

Nom de la personne référente :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

[illegible]

Tableau prévisionnel des fermetures de lits d'hospitalisation complète mois de juillet 2003

Région :

Nom de la personne référente :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

Tableau prévisionnel

Groupe disciplines	Disciplines	Lits installés	Capacités fermées en hospitalisation complète									
			semaine 1		semaine 2		semaine 3		semaine 4		semaine 5	
			Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Pédiatrie	Néonatalogie avec ou sans soins intensifs											
	Autres disciplines de pédiatrie											
	Réanimation néonatale											
	Réanimation pédiatrique ou mixte											
Réanimation et Soins Intensifs Adultes	Réanimation médico-chirurgicale											
	Soins intensifs											
Autres disciplines médicales	Médecine polyvalente											
	Cardiologie médicale											
	Neurologie											
	Chirurgie digestive ou polyvalente											
Chirurgie	Neurochirurgie											
	Orthopédie traumatologie											
	TOTAL CHIRURGIE											
G.Obstétrique	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE											
Psychiatrie	PSYCHIATRIE											
SSR	Réadaptation fonctionnelle											
	Soins de suite											
	TOTAL SOINS DE SUITE OU DE READAPTATION											
SLD	SOINS DE LONGUE DUREE											
Autres	AUTRES DISCIPLINES											
	TOTAL SECTION HOPITAL											

Nom de la personne référente :

Téléphone :
Fax :
E-mail :

[illegible]

Nom de la personne référente :

Téléphone :

Fax:

E-mail :

[illegible]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET
DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous-direction de l'organisation
du système de soins

**Le ministre de la santé, de la famille et des
personnes handicapées**

A

Mesdames et Messieurs les directeurs des
agences régionales de l'hospitalisation
(pour exécution et diffusion)

Mesdames et Messieurs les préfets de
départements
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales
(pour exécution)

Madame et Messieurs les préfets de régions
Directions régionales des affaires sanitaires et
sociales
(pour information)

CIRCULAIRE N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des
urgences

Date d'application : immédiate

Mots-clés : permanence des soins - urgences pré-hospitalières - services des urgences
hospitaliers - services d'hospitalisation en aval des urgences - urgences dans le système de
soins

Textes de référence:

Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et l'orientation des services d'urgences

Décret n° 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les
établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation
sanitaire

Décret n° 87-1005 16 décembre 1987 relatif à l'organisation et aux missions du SAMU

Circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 sur l'amélioration de la filière de soins gériatrique

Circulaire DHOS/HFD n°2002-284 du 3 mai 2002 relative aux plans blancs

Textes abrogés :

Circulaire DH / DGS. - 90.326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences.

Circulaire du 4 juillet 1994 relative à l'organisation et au fonctionnement des urgences dans les
établissements de santé assurant le service public hospitalier.

La prise en charge des urgences est l'une des grandes priorités de l'organisation de notre système de soins. Jean-François Mattéi, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a souhaité¹ que des mesures opérationnelles soient prises rapidement au plan national et régional, suite à un travail entrepris avec l'ensemble des représentants des acteurs de santé concernés, pour l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement des urgences en France.

Deux groupes de travail ont été mis en place. Le premier, piloté par monsieur Charles Descours, sénateur honoraire, sur la permanence des soins des médecins généralistes, a présenté ses travaux au ministre le 22 janvier 2003. Le second, piloté par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, avait pour objectif d'élaborer la présente circulaire relative à la prise en charge des urgences.

Constats et enjeux

Les 616 sites d'urgences autorisés², ont enregistré près de 13,4 millions de passages en 2001, soit une augmentation de près de 4% par rapport à 2000. Le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a crû de 64 % entre 1990 et 2001, soit une progression annuelle de 4,6 %. Les établissements de santé privés³ prennent en charge 12% des urgences. De même, les appels d'urgence au centre 15 n'ont cessé d'augmenter ces dernières années ; dans plus de 30 % des cas, la réponse apportée consiste en une information et/ou un conseil médical. Il faut d'ailleurs noter que l'efficacité de la régulation a permis que la croissance des appels au centre 15 n'entraîne pas une augmentation des interventions des services mobiles d'urgences et de réanimation.

Cette augmentation traduit de nouveaux comportements des usagers, qui recherchent un service et la sécurité de consultations non programmées pour des soins qui ne revêtent pas toujours un caractère d'urgence. Les résultats de l'enquête réalisée par la Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques montrent que 20% des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation et que trois-quarts des usagers se présentant aux urgences viennent directement, sans contact médical préalable.

La prise en charge des urgences dans les établissements hospitaliers a constitué une priorité de santé publique dans toutes les régions. Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont toutes élaboré un volet « urgences » dans leur schéma régional d'organisation des soins (SROS) de 2^{ème} génération (1999-2004) et consacré des moyens importants à l'amélioration du fonctionnement de ces services. Le renforcement de la séniorisation des services des urgences a eu pour effet d'améliorer la qualité, la sécurité et l'organisation de la prise en charge aux urgences, mais ces mesures ne permettent pas de faire face à la poursuite de l'augmentation du nombre de passages. Il est donc nécessaire de porter aussi l'action sur l'amont et l'aval des urgences pour une meilleure réponse du système de soins aux situations non programmées.

La présente circulaire a pour objet de formuler des **recommandations opérationnelles** pour l'organisation de la prise en charge des urgences, qu'il est demandé aux ARH et aux services déconcentrés de mettre en œuvre dans leur région à brève échéance. Je souhaite que ces recommandations soient l'occasion pour les établissements de santé d'envisager les pistes d'amélioration de l'organisation mise en place pour répondre aux demandes de soins urgents.

Vous trouverez **en annexe** un document plus complet émanant des réflexions du groupe de travail mis en place en septembre 2002 avec des représentants des syndicats d'urgentistes, des fédérations et

¹ Discours du 21 juin 2002 à l'occasion du trentième anniversaire du SAMU – Centre 15 de Marseille.

² 34 pôles spécialisés (POSU), 208 services d'accueil et traitement des urgences (SAU) et 374 unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU).

³ Privés sous dotation globale et sous OQN

des conférences hospitalières ainsi que des ARH et qui porte sur les modalités d'organisation de toute la chaîne des urgences, en amont et en aval de la prise en charge par les services des urgences.

I/ Articuler la permanence des soins de ville et les services des urgences

Il existe un continuum et une complémentarité entre la permanence des soins de la médecine ambulatoire et les services des urgences, qui nécessite, non seulement de clarifier les missions réciproques de chacun mais aussi de bien relier ces deux modes de prise en charge.

La permanence des soins en médecine ambulatoire peut se définir⁴ comme "une organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20h à 8h, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi."

Les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, **les besoins de soins immédiats**, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et **les besoins de soins urgents**, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir. La formation reçue par les médecins urgentistes, qui sera bientôt reconnue comme une spécialité, implique qu'ils puissent se consacrer aux pathologies relevant de la médecine d'urgence.

Le besoin de consultations exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat, la présence d'un médecin, relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux.

Il est demandé aux ARH et aux DDASS, en lien avec le Conseil de l'ordre des médecins, les Unions régionales des médecins libéraux et les Caisses d'assurance maladie, de prendre conjointement toutes mesures permettant la bonne articulation entre permanence des soins et services des urgences:

⇒ Lancer une démarche de centralisation des appels de permanence des soins, pour faire jouer la complémentarité des régulations libérale et hospitalière.

La régulation des appels relevant de la médecine ambulatoire est mise en place, chaque fois que possible, dans les locaux du Centre-15. La centralisation des appels de permanence des soins doit permettre de mieux orienter les usagers et de faire évoluer, lorsque c'est nécessaire, leur demande initiale envers les services des urgences vers la médecine ambulatoire. Les régulateurs libéraux qui réceptionnent les appels destinés aux généralistes travaillent aux côtés des médecins régulateurs hospitaliers, à qui ils transmettent les appels relevant de l'aide médicale urgente et réciproquement. L'organisation de la régulation des appels pourra être mise en place dans le cadre du Comité départemental de l'aide médicale urgente.

Le plan hôpital 2007 pourra être mobilisé pour financer les moyens techniques nécessaires à la mise en œuvre de la centralisation des appels de permanence de soins.

Cette démarche doit être couplée à une action d'information de la population au plan régional et local et à un programme d'éducation pour la santé commençant dès les établissements scolaires.

⁴ Cf. rapport du groupe de travail sur la permanence des soins présidé par M. Charles Descours, 22 janvier 2003

⇒ **Soutenir les maisons médicales articulées avec le service des urgences hospitalier**

Le soutien de l'ARH à une maison médicale est conditionné, d'une part, à la formalisation des engagements réciproques, par les représentants de la maison médicale et ceux du service des urgences, dans une convention définissant notamment les modalités de réorientation entre les deux structures et d'autre part, à la mise en place d'un dispositif d'évaluation de cette convention.

II/ Développer la mise en réseau des professionnels de l'urgence

Les SAMU, SMUR, unités et services d'accueil des urgences doivent renforcer leurs liens, si possible dans le cadre de fédération, dans un souci de maillage du territoire et d'amélioration de la qualité de la réponse aux soins urgents.

⇒ **Conforter le SAMU dans son rôle pivot de l'organisation et du fonctionnement de l'aide médicale urgente et renforcer les SMUR**

Cet objectif est atteint à la fois par l'interconnexion automatique des centres d'appel du SAMU et du SDIS, la mise en réseau des SAMU entre eux, le renforcement des équipes de permanenciers dans les centres-15 et la mise en place de médecins correspondants du SAMU.

a) Interconnecter les centres d'appels

L'article L.6112-5 du code de la santé publique rend obligatoire l'interconnexion du 15 et du 18. Tout déclenchement d'une opération de secours à victimes impliquant les deux services doit être accompagné d'une information opérationnelle réciproque. Cette information mutuelle concerne non seulement la retransmission initiale des données de l'alerte, mais également le déclenchement des opérations et leur suivi. Le fonctionnement de ce dispositif doit faire l'objet d'une évaluation régulière, notamment s'agissant de la qualité de l'échange d'informations et de leur traitement. Les moyens de mettre en place l'interconnexion des lignes doivent être donnés aux services d'aide médicale urgente.

b) Mettre en réseau les SAMU

La mise en réseau des SAMU poursuit deux objectifs :

-**mutualiser la régulation médicale en cas de faible activité sur certaines plages horaires** : un SAMU assure la régulation, durant la nuit notamment, sur plusieurs départements. Une telle organisation permettrait, notamment, de disposer d'au moins un médecin régulateur en permanence en éveil à son poste. Cette organisation repose sur un travail préalable, réalisé en commun par les SAMU concernés, d'élaboration des documents nécessaires à la régulation médicale (cartographie, répertoires de ressources, protocoles, procédures).

