



**Ministère de la Santé et des Solidarités  
Direction de l'Hospitalisation  
et de l'Organisation des soins**

Docteur Jean Yves GRALL  
Conseiller général des établissements de santé

## **EVALUATION DU PLAN URGENCES 2004-2008**

**JANVIER 2007**

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	3
<b>RESUME</b>	4
<b>LE PLAN URGENCES 2004-2008</b>	5
1. Un plan « global » s'intéressant à toute la filière d'accès aux soins non programmés, décliné en diverses mesures :	
2. un accompagnement financier conséquent	
3. Des crédits délégués au niveau national vers les ARH de façon fléchée et échelonnée sur la période	
<b>APPROCHE QUANTITATIVE : LA DELEGATION ET L'UTILISATION DES CREDITS PERIODE 2004-2006 DU « PLAN URGENCES »</b>	7
1. Les moyens délégués au titre du volet 2006	
2. A mi-parcours du Plan les moyens délégués sur la période 2004-2006	
3. L'affectation précise des crédits	
4. Le caractère opérationnel des emplois et structures créées :	
5. enveloppes fléchées et équilibre budgétaire :	
<b>ETAT DES LIEUX DE LA « FILIERE DE PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMES » APPORTS DU « PLAN URGENCES »</b>	10
1. Des structures d'urgences en nombre stable	
2. Une activité en augmentation générale en 2005 qui se poursuit en 2006	
3. Une interprétation des catégories des patients passant dans les services d'urgence est à préciser	
4. Un apport reconnu et apprécié des mesures du plan urgences par les professionnels	
5. La situation concernant l'amont marquée par une mutation dans les modalités d'exercice de la permanence de soins	
6. La situation intra hospitalière	
7. L'« Aval » des urgences	
8. Les mesures d'ordre général	
<b>LES EFFORTS A POURSUIVRE</b>	30
1. Accompagner les évolutions de la permanence de soins de façon fiable pérenne et lisible	
2. Compléter les dispositions concernant la pris en charge des personnes âgées	
3. Renforcer le rôle des ARH dans le cadre d'une politique volontariste et concertée	
4. Mettre de la cohérence	
5. Informer la population	
<b>CONCLUSION</b>	33

## **INTRODUCTION**

En mai 2006, M Xavier Bertrand, Ministre de la santé et des solidarités, a souhaité que soit réalisée une évaluation à mi-parcours du plan urgences 2004-2008, pour apprécier l'utilisation effective des moyens délégués, mais aussi afin d'évaluer les besoins non satisfaits et les efforts à produire dans les années à venir. Cette mission a été confiée au Docteur Jean Yves Grall, conseiller général des établissements de santé, par Mme Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

La lettre de mission, en date du 17 octobre 2006, précise qu'il s'agit d'apprécier une dynamique générale visant à améliorer le service rendu à nos concitoyens par le dispositif de prise en charge des patients relevant de l'urgence, par une évaluation qualitative du plan urgences, à mi-parcours de sa mise en œuvre, en s'appuyant sur le bilan quantitatif effectué par la sous direction de l'organisation des soins et sur les entretiens effectués auprès des agences régionales de l'hospitalisation. Un rapport doit formaliser les conclusions et présenter des propositions.

Entre le 6 novembre 2006 et le 9 janvier 2007, le Dr Grall s'est déplacé dans chaque région métropolitaine et dans chaque agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Des entretiens ont été effectués sur la base d'un questionnaire support adressé préalablement. Chaque rencontre régionale comprenait trois parties : examen de l'affectation des crédits du volet 2006 du plan et plus globalement du caractère opérationnel des crédits 2004 et 2005, examen de la « filière urgences » au niveau régional et au niveau de chaque département (amont, intra hospitalier et aval) et rencontre avec les représentants des professionnels au mieux réunis au sein du comité régional des urgences.

Sous l'égide des ARH en compagnie des différentes directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et des membres des services médicaux et régionaux de l'assurance maladie, les représentants des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et des représentants des médecins urgentistes ainsi que des établissements publics, privés ou PSPH selon les régions, ont participé à ces rencontres. Certaines unions régionales des médecins libéraux (URML) étaient parfois représentées.

Ainsi un large tour d'horizon a pu être effectué et il faut remercier ici l'ensemble des participants qui ont pu se libérer dans des délais parfois courts pour partager des discussions très riches et constructives. De même la diligence et l'aide apportée par toutes les agences régionales de l'hospitalisation et leurs membres méritent d'être soulignées et il faut les en remercier, en particulier sur la qualité de l'organisation des rencontres et des renseignements obtenus en toute transparence.

## RESUME

Le « Plan Urgences » initié en septembre 2003 s'est traduit par des mesures globales pour l'ensemble de la filière de prise en charge des urgences (amont, intra hospitalier, aval). A cet effet 500 millions d'euros ont été répartis en sous enveloppes de manière échelonnée sur la période 2004-2008.

L'évaluation réalisée fin 2006 montre que 380 millions d'euros ont été affectés depuis 2004, aboutissant à la création de 5300 emplois dont près de 4000 postes non médicaux, 344 PARM et près de 900 emplois médicaux. 45% des crédits ont concerné les structures d'urgences proprement dites.

A mi-parcours du plan il faut noter en 2005 une augmentation d'activité des services d'urgences (+3 à 3.5 % passages), des SMUR (+4% sorties) et des Centres 15 (10 à 12 % affaires traitées). Cette augmentation tend à se poursuivre en 2006 notamment pour les Centres 15.

La permanence de soins ambulatoire (PDS) en amont de la filière de prise en charge des soins non programmés s'est modifiée avec une réduction de 25% des secteurs en première partie de nuit. En nuit profonde le report de la PDS sur les centres hospitaliers devient très fréquent alors que dans les zones urbaines la PDS tend à reposer exclusivement sur des associations de type SOS Médecins. En première partie de nuit et les week-ends, l'exercice en maison médicale de garde se développe (213 MMG hors SOS Médecins). Tous les départements, sauf 9, ont accès à une régulation médicale généraliste libérale spécifique, quasiment toujours dans les locaux du Centre 15. Des difficultés d'accès à un médecin aux heures de PDS dans les EHPAD et maisons de retraite, pour la rédaction de certificats de décès ou motif médico-légal sont soulignés sur l'ensemble du pays.

Les structures hospitalières ont été renforcées permettant ainsi des mises aux normes (80% des SMUR et UHTCD) des recrutements de personnels infirmiers (près de 1100 ETP) ou médicaux (près de 900 ETP) ainsi que des réaménagements statutaires (60% de PH dans les effectifs des structures d'urgence). Les organisations mutualisées SMUR –Urgences deviennent la règle dans la plupart des structures, et des fédérations inter hospitalières voire départementales se développent. Des efforts spécifiques ont été réalisés en 2006 dans de nombreuses régions sur les urgences pédiatriques et les transports hélicoptérés. L'objectif d'une informatisation de 85% des passages aux urgences et 80% des services fin 2007 est en passe d'être tenu, certaines régions ayant déjà atteint ces chiffres (Languedoc, Limousin, Franche-Comté, Ile de France et AP/HP...). Enfin les investissements réalisés ou en cours laissent apparaître que moins de 10% de services d'urgences sont encore vétustes et devront faire l'objet de projets à financer dans le cadre du plan hôpital 2012 .

Pour l'aval, si les créations des équipes mobiles gériatriques (près de 200) et de court séjour gériatriques ainsi que la médicalisation des hôpitaux locaux ont apporté une amélioration certaine de la prise en charge des patients, par contre les créations de lits de SSR (3000) et de places d'Hospitalisation à domicile HAD ( 3000 créées 8000 autorisées ) n'ont pas eu le même effet. Il s'avère in fine qu'il s'agit moins de l'aval extra hospitalier que de l'aval des urgences qu'il faille développer dans ce contexte (court séjour gériatrique et/ou médecine polyvalente).

Le plan Urgences a permis un renforcement conséquent des structures d'urgences et ses effets sont reconnus par les professionnels. Au delà des objectifs quantitatifs initiaux remplis et très largement dépassés pour la plupart, le Plan Urgences a impulsé une prise de conscience vis à vis de l'accès aux soins non programmés, en concertation avec les professionnels. Néanmoins, les évolutions constatées dans la filière « urgences » nécessitent que soient adaptées les orientations initiales du plan mises en place en 2003 et ainsi que soient poursuivis des efforts d'amélioration de la filière selon cinq axes :

-Adapter les évolutions de la permanence de soins en renforçant la régulation médicale, en structurant la PDS autour des maisons médicales de garde, en organisant la réalisation de visites incompressibles. Un véritable contrat de PDS pourrait lier les acteurs libéraux ou hospitaliers, afin d'obtenir un dispositif fiable , lisible et pérenne.

-Améliorer la prise en charge des personnes âgées , en lien avec le « plan solidarité grand âge », notamment en améliorant la continuité des soins en EHPAD, maison de retraite ou hôpital local.

-Renforcer le rôle des ARH dans le cadre d'une politique volontariste et concertée : attribution concertée de crédits des volets 2007 et 2008 ;développement des aspects qualitatifs liés aux structures et filières d'urgences dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), mise en œuvre des décrets (réseau des urgences, fiche de dysfonctionnement, répertoire des ressources)

-Rendre cohérent les dispositifs de remboursement des transports aux assurés ;soutenir la réalisation du diplôme d'études supérieures complémentaires de médecine d'urgence (DESC) ; favoriser les coopérations inter hospitalières et ville-hôpital.

-Informers la population notamment sur le bon usage du centre 15

## **LE PLAN URGENCES 2004-2008**

Le 30 septembre 2003, M Jean-François MATTEI, ministre de la santé, annonçait la mise en place d'un plan national sur les Urgences. Cette décision s'inscrivait dans un double contexte : d'une part la période récente de canicule de l'été 2003 et d'autre part les modifications induites par les nouvelles modalités de réalisation de la permanence de soins (PDS) issues du mouvement des médecins généralistes de l'hiver 2001-2002.

### **1. Un plan « global » s'intéressant à toute la filière d'accès aux soins non programmés, décliné en diverses mesures :**

- ❑ **En amont des services d'urgence** : organiser la sectorisation de la PDS ambulatoire, encourager la création de maisons médicales de garde (MMG). Des mesures incitatives à l'installation des médecins dans des zones déficitaires y étaient associées sous l'égide des missions régionales de santé(MRS).
- ❑ **Au sein du dispositif de régulation téléphonique et d'aide médicale urgente** : développer la participation des médecins libéraux , augmenter le nombre de permanenciers d'accueil et de régulation médicale (PARM) et en valoriser la fonction, créer des postes de praticiens hospitaliers dans les SAMU-Centre 15. Renforcer et mettre aux normes les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) par la création notamment de postes d'infirmières.
- ❑ **Dans les établissements de santé autorisés à l'activité d'urgences** : augmenter les moyens médicaux et paramédicaux, soignants et logistiques, permettant notamment la création et l'ouverture de zones de surveillance de très courte durée(ZSTCD). A ce volet ressources humaines était associés un effort sur la rénovation immobilière des structures d'urgence (plan hôpital 2007) ainsi que des mesures visant à étendre et développer les systèmes d'information au niveau régional (système de veille et d'alerte en lien avec l'institut national de veille sanitaire (INVS) et local (développement de l'informatisation de structures d'urgence et leur interconnexion).
- ❑ **En aval** quatre types de mesure : développement de la prise en charge gériatrique (court séjour et équipes mobiles gériatriques), création de lits de soins de suite et réadaptation (SSR), création de places d'hospitalisation à domicile (HAD) et renforcement des capacités et médicalisation des hôpitaux locaux.
- ❑ **Valorisation du métier de médecin « urgentiste »** par la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC) de médecine d'urgence.

