

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

DREES

document
de *travail*

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE

N° 125 • MARS 2013

Enquête qualitative préalable à la définition
d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières

Évelyne CASH, Roland CASH, Jean-Louis DUCASSÉ, Claire HAULT, Flore MATTHIEU, Thomas RICHARD



Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

DREES

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE

N° 125 • mars 2013

Enquête qualitative préalable à la
définition
d'une enquête nationale sur les urgences
hospitalières

Évelyne CASH, Roland CASH, Jean-Louis DUCASSÉ, Claire HAULT,
Flore MATTHIEU, Thomas RICHARD

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

Cette recherche a été financée par la DREES

Cette publication n'engage que ses auteurs

Sommaire

■ 1. INTRODUCTION	9
■ 2. ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE	11
2.1 Méthodologie	11
2.1.1 Modalités de recherche	11
2.1.2 Analyse des documents	13
2.2 Les bases de données permanentes disponibles sur l'activité des services d'urgences	14
2.3 Synthèse des enseignements des documents analysés pour la France	20
2.4 Quelques éclairages issus des comparaisons internationales	24
■ 3. ENSEIGNEMENTS DES ENTRETIENS INSTITUTIONNELS	29
3.1 Méthodologie et déroulement des entretiens	29
3.1.1 Choix des acteurs	29
3.1.2 Modalités de réalisation des entretiens	29
3.2 Synthèse des informations obtenues	30
3.2.1 Analyse globale des données recueillies	30
3.2.2 Les thèmes principaux qui se dégagent <i>in fine</i>	30
■ 4. ENSEIGNEMENTS DES 5 MONOGRAPHIES DE TERRITOIRES	32
4.1 Méthodologie	32
4.1.1 Choix des territoires	32
4.1.2 Modalités d'enquête	33
4.2 Présentation synthétique des enseignements des 5 monographies de territoires	34
4.2.1 Département de Lozère	34
4.2.2 Arrondissement d'Avignon	36
4.2.3 Lyon Est	39
4.2.4 Arrondissement de Limoges	42
4.2.5 Arrondissement de Montluçon	45
4.3 Synthèse des monographies	50
■ 5. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	51
5.1 Les besoins d'approfondissement ultérieur	51
5.2 L'enquête nationale	52
GLOSSAIRE	53

■ 1. INTRODUCTION

La DREES a réalisé en 2002 une vaste enquête sur la patientèle des services d'urgences, permettant de mieux connaître les motifs de venue, les modes d'accès, les soins reçus, leur orientation après les urgences...¹ Cette enquête comportait aussi un axe d'interrogation des services et des équipes médicales.

La DREES a souhaité reconduire une telle enquête 10 ans après la première, pour enregistrer les évolutions, replacer ces éléments au regard des nombreuses évolutions qu'a connues le secteur sur cette période, fournir à la puissance publique les éléments d'information utiles pour poursuivre sa politique en faveur d'une meilleure adaptation des services d'urgences aux besoins de la population.

Au préalable, une pré-étude s'avérait nécessaire pour cibler cette nouvelle enquête sur les problématiques actuelles et les points méritant un approfondissement, au regard des évolutions observées ces 10 dernières années, qui ont été riches en changements, aussi bien sur le plan structurel et financier...

- Décret de 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence.
- Réforme de la tarification hospitalière, avec mise en place dans le secteur public d'un financement de type mixte : forfait annuel urgences (FAU), et prestation due à chaque passage au service d'accueil des urgences (ATU) si le patient n'est pas immédiatement hospitalisé.
- Décrets relatifs à la médecine d'urgence en 2006, ayant vocation à modifier l'organisation des soins dans ce domaine, et leurs arrêtés et circulaires d'application (dont la fiche de signalement de dysfonctionnement).
- Arrêté relatif créant le diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine d'urgence en 2004, dans la continuité de la « séniorisation » amorcée en 1996.
- Plan national Urgences 2004-2008, ayant conduit à investir 500 millions d'euros sur cette période pour les différents segments de la prise en charge des urgences.
- Loi HPST venant modifier les principes d'organisation de la permanence des soins ambulatoires ; la permanence des soins est définie comme une mission de service public, l'objectif étant de garantir à chaque citoyen l'égalité d'accès aux moyens d'urgences.

...que sur le plan du système d'information :

- Montée en charge des observatoires régionaux des urgences, comme celui de Midi-Pyrénées (ORUMIP) qui fonctionne depuis plus de 10 ans et publie chaque année un bilan très détaillé de l'activité des services d'urgences. Ce bilan est fondé sur les fiches d'activité remplies par les services d'urgences et les SMUR. Des données sur les caractéristiques des patients sont à cette occasion enregistrées (âge, sexe, origine géographique, motifs de recours, gravité de l'affection, modes d'accès, avis donné, devenir après le passage aux urgences). D'autres régions ont mis en place de tels observatoires plus récemment : Limousin (depuis 2007), PACA (depuis 2008), Lorraine (depuis 2011), Alsace (projet engagé en 2010)...
- Informatisation en cours des services d'urgences, qui a évidemment facilité la mise en place de ces observatoires.
- Parallèlement, l'InVS a mis en place le système SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès), depuis 2004, pour assurer en temps réel une surveillance épidémiologique non spécifique (ou syndromique) à partir des données issues des urgences hospitalières (réseau Oscour® pour Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), de la médecine ambulatoire (associations SOS Médecins) et de la mortalité.

¹ Études et Résultats n° 212, janvier 2003 : Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale, V. Carrasco et D. Baubeau ; et n° 215, janvier 2003, Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, D. Baubeau et V. Carrasco.

- Diffusion du relevé de passage aux urgences (RPU), testé dans 350 services en juin 2002, et utilisé (avec parfois quelques modifications) par les observatoires régionaux ; en 2006, la DHOS, la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et l'InVS ont abouti à un consensus sur un RPU « socle de base » issu des travaux de l'Observatoire régional des urgences de Midi Pyrénées (ORUMIP) et de l'InVS. Ce RPU doit pouvoir être extrait des systèmes informatiques déployés dans les services d'urgences.
- Travaux de l'ANAP sur la réduction du temps d'attente aux urgences, et intégration de cet indicateur dans la grille d'analyse COMPAQH de la qualité des soins hospitaliers. Cet indicateur est intégré dans la démarche de suivi de la qualité des services publics.

Ce secteur des urgences a en outre fait l'objet de rapports d'investigation de la Cour des Comptes.

C'est dans ce cadre renouvelé que la DREES a souhaité que soient menées une recherche bibliographique exhaustive sur les données françaises publiées ces 10 dernières années, une étude qualitative par entretiens auprès des acteurs institutionnels et une analyse de 5 territoires aux caractéristiques contrastées *via* une approche monographique.

Le présent rapport reprend l'ensemble des éléments d'information recueillis lors de ces différentes phases pour dresser un panorama des problématiques principales rencontrées dans les structures d'urgences hospitalières en 2012.

■ 2. ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

Cette analyse bibliographique poursuivait deux objectifs :

- Décrire de la manière la plus exhaustive possible l'état des connaissances sur le périmètre de l'étude.
- Éclairer les thématiques pour lesquelles il manque des éléments d'information.

Après une présentation de la méthodologie adoptée et un rappel des sources d'information permanentes disponibles, nous présenterons une synthèse des enseignements des travaux analysés. Les fiches de lecture détaillées de chaque article et rapport analysés sont fournies en annexe.

2.1 Méthodologie

2.1.1 Modalités de recherche

La recherche bibliographique a porté sur les dix dernières années (depuis l'enquête DREES de 2002). Pour rassembler les différents documents produits en France sur la question de l'organisation, de l'activité des services d'urgences hospitaliers, des SMUR et des SAMU, les démarches suivantes ont été entreprises :

- Recherche sur le site du Ministère de la Santé des documents publiés et diffusés sur le sujet. Sont essentiellement présents les dossiers et Études et Résultats de la DREES². En outre, les panoramas annuels des établissements de santé fournissent les éléments quantitatifs recueillis dans SAE.
- Recherche des rapports officiels et missions menées à la demande du Ministère de la Santé : Cour des Comptes, ANAP, Assemblée Nationale, Rapports d'évaluation du plan Urgences à la demande de la DHOS, rédigés par J.Y. Grall et P. Mardegan, rapport IGAS sur la permanence des soins, rapport de JY Grall sur les maisons médicales de garde, rapport de P. Mardegan sur les SAMU/centres 15.
- Recherche sur internet des résultats des Observatoires régionaux des urgences (ORU). Sont ainsi retrouvés des documents sur les régions suivantes : Midi-Pyrénées, Lorraine, PACA, Limousin. Ces données des ORU ont été enrichies de documents obtenus à la suite des entretiens réalisés (par exemple sur le site de l'ORULIM où l'accès est réservé).
- Recherche sur le site de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) où figurent de nombreux documents :
 - Résumé de passage aux urgences (RPU), juin 2006 ;
 - Référentiels d'organisation des structures d'urgence ;
 - Référentiels d'organisation des centres 15 ;
 - Référentiels d'informatisation des urgences ;
 - Référentiels d'enseignements et de compétences ;
 - Référentiels d'évaluation, thesaurus.
- Recherche sur la base PubMed (Medline) d'articles pertinents, sur les dix dernières années, avec les requêtes principales suivantes : « emergency AND France AND care organization », « emergency AND organization AND France AND survey ». Cela conduit à 340 références, dont les titres ont été lus pour pré-sélectionner les articles utiles pour notre étude. Environ 200 résumés ont été ensuite parcourus pour sélectionner *in fine* les articles pertinents.

² N'ont pas été incluses dans la présente analyse les publications concernant l'enquête sur les urgences en médecine générale réalisée en 2004 par la DREES.

- Recherche identique sur la base Refdoc (base de l'INIST, CNRS) pour identifier en outre les articles publiés en langue française dans des revues non référencées dans Medline. La requête « urgences ET organisation des soins » ramène ainsi 156 références sur les dix dernières années ; la plupart sont communes à la requête précédente, mais plusieurs nouveaux articles sont ainsi repérés. La requête « urgences ET enquête » donne 237 articles, la requête « SMUR ET enquête » 51 autres références, et la requête « SAMU ET enquête », 66 autres articles. Comme précédemment, à la lecture des titres et des résumés, la sélection a été opérée. Les critères suivants ont été retenus pour cette sélection :
 - Articles comportant un volet d'enquête ;
 - Publiés après 2001 ;
 - En excluant les problématiques exclusivement médicales (impact de la thrombolyse, gestion de la douleur, prise en charge du stress, etc.) ou portant sur un point d'organisation très spécifique (biologie délocalisée aux urgences, radiologie aux urgences...) ; n'ont pas été retenus non plus dans cette phase les articles décrivant les travaux sur la veille de morbidité fondée sur l'observation de l'activité aux urgences suite à la canicule de 2003 ;
 - Et lorsque plusieurs articles avaient été publiés par la même équipe sur la même enquête, seul le plus récent a été retenu.
- Une recherche a été menée aussi sur les sommaires de la revue « Pratiques et Organisation des soins » (revue de l'assurance maladie) sur le site ameli.fr ; un article sur les urgences a été identifié mais figurait déjà dans les requêtes précédentes.
- Enfin, la lecture des bibliographies des articles retenus a permis d'en retrouver 3 autres, non identifiés dans les étapes ci-dessus.
- Au total, 9 rapports et 27 articles et revues ont ainsi été analysés.
 - Sur le plan des expériences étrangères, il n'a pas paru nécessaire de mener le même type de recherche au regard de la documentation déjà rassemblée pour la France. Toutefois, des rapports réalisant des comparaisons étrangères ont été recherchés afin de donner quelques pistes de problématiques existant au plan international quant à l'organisation des services d'urgences. Le rapport de M. Dautel, X. Montserrat, P. de Rezende, « Etude comparée de l'organisation des services d'urgence dans dix pays européens » (DHOS, 2002) a été retenu dans cet objectif. Quelques autres références ont été identifiées, afin de déterminer les problématiques essentielles concernant les urgences dans les autres pays.

2.1.2 Analyse des documents

Chacun des documents consultés a fait l'objet d'une fiche de lecture synthétique, sur le modèle suivant :

Titre :

Auteurs :

Année :

Type de document : rapport, mémoire, thèse, article, revue

Champ couvert par la publication :

Objet

Période

Zone géographique

Méthodologie

Méthode générale (étude qualitative, recueil de données prospectif, recueil rétrospectif...)

Sources d'information utilisées

Liste des données mobilisées

Le cas échéant :

Échantillon

Outils spécifiques utilisés (grilles d'évaluation de la sévérité notamment)

Limites de l'approche

Résultats

Sur la connaissance de l'activité, de la structuration et du financement des services d'urgences :

Données documentées

Données restant à approfondir

Sur les personnels des services d'urgences :

Données documentées

Données restant à approfondir

Sur la connaissance des profils de patients et de leurs trajectoires :

Données documentées

Données restant à approfondir

Sur l'articulation entre ville et hôpital :

Données documentées

Données restant à approfondir

Sur les bases de données, sources et outils utilisés

Sur les indicateurs de suivi et indicateurs de qualité

Synthèse des résultats clés du travail pour la présente étude

2.2 Les bases de données permanentes disponibles sur l'activité des services d'urgences

Plusieurs bases de données constituent des sources permanentes d'information sur l'activité hospitalière en général, et l'activité des urgences en particulier.

Dans le PMSI, le résumé de sortie des patients hospitalisés fournit deux informations importantes : le mode d'entrée par passage aux urgences (mode d'entrée : domicile (code 8) ; provenance : avec passage dans une structure d'accueil des urgences (code 5)) et l'hospitalisation en Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). À partir de ces informations, il est possible de reconstituer les caractéristiques des patients passés par les urgences (âge, sexe, mode de sortie, diagnostics, actes...) et de les comparer à celles des autres patients. En outre, l'activité spécifiquement réalisée dans les UHCD peut être décrite.

La qualité du recueil n'est pas encore parfaite, mais au fur et à mesure de l'utilisation de ces éléments pour calculer des indicateurs par établissement, elle s'améliore.

Par ailleurs, le nombre d'ATU facturés pour les patients non hospitalisés est connu par établissement ; il sert d'ailleurs de base au calcul des forfaits annuels urgences (FAU) pour les établissements autorisés. Lorsqu'un ATU est facturé, il peut lui être rattaché des actes et consultations externes.

Dans la SAE, outre le nombre de passages aux services d'urgences, il existe un bordereau spécifique (Q13) qui permet de recueillir un grand nombre d'informations :

- Type d'autorisation : urgences / SAMU / SMUR.
- Activité annuelle des urgences (générales ou pédiatriques).
- Activité de l'UHCD.
- Activité sur le mois d'octobre, permettant de détailler certains éléments : % d'hospitalisation...
- Activité du SMUR : nombre de sorties, décision de transport...
- Activité du SAMU.
- Personnels affectés.

Ces données sont notamment utilisées dans le panorama annuel des établissements de santé publié par la DREES.

La fiabilité de ces recueils n'est pas absolue, puisqu'on reste sur des données déclaratives mais leur qualité s'améliore et ces données peuvent être utilisées pour des études moyennant quelques précautions d'utilisation.

RAPPELS QUANTITATIFS (SOURCES DREES/SAE)

En 2009, en France métropolitaine, on compte 648 structures d'urgences (dont 19,3 % dans le secteur privé lucratif et 6,5 % dans le secteur privé non lucratif), assurant 16,9 millions de passages (dont 12,3 % dans le secteur privé lucratif et 5,2 % dans le secteur privé non lucratif).

L'augmentation a été de +1,3 % par rapport à 2008 (après une hausse de +1,9 % l'année précédente), *pour une tendance d'augmentation annuelle moyenne de +4 % depuis 1996.*

32 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et sept structures sur dix moins de 30 000. À l'autre extrémité, 19 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent plus de 40 % de l'ensemble des passages.

On compte par ailleurs 103 SAMU et 409 SMUR :

SMUR : 716 000 sorties en 2009, dont 95 % terrestres.

SAMU : 29 millions d'appels entrants ou sortants dont 12 millions ont donné lieu à l'ouverture d'un dossier médical.

Plusieurs types de recueils sont organisés autour des résumés de passage aux urgences (RPU) : Observatoires régionaux des urgences, réseau Oscour® de l'InVS, et bientôt (en projet) remontée exhaustive des RPU au niveau national.

À l'heure actuelle, l'exhaustivité du recueil est quasi atteinte dans les régions disposant d'un Observatoire régional des urgences, même si, pour des raisons liées au système d'information le plus souvent, certaines données sont manquantes dans certains services d'urgences.

Et au sein du réseau Oscour, l'InVS indique que plus de 400 services d'urgences participent maintenant à ce recueil, ce qui couvre près des deux tiers des passages et qu'au sein de ces remontées, le taux de remplissage moyen est de 80 %, avec de fortes disparités régionales.

