kulstad et al, 2010*). Lorsque l'hôpital est lui-même saturé, la mortalité augmente également, indépendamment de l'âge et de la gravité des patients (*Richardson et al, 2006 ; Sprivulis et al, 2006*). Ces deux constatations méritent que toutes les parties prenantes notamment la communauté médicale en prennent conscience et que l'on s'en préoccupe sérieusement ! Le temps de passage aux urgences est également directement corrélé au taux d'occupation des lits de l'établissement et devient particulièrement critique lorsqu'il excède 90% (*Forster et al, 2003*). En d'autres termes, les dysfonctionnements des urgences ne sont que la partie visible de l'iceberg et ne font que mettre en évidence ceux de l'établissement. Il n'existe pas une seule solution pour trouver des lits pour les patients des urgences mais plusieurs « petits » moyens directement liés à la multiplicité des causes de cette surcharge.

## Le constat et les causes

Les malades des urgences qui sont en attente d'hospitalisation sont bien évidemment des sujets âgés, et/ou dépendants et polypathologiques ; « ceux dont personne ne veut » parce qu'à DMS prolongée et les moins rentables en terme de T2A. Une étude anglaise (*Imison et al, 2012*) a comparé les territoires de santé ayant soit la plus basse ou la plus grande utilisation de lits à partir des urgences ou la plus importante réduction d'utilisation de ces lits en quelques années. Les territoires à haute utilisation sont plus citadins que ruraux mais il est important de noter que la DMS est également plus élevée dans ces territoires à haute utilisation de même que le délai d'admission en établissement de longue durée. A l'inverse, les territoires qui ont le plus réduit l'utilisation des lits à partir des urgences ne l'ont pas fait en réduisant le nombre d'admissions mais en réduisant la DMS. Ceci laisse suggérer que les capacités d'adaptation des hôpitaux puissent être meilleures lorsqu'il y a la volonté de tous les intervenants que celles des différents éléments extra-hospitaliers. Les territoires au taux d'admission les plus bas sont ceux qui ont une organisation extra-hospitalière (organisation des soins externes, accompagnement, HAD...). Ce sont également les territoires de santé ayant les plus fortes densités de sujets âgés qui ont le taux d'admission à partir des urgences le plus bas et la DMS la plus courte. La notion de parcours du patient, de filières et de réseau incluant des relations privilégiées entre tous les intervenants à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital apparaît comme fondamentale. Ainsi le principe d'une hospitalisation ciblée et programmée incluant l'organisation des soins post-hospitaliers et de l'environnement du domicile est toujours meilleure que la trop facile décision « d'envoyer » aux urgences. Les auteurs constatent un taux de réadmission plus bas et une meilleure satisfaction des usagers dans les territoires de santé ayant les taux d'hospitalisation en urgence les plus bas ou une réduction importante de ce taux. Enfin, des facteurs plus connus interviennent comme la précarité, la dépendance et l'éloignement géographique.

D'autres éléments sont également incriminés comme la réorganisation de la permanence non permanente des soins ambulatoires où il est plus facile d'envoyer une ambulance pour amener le sujet âgé se faire examiner aux urgences. Les changements brutaux et les différentes attentes sur un brancard sont autant d'éléments qui augmentent la morbidité et génèrent une hospitalisation qui, au départ, aurait peut-être pu être évitée (*Ouslander et Berenson, 2011*).

## L'ébauche de solutions

Les solutions sont multiples, elles sont intra- et extra-hospitalières. Au niveau pré-hospitalier, l'accompagnement médico-social des sujets âgés, des maladies chroniques peut éviter une hospitalisation par l'intermédiaire des urgences en traitant précocement une complication, avant sa décompensation. La mise en place facilitée et rapide d'une HAD en est l'un des moyens. La mise en place de filières de soins spécifiques shuntant les urgences relève de l'action intelligente où tout le monde est bénéficiaire, surtout le malade. Transformer une hospitalisation non régulée en passant par les urgences en une hospitalisation programmée à court terme relève de la régulation médicale des urgences et témoigne encore, si besoin était, de la nécessité que cette régulation soit médicale, hospitalière, et basée à l'hôpital. Cela est particulièrement important dans les EHPAD où le rôle du médecin coordonnateur pourrait être renforcé, notamment dans le suivi des pensionnaires.

Il est par contre illusoire de penser que les hospitalisations à partir des urgences puissent être diminuées dès lors qu'on en réglemente l'accès (*Kellermann et Weinick, 2012*) en imposant, notamment, le recours au médecin traitant ou les maisons médicales de garde. C'est d'une part dangereux pour la population, mais c'est surtout inadapté puisque cela concerne essentiellement des patients qui ne nécessiteront pas d'hospitalisation ou qui n'arrivent pas à avoir facilement accès à la médecine libérale.

Au niveau du MCO, de nombreuses solutions existent et ont déjà été proposées dans le chapitre « Hôpital en tension » du guide du plan blanc. Elles relèvent surtout de moyens de crise, et, *in fine*, c'est la déprogrammation d'abord sélective puis massive qui traite de cette crise.

En fait, régler en amont de la crise la surcharge des urgences ne relève pas d'une problématique spécifique des urgences mais doit l'être dans le cadre d'une politique globale d'établissement. La baisse de la morbi-mortalité liée à la surcharge relève des premiers fondamentaux de l'éthique médicale. Le malade hospitalisé doit être considéré par tous les intervenants hospitaliers comme ayant eu une vie avant, mais surtout après son hospitalisation en MCO. Ceci veut dire que tout doit être fait pour qu'il ait une DMS la plus courte possible compatible avec son état. Ceci passe par une programmation optimisée et réfléchie des examens complémentaires, par privilégier, chaque fois que possible, le recours aux hôpitaux de jour, de semaine, l'HAD et la médecine ou la chirurgie ambulatoire. En cas de retour difficile à domicile, c'est anticiper d'emblée un séjour en SSR ou dans des structures intermédiaires, voire une adaptation du domicile. Ainsi, raccourcir l'hospitalisation permet de répondre à de nombreux objectifs pour une fois convergents : diminution des risques liés aux soins, prise en charge de malades supplémentaires donc amélioration de la qualité et de l'accès aux soins et augmentation de l'activité, si bien que tout le monde devrait être satisfait si toute la communauté hospitalière acceptait de changer et d'admettre ce paradigme.

L'augmentation du nombre de lits a un coût non négligeable ; elle ne règle souvent que trop temporairement le problème et ne devrait s'envisager que si elle est vraiment nécessaire et à la

seule condition que la DMS ne s'allonge pas. A l'inverse, diminuer le nombre de lits dans le cadre de restructurations et de regroupements hospitaliers se fait toujours aux dépens des malades des urgences pour préserver les capacités d'accueil des malades programmés ! Enfin, lorsque l'on étudie sur plusieurs années les flux d'admission aux urgences d'un même établissement, il apparaît que les variations des flux sont parfaitement prévisibles, reproductibles, pathologie par pathologie en dehors d'afflux épidémiques exceptionnels. Ceci signifie que les entrées programmées devraient être régulées en fonction des flux prévisionnels des urgences et non l'inverse, les UHCD se chargeant « d'éponger » les variations et les hospitalisations courtes.

Ainsi, créer une délégation médico-administrative, incluant la commission des admissions non programmées, étudiant les causes et recherchant des solutions en cas de séjours prolongés en MCO pourrait être une des solutions. Elle permettrait également d'étudier toutes les difficultés d'interfaces entre le MCO, les moyens et longs séjours et les structures médico-sociales. Dotée d'un pouvoir médico-administratif délégué, elle pourrait améliorer l'aval des urgences et donc la fluidité pour tous les patients. Ainsi, *Howell et al (2008)* ont montré à Baltimore qu'en créant une régulation médico-administrative active des ressources en terme de lits et de dispatching de ces ressources, les délais d'hospitalisation à partir des urgences s'étaient raccourcis de  $98 \pm 10$  minutes sans modifier les délais de prise en charge des consultants externes. Le nombre de détournements d'ambulances vers d'autres hôpitaux au motif d'urgences surchargées ou de services de réanimation complets avait diminué respectivement de 6% et 27%.

En conclusion, les hôpitaux publics vivent avec le paradoxe permanent de ne pas être en déficit budgétaire tout en ayant des lits vides donc non « rentables » pour accueillir sans distinction les malades des urgences. De plus, il faut éviter la déprogrammation des malades « programmés » lorsque les urgences sont surchargées, car il y a risque de perte de chance et inégalité des chances par rapport aux établissements qui ne reçoivent pas ou qui sélectionnent les urgences. Nous devons changer de paradigme. C'est plus facile à dire qu'à faire !

