

présents en permanence au niveau du service. De plus, l'établissement doit comporter des services ou unités de réanimation, de médecine générale ou de médecine interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale, y compris gynécologique. Enfin, des moyens d'imagerie doivent être accessibles 24 heures sur 24 (radiologie classique, échographie, scanographie, explorations vasculaires), ainsi qu'un laboratoire de biologie.

Pour les plus démunis, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions prévoit la création de permanences d'accès aux soins de santé dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier.

Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (Upatou)

Les contraintes sont beaucoup moins importantes pour ce type de structure. L'équipe paramédicale peut ne comporter qu'un seul infirmier en permanence. Les moyens d'imagerie sont limités à la radiologie classique et à l'échographie. Les possibilités minimales d'hospitalisation sont limitées à un service ou à une unité de médecine.

Unités spécialisées

Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences

C'est un établissement habilité à ne recevoir qu'un

type d'urgence bien défini (par exemple : SOS mains, urgences cardiologiques...). Il doit disposer de tout moyen technique indispensable à la prise en charge des urgences qu'il accueille.

Unités de soins intensifs cardiologiques (Usic), réanimations, maternités, centres de brûlés...

Ces unités fonctionnent de façon autonome dans le cadre de Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences ou intégrées dans les établissements sièges de SAU.

Centre hospitalier spécialisé

Dans chaque département, seuls les établissements habilités par le préfet peuvent recevoir et soigner les personnes atteintes de troubles mentaux. Ces établissements sont tenus de prendre en charge tous les patients hospitalisés sans consentement (hospitalisation sur demande d'un tiers et hospitalisation d'office).

Sur le plan de l'orientation ultérieure, dans les unités spécialisées, le lieu de prise en charge du patient constitue également son lieu d'hospitalisation; en revanche, après un passage par un service d'accueil, le devenir du patient est variable. Pour 70 à 80 % des patients, le retour se fera vers le domicile après la mise en route d'un traitement adapté. Par contre, pour ceux qui nécessiteront une hospitalisation, la difficulté de trouver un lit d'accueil entraînera dans de nombreux cas une attente importante. 📌

L'organisation de la prise en charge des urgences

La prise en charge des urgences a été structurée à la suite des décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997 dans le cadre d'un dispositif d'autorisation des services d'urgences et de professionnalisation de ses membres. Sur la base des rapports du P^r Steg, les décrets ont fixé les conditions d'autorisation des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), des unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (Upatou) et des pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (Posu). Les agences régionales d'hospitalisation ont pu, sur le fondement des schémas régionaux d'organisation des soins (Sros) de deuxième génération, en 2000, procéder à l'autorisation de 631 services, soit 208 SAU, 385 Upatou et 38 Posu.

Pour appuyer la professionnalisation des services d'urgences, le protocole du 13 mars 2000 a prévu le financement de postes dans ces services permettant de faire progresser très rapidement la « séniorisation » des praticiens y travaillant. Le Plan urgences du 30 septembre 2003 a permis de poursuivre ce processus grâce à la

création de nombreux postes supplémentaires dans les services d'accueil et dans les Samu/Smur.

La conséquence très positive de ce nouveau dispositif a été l'identification des services d'urgences sur le territoire et consécutivement l'amélioration de la prise en charge. Le corollaire en a été l'augmentation constante du nombre de passages, en moyenne de 4,3 % par an, et des difficultés rencontrées dans l'orientation des patients dans la chaîne de soins en amont et en aval des urgences.

Compte tenu de ces évolutions, la politique en matière d'organisation de la prise en charge des urgences, telle que la conçoit le ministère de la Santé, est désormais globale, comme en témoigne le champ du Plan urgences du 30 septembre 2003 (voir encadré). Elle comprend les urgences pré-hospitalières, la permanence des soins et la prise en charge des malades à la sortie des urgences en court ou en moyen séjour ou dans le secteur médico-social, chaque élément de la chaîne de soins interagissant sur les autres. La fluidité de la

Myriam Revel

Sous-directrice de l'Organisation du système de soins, direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, ministère de la Santé et des Solidarités



Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ?

filière qui doit être recherchée pour éviter les pertes de chances et les inadéquations de prise en charge appelle des actions non seulement dans les services d'urgences, mais aussi en amont et en aval, dans le cadre d'un réseau coordonné.