Le RPU « socle de base » contient les éléments suivants (version 2006 diffusée par la SFMU, la DGOS et l'InVS, sur la base de travaux poursuivis par l'ORUMIP et l'InVS³) :

FORMAT RPU NATIONAL

BALISE	FORMAT	DEFINITION
<CP>	Numérique	Code postal de résidence
<Commune>	Champs textuel	Nom de la commune de résidence
<NAISSANCE>	JJ/MM/AAAA	Date de naissance (vide correspond à incertain)
<SEXE>	M / F / I	Sexe (I pour indéterminé)
<ENTREE>	JJ/MM/AAAA HH:MM	Date et heure d'entrée
<MODE_ENTREE>	6 / 7 / 8	Mode d'entrée PMSI
<PROVFNANCF>	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 8	Provenance PMSI
<TRANSPORT>	PERS / AMBU / VSAB / SMUR / HELI / FO /	Mode de transport
<TRANSPORT_PEC>	MED / PARAMED / AUCUN	Mode de prise en charge durant le transport
<MOTIF>	THESAURUS SFMU	Motif du recours aux urgences SFMU
<GRAVITE>	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / P / D	Classification CCMU modifiée
<DP>	Code CIM10	Diagnostic principal
<LISTE_DA> <DA></DA>	Code CIM10	Diagnostics associés
<LISTE_ACTES> <ACTE></ACTE>	Code CCAM	Actes réalisés aux urgences
<SORTIE>	JJ/MM/AAAA HH:MM	Date et heure de sortie
<MODE_SORTIE>	6 / 7 / 8 / 9	Mode de sortie PMSI
<DESTINATION>	1 / 2 / 3 / 4 / 6 / 7	Destination PMSI
<ORIENT>	FUGUE / SCAM / PAS / REO / SC / SI / REA / UHCD / MED / CHIR / OBST / HDT / HO	Orientation précision

Codifications utilisées :

Mode d'entrée : 6 : Mutation (au sein de l'établissement) ; 7 : Transfert (d'un autre établissement) ; 8 : Domicile

Provenance :

En cas de mutation ou transfert :

- 1 : MCO ; 2 : SSR ; 3 : soins de longue durée ; 4 : psychiatrie

En cas d'entrée via domicile :

- 5 : prise en charge aux urgences autres que pour des raisons organisationnelles
- 8 : prise en charge aux urgences pour des raisons organisationnelles

Transport : PERS : Moyens personnels ; AMBU : ambulance publique ou privée ; VSAB : véhicule de secours et d'aide aux blessés ; SMUR ; HELI : hélicoptère ; FO : force de l'ordre

Mode de sortie : 6 : Mutation ; 7 : Transfert ; 8 : Domicile ; 9 : décès

Destination :

En cas de mutation ou transfert :

- 1 : MCO ; 2 : SSR ; 3 : soins de longue durée ; 4 : psychiatrie

En cas de sortie au domicile :

- 6 : retour à domicile dans le cadre d'une HAD

3 Rq : ce format n'est pas totalement anonymisé dans la mesure où la date de naissance est complète, le code postal n'est pas transcodé en code géographique comme dans le PMSI, et le jour d'entrée est indiqué. Dans le document accompagnant ce format de RPU, il est précisé que le patient peut s'opposer à la transmission des informations le concernant, auquel cas la date de naissance est laissée vide.

- 7 : retour vers une structure d'hébergement médico-social
À signaler, la définition des modes d'entrée, de sortie, la provenance, la destination, est identique à celle utilisée par le PMSI

Orientation :

En cas de sortie par mutation ou transfert

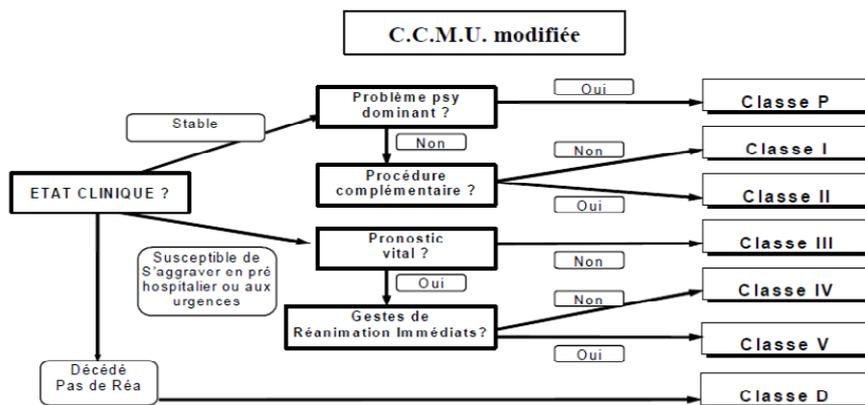
- HDT : hospitalisation sur la demande d'un tiers ;
- HO : hospitalisation d'office ;
- SC : hospitalisation dans une unité de Surveillance Continue ;
- SI : hospitalisation dans une unité de Soins Intensifs ;
- REA : hospitalisation dans une unité de Réanimation ;
- UHCD : hospitalisation dans une unité d'hospitalisation de courte durée ;
- MED : hospitalisation dans une unité de Médecine hors SC, SI, REA ;
- CHIR : hospitalisation dans une unité de Chirurgie hors SC, SI, REA ;
- OBST : hospitalisation dans une unité d'Obstétrique hors SC, SI, REA.

En cas de sortie au domicile :

- « FUGUE » : sortie du service à l'insu du personnel soignant (sous réserve des dispositions de la loi du 4 mars 2002) ;
- SCAM : sortie contre avis médical ;
- PSA : parti sans attendre prise en charge ;
- REO : réorientation directe sans soins (ex vers consultation spécialisée ou lorsque le service d'accueil administratif est fermé).

Pour coter le stade de gravité, c'est l'échelle CCMU qui est utilisée. De sorte à normaliser les résultats, la cotation doit être faite à l'issue du premier examen clinique. Plusieurs versions de la classification CCMU existent ; c'est la classification CCMU modifiée, établie par la SFMU, qui est utilisée dans le RPU, selon la grille suivante (échelle à 5 classes à laquelle ont été ajoutées 2 catégories P et D) :

- « 1 » : État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable après le premier examen clinique pouvant comprendre des examens immédiatement réalisables (Électrocardiogramme (ECG), SpO₂ (saturation pulsée en oxygène), glycémie capillaire, hémocrite par microméthode), abstention de tout autre acte complémentaire ou de thérapeutique.
- « P » : Idem CCMU 1 avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable.
- « 2 » : État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable, réalisation d'actes complémentaires aux urgences (dont sutures, ponctions, drainage, traitement parentéral, radiographies, bilans biologiques, consultations spécialisées somatiques).
- « 3 » : État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver aux urgences sans mettre en jeu le pronostic vital.
- « 4 » : Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences sans manœuvre de réanimation initiée ou poursuivie dès l'entrée aux urgences.
- « 5 » : Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences avec initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation dès l'entrée aux urgences.
- « D » : Patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation aux urgences.



Evaluation à réaliser à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique qui peut comprendre aussi :

E.C.G., Spo2, glycémie capillaire, Hématocrite par microméthode.

Les procédures complémentaires sont réalisées par le SMUR ou doivent l'être au sein d'un service d'urgence : Sutures, ponctions, drainages, traitement parentéral, radiographies, bilans biologiques, consultations spécialisées somatiques

(extrait du site de l'ORUMIP).

Il faut souligner que cette classification est établie *a posteriori* par l'urgentiste, une fois la prise en charge assurée. Ses résultats doivent donc être interprétés de manière différente qu'une classification qui serait établie *a priori*, à l'entrée du patient.

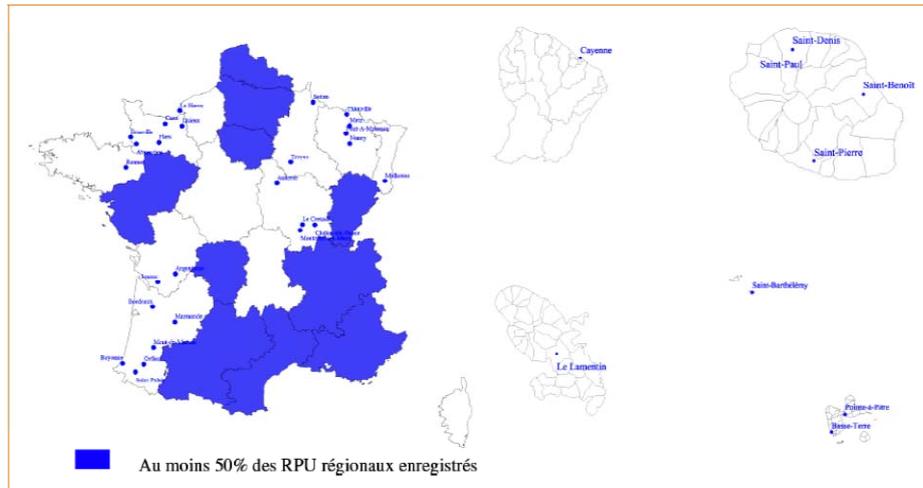
Le principe est de pouvoir extraire ces données du système informatique des urgences. Le RPU de base peut être enrichi par les régions ou les professionnels pour des besoins d'explorations complémentaires. Le RPU de base ne comprend pas de numéro administratif dont l'objet serait de faciliter ce type d'études.

À noter que par ailleurs, la SFMU propose des thesaurus pour améliorer la cohérence du recueil des diagnostics et motifs de recours recouvrant potentiellement toutes les pathologies.

L'InVS a mis en place le réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), après la canicule de 2003, comme outil de veille de morbidité et de mortalité (dans le cadre plus large de la surveillance sanitaire des urgences et des décès : SurSaUD, impliquant aussi SOS médecins, et les registres d'état-civil). Depuis mars 2007, plus d'une centaine d'établissements de France, ainsi que certaines structures régionales de veille, participent à Oscour®, par voie informatique. Au total, en 2010, les données de 220 établissements étaient collectées (Josseran et *al.*, 2010). Et comme indiqué plus haut, ce chiffre a presque doublé en 2012. Mais les données ne sont pas disponibles par établissement (engagement de confidentialité).

Les données sont adressées soit *via* la centralisation régionale, soit par envoi direct des établissements à l'InVS dans les régions non équipées d'un serveur. La carte suivante indique quels sont les départements pour lesquels au moins 50 % des RPU sont enregistrés en 2010.

Carte 1 – Répartition des services d'urgences en métropole et DOM participant à Oscour®



Sources : article de Jossieran et al.

Les données du réseau Oscour® sont utilisées par l'InVS dans de nombreuses surveillances de pathologies ou situations. Les données sont analysées quotidiennement et hebdomadairement, plus des surveillances ponctuelles, en fonction des besoins.

Il faut toutefois souligner que l'objectif de surveillance sanitaire qui est poursuivi ici n'est pas de même nature que l'activité d'évaluation poursuivie notamment par les ORU.

Le RPU est en effet aussi la base du recueil des observatoires régionaux des urgences. Le plus ancien est l'*ORU de Midi-Pyrénées*, qui publie depuis 10 ans un rapport annuel d'activité très complet sur les services d'urgences et les SMUR de la région, précisant :

- La description du recueil : établissements participants, taux de remplissage des données, volumes d'activité...
- Les caractéristiques des patients : âge, sexe, origine géographique, pathologies, degré de gravité (CCMU).
- L'activité des services d'accueil des urgences :
 - Répartition dans la journée et dans la semaine des arrivées, selon le type de structure, le département, le degré de gravité ;
 - Motifs de recours, âge des patients, affections, gravité ;
 - Durée moyenne de passage ;
 - Urgences vitales ;
 - Devenir après les urgences.
- L'activité des SMUR :
 - Interventions primaires : motifs d'intervention, heures, lieux d'intervention, gravité, durée moyenne de médicalisation, transport et devenir ;
 - Transferts inter-hospitaliers : diagnostics, âge, destination.
- Des analyses par département.
- Un bilan de 10 ans d'activité en Midi-Pyrénées.
- Des zooms : infarctus du myocarde, AVC.
- Une description du système d'information.

L'*ORU PACA* publie aussi depuis 2008 des données d'activité des services d'urgences de la région. Les auteurs observent que les résultats sont pour la plupart similaires à ceux rapportés par l'ORUMIP.

Cet ORU développe une activité sur deux grands axes :

- Gestion des données, observation, études (et l'InVS observe que les régions avec ORU sont plus exhaustives que les autres dans les remontées de RPU).
- Coordination des réseaux d'urgences (*cf.* circulaire de février 2007), pour organiser de façon opérationnelle les parcours et les flux aux urgences, en fonction des priorités régionales et départementales. Il est mis en place un répertoire opérationnel des ressources.
Exemples : hôpital en tension (connaissance des lits disponibles, des ressources mobilisées), gestion de la radiologie interventionnelle périphérique (dans le Var), filières en neurochirurgie, transfusion...

Il s'agit d'une conduite de projet, à visée organisationnelle et opérationnelle.

L'ORU assure aussi l'informatisation des services d'urgences et a une activité d'éditeur.

Le premier rapport d'activité annuel devrait être diffusé prochainement, mais en tout état de cause, des exports de données sont possibles sur le site internet pour les professionnels.

L'ORU du Limousin (ORULIM) assure, comme les deux autres, deux missions : évaluation de l'activité des services d'urgences, et aide à l'informatisation de ces services.

Le rapport d'activité 2009 fournit les éléments suivants, pour la région et par département :

- Tableau de l'exhaustivité et de la qualité des données : près de 100 % de données recueillies sur les principaux paramètres.
- Analyse géographique des flux de patients arrivant aux urgences.
- Caractéristiques des patients : âge, sexe.
- Heures et jours d'arrivée aux urgences, mode d'arrivée.
- Circonstances d'arrivée, gravité, pathologies observées.
- Temps de passage (selon l'âge, la gravité...).
- Devenir des patients, avec en particulier étude des décès, analyse des « partis sans attendre ».
- Analyses thématiques : l'alcool aux urgences, AVC, urgences pédiatriques, urgences gériatriques, urgences traumatologiques, pandémie grippale, syndrome coronaire aigu, activité pré-hospitalière (y compris l'activité de la maison médicale de garde de Limoges), avec la possibilité de croiser les données en provenance des trois ORU sur certains thèmes.

Et surtout, en temps réel, les utilisateurs ont accès au site ORUV3 qui fournit les données d'activité rafraîchies toutes les heures (et même tous les quarts d'heures pour les occupations des services) : données patients, activité des services, données par pathologie, cartographie de la provenance des patients, bibliothèque de rapports (rapports quotidiens, mensuels, sur l'activité en général ou sur des thèmes particuliers : AVC, grippe...), diffusion d'alertes sanitaires... Ces éléments permettent de gérer de manière opérationnelle les flux des urgences dans la région.

L'ORU de Lorraine a publié son premier rapport d'activité portant sur l'année 2011 à l'automne 2012. Ce document décrit le système d'information mis en place, et fournit les données quantitatives concernant les services d'urgences et les SAMU. 21 des 23 sites de la région sont connectés. Des analyses thématiques sont produites sur les pathologies hivernales (grippe, bronchiolite, gastro-entérite) et les pathologies estivales (déshydratation, coup de chaleur, hyponatrémie).

D'autres projets se font jour dans d'autres régions, dans la mesure où des serveurs régionaux de remontée de données ont été mis en place pour l'InVS, pour le réseau Oscour®. Des projets d'ORU seraient en gestation en Bourgogne, Bretagne, Alsace et Aquitaine.

En Île-de-France, le CERVEAU (Centre régional de veille et d'action sur les urgences), créé en 2004 à l'initiative de l'ARH et de l'AP-HP, réunit 322 établissements dont les 90 sites d'urgences. Ses missions sont : veille sanitaire (avec l'InVS), veille de l'offre de soins hospitalière, diffusion quotidienne de l'analyse des informations et aide à la mise en place d'actions correctrices. Une refonte du système est en cours.

On peut noter enfin que dans les POE (programmes qualité efficacité), deux indicateurs concernent les urgences et la PDS :

- Part des actes régulés aux horaires de permanence des soins (cible 68 % en 2011) : la CNAMTS recense les actes facturés, la cotation différant selon qu'il y ait ou non régulation préalable lors de la PDS. On est à 58 % en 2009.
- Temps de passage aux urgences (cible : réduction). Cet indicateur issu des travaux de l'ANAP est prévu pour être disponible en 2013 par remontées nationales (en tenant compte des stades de gravité, etc.).

2.3 Synthèse des enseignements des documents analysés pour la France

Dans la décennie étudiée, plusieurs rapports spécifiques ont été rédigés sur les services d'urgences. Ils se structurent autour de deux axes essentiels :

- La mise en œuvre et l'évaluation du plan Urgences 2004-2008, décidé suite à l'épisode de la canicule de 2003 (les rapports de MM. Grall et Mardegan, auxquels on peut aussi rattacher le rapport de P. Mardegan sur les SAMU).
- La réalisation de travaux sur l'organisation interne par l'ANAP (ex MeaH), sur les temps d'attente aux urgences d'une part, sur l'organisation des centres 15 d'autre part.

Les rapports de la Cour des comptes et de l'Assemblée nationale sont plus généraux et abordent d'autres sujets, en partie évoqués par les rapports déjà cités.