## Références

1. Bernstein SL et al. Acad Emerg Med **2009** ; 16 : 1-10
2. Forster AJ et al. Acad Emerg Med **2003** ; 10 : 127-33
3. Howell E et al. Ann Intern Med **2008** ; 149 : 804-11
4. Imison C et al. The King's Fund **2012** ; August : 1-24
5. Kellermann AL, Weinick RM. N Engl J Med **2012** ; 366 : 2141-3
6. Kulstad EB et al. Am J Emerg Med **2010** ; 28 : 304-9
7. Ouslander JG, Berenson RA. N Engl J Med **2011** ; 365 : 1165-7
8. Richardson DB et al. MJA **2006** ; 184:213-6
9. Sprivilis PC et al. MJA **2006** ; 184:208-12



# Comment assurer un bon emploi des ressources ?

---

- a. Des financements vertueux (Dr François BRAUN, Metz)
- b. Des coopérations entre structures d'urgence (Dr Pierre MARDEGAN, Montauban)
- c. Une cohérence de pilotage des moyens sanitaires (Pr Paul PETIT, Lyon)

# Des financements vertueux pour assurer un bon emploi des ressources.

**Dr François BRAUN.** Service des Urgences, Smur, Samu 57 - CHR Metz-Thionville

## Etat des lieux

### Un concept général

Les activités d'urgence sont soumises à autorisation de l'Agence Régionale de Santé. Par cette autorisation, l'Etat reconnaît le rôle essentiel de ces structures dans l'organisation de l'offre de soins d'urgence et donc leur nécessité. Cette activité d'urgence relève essentiellement du Service Public Hospitalier mais également de quelques structures des urgences privées.

En 2011 (sources SAE) :

- les 649 structures des urgences ont accueilli 18 535 120 patients,
- les 3911 lits d'UHCD ont généré 1 415 533 RUM,
- les 407 Smur ont assuré 742 745 missions,
- 90 Samu-Centre 15 ont reçu 17 547 636 appels et généré 12 012 521 Dossiers de Régulation.

Pour simplifier, sur une année, plus d'un français sur 4 a eu recours à une structure des urgences et 1 sur 4 a fait appel au Samu-Centre 15 ... On conçoit mieux ainsi l'importance de ces services dans le paysage sanitaire français.

Pourtant, ces structures d'urgences sont généralement sous dotées et leur mode de financement est obscur. C'est pourquoi Samu-Urgence de France a interpellé le Ministre de la Santé lors du Congrès « Urgences 2011 », interpellation qui a abouti à la mise en place d'un groupe de travail, piloté par la DGOS, chargé d'analyser les modes de financement et de proposer, si besoin de nouvelles solutions. Devant l'ampleur de la tâche et sa complexité, ce groupe de travail a été renouvelé par la nouvelle Ministre de la Santé qui s'est engagée, lors du Congrès « urgences 2012 » à mener ce travail à son terme.

### Les Samu-Centre 15

Le budget des Samu-Centre 15 relève des Missions d'Intérêt Général (MIG) dont le montant est attribué annuellement par les Agences Régionales de Santé, elles-mêmes dépendant du budget MIG national. Cette attribution budgétaire se fait sur des critères d'activité (nombre d'appels et nombre de dossiers de régulation), plus ou moins pondérés en fonction de données historiques et/ou géographiques. A l'échelle d'une région, les Samu-Centre 15 sont en « compétition » avec toutes les autres activités relevant des MIG, le budget global MIG étant contraint.

Cas particuliers :

- Les Centres d'Enseignement de Soins d'Urgence (CESU), rattachés au Samu, assurent généralement leur autofinancement en facturant leurs prestations d'enseignement.
- Les autres missions des Samu, principalement dans le registre des risques sanitaires, bénéficient d'un financement MIG et/ou d'Aide à la Contractualisation (AC).

## Les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation

Ils bénéficient de modes de financement différents selon leurs missions :

- Missions primaires : il s'agit d'un financement MIG basé sur le nombre de lignes de Smur, lui-même dépendant en partie de l'activité. Ici aussi, chaque ARS a défini les modalités exactes de ce financement avec généralement une pondération de 15 à 20% (en moins) dès lors que le Smur participe à l'activité des urgences et/ou de la régulation médicale. S'y ajoute généralement une pondération (en plus) correspondant aux frais de structure de l'ordre de 17%.
- Missions secondaires : ces missions relèvent du MIG mais, comme elles sont facturées à l'établissement demandeur (hospitalisation de moins de 48h) ou receveur (hospitalisation de plus de 48h), cette recette supplémentaire vient en déduction du budget MIG alloué. Le calcul est basé sur la 1/2 heure d'intervention pour les Smur terrestres et sur la minute de vol médicalisé pour l'HéliSmur, ces tarifs étant définis par chaque établissement.
- Les T2IH (Transferts Infirmiers Inter-Hospitaliers) ne bénéficient actuellement d'aucune règle spécifique de facturation et sont généralement considérés comme des missions secondaires.

## Les structures des urgences

Leur mode de financement fait inmanquablement penser à la Tour de Babel, en associant un financement au forfait d'activité, un financement à l'acte, un financement de tarification à l'Activité (T2A) et un financement interne à chaque établissement. N'oublions pas aussi des financements « annexes » de MIG, de Mission de Recours de Recherche et d'Innovation (MERRI), de Permanence des Soins ou issus du financement de la précarité ...

Le Service des urgences bénéficie :

- Le *Forfait Annuel Urgence (FAU)* fixé en fonction du volume de l'activité de l'année précédente, permet de couvrir les charges fixes de fonctionnement et les charges liées au volume d'activité du service, avec cependant un effet seuil.
- Un financement à chaque passage nommé *Accueil et Traitement des Urgences (ATU)* dont la base est fixée annuellement par arrêté (25,32€ en mars 2012).
- Une *rémunération à l'acte* (C, CS, CCAM ou NGAP) pour les patients non hospitalisés, qui répond aux règles générales de facturation,
- Enfin, et cela est soumis au bon vouloir des établissements, un « *reversement* » du *budget du GHM* pour les patients hospitalisés dans la même entité juridique, dont les modalités ne sont pas définies.

L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) se voit appliquer les règles de facturation T2A communes à tous les services d'hospitalisation.

Enfin les activités « annexes », souvent rattachées à la structure des urgences (PASS, UMJ, Centre antirabique ...) bénéficient de financements particuliers.

## Les aberrations du système

### Les Samu-Centre 15

Une analyse réalisée par la DGOS dans le cadre du groupe de travail sur le financement des urgences relève de nombreuses incohérences dans le financement MIG des Samu :

- Pas de relation entre l'activité d'un Samu et son financement, ni linéaire, ni par paliers.
- Pour une même activité de régulation, des Samu « équivalents » voient leur budget MIG passer de 1 à 4, en proportion de leurs lignes de garde ...
- Les Samu à faible activité (moins de 50 000 DRM) utilisent 10,8% du budget MIG pour 6,3% des DRM.
- L'activité de régulation de la PDSA est mal individualisée, d'autant qu'elle relève fréquemment d'autres modes de financement.

### Les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation

Pour le budget des Smur, également, le groupe de travail a relevé certains dysfonctionnements :

- malgré un budget clairement identifié en MIG, certains Smur, profitant de l'absence de clarté des recommandations, continuent à faire financer les interventions primaires par l'Assurance Maladie et/ou les mutuelles des patients,
- La règle des « 48h d'hospitalisation » lors d'un transfert secondaire est rarement appliquée car trop complexe,
- Les pondérations appliquées au budget d'un Smur, sous prétexte de la participation de l'équipe Smur à l'activité d'urgence et/ou de régulation est une aberration organisationnelle.
- Les établissements multi sites, disposant d'une Smur sur chaque site distants parfois de plusieurs dizaines de kilomètres sont pénalisés par un calcul global, par entité juridique, de l'activité de Smur servant au calcul du MIG.

### Les structures des urgences

Les limites du modèle de financement des structures des urgences sont nombreuses :

- Les établissements multi sites sont pénalisés sur les mêmes bases que les Smur,
- les paliers du FAU ne sont pas identiques aux paliers définissant les recommandations sur les effectifs médicaux et non médicaux,
- la facturation des ATU n'est possible que pour les assurés sociaux,
- le paiement à l'acte ne reflète pas la complexité de la prise en charge des patients relevant de la SAUV lorsqu'ils sont transférés vers un autre établissement,
- les patients victimes de la T2A sont placés en « brancard-lit ». Ils passent des heures aux urgences et ne sont pas financièrement valorisés eu égard à la charge de travail induite,
- l'UHCD connaît elle aussi les dérives de la T2A et prend en charge les patients « non rentables » pour les autres services de l'établissement,
- il n'y a pas de règle quant au reversement d'une part de la T2A des hospitalisés vers le service des urgences. Pire, certains services, forcément déficitaires, ne perçoivent aucun financement pour cette activité.

Ces aberrations aboutissent à pénaliser gravement l'organisation des soins : Pour les établissements accueillant des urgences, c'est la « triple peine » !

- l'activité d'urgence et mal rémunérée,
- les patients admis en urgence imposent de déprogrammer des patients T2A « rentables »
- le budget MIG est une variable d'ajustement largement utilisée à la baisse par les ARS.