Plus largement le « Plan Urgences » caractérise une volonté de prise en compte et d'amélioration de l'accès aux soins non programmés pour la population, et a ainsi suscité la mise au point de mesures réglementaires structurelles comme les décrets sur la permanence de soins (septembre 2003 et avril 2005) et sur les activités d'urgences (mai 2006).

Enfin l'élaboration du Plan Urgences a initié une concertation large et assidue avec les représentants professionnels au niveau national, particulièrement les médecins urgentistes hospitaliers mais également les médecins libéraux, de même qu'au niveau régional (comité régional des urgences auprès des ARH) ou départemental (création auprès des préfets de départements des comités départementaux de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins CODAMUPS).

## 2. Un accompagnement financier conséquent

Sur la durée du plan , 488 millions d'euros ont été initialement prévus, auxquels ont été rajoutés 15 millions d'euros en 2005, si bien qu'au total plus de **500 millions d'euros** auront été délégués à l'expiration du plan.

A ces sommes considérables il faut rajouter les diverses mesures spécifiques régionales sur les marges des ARH (par exemple en Ile de France, hors AP/HP, un effort particulier de l'ordre de plus de 5 millions d'euros a été consenti sur les mises à niveau et le réaménagement statutaire des médecins urgentistes).

Ainsi au titre du plan urgences stricto sensu : en 2004, 2005 et 2006, plus de 140, 180 et 50 millions d'euros ont été respectivement délégués aux ARH **soit un total de 380 millions d'euros.**

## 3. Des crédits délégués au niveau national vers les ARH échelonnés sur la période.

Le Plan était divisé en sous enveloppes, chaque sous enveloppe correspondant à une destination spécifique et à une modalité de financement particulière. Ainsi on distingue :

- les crédits de mission d'intérêt général (MIG) qui correspondent aux SAMU-SMUR et à la gériatrie,
- les crédits en dotation annuelle complémentaires (DAC) ayant vocation à compléter les recettes T2A représentées par le forfait d'accueil des urgences (FAU) et les actes de traitement des urgences (ATU), qui seront réservés aux structures d'urgences, notamment le renfort des unités de surveillance de courte durée (UHCD)
- les crédits en dotation annuelle de fonctionnement (DAF) réservés aux activités de soins de suite et réadaptation (SSR) et hospitalisation à domicile (HAD) et aux hôpitaux locaux.

Un échelonnement des différentes mesures et de leur niveau de financement sur cinq ans avait été mis au point dès l'annonce du Plan. Néanmoins, les différentes circulaires budgétaires de 2005 et 2006 ont précisé la possibilité de fongibilité des sous enveloppes selon les besoins déterminés par chaque ARH.

De fait pour les tranches 2007 et 2008 le fléchage des crédits au niveau national laisse apparaître que seuls des crédits en dotation annuelle de fonctionnement (DAF) et en MIG sont disponibles avec attribution sur les hôpitaux locaux , les SSR et le renforcement des compétences gériatriques.

**APPROCHE QUANTITATIVE**  
**LA DELEGATION ET L'UTILISATION DES CREDITS**  
**PERIODE 2004-2006 DU « PLAN URGENCES »**

**1. Les moyens délégués au titre du volet 2006**

Les moyens délégués en 2006 ont été de l'ordre de 50 Millions d'euros. La répartition a été la suivante :

- **35 %** pour les structures d'urgences (urgences, SAMU et SMUR) qui ont notamment permis la création de 353 postes dont 91 PH (dont 31 par transformation d'assistants en PH), 142 postes d'infirmières, 85 postes non médicaux (ambulanciers, aide soignants...) et 38 postes de PARM.
- **32%** pour le SSR, **13%** pour les hôpitaux locaux, **11%** pour la gériatrie. Ces crédits ont permis de créer ou renforcer 35 équipes mobiles de gériatrie et 7 services de court séjour gériatrique ; la création de l'ordre de 275 postes dont 30 postes médicaux et 235 postes non médicaux. L'ouverture de 114 lits de SSR a été rendue possible ainsi que la création de 50 lits de court séjour gériatrique et de 15 lits de gériatrie en hôpital local .
- **9% divers** (informatisation, aides financières ponctuelles, mise en réserve et affectation non reconductible, régulation libérale etc...)

**2. A mi-parcours du Plan les moyens délégués sur la période 2004-2006**

***Les objectifs initiaux du plan***

<b>Objectifs</b>	<b>Réalisation 2004-2005-2006</b>
Création de 100 postes de PARM	344 postes de PARM
Promotion professionnelle PARM	+20 points NBI (décret 2004-793 29/07/2004)
Création : 20 postes de PH SAMU dès 2004	116 créés et 38 transformations fin 2006
80 maisons médicales de garde en 2005	213 maisons médicales de garde en 2006
8 000 places HAD autorisées fin 2005	8 000 places HAD autorisées fin 2005
15 000 lits de SSR créés en 2008	3 000 lits fin 2006
160 équipes mobiles gériatriques	200 créées fin 2006
Dispositif de veille et d'alerte dans chaque région	Opérationnel dans toutes les régions fin 2005
Mesures pour l'installation des médecins	Statut collaborateur libéral, identification des zones déficitaires fin 2005
Mise en place du DESC de médecine d'urgence	Fait à fin 2006

***La répartition globale des crédits du Plan à mi-parcours***

45 % des crédits ont été affectés fin 2006 aux structures d'urgences elles-mêmes (SAMU-SMUR-services d'urgences) et 55% aux structures d'aval (HAD, SSR, hôpitaux locaux et gériatrie).

**Pour l'ensemble du Plan urgences 2004-2005-2006 380 Millions d'euros ont été affectés représentant au total**

- **La création de près de 5300 emplois ( 5 283) :** 827 ETP médicaux (dont 166 réaménagements statutaires) 335 PARM, 3 966 ETP non médicaux ( dont 1 086 ETP infirmière au SMUR ou aux urgences).
- Le renforcement ou la création de près de **200** (191) équipes mobiles gériatriques
- La création d'environ **3000 lits** de SSR, **1400 lits** de court séjour gériatrique, **100 lits** en hôpital local et **3000 places** HAD autorisées

**3. L 'affectation précise des crédits**

Globalement si l'affectation des crédits est bien traçable en ce qui concerne les structures d'urgences (création de PARM, ETP médicaux ou paramédicaux), le détail des créations de postes ou de structures est parfois difficile à individualiser sur les volets SSR, hôpital local notamment, car les crédits du plan Urgences ont parfois servi à compléter le financement de projets antérieurs au plan. Le plan Urgences a eu un **effet levier**. De fait le décompte très précis de ce qui revient stricto sensu au plan est parfois impossible.

En effet les crédits apportés par le plan Urgences ont pu apparaître comme un effet d'aubaine pour la réalisation d'autres projets, conforté par le fléchage compartimenté au niveau national. Ceci explique dans quelques cas l'éloignement entre la philosophie ayant présidé au plan, et un certain nombre des créations effectuées et des structures renforcées.

**4. Le caractère opérationnel des emplois et structures créées :**

- **En 2006 l'impact est fonction de la date de notification par les ARH :** les crédits ont été notifiés de façon variable au cours de l'année 2006, et si la majorité des ARH ont procédé en juillet 2006 lors de la DM1, quelques unes ont réparti les dotations en deux temps, dont une première en début d'année alors que dans d'autres régions la notification ne s'est effectuée qu'au mois de décembre. Ceci explique que certains postes financés ne seront créés et pourvus au mieux qu'en début 2007.

Ainsi en 2006 des crédits non reconductibles ont pu être affectés

- à des soutiens budgétaires à certains établissements, à des mises en réserve de crédits en vue de créations en 2007...
  - au soutien à l'informatisation des services d'urgence
  - à des compléments financiers pour les transports aéroportés
  - à des compléments de financements pour la permanence de soins hospitalière voire exceptionnellement pour la régulation des médecins libéraux
  - à des mises en réserve pour création de SMUR ou autres
  - .....
- **L'ensemble des postes créés sur les dotations budgétaires 2004 et 2005 sont pourvus.** Si un taux de l'ordre de 70% d'occupation des postes créés pouvait être constaté début 2005, actuellement, à près de 100%, les postes médicaux ou paramédicaux créés sur les volets plan Urgences 2004 et 2005 ont fait l'objet d'un recrutement.



- **Le renforcement des structures de court séjour gériatrique** (créations ou requalifications de lits) et la création d'équipes mobiles gériatriques ont été poursuivis en 2006.
- **Les lits de SSR** : malgré les dotations importantes, les 3000 lits ont été créés pour plus de la moitié dans le secteur privé à but lucratif. Par contre on note des capacités créées non installées ou seulement partiellement surtout dans le secteur public

Quatre explications peuvent être avancées :

- Des problèmes architecturaux
- Une sous estimation du coût au lit amenant de fait un décalage entre le niveau des financements et le nombre de lits pouvant être installés dans un contexte budgétaire peu favorable pour de nombreux établissements publics
- Les dotations budgétaires ont servi au renforcement des capacités déjà installées.
- Les moyens affectés ont servi à la mise en service effective de structures déjà autorisées antérieurement (bien que certaines aient été déjà antérieurement financées...). On rappellera l'écart dans certaines régions entre les lits de SSR autorisés et réellement fonctionnels(exemple, l'île de France).

Il faut signaler dans de nombreuses régions la création de lits pour les « états végétatifs chroniques » ou « EVC ». Le plan urgences a permis de finaliser partiellement ou totalement la création de ces structures dont l'intérêt est majeur car permettant de trouver une issue à la situation de nombreux patients de réanimation .

## **5. Enveloppes fléchées et équilibre budgétaire :**

Le caractère même du fléchage thématique accompagné du fléchage d'une modalité financière peut expliquer les difficultés de réalisation de certains objectifs dans les établissements en mauvaise situation financière.

- Les dotations dans le cadre de la dotation annuelle complémentaire (DAC), pour les services d'urgences au sens large et les unités d'hospitalisation de courte durée en particulier, peuvent avoir quelques inconvénients dans les établissements publics en difficulté financière. En effet la création annoncée de postes via la DAC pouvait entraîner mécaniquement un accroissement des difficultés dès lors que le recrutement était opéré, car devant justifier de fait le complément nécessaire sur des recettes globales déjà insuffisantes.
- Au niveau de certains hôpitaux locaux ou des SSR des financements du plan Urgences ont pu compléter des rebasages budgétaires rendus nécessaires par l'hospitalisation de patients dont le traitement nécessite des molécules onéreuses. Ceci peut s'expliquer par la diminution de la DMS des courts séjours et donc le transfert en aval de patients encore en cours de traitement et donc le transfert de charges (médicaments T2A) sur des structures aux modalités de financement différentes. Ceci permettant de libérer plus vite des capacités en court séjour pouvant servir éventuellement au désengorgement des urgences.
- A signaler le frein apporté par le mécanisme de recettes aux urgences (FAU et ATU) quant à la mise en place de maisons médicales dans les services d'urgence.