Sont notamment soulignées les problématiques suivantes :

- La permanence des soins, l'apport des maisons médicales de garde et d'une manière générale les interactions ville/hôpital sur ces sujets ;
 - Cette thématique est particulièrement analysée dans le rapport de l'IGAS sur le nouveau dispositif de permanence des soins et le rapport de JY Grall sur les maisons médicales de garde. Ces rapports soulignent la difficulté d'organisation de la permanence des soins ambulatoires (difficultés liées au volontariat), et l'impact mitigé des MMG sur le nombre de passages aux urgences (avec un certain frein dans la réorientation par les urgences vers la MMG lié au mode de financement des urgences et au problème de la responsabilité médicale).
- La Cour soulignait l'insuffisance des systèmes d'information. Le rapport de JY. Grall sur ce point soulignait par contre l'apport d'un système comme celui de l'ORUMIP.
- Le rapport de l'Assemblée nationale identifie aussi le problème de l'aval et de l'interaction des urgences avec l'environnement sanitaire et social.
- Un travail spécifique a porté sur les indicateurs de qualité dans le rapport de P. Mardegan. Il avait été retenu l'idée de centrer le recueil sur 4 indicateurs : fréquentation, durée totale de passage, patients partant sans examen médical, délai thérapeutique.
- Le rapport de l'IGAS sur la permanence des soins ambulatoires propose aussi de suivre les incidents repérés par le SAMU dans la participation des libéraux (non joignables, refus de se déplacer).

Par ailleurs, la SFMU a publié des référentiels importants, en complément des travaux de l'ANAP :

- Référentiels d'organisation des structures d'urgence (abordant le référentiel de l'infirmière organisatrice de l'accueil, l'architecture des services, l'organisation de l'aval...).
- Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales pédiatriques.
- Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une Salle d'accueil des urgences vitales.
- Recommandations de la Société francophone de médecine d'urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence.

L'ensemble de ces documents constitue un corpus d'information consistant, mettant l'accent sur les problématiques les plus aiguës. Il est à noter que ne sont pas abordés par contre les aspects touchant aux motivations des patients, à leur degré de satisfaction, etc. L'étude DREES de 2002 reste la référence sur ces questions.

La principale nouveauté de ces travaux réside sans doute dans le choix de l'ANAP de mettre l'accent sur la réduction du temps d'attente aux urgences, qui constitue une clé d'entrée particulière dans les problèmes d'organisation de l'activité des services d'urgences et qui est devenue (avec un recentrage sur le temps de passage) en quelque sorte l'indicateur princeps de qualité de la prise en charge aux urgences alors qu'il ne s'agit que d'une problématique parmi beaucoup d'autres (régulation médicale, organisation de l'aval, etc.).

Enfin, il faut souligner que le rapport de P Mardegan sur les SAMU a permis de constituer une base quasi-exhaustive sur les moyens et l'activité des SAMU en France.

Les articles rassemblés sur l'activité et l'organisation des urgences en France sont d'une autre nature. Ils abordent peu les problèmes de locaux, d'organisation interne, et se posent surtout deux catégories de questions :

- Sur les flux de patients arrivant aux urgences (ou s'adressant au SAMU) avec un caractère de gravité modeste (en général ceux scorés comme CCMU 1 ou 2) : combien sont-ils ? Pourquoi viennent-ils ? Comment ressentent-ils l'urgence ? Sont-ils adressés par un médecin ? Quelle est la nature de leur prise en charge en ville ? Quelles sont leurs caractéristiques socio-économiques ? Quel est l'impact du facteur « précarité » ? Y a-t-il des spécificités en pédiatrie ? En gériatrie ? La mise en place d'une MMG est-elle de nature à réorienter les flux ?
 - Dans cet esprit, une série importante de travaux a été réalisée par l'équipe de l'AP de Marseille où a été mise en place une MMG. Les auteurs soulignent que cette réorientation ne va pas forcément de soi et que le tri / orientation des patients est délicat.
 - Cette problématique est générale dans la littérature internationale et d'ailleurs, une revue répertoriée dans notre analyse fait le point sur cette question (Durand et al., 2011). Cette revue souligne la grande variabilité des définitions des consultations non urgentes aux urgences et donc des proportions de patients non urgents.
 - Une des publications analysées souligne que la croissance du nombre de consultations aux urgences est révélatrice de tensions au sein de la société et de changements d'attitudes des patients (Claudet et al., 2008). Et l'absence d'une définition consensuelle de l'urgence, d'outils de triage fiables et d'un consensus sur le rôle exact des urgences expliquent l'impossibilité à identifier le patient « non urgent » et donc à légitimer le « refus de soins ». Les patients se rendent aux urgences aussi pour voir régler leur problème en 2-3 heures, sachant qu'ils trouveront sur place l'ensemble des moyens diagnostiques et thérapeutiques adaptés.
 - Un grand nombre d'articles concernent la population pédiatrique. Dans cette population, plusieurs travaux soulignent que les principaux facteurs sont l'inquiétude parentale excessive et l'isolement socio-familial maternel. Une étude a spécifiquement analysé le problème des consultations itératives aux urgences, pour cibler une population pour laquelle les urgences constituent le mode usuel de recours aux soins (Maugein et al., 2011).
 - La précarité ne ressort pas comme une cause majeure d'explication de l'accroissement du volume des urgences, même s'il est noté dans certains travaux que pour une certaine frange de la population, défavorisée (repérable par exemple par l'affiliation à la CMU), les urgences peuvent constituer le principal recours aux soins.
 - Il y a tout de même une série de solutions proposées pour faire face à l'engorgement des urgences : maisons médicales, éducation à la santé des populations, infirmières de tri et d'orientation à l'entrée, aides d'échelle de triage, protocoles facilitant le circuit de prise en charge pour certaines pathologies, tissage de liens ville-hôpital (mise en réseau), centres de régulation téléphonique... Aucun de ces moyens ne semble suffire à lui seul. Il faut probablement poursuivre l'ensemble de ces pistes en même temps.
- Sur la filière gériatrique : quelles sont les caractéristiques médicales et sociales et les facteurs critiques conduisant à l'arrivée des personnes âgées aux urgences et à leur hospitalisation ? Quelle est la disponibilité et l'adéquation des lits d'aval ? Comment réduire leur temps de passage ?

D'autres questions importantes sont aussi abordées plus ponctuellement :

- Pour l'activité pré-hospitalière : devenir des patients pour lesquels le SMUR s'est déplacé et n'a pas effectué de transport médicalisé ; circuit spécifique des personnes âgées ; organisation de la filière « traumatologie » ; système d'information pour l'activité de régulation.
- Pour les services d'urgences hospitaliers : satisfaction des patients ; accueil en urgence de patients psychiatriques (le cas de l'AP-HP) ; problèmes d'adaptation des locaux pour les enfants, pour les personnes

âgées ; quelques mentions sur l'adéquation des effectifs à l'activité (notamment en pédiatrie) ; mesure des délais d'attente et de passage.

Par ailleurs, plusieurs filières spécifiques sont abordées dans ces différents travaux : enfants, personnes âgées, population psychiatrique, traumatisés graves, AVC.

Quelles sont alors les lacunes existantes en termes d'information et d'enquêtes ?

On pourra en premier lieu souligner le « *déséquilibre* » qui existe entre d'une part la richesse des informations analysables sur l'accueil des urgences et d'autre part la relative pauvreté des données sur l'activité pré hospitalière. Il existe des rapports sur le pré-hospitalier mais qui ne concernent quasiment que les effectifs et les moyens matériels de ces structures. Il existe peu de données sur l'activité au regard du travail effectué pour assurer une normalisation des items permettant d'assurer cette évaluation. L'épidémiologie descriptive de la régulation et des interventions SMUR est bien moins importante en France que celle de l'accueil, en tous les cas en termes de données disponibles et publiées (les ORU et le réseau Oscour® ne traitent quasiment pas du pré-hospitalier).

De même, il y a peu de données sur l'activité spécifique des UHCD en dehors du PMSI.

Un constat similaire peut être fait concernant l'aval des urgences, qu'il s'agisse d'un aval intra ou extra hospitalier. Alors qu'il s'agit d'une problématique majeure soulevée par les professionnels des services d'urgence, il faut souligner la faiblesse des informations disponibles à ce jour sur le devenir des patients après leur passage aux urgences dans la littérature.

Un thème déjà abordé dans certains travaux, mais que l'on peut considérer comme incomplètement documenté, est celui de la motivation des patients se rendant aux urgences, alors même que, objectivement (au sens du stade CCMU), ils pourraient différer leur recours au lendemain ou s'adresser à d'autres structures.

Un travail a été effectué sur ce thème en 2003 par l'ORUMIP pour la CNAMTS (travail non publié) : « Étude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville ». Une enquête auprès de 1 900 patients se présentant aux urgences à des stades CCMU 1 ou 2 a été menée, complétée par une analyse de l'organisation de la permanence des soins dans ces territoires et une enquête auprès de 100 médecins généralistes. 40 % des patients sont venus aux urgences après avoir pris un avis médical, davantage en secteur urbain qu'en secteur rural. 30 % de ces cas ont fait appel à la médecine de ville, donc dans le cadre d'une procédure « normale », mais posant le problème de l'équipement du cabinet par exemple, et 10 % au SAMU (plutôt lors des périodes de fermeture des cabinets). La présence d'une régulation libérale pourrait permettre sans doute une orientation différenciée des patients. Et dans 60 % des cas, le recours est direct alors même que 92 % des patients ont un médecin traitant ; il s'agit typiquement d'un jeune, souffrant d'un traumatisme, plutôt dans la période de non ouverture des cabinets médicaux (le week-end notamment).

Ce travail souligne qu'« il existe une profonde divergence entre les conceptions des professionnels de santé et celles des usagers concernant ce qu'est une situation d'urgence. Or, de ces conceptions dépendent très largement les comportements mis en œuvre ».

Une telle investigation mériterait d'être reproduite et actualisée pour déterminer les leviers sur lesquels il conviendrait d'agir pour réorienter les patients qui pourraient bénéficier d'un autre type de prise en charge. Il faudrait pouvoir déterminer le caractère approprié ou non des comportements de santé, tant du point de vue qualitatif (certaines pathologies sont-elles inappropriées aux services d'urgence ?) que d'un point de vue quantitatif (difficulté d'estimer à sa juste mesure le nombre de recours réellement inadaptés), en distinguant l'approche *a priori* (peut-on déterminer avant l'arrivée aux urgences si le patient peut être pris en charge ailleurs ?) et *a posteriori* (constat effectué après l'examen clinique aux urgences).

On pourra aussi *observer l'absence de travaux sur les coûts des prises en charge* et l'adéquation entre les coûts et les ressources obtenues par la tarification. La méthodologie précise de calcul de ces forfaits en 2004 et 2005 n'a fait l'objet que d'une courte publication par la mission T2A⁴.

Le système de financement en vigueur associe :

- un forfait annuel pour chaque service d'urgences autorisé, le FAU, permettant de couvrir ses charges minimales de fonctionnement ; ce forfait évolue en fonction du nombre d'ATU facturés l'année précédente, par tranches de 2500 ATU (les seuils étaient au départ de 5 000 passages, puis ont été divisés par 2).
- un tarif par passage, l'ATU, dès lors qu'il n'y a pas d'hospitalisation MCO dans l'établissement (les charges liées aux passages suivis d'une hospitalisation sont intégrées dans les tarifs des GHS).
- la rémunération des consultations et actes externes réalisés (actes opératoires, radiologie, biologie ...), via l'application des nomenclatures des actes.

Les principes ayant présidé à cette tarification des services d'urgences ont été les suivants :

- Système identique pour les secteurs public et privé.
- S'appliquant aux services autorisés.
- En tenant compte, pour la fixation des montants, des différences dans les systèmes de rémunération des praticiens ; l'ATU a été fixé de manière identique dans les deux secteurs mais ce sont les montants des FAU qui ont différé.
- Le case-mix, ou éventail des prises en charge d'un point de vue médico-économique, n'a pas été pris en compte : d'une part parce que cela aurait exigé un recueil exhaustif demandant une charge de travail importante, d'autre part parce que ce case-mix était apparu comme très similaire d'un service d'urgences à un autre dans les enquêtes réalisées, quelle que soit la catégorie d'établissement et quel que soit le volume d'activité. Autrement dit, tout se passait comme si les charges supportées par les services d'urgences dépendaient essentiellement de leur volume d'activité, et non de la nature des prises en charge.
- Le système était conçu pour couvrir les coûts moyens observés dans les services d'urgences ; les différentes sources disponibles (retraitements comptables, base d'Angers, effectifs paramédicaux dans SAE) ont permis d'établir que ces coûts moyens se situaient entre 130 et 140 € (valeur 2002), toutes charges incluses, dont environ 30 % pour les examens complémentaires prescrits (avec toutefois de fortes disparités entre sites).
- La première tranche de FAU a été volontairement fixée assez haut pour ne pas pénaliser les sites à faible activité.

Le parcours des patients atteints de maladie chronique arrivant aux urgences ne fait pas non plus l'objet d'études spécifiques.

Enfin, un autre thème est souligné dans certains rapports étudiés, mais pourrait être davantage investigué, celui des *indicateurs de qualité*. Le rapport cité ci-dessus de P. Mardegan évoquait la sélection de 4 indicateurs : fréquentation, durée totale de passage, patients partant sans examen médical et délai de mise en place d'une thérapeutique. Ce socle de base pourrait en effet faire l'objet de comparaisons entre services d'urgences si le recueil s'avérait possible en routine. D'autres indicateurs pourraient encore être envisagés mais la littérature est assez pauvre sur ce thème. C'est le temps d'attente et le temps de passage qui font l'objet des principaux travaux.

Sur le plan méthodologique, c'est la méthode prospective qui est privilégiée. Les quelques études qui se sont fondées sur un recueil rétrospectif sur dossiers médicaux ont toutes souligné la difficulté de l'exercice. Il y a un nombre important de données manquantes.

4 La tarification des établissements de santé : Rappel des enjeux, des modalités, des schémas cibles et transitoires, 2008 : <http://www.sante.gouv.fr/documents-pedagogiques.html> (annexe 4)

Dans la plupart des cas, un questionnaire *ad hoc* a été construit, avec souvent interrogation des patients, parfois interrogation des médecins de ville. L'implication des médecins urgentistes dans la réalisation de ces enquêtes est la règle.

Une limitation de ces enquêtes est leur caractère ponctuel sur le plan géographique. Il s'agit la plupart du temps d'une analyse de l'activité d'un seul établissement. Toutefois, quelques études rapportées sont de plus grande ampleur :

- Étude nationale sur la prise en charge des AVC (Woimant et al., 2003), les services d'urgences ne constituant d'ailleurs qu'un volet de la démarche.
- Étude nationale sur les décès dans les services d'urgences (Le Conte et al., 2010).
- Enquête nationale sur les moyens et l'accueil des urgences pédiatriques (Hue et al. 2011), cette enquête faisant d'ailleurs suite à plusieurs enquêtes régionales (Nord-Pas-de-Calais, agglomération lyonnaise).

Une autre limite fréquemment évoquée réside dans le côté déclaratif pour la réponse à certaines questions ; les questions sur la consommation de soins antérieure par exemple se heurtent au biais de mémorisation ; et par ailleurs, sur les questions de revenus notamment, une proportion importante de patients refuse de répondre. Et une interrogation dans le contexte des urgences n'est pas forcément un bon contexte pour recueillir des informations exhaustives sur les questions périphériques à ce qui motive le passage du patient (cela est noté surtout pour le recueil des antécédents).

Lorsque le format de l'enquête prévoit une interrogation à distance des patients, il existe le risque d'un taux significatif de perdus de vue.

Il est relevé enfin parfois la difficulté de recueillir une information fiable sur les délais (temps d'attente, temps de passage, etc.).

On peut par ailleurs noter la généralisation de l'utilisation de l'échelle CCMU pour scorer le degré de gravité (même si ponctuellement, d'autres échelles ont pu être utilisées, plus spécifiques d'une affection donnée). Il reste que l'interprétation des grades 1 et 2 est délicate aux yeux des auteurs : comment fixer de manière objective la frontière entre 1 et 2 ? Les CCMU 1 peuvent-ils être vraiment considérés comme des passages évitables ? Comment interpréter un stade CCMU 2 où sont classés souvent les 2/3 des patients ?

Une dernière problématique de méthode concerne les entrées directes dans les services dans un contexte d'urgence (ophtalmologie, gynécologie, cardiologie...) : sauf dans les établissements qui obligent ces patients à passer tout de même par le service d'urgences, cette activité échappe souvent au recensement. En gynécologie, toutefois, les prises en charge urgentes directement admises font l'objet d'un enregistrement identique à un passage par la structure d'urgence avec un forfait ATU.

2.4 Quelques éclairages issus des comparaisons internationales

Le rapport de la DHOS de 2002 sur les comparaisons des sites d'urgences dans 10 pays⁵ permet de faire un état des lieux et de réaliser un point sur les problématiques les plus importantes. Trois fiches par pays sont données en annexe (Espagne, Allemagne, Italie), illustrant les informations obtenues lors de cette vaste enquête. Quelques éléments de synthèse sont donnés ci-après.