### Vers des solutions équitables ...

Les pistes d'amélioration du financement des urgences doivent répondre à des principes généraux :

- **Nécessité de clarifier et de rendre lisibles les règles de financement pour une allocation plus transparente et concertée des ressources**
- **Garantir les financements FAU et MIG et le fonctionnement des activités de médecine d'urgence pour que les urgences ne deviennent pas une variable d'ajustement budgétaire**
- **Encourager et favoriser les mutualisations d'activité et lutter contre les effets désincitatifs à la coopération**
- **Soutenir l'engagement des jeunes urgentistes dans les services de médecine d'urgence**

Plusieurs solutions sont d'ores et déjà envisageables :

- supprimer la pénalisation du « multi sites » pour les Smur et les SU,
- supprimer la pondération du budget MIG pour les Smur rattachés à une SU ou un Samu, remplacée par une incitation à la coopération des services,
- définir une modélisation transparente des budgets MIG des Samu et des Smur,
- calculer les financements sur la base de référentiels et en particulier celui sur les effectifs,
- maintenir du maillage territorial par un financement adapté des structures à faible activité, dès lors que leur implantation a été confirmée,
- inciter financièrement l'articulation territoriale des Samu-Centre 15
- modéliser le reversement d'une part de la T2A vers la structure des urgences pour les patients hospitalisés à partir des urgences,
- valoriser l'activité de la Sauv
- clarifier le financement de la PDSA sans accepter que le travail soit « réalisé par l'un et payé à l'autre » ...
- sanctuariser les budgets des structures d'urgence.

**En tout état de cause, l'exercice de la médecine d'urgence ne doit plus être considéré comme générateur de coût mais bien comme une mission de service public, indispensable à la sécurité sanitaire de nos concitoyens et donc financièrement équilibrée.**

## Des coopérations entre structures d'urgence

**Dr Karim BOUDENIA**, Département de Médecine d'urgence CHU Dijon

**Dr Pierre MARDEGAN**, Pole Réanimation Anesthésie Urgences Samu, CH Montauban

Les professionnels de l'Urgence souhaitent, par l'amélioration des pratiques et des organisations, garantir à tous un accès à une médecine d'urgence de qualité et assurer à la collectivité un bon emploi des ressources.

De nombreuses propositions ont été avancées pour répondre à ces objectifs dont la coopération entre structures d'urgence.

Depuis une dizaine d'années, des collaborations efficaces entre équipes médicales de structures d'urgence (Samu/Smur/Urgences) se sont mises en place. Cependant, le rapport de la Mission DGOS relative à la modernisation des Samu, pointe un manque d'échanges et de sécurisation entre les Samu.

Dans un même territoire, grâce à un projet médical commun et partagé, on peut proposer une activité de Médecine d'Urgence polyvalente (Samu-Centre 15, Smur Primaire et Secondaire, UHCD, Service d'Urgence) et « multi-site » (Unité d'Urgence de Proximité / Service d'Urgence du Centre Hospitalier de Territoire).

Pour garantir une réponse de qualité aux appels urgents à toute heure, notamment en nuit profonde, des Samu proches peuvent convenir, sur tout ou une partie de la nuit, de fédérer leurs actions dans le cadre d'articulations territoriales entre Samu.

Cette organisation ne doit pas altérer mais accroître l'attractivité pour les Urgentistes.

L'absence de financement et de support juridique adaptés engage à proposer des organisations médicales innovantes, encadrées et évaluées par des indicateurs consensuels.

La mutualisation des postes consiste pour un même praticien à pouvoir effectuer son temps de travail de manière partagée entre plusieurs types d'activité d'urgence, essentiellement en alternance entre SU, UHCD, Samu et Smur. Le terme de « temps partagé » est préconisé. Le travail partagé constitue une excellente (voire indispensable, mais selon des modalités ou des temps qui ne sauraient être prescrits de façon générale) pratique pour le médecin urgentiste lui permettant de varier son exercice professionnel, développer et maintenir ses compétences et sa polyvalence, enrichir la culture médicale et l'expérience collective des composantes de la médecine d'urgence. Pour les structures d'urgence, c'est une pratique à encourager, sans la rendre forcément systématique, certains praticiens pouvant développer des compétences pointues dans un domaine donné, notamment sur le plan de la recherche ou de l'enseignement.

En revanche, la pratique simultanée de plusieurs fonctions (ex : Service des Urgences et Smur, régulation médicale et Smur) constitue un danger pour le patient et un risque médico-judiciaire pour le praticien, la structure d'urgence et l'institution.

Des stratégies d'entraide entre Structures d'Urgence sont réalistes et nécessaires (équipe médicale commune et soudée, cohérence des protocoles de prise en charge, sécurisation des dispositifs ...)

Les délais d'accès à une structure d'urgence (reconnue utile pour la population), justifient pleinement les débats sur notre capacité d'organisation collective, afin de proposer à tous, une réponse adaptée aux besoins de chaque patient..

# Assurer un bon emploi des ressources sanitaires par une cohérence de leur pilotage.

**Pr Paul PETIT**, Pôle Urgences-Réanimation-Samu. Hôpital Edouard Herriot-Lyon

L'accès à des soins médicaux d'urgence de qualité, dans des délais optimaux, a conduit à mobiliser des ressources humaines, matérielles et financières de plus en plus importantes, mais, des difficultés persistent. Si on se réfère aux témoignages des professionnels des structures d'urgence, qui pointent des redondances entraînant des gaspillages de moyens, coûteux pour la société et même, parfois, directement responsables d'une mauvaise qualité de réponse, il est logique de souhaiter une meilleure cohérence du pilotage concernant le bon emploi des ressources.

Toutes les étapes de la prise en charge des patients sont concernées :

## L'Appel d'urgence

Les Samu-Centre 15 ont intégré dans le CRRA la régulation de la PDSA faite par les médecins généralistes dans une cohérence d'action. Cependant, certaines associations de médecins généralistes veulent à nouveau organiser leur propre régulation, indépendante, ou bien bénéficient d'indemnités de l'Assurance maladie, liées à l'existence d'une simple interconnexion téléphonique de leur centre d'appel avec le Samu, sans véritables règles ni obligations dans le traitement et le suivi des appels, ou bien continuent, dans leurs centres d'appels autonomes, de s'affranchir des critères actuels de régulation des appels de PDSA, pouvant aboutir à une distribution anormale de visites médicales

Le regroupement des Centres recevant les appels du 15 et du 18, en un même lieu, est encore prôné par quelques autorités, alors que l'analyse faite par les professionnels de l'urgence a abouti à la conclusion que c'était une fausse bonne idée, d'autant plus que d'autres solutions existent, en particulier l'interconnexion complète des systèmes d'information et de gestion informatique respectifs, permettant de constituer des Centres 15-18 virtuels.

## La Prise en charge initiale extra-hospitalière

Un certain nombre de SIS utilisent les financements publics délivrés par les Conseils généraux pour recruter des médecins et surtout des infirmiers, en nombre croissant, afin de développer une activité indépendante de soins d'urgence associés aux secours, sans concertation avec les ARS, créant ainsi des redondances de moyens, un recours injustifié à l'hôpital, une majoration des coûts, et suscitant des situations de retard à l'engagement des Smur, dangereuses pour les patients.

La Sécurité civile développe actuellement l'utilisation de ses hélicoptères, sous couvert d'une participation aux « secours à personne » alors qu'il s'agit de l'Aide Médicale Urgente (AMU), au détriment du juste dimensionnement des HéliSmur. En outre, les moyens de la Sécurité Civile



sont régulièrement mis en œuvre sans régulation médicale préalable et avec des règles d'emploi inappropriées.

## **Le Transport sanitaire d'urgence**

L'indemnisation des SIS par l'hôpital siège du Samu, dans les cas où ils assurent le transport urgent d'un patient dans les situations dites de "carence" d'ambulances privées, est très critiquable. Dans le contexte économique actuel, ce mode de surfacturation entre 2 services publics doit être réexaminé.

Les sociétés privées d'ambulances sont, par ailleurs, confrontées à une concurrence directe des SIS, auprès du public, qui peut choisir d'appeler le 18 au lieu du 15, afin de bénéficier de la « gratuité » d'un transport effectué, sans délais, par les sapeurs-pompiers, alors que, pour la Cour des comptes, en 2011, "le coût complet du transport sanitaire est...plus important lorsqu'il est réalisé par des sapeurs-pompiers que par une ambulance...". Cette dérive est favorisée par le fait que les sapeurs-Pompiers interprètent par excès les motifs de départs réflexes prévus pour l'urgence vitale dans le référentiel.

Certains SIS, persistent à surfacturer leurs prestations, malgré les mises au point de la DGOS, en réclamant une indemnisation par l'Hôpital Public, pour les transports de patients effectués avec leurs véhicules de secours au cours d'interventions conjointes avec un Smur, en arguant d'une prestation de type « appui logistique », assimilable à une carence hospitalière.