Ainsi la segmentation des financements fléchés du niveau national selon les activités et donc leur mode de fonctionnement différent a pu rigidifier les possibilités d'adaptation offertes aux ARH dans leur répartition régionale..

# ETAT DES LIEUX DE LA « FILIERE DE PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMES » APPORTS DU « PLAN URGENCES »

## **1. Des structures d'urgences en nombre stable**

L'activité d'accueil et de traitement des urgences est soumise à l'autorisation de l'ARH. Jusqu'à la parution des décrets de mai 2006, 631 sites d'urgence étaient autorisés dont 38 pôles spécialisés (POSU) : 208 services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) et 385 unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU), 105 SAMU et 435 SMUR (dont 64 antennes et 10 SMUR saisonniers).

Les décrets de mai 2006 suppriment la distinction entre SAU et UPATOU, regroupés dorénavant sous forme de structures autorisées à l'activité d'urgences. La notion de POSU disparaît au profit de plateaux techniques spécialisés. En fin il est fait mention d'une autorisation spécifique pour les urgences pédiatriques.

## **2. Une activité en augmentation générale en 2005 qui se poursuit en 2006**

***Une activité en progression entre 2004 et 2005 :***

1. Une augmentation des passages aux urgences entre 2004 et 2005 de l'ordre de **3% à 3,5%** (rappelons le tassement de 2004 selon les données de la DREES) avec par exemple :
  - ***Ile de France*** le cap des 3 millions de passages est atteint en 2005 avec une hausse de 3,7% entre 2004 et 2005 ; passages pédiatriques de l'ordre de 30%
  - ***Midi Pyrénées*** : hausse de 3,9% avec une augmentation marquée sur la nuit et les week-ends.
  - ***Alsace*** +2%
  - ***Rhone Alpes*** + 3%
  - ***Auvergne*** +5%
2. Le taux d'hospitalisation reste stable en Ile de France aux alentours de 16%, progresse en Midi Pyrénées (estimation à 24%). En Languedoc-Roussillon le taux d'hospitalisation est à 21% en SAU et 13 % en UPATOU ; près de 19% en PACA. Il faut signaler que même si le taux d'hospitalisation est stable sur une activité en progression de volume, ceci veut dire en pratique un nombre absolu de patients hospitalisés plus important, et un surplus de patients « allongés » dans les services d'urgences.
3. Les passages classés en CCMU 1 ou 2 représentent en Ile de France 91%, en Languedoc 86%, en Midi Pyrénées 81%.
4. Le secteur privé (hors PSPH) représente 15% des passages en Ile de France, 34% en Languedoc, 19% en Midi Pyrénées, 15% en Rhône-Alpes, 11% en PACA, 9% en Picardie.
5. Une augmentation des sorties SMUR **+ 4%** entre 2004 et 2005.

6. Une accentuation des affaires traitées au C15 des SAMU : de l'ordre de **10 à 12%**

**En 2006 l'augmentation des affaires traitées par les Centre 15 se poursuit** selon les données de l'activité de quelques SAMU-Centres 15 : + 7 à 9% pour l'AP/HP ; + 7 % dans le Gard ; + 4% en Charente-Maritime ; + 10 % dans l'Ain ; +4.5% en Deux-Sèvres ; + 10% pour l'Yonne...Par ailleurs tous les Centres 15 ont vu dans la dernière quinzaine de décembre une augmentation de 20 à 40% des affaires traitées par rapport à la même époque en 2005 (SAMU 31 : +55% dernière semaine décembre 2006/2005). Une augmentation des passages est notée en 2006 mais dans des proportions moindres que l'augmentation de l'activité des Centres 15.

**Des évolutions objectivées et chiffrées par l'observatoire régional des urgences de Midi Pyrénées (ORUMIP)** permet de souligner des évolutions nettes sur sa région avec une augmentation des passages la nuit (+6,2%), notamment entre 0h et 8h, surtout les nuits de week-end ; ainsi que le lundi matin. La proportion de patients âgés s'accroît ainsi que la proportion de patients en CCMU 3. Par contre le week-end, la part des patients en CCMU 1 s'accroît par rapport aux autres jours. Les grands services d'urgences de la région connaissent un afflux plus important le dimanche alors que dans les structures d'urgence privées, l'activité dominicale chute.

### **3. Une interprétation des catégories des patients passant dans les services d'urgence à préciser**

Deux classifications des patients se présentant dans les services d'urgences existent :

**Classification du GEMSA** (Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil des urgences) : 6 catégories

- |   |
|---|
| 1 Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation                                   |
| 2 Patient non convoqué sortant après consultation ou soins                                |
| 3 Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale               |
| 4 Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au Service d'Urgences  |
| 5 Patient attendu dans un service, ne passant au SAU que pour des raisons d'organisation  |
| 6 Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante ou prolongée |

**Classification clinique des malades aux urgences CCMU:** 5 catégories

- |  |
|--|
| Classe I : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique et thérapeutique aux urgences.   |
| Classe II : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.  |
| Classe III : Etat fonctionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, n'engageant pas le pronostic vital et décision d'acte diagnostique et thérapeutique aux urgences. |
| Classe IV : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.   |
| Classe V : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.   |

La CCMU est souvent utilisée, notamment pour apprécier le degré de nécessité de passage aux urgences. Ainsi les catégories 1 et 2 sont-elles considérées comme bénignes et pouvant faire l'objet d'une prise en charge ambulatoire. Les classes GEMSA correspondantes sont 2 et 3.

Une étude a été publiée fin 2004, en collaboration entre l'ORUMIP et l'Assurance maladie sur les raisons ayant amené les patients en CCMU 1 et 2 à recourir aux services d'urgences plutôt qu'à la médecine ambulatoire ; elle montrait qu'un peu plus de la moitié venait pour de la petite traumatologie. Ainsi même si ces patients sont en catégorie CCMU 1 ou 2, une bonne partie ne pouvait être pris en charge logiquement en médecine générale ambulatoire car nécessitant soit des actes d'imagerie simple et/ou des actes de parages de plaies ou d'immobilisation. Sur les patients traumatiques 14% venaient pour des entorses de cheville.

Les patients ayant eu un acte diagnostique simple (prélèvement sanguin ou acte d'imagerie) sont classés en CCMU 2. Mais on peut penser que l'effet structure a amené à la prescription d'actes qui n'auraient pas été jugés indispensables en médecine ambulatoire et ces passages auraient ainsi pu être classés en CCMU 1.

Ainsi il n'est pas exact que tous les patients en CCMU 1 et 2 pouvaient relever matériellement au moins de la médecine ambulatoire. Par contre il est certain que ces patients a posteriori ne relevaient nullement d'une prise en charge en urgence.

#### **4. Un apport reconnu et apprécié des mesures du plan Urgences par les professionnels**

L'ensemble des professionnels rencontrés a souligné l'importance du plan urgences. Les apports en personnel médical et paramédical ont soutenu et soulagé les équipes et permis dans de nombreux cas des mises aux normes. Par ailleurs les réaménagements statutaires médicaux effectués ont permis la stabilisation de nombreuses équipes en gardant en leur sein des médecins chevronnés. De même l'accent mis sur le recrutement de PARM a soulagé les centres 15.

Néanmoins, tous soulignent que les effets du plan sur les structures d'urgences semblent gommés par les évolutions d'activité, en lien notamment avec la réorganisation de la permanence de soins.

Sur les modalités de répartition des crédits du plan Urgences, il est regretté le caractère cloisonné des diverses enveloppes du plan au niveau national. Bien que la possible fongibilité ait été soulignée dans les circulaires budgétaires, il faut reconnaître que lors des répartitions régionales la répartition nationale a souvent été reproduite. Ceci s'explique par l'effet de complément à d'autres financements qu'ont pu revêtir notamment les crédits fléchés vers les SSR ou hôpitaux locaux. Dans le même ordre d'idée, les professionnels des structures d'urgences soulignent que seulement 1/3 des crédits concernent directement leurs activités sur la durée du plan.

En effet, si les affectations de crédits vers des renforcements de personnel médical ou non médical, des réaménagements ou reconstructions immobiliers, ou des moyens informatiques ont eu un effet visible et opérationnel patent, d'autres mesures du plan, en particulier vis à vis des SSR et HAD, n'ont pas eu de plus value évidente sur la filière aux yeux des professionnels.

En revanche le renforcement des compétences gériatriques, que ce soient les équipes mobiles comme la création de courts séjours gériatriques, ont indiscutablement constitué un apport appréciable.

## **5. La situation concernant l'amont marquée par une mutation dans les modalités d'exercice de la permanence de soins**

### **I. Une évolution majeure : l'exercice de la permanence des soins ambulatoire (PDS)**

#### **1. Une sectorisation théorique de la PDS ambulatoire effectuée par l'intermédiaire des CODAMUPS aboutissant fin 2006 à :**

1. Une réduction des secteurs de permanence de soins de l'ordre de 25% en première partie de nuit par rapport à 2003-2004 (2707 fin 2006).
2. Une sectorisation de seconde partie de nuit de l'ordre de 1600 secteurs théoriques.

#### **2. Une réalité contrastée selon la période et le mode d'habitat :**

##### ***En seconde partie de nuit (0h-8h) ou nuit profonde***

On note un désengagement de la médecine générale libérale dans une période où l'activité est très faible après régulation. En l'absence de volontariat et/ou de structures associatives type SOS Médecins, le report sur les centres hospitaliers est observé de façon croissante et plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- dans les zones urbaines, la PDS repose de plus en plus uniquement sur les associations type SOS médecins (Cherbourg, Mulhouse, Brest, Quimper, Rennes, Bordeaux, Annecy, Angers, Besançon, Orleans, Tours...)
- dans les régions rurales (surtout dans le Nord Est) le dispositif traditionnel persiste parfois mais avec des perspectives inquiétantes compte tenu du nombre et de l'âge des médecins. Dans quelques départements (exemple Essonne, Seine et Marne) la PDS est effectuée par SOS médecins dans les zones plus rurales.
- dans de nombreux départements, il existe un système « panaché » avec le plus souvent une PDS active en zone rurale et un recours clairement acté aux centres hospitalier dans les centres urbains : Gers (Auch), Allier (Montluçon, Vichy, Moulins), Cantal (Aurillac), Hautes Pyrénées (Tarbes), Landes (Mont de Marsan, Dax), Meuse (Verdun). Dans le Tarn, 9 secteurs sur 32 (les secteurs urbains) n'ont pas de PDS, dans les Alpes de Haute Provence 5 sur 21 sont dans la même situation, dans les Hautes Alpes 2 sur 13, dans la Loire 5 sur 25, en Moselle 2 sur 8, dans le Jura 8 sur 22

Les dispositifs existants sont ainsi de **clarté et de fiabilité variables** :

- Des réorganisations faisant des centres hospitaliers et/ou des associations les seuls effecteurs en seconde partie de nuit ont été clairement actées en CODAMUPS dans une vingtaine de départements (Calvados, Vienne, Manche, Vaucluse, Côtes d'Armor, Aube, Marne, Essonne, Val de Marne, Haute Marne, Loiret, Gironde, Hérault, Eure, Eure et Loire, Ardennes ...).