Les urgences extra-hospitalières

Tous les pays disposent d'un numéro d'appel en urgence national. Certains pays en possèdent plusieurs dont la France. Le nombre d'appels urgents augmente dans tous les pays d'une façon importante, en moyenne de 13 % par an, avec une augmentation moins importante du nombre d'interventions en découlant.

⁵ France, Allemagne, Italie, Espagne, Belgique, Royaume-Uni, Finlande, Suède, Norvège, Portugal.

La régulation des appels extra-hospitaliers se fait par l'intermédiaire de centres de régulation médicalisés comme en Espagne, France, Italie, Portugal, Norvège. Ce sont des opérateurs ou permanenciers qui identifient la nature des appels, localisent l'interlocuteur et posent les premières questions. Dans les autres pays (Allemagne, Royaume-Uni, Belgique, Finlande, Suède), la régulation est faite par des opérateurs qui sont des civils ou des infirmières ayant reçu une formation spéciale au niveau de chaque centre. Il n'y a pas de médecins dans l'enceinte des lieux de réception des appels (ce qui n'implique pas l'existence d'erreurs ; les réponses sont adaptées). Il faut noter qu'une assistance médicale 'en ligne' est souhaitée dans les pays où elle n'existe pas, pour guider les opérateurs dans certains cas difficiles ou inhabituels.

Les moyens d'intervention se partagent entre véhicules légers, lourds, et hélicoptères. En France, en Espagne, en Italie et au Portugal, on trouve deux types de transports : médicalisé avec matériel de réanimation ou simple ambulance avec chauffeur. En Espagne, par exemple, des 'unidad d'Atencion Domiciliaria' comprennent un chauffeur avec un médecin ou une infirmière pour les petites urgences, avec visites à domicile sur demande du centre de régulation. En Belgique, il existe des secouristes ambulanciers. En Allemagne, ce sont des "assistants de secours". Au Royaume-Uni et en Norvège, les 'paramedics' sont des infirmiers formés à la médecine d'urgence qui assurent seuls la prise en charge de malades parfois en détresse vitale ; ils sont habilités à faire les premiers gestes médicaux et représentent une alternative au médecin (mais peuvent solliciter leur assistance).

La permanence des soins est particulièrement bien organisée en Espagne avec des médecins organisant des tours de garde (sauf dans les grandes villes), des centres de santé fonctionnant aux heures ouvrables, des 'Puntos de Atencion Continuada' (soins continus) fonctionnant H24 et les 'Unidad de Atencion Domiciliaria' assurant des soins médicaux et infirmiers au domicile et gérés par les centres de régulation. En Italie et au Portugal, il existe des centres de santé publics et des services d'assistance permanente, mais les délais d'attente sont longs. En Finlande, Norvège et Suède, des centres de santé primaires, avec des médecins généralistes, sont ouverts en continu et assurent l'accueil des patients, relayant ainsi les services d'urgences hospitalières, ce qui a permis de limiter l'afflux des patients dans ces derniers. En Allemagne, Belgique et France, les médecins généralistes ont l'obligation d'assurer des tours de garde (mais ne l'appliquent pas toujours) ; les patients font appel aux numéros d'appel urgents ou directement aux services d'urgence, ce qui surcharge ceux-ci. Ce constat a conduit au Royaume-Uni à l'ouverture dans les grandes villes de centres de diagnostic rapide et de traitement appelés 'Walk-in Centers', ouverts H24 avec une permanence infirmière et médicale continue, un service de radiologie et un laboratoire de biologie permettant de réaliser les examens de base. En France, des initiatives locales ont pris la forme de 'maisons médicales'.

Le rapport fait également le point sur les modalités de financement des urgences extra-hospitalières mais ces données, dans beaucoup de pays (dont la France), sont obsolètes. On peut toutefois retenir que plusieurs sources de financement existent : budget des hôpitaux, budget global de la santé, régions ou caisses d'assurance maladie.

Les urgences intra-hospitalières

L'augmentation de la fréquentation des services d'urgence est un phénomène commun à 9 des 10 pays, l'exception étant le Portugal (où une stabilité est observée).

Plusieurs facteurs sont mis en cause :

- essentiellement l'augmentation du degré d'exigence de la population qui est habituée à disposer de tous les services très rapidement et revendique au même titre le droit aux services de santé ;
- l'anticipation par le patient du besoin de recours au plateau technique, au prix d'un certain temps d'attente ;
- le vieillissement de la population lié à l'amélioration des conditions de vie et des connaissances médicales ;
- et le désengagement de certains généralistes de ville dont les cabinets sont aussi toujours pleins et qui ont des horaires de travail souvent très contraignants.

Il y a aussi l'observation générale que plus on améliore l'offre, plus la demande augmente !

Le Royaume-Uni, avec la création de centres de diagnostic rapide et de traitement, espère remédier à la surcharge des services d'urgence. Dans les pays scandinaves, les centres de santé locaux et les hôpitaux ont des services ouverts H24 avec des consultations de médecine générale dans les premiers et des consultations spécialisées dans les seconds. La Norvège fait exception car il n'y a pas de libre accès aux services d'urgence des hôpitaux ; seuls les patients venant par ambulance ou adressés par leur médecin traitant accèdent aux services d'urgence. La Belgique envisage d'instaurer un système de pénalisation financière en cas d'utilisation abusive des services d'urgence.

Plusieurs initiatives sont mises en place pour gérer la saturation des lits d'hospitalisation aiguë par les personnes âgées présentant des pathologies chroniques ne nécessitant pas forcément des soins très spécialisés : création au Royaume-Uni de maisons de soins infirmiers où une assistance médicale peut être demandée mais n'est pas permanente. La Suède propose aux personnes âgées de rester chez elles, avec l'assurance qu'un médecin se rend sur place en moins de 20 minutes en cas de nécessité. Cette initiative permet la libération de lits aigus et une économie sur les dépenses liées à l'hospitalisation, tout en assurant un confort psychologique et matériel à ces personnes qui souhaitent le plus souvent rester à domicile.

Le tri des patients s'effectue selon un système de triage mis en place à l'échelon national 'le Manchester Triage System' au Portugal et au Royaume-Uni. Une étude anglaise indique que les erreurs de tri peuvent être liées à une mauvaise formation des infirmières. Dans les autres pays, le tri est réalisé par des infirmières d'accueil. En Espagne et en Italie, les patients sont triés par degré de gravité selon le système de Manchester. Pour les autres pays, chaque service utilise un système de catégorisation des patients qui lui est propre.

Dans pratiquement tous les pays visités, le patient qui vient aux urgences est toujours vu par un médecin qui prend toutes les décisions. Au Royaume-Uni et en Suède, certaines infirmières sont formées dans le service qui les emploie et sont appelées 'Nurses practitioners' ; elles ont une autonomie d'évaluation et de prescription dans des situations médicales simples.

Dans les pays scandinaves, au Portugal, Italie, et Espagne, il n'y a pas de spécialisation en médecine d'urgence ; en Belgique et au Royaume-Uni, la médecine d'urgence est une spécialité médicale ; en Suède, des hôpitaux forment des jeunes médecins à la médecine d'urgence.

Les services d'urgence des pays étudiés sont financés par le budget de l'hôpital. La consultation aux urgences est totalement gratuite pour le patient en Allemagne et en Espagne ; elle coûte le prix du ticket modérateur en France et au Portugal. En Italie, cela dépend du motif de consultation : gratuité s'il s'agit d'une urgence véritable ; une participation financière est demandée au patient sinon.

Ainsi, à partir de ce rapport d'ensemble et de quelques autres références identifiées dans la recherche bibliographique, on peut identifier les problématiques les plus fréquemment rencontrées, dans un contexte général d'augmentation de la fréquentation des services d'urgences et du nombre d'appels urgents :

- **Modalités de transport d'urgence pré-hospitalier** ; il s'agit sans doute de la problématique la plus importante, et la plus « clivante », faisant l'objet de choix d'organisation très différents entre pays : non médicalisé aux États-Unis ('paramedics') et médicalisé en France par exemple.

Plusieurs revues ont cherché à tirer des enseignements d'une comparaison entre les deux systèmes. Roudsari et al. (2007) ont ainsi réalisé une étude multicentrique dans plusieurs pays (5 pays avec le système non médicalisé et 4 pays avec le système médicalisé) sur des échantillons de patients atteints de traumatisme. Le taux de choc aux urgences est similaire dans les 2 systèmes, une fois les données ajustées selon l'âge, le sexe, le mécanisme du traumatisme, le score de gravité. Par contre, le taux de mortalité précoce (dans les 24 heures) est significativement plus bas dans le système médicalisé. Mais il était noté aussi une forte hétérogénéité des résultats selon les pays, même au sein d'un même système.

L'avantage du système américain souligné par les auteurs français reste dans la mise en place de véritables filières pour les traumatismes, avec des centres de référence, les 'trauma centers'.

Une comparaison complète entre les systèmes demande que soient analysés l'ensemble des facteurs : type de professionnels intervenant, formation, temps d'intervention et temps de transport, type d'actes de réanimation permis pendant le transport, et par quels types de professionnels, assurance qualité... (Dick, 2003).

Parmi les débats, figurent aussi les différences dans les cursus de formation des médecins avec observation d'un mouvement vers la « fusion » entre les organisations pré-hospitalières et hospitalières des urgences.

Des comparaisons transfrontalières sont aussi réalisées. Ainsi, un travail récent compare la prise en charge des patients polytraumatisés dans les Pyrénées Atlantiques et en Navarre en Espagne (Gomez de Segura Nieva et al., 2007). Une cohorte de 614 patients a été suivie entre avril 2001 et mars 2002 (278 en France, 336 en Espagne). Les deux systèmes sont très proches : numéro d'appel unique (le 112), interventions médicalisées (précisément dans 90 % des cas en France, 75 % des cas en Espagne)... Des différences significatives sont trouvées entre les deux pays sur les critères suivants: délai d'arrivée (16 min en Navarre, 20 min en Pyrénées Atlantiques ; à noter qu'un autre travail trouvait 9 min en Italie), procédures utilisées... mais les taux de mortalité globaux sont similaires. Toutefois, les taux de mortalité sont significativement plus élevés dans les services d'urgence côté français, alors qu'ils sont plus bas in situ. Tout se passe comme si en France, des moyens importants étaient mis en œuvre pour des patients ayant peu de chances de survie. D'ailleurs, il y a aussi un taux plus élevé de réanimation cardio-respiratoire côté français.

- **Modalités de régulation et organisation des numéros d'appel urgent** : l'esprit général est d'arriver à l'unicité du numéro d'appel ou au moins à l'interconnexion des différents numéros.
- **Permanence des soins en ambulatoires** ; une revue de Hartmann et al. (2006) a comparé les systèmes français, allemands, espagnols, italiens, anglais et suédois. Ce travail présente les différents modes d'organisation de la permanence des soins dans ces pays, mettant en exergue les convergences, et s'interroge sur les limites des modèles traditionnels (difficultés pour réguler les installations de médecins, problèmes de compétence, mésusage du système de permanence des soins, inéquité dans l'accès aux soins d'urgence, défaut de coordination entre soins de ville et soins hospitaliers, dérive des coûts notamment dans la nuit), pour discuter les nouvelles formes d'organisation de la permanence des soins. Le modèle cible pour plusieurs pays est celui de la gestion intégrée de la permanence des soins avec centre d'appels unique qui opère le tri, incitations à la meilleure coordination (formes associatives d'exercice, interconnexions informatiques, coopérations entre professionnels...), information de la population, responsabilisation des patients par un co-paiement, évaluation régulière.
- **Modalités de tri des patients aux urgences** ; une revue a été récemment publiée sur ce thème (Christ et al., 2010), identifiant la variété des outils utilisés dans les différents pays. 4 instruments surtout sont répertoriés : the Australasian Triage Scale (ATS), the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), the Manchester Triage System (MTS), and the Emergency Severity Index (ESI). Les échelles portant sur 5 niveaux apparaissent supérieures à celles sur 3 niveaux en termes de validité et de reproductibilité. Et parmi les 4 échelles citées, ce sont CTAS et ESI qui présentent les meilleurs taux de reproductibilité. Ces échelles peuvent être utilisées par le personnel infirmier.
- **Temps d'attente et temps de prise en charge** dans les services d'urgences hospitaliers.
- **Disponibilité des lits en aval**, alternatives à l'hospitalisation en aval.

Des travaux complémentaires ont pu être identifiés sur des sujets spécifiques. Ainsi, concernant la *prise en charge des AVC*, une vaste enquête européenne a été réalisée (Leys et al., 2007) afin de déterminer si les recommandations de bonnes pratiques étaient appliquées. 886 hôpitaux accueillant ce type de patients ont été interrogés, dans 25 pays (121 établissements en France). Cet échantillon correspondait à environ le tiers des patients atteints d'AVC au cours de l'année 2005 dans ces pays. La conclusion est que 8,5 % des hôpitaux de l'échantillon seulement disposaient des organisations optimales pour l'accueil de ces patients. Et dans 51 % des cas, même le niveau minimum n'était pas présent.

Le niveau minimum était défini à partir d'une grille de 34 critères, en matière d'effectifs (présence d'un neurologue d'astreinte, d'un médecin formé aux AVC, d'un radiologue d'astreinte, d'une équipe multidisciplinaire, d'un service d'urgence, d'un orthophoniste dans les 2 jours...), de procédures diagnostiques (scanner H24, priorité pour les patients AVC pour le scanner, doppler...), de surveillance (monitoring au lit), sur les traitements invasifs

(protocole de thrombolyse H24), d'infrastructures (soins intensifs, rééducation, « clinique » de l'AVC...), de procédures (programme de prévention, chemin clinique pour les patients atteints d'AVC,...).

Concernant la France, quelques résultats sont marquants :

- C'est le principal pays disposant d'établissements accueillant moins de 50 patients avec AVC par an (20 établissements dans cet échantillon, contre 10 en Allemagne et des chiffres inférieurs dans les autres pays).
- Il existe une forte hétérogénéité entre pays : dans 4 pays (Finlande, Luxembourg, Pays-Bas, Suède), moins de 25 % des établissements n'ont pas le niveau minimum, alors que dans 4 autres dont la France (avec l'Estonie, la Grèce, le Portugal), au moins 75 % des établissements n'accédaient pas à ce niveau minimum requis par les recommandations. En France, le fort taux d'établissements avec moins de 50 patients par an contribue à ce résultat.
- Les principaux critères déterminant un mauvais score dans les établissements ne répondant pas aux recommandations sont : l'accès à un scanner H24, l'accès prioritaire au scanner pour les patients avec AVC, l'existence d'un protocole de thrombolyse intraveineuse H24, l'existence d'un protocole pour le parcours intra-hospitalier du patient avec AVC.

■ 3. ENSEIGNEMENTS DES ENTRETIENS INSTITUTIONNELS

Le but de cette phase consistait à recenser les avis des principaux acteurs institutionnels concernés par les urgences quant aux principales problématiques posées par les urgences hospitalières et les différents axes que pourrait couvrir une future enquête nationale sur les services d'urgences.

3.1 Méthodologie et déroulement des entretiens

3.1.1 Choix des acteurs

Une première liste d'une trentaine d'acteurs avait été définie et soumise au Comité de pilotage de l'étude. Les échanges entre les membres ont permis de préciser les structures et personnes susceptibles d'être interrogées.

Il s'agissait de pouvoir rencontrer les personnes concernées par la thématique Urgences au sein :

- des directions du ministère ;
- de quelques ARS ;
- des agences nationales ;
- des acteurs de l'assurance maladie ;
- des observatoires régionaux des urgences ;
- des fédérations d'établissements de santé ;
- des conférences représentant les CH et CHU ;
- des syndicats de médecins urgentistes ;
- des syndicats de médecine libérale et syndicats de médecins coordonnateurs en EHPAD ;
- des Ordres professionnels.

33 institutions ont finalement été rencontrées ; le tableau en annexe 2 précise quelles ont été les personnes interrogées pour chaque institution.

3.1.2 Modalités de réalisation des entretiens

Une lettre de mission officielle de la DREES et un guide d'entretien permettant un recueil structuré de l'information ont été réalisés par les consultants et validés par la DREES et le comité de pilotage (annexes 3 et 4).

Les acteurs identifiés ont été sollicités pour participer à l'étude *via* l'envoi d'un courriel présentant le contexte de l'étude et comprenant en pièces jointes la lettre de mission ainsi que le guide d'entretien.

Dans un second temps, des relances téléphoniques et courriels ont été réalisés (environ tous les 10 jours) auprès des acteurs n'ayant fait parvenir aucun retour auprès de l'équipe de consultants.

Les entretiens se sont déroulés soit en face à face, soit par téléphone et ce en fonction des souhaits et des contraintes de calendrier des personnes interrogées.

Cette phase a été conduite sur la période du 23 décembre 2011 au 08 mars 2012.

3.2 Synthèse des informations obtenues

3.2.1 Analyse globale des données recueillies

L'idée de reproduire l'enquête de 2002 a été évoquée comme séduisante par de nombreux acteurs, pour disposer d'une nouvelle photographie de la situation 10 ans après (en regrettant d'ailleurs parfois de ne pas avoir une telle description tous les 5 ans).