-**identifier des correspondants spécialisés, mutualisés** sur plusieurs départements, voire plusieurs régions, susceptibles de participer à la régulation médicale (pédiatre, psychiatre, toxicologue, obstétricien, etc...). Ce dispositif est mis en place dans le cadre de l'organisation de la spécialité et selon les besoins de la région.

c) Conforter les effectifs de permanenciers auxiliaires de régulation médicale

Des travaux sont en cours au Ministère pour mieux définir la formation et les conditions d'exercice des permanenciers des Centres-15.

Vous veillerez à conforter les équipes les plus sollicitées, qui, notamment dans le cadre des réseaux de SAMU, ne peuvent faire face, en l'état de leur effectif, à une forte activité, en particulier sur certaines plages-horaires.

d) Mailler le territoire par le Service Mobile d'Urgences et de Réanimation (SMUR)

Vous veillerez à ce que les SMUR maillent suffisamment le territoire de votre région. Dans certains cas, et lorsque l'accès des soins n'est pas assuré, les SMUR doivent être renforcés, pour permettre une gestion du risque immédiat qui met en jeu le pronostic vital, dans les délais nécessaires.

En complément de cette implantation 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.

Une évaluation régulière de la sécurité de la prise en charge, de la rapidité et la qualité de la réponse apportée, etc... doit être effectuée par le CODAMU en lien avec le SAMU et vous être transmise.

⇒ **Développer les fédérations et les groupements de coopération sanitaire des SAMU, SMUR, services des urgences et services de réanimation le cas échéant.**

Ces fédérations médicales inter-hospitalières et groupements de coopération sanitaire consistent à mutualiser les ressources et peuvent aboutir à la mise en place, sur un territoire d'accès aux soins, d'une seule équipe hospitalière de médecins d'urgence qui tournent entre UPATOU, SAU, SAMU, SMUR et services de réanimation le cas échéant. Cette organisation permet de maintenir un niveau de formation, d'activité et de compétences satisfaisants pour l'ensemble des médecins d'urgence et de mieux gérer les permanences.

III/ Obtenir l'implication des établissements de santé dans la prise en charge des urgences et dans l'organisation de l'aval.

1) **En interne**, l'amélioration de la prise en charge des patients et en particulier, la réduction des délais d'attente suppose la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences. Une sous-commission constituée au sein de la commission médicale d'établissement, dénommée **commission des admissions et des consultations non programmées**, doit se réunir régulièrement et obtenir des résultats substantiels dans l'amélioration des circuits des patients en aval des urgences notamment.

⇒ **Généraliser la mise en place d'une commission des admissions et des consultations non programmées au sein des établissements publics de santé, qui jouerait un rôle pivot dans l'organisation et l'évaluation de la prise en charge des urgences.**

Cette commission aura notamment pour missions de **prévoir la contribution** de chaque service et de garantir que les services de spécialité prévoient leur programmation en tenant compte d'une **capacité à réserver aux urgences**, évolutive en fonction des activités programmées et des périodes. De même, la commission validera les **propositions de fermeture temporaire de lits** et fixera les capacités à maintenir disponibles pour l'urgence. Elle devra également valider et évaluer les **protocoles organisant les filières spécifiques** ainsi que les modalités d'hospitalisation en zone de surveillance de très courte durée. Dans les établissements privés, ces missions relèvent de la conférence médicale d'établissement.

⇒ **Impliquer les spécialistes dans le diagnostic établi aux urgences**

Dans les établissements publics de santé, les modalités d'intervention **des médecins seniors** des services de spécialités, ou des internes qu'ils délèguent sous leur responsabilité, doivent, en tant que de besoin, être **systématiquement et préalablement organisées**. Cette organisation doit être formalisée entre le service des urgences et tous les services, de médecine polyvalente ou de spécialités et évaluée périodiquement par la commission des admissions et des consultations non programmées.

⇒ **Impliquer les spécialistes dans la prise en charge du patient en aval des urgences**

Dans un certain nombre d'établissements, les patients attendent d'être hospitalisés parfois plusieurs heures dans les services des urgences. L'ensemble des acteurs de l'établissement de santé (direction, chefs de services, médecins...) doit se mobiliser pour remédier à cette situation et apporter son concours à l'amélioration de l'organisation interne, qui doit permettre une gestion en flux des urgences. Il est essentiel que les services des urgences puissent disposer de la disponibilité des lits des services de soins de leur établissement. Des protocoles entre services doivent être formalisées pour permettre l'hospitalisation du patient dans un service adapté à sa prise en charge.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité viendra conforter la place des services des urgences dans leurs établissements par une meilleure valorisation de leur activité.

2) **En externe**, le développement d'un réseau d'aval impliquant l'ensemble des établissements disposant de capacités d'accueil, doit permettre de réduire les délais d'attente aux urgences et les inadéquations de prise en charge.

⇒ Appuyer la **mise en réseau des établissements** pour permettre des transferts inter-établissements dans des conditions de délai et de préparation satisfaisantes pour le patient.

⇒ Elaborer un programme d'actions au niveau de la **conférence sanitaire de secteur**, en vue de mobiliser les différents établissements dans la prise en charge en aval des urgences en court, moyen et long séjours. Ce travail peut s'effectuer de manière plus fine sur chaque territoire de santé, au sein d'une commission rattachée à cette conférence.

Vous veillerez à ce que les **contrats d'objectifs et de moyens** des établissements publics de santé intègrent cet objectif de prise en charge des urgences par l'ensemble des services concernés.

IV/ Mettre en place des filières adaptées à certaines pathologies ou populations

L'amélioration de l'organisation de la prise en charge des urgences passe aussi par l'identification de filières spécifiques.

⇒ Organiser et coordonner des filières sécurisées en lien avec le SAMU-Centre 15

Ces filières permettent le **transfert et l'admission directs et immédiats** des patients présentant des pathologies spécifiques telles que l'accident vasculaire cérébral ou l'infarctus du myocarde, vers les plateaux techniques disposant des compétences et des équipements requis. Chaque fois qu'une entrée directe dans un service spécialisé est possible, elle doit être privilégiée (unité de soins intensifs et continus, réanimation adulte, réanimation pédiatrique, soins intensifs en neurologie, en neurochirurgie ou en cardiologie). En effet, le pronostic vital et/ou fonctionnel est étroitement associé à la rapidité de cette prise en charge spécialisée.

⇒ Mettre en place l'accueil et les filières de soins adaptés à certaines populations

Le SROS doit identifier des filières de prise en charge en **pédiatrie, gériatrie et psychiatrie**⁵, et être complété par des actions, au sein de chaque établissement et en inter-établissements, de mise en lien des professionnels concernés, qui doivent permettre d'améliorer le suivi et la prévention des patients accueillis. Les professionnels des services des urgences ont un rôle à jouer dans cette prévention. Ainsi, le patient doit systématiquement recevoir des instructions précises à sa sortie pour prévenir la répétition d'une situation qui l'a amené aux urgences. De même, des modalités d'accompagnement des personnes en situation sociale précaire doivent être définies en lien avec les assistants sociaux des permanences d'accès aux soins et les organismes sociaux.

V/ Utiliser les technologies de l'information et de la communication (T.I.C.) en pré-hospitalier, en intra-hospitalier et au sein des réseaux de santé.

L'accroissement des liens entre établissements, la mise en place de filières de soins et la gestion en flux des urgences supposent l'échange d'informations et la mise en place de communications entre services et professionnels.

⇒ Développer les TIC comme support de la mise en réseaux des services des urgences et de soins

Vous veillerez à développer l'utilisation des **technologies de l'information et de la communication**, comme support de la coordination entre les professionnels de santé, en amont et en aval des urgences. Ces technologies sont les outils indispensables à la mise en réseau des structures des soins qui contribuent à la prise en charge des urgences, soit directement, soit indirectement. Ces technologies doivent permettre le transfert de dossiers médicaux, le cas échéant d'images, l'échange d'informations sur la disponibilité de lits et l'organisation de staffs médicaux. La télésanté fait partie des outils aujourd'hui indispensables à une pratique médicale partagée. Dans cet esprit, l'interopérabilité des systèmes d'information doit, dans la mesure du possible, être favorisée.

⁵ Il convient de vous reporter au paragraphe 3.5 de l'annexe jointe (pages 14 à 16).

⇒ Mettre en place un dispositif d'évaluation des urgences

Vous veillerez, préalablement à toute nouvelle organisation des urgences, à mettre en place des indicateurs d'évaluation en concertation avec les représentants des professionnels concernés et à vous engager dans une démarche d'observation des urgences pour mieux connaître la réalité de l'activité des services des urgences, des SMUR et des centres 15. A cette fin, un apport annuel sera remis au comité de l'aide médicale urgente (CODAMU), à la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation (COMEX) et à la commission des admissions et des consultations non programmées. Les usagers seront associés à cette démarche d'évaluation, au moyen le cas d'enquêtes de satisfaction.

Un cahier des charges de cette observation sera élaboré au plan national dans les prochaines semaines pour permettre d'avancer dans cette démarche.