- A contrario **une sectorisation théorique et un accès aléatoire** aux médecins d'astreinte sont dans certains cas observés. Certains départements ont procédé à des réquisitions pour cette période comme en Ile et Vilaine dans 60% des secteurs mais avec parfois des médecins ne déférant pas à celles ci.

Dans le Nord le système de PDS donne des résultats inconstants avec in fine un SAMU ayant recours à des ambulances pour diriger les patients vers les consultations médicales et les urgences.

Dans le Morbihan, 7 secteurs sur 25 ne répondent plus après minuit.

Dans l'Yonne « *pour les périodes de nuit entière, la structuration des tours de garde est inexistante pour la moitié de secteurs* ».

En Pyrénées Atlantiques le SAMU de Pau a souvent signalé le manque d'effecteurs après 0h sur de nombreux secteurs.

Dans le Finistère seuls 40% des médecins hors les agglomérations de Brest et Quimper sont volontaires pour assurer des gardes toutes les nuits. Sur les secteurs sans volontaires, le nombre varie d'un jour à l'autre puisqu'au sein des mêmes secteurs des médecins sont volontaires et d'autres pas ; il n'y a pas de réquisitions après minuit.

Dans l'Oise, si SOS médecins effectue la PDS sur 5 secteurs autour de Creil, par contre de fait en pratique, il n'y a plus de PDS après 0h.
- Dans beaucoup de zones rurales la PDS se maintient mais il est souligné partout le caractère éminemment fragile et la pérennité douteuse de ces organisations dans un contexte de médecins souvent âgés et peu nombreux. D'autre part les départs en retraite ou autres ont un effet « domino » sur ceux qui restent et qui se retrouvent encore moins nombreux.

Globalement il existe une volonté des médecins d'interrompre la PDS de nuit profonde et dans certains départements, même si la PDS se maintient actuellement, cela est clairement exprimé (Pyrénées atlantiques, Nièvre, Côtes d'Or, Saône-et-Loire, Charente Maritime...); la progression du désengagement se fait subrepticement et de façon aléatoire.

### **En première partie de nuit**

On note globalement une participation assez forte des médecins à la PDS jusqu'à minuit en zone rurale alors que c'est en zone urbaine, là où les médecins sont les plus nombreux, que la participation est la plus faible. C'est aussi en zone urbaine que la sectorisation peut parfois apparaître théorique et l'accès au médecin de garde aléatoire.

Dans le Nord il est souligné l'absence de tableau de garde dans 11 secteurs en semaine avec comme explication du Conseil de l'ordre le nombre important de jeunes médecins qui ne souhaitent pas participer à la PDS sur ces secteurs.

Dans les Bouches du Rhône, 26 secteurs sur 55 fournissent un tableau de garde en semaine, 37 sur 55 le week-end.

En Haute Garonne, 50% des 53 secteurs sont en moyenne effectivement couverts.

On peut noter parfois la demande que les consultations régulées soient effectuées au cabinet du médecin ; ainsi dans 3 secteurs du Morbihan, les médecins refusent de faire des visites à domicile.

Dans certains départements la réduction des secteurs a été faible et un nombre important de secteurs de dimension réduite sont maintenus alors que les probabilités de déplacement du médecin sont très faibles après régulation, a fortiori en seconde partie de nuit (Loire Atlantique). Compte tenu des coûts engendrés par les astreintes, on peut légitimement se demander si ces découpages ont vocation à perdurer ainsi.

On peut constater dans certains départements urbains un taux de recours aux urgences supérieur à la moyenne régionale justement en lien avec une PDS peu opérationnelle, comme en Seine St Denis.

Par ailleurs on peut noter que cette PDS s'effectue de plus en plus dans le cadre de maisons médicales de garde qui se développent (34 en 2003, 213 en 2006 et ceci hors dispositif de points fixes de SOS Médecins).

En réalité ce n'est pas tant le niveau global de réalisation des astreintes qui importe que le caractère aléatoire de l'effectif réel d'un jour à l'autre et d'un secteur à l'autre. **Cet aléa crée le doute** et dans un souci de rapidité et d'efficacité ceci peut expliquer que le Centre 15 n'essaie même plus de solliciter le médecin d'astreinte de certains secteurs, alors que parfois celui-ci est ponctuellement opérationnel, d'où parfois des différences d'appréciation sur la réalité de la PDS entre SAMU et médecins libéraux.

### **3. Des visites à organiser**

La difficulté du recours à un médecin aux heures de la PDS se matérialise aussi pour la rédaction des certificats de décès, à domicile notamment, aboutissant dans certains cas à mobiliser le SMUR, dans des situations humainement difficiles. Le cas des hospitalisations en psychiatrie est également patent, de même que les certificats pour garde à vue.

De façon plus simple, un certain nombre de visites indispensables (personnes âgées à domicile, maman seule avec plusieurs jeunes enfants...) ne peuvent plus être assurées à domicile si bien que les Centres 15 n'ont d'autre choix que de dépêcher des ambulances pour faire admettre les patients dans les services d'urgences, avec en période nocturne des hospitalisations qui auraient pu être évitées, notamment pour les personnes âgées.

### **4. Une organisation à consolider en EHPAD et maisons de retraite :**

La continuité et la permanence de soins en EHPAD ou maison de retraite se révèlent souvent problématiques d'autant plus que le personnel de nuit ou de week-end est rarement médicalisé. Ce constat est également fait dans de nombreux hôpitaux locaux. Les difficultés de la continuité des soins dans ces structures sont des constantes soulignées sur l'ensemble des régions et départements. Ceci aboutit à des transferts vers les urgences des centres hospitaliers, notamment au cours ou juste avant les week-ends, c'est à dire les vendredi soir.

### **5. Un phénomène nouveau récemment exacerbé : les modalités d'ouverture et d'accès à de nombreux cabinets médicaux :**

- En zone urbaine surtout, on note une évolution des modalités d'exercice des médecins généralistes laissant peu de place aux consultations voire aux appels non programmés. Les Centres 15 comme les services d'urgences soulignent que leur activité semble se lisser sur l'ensemble du nyctémère et non plus se concentrer à partir des heures de fermeture traditionnelle des cabinets médicaux.

- De même dans certaines zones urbaines, particulièrement dans les régions du Sud, 18 h devient l'heure habituelle de fermeture des cabinets médicaux ou d'absence de possibilité d'y accéder.
- Enfin les problèmes des vacances et des « ponts » sont patents avec le départ en congés des médecins qui aboutit à des augmentations d'activité de toutes les structures hospitalières ou structures de type SOS Médecins, comme cela a été relevé fin décembre 2006 mais aussi début 2007. Par exemple les premiers éléments obtenus par l'ORUMIP auprès du CHU de Toulouse mettent en évidence une hausse de 13% des passages pour la dernière semaine (semaine 52) de décembre 2006 par rapport à 2005 et de 18% la première semaine (semaine 1) de janvier 2007 par rapport à celle de janvier 2006. La part de patients d'âge supérieur à 75 ans est supérieure à l'année précédente de 18% semaine 52 en 2006 et de 13% semaine 1 de 2007.
- D'ailleurs, cette évolution se traduit dans le Territoire de Belfort, par la mise en place d'une organisation de PDS 24h sur 24, y compris le jour, faisant reposer de fait toute l'activité non programmée sur la régulation 15 et des effecteurs libéraux organisés.
- De nombreux SAMU ont mis en place une régulation diurne de médecins généralistes libéraux qui interviennent dans le cadre public compte tenu des horaires stricts de PDS pouvant donner lieu à rémunération à 3C par heure (Essonne, Yvelines, Belfort...). A Bordeaux le mode libéral est permanent y compris le jour .
- En lien avec la démographie médicale des spécialistes, il est signalé que dans beaucoup de services d'urgences, des patients viennent directement pour avoir accès à un avis spécialisé qu'ils ne peuvent obtenir en ville dans des délais convenables.

## 6. Des sorties SMUR variables selon les départements

Il est totalisé en 2005 de l'ordre de **670 000 sorties SMUR** non spécifiquement pédiatriques (primaires et secondaires) dont **520 000 sorties primaires**. Près de 520 lignes de permanence SMUR 24/24 sont opérationnelles chaque nuit.

- La moyenne d'équipes SMUR disponibles 24/24 pour 100 000 habitants est de 0,9. Il s'agit d'un chiffre minimal d'équipes disponibles en milieu de nuit. Ce chiffre ne tient pas compte d'équipages supplémentaires en journée.

Département	Nombre	Département	Nombre
Paris	0.32	Lot	2,40
Rhône	0.36	Htes Alpes	2,34
Hts de Seine	0.40	Ariège	2,11
Val de Marne	0.40	Savoie	2,09
Loire Atlantique	0.42	Ardennes	2,08
Hte Garonne	0.44	Orne	2,05
Seine St Denis	0.50	Cantal	2
Hérault	0.51	Jura	1,96
Maine et Loire	0.53	Aveyron	1,84
Yvelines	0.58	Htes Pyrénées	1,75
Essonne	0.60	Corrèze	1.69
Nord	0.62	Charente	1.67
Bas Rhin	0.66	Haute Marne	1.58
Pas de Calais	0.67	Vosges	1.57
Haut Rhin	0.68	Vaucluse	1.53



On remarquera que la géographie, avec effets de seuil, peut expliquer ces différences patentes entre zones rurales étendues et faiblement peuplées et zones urbaines denses et de superficie réduite. L'organisation hospitalière rationnelle peut aussi être mise en avant pour expliquer la situation des départements des Pays de Loire (Loire Atlantique, Maine et Loire mais aussi la Sarthe 0,74).

- Le nombre annuel de sorties par ligne de permanence SMUR 24/24 s'établit en moyenne à 1198 :

Département	Nombre	Département	Nombre
Rhône	2 617	Alpes Hte Provence	414
Paris	2 415	Vosges	492
Bas Rhin	2 408	Ardèche	520
Val de Marne	2 164	Lot	543
Hérault	2 154	Ariège	590
Nord	2 094	Charente	619
Pas de Calais	2 078	Aveyron	633
Bouches du Rhône	2 039	Hautes Alpes	635
Belfort	1 861	Cantal	664
Haut Rhin	1 826	Ardennes	691

Les SMUR des grandes agglomérations ont une activité très nettement supérieure à la moyenne. Par contre si des départements étendus et ruraux semblent avoir une densité moindre d'occupation de leurs équipes, il faudrait corrélérer ces éléments à la durée d'intervention.