De même, il y a un certain consensus pour demander une agrégation de toutes les données déjà existantes sur les urgences et la permanence des soins, qui sont peu connues (notamment les données des ORU, sous-utilisées) et de constituer un document de synthèse, régulièrement actualisé, décrivant l'organisation, l'activité, les tendances.

Il n'y a pas, par contre, d'unanimité entre les acteurs rencontrés dans la description de « la problématique Urgences » et même de la vision de l'urgence et, *a fortiori*, des principaux sujets qu'il serait nécessaire d'étudier dans le cadre d'une enquête nationale.

Pour les institutionnels non professionnels des urgences, un certain nombre de constats généraux se sont imposés :

- La notion de « facteur d'engorgement » est ressortie fréquemment lors de ces entretiens (alors qu'elle n'était pas mentionnée dans le guide d'entretien), mais sans qu'une unanimité sur ses causes ne se dégage :
 - Pour certains, c'est le problème des patients CCMU 1 et 2.
 - Pour d'autres, c'est avant tout la question des personnes âgées « stationnant » des heures aux urgences avant de trouver une place en hospitalisation.

Pour les professionnels des urgences rencontrés, les constats principaux sont les suivants :

- La problématique de l'aval des urgences a été présentée comme majeure et donc comme un axe d'analyse indispensable de la future enquête.
- Le principe de comparer les organisations et moyens existants aux référentiels en vigueur (SFMU, SUDF) a été souligné à plusieurs reprises.

3.2.2 Les thèmes principaux qui se dégagent *in fine*

L'analyse des données recueillies a permis de mettre en avant les thèmes qui reviennent fréquemment.

4 sujets majeurs ont été pointés comme des éléments de réflexion clés :

- La régulation : place(s), rôle(s), organisation(s)...
- Les motivations du patient et les caractéristiques de son parcours, son mode d'arrivée, etc. (pour appeler le 15 comme pour se rendre aux urgences).
- L'aval en général : intrahospitalier, extrahospitalier (notamment les relations avec les EHPAD), en soulignant le cas particulier des personnes âgées...
- L'organisation interne des services d'urgences : l'équipement, le personnel, tri/orientation des patients, les systèmes d'information...
 - Les questions concernant les coûts et le financement des structures, l'impact du mode de financement sur l'activité, ont été aussi abordées bien que moins fréquemment.

D'autres sujets sont également importants au regard des problématiques qu'ils soulèvent, mais soit ont été moins souvent cités, soit dépassent le cadre de l'enquête envisagée, c'est-à-dire centrée sur les services d'urgences hospitaliers. Nous retrouvons notamment :

- L'impact de l'organisation de la PDSA, de la présence de maison médicale de garde (MMG) : globalement la notion de premier recours en ville et d'accès aux soins non programmés en médecine ambulatoire.
- L'impact de la précarité (concept délicat à définir, potentiellement à replacer dans le cadre plus large des conditions de vie).

- L'impact des filières spécialisées (exemple : AVC) et de l'accès aux spécialistes (ophtalmologie...).
- L'intérêt d'une enquête directement auprès des EHPAD.

En outre, il a été signalé à de nombreuses reprises l'intérêt d'évaluer l'application des référentiels existants (décrets sur le SMUR, référentiels SFMU ou SAMU-Urgences de France...). Sans nier l'intérêt de ces problématiques, il peut être considéré qu'elles ressortent des approches menées par l'ANAP, la HAS, la DGOS et qu'une enquête nationale n'apportera pas d'éléments supplémentaires déterminants pour la politique future en la matière.

D'autres sujets évoqués font l'objet de travaux déjà engagés : la question des indicateurs de qualité, traitée par la DGOS ; la question des relations SDIS/SAMU qui relève de la commission d'évaluation quadripartite.

Enfin, certains sujets ont été, de manière plus ou moins « étonnante », très peu cités :

- L'impact de la différence du mode de financement entre secteurs privé et public.
- Les transports pré-hospitaliers.
- La formation des professionnels.

À noter enfin que certaines questions évoquées dans les entretiens peuvent trouver leur réponse à partir des sources de données existantes ou légèrement complétées (ex : lien entre motifs d'arrivée et temps d'attente, entre gravité et temps d'attente, corrélation entre organisation de la PDSA et activité des urgences, prescriptions aux urgences, analyse du maillage du territoire en SMUR...).

- Il faut à cet égard souligner qu'il existe déjà 3 ORU avec plusieurs années de fonctionnement (Midi-Pyrénées, PACA, Limousin), et l'ORU de Lorraine plus récent, qui produisent de nombreuses données qui pourraient servir de socle à une approche quantitative plus complète. Cette approche quantitative devrait permettre de dresser un état des lieux des prises en charge même si toutes les régions ne sont pas représentées.
- Par ailleurs, l'ajout de quelques données au RPU (ponctuellement ou de façon pérenne) pourrait améliorer de façon significative cette source d'information (notamment provenance d'EHPAD, patients en CMU / CMUC).

■ 4. ENSEIGNEMENTS DES 5 MONOGRAPHIES DE TERRITOIRES

4.1 Méthodologie

L'étude qualitative a été approfondie au cours de 5 monographies de territoires, afin de confronter les enseignements de l'analyse bibliographique et des entretiens institutionnels aux réalités de terrain.

4.1.1 Choix des territoires

Le problème même de la définition du type de territoire à enquêter est en soi une difficulté :

- La définition actuelle des territoires de santé est évolutive dans les régions : souvent le département est retenu, mais avec, dans certaines régions (ex. du Nord-Pas-De-Calais), une définition de zones de proximité (15 pour la région, soit une taille moyenne de 270 000 hab.).
- Le bilan des SROS 3 établi par l'IRDES avait identifié 153 territoires de santé pour la métropole pour une taille moyenne de 374 000 hab., avec de fortes variations entre régions (entre 28 000 hab. et 1,3 million !).
- Le raisonnement sur les urgences et la permanence des soins requiert cependant une analyse de proximité ; on est en général dans l'infra-départemental, plutôt à l'échelle d'un arrondissement ou de 2 arrondissements (au sens des divisions administratives utilisées par l'INSEE).
- Les secteurs de permanence des soins ambulatoires paraissent par contre trop limités.

Sur la base de ces arguments, a été retenue en général l'échelle de l'arrondissement ou, pour les départements peu peuplés, l'ensemble du département.

Plusieurs critères structurants ont été utilisés pour qualifier des territoires aux caractéristiques contrastées :

- Nombre de services d'urgences sur le territoire (situation ou non de concurrence) et présence éventuelle d'un service en établissement privé lucratif.
- Offre en matière de permanence des soins ambulatoires / Présence d'une maison médicale de garde (ou de plusieurs) / Présence de SOS médecins / Densité de médecins généralistes.
- Zone urbaine / zone rurale.

Certains de ces critères se recoupent (en zone rurale, on a souvent une densité faible de médecins généralistes et un nombre limité de services d'urgences...). Ainsi, compte tenu de la combinatoire, et en éliminant des situations peu fréquentes ou redondantes, ont été distingués 5 cas de figure :

- Un seul service d'urgence sur le territoire, densité de médecins généralistes faible.
- Plusieurs services d'urgences sur le territoire, dont un privé, densité de médecins généralistes faible.
- Plusieurs services d'urgences sur le territoire, dont un privé, densité de médecins généralistes forte.
- Plusieurs services d'urgences sur le territoire, sans urgences privées.
- Site dans une très grande ville.

Pour chacun de ces 5 cas, 3 choix ont été proposés par l'équipe de consultants au comité de pilotage, qui a retenu un site par cas.

Le choix final a, en outre, tenu compte d'autres critères pour enrichir la variété des situations :

- Présence d'un ORU.
- Nombre de passages annuels aux urgences et nombre de sorties SMUR.
- Montant total PDSA dans le département, en euros par habitant.

Au total, ont été enquêtés les territoires suivants :

- Département de la Lozère.
- Arrondissement de Montluçon, Allier.
- Arrondissement de Limoges, Haute-Vienne.
- Arrondissement d'Avignon, Vaucluse.
- Lyon-Est.

4.1.2 Modalités d'enquête

La procédure suivante a été adoptée :

- 1^{er} temps : envoi d'une lettre au directeur d'établissement le plus concerné dans le territoire choisi pour accord de principe et accord sur la nomination d'un référent interne (qui prend soin d'avoir l'accord des urgentistes) :
 - Si oui, poursuite des contacts.
 - Si non, choix d'un territoire différent dans la même catégorie (cette situation est survenue une fois).
- 2^{ème} temps : organisation, avec le référent, de la visite sur place dans l'établissement et ses éventuels partenaires (si MMG sur le site par exemple).
- 3^{ème} temps : identification en parallèle des autres interlocuteurs à interroger (médecine de ville, représentants locaux des institutions, autres établissements du territoire...).
 - Sollicitation individuelle par courrier et/ou par téléphone.

Le nombre d'entretiens par territoire a été variable, en fonction du nombre de sites. Ont été rencontrées les personnes suivantes :

- Directeur de l'établissement ou son représentant.
- Président de la CME.
- Chefs de service, chefs de pôle des services urgences / SAMU / SMUR.
- Cadres de soins des urgences, et éventuellement infirmières des urgences.
- Cadres administratifs de pôle.
- Cliniciens en liaison fréquente avec le service d'urgences (orthopédie, gériatrie, pédiatrie...).
- Pour l'ARS : le Délégué Territorial du département concerné et le chargé de la PDS au Siège.
- Conseil départemental de l'Ordre des médecins.
- URPS.
- SOS médecins (le cas échéant).
- médecins de la MMG (le cas échéant).
- Éventuellement EHPAD.

Les visites sur place ont eu lieu sur plusieurs journées et un guide d'entretien a été utilisé pour homogénéiser la recherche d'information (annexe 5).

4.2 Présentation synthétique des enseignements des 5 monographies de territoires

Nous présentons ici les synthèses des monographies réalisées, en mettant l'accent sur les principales problématiques rencontrées et évoquées lors des entretiens. Les listes des personnes interrogées sont données en annexe 2.

4.2.1 Département de Lozère

Présentation du territoire

Démographie

Population : 77 163 hab.

Densité de population : 15 hab. /km².

Densité de médecins généralistes du département : 140 pour 100 000 (moyenne nationale : 162).

Données d'activité (SAE 2010) CH de Mende

- Services d'accueil des urgences : 17 448 passages dont 1 285 hospitalisés en UHCD (4 lits).
- SAMU : nombre d'appels décrochés : 212 465 (et 50 835 dossiers de régulation).
- SMUR : nombre de sorties primaires : 1 329 terrestres. et nombre de sorties secondaires : 152 terrestres.

Organisation de la permanence des soins ambulatoires

- N° spécifique d'appel pour la permanence des soins, à 10 chiffres, renvoyant le patient sur le centre 15.
- 14 secteurs pour la permanence des soins, avec présence en nuit profonde (sauf à Mende même).
- Pas de maison médicale de garde.
- Pas de SOS médecins.
- Montant total de la PDSA dans le département (source CNAMTS, 2008) : 13,85 euros par habitant (moyenne nationale : 5,80).

Autres caractéristiques

Territoire très rural, le moins peuplé de France.

Problématiques rencontrées sur le territoire

Urgences adultes et pédiatriques

L'organisation est fluide et s'appuie sur un pré-tri des patients du fait d'une régulation bien organisée, d'une permanence des soins ambulatoires organisée en 14 secteurs et de fortes relations entre médecins ; les médecins généralistes du département téléphonent eux-mêmes au Centre 15 si besoin et en tout cas avertissent les urgences de l'adressage d'un patient. Par contre, les ressources humaines médicales et para-médicales sont insuffisantes et donc impliquent une mutualisation des fonctions, mais cela trouve ses limites.

La caractéristique principale de la Lozère est sa ruralité, avec faible démographie et faible concentration médicale (et vieillissement du corps médical). Les acteurs rencontrés soulignent que la problématique de ces 'petits centres d'urgences' ne peut pas être équivalente à celle des 'grands centres'. En effet, grossièrement, la problématique des grands centres est l'aval alors que la problématique de tels petits centres est d'assumer le service public dans des régions montagneuses, difficiles d'accès avec un faible nombre de médecins généralistes. Par contre, la filière d'aval pour les personnes âgées est bien maîtrisée.

Les problématiques de fond résident dans les motivations des patients et l'anticipation des problèmes, notamment pour les personnes âgées, avant que celles-ci arrivent aux urgences, ou pour les personnes venant aux urgences pour une simple consultation de spécialiste, par impossibilité de trouver un rendez-vous rapide en ville.

Permanence des soins ambulatoires

Le département est divisé en 14 secteurs (nombre de secteurs élevé dû à l'accès difficile dans certaines zones) pour la permanence médicale de nuit et de week-end. Cette permanence des soins est liée au Centre 15 ; le numéro d'appel pour la permanence des soins est un numéro à 10 chiffres qui en fait arrive directement au Centre 15, précisément à la régulation libérale présente dans les locaux du SAMU, qui régule ainsi l'appel. C'est un système qui permet de ne pas déranger les médecins généralistes pour un déplacement inutile *a priori*, mais le médecin généraliste peut, après réception de l'appel, et conférence à 3, donner des conseils, recommander de venir en consultation, voire se déplacer.

SAMU/SMUR

Le SAMU/SMUR est localisé à Mende. Autour de Mende, il n'y a pas de problème de durée de transport mais très vite, cette durée s'allonge et peut atteindre 45 – 60 minutes (voire plus en cas de temps hivernal). L'ALUMPS, l'Association Lozérienne des Urgences Médicales et de Permanence des Soins, coordonne la mise à disposition de Médecins Correspondants du SAMU (MCS) qui partent sur le lieu d'urgence et peuvent donc être sur place en moins de 15 minutes, ce qui permet de pratiquer le premier geste médical et donc d'éviter une perte de chance des patients avant l'arrivée du SMUR (parti en même temps que le MCS). Ce type d'organisation est peu onéreux (environ 140 000 euros par an) par rapport à l'installation d'une antenne SMUR, et est efficace (une centaine de déplacements par an avec 90 % d'urgence vitale).

Principales réussites de l'organisation des urgences sur le territoire

- La régulation efficace, avec une éducation de la population à l'utilisation du n° d'urgence à 10 chiffres.
- L'organisation de l'ALUMPS pour la permanence des soins et le SAMU/SMUR.
- Le maintien d'une permanence des soins sur l'ensemble du département, y compris en nuit profonde.
- La mutualisation des ressources humaines au sein des services des urgences, SAMU et SMUR.

Principaux problèmes rencontrés

Les distances sont grandes, avec des délais incompressibles. L'éloignement du CHU constitue aussi une difficulté. Les transports sur les réseaux secondaires prennent des heures.

Dans certaines disciplines, l'insuffisance de médecins rend nécessaire la présence de remplaçants bien payés qui ne veulent pas être titulaires (car souvent assurant différents postes dans différents établissements de santé). Cet état de fait a différentes implications négatives :

- Fragilité des services puisque ces médecins ne resteront pas (turn-over important).
- Coût important pour le centre hospitalier (par ailleurs déficitaire).
- Contestation des médecins titulaires vu l'inégalité de rémunération et le coût que cela implique pour le centre hospitalier.

Axes d'amélioration prévus

- Rechercher des médecins « volants » pour les secteurs fragiles en permanence des soins.
- Disposer d'un hélicoptère plus souvent dans l'année (même si l'hiver, l'accès est souvent difficile).

Aspects budgétaires

Il n'y a pas encore de compte par pôle mais le centre hospitalier est en déficit.

4.2.2 Arrondissement d'Avignon

Présentation du territoire

Démographie

- Population (2009)
 - 85 937 habitants pour la ville d'Avignon.
 - 269 828 habitants pour l'arrondissement d'Avignon.
 - 499 685 habitants pour le département du Vaucluse.
- Densité de population
 - 1 406 habitants / km² pour Avignon.
 - 292 habitants / km² pour l'arrondissement d'Avignon.
 - 149 habitants / km² pour le Vaucluse.
- Densité de médecins généralistes du département Vaucluse : 168 pour 100 000 (rappel moyenne nationale : 162).

Services d'accueil des urgences : nombre de passages (données 2011)

Le territoire du Vaucluse regroupe sept services d'urgences (dont trois sont organisés en Fédération) : Avignon, Orange, Cavaillon, Carpentras, Valréas, Apt, Pertuis et Vaison.

■ CH d'Avignon :

Urgences adultes : 49 500 passages.

- Urgences pédiatriques : 24 000 passages.
- Fédération Orange – Valréas – Vaison : 43 000 passages.

■ dont CH d'Orange : 25 000 passages

Nota bene : Apt, Cavaillon et Pertuis ne font pas partie de l'arrondissement d'Avignon, objet de la présente monographie.

SAMU

CH d'Avignon : environ 120 000 appels par an.

La régulation est assurée au CH d'Avignon, sur une plateforme commune avec le SDIS.

SMUR

- Avignon : 1 354 sorties primaires / 1 294 sorties secondaires / 350 sorties hélicoptère
- Orange : 1 326 sorties primaires / 300 sorties secondaires
- Vaison : 350 sorties primaires / pas de sorties secondaires

Sur le département, le SMUR réalise environ 9 000 sorties annuelles.