## **L'accueil hospitalier de l'urgence**

Certaines structures des Urgences ne respectent pas leur obligation d'accueillir, 24h/24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris l'urgence psychiatrique, alors que l'autorisation d'accueil et de soins qui leur a été délivrée leur permet de bénéficier d'un financement spécifique. Ainsi, les critères d'admission peuvent être interprétés différemment selon le statut public ou privé, la période ou la pathologie et le statut social. Cela est à l'origine de fréquentes difficultés pour la prise en charge des patients, dont l'accueil peut être refusé par la structure adaptée, la plus proche. De manière paradoxale, on constate aussi que des structures pratiquent la Médecine d'Urgence sans y être autorisées et de manière concurrentielle.

## **En conséquence :**

- Le Ministère de la Santé, en concertation avec les professionnels concernés, doit définir une doctrine nationale d'utilisation des ressources nécessaires à l'AMU et des structures d'urgence.
- Les actions de santé doivent être pilotées par le Ministre chargé de la Santé, quel que soit le statut des intervenants.
- Ce pilotage national doit être éclairé par les informations remontant « du terrain » via les Agences Régionales de Santé.
- L'Assurance Maladie doit inscrire leurs actions dans le cadre de cette doctrine et de ce pilotage.

# **Comment avoir demain les métiers de santé dont l'Urgence a besoin ?**

---

- a. Médecins correspondants de Samu (Dr François BRAUN, Metz)
- b. Une ambition pour la Formation initiale des urgentistes (Pr Jeannot SCHMIDT, Clermont-Ferrand)
- c. Un métier d'urgentiste attractif (Dr Marc GIROUD, Pontoise)

# Les médecins correspondants de Samu (MCS)

**Dr François BRAUN.** *Service des Urgences, Smur, Samu 57. CHR Metz-Thionville*

## Le concept de base

La conception française de l'Aide Médicale Urgente (AMU) associe le principe d'une régulation médicale au sein du Samu-Centre 15 et celui d'effecteurs spécialisés en réanimation pré hospitalière, les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (Smur), équipes spécialisées capables d'assurer la prise en charge d'un patient « du pied de l'arbre au lit de réanimation ».

Cette conception s'appuie sur un maillage territorial assuré par les établissements publics de santé sièges de Smur. En milieu rural, et en particulier dans le département de la Meuse où est né le concept de MCS, il n'est pas concevable de mettre en place des équipes Smur dans chaque bourgade, tant sur le point de la démographie médicale que sur celui d'un nécessaire maintien des compétences par une activité régulière. Ce type de milieu rural, vaste, à la géographie tourmentée et aux conditions météorologiques incertaines, n'est pas compatible avec une intervention, dans des délais optimaux, d'une équipe apte à le prendre en charge : de nombreuses pathologies relèvent d'une intervention médicale sans tarder, le secourisme de proximité n'étant qu'une action « réflexe » sans les compétences indispensables à l'évaluation correcte d'une situation de détresse.

Dans les campagnes, en milieu montagneux, le Médecin Généraliste reste souvent le seul relai médical de proximité, appelé à intervenir dans toutes les situations, y compris d'urgence, pour lesquelles ses compétences sont requises.

En 1992, c'est dans ce cadre, et grâce à des liens particuliers entre un Samu et un cabinet de groupe de médecine générale distant de 60 kilomètres de l'hôpital, que le concept d'EPS (Effecteur Périphérique de Secteur) puis de MCS est né. Interrogés sur leur participation à l'AMU, les Médecins Généralistes avaient trois demandes :

- une formation médicale initiale et continue sur la prise en charge des urgences
- un équipement minimum, en particulier en médicaments souvent limités à l'usage hospitalier, et en matériel diagnostique (ECG par exemple)
- une couverture assurantielle et une rémunération adaptée.

A l'époque, les soutiens de la DDASS, de la DRASS, du Conseil de l'Ordre des Médecins, des Syndicats médicaux et de l'URCAM ont permis d'asseoir ce concept et de le développer. Le soutien de Samu de France et de la DHOS a permis rapidement d'apporter une reconnaissance institutionnelle à cette idée meusienne.

## La reconnaissance institutionnelle

Le bilan très positif des premières années de fonctionnement des MCS (de 64 interventions pour 12 MCS en 1993 à 802 pour 41 MCS en 2003) a abouti à la reconnaissance institutionnelle des MCS grâce aux efforts de Samu de France et de la DHOS. Cette reconnaissance a pris forme par :

Dès 2003, la CIRCULAIRE N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences intégrait le MCS dans la prise en charge de l'AMU :

*En complément de cette implantation (des Smur ...) et en particulier dans les départements où la dispersion de la population et la limitation des moyens de secours soulèvent des difficultés, il est souhaitable d'identifier des Médecins Correspondants du Samu qui constituent des relais dans la prise en charge de l'urgence vitale. Ces médecins, qu'ils soient médecins libéraux, médecins Smur ou médecins pompiers, sont formés à l'urgence. Cette formation est dispensée sous l'autorité du service hospitalo-universitaire de référence, en liaison avec les Samu, les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ainsi que les services des urgences et les Smur, terrains privilégiés de stages. Un équipement minimum, en télécommunications et en matériels de réanimation, notamment un défibrillateur, doit être mis à disposition des médecins, qui doivent être formés à son utilisation et aux gestes d'urgence.*

Le Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) officialise la fonction de MCS :

« Art. R. 6123-28. – Le réseau peut également comprendre : ...

« 2° Les médecins intervenant à la demande du Samu, y compris les Médecins Correspondants du Samu dont les missions et le cadre d'intervention sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé ;

Dans son annexe sur les Principes d'organisation des urgences et de la permanence des soins, la DHOS précisait le mode de fonctionnement des MCS :

2.2.6. Dispositif de Médecins Correspondants du Samu : réduire les délais d'intervention sans retarder le départ de l'équipe Smur

50 bis. Ce dispositif vise à identifier des Médecins Correspondants du Samu pour que ce dernier puisse disposer de relais dans la prise en charge de l'urgence vitale, notamment dans les départements où la dispersion de la population et la limitation des moyens de secours, obligent à optimiser ces différents moyens. Le secours rapide ne peut qu'être amélioré par la présence de médecins formés à l'urgence, qu'ils soient médecins pompier, médecins Smur ou médecins libéraux.

51. Ce mode de prise en charge des urgences doit être développé dans les territoires isolés, dans lesquels un Smur ne peut pas intervenir dans un délai adapté, fixé dans les schémas régionaux d'organisation des soins à partir des courbes isochrones. Un dispositif inter-régional peut également être envisagé pour des zones communes à plusieurs régions. L'objectif de ce dispositif est de garantir aux patients une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du Smur. Ces dispositifs sont particulièrement adaptés aux zones rurales et doivent permettre une réponse adéquate en tout point du département.

51 bis. Pour ne pas risquer d'engendrer des délais supplémentaires d'accès au Smur, la procédure de déclenchement des médecins correspondants Samu sur des cas graves, appréciés par le médecin régulateur, doit comporter le déclenchement systématique et simultané du Smur le plus proche. Ce Smur sera, ensuite, soit confirmé, soit annulé, par le médecin régulateur, dès réception du premier bilan du médecin correspondant Samu.

52. Un équipement minimum, en télécommunications et en matériels de réanimation, notamment un défibrillateur, doit être mis à disposition des médecins, qui doivent être formés à son utilisation et aux gestes d'urgence. Cette formation doit être dispensée sous l'autorité du service hospitalo-universitaire de référence, en liaison avec les Samu, les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ainsi que les services d'urgences et les Smur, terrains privilégiés de stages.

La qualité de ce dispositif doit faire l'objet d'une évaluation régulière de la sécurité de la prise en charge, de la rapidité et la qualité de la réponse apportée, etc... . Le nombre de sorties de médecins correspondants ayant évité une sortie Smur doit être recensé.

La **CIRCULAIRE DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007** relative à la prise en charge des urgences, dans son annexe 4, précise encore le dispositif de MCS :

Les Médecins Correspondants du Samu font partie du réseau des urgences. Le dispositif, défini initialement dans la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, s'inscrit dans le cadre de l'aide médicale urgente. Il permet de disposer de relais compétents et formés et de réduire les délais de réponse à l'urgence par une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du Smur.

Pour ne pas risquer d'engendrer des délais supplémentaires d'accès au Smur, la procédure de déclenchement des médecins correspondants Samu sur des cas graves, appréciés par le médecin régulateur, doit comporter le déclenchement systématique et simultané du Smur le plus proche. Ce Smur sera, ensuite, soit confirmé, soit annulé, par le médecin régulateur, dès réception du premier bilan du médecin correspondant Samu.

Ce mode de prise en charge des urgences doit être développé en particulier dans les zones isolées où la dispersion de la population et la limitation des moyens de secours obligent à optimiser ces différents moyens et notamment lorsque le Smur ne peut pas intervenir dans un délai adapté à l'urgence. Ces zones seront définies par l'ARH.

**L'arrêté du 12 février 2007** précise les missions et le cadre d'intervention des médecins correspondants du Samu. Les grands principes énoncés par la circulaire du 16 avril 2003 sont maintenus. Un contrat doit être établi entre le Médecin Correspondant du Samu et l'établissement siège du Samu, afin de préciser les modalités de formation et d'équipement.