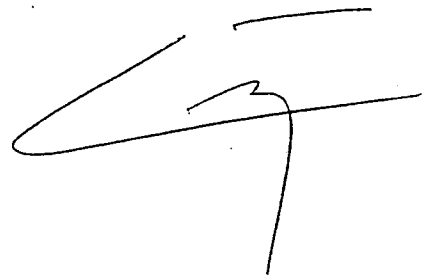
Je vous demande de m'adresser un rapport intermédiaire de la mise en œuvre des différentes recommandations opérationnelles de la présente circulaire, au plus tard à la fin de l'année 2003.

Je vous remercie de bien vouloir assurer la plus large diffusion possible de cette circulaire et de son annexe aux établissements de santé.

Je vous saurais gré de bien vouloir me tenir informé de toute difficulté rencontrée dans l'application des recommandations de la présente circulaire, en prenant contact le cas échéant avec Madame Solenne BARAT, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, Sous-direction de l'Organisation du système de soins, bureau de l'Organisation générale de l'offre régionale des soins, au 01 40 56 53 97 ou par e-mail: solenne.barat@sante.gouv.fr.

Pour le Ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées
et par délégation,

Le Directeur de l'hospitalisation et
de l'organisation des soins
Edouard COUTY





**MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET
DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous-direction de l'organisation
du système de soins

ANNEXE¹

Principes d'organisation des urgences et de la permanence des soins

Le nombre de passages aux urgences s'est élevé à près de 13,4 millions en 2001, représentant une progression de 4% par rapport à 2000. Le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a crû et de 64% entre 1990 et 2001, soit une progression annuelle de 4,6%. La participation des établissements de santé privés à la prise en charge des urgences augmente: de 10% en 2000, ils prennent aujourd'hui en charge près de 12% des urgences hospitalières. De même, les appels d'urgence au centre 15 n'ont cessé d'augmenter ces dernières années ; dans plus de 30% des cas, la réponse apportée consiste en une information et/ou un conseil médical. Il faut d'ailleurs noter que l'efficacité de la régulation a permis que la croissance des appels au centre 15 n'entraîne pas une augmentation des interventions des services mobiles d'urgences et de réanimation.

Cette augmentation traduit de nouveaux comportements des usagers, qui recherchent un accès à des consultations non programmées en toute sécurité. Les résultats de l'enquête réalisée par la Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques montrent que 20% des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation et que trois-quarts des usagers se présentant aux urgences viennent directement, sans contact médical préalable. Les services des urgences, répondant à la mission inscrite dans les articles R.712-65 et R.712-98 du code de la santé publique, « accueillent sans sélection, (...), toute personne se présentant en situation d'urgence (...). »

Face à ce constat, il est apparu indispensable d'apprécier l'organisation d'ensemble de la prise en charge des urgences pré-hospitalières et hospitalières, ainsi que la place et le rôle des différents acteurs, afin d'apporter des réponses adaptées aux besoins de la population.

La prise en charge des urgences dans les établissements hospitaliers a constitué une priorité de santé publique dans toutes les régions. Les agences régionales de l'hospitalisation ont toutes élaboré un volet « urgences » dans leur schéma régional d'organisation des soins (SROS) de 2^{ème} génération (1999-2004) et consacré des moyens importants à l'amélioration du fonctionnement de ces services. Le renforcement de la séniorisation des services des urgences a eu pour effet d'améliorer la qualité, la sécurité et l'organisation de la prise en charge aux urgences.

Toutefois, certaines difficultés continuent à perturber l'organisation de ces services. Les causes en sont multiples : une médecine ambulatoire qui doit se réorganiser pour assurer la permanence des soins, l'afflux continu de patients, des problèmes d'organisation interne à l'établissement de santé et surtout des difficultés constantes à trouver des lits d'aval. Ces éléments expliquent des délais d'attente excessifs, des services des urgences débordés et la tension de nombreux personnels.

¹ A la Circulaire n° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

Les difficultés d'organisation de la prise en charge des soins urgents et non programmés ont incité le Ministère à engager une réflexion visant à améliorer certaines dispositions des décrets de 1995 et 1997 relatifs aux services des urgences. Les travaux en cours portent notamment sur la typologie des services assurant cette mission et leurs modalités de fonctionnement.

La présente annexe a pour objet de développer les recommandations formulées dans la circulaire n° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003, relatives à la prise en charge du patient en attente de soins urgents, de sa demande initiale à l'issue de celle-ci.

I/ Principes généraux

1.1. Articuler permanence des soins ambulatoires et services des urgences

Aujourd'hui de nombreuses réponses aux demandes de soins non programmés, voire urgents, sont offertes à la population. Une **clarification du rôle et des missions de chacune de ces structures** devient nécessaire, afin de garantir une réelle clarté pour les usagers du système de soins.

Dans ce système de soins, une organisation efficiente implique que les services des urgences aient vocation à dispenser des soins urgents et non à assurer la prise en charge des soins non programmés, notamment médicaux. En effet, la mission des urgentistes n'est ni d'apporter des soins relevant de la médecine ambulatoire, ni de répondre aux missions spécifiques des autres services de l'établissement de santé. De même, les services des urgences n'ont pas à assurer la continuité des soins des services ou l'accueil des patients programmés de l'établissement de santé. La formation reçue par les médecins urgentistes, qui sera bientôt reconnue comme une spécialité, et leur investissement pour cette discipline, impliquent qu'ils puissent se consacrer aux pathologies relevant de la médecine d'urgence. Il est cependant actuellement difficile de limiter l'afflux de patients qui ne nécessitent pas de soins véritablement urgents dans les services des urgences hospitaliers.

Le rapport issu des travaux des groupes de réflexion sur les urgences, qui ont été constitués en mars 2001 dans le cadre de l'application des protocoles des 13 et 14 mars 2000, constate que la notion "d'urgence" est source de confusion entre les missions des acteurs intervenant dans sa prise en charge. En effet, les usagers ont aujourd'hui tendance à confondre soins non programmés ou soins ressentis comme urgents et soins urgents.

Ce rapport propose une typologie des besoins de soins exprimés en urgence, qui montre leur grande hétérogénéité, quant à leur degré réel d'urgence et quant aux moyens qu'ils appellent.

- ✓ Le besoin de soins immédiats, qui engage le pronostic vital et/ou fonctionnel et qui exige, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et la mobilisation immédiate de moyens médicalisés lourds
- ✓ Le besoin de soins urgents, qui appelle la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.
- ✓ Le besoin de consultations exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide, mais non immédiat, la présence d'un médecin. Cette demande relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux.

Par ailleurs, il existe une forte demande de conseil, qu'il faut distinguer de la simple demande de renseignement. Ces appels représentent une part importante tant des appels aux médecins généralistes et urgentistes qu'aux S.A.M.U./Centre 15. Cette mission contribue souvent à réorienter ce qui est ressenti comme une urgence vers une programmation des soins ou une dédramatisation du ressenti du patient ou de sa famille.

L'organisation de la permanence des soins de ville et celle de la prise en charge des urgences sont complémentaires. La permanence des soins dans l'établissement de santé relève de la continuité des soins, attachée à la mission de l'établissement de santé.

1.2. Assurer la prise en charge globale et continue des besoins du patient

Les situations médicales des patients affluant, majoritairement de façon spontanée, aux urgences et leur nombre à certains moments de la journée posent inévitablement le problème de l'orientation, de la différenciation dans les prises en charge et de l'estimation de l'état de santé réel.

Une organisation pertinente permet au patient de bénéficier de soins appropriés à sa pathologie et, le cas échéant, d'une hospitalisation dans un service adéquat. A cette fin, les services des urgences doivent organiser une prise en charge adaptée à certaines populations, voire participer à la mise en place un accueil particulier. (cf. infra 3.5)

De même, il est indispensable d'organiser, en lien avec le SAMU-Centre 15, des filières permettant le transfert direct et immédiat des patients présentant des pathologies spécifiques vers les plateaux techniques disposant des compétences et des équipements requis. Chaque fois qu'une entrée directe dans un service spécialisé est possible, elle doit être privilégiée (unité de soins intensifs et continus, réanimation adulte, réanimation pédiatrique, soins intensifs en neurologie, en neurochirurgie ou en cardiologie). En effet, le pronostic vital et/ou fonctionnel est étroitement associé à la rapidité de cette prise en charge spécialisée. C'est le cas notamment de la prise en charge des AVC, qui fera prochainement l'objet d'une circulaire. Ces filières doivent être identifiées dans le cadre du SROS. Le rôle du Samu - Centre 15 est essentiel dans la régulation et la coordination de ces filières de prise en charge.

1.3 Inscrire les urgences et la permanence des soins au sein des projets médicaux de territoire

Il n'est plus possible aujourd'hui de raisonner à l'échelle de chaque établissement pour aborder les questions d'accès aux soins et de permanence des soins. C'est à l'échelle de territoires d'accès aux soins, qui peuvent être infra ou supra sectoriels, qu'il convient d'inscrire l'organisation des soins et notamment la réponse aux demandes de soins urgents par tous ceux qui y concourent.

Il est indispensable que le SROS contienne une cartographie des territoires d'accès aux soins, indiquant l'analyse des flux, la nature des coopérations, des mutualisations et les lieux de permanence des soins identifiés. Cette cartographie doit être accessible aux acteurs de santé et notamment aux SAMU, et doit pouvoir évoluer afin de tenir compte de la réalité de l'offre de soins.

Pour la définition des territoires, il conviendra de se reporter à la circulaire relative aux SROS ainsi qu'au rapport du groupe de travail DHOS/CREDES, «Territoires et accès aux soins - décembre 2002»

Des projets médicaux de territoire seront élaborés en déclinaison du SROS et permettront notamment, de mettre en œuvre des coopérations pour la permanence des soins. Le projet médical de territoire constitue une modalité d'organisation des soins laissée à l'appréciation des régions. Une fois le SROS défini, les territoires d'accès aux soins qu'il contient deviennent un espace d'animation du projet médical de territoire, qui doit permettre de mutualiser des réponses aux besoins de la population contenue dans la zone couverte.