Les sorties secondaires sont réalisées uniquement par le SMUR d'Avignon sauf pour le CH d'Orange, où le SMUR d'Orange réalise l'ensemble des transferts au départ de son CH.

Organisation de la permanence des soins ambulatoires

Le Vaucluse comprend 3 zones de PDSA :

- La zone d'Avignon, qui dispose :
 - d'une MMG adossée au CH (17 000 consultations en 2011 dont 22 % orientées par le SAU).
 - d'un SOS médecins.
- Une zone disposant d'une obligation de soins jusqu'à minuit et le week-end, avec un nombre de médecins généralistes suffisant.
- Une zone où il n'y a plus de permanence des soins ambulatoires la semaine, avec une ouverture des cabinets généralistes jusqu'à 20h la semaine et un maintien de la permanence des soins ambulatoires le week-end.

Trois autres points sont notables :

- 85 % des médecins généralistes réalisent des gardes sur le département.
- Il existe une seule garde de spécialité libérale sur le territoire – l'angiologie située sur Avignon – le reste étant assuré par les établissements de soins.
- Le montant total de la permanence des soins ambulatoires dans le département est de 5,57 euros par hab. contre 5,80 pour la moyenne nationale (source CNAMTS, 2008).

Enfin, il existe *un ORU* dans la région PACA.

Problématiques rencontrées sur le territoire

Urgences Hospitalières

La problématique principale se situe autour des disponibilités en lits d'aval des urgences, notamment pour les personnes âgées polypathologiques.

La part des personnes âgées prises en charge aux urgences est la résultante d'une part, pour une majorité des prises en charge, de l'absence de permanence de soins sur certaines zones du territoire ou de difficultés pour ces populations de se déplacer en cabinet de ville et d'autre part, de la sous médicalisation des structures médico-sociales.

Par ailleurs, l'augmentation constante de la fréquentation des SAU semble résulter du fait que la population recherche une offre de soins complète, sur un lieu unique, ne nécessitant pas une avance de frais immédiate. Il y a un fort sentiment que la prise en charge est « gratuite », qui peut amener certaines populations à attendre la fermeture des structures assurant la PDSA (lorsqu'elles existent) pour se rendre au SAU afin de ne pas être réorientées vers la MMG.

Le CH d'Avignon doit, quant à lui, faire face à des problématiques spécifiques :

- Des problèmes de violence ont amené l'établissement à mettre en place quotidiennement, aux urgences adultes, un maître-chien sur le créneau 20h – 3h.
- Une prise en charge de patients suite à une réorientation d'un autre SAU du territoire qui, par « confort » ou « manque de formation », préfère adresser un patient « chirurgical » vers le centre de référence du territoire.

Concernant ce dernier point, la multiplicité des services des urgences (qui est également un atout) sur le territoire est source de difficultés pour pourvoir l'ensemble des postes médicaux des petites structures (notamment Apt et Cavaillon) et assurer une homogénéité de la qualité de prise en charge. Le regroupement de ces structures en fédération ou communauté hospitalière semble être la solution (un projet de communauté hospitalière de territoire étant à l'étude entre Avignon, Apt et Cavaillon).

Permanence des soins ambulatoires

Une zone du territoire ne dispose pas de permanence des soins, du fait d'une faible démographie médicale, la permanence des soins ambulatoires étant alors assurée par les SAU.

Avignon dispose d'une permanence des soins assurée par la MMG (depuis le 1^{er} mai 2004) située dans l'enceinte du centre hospitalier et par SOS médecins. Mais ce dispositif ne semble pas en mesure de répondre à l'ensemble des demandes de la population puisque la fréquentation des urgences d'Avignon est toujours en continuelle hausse depuis 2004.

Par ailleurs, sur le reste du territoire, le vieillissement de la population médicale laisse présager de grandes difficultés à venir pour maintenir une permanence des soins.

Il est indiqué dans les entretiens que le système de financement actuel incite les établissements à rechercher des recettes, ce qui peut mettre en échec certains projets comme la création de MMG.

SAMU

La régulation libérale actuellement réalisée, au Centre 15, par une trentaine de médecins généralistes laisse présager un problème de renouvellement dans les années à venir en raison de la courbe démographique vieillissante.

Plus de 50 % des appels sont des demandes de conseils ou de gestion des problèmes sociaux. Et la population semble confondre les numéros 15, 112 et 18...

SMUR

Un nombre de sorties SMUR plus important que la moyenne nationale est constaté sur le territoire, résultant probablement de l'absence de permanence des soins ambulatoires dans certaines zones à faible densité médicale.

Certaines sorties SMUR se réalisent également sur le département du Gard, limitrophe au département du Vaucluse.

Le SMUR est confronté à des problèmes d'incivilité, de violence et de non reconnaissance de la mission de la part de la population.

Une dérive des tâches demandées au SMUR est constatée, avec un glissement vers des tâches de permanence des soins ne correspondant pas à l'activité première d'un SMUR (telles que la réalisation de certificats de décès par exemple).

Principales réussites de l'organisation des urgences sur le territoire

- La Fédération Orange, Valréas et Vaison a permis de pallier les problèmes de démographie médicale, d'homogénéiser la qualité de prise en charge et la formation des personnels soignants et médicaux sur l'ensemble des trois structures en permettant de trouver des médecins compétents et capables d'intervenir seuls dans une petite structure, tout en gardant des effectifs complets et attractifs.
- La plateforme de régulation commune SDIS – SAMU a permis d'améliorer la collaboration entre les différents acteurs et de favoriser le travail en commun du fait de cette proximité géographique.
- Les sept SAU maillant le département permettent à l'ensemble de la population un accès aux soins en moins de 30 minutes.
- La création d'une MMG au sein du centre hospitalier d'Avignon est vue comme un 'plus' apporté à la population, même si le nombre de passages aux urgences n'a pas baissé.

Principaux problèmes rencontrés

- 70 % des patients se présentant aux urgences du centre hospitalier d'Avignon pourraient être pris en charge par la médecine de ville. Il y a un problème « d'éducation » de la population sur les vraies fonctions d'un service des urgences.
- La disponibilité en lits d'aval, notamment pour les personnes âgées, est trop faible.
- Le vieillissement de la population médicale des urgentistes et des médecins généralistes dans certaines zones du territoire est un problème à terme.
- L'implication et la motivation des « jeunes » médecins généralistes est moindre pour une permanence des soins qui semble peu attractive.
- Le SAU doit faire face à la prise en charge régulière de marginaux qui trouvent refuge au SAU, notamment l'hiver où leur est souvent interdit l'accès à des structures d'accueil de nuit.
- La qualité et l'homogénéité de la prise en charge des patients sur le territoire ne sont pas assurées.
- Le pourvoi des postes médicaux des petites structures est délicat.
- Les superficies et l'organisation des locaux ne sont pas toujours adaptées à l'afflux de passages auquel doit faire face le SAU (notamment au centre hospitalier d'Avignon).
- L'afflux massif de patients lors du festival d'Avignon est sensible puisque cela correspond à une augmentation de 40 % de la population. Or, cela coïncide avec la période des congés d'été, qui engendre une fermeture de lits et une diminution des personnels présents...

Axes d'amélioration prévus

Le projet de création d'une communauté hospitalière avec les établissements d'Apt, Cavaillon et Avignon.

La mise en place d'une complémentarité entre les spécialistes privés et publics sur la prise en charge des patients au sein d'un territoire donné.

Limiter les passages évitables des personnes âgées au SAU en favorisant l'entrée directe en service de spécialité (exemple : la personne âgée en fin de vie).

Aspects budgétaires

Le pôle du centre hospitalier d'Avignon (Réa, SAMU/SMUR, SAU) est déficitaire, mais le SAU est excédentaire.

Le pôle du centre hospitalier d'Orange est excédentaire (SAU, UHCD et SMUR).

4.2.3 Lyon Est

Présentation du territoire

Démographie de Lyon (chiffres 2009) :

- Population : 479 803 habitants.
- Densité de population : 10 023 habitants / km².
- Densité de médecins généralistes du département du Rhône : 183 pour 100 000 (moyenne nationale : 162).

Services d'accueil des urgences : nombre de passages (données 2011)

Il existe 14 SAU sur Lyon : 3 structures publiques, 2 structures PSPH, 8 Privées et une structure gérée par le Service de Santé des Armées. Toutes ces structures sont ouvertes 24h/24, sauf le SAU de la Croix Rousse qui n'est ouvert la journée que de 7h à 19h.

Le territoire de Lyon Est comporte 2 SAU :

- Hôpital Édouard Herriot (HEH) :
 - Pavillon Médical (N) : 35 000 passages adultes médicaux et psychiatrique.
 - Pavillon Chirurgical (A) : 32 000 passages adultes.
 - Pas d'urgences pédiatriques et gynéco-obstétricales, ces dernières étant prises en charge par l'Hôpital Femme-Mère-Enfant.
 - HEH est le centre d'accueil de l'agglomération pour les urgences ophtalmologiques.
 - La seule structure de prise en charge publique 'SOS mains' de la région (au sens étendu : comprenant les villes de Saint-Étienne et Clermont Ferrand) est présente sur HEH.
- Hôpital Privé Jean Mermoz : 11 331 passages.

SAMU (données 2011) : 335 576 appels.

SMUR

- 10 033 sorties primaires / 5 709 sorties secondaires.
- Dont 1 470 sorties aériennes totales.

Organisation de la permanence des soins ambulatoires

- 50 % des médecins généralistes et pédiatres participent à la permanence des soins.
- La permanence des soins de pédiatrie et d'ORL est assurée par des spécialistes de ville.
- Il existe 6 MMG au sein de la COURLY (Communauté urbaine de Lyon : Vénissieux, Berthelot, Sarrail, Buyer) et 2 autres MMG à Villefranche et Belleville.
 - Création de la première MMG en 2003.
 - 4 MMG sur Lyon et 2 MMG à l'ouest Lyonnais.

- 30 000 actes en 2011 pour les 4 MMG de Lyon centre et 50 000 actes en 2011 pour l'ensemble des 8 MMG du Rhône.
- SOS médecins (données 2011) :
 - 280 000 décrochés / 100 000 actes dont 92 % de visites.
 - 1 MMG.
 - Couvre 55 communes avec 40 médecins.
 - Un standard régulateur et une convention avec le 15.
- Montant total de la permanence des soins dans le département (source CNAMTS, 2008) : 5,79 euros par hab. (moyenne nationale : 5,80).

Problématiques rencontrées sur le territoire

Urgences hospitalières

La problématique principale se situe autour de la disponibilité de lits d'aval, notamment concernant les personnes âgées dont la présence aux urgences est en augmentation croissante d'année en année. En conséquence, on observe, malgré une capacité de 80 lits de post-urgence au pavillon N de l'Hôpital Édouard Herriot (dont 19 lits de post urgence gériatrique), 30 à 40 patients qui patientent chaque nuit sur des brancards dans les couloirs, faute de place.

Cet afflux de personnes âgées au sein des urgences est également expliqué, par les professionnels, par la défaillance des structures médico-sociales, qui sont sous médicalisées et qui, par souci de protection contre d'éventuelles plaintes des familles, adressent leurs pensionnaires aux urgences à la moindre inquiétude.

Les structures d'urgences constatent également la venue de patients adressés par leur médecin traitant afin de réaliser des bilans qui pourraient/devraient pourtant être programmés en ville.

L'Hôpital Édouard Herriot a rencontré des problèmes de violence, en partie en raison du fait que le pavillon N a aussi en charge l'accueil des urgences psychiatriques, qui correspond à 20 % de son activité totale : cette prise en charge médicale et psychiatrique sur un lieu commun est une spécificité propre à l'établissement. Ces problèmes l'ont amené à mettre en place des formations auprès des professionnels de santé, en collaboration avec le Groupe d'intervention de la police nationale.

Enfin, une PASS existe au sein de l'Hôpital Édouard Herriot depuis 2011. Cette dernière est ouverte la journée en semaine, mais son manque d'équipement en matériel et en personnel l'amène à transférer des patients au pavillon N, notamment pour les prises en charge médico-sociales en urgence. Par ailleurs, une forte patientèle relevant des PASS se présente aux urgences la nuit et le week-end et doit être prise en charge au pavillon N. Il est à noter, actuellement, une forte affluence de populations en provenance d'Europe de l'Est se présentant pour des demandes de soins de dialyse.

Permanence des soins ambulatoires

L'afflux de patients au sein des SAU semble être la conséquence, d'une part d'une disponibilité insuffisante des médecins généralistes sur Lyon au regard des besoins et d'autre part d'une mauvaise connaissance de la part des patients du système de la permanence des soins ambulatoires.

En effet, il est estimé que seulement 70 % de la population lyonnaise aurait connaissance des dispositifs de permanence de soins en place. Le numéro unique de la permanence des soins ambulatoires est peu connu de la population. Par ailleurs, la population semble préférer se rendre directement au sein des SAU afin de bénéficier de façon systématique du tiers payant, d'un plateau technique à disposition si nécessaire et de ne pas avoir besoin de prendre de rendez-vous ou de passer par la régulation préalablement à leur venue.

Enfin, les acteurs des MMG et de SOS médecins semblent peu coordonnés.

Il apparaît également que les jeunes générations de praticiens font état d'une démotivation à assurer la permanence des soins car ils estiment assurer des journées de travail déjà suffisamment chargées et ne souhaitent pas travailler en sus le week-end. Certains professionnels avancent l'idée qu'une revalorisation financière et une amélioration des conditions de récupération des gardes devraient être sérieusement étudiées afin d'éviter un problème de pénurie de volontaires dans les années à venir.

De plus, il est à noter que de nombreuses personnes interrogées s'accordent à dire que la T2A a eu un effet pervers sur le taux de réorientation des patients arrivant aux SAU et relevant de la permanence des soins ambulatoires : ce taux est quasiment nul à ce jour sur Lyon et ce même de la part de la régulation du Centre 15 qui semble favoriser une orientation vers les SAU.

Les acteurs hospitaliers invoquent aussi le problème de la responsabilité médicale ne leur permettant pas de réorienter les patients se présentant à la banque d'accueil de leur service et un très faible taux de patients pris en charge relevant de la permanence des soins ambulatoires (de l'ordre de 10 à 30 % selon les acteurs).

SAMU

70 à 75 % des appels réalisés auprès de la régulation concernent la permanence des soins. Les professionnels de la permanence des soins et le responsable du SAMU estiment que le nombre de médecins généralistes à la régulation mériterait d'être renforcé. Par ailleurs, certains s'interrogent sur l'adéquation entre le nombre de médecins présents à la régulation du Centre 15 et la population du département (au regard d'autres départements, il semblerait que ce rapport ne soit pas proportionnel et que le Rhône soit défavorisé alors qu'un réel besoin existe).

Par ailleurs, la régulation n'a aucune connaissance des flux de patients en attente dans les différents SAU de la ville, sauf quand la direction d'un établissement appelle afin de demander d'orienter les patients vers un autre SAU. Cette situation amène certains SAU à être régulièrement engorgés alors que d'autres sont vides.

L'hôpital privé Jean Mermoz observe parfois une certaine préférence des régulateurs pour le CHU.

Principales réussites de l'organisation des urgences sur le territoire

Une *hotline* gériatrique a été créée il y a deux ans par le pôle de gériatrie de l'hôpital Édouard Herriot, avec un numéro unique dédié aux professionnels de santé permettant de solliciter un gériatre (tous les praticiens hospitaliers du service assurent cette hotline à tour de rôle). Cette hotline constitue un point d'entrée à l'hôpital avec 30 % de demandes de conseils (thérapeutique, diagnostique et d'orientation dans la filière) et 70 % de demandes d'hospitalisation. Les appels sur cette hotline oscillent en moyenne entre 30 et 50 appels mensuels.

Il est à souligner que l'ensemble des professionnels rencontrés sur l'hôpital Édouard Herriot ont souligné la qualité des efforts déployés par le pôle de gériatrie pour améliorer la prise en charge des personnes âgées aux urgences et faciliter leur mutation du service. Ainsi, un « protocole chute », pour les personnes de plus de 60 ans, a été formalisé permettant une prise en charge spécifique de cette patientèle dès son arrivée à la banque d'accueil ; et une équipe mobile de gériatrie est présente quotidiennement aux services des urgences et sur demande des spécialités au sein des services.

L'utilisation du dossier médical d'urgence (DMU) permet au médecin traitant de disposer d'une information de qualité sur la prise en charge de leurs patients par le SAU. Néanmoins, il est regretté par les médecins de ville que l'ensemble des SAU n'utilisent pas le DMU.

Principaux problèmes rencontrés

L'afflux des personnes âgées est constant et, au-delà de la gestion du flux, pour lequel l'ensemble des professionnels s'accorde à dire qu'ils n'éprouvent pas de difficultés majeures à le gérer, c'est surtout la disponibilité de lits d'aval qui est source de dysfonctionnements et de préoccupations quotidiennes pour les acteurs des services d'urgence.

Par ailleurs, le problème de recrutement de personnel médical qualifié et soignant expérimenté est réel.