Les médecins libéraux bénéficient de la qualité de collaborateur occasionnel du service public lorsqu'ils effectuent leur mission à la demande du Samu. Cette qualité, consacrée par le Conseil d'Etat, place sous un régime spécifique de responsabilité les particuliers qui, sans être agent public, ont participé au service public à la demande de l'administration.

Il est également possible pour un Médecin Correspondant du Samu d'être recruté par l'établissement siège de Samu de référence en tant que praticien attaché. Dans ce cas, l'établissement siège de Samu veillera à ce que la rémunération soit ajustée au nombre de

demi-journées effectivement réalisées pour le compte du Samu, par application de la règle du service fait.

Il convient enfin de préciser que la fonction de Médecin Correspondant du Samu est complémentaire à leur participation à la permanence des soins et ne saurait se substituer à leur inscription au tableau de garde dans les conditions prévues à l'article R.6315-2 du code de la santé publique. Par ailleurs, il convient de préciser que cette fonction, si elle s'impose dans des zones isolées, n'est pas nécessaire pour participer de manière générale à la permanence des soins.

Enfin, dans le **référentiel commun sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente** (juin 2008), Les MCS sont reconnus comme acteurs de l'AMU :

*« Les Médecins Correspondants du Samu participent à l'aide médicale urgente et font donc partie, à titre complémentaire des moyens publics compétents, du réseau des urgences. Cette organisation permet de disposer de relais compétents et formés afin de réduire les délais de réponse à l'urgence par une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du Smur systématiquement déclenché. »*

*« Le dispositif des Médecins Correspondants du Samu a vocation à se développer dans les zones isolées où l'intervention du Smur n'est pas compatible avec le délai nécessaire à une situation médicale d'urgence. »*

*« Le Médecin Correspondant du Samu constitue un relais pour le service d'aide médicale urgente dans la prise en charge de l'urgence vitale. Il assure, sur régulation du Samu, en permanence, dans une zone préalablement identifiée et hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge médicale initiale du patient. »*

*« Le Médecin Correspondant du Samu est formé à la médecine d'urgence. Cette formation est dispensée sous l'autorité du service hospitalo-universitaire de référence, en liaison avec le Samu, le centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ainsi qu'avec les structures des urgences et les Smur. »*

*« La circulaire du 13 février 2007 précise dans son annexe 4, concernant les médecins correspondants du Samu, que les médecins libéraux bénéficient de la qualité de collaborateur occasionnel du service public lorsqu'ils effectuent leur mission à la demande du Samu »*

## **La reconnaissance professionnelle**

Le cadre réglementaire en place, les MCS n'ont pas connus immédiatement l'essor que l'on pouvait espérer. La région Rhône-Alpes a, sous l'initiative de son ARH et avec le soutien des Samu, intégré le concept de MCS dans son SROS III (avril 2006). En proposant aux Médecins de Montagne, déjà structurés en association, de devenir MCS, cette région a véritablement donné le coup de pouce nécessaire à l'expansion des MCS.

Le 5 novembre 2011, l'ensemble des réseaux de MCS s'est réuni pour créer la **Fédération des Médecins Correspondants du Samu France** (MCS France) :

*L'assemblée générale constitutive de la Fédération Médecins Correspondants du Samu France s'est tenue le 4 et 5 novembre 2011 à St Alban-Leysses en Savoie.*

*Un Médecin Correspondant du Samu (MCS) est un médecin généraliste volontaire qui prend en charge des patients en situation d'urgence médicale grave. Il agit sur demande du Centre 15 et en attente d'une équipe médicale du Smur arrivant de l'hôpital. Il est formé régulièrement aux gestes et aux protocoles de l'urgence vitale. Il possède le matériel et les médicaments spécifiques de l'urgence. Par contrat, il devient collaborateur occasionnel de l'hôpital pendant le temps de sa mission.*

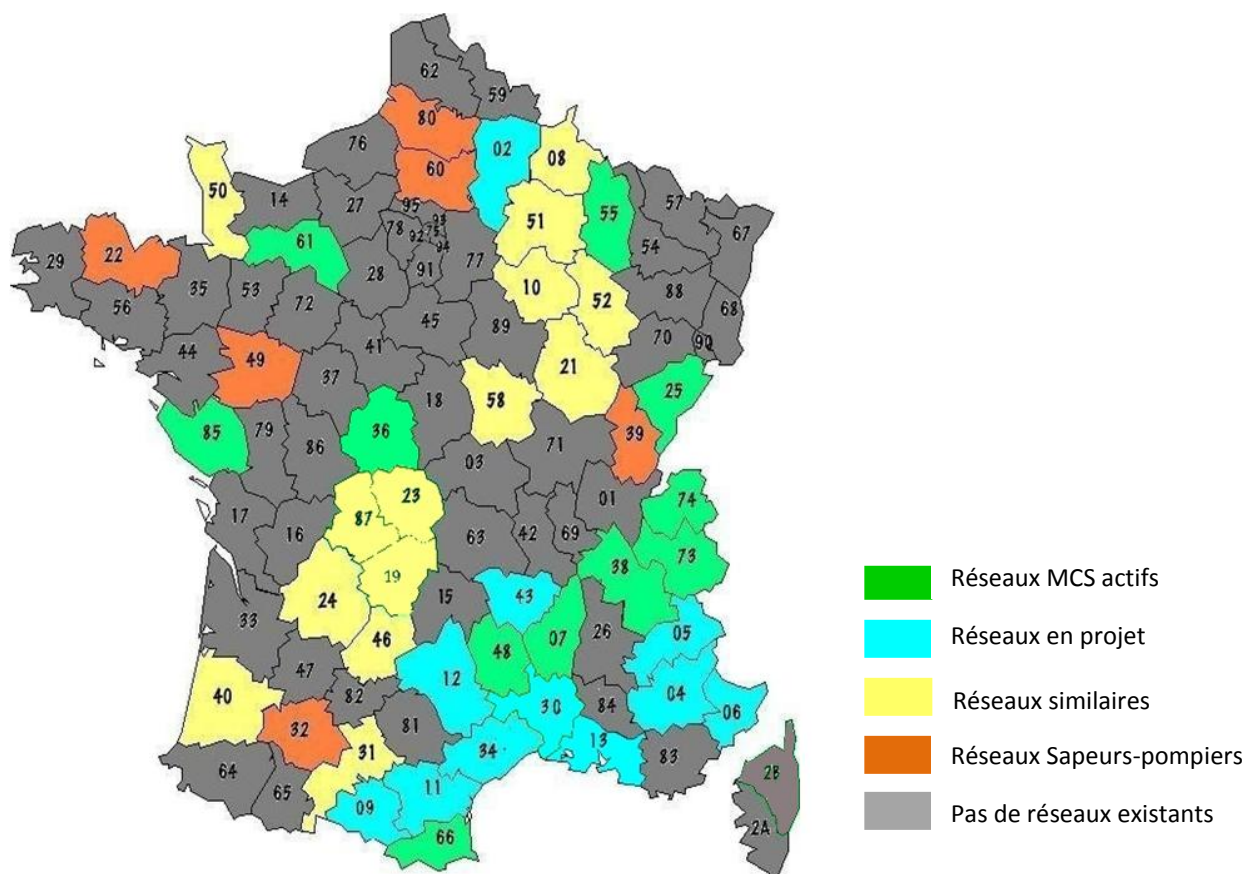
*Les MCS exercent essentiellement dans des lieux éloignés des hôpitaux. Leur intervention permet d'éviter aux populations de ces zones isolées, une perte de temps et de chance dans ces cas d'urgence grave.*

*En France, il existe à l'heure actuelle 9 réseaux de Médecins Correspondants du Samu en activité (sur 11 départements) et de nombreux réseaux sont en projets.*

*Les réseaux existants sont situés en Ardèche, dans le Doubs, dans l'Indre, en Lozère (Alumps), dans la Meuse, dans l'Orne, dans les Pyrénées-Orientales (Cerdagne-Capcir-Fenouillèdes), en Savoie – Haute Savoie - Isère (Alpes du Nord) et en Vendée.*

*La fédération MCS France a pour objet de regrouper tous ces réseaux. Son but est de favoriser les échanges pour une meilleure efficacité, d'aider à la création de nouveaux réseaux, de mutualiser les résultats et de créer une représentation nationale de ces réseaux.*

*La création de cette fédération a reçu un soutien tout particulier de Samu-Urgences de France par la présence de son président, le Dr Marc Giroud.*



## Les clés du succès

Une quinzaine d'années après la création du concept de MCS, nous pouvons identifier certains éléments qui semblent être indissociables du succès des réseaux de MCS :

- les MCS sont avant tout **une affaire « d'hommes »** qui décident de travailler ensemble pour assurer la prise en charge des urgences sur un secteur : des Médecins Généralistes libéraux, conscients de leurs responsabilités face à la population et qui acceptent une « tutelle » hospitalière, et des Médecins Hospitaliers de Samu et de Smur qui considèrent leurs confrères libéraux comme des partenaires égaux et indispensables,
- C'est **une affaire de formation**, initiale et continue, sous la responsabilité des CESU, sous forme de compagnonnage plus que d'enseignement magistral,
- C'est **une affaire de matériel** médical nécessaire à la prise en charge des urgences et qui doit être acheté et entretenu par l'hôpital,
- C'est **une affaire de rémunération et d'assurance**, qui doit répondre au bénéfice attendu et aux risques encourus,
- C'est **une affaire de confiance** entre le Samu-Centre 15 et ces Médecins qui ne doivent être engagés que dans le cadre de l'AMU et surtout pas être utilisés comme supplétifs d'une PDSA défaillante ...