1.4. Utiliser les technologies de l'information et de la communication pour améliorer l'organisation et l'évaluation

1.4.1 L'utilisation de ces technologies en pré-hospitalier, en intra-hospitalier et en réseau inter-hospitalier

L'utilisation des technologies de l'information et de la communication (T.I.C.) est indispensable pour une coordination renforcée entre les professionnels de santé, en amont et en aval des urgences. Le volet pré-hospitalier sera amélioré par une meilleure transmission des informations recueillies par les équipes sur le lieu de la détresse et pendant le transfert en ambulance. Ces modalités de transmission d'informations médicales apportent un gain de chance au patient en améliorant la qualité de sa prise en charge dès son arrivée dans un service des urgences ou de spécialité.

De même l'utilisation de ces technologies en intra-hospitalier est devenu indispensable. Les expériences d'utilisation de ces outils ont montré leur intérêt dans de nombreux domaines : tenue des dossiers médicaux, sécurité des prescriptions, traçabilité des données, gestion des flux, connaissance des disponibilités en lits sur le territoire, gestion des fermetures de lits, notamment en période estivale, gestion des flux de patients, coordination en temps réel du réseau d'aval de prise en charge des urgences, archivage des données ... qui participent, à l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des malades.

Enfin, l'organisation des structures de soins en réseau et les télétransmissions d'informations de nature médicale sont à privilégier. Elles tendent à une égale accessibilité à des soins de qualité pour tout citoyen, à l'instar de nombreuses applications existantes concernant les urgences, la périnatalité, la neurochirurgie, la neuroradiologie et la traumatologie.

Il est essentiel que le système d'information qui servira de support à ces liens entre professionnels de santé soit évolutif, afin de s'adapter aux besoins régionaux, tout en étant inter-opérable avec les autres applications de la région, et respecter la cohérence définie au niveau national.

1.4.2 Connaître et évaluer l'activité des services des urgences

La définition des critères d'évaluation doit précéder la mise en place d'une nouvelle organisation des soins. L'évaluation permettra d'analyser les résultats obtenus et d'apporter d'éventuelles mesures correctrices au dispositif et donc de mieux piloter l'offre de soins. La mise en place d'un véritable dispositif d'évaluation suppose de collecter les données relatives à l'activité des services des urgences.

A l'instar de la démarche mise en place en Midi-Pyrénées, il est souhaitable que chaque région puisse s'engager dans une démarche d'observation des urgences pour mieux connaître la réalité de l'activité des services des urgences, des SMUR et des centres 15.

Au niveau régional, ces données sont utilisées d'abord pour évaluer l'activité médicale et le fonctionnement des services des urgences pré-hospitaliers et hospitaliers, et ensuite, pour mieux organiser les soins. Elles servent également à des travaux et à de la veille épidémiologique. L'évaluation régionale permet un retour individualisé à chaque établissement de santé qui a communiqué ses données.

Un cahier des charges de cette observation sera élaboré au plan national dans les prochaines semaines pour permettre de lancer cette démarche.

II / Organisation de la prise en charge pré-hospitalière des soins non programmés et urgents

Une organisation de la prise en charge en amont des établissements de santé autorisés à l'accueil et au traitement des urgences permettrait d'éviter le recours systématique et finalement parfois médicalement injustifié aux urgences.

2.1. Permanence des soins de la médecine ambulatoire

Le nombre de passages aux urgences hospitalières est, pour une part, lié à l'organisation de la permanence des soins, y compris en ville. L'enquête réalisée par la DREES montre que si 87% des usagers ont un médecin traitant, seuls 23% ont cherché à le contacter avant de se présenter aux urgences. Il est donc souhaitable qu'une démarche soit entreprise en vue de replacer le patient dans l'offre de soins assurée par les médecins de ville.

2.1.1. Définition de la permanence des soins en médecine ambulatoire

Le groupe de travail présidé par M.Charles Descours, sur la permanence des soins en médecine ambulatoire, dont le rapport a été remis au ministre le 22 janvier 2003, définit cette dernière comme une organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20h à 8h, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi.

L'article L.6325-1 du code de la santé publique prévoit que, sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins conventionnés, dans le cadre de leur activité libérale, et ceux exerçant en centre de santé, participent, dans un but d'intérêt général, à la permanence des soins, dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat.

Des textes réglementaires fixant les modalités d'organisation générale de la permanence des soins, les conditions de participation des médecins libéraux à cette permanence, ainsi que la répartition des compétences en matière d'organisation entre les différents acteurs seront publiés en 2003.

2.1.2. Régulation des appels téléphoniques relevant de la permanence des soins de la médecine ambulatoire

Il est souhaitable de favoriser l'organisation d'une régulation médicale des appels relevant de la permanence des soins, selon les critères suivants :

- une centralisation des appels de permanence des soins ;
- une régulation des appels, qui doit être organisée avec la participation des médecins généralistes;
- une procédure formalisée entre les secteurs de permanence des soins et la régulation libérale pour garantir la fiabilité de la réponse locale et la bonne orientation à partir de la régulation.

Le rapport du groupe de travail cité ci-dessus recommande que « le centre de régulation au sein duquel les régulateurs libéraux et hospitaliers travaillent ensemble soit situé dans l'établissement de santé, siège du Centre 15. »

Ce groupe de travail considère « qu'en tout état de cause, dans les cas de centres de régulation distincts, l'**interconnexion** entre la régulation médicale libérale et le Centre 15 doit faciliter la lisibilité du patient dans le dispositif, le Centre 15 devant pouvoir basculer l'appel sur la régulation médicale libérale selon la nature de l'appel et réciproquement ».

2.1.3. Les maisons médicales

Aujourd'hui, des maisons médicales se développent sur l'ensemble du territoire. Elles répondent à l'évolution des pratiques des médecins libéraux. Les maisons médicales existantes sont très hétérogènes en termes de modalités de fonctionnement. Certaines ont pour objectif d'être complémentaires du service des urgences, d'autres constituent une modalité d'organisation de la permanence des soins des médecins libéraux, voire un mode d'exercice de la médecine générale.

Lorsque l'ARH souhaite apporter son soutien à une maison médicale, il est indispensable que sa participation soit ciblée sur celle(s) dont le projet est articulé avec le service des urgences hospitalier. Cette articulation est formalisée par une convention entre les responsables de ses deux structures. En tout état de cause, une évaluation médico-économique doit être réalisée, au regard notamment du fonctionnement du service des urgences et des besoins de la population. Le projet d'implantation d'une maison médicale doit mettre l'accent en particulier sur les éléments suivants:

- réponse à **un besoin identifié et évalué, notamment au regard de l'organisation des soins;**
- **objectifs de la maison médicale clairement énoncés et faisant l'objet d'une évaluation annuelle;**
- **modalités de fonctionnement;**
- **plateau technique.**

S'agissant de ce dernier point, un **plateau technique** supérieur (radiologie ou biologie) à celui dont dispose un cabinet libéral ne s'impose pas dans les maisons médicales et doit en tout état de cause faire l'objet d'une évaluation entre tous les partenaires concernés.

La rédaction d'une **procédure** définissant les conditions de réorientation éventuelle des patients, depuis les services des urgences vers les maisons médicales, est essentielle. Un schéma d'aide à la décision élaboré par les médecins urgentistes, les médecins des services de soins concernés, notamment de pédiatrie, et les médecins de la maison médicale permet de clarifier les situations dans lesquelles la réorientation, proposée par l'infirmière d'accueil et d'orientation et validée par un médecin sénior, ne soulève pas de difficulté. En cas de doute, les services des urgences assurent la prise en charge du patient.

L'intérêt de l'**orientation vers la maison médicale** doit être expliqué au patient. A cette fin, il semble préférable que la maison médicale soit située à proximité de l'établissement de santé, ce qui facilitera l'acceptation de cette réorientation par le patient.

2.2. Organisation des SAMU et des SMUR

Pour répondre aux situations d'urgence, les SAMU assurent une écoute médicale permanente et les SMUR mettent en œuvre des équipes médicales d'intervention.

2.2.1. Le SAMU - Centre 15

Certains établissements de santé disposent en leur sein, conformément à la loi sur l'aide médicale urgente, d'un SAMU doté d'un centre de réception et de régulation des appels (CRRA), appelé Centre 15.

Ce centre de régulation médicale a pour mission (décret n° 87-1005 16 décembre 1987) d'assurer une écoute médicale permanente ; de déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ; de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil ; d'organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public

ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ; de veiller à l'admission du patient.

La régulation médicale, en apportant une réponse appropriée à chaque appel qu'elle reçoit, garantit au demandeur la qualité et la sécurité d'une orientation médicale. Elle permet, en outre, à la collectivité d'optimiser, dans le domaine de l'urgence médicale, l'utilisation de ses ressources.

Ainsi, la réponse à la demande d'aide sociale implique de renforcer les relations avec les organismes sociaux. A cette fin, la possibilité d'avoir recours à un assistant social référent améliore la qualité et l'efficacité de la prise en charge. La participation des conseils généraux, dont relève l'action sociale, doit être sollicitée.

Les effectifs, le statut et la formation des permanenciers font l'objet d'une réflexion en cours au sein du Ministère de la santé.

2.2.2. Le réseau inter-SAMU

Le département constitue le niveau d'organisation actuel de l'aide médicale urgente, de la concertation et d'élaboration des procédures entre les partenaires. C'est, en effet, à ce niveau que l'on trouve l'autorité du Préfet, responsable des secours ; les différentes organisations des acteurs de l'urgence (Ordre des médecins, Services d'incendie, gardes des ambulanciers) ; le CoDAMU ; l'organisation de la réponse sociale).

La circulaire DHOS/HFD n°2002-284 du 3 mai 2002 relative aux plans blancs a, en outre, récemment complété le rôle du Samu départemental.

La participation des généralistes libéraux à la régulation médicale s'inscrit également dans ce cadre départemental.