La filière AVC sur Lyon n'est pas optimale en termes de prise en charge :

- L'hôpital neurocardiologique ne dispose pas d'un service d'urgence permettant d'accueillir les patients (sauf 5 places d'urgence réservées à la cardiologie).
- Le pavillon N, qui accueille les patients éligibles à la filière AVC, ne dispose pas de créneaux d'urgence sur le scanner d'Hôpital Édouard Herriot.

Un problème de formation de certains praticiens aux urgences de l'Hôpital Édouard Herriot est évoqué ; l'organisation ne permet pas à tous les praticiens de tourner sur l'ensemble des postes du planning.

Axes d'amélioration prévus

L'hôpital Édouard Herriot a prévu, à horizon 2014, un regroupement des deux pavillons d'urgences médicales et chirurgicales. Ce projet doit permettre à terme :

- D'améliorer l'attractivité médicale en proposant pour les postes ouverts aux praticiens de réaliser une prise en charge des patients sur le versant médical et chirurgical.
- D'améliorer la lisibilité pour la patientèle.
- D'améliorer la régulation des flux en évitant les temps d'attente longs sur N alors que sur A, il y a moins d'attente (en moyenne, le temps de passage au pavillon N est évalué à 7 heures, contre 3 à 4 heures au pavillon A).
- De réaliser des économies d'échelles.

Par ailleurs, l'ARS et les Hospices Civils de Lyon sont en discussion afin d'ouvrir le SAU de l'Hôpital Croix Rousse 24h/24 (au lieu de 7h-19h actuellement).

L'ARS poursuit les projets suivants :

- Renforcer la régulation (appel du 15 ou n° spécifique) avec la mise en place d'un nombre accru de médecins libéraux et un allongement des tranches horaires de régulation.
- Déploiement du dossier de liaison des urgences (DLU) correspondant à un résumé du dossier papier du patient devant permettre à l'appelant, lors de son appel au 15, de communiquer facilement et de façon synthétique les éléments essentiels du dossier médical à la régulation et ainsi offrir aux patients âgés et/ou chroniques une prise en charge plus adaptée.

Aspects budgétaires

- Le compte de résultat du pavillon N est équilibré : il comprend la réanimation médicale, le SAMU et l'accueil des urgences N1, N2 et N3 qui comprend la post-urgence et les urgences psychiatriques.
- Le compte de résultat du pavillon A est déficitaire : il comprend la réanimation des brûlés, deux réanimations chirurgicales, l'anesthésiologie et le SMA.
- Il n'y a pas de données de comptabilité pour les urgences pour l'hôpital privé Jean Mermoz.

4.2.4 Arrondissement de Limoges

Présentation du territoire

Démographie

Population : 278 439 hab.

Densité de population : 95 hab. /km²

Densité de médecins généralistes du département : 195 pour 100 000 (moyenne nationale : 162).

Données d'activité (SAE 2010)

Services d'accueil des urgences

	Nombre de passages	Dont : plus de 75 ans	Dont : moins de 18 ans	Hospit. en UHCD
CHU Limoges / adultes	38 750	8 564	999	3 533
CHU Limoges / enfants	20 956			1 160
CH St Yrieix (Sud dpt)	7 055	1 792	1 363	192
Clin. Chenieux, Limoges	24 550	3 692	3 040	338

SAMU : CHU de Limoges : nombre d'appels : 114 067.

SMUR : CHU de Limoges :

Nombre de sorties primaires : 2 074 terrestres, 310 aériennes.

Nombre de sorties secondaires : 786 terrestres, 257 aériennes.

Organisation de la permanence des soins ambulatoires

- Participation de la médecine libérale à la régulation.
- Maison médicale de garde dans la ville de Limoges.
- SOS médecins pour Limoges et son agglomération (9 médecins).
- Expérimentation d'une nouvelle sectorisation avec 12 secteurs pour les consultations sur 20h-24h et week-ends, et 6 secteurs pour les visites sur 20h-8h ;
- Montant total de la Permanence des soins ambulatoires dans le département (source CNAMTS, 2008) : 11,02 euros par hab. (moyenne nationale : 5,80).

Il existe un ORU dans la région. Les données suivantes sont issues du rapport d'activité 2009.

	Temps moyen de passage	Taux d'hospit.	Taux d'urgences >75 ans	Taux d'hospit. des >75 ans	Temps de passage des >75 ans
<i>CHU Limoges / adultes</i>	4h55	38,2 %	21,1 %	69,7 %	7h13
<i>CHU Limoges / enfants</i>	2h05	16,3 %			
<i>CH St Yrieix (Sud dpt)</i>	2h01	25 %	16 %	43,6 %	3h34
<i>Clin. Chenieux, Limoges</i>	2h37	18 %	26,3 %	67,3 %	2h50

Problématiques rencontrées sur le territoire

Urgences Adultes

La problématique principale se situe autour de la prise en charge de la personne âgée dont la présence aux urgences augmente avec les années, de même que le temps de passage. Cette problématique touche aussi bien la permanence des soins et les filières gériatriques en amont, que la prise en charge d'aval, avec notamment la mauvaise organisation des lits des services médicaux de spécialités, qui ne s'investissent pas dans l'activité non programmée.

En conséquence, on observe l'engorgement du service des urgences au CHU de Limoges, ce qui impose aux personnes de plus de 75 ans de rester sur des brancards en attendant un lit d'aval, plus de 8 heures en moyenne.

Des problèmes similaires sont observés de façon croissante à la clinique Chenieux.

Ce territoire peut à cet égard être considéré comme le prototype de la France dans 10-15 ans en raison de l'importance de la part des personnes âgées au sein de la population en Limousin. Le problème du circuit des patients âgés aux urgences, avant et après, pose en particulier les questions suivantes :

- Pourquoi un passage long aux urgences est observé ? Et comment est-il géré ?
- Quel est le parcours de la personne âgée ?
- Quel est le taux de ré-hospitalisation en fonction de la pathologie ? Et pourquoi y-a-t-il ré-hospitalisation ?
- ...

Pour le centre hospitalier de Saint-Yrieix situé au sud du département de Haute-Vienne, la fluidité du passage des patients âgés est assurée grâce à une organisation locale structurée puisque le centre hospitalier a sur place des lits d'aval avec des lits d'EHPAD (150 lits + 6 lits d'hébergement temporaire + des lits d'hébergement aigu) et 40 lits de SLD. En cas de fréquentation élevée, des lits d'hospitalisation de jour se transforment en lits d'aval. En outre, une action sur le SSR a permis de réduire la durée de séjour de façon significative. Mais il est clair que la problématique de la prise en charge des personnes âgées reste importante.

En dehors du cas des personnes âgées, des questionnements portent sur l'accroissement du flux aux urgences et ses causes : impact de la « gratuité », de l'organisation des cabinets de médecine générale, des délais de rendez-vous en médecine spécialisée, de l'organisation de la PDSA... En bref, suite à quelle orientation et pourquoi le patient se rend-il aux urgences ?

Une autre catégorie de problèmes réside dans le temps médical, l'organisation des gardes, et l'importance des postes vacants au CHU (qui était encore jusqu'à peu de temps en décompte de ½ journées alors que tous les autres sites sont en temps continu). En conséquence, il y a un recours coûteux aux intérimaires, par ailleurs souvent en situation illégale.

Urgences pédiatriques

Actuellement au CHU de Limoges (Hôpital mère Enfant), le problème majeur est l'amont : 40 % des enfants repartent chez eux sans examens complémentaires ; et 15-20 % des enfants sont hospitalisés. « Les patients ne savent pas ce qu'est une urgence ». De plus, il y a une augmentation constante du nombre de passages par an, ce qui pourra poser bientôt des problèmes pour la prise en charge en aval.

Permanence des soins ambulatoires

Une expérimentation est en cours dans le département en matière de permanence des soins, avec :

- Régulation libérale (qui existe depuis plus de 20 ans).
- Sectorisation pour les consultations, en 12 secteurs (dont la MMG de Limoges), le médecin de garde assurant les consultations à son cabinet ou dans la MMG ou encore dans un EHPAD selon les secteurs, jusqu'à 24h.
- Sectorisation pour les visites « incompressibles » aux horaires de permanence des soins, nuits incluses, sur 6 secteurs.

Il faut noter que pour les prises en charge des urgences pédiatriques, il y a très peu de pédiatres à Limoges (5 en cabinet libéral).

SAMU

Outre le manque de médecins régulateurs, les locaux sont trop étroits et la téléphonie obsolète (remise à niveau budgétée).

La clinique Chenieux observe parfois une certaine préférence des régulateurs pour le CHU.

SMUR

Des zones blanches existent, au Nord et à l'Est du département (au Sud, une antenne doit s'ouvrir à Saint-Yrieix en octobre 2012) ; une étude comparative nationale sur le maillage des SMUR permettrait de les objectiver et de tenter peut-être de mieux organiser les implantations.

Principales réussites de l'organisation des urgences sur le territoire

L'équipe mobile gériatrique du CHU depuis 2005 permet d'orienter près de 2 000 personnes âgées en réalisant la liaison avec le service des urgences ; mais vu le nombre de patients, cette équipe manque de locaux et de lits post-urgences.

Le système de permanence des soins ambulatoires fonctionne bien, bien qu'à un coût élevé (coût estimé à 1,8 million d'euros/an ; environ deux fois le coût moyen par habitant observé en France d'après les données de la CNAMTS). Les tableaux de garde sont remplis, etc. Les seules difficultés résident dans la 'frontière' entre permanence des soins et aide médicale urgente (AMU), les médecins généralistes ne pouvant pas intervenir au titre de l'AMU.

Principaux problèmes rencontrés

L'afflux des personnes âgées est constant. Seul le centre hospitalier de Saint-Yrieix arrive à gérer ce flux car il dispose sur place de l'ensemble de la filière.

Le maillage des SMUR laisse des zones blanches (Nord et Est de la Haute-Vienne).

Axes d'amélioration prévus

- Au CHU :
- Création d'une filière orthopédique aux urgences.
- Augmentation du nombre de lits post-urgences en gériatrie.
- Sensibilisation des médecins des services de spécialités : organisation plus précoce des sorties, prises de garde aux urgences, n° de téléphone dédié aux appels des médecins généralistes libéraux.
- Lien renforcé HAD / Urgences.
- Équipe mobile de gériatrie dans les étages.

Les enjeux sont de faire en sorte que tous participent à l'activité non programmée, et de rendre son attractivité à la profession d'urgentiste.

Pour les urgences pédiatriques, une meilleure organisation des urgences se réalise actuellement avec notamment un poste d'accueil et d'orientation (PAO).

Une antenne SMUR au centre hospitalier de Saint-Yrieix pourrait être ouverte en octobre 2012.

Aspects budgétaires

Au CHU, le pôle Urgences / SAMU-SMUR / réanimation est 'bénéficiaire' avec pour chacun des 3 services, un compte de résultat positif. Cela s'explique en partie par le fait qu'il y a de nombreux postes vacants de médecins pour les 3 services (et les provisions pour les comptes épargne temps des médecins alimentés du fait de ces postes vacants ne sont pas affectées au pôle).

Par contre, le pôle mère enfant est déficitaire mais le compte de résultat fourni ne tient pas compte de certaines dotations (MIGAC, etc.).

La clinique Chenieux ne dispose pas de comptabilité par service, mais considère les urgences comme une activité stratégique, apportant de l'activité pour les services hospitaliers.

Le centre hospitalier de Saint-Yrieix est organisé en un seul pôle, si bien qu'aucune donnée spécifique aux urgences n'est disponible, mais le centre hospitalier est en excédent globalement.

4.2.5 Arrondissement de Montluçon

Présentation du territoire

Démographie

- Population : 116 800 habitants.
- Densité de population : 50 hab. /km² (France : 112).
- Densité de médecins généralistes du département : 149 pour 100 000 (moyenne nationale : 162).
 - Il s'agit donc d'un territoire faiblement peuplé et qui connaît une faible densité médicale.

Données d'activité (SAE)

SAU

Le service du centre hospitalier de Montluçon a déménagé dans un nouveau bâtiment en février 2011. L'autorisation du SAU de la Clinique vient d'être renouvelée pour 5 ans.

Données fournies par l'ARS :

	2006	2009	2010
<i>CH de Montluçon</i>	32 191	32 159	32 439
<i>Polyclinique St François St Antoine</i>	0	10 068	11 072
<i>TOTAL Bassin de Montluçon</i>	32 191	42 327	43 511

SAMU

Il n'y a pas de SAMU sur le territoire de Montluçon.

Une régulation départementale est effectuée par le SAMU de Moulins.

SMUR

Le nombre de sorties du SMUR pour 2011, fourni par le centre hospitalier de Montluçon, est de 2 556 (n.d. dans SAE) :

Sorties primaires : 1 127.

Sorties secondaires : 500

Réanimation Intra Hospitalière : 929.

Globalement, le département de l'Allier est un département assez riche en termes d'offre de soins avec trois hôpitaux qui ont une activité assez similaire, un SAMU et trois SMUR (Moulins, Vichy et Montluçon). Il y a un très bon maillage du territoire.

Organisation de la permanence des soins ambulatoires

- Pas de MMG.
- Pas de SOS Médecins.
- Montant total de la permanence des soins ambulatoires dans le département (source CNAMTS, 2008) : 5 € par hab. (moyenne nationale : 5,80 €).

Problématiques rencontrées sur le territoire

Urgences Adultes

Il y a deux services d'accueil des urgences autorisés sur le territoire de Montluçon : un au centre hospitalier et un à la clinique Saint-François Saint-Antoine.

En dehors même de la question de la présence de ces deux services, il existe une situation conflictuelle, sur beaucoup d'activités, entre les deux établissements. La double présence d'urgences, à 300 mètres d'écart, renforce cette concurrence, notamment sur les services aval des urgences (principalement en chirurgie).

Or, le centre hospitalier se trouve dans une situation financière particulièrement dégradée : il dispose d'un plan de retour à l'équilibre suivi par le comité des risques financiers du ministère de la santé. Le taux d'endettement a atteint près de 90 %.

Il y a un début de réseau des urgences : la neurologie, la psychiatrie, certaines spécialités médicales et la pédiatrie sont prises en charge par l'hôpital public. L'urologie, la chirurgie vasculaire et la cardiologie (USIC) sont effectuées par la clinique. Quant à la neurochirurgie, elle est prise en charge par le CHU de Clermont-Ferrand.

La principale difficulté rencontrée par le SAU du centre hospitalier réside dans un recours très important à l'intérim, lié à une forte difficulté à recruter des urgentistes (démographie médicale et attractivité). Aujourd'hui, pour assurer environ 19 ETP, le service mobilise près de 60 personnes. La qualité de la prise en charge est donc variable.

La clinique, quant à elle, affirme que le service est bien dimensionné et qu'elle ne connaît pas de difficultés majeures à recruter. Il y aurait moins de *turn over* de personnel.

Certains interlocuteurs estiment que près des deux tiers des arrivées aux urgences sont évitables, car liées à la « disparition » de la médecine libérale.

Le nombre d'arrivées aux urgences du centre hospitalier est stable, après avoir augmenté pendant plusieurs années.

Depuis la création d'un accueil des urgences à la clinique, il y a eu dans celle-ci une augmentation d'activité importante d'environ +10 % par an.

Les patients pris en charge aux urgences sont majoritairement âgés, polyopathologiques qui, de plus, reviennent pour différents problèmes. Leur prise en charge est également plus complexe avec des actes plus lourds. Par ailleurs, c'est un territoire connaissant beaucoup de précarité. La précarité a progressé dans les 10 dernières années, comme les pathologies liées à la consommation d'alcool.

La prise en charge de la précarité au CH se fait au sein de la PASS.

Les liens avec les autres services de l'établissement restent complexes et la situation générale se dégrade avec un problème de disponibilité des lits en aval des urgences. Le problème devient chronique pendant 8 à 9 mois de l'année, tant dans l'établissement public que dans l'établissement privé.

À l'hôpital public, le service de médecine d'accueil, composé de 30 lits, accueille des patients issus de l'unité d'alcoologie, de l'UHCD et des urgences. Ce service est là pour prendre en charge, au plus vite, le patient polyopathologique âgé. Son bon fonctionnement repose sur l'appui de l'ensemble des autres services de l'établissement.

Enfin, l'ensemble des acteurs partage le constat d'un manque de lits d'aval de l'hospitalisation de court séjour (SSR, etc.). Au centre hospitalier, une assistante sociale, partagée avec le service des urgences, est présente tous les jours dans les locaux du service médical d'accueil pour anticiper la sortie des patients.

À noter que pendant longtemps, le centre hospitalier n'avait pas de SSR : la mise en place récente du SSR a donc permis de fluidifier un peu l'aval, même si le nombre de lits de SSR est encore insuffisant sur Montluçon.

Une assistante sociale est également présente dans les locaux de la clinique aux heures ouvrables pour aider en cas de problème aigu. La clinique dispose d'un service de SSR qui permet de libérer les lits d'hospitalisation complète, en plus des 4 lits portes.

Urgences pédiatriques

Uniquement présentes dans l'enceinte de l'établissement public, les urgences pédiatriques sont reconnues par l'ensemble des acteurs du territoire.