Les Sros de troisième génération, qui sont en cours d'élaboration et dont la date butoir de publication est le 31 mars 2006, doivent permettre d'identifier les filières de prise en charge de l'urgence au sein des territoires de santé. La circulaire du 5 mars 2004, qui en prévoit les principes méthodologiques, énonce les priorités que devra respecter l'élaboration des Sros : une meilleure évaluation des besoins de santé, une plus grande prise en compte de la dimension territoriale, une association plus étroite des établissements, des professionnels, des élus et des usagers, une véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé. S'agissant de la prise en charge des urgences, son amélioration fait partie des objectifs stratégiques dans le cadre du maillage du territoire en « proximité ». Les cinq axes développés dans la circulaire du 16 avril 2003 en sont rappelés :

- Articuler la permanence des soins et les services d'urgences ;
- Développer la mise en réseau des professionnels de l'urgence ;
- Obtenir l'implication des établissements de santé dans la prise en charge des urgences et dans l'organisation de l'aval ;
- Mettre en place des filières adaptées à certaines pathologies ou populations ;
- Mettre en place un dispositif d'évaluation des urgences.

Articuler la permanence des soins et les services d'urgences

S'agissant de l'articulation des urgences et de la permanence des soins, il importe que l'ensemble des acteurs concernés soient bien coordonnés entre eux et que le Samu soit en capacité d'assurer la régulation de l'aide médicale urgente sur son ressort territorial. Cela suppose :

- En matière d'organisation des urgences pré-hospitalières :
 - la mise en œuvre de l'interconnexion entre le 15 et le 18 partout sur le territoire et des formations communes entre ces deux services ;
 - la mise en place d'une garde sectorisée sur le territoire des ambulanciers privés au service du Samu les nuits, dimanches et jours fériés et de modalités de recherche des ambulances simplifiées pour le Samu, pour lequel l'ambulancier est un partenaire dans la chaîne de soins ;
 - une coopération formalisée à travers une convention tripartite entre le Samu, le SDIS et les ambulanciers privés qui prévoit des modalités d'évaluation régulière, comme le prescrit la circulaire Santé/Intérieur du 29 mars 2004.

- En matière de permanence des soins de la médecine ambulatoire : la mise en place de la permanence des soins dans le cadre du décret du 15 septembre 2003 modifié par le décret du 7 avril 2005 doit permettre de formaliser dans le cadre d'un cahier des charges départemental, arrêté par le préfet de département, les modalités de couverture territoriale par la permanence des soins assurés par les médecins généralistes. La régulation des appels est l'un des points majeurs du dispositif nouveau et celle-ci doit être articulée avec le Samu, soit que cette régulation s'effectue dans ses locaux, soit qu'elle se réalise dans un centre d'appel qui ne peut fonctionner qu'après avoir passé convention (approuvée par le préfet) avec le Samu.

La mise en place d'un répertoire des ressources

L'orientation des patients dans le système de soins par le médecin régulateur du Samu sera d'autant plus efficace pour le patient que sera mis à la disposition de celui-ci un répertoire des ressources d'hospitalisation et de consultation. Ce répertoire, prévu par les projets de décrets pour l'activité de médecine d'urgences, devra préciser le type d'activité de soins et ses modalités de fonctionnement pour les établissements de santé du champ territorial du Samu et si possible de la région, voire des régions limitrophes si le territoire de santé se trouve proche des frontières.

Développer la mise en réseau des professionnels des urgences et des établissements de santé intervenant en aval des urgences

Il s'agit ici tout à la fois de fédérer les services d'urgences entre eux, en particulier Samu/Smur/Services fixes d'accueil et de traitement des urgences, pour accroître l'efficacité de la chaîne de prise en charge dès le pré-hospitalier grâce à une meilleure liaison avec l'hospitalier, mais aussi de mobiliser un véritable réseau de compétences médicales et de capacités d'hospitalisation dans le territoire de santé.

Mobilisation interne à l'établissement

Dans cet objectif figure en premier lieu la mobilisation des services d'hospitalisation en interne à l'établissement qui est autorisé pour les urgences (voir encadré sur les projets de décrets, p. 50). Il est indispensable que la gestion du non-programmé dans l'établissement de santé fasse l'objet d'un projet interservices et ne soit pas restreinte à la seule problématique de l'accueil dans le service d'urgences. C'est en anticipant en commun l'organisation et le fonctionnement de l'aval des urgences que les services d'hospitalisation pourront le mieux respecter l'équilibre entre programmé et non programmé au sein de l'établissement. Les établissements qui ont mis en place la commission interne mentionnée par la circulaire du 16 avril 2003 ont constaté de très nets progrès dans la prise en charge des patients en leur sein.