# Une ambition pour la formation initiale des urgentistes

**Pr Jeannot Schmidt.** Président de la Société Française de Médecine d'Urgence

De la Capacité de d'Aide Médicale Urgente au DESC de Médecine d'Urgence, il n'y avait qu'un pas ... administratif ! Ce cheminement n'était pas inscrit *a priori* dans la logique du parcours d'une « activité clinique dispersée sur 3 secteurs d'activité », mais il est devenu réalité au fil des années grâce à l'abnégation de beaucoup d'entre nous pour conduire sans relâche la Médecine d'Urgence vers une spécialité reconnue. Le DES tant attendu sera la consécration de tous ces efforts consentis au fil des années.

L'ambition d'aboutir à l'attribution aux urgentistes de la qualification de spécialiste était donc belle et bien là, mais cette ambition ne pouvait se limiter à une reconnaissance ministérielle. Il fallait le travail du terrain d'apprentissage pour affirmer le périmètre de notre spécialité. Bruno Riou l'a résumée comme une spécialité sans patientèle déterminée, caractérisée par son lieu d'exercice hospitalier, sa temporalité et sa transversalité [*Qu'est-ce que la médecine d'urgence ? ; 2010*].

La Collégiale Nationale des Universitaires de Médecine d'Urgence (CNUMU) a affirmé, dans la maquette du DES de Médecine définie collégalement [*Groupe de travail SFMU, CNUMU, Samu de France, AMUF – Mai 2009*], la dimension de cette ambition et les moyens à mettre en œuvre pour aboutir à une formation de qualité :

- une **durée de formation spécialisée analogue à celle qui est exigée dans les pays qui reconnaissent déjà la spécialité de médecine d'urgence** et corrélativement une augmentation du champ de connaissances et de compétences des urgentistes. L'ambition était celle d'un DES à 5 ans, la raison fut de retenir une formation riche de quatre ans et d'une année de post-internat. Cette formation offre l'accès à une formation de terrain prenant en compte les spécificités d'exercice au service des urgences (2 semestres), en Smur et au Samu (2 semestres). Elle donne aussi l'accès aux spécificités de la Médecine d'Urgence avec les disciplines partenaires telles que la réanimation et l'anesthésie réanimation (1 semestre), la pédiatrie et les urgences pédiatriques (1 semestre), la médecine polyvalente, interne et/ou gériatrique (1 semestre). Elle s'ouvre enfin à la psychiatrie, à la radiologie, ou encore à l'orthopédie (1 semestre).
- une **autonomie dans la réalisation de la maquette de formation**, sans nécessité de composer avec la maquette d'autres DES. L'ambition affichée ici est celle de terrains de stage identifiés et réservés aux DES MU pour garantir la même formation de qualité à tout interne engagé dans la filière spécialisée.
- une **meilleure maîtrise de la démographie de la discipline**, à travers une lisibilité des besoins en formation eu égard aux postes vacants et aux prévisions de départ des urgentistes en place.
- une **meilleure possibilité de développement de la filière universitaire de médecine d'urgence**, celle-ci étant plus facilement lisible dans la suite d'un DES que dans le cadre d'un DESC non qualifiant. Ce dernier aspect est incontournable pour afficher autant les capacités d'encadrement de la formation hospitalo-universitaire, que

pour soutenir les possibilités en matière de recherche tant fondamentale que clinique dans le domaine de l'urgence.

Il n'y a toutefois pas d'objectifs sans moyens. Il nous appartient ainsi à tous de nous engager dans une formation embrassant tous les outils : l'auto apprentissage, l'utilisation des techniques de simulation pour l'apprentissage des gestes techniques, des séminaires avec apprentissage par résolution de problèmes (ARP), des séminaires transversaux notamment sur des thèmes relatifs à la pédiatrie, la gériatrie, l'imagerie, la douleur, l'éthique, la médecine légale, la précarité, les urgences collectives..., des séminaires sur les syndromes de gravité, avec exposé de leur physiopathologie permettant d'explicitier leur spécificité clinique et thérapeutique, des travaux en groupe pour développer le savoir être dans le cadre d'une activité nécessairement multidisciplinaire, des conférences de synthèse.

A la lecture de ces objectifs et des moyens à mettre en œuvre, l'ambition est impérativement celle d'un groupe, avec toutes ses composantes scientifiques (SFMU, CFMU, collèges régionaux), universitaire (CNUMU) et de représentation professionnelle (SUdF) ou syndicale (AMUF).

Notre ambition ne pourra toutefois pas se cantonner aux stricts périmètres de la formation initiale des urgentistes, mais devra s'élargir au champ des nouveaux métiers de l'urgence et aux médecins assurant la permanence de soins ambulatoires, parfois confrontés à la prise en charge de malades graves. En effet cette coordination des soins d'urgence relève des urgentistes formés à ce métier et organisés en réseau dans l'intérêt du malade demandeur du juste soin.

L'aboutissement du chantier en cours devrait effacer les interrogations de l'ordre national des médecins titrant dans le bulletin n°8 du mois d'octobre 1998 « **Les urgences : le loch Ness de la médecine** ».

Une ère nouvelle s'ouvre à nous !

# Les métiers de santé et l'urgence. Une réflexion prospective sur le métier d'urgentiste

**Dr Marc GIROUD.** Président de Samu-Urgences de France

## Résumé

Des plans établis dans l'urgence ont apporté des solutions qui ont permis au système de tenir et au métier d'urgentiste d'émerger. Il est nécessaire d'en faire le bilan et surtout d'engager une réflexion prospective. Cette réflexion doit également concerner les autres métiers de santé, car leur rapport à l'urgence détermine le champ que l'urgentiste doit couvrir.

Trois scénarios sont imaginés. Ils montrent la nécessité de piloter les urgences avec une vision de moyen-long terme.

La pénibilité multifactorielle de la pratique de l'urgence fait fuir les jeunes générations. Parmi les solutions proposées, il est impératif de faire gérer par un personnel hospitalier dédié (et ne relevant pas des Urgences) la recherche de lits en aval des urgences.

L'attractivité du métier d'urgentiste est un enjeu majeur. Outre la prévention de toutes les formes de pénibilité, il est essentiel de promouvoir la formation initiale (création du DES) et continue (en termes de temps dégagé et de moyens spécifiques, notamment la simulation) et la recherche clinique. Formation et recherche sont les meilleurs moyens de garantir la qualité du service rendu et l'attractivité du métier d'urgentiste.

## Contexte de la réflexion et méthode de travail

Une réflexion sur « Les métiers de santé et l'urgence » est conduite depuis deux ans à l'initiative de Samu-Urgences de France. Cette initiative a été encouragée par la Ministre qui, par lettre du 17 septembre 2010 à son Président, demandait au CNUH de la prendre en compte.

L'auteur a organisé des rencontres avec des urgentistes (de dix à vingt urgentistes pendant deux à trois heures chaque fois) dans cinq centres hospitaliers (Melun, La Rochelle, Metz, Clermont-Ferrand et Moulin), de novembre 2010 à février 2011. Les échanges étaient centrés sur le métier d'urgentiste et ses relations avec les autres métiers

Les conclusions de ces échanges ont été présentées et débattues au cours du Congrès Urgences de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) le 8 juin 2011.

Un rapport oral (avec diapositives) a été présenté, discuté et validé au Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH), en séance plénière le 15 juin 2011.

Le texte ci-dessous synthétise les grandes lignes de cette réflexion.

## Problématique des urgences

### **Tout va bien et plus rien ne va**

La médecine d'urgence est aujourd'hui reconnue. Elle est en bonne santé intellectuelle. Le Congrès Urgences est chaque année un très grand succès. Chacun, en France, sait l'importance du Samu-Smur et des structures des urgences. Les patients, en dépit des délais souvent dénoncés, éprouvent une réelle confiance en ces structures. Les autorités ne manquent aucune occasion de réaffirmer la priorité qu'elles accordent à l'urgence.

Et pourtant, plusieurs services d'urgence sont en perdition, et pas des moindres. Tous, sans exception, à court d'urgentistes, peinent à « joindre les deux bouts » dans l'élaboration mensuelle de leurs indispensables tableaux de service. Surtout, les jeunes médecins qui pourraient être enthousiasmés par la pratique de l'urgence s'interrogent et, de fait, hésitent à s'y engager pour leur vie professionnelle. Aucun responsable, même bien installé dans une structure apparemment solide, ne considère l'avenir sans une très réelle inquiétude.