Pour toutes ces raisons, les SAMU sont organisés sur le mode départemental. Toutefois, il semble souhaitable de compléter l'organisation actuelle de la réponse aux appels par la mise en place d'un réseau inter-SAMU. La finalité de ce fonctionnement en réseau est l'amélioration de la qualité et de la sécurité du service rendu au patient. Un tel fonctionnement devrait, en outre, avoir pour effet d'optimiser, mieux encore, l'utilisation des ressources collectives.

Certains SAMU sont aujourd'hui organisés sur une base infra-départementale. Une telle organisation apparaît comme une particularité locale dont la justification devra être évaluée, au cas par cas. L'organisation peut dépasser le cadre régional, un SAMU assurant alors la régulation de plusieurs départements appartenant à des régions frontalières.

Les Samu ne disposent généralement pas aujourd'hui de correspondants spécialisés susceptibles de participer, en cas de besoin, à la régulation médicale. Or, l'avis d'un médecin spécialiste pourrait, dans certaines situations de régulation médicale, apporter un complément de qualité et de sécurité. Cependant, le nombre d'appels pouvant éventuellement relever d'une régulation spécialisée n'est pas suffisamment important pour justifier la présence continue de spécialistes au sein de chaque SAMU. Dès lors, le développement d'un réseau entre les différents SAMU au niveau interdépartemental voire interrégional apparaît comme une solution pertinente.

À cette fin, l'équipe médicale d'un certain nombre de SAMU devra, à une échelle appropriée, être renforcée par l'implication de spécialistes référents (notamment : pédiatre, psychiatre, toxicologue, obstétricien, ...). Ces spécialistes peuvent être d'astreinte et immédiatement joignables par téléphone, voire présents en salle de régulation, ou à proximité. Ce dispositif est mis en place dans le cadre de l'organisation de la spécialité.

Des protocoles et des procédures devront être établis pour définir l'organisation ainsi instituée et les modalités de sa mise en œuvre, en principe par conférence téléphonique entre le demandeur, le médecin régulateur du premier SAMU contacté et le spécialiste référent.

Le médecin régulateur du premier SAMU, qui aura pris l'initiative de contacter le référent d'un autre SAMU, conserve la responsabilité de la gestion d'ensemble du cas traité.

Ces réseaux entre les différents SAMU bénéficieront de l'apport des technologies de l'information et de la communication, par l'utilisation d'outils adaptés.

2.2.3 Mutualisation de la régulation médicale en cas de faible activité la nuit.

A certaines heures, la diminution de l'activité de certains SAMU au regard des moyens requis pour remplir leurs missions, sont parfois incompatibles avec la qualité et la sécurité du service à rendre aux usagers. Il faut rappeler que la régulation est une pratique de distance qui ne justifie donc pas la proximité que nécessite une intervention. La mutualisation des centres de régulation a pour finalité la qualité du service assuré par le SAMU.

Il pourrait donc être envisagé une mutualisation des ressources sur certaines plages horaires. Ainsi, un SAMU pourrait-il assurer la régulation, durant la nuit notamment, sur plusieurs départements. Une telle organisation permettrait, notamment, de disposer d'au moins un médecin régulateur en permanence en éveil à son poste, au moment le plus creux de la nuit. Cette organisation reposerait notamment sur un travail préalable, réalisé en commun par les SAMU concernés, d'élaboration des documents nécessaires à la régulation médicale (cartographie, répertoires de ressources, protocoles, procédures). Cette organisation nécessiterait des moyens humains et techniques adéquats (téléphoniques, radiotéléphoniques, informatiques, etc.).

La mise en œuvre de cette mutualisation ne devra pas contrarier la participation de la médecine libérale au fonctionnement des Centres 15.

2.2.4 Participation des médecins libéraux à la régulation du centre 15

La participation des médecins libéraux à la régulation médicale au sein du Centre 15 se situe dans le cadre de la permanence des soins de ville. Elle complète, aux heures de forte activité ou de façon continue, l'action des médecins régulateurs hospitaliers qui doivent, eux, couvrir, sans discontinuité, 24h sur 24, la réponse aux appels d'urgence.

Le groupe de travail présidé par M. Descours a élaboré des recommandations sur la participation des médecins libéraux à la régulation du centre 15. Le médecin régulateur libéral doit être formé par le SAMU afin de remplir cette mission.

Il recommande par ailleurs qu'un cahier des charges fixe les modalités d'organisation de la régulation, auquel les médecins souhaitant participer à cette régulation devront adhérer.

L'équipe de permanenciers est unique au sein du Centre 15. Elle couvre l'ensemble des appels, ceux pris en charge par le régulateur hospitalier, ainsi, le cas échéant, que ceux pris en charge par le régulateur libéral.

2.2.5 Interconnexion des centres d'appels

La mise en œuvre d'une réponse adaptée aux besoins du patient, nécessite des relations étroites entre les centres de réception et de régulation des appels (CRR) du SAMU et les centres de traitement de l'alerte (CTA) des sapeurs pompiers. Ces relations sont assurées grâce à

l'interconnexion des deux dispositifs de traitement des appels, qui doit permettre à l'appelant d'être mis directement en communication avec le médecin régulateur du SAMU.

Il faut rappeler que l'article L.6112-5 du code de la santé publique rend obligatoire l'interconnexion du 15 et du 18, mais que cette obligation n'est pas encore respectée dans tous les départements.

Tout déclenchement d'une opération de secours à victimes impliquant les deux services doit être accompagné d'une information opérationnelle réciproque. Cette information mutuelle concerne non seulement la retransmission initiale des données de l'alerte, mais également le déclenchement des opérations et leur suivi. Lorsqu'un service prend seul en charge une intervention dont l'alerte lui a été retransmise par l'autre, il est indispensable que celui-ci communique au centre ayant transmis l'appel, le type de moyen qu'il a déclenché ainsi que les délais d'intervention de ce moyen. La présentation des moyens sur les lieux de l'intervention fera l'objet d'une information mutuelle entre les services.

Le fonctionnement de ce dispositif doit faire l'objet d'une évaluation régulière, notamment s'agissant de la qualité de l'échange d'informations et de leur traitement.

Les moyens de mettre en place l'interconnexion des lignes, doivent être donnés aux services d'aide médicale urgente.

2.2.6 Dispositif de médecins correspondants du SAMU : réduire les délais d'intervention sans retarder le départ de l'équipe SMUR

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.

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.

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.

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 des 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.

2.3. Organisation des transports sanitaires pré-hospitaliers et inter-établissements

Les transports sanitaires pré-hospitaliers sont gradués du plus lourd au plus léger: SMUR, ambulance, transports assis. Il revient au médecin régulateur du SAMU de définir quel est le vecteur de transport le plus approprié à l'état du patient et de l'envoyer sur place.

✓ SMUR

Certains établissements de santé disposent d'un service mobile d'urgence et de réanimation. Ces moyens répondent aux exigences des décrets du 30 mai 1997. Les SMUR disposent de moyens de transports sanitaires aériens implantés dans les différentes régions pour assurer le maillage du territoire national. Les transports hélicoptérés, feront ultérieurement l'objet de recommandations spécifiques.

✓ Ambulances

Face aux difficultés rencontrées par le SAMU centre 15 pour trouver une ambulance disponible afin d'assurer un transport sanitaire rapide, le ministère de la santé a engagé des travaux avec les professionnels ambulanciers pour améliorer la réponse ambulancière à l'urgence.

Afin de mieux répondre aux demandes de transports sanitaires, les nuits, week-end et jours fériés, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 a prévu le financement de la garde ambulancière, dans des conditions d'organisation devant permettre une plus grande efficacité de l'aide médicale urgente. Des véhicules sanitaires seront mis à la disposition exclusive du centre 15 pendant la garde. Ce dispositif a été mis en place à la suite d'une expérimentation en 2002 dans huit départements.

Enfin, un protocole d'accord signé le 16 décembre dernier entre les fédérations ambulancières et hospitalières, visant à mieux organiser les transports programmés, devrait permettre de donner plus de disponibilité aux ambulanciers pour répondre aux demandes de transports inopinés du SAMU dans la journée.

Il est souhaitable que les ambulanciers privés puissent bénéficier d'une formation renforcée et adaptée.

✓ Réflexion sur la place des infirmiers dans les transports sanitaires

Dans le cadre d'un comité de pilotage national, une réflexion sur la place des infirmiers dans les transports sanitaires va être engagée. Ce comité définira un cahier des charges précis pour les expérimentations qui pourraient être lancées par les ARH et les établissements de santé sur la mise en place, dans des territoires définis, de transports paramédicalisés. Ces véhicules pourraient en effet assurer des transports sanitaires qui, après régulation par le SAMU, nécessiterait des qualifications supérieures à un ambulancier sans pour autant nécessiter un SMUR.

III/ Organisation de la prise en charge des soins non programmés et des urgences dans l'établissement de santé les accueillant.

La prise en charge des urgences est l'une des missions importantes de l'institution hospitalière. Elle ne concerne pas seulement le service des urgences, mais l'ensemble des services de soins et des plateaux techniques. Les établissements de santé doivent aborder collectivement la question de la prise en charge des urgences dans l'établissement et, pour les établissements publics de santé, prévoir la **contribution de chaque service, validée par la conférence ou la commission médicale d'établissement**, dans la prise en charge en aval notamment, mais aussi pour des avis spécialisés. Les recommandations relatives à l'organisation de la prise en charge en aval par des établissements de santé partenaires de celui accueillant les urgences sont formalisées au paragraphe IV.

3.1. Partenariat entre service des urgences et services de soins d'un établissement de santé

La contribution de l'ensemble des services de l'établissement public de santé à la prise en charge de l'activité non programmée doit être définie. **Le projet médical et le projet de service de soins infirmiers** inclus dans le projet d'établissement doivent prendre en compte cet impératif et intégrer cette dimension à l'échelle du fonctionnement de l'ensemble de l'hôpital. Les médecins spécialistes hospitaliers ne peuvent s'exclure de cette problématique. Leur contribution peut consister à s'impliquer dans le diagnostic ou dans la prise en charge en l'aval, voire dans la formation.