- *Nombre de sorties SMUR primaires (I) et totales (T) pour 1000 habitants:*

La moyenne des sorties totales des SMUR adultes (primaires et secondaires) pour 1000 habitants est de l'ordre de **11,94** (médiane 11,08) et la moyenne des sorties primaires de **8,15** (médiane 7,98) (les SMUR pédiatriques ont été mis à part car beaucoup sont secondaires et ont un rôle interdépartemental).

Il faut remarquer dans les tableaux ci-dessous la situation des départements de l'Ouest qui « sortent » peu (effet de formation homogène des médecins régulateurs ?), les sorties peu importantes de certaines zones de l'agglomération francilienne (Paris et Hauts de Seine) (présence d'autres opérateurs (BSPP..), mais également les chiffres des départements où la PDS repose sur les centres hospitaliers en seconde partie de nuit (Vaucluse, Orne, Haute Marne).

Le nombre de sorties primaires est plus significatif que le nombre de SMUR total , en effet il est patent que le nombre de sorties totales est plus élevé en raison des sorties secondaires selon qu'il existe ou non un CHU ou un établissement à vocation régionale. Des variations parfois importantes sont observées entre départements ayant un nombre similaire d'habitants. Cependant les sorties SMUR sont à confronter aux autres dispositifs adjacents, à une PDS organisée ou non. A cet effet il est intéressant de comparer des départements de taille, de sociologie et de population similaires mais qui ont une PDS organisée en seconde partie de nuit pour les uns, plus aléatoire voire inexistante pour d'autres.

Département	Nbre I/1000h	Nbre T/1000h	Département	Nbre I/1000h	Nbre T/1000h
Loire Atlant.	4,37	6,11	Lozère	21,60	22,11
Ardèche	4,68	5,36	Nièvre	18,01	21,05
Maine/Loire	5,1	6,22	Vaucluse	17,43	21,04
Hts de Seine	5,35	6,39	Savoie	17,38	20,04
Paris	5,74	7,81	Hte Marne	14,55	16,50
Ille et Vilaine	5,75	8,60	Orne	14,45	18,36
Gironde	5,85	9,03	Jura	14,43	16,88
Hte Garonne	5,92	7,24	Aisne	14,39	17,42
Sarthe	5,93	7,49	Aude	13,60	16,36
Dordogne	5,93	8,50	Yonne	13,17	16,11
Landes	6.04	6.85	Somme	12.60	17.03
Isère	6.17	7.63	Deux-Sevr.	12.61	15.79
Ain	6.21	6.97	Bas Rhin	12.24	15.86
Rhône	6.38	9.54	Belfort	11.96	13.29
Yvelines	6.51	7.63	Ardenes	11.89	14.35

Ainsi on peut appairer Mayenne et Aube : il existe une PDS organisée en Mayenne et aucune en seconde partie de nuit dans l'Aube ; Loiret et Calvados dans lequel cette PDS est clairement reportée sur les centres hospitaliers ; en Essonne la PDS est confiée en seconde partie de nuit à SOS et repose en première partie sur des MMG intra hospitalières pour la plupart alors que la situation du Val d'Oise est aléatoire. S'il semble exister un moindre recours au SMUR en Mayenne ou Calvados, par contre le recours aux urgences est plus élevé. Par contre en Essonne on observe à la fois un moindre recours aux SMUR et aux urgences

	population	Primaires/T/1000	Pass U/1000	SMUR 24/24
<b>Mayenne</b>	296 000	8.24 / 9.23	238	3
<i>Aube</i>	294 000	9.87 / 11.45	197	3
<b>Calvados</b>	664 000	6.62 / 8.89	263	8
<i>Loiret</i>	634 000	8.52 / 9.46	188	5
<b>Essonne</b>	1 172 000	6.57 / 8.25	255	7
<i>Val d'Oise</i>	1 134 000	9.52 / 11.35	292	8

Pour des départements de population identique, les chiffres vont presque du simple au triple que ce soit pour les sorties primaires (5,93 à 17,43) ou secondaires (6,79 à 21,04) pour les départements de 500 000 habitants alors que pour les grandes agglomérations ou les départements les plus peuplés on peut constater un moindre écart que dans des zones moins urbaines ; les différences vont néanmoins de 4,37 à 12,24. Il n'y a pas de corrélation entre nombre de sorties et nombre d'équipes SMUR 24/24.

Département	Pop.	Lignes SMUR 24/24	Sorties primaires / 1000 hab.	Sorties totales / 1000 hab.
Ain	533 000	4	6.21	6.97
Aisne	536 000	7	14.39	17.42
Indre et Loire	568 000	4	7.21	8.56
Côtes d'Armor	561 000	7	9.09	11.08
Eure	557 000	6	6.81	8.24
Marne	564 000	7	7.09	8.87
Sarthe	543 000	4	5.93	7.49
Somme	559 000	7	12.60	17.03
Vaucluse	522 000	8	17.43	21.04
Vendée	577 000	7	6.77	8.32

Département	Pop.	Lignes SMUR 24/24	Sorties primaires / 1000 hab	Sorties totales / 1000 hab
Saône et Loire	548 000	6	-----	11,47
Côte d'Or	545 000	6	-----	20,04
Puy de Dôme	617 000	7	7,43	10,63
Pyrénées atlant.	625 000	5	8,56	11,51
Morbihan	677 000	5	6,76	7,95
Haute Savoie	676 000	8	10,24	11,90

Département	Pop.	Lignes SMUR 24/24	Sorties primaires / 1000 hab	Sorties totales / 1000 hab
Loire Atlantique	1 200 000	5	4.37	6.11
Hauts de Seine	1 495 000	6	5.35	6.39
Paris	2 165 000	7	5.74	7.81
Gironde	1 360 000	8	5.85	9.03
Haute Garonne	1 135 000	5	5.92	7.24
Isère	1.120 000	5	6.17	7.63
Rhône	1 645 000	6	6.38	9.54
Yvelines	1 390 000	8	6.51	7.63
Essonne	1 175 000	7	6.57	8.25
Seine St Denis	1 420 000	7	7.12	8.13
Val de Marne	1 260 000	5	7.66	8.59
Val D'Oise	1 140 000	8	9.52	11.35
Seine Maritime	1 245 000	11	9.72	11.72
Seine et Marne	1 260 000	10	10.16	13.01
Nord	2 600 000	16	10.54	12.88
Pas de Calais	1 500 000	10	11.29	13.85
Bas Rhin	1 065 000	7	12.24	15.86
Moselle	1 033 000	8	-----	5.51

## II. Les apports du plan

### 1. le plan a permis d'accompagner les formes nouvelles de PDS

- **Les maisons médicales de garde** se développent : de 34 en 2003 à 213 fin 2006 dont les deux tiers en structure hospitalière. Ces MMG ont prouvé qu'elles pouvaient décharger les services d'urgences pour les CCMU 1 et 2 et que leur localisation dans des hôpitaux locaux était de nature à améliorer l'organisation de la PDS en zone rurale (Seine Maritime, Mayenne. Côtes d'Armor.....). Une vingtaine de nouvelles MMG sont en projet.
- **Le renforcement de la régulation libérale** qui s'étend au sein des centres 15 ; désormais, seuls 9 départements n'ont pas accès à une régulation généraliste libérale **spécifique** (Ardèche, Ardennes, Cantal, Corrèze, Haute Loire, Loiret, Yonne, Territoire de Belfort, Guyane), même si des généralistes libéraux peuvent participer à la régulation hospitalière sous statut public comme à Belfort.

Dans presque tous les cas les régulations libérales sont situées au sein des Centres 15 et dans plus d'un tiers des cas (37%) un régulateur libéral est présent de 20h à 8h toutes les nuits aux côtés d'un médecin régulateur hospitalier. Dans deux régions existe une régulation libérale régionalisée : l'ACORELI en Franche Comté (locaux du Centre 15) et l'ARMEL en Midi Pyrénées. Enfin l'accès se fait par l'intermédiaire d'un numéro à dix chiffres aboutissant au Centre 15 dans 17 départements sauf en Midi-Pyrénées et en Pas de Calais où certains départements accèdent à la régulation libérale par une structure indépendante mais interconnectée au 15.

2. **Des mesures incitatives ont été prises pour l'installation de médecins dans les zones déficitaires définies par les Missions Régionales de Santé (MRS)** : si ponctuellement quelques installations se sont effectuées, globalement il est trop tôt pour apprécier l'efficacité de ces mesures.
3. **La création du nouveau statut de médecin collaborateur libéral** qui devrait permettre à de jeunes médecins d'expérimenter les conditions d'exercice libéral, notamment en zone déficitaire.
4. **Le renforcement des hôpitaux locaux en personnel paramédical et médical** a permis d'améliorer la continuité et la permanence des soins dans ces structures.
5. **Le potentiel de régulation des Centres 15** a été renforcé avec notamment la création de 344 PARM. Il faut signaler également quelque 15 à 20 postes de PARM abondés par les fonds FAQSV en lien avec la régulation libérale. Le nombre total de PARM en activité fin 2006 est de l'ordre de 1700 équivalents temps plein (ETP).

### III. Certains départements se sont adaptés

Dans ce contexte, des adaptations réalistes et organisées de la permanence de soins ont pu être mises au point dans certains départements. Elles reposent pour la plupart sur un triptyque : régulation libérale au Centre 15 , maisons médicales de garde en première partie de nuit et organisation concertée avec les structures hospitalières ou des structures type SOS Médecins en seconde partie de nuit. On peut citer le cas de la Mayenne, le Calvados, l'Essonne, le Val de Marne. A signaler que dans certains cas des aménagements du mode de rémunération ont été aussi réalisés.

Par ailleurs une réflexion est engagée dans certains départements pour établir, sous l'égide de l'Ordre des médecins, une liste de praticiens (ne comportant pas que des médecins généralistes) pouvant intervenir pour réaliser des actes médico-légaux ou assimilés (exemple dans les Deux Sèvres)

Enfin des actions communes aux secteurs médico-social et sanitaire ont pu être engagées (par exemple en Vendée), associant un renforcement des moyens paramédicaux des structures médico-sociales et la création de liens avec les gériatres des centres hospitaliers. Ces actions permettent par des protocoles communs d'asseoir le suivi des résidents et d'éviter des hospitalisations.

Une autre organisation a été proposée par les médecins libéraux dans le département du Nord pour la période de 0h à 8h avec l'instauration de grands secteurs de garde calqués sur les zones d'intervention SMUR, avec un médecin mieux rémunéré et disposant d'un véhicule avec chauffeur. Ces propositions visant à clarifier et fiabiliser la réponse n'ont pu être mises en place en raison de divergences avec la CPAM sur la question des honoraires.

### IV. Le comportement des usagers

Le recours croissant aux services d'urgences résulte de multiples facteurs et notamment de l'accès libre et facile à ces services. Ainsi l'étude de l'ORUMIP en 2004 montre bien qu'il existe une catégorie de patients qui, au delà des divers motifs les ayant amenés à s'y diriger, ont pris l'habitude de s'adresser directement aux services d'urgences et qui n'ont pas de médecin traitant. La même étude montre qu'un des facteurs qui amènerait les patients CCMU 1 ou 2 à s'adresser plutôt à un médecin traitant ou à rechercher l'avis d'un médecin de garde est la durée du passage aux urgences. Ainsi il est légitime de se demander s'il faut encourager la réduction du temps de passage aux urgences pour les catégories de patients dont l'état ne relève pas de ces structures.