### **Urgentiste, un nouveau métier**

Urgentiste est un nouveau métier dont la création reste encore incomplète : au début des années 2000, des solutions avaient été apportées « dans l'urgence » à la situation critique des structures d'urgence qui devaient alors fonctionner, dangereusement, avec un nombre croissant de médecins sans véritable statut. Les solutions trouvées à l'époque (création de nombreux postes avec le statut de PHC portant en lui une perspective d'évolution vers le statut de PH, structuration progressive de la formation à la médecine d'urgence) ont eu l'insigne mérite d'éviter au dispositif de s'écrouler. Mais il serait illusoire de croire que ces mesures ont durablement réglé tous les problèmes. Il est donc logique de faire le bilan de la décennie passée et d'engager une réflexion prospective sur le métier, encore nouveau, d'urgentiste.

### **Un rôle pour les urgentistes en grande partie déterminé par les rôles joués par d'autres**

Le rôle de l'urgentiste est, et sera toujours, au moins en grande partie, déterminé par le rapport à l'urgence des autres métiers de la santé.

Les médecins généralistes. Si les généralistes se sont majoritairement désengagés du terrain de la PDSA (voire de la continuité des soins), certains généralistes, au contraire, consacrent une part importante de leur activité aux appels, visites ou consultations non programmées (régulateurs généralistes des Samu-Centres 15, SOS Médecins, médecins correspondants Samu, généralistes engagés dans des maisons médicales de garde ou dans d'autres formes nouvelles d'exercice). La résultante de ces tendances opposées est, pour le moment, plutôt négative ; ce qui contribue à augmenter le flux de patients vers les urgences hospitalières. Rien, toutefois, ne permet de prévoir ce qu'il en sera exactement dans les années à venir.

Les spécialités médicales. Certaines spécialités ou sous-spécialités s'impliquent dans des filières nouvelles (syndromes coronariens, urgences neurovasculaires...) pendant que d'autres se désengagent du non programmé ou ont un positionnement incertain.

Les infirmiers. Une évolution du métier d'infirmier est engagée ; elle ne manquera pas de rouvrir la question de la définition des « périmètres » d'action respectifs des infirmiers et des médecins.

Les nouveaux métiers de santé. Certains nouveaux métiers pourraient jouer dans les situations d'urgence un rôle qui reste à imaginer et/ou à cadrer.

La gestion prévisionnelle des organisations, des ressources et des compétences suppose de mieux comprendre les tendances et les déterminants des choix des professionnels concernés. Il apparaît donc indispensable d'engager sur tous ces thèmes une réflexion prospective, avec comme objectif de prévoir l'impact futur sur le métier d'urgentiste des évolutions qui se dessinent aujourd'hui dans les autres professions de santé.

### **Une mission mal ciblée, une pratique orpheline**

Pour le public, l'urgence mélange confusément deux notions : la nécessité d'agir vite et la commodité d'une polyclinique ouverte en permanence.

C'est, certes, « par défaut » que nombre de patients recourent à une structure d'urgence. Mais comment un urgentiste du Samu pourrait-il, par exemple, refuser de rééquilibrer au téléphone un traitement anticoagulant au vu du résultat de l'INR que vient de recevoir un patient dont le médecin traitant est de repos sans avoir laissé d'autre consigne que d'appeler le 15 ?

Face à une telle incertitude sur le champ qu'elle couvre, il n'est pas surprenant que la pratique de l'urgence soit orpheline ; elle n'est, en effet, toujours pas reconnue comme une spécialité à part entière (la majorité des urgentistes viennent de la médecine générale).

De la part des autorités, le seul discours un peu construit (et qui revient comme un leitmotiv) consiste à expliquer « l'engorgement » des urgences par l'afflux de « patients qui n'ont rien à y faire ». Discours qui, d'évidence, n'est en rien une réponse au problème. Discours qui, surtout, passe à côté du problème principal qui n'est pas en amont mais en aval des urgences. Cette indigence de la réflexion repose sur l'absence d'une définition consensuelle de la mission des structures d'urgence.

### **Une pénibilité induite qui s'additionne à une pénibilité consubstantielle**

Il existe une pénibilité intrinsèque, consubstantielle à la pratique même de l'urgence. L'urgence survient à toute heure, la nuit comme le jour, pendant les périodes de repos hebdomadaire, de fêtes familiales ou de congés ; c'est-là incontestablement une forme majeure de pénibilité. D'autre part, une certaine tension fait partie du cadre normal de travail d'une structure d'urgence, tension dans la pratique quotidienne, tension paroxystique en situation de crise. Enfin, l'agressivité des patients est, pour une part, inévitable dans le contexte d'anxiété ou de douleur qui les conduit à se confier à une structure d'urgence. Ces contraintes sont donc incontournables et il n'y a pas d'autre solution pour les professionnels que de les accepter et pour la collectivité que de reconnaître la charge qu'elles représentent et de les valoriser convenablement.

Mais la pénibilité aux urgences a aussi d'autres visages. Les visages d'une pénibilité qui pourrait être évitée, mais qui aujourd'hui s'additionne à la pénibilité intrinsèque et inévitable. La très

forte charge de travail liée à l'activité n'est pas inhérente à la pratique de l'urgence, mais à un mauvais dimensionnement des moyens et/ou à une organisation inadéquate. L'inconfort des conditions de travail et notamment des locaux devenus trop petits face à la croissance pourtant prévisible de l'activité est lié à une faute de pilotage de l'urgence au sein de l'établissement et, plus généralement, de la Nation.

Plus sournoise, mais pourtant bien présente, il y a aussi une grande pénibilité morale liée à l'environnement de travail au sein de l'établissement : les spécialistes des services d'hospitalisation voient les urgentistes comme des gens qui les dérangent, d'autant que ces spécialistes sont de plus en plus fortement soumis à une injonction de productivité. La gestion de l'aval de l'urgence par l'urgentiste est donc non seulement source d'un travail ingrat sans cesse recommencé, mais également de tensions voire de conflits avec les autres médecins de l'établissement.

Il y a, enfin, une forte frustration des urgentistes à se trouver, faute d'effectifs adaptés, dans l'impossibilité de disposer de temps « non clinique » pour leur indispensable formation continue, pour des travaux de recherche clinique ou pour leur participation à la vie du service et de l'établissement.

### **Une attractivité plus qu'incertaine vers les métiers de l'urgence**

L'attractivité du métier d'urgentiste est un enjeu majeur. Certes, au cours des dix dernières années, de nombreux médecins se sont engagés dans la nouvelle voie de la médecine d'urgence ; mais rien ne permet de dire qu'il en sera toujours de même. Il y a, au contraire, plusieurs raisons de penser l'inverse. Au cours de la dernière décennie, s'engager dans l'urgence ouvrait la possibilité de s'engager dans une carrière hospitalière sans posséder au départ une spécialité, or, cet avantage disparaît avec le DESC (et le futur DES) de médecine d'urgence. Par ailleurs, la démographie médicale va fortement évoluer ainsi que les comportements, les jeunes générations semblent moins bien accepter les contraintes inhérentes à la pratique de l'urgence, notamment le travail de nuit. En outre, les professionnels en place se démotivent aujourd'hui d'avoir à porter le fardeau de la recherche des places d'hospitalisation et de constater que les difficultés dans ce domaine ne sont pas en voie de s'atténuer. Il y a aussi la judiciarisation croissante qui inquiète les urgentistes. Ces différentes problématiques sont autant de menaces sur l'avenir des structures d'urgence.

### **Un pilotage de l'urgence par à-coups, sans vision sur le moyen-long terme**

Tout, pour la médecine d'urgence, a toujours été fait sous la pression de crises successives.

La prudence commande donc d'évaluer précisément ce que les nombreuses mesures prises à la hâte dans les « plans urgences » successifs ont pu apporter de durable et ce qu'en revanche, elles n'ont pas, ou pas suffisamment, apporté. La prudence commande aussi d'examiner de façon prospective toutes les tendances susceptibles, dans les années à venir, d'influencer la pratique de l'urgence.

Voici trois scénarios du pire qui montrent bien qu'il est urgent d'inscrire la politique de l'urgence dans le moyen-long terme.

## Scénarios du pire pour 2022 (que rien n'interdit de combiner)

### **Scénario 1 : dans dix ans, il sera devenu indispensable mais impossible de doubler les effectifs d'urgentistes**

Les tendances actuelles se poursuivent sans que rien ne parvienne à les inverser. Ne trouvant, en ville, aucune offre plus adaptée durant la journée et la PDSA ayant, en dépit des discours officiels, pratiquement disparu du paysage, les patients recourent toujours plus aux urgences et leur accordent, malgré toutes les difficultés, une réelle confiance. L'hôpital public continue d'assurer l'essentiel de la charge des urgences. Mais, dans un contexte de forte concurrence, l'hôpital continue de concentrer tous ses efforts sur l'activité programmée ; si bien que l'accueil des patients en aval des urgences s'en trouve totalement bloqué par la « réservation » de tous les lits. Les autorités sanitaires, à contrecœur, n'ont pas d'autre issue que de renforcer, plan après plan, les structures d'urgences et de leur adjoindre d'importantes unités d'aval. L'urgence, en 2022, représente ainsi plus de 20% du volume de l'hôpital public (contre environ 10% en 2012). Les besoins en urgentistes ont alors plus que doublé et les difficultés de recrutement deviennent pratiquement insurmontables.