3.1.1 Impliquer les spécialistes dans le diagnostic établi aux urgences

Dans les établissements publics de santé, les modalités d'intervention des médecins seniors des services de spécialités, ou des internes qu'ils délèguent sous leur responsabilité, doivent, en tant que de besoin, être **systématiquement et préalablement organisées**. La formalisation du partenariat est essentielle : c'est pourquoi des conventions doivent être signées entre le service des urgences et tous les services, de médecine polyvalente ou de spécialités. Ces conventions, validées par la commission médicale et le conseil d'administration de l'établissement, prévoient les modalités de **participation ou de recours aux spécialistes** et sont rédigées en concertation avec les équipes des services concernés. Le service des urgences dispose chaque jour du nom du référent senior identifié par le service de spécialité. La mise en œuvre des conventions est évaluée périodiquement.

3.1.2 Impliquer les spécialistes dans la gestion de la prise en charge du patient en aval du service des urgences

La prise en charge du patient en aval des services des urgences est une difficulté essentielle, qui implique fréquemment, notamment dans les établissements publics de santé, de longues recherches pour le personnel des urgences et celui des services de soins, d'importants temps d'attente pour les malades et parfois une inadéquation entre le placement et la pathologie, ce qui est défavorable à la qualité des soins et à la prise en charge du patient.

Il est essentiel que les services des urgences puissent disposer de la disponibilité des lits des services de soins de leur établissement. Dans les établissements publics de santé, un partenariat doit se formaliser par une convention entre services, afin d'organiser l'hospitalisation du patient dans un service adapté à la prise en charge de sa pathologie. Cette procédure permettra d'assurer l'activité programmée et l'activité non programmée en offrant aux usagers une prise en charge rapide et adaptée.

Dans un grand nombre d'établissements, les patients en attente de lits d'hospitalisation sont parfois placés plusieurs heures sur des brancards dans les couloirs des services des urgences. Cette situation est inacceptable. L'ensemble des acteurs de l'établissement de santé (direction, chefs de services,

médecins...) doit se mobiliser pour remédier à cette situation et apporter son concours à l'amélioration de l'organisation interne, qui doit permettre une gestion en flux des urgences.

Le contrat d'objectifs et de moyens entre l'ARH et l'établissement public de santé doit intégrer un objectif de prise en charge des urgences par l'ensemble des services concernés, permettant de réduire les délais d'attente et d'éviter "l'hospitalisation" prolongée sur des brancards.

3.1.3. Mutualiser les gardes de médecins entre service des urgences et services de spécialités

Dans la perspective de favoriser une utilisation optimale des ressources médicales des établissements publics de santé, il apparaît intéressant de **développer la mutualisation des moyens médicaux entre services**. A cette fin, un protocole entre les responsables des services concernés définit les modalités de participation et de recours aux spécialistes, de garde sur place ou en astreinte, afin qu'ils interviennent aux urgences. D'autre part, la **participation des médecins des services de soins aux gardes** aux urgences doit être favorisée, sous réserve que leur compétence en médecine d'urgence soit validée par le chef de service des urgences.

3.1.4 Créer une commission des admissions et des consultations non programmées au sein de la Commission médicale d'établissement

Une commission des admissions et des consultations non programmées, émanant de la CME, associant tous les services concernés et pas seulement le service des urgences, doit être mise en place dans tous les établissements publics de santé, ainsi que le préconise le rapport du groupe de travail sur les urgences de janvier 2002.

Cette commission doit permettre de dégager des solutions consensuelles garantissant la fluidité de la prise en charge en aval au sein de l'établissement accueillant les urgences. Cette commission constitue la reconnaissance institutionnelle de l'implication de l'établissement dans la prise en charge des urgences. Elle sera composée notamment des membres suivants: le directeur d'établissement, le président de la C.M.E, les chefs de services des Urgences et du SAMU-SMUR, ainsi que de médecine, de chirurgie, de réanimation, de pédiatrie, d'imagerie, de psychiatrie, de gériatrie, du département d'anesthésie-réanimation, du directeur du service de soins infirmiers, du cadre infirmier des urgences, d'un représentant du service social, ...

Cette commission aura notamment pour missions de prévoir la contribution de chaque service et de garantir que les services de spécialité prévoient leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences, évolutive en fonction des activités programmées et des périodes. De même, la commission validera les propositions de fermeture temporaire de lits et fixera les capacités à maintenir disponibles pour l'urgence. A cette fin, la commission veillera à la mise en place d'une évaluation précise des capacités d'accueil, par type de pathologie, par secteur sanitaire et par établissement et au recueil précis et quotidien des capacités disponibles en temps réel. Elle devra également valider et évaluer les protocoles organisant les filières spécifiques ainsi que les modalités d'hospitalisation en zone de surveillance de très courte durée.

Le rôle de cette commission est de proposer à la Commission médicale d'établissement, au Comité technique d'établissement et au Conseil d'administration, une organisation cohérente de prise en charge des urgences. Cette organisation, transmise à l'A.R.H, va jusqu'aux liens à mettre en place en aval, soit dans l'établissement de santé soit en complémentarité avec d'autres institutions, qu'il y ait ou non hospitalisation. Dans les établissements privés, ces missions relèvent de la conférence médicale d'établissement.

Suite aux propositions de la commission, il importe que la direction de l'établissement public de santé prenne les mesures visant à contraindre les services de soins à s'impliquer effectivement dans l'amélioration de la prise en charge des urgences. A cette fin, les services qui intègrent les urgences dans leur projet de service et respectent leurs engagements pourraient se voir attribuer des moyens supplémentaires.

3.2. Favoriser l'articulation des zones de surveillance de très courte durée avec des unités de soins polyvalents ou spécialisés

L'article D. 712-56 du code de la santé publique prévoit que le service des urgences dispose d'une zone de surveillance de très courte durée par tranche de 10 000 passages annuels. Les zones de surveillance sont donc obligatoires, avec des capacités clairement définies.

La zone de surveillance ne doit pas être un passage obligé ou une zone tampon. Elle n'est pas une unité d'hospitalisation: sa vocation est de permettre une observation du malade avant diagnostic définitif et orientation ou d'initier une prise en charge en filière spécifique. Son fonctionnement, encadré par une charte, doit assurer une durée de séjour de moins de 24 heures dans au moins 90% des cas. Cette zone doit être placée sous la responsabilité du chef du service des urgences et être séniorisée.

Les zones de surveillance de très courte durée peuvent jouer un rôle essentiel dans l'organisation d'une filière d'aval : elles permettent une collaboration et une complémentarité entre le médecin urgentiste, et un représentant de la filière de soins considérée. Ce dernier ne doit pas être seulement porteur d'un avis spécialisé mais également, en concertation avec le médecin urgentiste, acteur et décideur de la filière de soins concernée. Il doit être disponible pour le service des urgences de façon quotidienne. A cette fin, le service des urgences doit disposer chaque jour de la liste nominative des praticiens concernés.

Cette collaboration est particulièrement utile avec la médecine interne et polyvalente: il est souhaitable que ce service soit associé au service des urgences dans un projet, qui peut aller jusqu'à l'accueil commun.

3.3. Développer des fédérations et les groupements de coopération sanitaire des services des urgences, SAMU, SMUR et service de réanimation le cas échéant afin de garantir la compétence et la polyvalence des professionnels.

Dans le contexte actuel de recomposition hospitalière, de développement de réseaux de santé et d'évaluation de la mise en place de contrats relais entre établissements sièges d'un service des urgences, il est souhaitable de développer des fédérations de services et à terme les groupements de coopération sanitaire (GCS) s'inscrivant dans une démarche de qualité en médecine d'urgence.

En effet, certains gestes de réanimation notamment, sont effectués pour la plupart en SMUR. Par ailleurs, la faible collaboration entre les médecins des différents sites d'urgences, la mauvaise connaissance des différents plateaux techniques (publics et privés) sur le département et une concurrence entre les équipes conduisent parfois à des orientations inadaptées de patients, suivies de transferts. Or il est essentiel de maintenir pour la population un même niveau de qualité et de sécurité de prise en charge.

La fédération médicale inter-hospitalière et le groupement de coopération sanitaire consistent à mettre en commun et optimiser des structures déjà mises en place en mutualisant les ressources sur un territoire de santé (secteur sanitaire, en deçà ou au-delà du secteur, département) et peuvent aboutir à la mise en place d'une seule équipe hospitalière de médecins d'urgence. Cette organisation permet de maintenir un niveau de formation, d'activité et de compétence satisfaisants pour l'ensemble des médecins d'urgence. Elle permet également une meilleure gestion des moyens médicaux impliquant une diminution du nombre de gardes et l'octroi de congés annuels plus longs là où les médecins étaient peu nombreux. Elle permet enfin de développer une nouvelle perspective d'activités diversifiées et de primes multisites et de décloisonner les équipes afin de définir des procédures communes.

3.4 Accueil des soins non programmés

3.4.1 L'accueil inopiné à l'hôpital local

Lorsque l'hôpital local n'est pas autorisé par l'ARH, dans le cadre du SROS et conformément aux textes réglementaires, à l'accueil des urgences, il peut, à la demande de l'ARH, mettre en place une organisation de proximité pour dispenser des soins non programmés. Il prévient le SAMU dès qu'il fait face à une situation d'urgence. Cette mission peut s'avérer particulièrement pertinente en cas d'isolement géographique, de difficultés d'accès, d'affluence touristique ou saisonnière.

3.4.2 Consultations non programmées en établissement de santé

Dans certaines régions, le besoin de service public saisonnier et le besoin de proximité lié au délai d'accès aux soins dans ces zones du territoire, ont incité au développement de consultations non programmées au sein des établissements de santé, autorisés ou non à l'accueil des urgences, qui permettent d'accueillir des patients demandeurs de soins non programmés ressentis comme urgents. Ces consultations ne sont pas assurées par des médecins urgentistes.

Ces consultations accueillent les patients venus soit directement, soit adressés par le centre 15 ou par les médecins libéraux du secteur.