## **Conclusion sur l'amont des structures d'urgence**

Une évaluation de la PDS en région Bourgogne réalisée par l'URCAM en novembre 2006 concluait que « *la PDS était inégalement assurée sur l'ensemble du territoire bourguignon ; le nombre de secteurs en deuxième partie de nuit reste élevé au regard de l'activité réalisée et de son coût pour la collectivité (l'assurance maladie doit verser 845 euros pour la réalisation d'une visite chaque milieu de nuit par secteur de garde) ; l'organisation de la permanence des soins reste complexe et donc peu lisible pour le patient qui en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux ne sait toujours pas comment recourir et accéder aux soins* ». Cette même étude soulignait à propos du volontariat que « *les situations ou revendications des médecins sont très hétérogènes. L'arrêt de la permanence des soins après 0h est souhaitée dans la plupart des secteurs de garde* ».

Une **PDS aléatoire**, des difficultés de la continuité des soins dans les structures de type EHPAD et les transferts ainsi générés vers les urgences dans nombre de départements en seconde partie de nuit notamment, peuvent expliquer avec les comportements des patients les augmentations des recours aux urgences. En revanche l'augmentation d'activité des Centres 15 résulte des modalités mêmes de la régulation préalable dans le cadre du dispositif de PDS mais aussi du recours croissant au 15 même en journée en l'absence de possibilité de joindre le médecin traitant.

## **6. La situation intra hospitalière**

### **a) Un recours variable aux services d'urgences selon les régions**

Hors urgences gynéco-obstétricales, on peut évaluer ainsi le nombre de passages (adultes+pédiatrie) pour 1000 habitants par région : (moyenne France entière de l'ordre de 250/1000 habitants) :

Nombre de passages pour 1000 habitants dans les services d'urgences par région

<b>Région</b>	<b>Pop.</b>	<b>Passages/1000 habitants</b>
Alsace	1 800 000	223
Aquitaine	3 000 000	215
Auvergne	1 420 000	195
Bourgogne	1 625 000	246
Bretagne	2 950 000	208
Centre	2 500 000	221
Champagne	1 350 000	233
Corse	260 000	292
Franche Comté	1 140 000	205
Ile De France	11 300 000	266
Languedoc	2 470 000	223
Limousin	725 000	225
Lorraine	2 300 000	196
Midi Pyrénées	2 700 000	216
Nord Pas de Calais	4 100 000	207
Normandie(B)	1 440 000	279
Normandie(H)	1 800 000	290
Pays de Loire	3 370 000	187
Picardie	1 875 000	278
Poitou Charente	1 670 000	222
PACA	4 705 000	281
Rhône Alpes	5 895 000	239

Les Pays de la Loire et la Lorraine sont peu « consommateurs » d'urgences : dans ces régions, on note d'un côté des maisons médicales de garde en nombre important pour les Pays de Loire et une PDS préservée en Lorraine. Il faut relever également un recours plus fréquent aux urgences dans les régions en grande difficulté démographique (Haute Normandie et Picardie).

#### Départements de l'ordre de 500 000 habitants

Département	Pop.	Sites Urgence	Passages / 1000 hab.
Ain	547 000	5	170
Aisne	536 000	7	325
Indre et Loire	568 000	5	233
Côtes d'Armor	540 000	6	245
Eure	557 000	7	221
Marne	564 000	6	239
Sarthe	543 000	7	233
Somme	559 000	5	237
Vaucluse	522 000	9	308
Vendée	577 000	7	216
Saône et Loire	548 000	6	215
Côte d'Or	545 000	8	203

#### Départements de l'ordre de 300 000 habitants

Département	Pop.	Sites Urgence	Passages / 1000 hab.
Ardèche	291 000	3	175
Ardennes	289 000	4	257
Aube	294 000	3	197
Aveyron	272 000	5	247
Cher	313 000	3	194
Lot et Garonne	315 000	3	246
Mayenne	296 000	4	238
Orne	292 000	7	316
Tarn	358 000	6	266
Haute Vienne	361 000	4	243

#### **a) Des organisations internes favorisées par les créations de postes médicaux et paramédicaux**

- Une mise aux normes des SMUR réalisée dans 80 % des cas grâce aux créations de postes, notamment d'ambulanciers.
- Par contre, en dehors des MMG, peu de consultations intra hospitalières publiques de médecine générale ont été installées au sein des services d'urgences.
- Les créations de postes médicaux et paramédicaux pour les services d'urgence ont permis l'ouverture ou la mise en œuvre effective de capacités d'UHTCD (Argenteuil, Pontoise, Nemours....) et aussi l'installation d'infirmières d'orientation.
- Une stabilisation des équipes médicales avec des réaménagements statutaires aboutissant à un taux de postes de praticiens hospitaliers statutaires de l'ordre de 60% sur l'ensemble du territoire avec des variations entre régions (de l'ordre de 45% en Rhône-Alpes ou Aquitaine à près de 70% en Limousin ou Franche Comté).

La seniorisation des services d'urgences est obtenue quasiment sur l'ensemble du territoire. On soulignera néanmoins dans certaines régions en difficulté démographique, ou dans des petites structures isolées peu attractives pour diverses raisons, le recours à des « Faisant Fonction d'Internes (FFI) », terme générique recouvrant des situations diverses parfois à la limite de la réglementation. Il faut noter le cas des « FFI » chirurgicaux ou « urgentistes chirurgicaux » recrutés dans certains services ou régions pour compléter des équipes aux urgences.

La « statutarisation » des services par la création de postes de praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel permet de garder des praticiens stables, sur des statuts pérennes et ainsi de garantir des cultures et approches médicales communes et homogènes, gages de qualité des soins. On distinguera ces postes statutaires de ceux de praticiens contractuels, portant en eux certes une seniorisation de qualité mais aussi un certain risque d'instabilité dès lors que ces médecins contractuels peuvent quitter le service après avoir été reçus au concours de praticien hospitalier.

La situation dans les CHU est variable, parfois en retrait, avec des taux de PH inférieur à leur moyenne régionale (Rennes, Caen, Strasbourg). Pour l'AP/HP les taux de PH sont de l'ordre de 30 à 35% (avec par contre près de 30 % de praticiens contractuels pour compléter les effectifs). Le taux moyen dans les services d'urgences d'Ile de France (hors AP) est de 55%.

- Dans les établissements en déficit néanmoins, les dotations budgétaires en DAC ont pu ne pas avoir un effet suffisamment incitatif à la création d'effectifs et avoir ralenti la création des postes dans les services d'urgence et UHTCD.

#### ***b) Une évolution des organisations mutualisées soutenue par le plan***

Ces mutualisations permettent au delà d'une gestion globale des effectifs, d'asseoir **qualité et homogénéité des soins** et aussi de stabiliser les équipes par une diversification des modalités d'exercice qui est attractive pour les médecins.

Ainsi cette mutualisation peut prendre plusieurs formes :

- Dans près de la totalité de structures d'urgence il existe une mutualisation urgences-SMUR avec participation des équipes SMUR à l'activité des urgences. Le recrutement des ambulanciers parmi les aide-soignants contribue à cette mutualisation. Ce type d'organisation progresse y compris en Ile de France, sauf à l'AP/HP.
- Près de la moitié des SAMU-Centres 15 sont organisés en fédération, département ou service unique « SAMU-SMUR-URGENCES ». Ce constat est également opéré dans les CHU, à Nîmes, Montpellier, Poitiers, Amiens et Nancy.
- Des fédérations départementales des urgences font reposer sur la même équipe médicale le fonctionnement des structures d'urgences (SMUR et Urgences) : Cantal, Tarn et Garonne, Gers, Indre, Creuse, Hautes Alpes.
- Des fédérations médicales interhospitalières (FMIH) existent entre structures en difficulté et établissements de type CHU. C'est le cas dans les Pays de Loire où des crédits du plan urgences ont été consacrés au soutien de postes médicaux dans le cadre de FMIH (Loire Atlantique).

- Des organisations multi-sites SMUR-Urgences sont également observées : par exemple, La Roche/Yon-Montaigu-Luçon, Tarbes-Bagnères-de-Bigorre, hôpitaux de la Tarentaise, Alençon-Mamers, Cherbourg-Valognes, Langon-La Reole, Libourne-Ste Foy ,Quimper-Concarneau-Douarnenez.....
  - Des temps médicaux partagés entre établissements sont soutenus par les ARH dans certaines régions ou départements: c'est le cas en Essonne.
  - On note parfois des recours aux médecins des autres services des établissements lorsque le niveau d'activité ne nécessite pas de maintenir deux permanences sur place d'urgentistes : une pour le SMUR et une pour les urgences. Dans ce cas une astreinte est organisée, souvent avec difficulté, pour organiser la présence d'un médecin aux urgences en cas de sortie SMUR. Un tel dispositif est mis en place dans une cinquantaine d'établissements (Carhaix, Quimperlé, Redon, Bernay, Toul, Lunéville, Gourdon, Rethel, Vouziers, Avallon, Mende, St Junien, Falaise, Issoire, Sélestat, Ste Foy...).
- Les dispositions de l'arrêté du 12 juillet 2006, en fixant un seuil de 8 000 passages au delà duquel une structure accueillant des urgences doit intégrer une FMIH, vont augmenter le recours à la mutualisation. Les structures potentiellement concernées sur les données 2005 sont les suivantes :

<b>Etablissement</b>	<b>Département</b>	<b>Passages 2005</b>	<b>Organisation actuelle</b>
Embrun	Hautes Alpes	7 380	FMIH Gap
Vouziers	Ardennes	5 600 +SMUR	autonome
St Girons	Ariège	7 793 +SMUR	autonome
Lavelanet	Ariège	5 037	Mutualisé Foix-Pamiers
Ste Affrique	Aveyron	7 672 +SMUR	Mutualisé Millaud
Aunay sur Oudon	Calvados	7 327	autonome
Vire	Calvados	7 630 +SMUR	autonome
Honfleur	Calvados	8 783 +SMUR	autonome
Mauriac	Cantal	4 308	Fédération Aurillac
Confolens	Charente	6 618 +SMUR	autonome
Die	Drome	6 206	autonome
Crest	Drome	5 597	autonome
Condom	Gers	4 138	Mutualisé Auch
Le Blanc	Indre	7 300 +SMUR	Mutualisé Châteauroux
La Mure	Isère	7 288	autonome
Champagnole	Jura	8 366 +SMUR	autonome
Morez	Jura	6 084 +SMUR	Mutualisé Lons
Gourdon	Lot	7 120 +SMUR	autonome
St Céré	Lot	8 323 +SMUR	Mutualisé Cahors
Clamecy	Nièvre	6 984 +SMUR	autonome
Ferté Macé	Orne	7 414 +SMUR	autonome
Le Cateau	Pas de Calais	6 058	autonome
Ambert	Puy de Dôme	7 071	autonome
Bagnères	Htes Pyrénées	8 333	Mutualisé Tarbes
Autun	Saône et Loire	7 752 +SMUR	Mutualisé Montceau
Château du Loir	Sarthe	7 309	FMIH Sarthe
St Calais	Sarthe	5 510	FMIH Sarthe
Vaison	Vaucluse	6 592 +SMUR	autonome
Valreas	Vaucluse	8 309 +SMUR	autonome
Loudun	Vienne	7 333 + SMUR	autonome
Montmorillon	Vienne	7 672 +SMUR	autonome
St Yreix	Haute Vienne	6 000 +SMUR	autonome



**c) un effort en 2006 sur les urgences pédiatriques**

Les dotations 2004 et 2005 ont été essentiellement attribuées aux structures d'urgence adultes et aux SAMU-SMUR. Les crédits 2006 sont orientés prioritairement dans certaines régions vers une mise à niveau des urgences ou SMUR pédiatriques (Languedoc, Picardie...) qui représentent près de 30% des passages. Lorsqu'elles sont individualisées ces urgences reposent sur les pédiatres.