### **Scénario 2 : dans dix ans, la médecine d'urgence sera entrée en déshérence**

Les préoccupations organisationnelles l'emportent sur toute autre considération. Dans la logique des indicateurs choisis pour améliorer l'accès aux services publics, il est considéré que le patient se présentant aux urgences, quelle que soit sa pathologie, ne doit pas attendre. Une attente de plus de 4h est considérée comme une faute organisationnelle. Tout ce qui est fait rapidement est, à l'inverse, jugé satisfaisant. Dans ce contexte, depuis des années, les managers des urgences sont recrutés dans de l'hôtellerie et ils font merveille. D'autant que les financements des structures d'urgence sont dorénavant calculés sur les seuls indicateurs de délais. Tout, donc, semble en ordre. Mais, en dépit du confort matériel appréciable (qui, il est vrai, manquait cruellement jusque-là) et malgré les efforts de quelques vrais grands médecins, le milieu médical de l'urgence s'est, année après année, considérablement appauvri. La quête obsessionnelle de scores de plus en plus flatteurs au regard du seul chronomètre a fait oublier la qualité médicale, qui est, bien entendu, l'essentiel. Les urgentistes sont relégués au rang de simples techniciens et, intellectuellement, la médecine d'urgence régresse ; aucun programme de recherche clinique n'y trouve place ; il n'y a plus ni le moindre financement, ni le temps nécessaire pour développer de tels programmes non directement productifs et gros consommateurs de temps. La formation médicale continue, la simulation clinique, l'émulation médicale même, tout cela a disparu des ambitions, emporté par la dérive gestionnaire. Ainsi, tout va effectivement très vite dans les services d'urgences, mais pas dans la bonne direction. Focalisés sur les indicateurs chronométriques, les décideurs ont laissé de côté la dimension médicale. Et les résultats négatifs se font douloureusement sentir : les loupés médicaux se multiplient ; les vocations d'urgentistes se font de plus en plus rares.

### **Scénario 3 : dans dix ans, les urgentistes seront introuvables pour le service public**

Le refus du travail de nuit fait choisir aux jeunes générations de médecins des métiers plus posés que le métier d'urgentiste. Parmi ces jeunes générations de médecins, celles et ceux que

la pratique de l'urgence passionnait et que les contraintes du travail de nuit et de week-end n'avaient pas totalement rebuté, finissent par s'épuiser à passer le plus clair de leur temps au téléphone à chercher pour chacun de leur patient une solution en aval des urgences. Ils refusent de s'enfermer, pour leur vie entière, dans une telle galère. Lassés d'entendre les autorités leur dire et leur redire, comme seule réponse à leurs demandes de moyens, que s'il y a trop de travail aux urgences, c'est parce que ces structures sont engorgées de patients qui n'ont rien à y faire, ceux qui étaient les plus motivés au départ décrochent. Quelques procès fortement médiatisés et où ils s'estiment injustement mis en cause sans qu'il soit tenu compte des conditions de travail qui leur sont imposées, achèvent la démoralisation des urgentistes hospitaliers. D'autant que, dans le même temps, de plus en plus de cliniques privées ont développé des « accueils non programmés » pour des patients sélectionnés. Une fois leur dur apprentissage achevé au sein des structures d'urgences hospitalières publiques, les jeunes urgentistes, irrésistiblement attirés par le « pantouflage », s'en vont dans ces cliniques y servir une clientèle ciblée, moins avare de témoignages de reconnaissance, et dans des conditions de travail incomparablement plus confortables. Des mesures spécifiques sont, certes, prises pour tenter de fidéliser les urgentistes dans les structures hospitalières, mais rien n'y fait, même les médecins Roumains de tous âges, arrivés en nombre pour sauver les urgences hospitalières, finissent dans ces consultations privées non programmées, après un temps de purgatoire le plus bref possible dans les urgences publiques. Ainsi, faute d'urgentistes, les urgences hospitalières, dans une course sans fin, vont de crise en crise.

## Propositions

### 1/ Assurer une pleine reconnaissance de la spécialité de médecine d'urgence

- Créer le DES de médecine d'urgence
- Prévoir des passerelles, des équivalences et des modules de formation complémentaire permettant des mouvements dans les deux sens entre spécialités assez voisines
- Garantir l'accès à la formation pour tous les urgentistes, en termes de disponibilité en temps, de ressources financières, d'accès à la simulation
- Favoriser les programmes de recherche clinique dans tous les SU, en lien avec l'Université

### 2/ Définir clairement et positivement la mission des structures d'urgence

- Délimiter clairement le champ couvert par la médecine d'urgence
- Organiser les réponses alternatives permettant au patient de ne pas venir aux urgences « par défaut » (consultations non programmées, de médecine générale et de spécialités, organisation de la continuité des soins en médecine de ville, organisation médicale des structures d'accueil des personnes âgées)
- Ajuster les moyens en fonction de l'activité constatée dans les structures d'urgences (et donc renoncer à prioriser l'objectif de diminuer cette activité)



- Faciliter et enrichir les liens entre le médecin traitant et l'urgentiste (promotion du DMP comme outil de coordination des soins, rôle du médecin traitant dans l'anticipation des situations d'urgence par une bonne information et préparation de son patient)
- Mieux entourer la fin de vie à domicile

### **3/ Épargner à l'urgentiste la gestion de l'aval des Urgences**

- Créer, hors du SU, une fonction hospitalière de gestionnaire de l'aval du SU, de telle sorte que l'urgentiste, dans ses heures de travail posté, se consacre entièrement à la prise en charge médicale de ses patients

### **4/ Mieux assister l'urgentiste en confiant de nouvelles tâches aux infirmiers**

- Faire assister l'urgentiste par des infirmiers sur des tâches ciblées (ex : sutures après examen médical de la plaie), de telle sorte que l'urgentiste se consacre à la prise en charge médicale de ses patients
- Développer les transports infirmiers inter hospitaliers
- Compléter la formation des infirmiers des urgences

### **5/ Mieux assister l'urgentiste en développant les métiers appropriés**

- Développer, au sein du SU, des métiers de santé dédiés à des fonctions ciblées (ex : gestion de l'accueil hôtelier, secrétariat, accompagnement social), de telle sorte que l'urgentiste et le personnel soignant se consacrent à la prise en charge médicale de ses patients

### **6/ Promouvoir la qualité de vie au travail dans les structures d'urgence**

- Promouvoir la qualité de vie au travail dans les structures d'urgence en analysant de façon professionnelle les pénibilités actuelles et en les corrigeant une à une
- Promouvoir les activités extra cliniques

### **7/ Assurer un suivi pertinent des résultats et des tendances**

- Promouvoir un panel d'indicateurs médicalement pertinents
- Organiser un suivi des tendances
- Anticiper les évolutions
- Repérer la nécessité d'ajuster les moyens

## Lexique

AC	Aide à la Contractualisation
AMU	Aide Médicale Urgente
AMUF	Association des médecins urgentistes de France
ARS	Agence régionale de santé
ATU	Accueil et Traitement des Urgences
C	Consultation
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CFMU	Collège Français de Médecine d'Urgence
CNUH	Conseil National de l'Urgence Hospitalière
CNUMU	Collégiale Nationale des Universitaires de Médecine d'Urgence
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CS	Consultation spécialisée
DDASS	Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales
DES MU	Diplôme d'étude spécialisée en Médecine d'Urgence
DES	Diplôme d'étude spécialisée
DESC	Diplôme d'étude spécialisée complémentaire
DGOS	direction générale de l'offre de soins
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMP	Dossier Médical Personnel
DMS	Durée moyenne de séjour
DRASS	Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRM	Dossier de régulation médicale
ECG	Electrocardiogramme
EHPAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
FAU	forfait annuel des urgences
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IOA	Infirmière Organisatrice de l'Accueil
IRM	Imagerie par résonance magnétique

MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MCS	Médecins correspondants de Samu
MERRI	Mission de Recours de Recherche et d'Innovation
MIG	Mission d'intérêt général
MMG	Maison de médicale de garde
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PH	praticien hospitalier
PHC	praticien hospitalier contractuel
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
POSU	Pôle Spécialisé d'Accueil et de Traitement des Urgences
RUM	Résumé d'Unité Médicale
Samu	Service d'aide médicale urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SAUV	Salle d'accueil des urgences vitales
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SIS	Service d'incendie et de secours
Smur	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SU	Service des Urgences
SUdF	Samu-Urgences de France
T2A	tarification à l'activité
T2IH	Transferts Infirmiers Inter-Hospitaliers
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UHPST	U : accueil des Urgences, H : Hospitalisation, P : Prises en charge chirurgicales et spécialisées, S : activité Smur, T : plateau Technique
UMJ	Unité Médico-Judiciaire
UPATOU	Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
USC	Unité de surveillance continue
ZSTCD	Zone de surveillance de très courte durée