3.5. Mettre en œuvre des modalités d'accueil et de prise en charge adaptées aux besoins du patient

Certaines populations nécessitent une prise en charge adaptée à leur situation. Des recommandations en ce sens ont fait l'objet de deux circulaires. La première, relative aux personnes âgées, prévoit au paragraphe 3-2 page 8, l'admission directe des personnes âgées dans un service de court séjour gériatrique. La seconde, à paraître, relative à l'accueil des enfants et des adolescents aux urgences prévoit une prise en charge graduée impliquant le service de pédiatrie.

3.5.1. Développer l'admission directe dans les services de gériatrie

La circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 sur l'amélioration de **la filière de soins gériatrique** fait des recommandations en vue d'une meilleure prise en charge des patients gériatriques. On entend par patient gériatrique, un patient âgé polypathologique ou très âgé, sans pathologie aiguë d'un organe, présentant un fort risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organe ou de l'urgence.

L'objectif est de favoriser les **admissions directes en service de gériatrie**, chaque fois qu'une hospitalisation dans ce service est nécessaire, **sans passage systématique par le service des urgences**. Toutefois, dans les situations où le passage par le service des urgences ne peut être évité, il est indispensable d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dans ces services. Dans ce

cas, **l'intervention précoce d'un gériatre ou d'un membre de l'équipe mobile gériatrique aux urgences** est un point essentiel. Elle permet de procéder à une évaluation globale de l'état de santé du patient, souvent plus facile à réaliser au sein de la zone d'observation de très courte durée lorsqu'elle existe, qu'aux urgences même. L'évaluation globale c'est à dire médico-psycho-sociale favorise ainsi l'orientation du patient.

Des hospitalisations ou ré-hospitalisations pourront ainsi être évitées en **organisant le retour à domicile du patient** avec les aménagements et les aides nécessaires, éventuellement en faisant appel à un service d'hospitalisation à domicile, tout en proposant si besoin, un rendez-vous à l'établissement de santé de jour pour une évaluation gériatrique plus complète.

Lorsque le retour à domicile n'est pas possible, l'admission du patient dans un service de gériatrie de court séjour ou son admission précoce en soins de suite et de réadaptation sera facilitée, lorsqu'elle s'avère nécessaire.

La clé de voûte de ce dispositif est le **renforcement des compétences gériatriques** au sein des établissements de santé. La circulaire du 18 mars 2002 fixe comme objectif de doter les établissements de santé siège d'un SAU d'un **service de court séjour gériatrique** d'ici 2005.

3.5.2 Permettre l'accueil individualisé des enfants et des adolescents se présentant aux urgences

Pour la prise en charge des enfants et des adolescent aux urgences, une circulaire à paraître prévoit une **organisation graduée en trois niveaux**. Ce texte rappelle que les enfants ont vocation à être pris en charge, chaque fois que cela est possible par **un pédiatre** et insiste sur la nécessaire collaboration entre les services de pédiatrie et les services des urgences.

L'organisation proposée s'appuie sur trois types d'établissements accueillant les urgences :

-les établissements ne disposant pas de service de pédiatrie. Ces établissements sont en général autorisés pour une UPATOU. La prise en charge des urgences pédiatriques y est assurée par le médecin du service des urgences qui bénéficie de l'appui d'un service de pédiatrie référent situé dans un autre établissement. Des conventions sont élaborées entre l'établissement accueillant les urgences et les établissements accueillant les services référents.

-les établissements disposant d'un service de pédiatrie : une **filière d'accueil et des locaux spécifiques** doivent être prévus pour les enfants se présentant aux urgences. Lorsque l'équipe médicale de pédiatrie n'est pas suffisante pour accueillir et prendre en charge l'ensemble des enfants se présentant aux urgences, les services des urgences et de pédiatrie s'organisent ensemble de manière à prendre en charge les enfants.

L'organisation d'une unité fonctionnelle d'urgences pédiatriques est recommandée dès lors qu'un certain volume de passages est atteint. La responsabilité de l'organisation de la continuité des urgences pédiatriques relève alors du chef de service de pédiatrie.

-les établissements disposant de services de pédiatrie, de chirurgie pédiatrique et de réanimation pédiatrique constituent les **centres de référence**. Ces centres disposent de l'ensemble du plateau technique permettant la prise en charge complète de l'enfant et de l'adolescent. Ils demeurent des centres de proximité pour leur bassin de population.

3.6.3 Psychiatrie

Dans le champ de la santé mentale, les urgences sont souvent la première occasion de rencontrer un professionnel du soin et plus particulièrement de la psychiatrie. Ce premier contact, qui peut constituer une porte d'entrée sur la filière de soins psychiatriques, est déterminant pour l'inscription dans la démarche de soins et leur continuité. Cependant, les urgences ne doivent constituer qu'un recours ultime au sein d'un dispositif global et gradué de prise en charge de l'urgence et de la crise, mobilisant en amont et en aval des urgences hospitalières, toutes les réponses ambulatoires et les ressources de prévention et de détection des troubles.

- **En amont** du dispositif des urgences hospitalières, il convient de porter l'accent sur la prévention des situations d'urgence et de crise et le développement des réponses dans la communauté. Il s'agit :

- d'une part, de **renforcer le travail en réseau et de liaison** dans le secteur sanitaire mais également dans les secteurs social et médico-social ;

- d'autre part, d'améliorer la **réponse des équipes de secteur aux demandes de soins non programmées en ambulatoire dans des délais rapides** (dans les centres médico-psychologiques mais le cas échéant aussi dans le cadre d'interventions à domicile).

- **Les urgences hospitalières** doivent permettre un accueil et une prise en charge graduée et de qualité.

La prise en charge graduée comporte :

- une **fonction d'accueil et d'orientation par des équipes de psychiatrie** dans des locaux adaptés, garantissant la confidentialité et la sécurité dans les services des urgences ;

- une **fonction de prise en charge de très courte durée dans des lits individualisés au sein ou à proximité immédiate des urgences** (pour les suicidants par exemple). Dans les établissements de santé dotés d'un SAU présentant un volume d'activité important, un **centre d'accueil et de crise intersectoriel de 72 heures** peut contribuer à évaluer et à traiter la situation médicale, psychologique et sociale des personnes en crise. Fonctionnant 24 heures sur 24, il dispose d'une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, cadre infirmier, infirmiers, aides-soignants, assistante sociale, ASH). Cette prise en charge en zone de surveillance de très courte durée (ou éventuellement en service de médecine) et, lorsqu'il existe, en centre d'accueil et de crise de 72h, doit être privilégiée afin d'éviter une hospitalisation en psychiatrie chaque fois que possible et en particulier les hospitalisations sous contrainte inadéquates.

Au plan qualitatif, la prise en charge de l'urgence et de la crise aux urgences hospitalières implique :

- une **réponse coordonnée** entre les professionnels des urgences et ceux de la psychiatrie, y compris libéraux.

- une **meilleure formation des personnels des urgences** à la problématique de l'accueil des patients présentant des troubles allant de la souffrance psychique à la pathologie mentale.

- L'efficacité de la prise en charge entreprise aux urgences et au centre d'accueil et de crise intersectoriel de 72 heures ne sera toutefois garantie que par le **renforcement des actions en aval**.

Quelle que soit l'orientation après un passage aux urgences et le cas échéant au centre d'accueil et de crise intersectoriel 72 heures (hospitalisation ou retour à domicile avec ou non suivi ambulatoire), une **coordination avec les acteurs de la prise en charge ultérieure est nécessaire** afin d'assurer la continuité des soins dans les délais requis. Elle implique le **développement d'un travail en réseau** incluant l'ensemble des acteurs de la prise en charge en santé mentale (secteur psychiatrique, établissements de santé privés, médecins généralistes et psychiatres libéraux, services sociaux et médico-sociaux).

IV/ Préparer la sortie du patient, notamment en développant des réseaux d'aval extrahospitalier

Il est essentiel que la sortie du patient **soit organisée dès sa prise en charge** par le service des urgences.

La problématique de l'accueil des urgences ne concerne pas uniquement les établissements autorisés à faire fonctionner un service des urgences, mais l'ensemble des établissements de santé. Les urgences doivent être au cœur d'un réseau dépassant l'établissement, incluant les services de soins de suite et les établissements médico-sociaux.

Cette partie a pour objet de formuler des recommandations sur la participation à la prise en charge en aval des urgences des établissements partenaires de celui ayant accueilli le patient. L'organisation interne à l'établissement siège d'un service des urgences a fait l'objet d'un développement au paragraphe 3.1.

4.1 Avec les établissements de santé publics et privés voisins ayant des capacités d'accueil

L'ensemble des services des urgences, en lien avec les ARH, doit faire un état des lieux de la mise en œuvre des contrats-relais et évaluer leur fonctionnement. Les profils de patients transférés ainsi que les modalités (prise de décision, temps d'attente, condition et issue du transfert, suivi du dossier patient, retour d'information à l'établissement d'origine...) de ce transfert doivent être analysés au regard des objectifs du contrat-relais.

De même, il est indispensable que les besoins en lits de médecine fassent l'objet d'une évaluation précise par l'ARH. Si des besoins sont constatés, un moratoire sur les fermetures des lits de médecine doit être envisagé. Par ailleurs, la création de lits de médecine polyvalente doit être favorisée.

Dans le cadre de la négociation des contrats d'objectifs et de moyens les ARH peuvent être amenées à soutenir en priorité les établissements participant à l'organisation du réseau hospitalier d'aval des urgences.

L'acuité de ces difficultés dans certains établissements doit les conduire à renforcer leur lien avec les établissements de santé voisins disposant de capacité de lits. A cette fin, la direction de l'établissement accueillant les urgences, en lien avec la CME, peut désigner un référent dont la mission serait de constituer un réseau d'aval avec les autres établissements. Ces derniers désignent un correspondant chargé de coordonner le transfert du patient des urgences vers leur établissement.