**d) Des consultations non programmées à développer :** si les maisons médicales de garde se sont beaucoup développées notamment à proximité parfois immédiate des services d'urgences, l'objectif du plan de créer des organisations spécifiques de consultations non programmées ne s'est pas concrétisé. On citera pourtant l'exemple du CHU de Clermont Ferrand, où une consultation de médecine générale a été installée aux urgences, effectuée par un interne de médecine générale en fin de cursus, dispositif hélas en péril dans le cadre de l'affectation des postes d'internes. Une telle prestation a l'avantage d'être opérationnelle tout au long de la journée et pas seulement aux heures de PDS comme les MMG. Des services ont individualisé des filières de prise en charge courtes et longues selon le motif et le mode d'admission.

**e) Des adaptations du transport sanitaire soutenus par les crédits du plan**

Les développements des transports hélicoptés des SAMU et des transferts infirmiers inter hospitaliers (TIH) ont été soutenus ponctuellement avec comme principal intérêt l'économie de temps médical.

Concernant les transports hélicoptés, il existe des dotations hétérogènes très dépendantes des politiques sanitaires régionales (Centre, Languedoc). Si les transferts secondaires, notamment pédiatriques, ou des interventions primaires en zone d'accès difficile s'accommodent bien de ce mode de transfert, il convient néanmoins d'en évaluer objectivement l'opportunité en termes de gain de temps réel et de faisabilité opérationnelle (nature des appareils, possibilité de vol aux instruments..) au regard des crédits engagés, qui pourraient être avantageusement utilisés différemment. Un travail a été effectué dans ce sens par l'ARH de Bretagne sur l'utilisation des transports hélicoptés du SAMU de Brest.

**f) Des organisations internes à améliorer**

Les travaux de la MEAH ou des initiatives locales (Mc Kinsey à Beaujon) entre autres ont permis aux établissements volontaires d'analyser leur processus de fonctionnement et de l'améliorer. La diffusion d'idées et de bonnes pratiques organisationnelles est souhaitable. La pérennité de l'amélioration indiscutable obtenue dans certains établissements est grandement liée au « management » des responsables médecins ou cadres. Par ailleurs si les mesures prises fluidifient la prise en charge, il n'en reste pas moins que la limite se situe dans l'amélioration des processus des autres acteurs de l'hôpital en aval des urgences.

Autre limite potentielle : une des causes de l'engorgement des services est leur accès facile notamment pour des demandes de soins n'ayant pas de caractère d'urgence. Par ailleurs l'étude effectuée par l'ORUMIP montre qu'un des facteurs qui ferait que les patients CCMU 1 ou 2 consulterait un médecin généraliste plutôt que de s'adresser à un service d'urgences est justement un délai d'attente et de passage long...

Ainsi se pose une question fondamentale : faut il rendre les services d'urgences encore plus attractifs en diminuant les temps de passages aux urgences quel que soit le motif de venue ?

#### **g) Des mesures structurelles**

- **Un effort de rénovation immobilière** a été conduit : de très nombreux services ont été rénovés ou reconstruits ou sont en passe de l'être (projets financés). 129 opérations immobilières pour un coût total de 589 millions d'euros ont été financées. On peut estimer que les services d'urgences neufs (de moins de 1 an) représentent 20% des structures, sans compter les projets non encore aboutis issus du plan hôpital 2007, de l'ordre de 20 à 25%.

Le plan Hôpital 2012 pourra permettre de finaliser la rénovation quasi totale des services d'urgences dans le cadre de projets de reconstruction totale ou partielle d'établissements qui pourraient concerner de l'ordre de 40 à 50 services d'urgences.

Parmi les services qui pourraient être concernés, on peut distinguer deux cas :

- Des reconstructions globales d'établissements importants et incontournables à prévoir : Melun, Fontainebleau, Montfermeil ou Villeneuve St Georges en Ile de France, Calais ou Lens en Nord Pas de Calais, ou encore Epinal en Lorraine,
  - Des établissements plus petits dont le positionnement stratégique global est à conforter.
- **L'informatisation des services d'urgences** a fait l'objet de financements et a concerné deux axes :
    - Le dispositif régional de veille et d'alerte en lien avec l'INVS (exemple du CERVEAU en Ile de France) est en place dans toutes les régions. Dès à présent une extension à la gestion des passages et la préparation des répertoires opérationnels des ressources se mettent en place dans quelques régions.
    - L'informatisation des services d'urgences avec élaboration d'un résumé de passage aux urgences (RPU) se développe avec l'objectif de 85 % des passages et 80 % des services fin 2007, qui semble devoir être atteint, compte tenu du niveau actuel de certaines régions et des perspectives exponentielles dans d'autres.  
En effet fin 2006 certains régions ont déjà atteint l'objectif ( AP/HP et Ile-de-France, Languedoc, Limousin, Franche-Comté) ou sont en passe de l'atteindre (Bourgogne). D'autres ont un niveau d'informatisation faible fin 2006 mais un dispositif avec appel d'offres régional qui permettra en 2007 de compléter l'existant (Basse Normandie : 1 service et 14% des passages). D'autres sont en situation intermédiaire : PACA (50% des passages), Aquitaine (40% des services), Pays de la Loire (60% des passages), Rhône-Alpes (50% des services), Bretagne (60% des services). Il faut signaler l'observatoire des urgences de Midi Pyrénées (ORUMIP), instrument de pilotage opérationnel remarquable.

## **7. L' « Aval » des urgences**

### **Les mesures « gériatriques »**

- Les équipes mobiles gériatriques créées et/ou renforcées par le plan (près de 200) ont apporté une prise en charge de qualité dès le passage aux urgences et leurs liens avec l'extra hospitalier (CLIC...) sont de nature à trouver de solutions d'hébergement sans passage en hospitalisation. Par ailleurs leur intervention et leur lien avec un court séjour gériatrique permet de réaliser des bilans diagnostics qui évitent des ré hospitalisations et donc de nouveaux passages aux urgences.
- Le « court séjour gériatrique » est complémentaire des équipes mobiles. Il s'agit moins de création ex abrupto de capacités nouvelles que de requalification de lits existants en court séjour gériatrique.
- Néanmoins des crédits affectés pour les consultations mémoire dans le cadre du plan Urgences ont un rapport lointain avec l'esprit du plan.

### ***L'hospitalisation à domicile***

Des crédits importants ont pu être affectés à ce dispositif. Outre des capacités mises en œuvre avec lenteur notamment dans le secteur public, l'attribution dans certains cas à des HAD spécialisées (obstétrique..) ne pouvaient pas avoir de retentissement sur la filière urgences. Des créations sont en cours dans le cadre du financement par la tarification à l'activité à 100%.

### ***Le renforcement des hôpitaux locaux***

Il s'agit moins de la création de capacités nouvelles que du renforcement de la médicalisation et de la para médicalisation des structures. Ceci a permis d'améliorer la prise en charge des patients, de permettre notamment le week-end l'accès aux capacités et d'éviter le recours intempestif aux urgences la nuit ou le week-end grâce à l'encadrement infirmier renforcé.

Le soutien aux hôpitaux locaux a néanmoins dépassé le strict cadre de la filière urgences par des rebasages financiers, et des créations de divers personnels (pharmacie...).

### ***Les soins de suite et de réadaptation***

- un tiers des crédits du plan est consacré à cette activité ;
- près de 3000 lits ont été créés (ou plutôt autorisés ) dont environ les deux tiers en établissements privés. On soulignera que ces créations ne sont pas toutes synonymes de capacités supplémentaires mais qu'une partie des lits ont été créés par ré affectation de lits de court séjour(334 sur 1764 en 2005).

- dans les établissements publics, dont les modalités de financement diffèrent du privé pour cette activité, les capacités prévues n'ont été mises en place que lentement voire pas du tout (20% ?); l'estimation est difficile car l'individualisation des crédits du plan est souvent impossible car ils ont été agrégés à d'autres financements.

Plusieurs explications peuvent être avancées :

- les crédits ont été utilisés pour renforcer les services existants pour tenir compte de la lourdeur des patients (âgés, poly pathologiques, sorties précoces du court séjour..)
- le coût réel au lit est supérieur à la dotation telle qu'elle est déterminée au niveau national
- les autorisations globales non installées sont dépendantes de modifications architecturales
- les établissements publics sont en difficulté budgétaire et ces crédits sont utilisés comme rebasage par un décalage dans le temps de la mise en œuvre.

On peut donner l'exemple du Nord Pas de Calais où l'ARH a autorisé la création de 260 lits de SSR entre 2004 et 2005. 80 dans les établissements privés ont été mis en œuvre, 180 lits dans le secteur public n'ont par contre pas été installés.

Néanmoins l'affectation de crédits vers des activités comme la prise en charge des patients en état végétatif chronique (EVC), qui ont été pour une grande part mis en service fin 2006, ont soulagé les services de réanimation et ainsi contribué à les désengorger.

Par contre certains choix d'affectation de crédits du plan urgences peuvent être plus discutables car sans lien direct avec la philosophie du plan.

### **Au total sur l'action sur l'aval des urgences:**

- la réalité et les chiffres semblent confirmer, comme les impressions des professionnels, que les crédits affectés à l'aval ont eu peu d'impact en pratique sur l'efficacité de la filière « Urgences ». Si les services de court séjour gériatrique et les équipes mobiles, ainsi que le renforcement des hôpitaux locaux, ont eu un impact effectif et apprécié, les budgets consacrés au SSR et à l'HAD n'ont pas eu d'impact notable sur l'amélioration de la situation, malgré les sommes conséquentes attribuées par le plan dans ce cadre.
- En fait il ressort qu'il s'agit plus de l'aval des services d'urgences qu'il convient d'organiser que de l'aval hospitalier. Ainsi deux axes se dégagent :
  - la création de courts séjours gériatriques et/ou des capacités individualisées de médecine polyvalente en lien avec les services d'urgences d'activité conséquente (cf. les recommandations du SROS Ile de France). Cet aspect est d'autant plus important dans les CHU compte tenu de la spécialisation des services, qui ont pourtant à côté de cette fonction d'expertise une fonction de proximité. Il faut aussi veiller à ce que les services ainsi créés (comme au CHU de Toulouse) soient gérés en lien avec le service d'urgences et qu'ils n'évoluent pas in fine vers un service de médecine interne hospitalo universitaire...
  - l'aval des urgences suppose également des efforts d'organisation qui dépassent la structure d'urgences elle-même. C'est le rôle de la commission de soins non programmés et de la mise en place de la fiche de dysfonctionnements.