Le financement et la mise en œuvre du Plan urgences

Les services d'urgences ont fait l'objet de programmes et de financements spécifiques particulièrement soutenus depuis plusieurs années. Toutefois, ces services connaissent aujourd'hui encore des difficultés de fonctionnement sur toute la chaîne de soins. Ce constat a été à l'origine du Plan urgences annoncé le 30 septembre 2003 par le ministre chargé de la Santé. Ce plan a largement bénéficié des travaux du groupe Urgences, qui s'est réuni de façon régulière jusqu'en décembre 2004.


Il prévoit un effort financier de 489 millions d'euros sur cinq ans, affecté non seulement aux Samu, Smur et services des urgences, mais aussi aux activités d'aval en particulier les soins de suite et de réadaptation, le développement de l'hôpital local, de l'hospitalisation à domicile et de la filière gériatrique

dans les établissements de santé. L'affectation des crédits fait l'objet de concertations menées par chaque ARH au plan de sa région avec les représentants des professionnels et des établissements concernés.

En 2004, les 150 millions d'euros issus du Plan urgences ont permis la création de plus de 2 740 postes médicaux et paramédicaux, dont 1 150 affectés aux services de médecine d'urgences sur lesquels 264 sont des postes médicaux. 1 590 postes sont dédiés à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

Par ailleurs, près de 2 200 lits ont été créés dans plusieurs disciplines : 915 lits de soins de suite et de réadaptation, près de 900 lits de court séjour gériatrique, auxquels s'ajoutent 153 places d'hospitalisation de jour, 96 lits en hôpital local et une augmentation de 300 places

d'hospitalisation à domicile créées dans le secteur public. Ces créations de capacités d'hospitalisation permettront d'améliorer la fluidité de la prise en charge aux urgences.

La mise en œuvre du plan s'est poursuivie en 2005. Sur les 175 millions d'euros prévus, plus de 63 millions sont destinés à améliorer le fonctionnement des services de médecine d'urgences, 10 millions d'euros sont engagés pour déployer de la compétence gériatrique dans une logique de proximité et 102 millions d'euros sont destinés au développement des capacités d'hospitalisation (26,6 millions d'euros pour les hôpitaux locaux, 49,4 millions d'euros pour l'hospitalisation à domicile et 26 millions d'euros pour l'augmentation des capacités en soins de suite et de réadaptation). 

Solenne Barat
DHOS

Mise en réseau des établissements et professionnels en aval des urgences

En second lieu, l'amélioration de la prise en charge en aval des urgences passe aussi par la mise en réseau des professionnels et établissements de santé qui doivent pouvoir participer à cette prise en charge. Il s'agit d'établissements qui peuvent hospitaliser des patients en médecine, en chirurgie notamment, mais aussi en soins de suite et de réadaptation, ou encore d'établissements médico-sociaux. Les hôpitaux locaux ont bien entendu leur place dans ce réseau de prise en charge, mais aussi l'hospitalisation à domicile, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les professionnels libéraux.

Dans le cadre des Sros 3, il est demandé aux établissements et professionnels de santé de travailler au projet médical de leur territoire de santé, en partant d'un diagnostic des besoins de soins et en débouchant sur des propositions portant en particulier sur des coopérations formalisées. Les contrats d'objectifs et de moyens signés avec les ARH peuvent, dans cette perspective, comprendre une partie commune aux établissements du même territoire, l'enjeu étant de combiner au mieux projet d'établissement et projet de territoire dans le respect du Sros. L'identification de filières populationnelles pour la prise en charge des personnes âgées ou des enfants et adolescents ou de filières pour les

urgences vitales doit également permettre d'assurer une orientation optimale de la personne dans le système de soins, et passe aussi par de multiples coopérations au niveau du territoire de santé mais aussi de la région et parfois de l'inter-région.

En conclusion, l'identification de services d'urgences a constitué une première étape indispensable de l'amélioration de la prise en charge des urgences. L'inscription de ces services dans le cadre d'une chaîne de soins qui part de la permanence des soins pour englober jusqu'au secteur médico-social en aval du court séjour sanitaire est aujourd'hui le véritable enjeu auquel font face quotidiennement l'ensemble des professionnels et établissements qui ont toute leur place dans cette chaîne. Bien identifier le rôle et la place de chacun et les voies de coopération entre les établissements, c'est le rôle des conférences sanitaires qui proposent le projet médical de territoire, dans le cadre de la mise en œuvre des Sros 3, sous l'impulsion et avec l'aide des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). L'ensemble de ce processus doit donner lieu à une véritable évaluation, régulière et partagée par les acteurs de la chaîne de l'urgence, qui doit pouvoir déboucher sur des réajustements opérationnels dans le but de garantir aux malades le maximum de « gain de chances » dans le système de soins. 