La collaboration entre établissements doit être **formalisée par une convention**, qui définit les modalités de prise en charge des patients en aval des urgences. Cette convention organise les remontées d'informations quant aux disponibilités de lits dans les établissements partenaires du service des urgences. Elle prévoit l'organisation de la sortie du patient, notamment en termes de transports inter-établissement et de suivi des informations sur le patient par la transmission de son dossier médical. Ces conventions sont signées par les directeurs des établissements de santé, Ces conventions sont signées par les directeurs des établissements de santé, mais une signature conjointe des présidents de CME, du responsable médical désigné comme référent du réseau d'aval et des chefs de service concernés, permettrait d'impliquer plus fortement les partenaires dans la collaboration entre les établissements. Ces conventions doivent donner lieu à une évaluation périodique, notamment médicale, au niveau de l'établissement et du réseau.

Les **conférences sanitaires de secteur** sont le lieu de rencontre entre les établissements de santé publics et privés. Il est essentiel que les ARH veillent à rendre ces conférences opérationnelles et leur confient l'évaluation de l'organisation de la prise en charge des urgences et du fonctionnement du réseau d'aval entre les établissements. Ce travail peu être effectué de manière plus fine sur chaque territoire de santé par un sous-groupe, constitué au sein des conférences. Cette mission peut également être confiée à la communauté d'établissements. L'évaluation, réalisée sur la base d'un référentiel consensuel, doit donner lieu à la mise en œuvre d'actions correctrices.

4.2 Avec les professionnels de santé libéraux

La prise en charge du patient en ambulatoire implique que la continuité des soins soit assurée par un médecin libéral ainsi que par tous les professionnels de santé libéraux concernés : infirmiers, kinésithérapeutes, ...

4.3. Avec les établissements de soins de suite

Afin de libérer les lits de soins aigus dans un délai raisonnable et d'assurer ainsi la fluidité de l'aval des urgences, il est nécessaire que la **liaison entre soins aigus et prise en charge en secteur de soins de suite** puisse se faire le plus rapidement possible, en liaison étroite entre chefs de services, si l'unité de soins de suite se situe sur le même site, ou en liaison entre l'établissement d'origine et l'établissement d'accueil. Les ARH invitent les établissements de santé délivrant des soins aigus à passer convention avec les établissements de soins de suite.

Pour faciliter l'organisation de cette prise en charge, les ARH doivent **identifier toutes les structures de soins de suite pouvant accueillir les patients** issus de cette filière de soins.

L'orientation du patient au sein des soins de suite doit être établie en fonction de **l'état clinique du patient**. L'orientation vers un service de soins de suite médicalisés doit dépendre de critères médicaux et non d'opportunité ou de considération d'âge.

Il est souhaitable que l'offre de soins de suite se situe dans la proximité du domicile.

L'intervention de compétences hospitalières non disponibles en ville (ergothérapeute, psychologues, assistant(e) social(e) ayant la pratique du handicap par exemple) est très souhaitable, au sein du système de soins coordonnés (ou réseau) ville-hôpital. De même, dans la continuité des permanences d'accès aux soins, il est essentiel que des relations entre services des urgences et organismes sociaux soient institutionnalisées et permettent de mettre en œuvre une filière sociale d'aval.

V/ Développer l'information et la communication auprès de la population

L'enquête de la Direction de la Recherches des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques montre que trois quart des usagers justifient leur venue aux urgences par le fait que c'était l'endroit le plus proche pour recevoir des examens et les soins qu'ils estiment nécessaires. Ces chiffres tendent à montrer que la population connaît relativement mal l'offre de soins.

5.1 Développer une démarche d'information impliquant tous les acteurs

Une démarche d'information doit être organisée aux niveaux régional et local afin de mettre à la disposition du public toutes les informations nécessaires, à sa prise en charge, en particulier sur l'accès à des lieux de consultations non programmées, et le sensibiliser au bon usage du système de soins. Il importe que tous les professionnels libéraux et hospitaliers, mais aussi les collectivités

locales, les services sociaux, les médias, les services scolaires, la médecine du travail, etc... participent à cette information.

5.2 Informer dès le plus jeune âge

Il est souhaitable que les acteurs de la prise en charge (médecins libéraux, SAMU, urgentistes, ...) puissent présenter leurs missions dans les établissements scolaires afin d'améliorer le travail de prévention et d'éducation à la santé dès le plus jeune âge. Un projet commun avec les services du Ministère de l'Education Nationale, de sensibilisation au bon usage du numéro 15, dont la régulation est un des premiers contact avec cette information, et des services des urgences, doit être encouragé. A terme, la diffusion de ces messages auprès des enfants et des jeunes peut avoir un impact sur le comportement des familles.

5.3 Le rôle des services des urgences dans la prévention

Les personnels des services des urgences ont un rôle essentiel à jouer dans la prévention, l'éducation au bon usage des soins des patients qu'ils accueillent. Ainsi, le patient doit systématiquement recevoir des instructions précises à sa sortie pour prévenir la répétition d'une situation qui l'a amené aux urgences.

- Etat des vacances de postes de praticiens et explication du phénomène

La notion de poste vacant est intéressante sous réserve qu'elle ne soit pas utilisée à n'importe quel moment dans l'année. En effet, cet indicateur est lié aux flux de praticiens hospitaliers : recrutement pour les entrées, fin d'activité (temporaire ou définitive) pour les sorties. Si les sorties s'étalent dans le temps, il n'en est pas de même des entrées puisque le recrutement s'effectue une fois par an. Par conséquent, le nombre de postes vacants varie de façon importante selon le moment où la statistique est produite. Ce facteur est aggravé par le fait que les créations de nouveaux postes (vacants par définition), interviennent à une période encore différente (en début d'exercice).

La statistique sur les postes vacants n'est donc fournie qu'à une seule date jugée significative : le 31 décembre. Elle ne constitue qu'une photographie le jour de l'extraction des données.

La « photographie » la plus récente est issue d'une requête au 31 décembre 2002 ; il ne s'agit pas d'une estimation, mais de données réelles, sur la catégorie statutaire la plus nombreuse : celle des praticiens hospitaliers plein temps.

Taux de vacance par discipline

Disciplines	Postes budgétés	Occupation statutaire	Taux d'occupation statutaire
Biologie	1 720	1 599	93,0%
Chirurgie	4 335	3 709	86,1%
Médecine	16 407	12 758	84,6%
Pharmacie	1 229	1 035	90,2%
Psychiatrie	4 785	3 591	79,1%
Radiologie	1 612	1 240	80,6%
Totaux	30 088	23 654	84,4%

Taux de vacance par région

Disciplines	Postes budgétés	Occupation statutaire	Taux d'occupation statutaire
Alsace	1 009	877	86,9%
Aquitaine	1 266	1 158	91,5%
Auvergne	677	507	74,9%
Basse-Normandie	806	638	79,2%
Bourgogne	806	671	83,3%
Bretagne	1 572	1 327	84,4%
Centre	1 319	1 077	81,7%
Champagne-Ardenne	790	611	77,3%
Corse	145	128	88,3%
Franche-Comté	731	562	76,9%
Guadeloupe	234	167	71,4%
Guyane	112	75	67,0%
Haute-Normandie	855	718	84,0%
Ile-de-France	5 235	4 562	87,1%
Languedoc-Roussillon	1 003	884	88,1%
Limousin	455	381	83,7%
Lorraine	1 159	941	81,2%
Martinique	275	224	81,5%
Mayotte	30	24	80,0%

— 296 —			
Midi-Pyrénées	1 237	1 094	88,4%
Nord – Pas-de-Calais	1 963	1 546	78,8%
Pays-de-la-Loire	1 432	1 269	88,6%
Picardie	1 113	849	76,3%
Poitou-Charente	965	809	83,8%
P.A.C.A.	1 968	1 806	91,8%
Réunion	309	279	90,3%
Rhône-Alpes	2 622	2 221	84,7%
Totaux	30 088	25 405	84,4%

L'occupation statutaire s'entend au sens où un praticien titulaire occupe son poste. Un poste vacant peut également être occupé par un praticien non titulaire, non comptabilisé ici. Le taux d'occupation réel est donc supérieur au taux affiché.

Par ailleurs, la localisation du poste en centre hospitalier universitaire (CHU) ou non est discriminante. Pour un taux global de vacance égal à 15,6%, le taux de vacance est de 11,6% dans les CHU contre 17,2% dans les centres hospitaliers non universitaires.

Les solutions pour améliorer le taux d'occupation des postes vacants, dans un contexte de démographie médicale difficile (vieillessement des effectifs), doivent répondre ainsi à trois contraintes qui peuvent s'ajouter :

- le manque d'attractivité de certaines spécialités ;
- le manque d'attractivité de certaines régions ;
- le manque d'attractivité de certains établissements dans ces régions.

Dans certaines spécialités, le potentiel de candidats (lauréats inscrits sur une liste d'aptitude encore valide), est inférieur au nombre de postes vacants. La psychiatrie et l'anesthésiologie-réanimation chirurgicale sont de ce point de vue les spécialités les plus marquantes.

Aucune mesure ne peut corriger cette réalité si le nombre de spécialistes n'est pas augmenté, en partant de l'hypothèse que le nombre de postes budgétés correspond aux besoins de santé publique, et que l'organisation hospitalière sur le territoire est optimale.

Les mesures prises pour améliorer l'attractivité du service public hospitalier sont :

- la réduction du temps de travail pour limiter la pénibilité de certains postes ;
- la prime d'engagement de servir sur un poste défini à recrutement prioritaire, dans les zones géographiques déficitaires ;
- le revalorisation de l'ensemble des rémunérations des praticiens hospitaliers : grilles plus attractives, indemnité d'engagement de service public exclusif ;
- la reconnaissance de la pénibilité de certains modes d'exercice par la création de l'indemnité de sujétion et de l'indemnité pour plage additionnelle, qui sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2003 ;
- la politique de réorganisation hospitalière qui doit conduire à une utilisation plus optimale des ressources médicales, dans une approche territoriale des besoins de santé.