- Il est également patent qu'il s'agit moins d'ouvrir des capacités supplémentaires que d'organiser le retour à domicile, et en premier lieu d'éviter en amont l'hospitalisation, pour les personnes âgées notamment. Le passage en SSR ne fait dans certains cas que repousser le problème et on peut ainsi se demander maintenant s'il n'est pas prioritaire de considérer l'aval de l'aval...Ainsi une étude récente réalisée en Ile de France par l'ARH montre que dans les services de SSR, sur une semaine donnée, 15% des patients sont en attente de structures de prise en charge alors qu'ils sont médicalement « sortants » ; et la moitié de ceux ci sont en attente de structures médico sociales...
- Par ailleurs il faut considérer les SSR comme des services à part entière avec une fonction de suite d'hospitalisation et de réadaptation et non pas comme des services dont la principale fonction serait capacitaire.
- Enfin les différences de tarification expliquent les différences de réalisations de courts séjours gériatriques : l'exemple du Nord Pas de Calais est parlant :131 lits de court séjour gériatrique autorisés entre 2004 et 2005 : 16 en privé tous installés (T2A 100%), les 115. lits autorisés en public non installés pour des raisons de financement (T2A 35%).

## 8. Les mesures d'ordre général

- **La création du DESC de médecine d'urgences** a été effectuée. Cette formation se met en place, pour l'instant concomitamment avec la Capacité de Médecine d'Urgence. La réalisation de la maquette complète nécessite des passages de 6 mois en réanimation dont la réalisation pose problème en raison de l'absence de postes d'internes ou de post internat.
- **Les décrets de mai 2006 sur l'activité de médecine d'urgences ont introduit des dispositions réglementaires en phase avec l'esprit du plan urgences :**
  - La notion de « **réseau des urgences** » associant deux axes : un aspect d'organisation des capacités et de la fluidité en proximité et un aspect de gradation de soins et de recours aux plateaux techniques spécialisés.
  - La création d'une **fiche de dysfonctionnement**, appelée, dans le cadre de la gestion globale des risques au sein des établissements de santé, à servir de socle au pilotage de la « filière de soins non programmés.
  - La mise en œuvre d'un **répertoire opérationnel des ressources** qui au-delà du système d'information doit responsabiliser les acteurs sous l'égide des ARH.

## **LES EFFORTS A POURSUIVRE**

Cette évaluation à mi-parcours du plan urgences montre que des adaptations sont nécessaires à ce stade selon cinq directions :

1. **Accompagner les évolutions de la permanence de soins**
2. **Mettre l'accent sur la prise en charge globale des personnes âgées**
3. **Renforcer le rôle des agences régionales de l'hospitalisation**
4. **Donner de la cohérence**
5. **Informers la population**

### **1. Accompagner les évolutions de la permanence de soins pour un dispositif fiable, lisible et pérenne**

La mutation de la permanence de soins est un des éléments majeurs à prendre en compte. Les difficultés de la démographie médicale, le vieillissement de la population médicale et les aspirations nouvelles des jeunes générations imposent une vision réaliste et prospective.

a) Trois axes opérationnels complémentaires semblent devoir être considérés :

- 1) **Renforcer la régulation médicale** qui va devenir le pivot du système d'accès aux soins non programmés :
  - création rapide et significative de PARM en 2007, et amélioration des conditions de recrutement (formation) et de statut. L'attribution des moyens se ferait sous trois angles : remettre à niveau, renforcer les SAMU régionaux, et préparer l'avenir en fonction de la population desservie.
  - Considérer les Centres 15 comme de véritables centres d'appel et ainsi renforcer leurs moyens techniques : informatisation et communication. Toutes les solutions de mutualisation, regroupement ou de déport de régulation, devraient être envisagées sans exclusive pour préparer l'avenir
  - Une réflexion pourrait être menée sur un accès aux services d'urgences par régulation préalable.
- 2) **Structurer la « PDS fixe »** autour des maisons médicales de garde en première partie de nuit et en week-end (les mesures issues du rapport MMG sont en cours)
- 3) **Rendre possibles et organiser les visites dites incompressibles** sur de grands secteurs géographiques à partir d'établissements hospitaliers (centres hospitaliers ou hôpitaux locaux) soit par des praticiens libéraux soit en cas de carences actées en CODAMUPS par des hospitaliers. Il convient d'y associer une réflexion sur les besoins médico-légaux en lien avec les Conseils de l'ordre.

b) Mutualiser les ressources :

- revoir la sectorisation de façon adaptée en évitant un nombre de secteurs trop élevé et donc le paiement d'astreintes superflues, et agréger les financements au sein d'une enveloppe globale « PDS » confiée aux MRS.
- en cas d'absence de PDS ambulatoire, envisager des transferts d'enveloppes vers les centres hospitaliers désignés par le CODAMUPS.

c) Fiabiliser et pérenniser le système : les CODAMUPS doivent s'assurer que quel que soit le système de PDS mis en place, celui ci soit fiable et que des évaluations périodiques soient réalisées au moyen d'indicateurs de suivi.

2. **Compléter les dispositions concernant la prise en charge des personnes âgées en cohérence avec le plan solidarité grand âge** et en particulier de

renforcer la continuité des soins en maison de retraite et EHPAD, et le maintien à domicile des personnes âgées : réseaux de santé et lien médico-social-sanitaire,...

3. **Renforcer le rôle des ARH dans le cadre d'une politique volontariste et concertée**

- 1) Insister sur le caractère fongible des sous enveloppes du Plan Urgences pour 2007 et 2008 et affecter les crédits selon les situations locales et selon les besoins de la filière en concertation avec le **comité régional des urgences, devant associer toutes les composantes des réseaux d'urgences**
- 2) Mettre en œuvre **les dispositions des décrets « urgences »** : le réseau et en particulier l'organisation de proximité à l'échelon du territoire de santé voire à l'échelon infra territorial et généraliser l'utilisation de la fiche de dysfonctionnement.
- 3) Utiliser comme levier le **contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)** pour faire progresser et suivre la prise en charge globale des soins non programmés. Il faut ainsi que soient envisagées dans les CPOM les dispositions intra hospitalières mais aussi les différents aspects de la filière (amont et aval ) et la dimension territoriale (réseaux des urgences).
- 4) Ce CPOM devra faire l'objet d'un volet qualitatif sur l'insertion des établissements dans la filière de prise en charge des soins non programmés :
  - ❑ **Aspects intra hospitaliers :**
    - Cohérence des pôles urgences-Smur voire Samu-Smur-urgences
    - Mise en place de consultations non programmées de médecine générale
    - Organisation de circuits courts et longs dans les services d'urgences
    - Services de courts séjour gériatrique et/ou de médecine polyvalente
    - Mutualisation des équipes médicales et paramédicales Smur et urgences
    - Répartition des statuts médicaux (postes de PH) et gestion prévisionnelle
    - Organisation du temps de travail médical
    - Organisation interne des services : réalisation d'audits organisationnels notamment avec l'appui de la MEAH
    - Informatisation et production de données standardisées
    - Commission des soins non programmés
    - Respect des normes (Smur...)
    - Fiche de dysfonctionnement

- ❑ **Aspects architecturaux** : les projets élaborés devront être en cohérence avec l'organisation médicale souhaitable (mutualisation Samu-Smur-urgences). Cet élément de cohérence hospitalière doit être au premier plan lors de l'examen d'éventuels projets de regroupement 15-18.
- ❑ **Aspects territoriaux**
  - Fédération inter hospitalière, temps médicaux partagés, fédération territoriale....
  - Réseaux des urgences
  - Utilisation de la télé médecine
  - Transports sanitaires : hélicoptères, transferts infirmiers inter hospitaliers

Il est indispensable que le recueil d'information et le mode de décompte soient homogènes (activité de régulation, sorties SMUR, décompte des passages aux urgences..)

Un suivi régulier du contrat et cet aspect particulier de l'amélioration de la filière de prise en charge des soins non programmés pourraient également être pris en compte dans les critères d'évaluation des chefs d'établissement, mais aussi dans la contractualisation DHOS/ARH.

#### **4. Donner de la cohérence**

- ❑ **Adapter les modalités de remboursement des transports** : exemple de l'impossibilité de remboursement du trajet retour par ambulance quand un patient n'est pas gardé en hospitalisation, exemple de l'impossibilité de remboursement lors de l'orientation en maison médicale de garde.....
- ❑ **Optimiser le temps médical** : une clarification s'impose vis à vis de l'emploi de personnels hospitaliers au titre du volontariat par le service de santé des sapeurs pompiers.
- ❑ **Adapter la formation aux besoins** :
  - **Vis à vis du DESC de médecine d'urgences** : veiller à rendre possible la réalisation de la maquette obligatoire en donnant la possibilité de réalisation des stages semestriels de réanimation (postes)
  - **Entamer une réflexion sur les évolutions possibles des médecins urgentistes vers d'autres fonctions dans les établissements**
  - **Préparer les internes de médecine générale à l'exercice de la PDS**
- ❑ **Favoriser les coopérations** : les dispositions budgétaires doivent être adaptées afin d'accompagner les coopérations (MMG, coopérations inter hospitalières) ; une réflexion sur des pôles inter hospitaliers et des modalités d'affectation coopérative des praticiens doit être engagée. Il convient enfin d'adapter les financements permettant les relations ville-hôpital (exemple MMG et services d'urgences)

#### **5. Informer la population :**

Il est patent qu'au-delà des adaptations fonctionnelles, des moyens mis ou encore à affecter aux structures d'urgence, l'information éclairée du citoyen est un élément clé pour préparer l'avenir.



## **CONCLUSION**

Le plan Urgences a permis un renforcement conséquent des structures d'urgences et ses effets sont reconnus par les professionnels.

Au delà des objectifs quantitatifs initiaux remplis et très largement dépassés pour la plupart, le plan Urgences a permis une prise de conscience sur l'accès aux soins non programmés, et en favorisant la concertation avec les professionnels, a permis de donner une impulsion dans tous les domaines.

Néanmoins, les évolutions des comportements de la population et des médecins nécessitent que soient adaptées les orientations initiales du plan mis en place en 2003. De fait, une réorganisation pérenne et fiable des modalités de réalisation de la permanence des soins, l'implication renforcée des ARH dans l'amélioration de la filière de soins non programmés, grâce aux CPOM, la mise en œuvre des décrets de mai 2006, et l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, sont les leviers d'une organisation performante et adaptée aux demandes de soins de nos concitoyens.