Il y a un réseau d'urgences bien organisé avec le centre hospitalier de Saint-Amand-Montrond (possédant une maternité de niveau 1) qui leur envoie des enfants. Toutes les pathologies lourdes nécessitant un plateau technique spécialisé sont transférées vers le CHU de Clermont-Ferrand. Le réseau périnatalité fonctionne bien.

Les urgences pédiatriques ne rencontrent pas de difficultés majeures dans le recrutement des pédiatres. Les médecins et le personnel ne sont pas dédiés aux urgences ; le service dispose de deux internes en pédiatrie et de deux internes en médecine générale.

Le service d'accueil des urgences pédiatriques a une infirmière et un pédiatre affectés à l'accueil pendant les heures ouvrables. La nuit, ce sont les infirmières du service de pédiatrie qui assurent les urgences. L'accueil des consultations programmées est séparé de l'accueil des urgences sur les horaires diurnes.

À noter qu'une partie des patients arrivent au service d'urgences adultes avant d'être transférés vers le service des urgences pédiatriques. Mais globalement il n'y a pas d'inadéquations majeures sur les arrivées aux urgences pédiatriques : les familles connaissent les horaires où l'attente est la plus faible.

L'établissement constate une évolution croissante du nombre de passages. Les consultations programmées ont augmenté depuis qu'il n'y a plus de pédiatre en ville, afin de rendre des avis ou de surveiller des enfants atteints de maladies chroniques.

Les lits d'hospitalisation étant au sein du même service, l'organisation vers l'aval des urgences est plus facile.

Il n'y a pas de problèmes majeurs de violence au sein de l'accueil des urgences pédiatriques.

Comme pour les urgences adultes, la précarité augmente. Le service de PMI est très à l'écoute.

Permanence des soins ambulatoires

La permanence des soins ambulatoires est organisée depuis 20 ans par une association départementale (AMLAPS). 90 % des médecins généralistes participent à la permanence des soins ambulatoires dans l'Allier.

La régulation libérale mise en place s'appuie sur un outil informatique déployé sur les postes de régulateurs (y compris dans les locaux du SAMU). La régulation libérale est interconnectée avec le 15, sur les horaires de garde. La formation des médecins y participant est assurée par les médecins du SAMU.

Les effecteurs arrêtent à minuit (et n'assurent pas l'AMU). Les quelques patients présentant des doutes sont envoyés aux urgences.

Avant, il existait 35 à 40 secteurs. En 2002-2003, une réorganisation a ramené le nombre à 20 : les secteurs deviennent de plus en plus grands et, à terme, on se dirige vers 3 à 4 secteurs.

La régulation (le 15 ou un numéro à 10 chiffres) fonctionne bien et les patients utilisent de manière pertinente ces deux numéros. 75 % des appels restent au niveau du conseil par les régulateurs.

La régulation libérale prend en charge 32 000 appels par mois avec 200-300 patients envoyés aux urgences.

Toutefois, cette organisation ne semble pas connue de tous les acteurs du système de santé sur le territoire car plusieurs interlocuteurs ont évoqué le fait que la permanence des soins ne fonctionnait pas très bien. Ces acteurs ne font pas la différence entre la régulation libérale qui fonctionne 24h/24 et l'effectif qui ne fonctionne pas après minuit.

Les médecins sont sous-utilisés dans les périodes où ils sont effecteurs. Il y a des secteurs où il n'y a pas de consultations la nuit et le week-end.

Un projet de MMG à Montluçon a été évoqué par tous les interlocuteurs, soit près du centre hospitalier, soit dans les locaux de la clinique, soit à proximité des deux établissements pour recentrer le SAU sur son activité d'urgence. Les objectifs associés à cette MMG varient selon les personnes et certaines ne sont pas convaincues de sa pertinence pour le territoire ; de fait, elle ne prendrait pas en charge les populations rurales qui resteront très éloignées. De plus, cette MMG suppose la participation de médecins généralistes.

200 médecins participent actuellement à la garde. Il y a une bonne implication des médecins dans la prise des gardes. En 2017, il restera 70 médecins susceptibles de les effectuer.

Globalement, le nombre de MG se réduit sur le territoire. Les patients commencent à avoir du mal à trouver un médecin traitant.

SAMU

Jusqu'en 2008, Vichy, Montluçon et Moulins avaient chacun un SAMU. En 2008, toute l'activité du SAMU a été concentrée à Moulins. Le service a désormais le sentiment de souffrir d'une espèce d'anonymat car certains régulateurs à Moulins ne connaissent pas bien la population des différents territoires.

Les acteurs rencontrés estiment cependant que cela s'améliore et continuera à s'améliorer avec le temps.

Les régulateurs de la permanence des soins travaillent en bonne intelligence avec le SAMU. Des réunions régulières permettent d'analyser les dysfonctionnements.

Selon la clinique, l'acheminement par les pompiers ou le SMUR des patients n'est pas équitable entre les établissements publics et les établissements privés. Le choix du patient ou du prescripteur ne serait pas respecté. Cet adressage entraînerait parfois des transferts secondaires vers la clinique (référénte sur certaines pathologies). L'ARS indique ne pas disposer d'éléments tangibles à ce sujet.

SMUR

On compte 70 départs de SMUR par jour avec 50 patients qui repartent chez eux : les vrais gestes d'urgence n'interviennent que 3 à 4 fois par jour.

Il semble que le SMUR soit parfois en sous-effectif : le service de santé des pompiers peut alors aider.

Les principales difficultés portent sur la cohérence du parcours du patient. En cardiologie, 56 % des patients ont fait l'objet d'une régulation par le centre 15. Et 40 % de ces 56 % n'ont pas été bien orientés.

Principales réussites de l'organisation des urgences sur le territoire

- Une équipe fiabilisée au sein du service des urgences pédiatriques.
- Une permanence des soins ambulatoires qui fonctionne.
- La mise en place du Service médical d'accueil pour les patients polyopathologiques au sein du centre hospitalier.

Principaux problèmes rencontrés

- L'organisation des services des établissements de santé reste fragile compte tenu de la démographie médicale, notamment dans le CH (postes vacants, rotation de personnel, absence de mutualisation entre les deux établissements pour la prise des gardes...).
- La présence de deux services d'urgences à 300 mètres l'un de l'autre est jugée non optimale par les acteurs publics.
- Il y a une vraie difficulté à attirer des praticiens du fait de la faible accessibilité de Montluçon. La proximité de Clermont-Ferrand est difficile à gérer pour Montluçon.
- La précarité au sens large (et pas uniquement financière) est fort présente. Il y a beaucoup de personnes âgées qui ont des faibles revenus, qui n'ont pas de logement propre (au sens 'chez elles') ou sont isolées.

Axes d'amélioration prévus

- Un projet dit de « Médipôle » est en cours. Il s'appuie sur le principe d'un regroupement d'activités réalisées par les deux établissements sur un lieu unique (à choisir par activité entre le centre hospitalier et la clinique). En lien, il convient de noter que le SROS PRS a déjà acté la présence d'une unique implantation d'urgences à Montluçon (sans trancher sur la localisation).
- La conception d'un projet d'établissement pour le centre hospitalier.
- Un travail sur des hospitalisations directes pour éviter deux passages aux urgences (clinique et hôpital) avec l'accord du spécialiste.
- Mieux communiquer sur le système de soins pour que la population utilise au mieux le système.

Aspects budgétaires

Concernant le centre hospitalier public, un audit financier effectué en 2009 a mis en lumière la nécessité de mettre en place une comptabilité analytique qui devrait voir le jour en 2013.

Un nouveau Plan de retour à l'équilibre vient d'être conclu avec l'ARS pour un retour théorique à l'équilibre pour 2014.

Le Service médical d'accueil semble être un service qui aujourd'hui est rentable.

Concernant la clinique, les passages aux urgences génèrent 30 % de l'activité de chirurgie et 25 % de l'activité de médecine. Le service d'urgences est rentable, mais ce n'est pas un objectif en tant que tel.

4.3 Synthèse des monographies

Nous résumons ici en quelques points les thématiques les plus fréquemment rencontrées lors des monographies.

Les problématiques majeures paraissent être les suivantes :

- La filière « personnes âgées » de manière globale, c'est-à-dire englobant à la fois les problèmes d'amont et les problèmes d'aval : impact de la non anticipation (*i.e.* projet de soins systématique), de la sous-médicalisation des EHPAD, des difficultés de trouver des places en aval des urgences et en aval de l'hospitalisation de court séjour, importance de la présence gériatrique aux urgences et d'un nombre suffisant de lits de gériatrie aiguë...
- La gestion des lits, les relations entre services d'urgences d'une part, services de spécialités et services de SSR d'autre part.
- Les questions liées au premier recours en ville et à l'accès aux soins non programmés en médecine ambulatoire et leur impact (discuté) sur l'activité des urgences.
- L'information et l'éducation de la population, face à la propension de plus en plus fréquente de voir arriver aux urgences des populations pour des soins banals (surtout en pédiatrie, mais l'accès aux pédiatres de ville peut être difficile voire inexistant), au manque de connaissance vis-à-vis des dispositifs de permanence des soins ambulatoires.
- Les ressources humaines médicales et non médicales : problème des postes vacants, de l'organisation du temps de travail, de la formation, de la seniorisation, de la mutualisation urgences/SAMU/SMUR, du turn-over, du coût du recours aux intérimaires...

D'autres points sont également soulevés :

- Le maillage des SMUR et l'organisation de la phase pré-hospitalière dans les zones isolées (avec l'option des médecins correspondants du SAMU).
- L'orientation des SMUR, jugée souvent préférentielle vers le secteur public par le secteur privé.
- Le fonctionnement de certaines filières spécialisées, notamment la filière AVC, avec l'observation d'une forte hétérogénéité selon les territoires.
- Les questions de violence aux urgences, abordées dans les différents sites avec des degrés d'importance divers.
- Les conditions de travail des personnels, la souffrance au travail.
- Les relations SAMU/SDIS, de qualité variable, le plus souvent bonnes ou « neutres ».
- Le rôle des MMG, dont le positionnement fait l'objet de jugements variables ; leur positionnement est surtout orienté vers l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (patients CCMU 1). Et la T2A apparaît comme un frein à la réorientation par les urgences vers ces structures. Mais d'autres freins existent (volonté du patient, réticence des urgentistes à faire partir un patient pour des raisons médico-légales...).
- Le partage de l'activité en cas de concurrence entre plusieurs services d'urgences sur le même territoire en zone rurale (même s'il arrive aussi que dans de telles situations, les acteurs fonctionnent en complémentarité).
- L'inadéquation de la classification CCMU à une description précise des situations cliniques, dans la mesure où, alors qu'il existe 5 ou 7 stades selon la version, le stade 2 regroupe près des 2/3 des patients.

Les questions budgétaires paraissent peu présentes dans les problématiques soulevées (sauf pour les franchissements de seuil d'ATU pour le calcul du FAU, auxquels les acteurs sont attentifs).

De même, les questions d'organisation interne (plannings, tri/orientation à l'entrée, distinction de circuits courts et longs...) ne sont pas prioritairement évoquées. Il s'agit d'éléments qui certes sont importants pour l'activité quotidienne mais relèvent de la responsabilité de chaque établissement, en fonction des contraintes spécifiques d'un territoire et des solutions trouvées localement.

■ 5. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Cette enquête qualitative préalable, qui a conduit à interroger près de 150 acteurs de l'activité d'urgences en France, de différents niveaux de responsabilité, tant administratifs que soignants, a permis de faire un point assez complet, dans la diversité des situations locales, sur les problématiques rencontrées au premier semestre de 2012 quant à l'organisation de la prise en charge des patients se présentant aux urgences des établissements de santé.

5.1 Les besoins d'approfondissement ultérieur

Finalement, au regard des problématiques soulevées plus haut, on peut résumer les besoins d'approfondissement ultérieur par quelques questions :

- Comment améliorer le fonctionnement de la filière « personnes âgées » ? Comment éviter des venues évitables aux urgences pour cette population ? Quel est l'impact de la 'sous-médicalisation' en EHPAD, notamment le week-end ?
- Comment améliorer la fluidité des parcours en aval et éviter des durées d'attente d'hospitalisation importantes aux urgences ?
- Comment expliquer l'augmentation constante du nombre de passages (4 % par an en moyenne depuis 1996), même si un ralentissement se fait sentir ces dernières années ? Quel est l'impact respectif de la « gratuité » ressentie, de l'organisation des cabinets de médecine générale (horaires d'ouverture, disparition des plages de rendez-vous non programmés), des délais de rendez-vous en médecine spécialisée, de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires... ? Par qui, à la demande de qui et pourquoi le patient se rend-il aux urgences ?
- Quelle serait l'organisation la plus efficiente à proposer au regard des demandes de soins non programmés (régulation, effecton, maison médicale de garde, maison pluridisciplinaire, associations de médecins de garde) en fonction de l'organisation existante de l'aide médicale urgente, de la démographie médicale et de l'évolution démographique et sociologique ?
- Les moyens et effectifs des structures d'urgences sont-ils adaptés à l'activité, de manière globale et en réponse à des pics de variations d'activité ? Sont-ils adaptés également à la « qualité » de l'activité (urgences pédiatriques, urgences de la personne âgée, urgences psychiatriques, urgences sociales,...) ? Les référentiels sont-ils appliqués ? Quels sont les indicateurs de qualité à mettre en place ?
- Quels sont les besoins d'amélioration en matière de circuit pré-hospitalier de l'aide médicale urgente ? Comment gérer les situations dans les zones isolées ? Comment améliorer les orientations dans les filières spécialisées (AVC...) ?
- Quelle est l'organisation optimale de la régulation médicale ?
- Quels sont les faits objectifs en matière de souffrance au travail, de violence aux urgences ?

Certaines de ces questions sont déjà abordées dans des travaux en cours menés par la DGOS : indicateurs de qualité, étude sur les conditions de travail des personnels aux urgences. La question de l'organisation de la permanence des soins ambulatoire fait l'objet par ailleurs d'un suivi précis par la DGOS, l'Ordre des médecins, les ARS.

Pour approcher les autres thèmes, une enquête menée auprès des services d'urgences paraît l'option la plus appropriée, avec constitution d'un échantillon de patients pour déterminer dans le détail quels sont les parcours suivis, de l'amont à l'aval, et les motivations des venues aux urgences.

Une telle enquête, par contre, ne permettra pas d'appréhender certains aspects : circonstances de décision d'adressage aux urgences dans les EHPAD, filières spécialisées (AVC...), qui nécessiteraient plutôt une approche de type qualitatif dans un nombre adapté de territoires.

5.2 L'enquête nationale

Pour approcher une majorité de ces thèmes, l'enquête nationale prévue en 2013 adopterait le format suivant :

- Enquête un jour donné, sur 24 heures, dans l'ensemble des services d'accueil d'urgences autorisés du territoire (la question de la saisonnalité sera analysée par confrontation aux fichiers statistiques nationaux),
- Avec 1 volet 'patients' et 1 volet 'structures',
- Administré par les équipes des urgences.
- .

Le volet 'patients' aurait vocation à caractériser les motivations des patients, leur circuit en amont de la venue aux urgences, afin de comprendre pourquoi et comment cette venue a été jugée nécessaire par l'intéressé et/ou le professionnel qu'il aura consulté auparavant, et leur circuit en aval des urgences pour apprécier les difficultés éventuelles rencontrées par l'équipe des urgences pour voir accueillir le patient dans une structure adaptée.

Ce volet cherche donc à répondre aux problématiques évoquées ci-dessus touchant les filières d'amont et d'aval, en appréciant notamment l'impact de la disponibilité des médecins de ville, l'impact des conditions socio-économiques du patient, etc.

Le volet 'structures' devrait apprécier certains points d'organisation du service d'accueil des urgences : accueil et orientation, accueil gériatrique, effectifs,... L'enjeu est d'arriver à apprécier où se situent les éventuels points de dysfonctionnements, en fonction des contextes.

GLOSSAIRE

- AMU : Aide médicale urgente
- ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
- ARS : Agence régionale de santé
- ATU : Accueil et traitement des urgences
- AVC : Accident vasculaire cérébral
- CCMU : Classification clinique des malades aux urgences
- CERVEAU : Centre régional de veille et d'action sur les urgences
- CH : Centre hospitalier
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- CME : Commission médicale d'établissement
- CMU : Couverture maladie universelle
- CMUC : Couverture maladie universelle complémentaire
- CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- DGOS : Direction générale de l'offre de soins
- DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DT : Délégation territoriale
- EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- FAU : Forfait annuel urgences
- HAD : Hospitalisation à domicile
- HAS : Haute autorité de santé
- IAO : Infirmière d'accueil et d'orientation / remplacé par IOA : Infirmier organisateur de l'accueil
- IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- InVS : Institut de veille sanitaire
- IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
- MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
- MCS : Médecin correspondant du SAMU
- MEAH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
- MG : Médecin généraliste
- MMG : Maison médicale de garde
- ORU : Observatoire régional des urgences
- ORULIM : Observatoire régional des urgences de Limousin

ORUMIP : Observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées
ORUPACA : Observatoire régional des urgences de la région PACA
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PDS : Permanence des soins
PDSA : Permanence des soins ambulatoires
PH : Praticien hospitalier
PMSI : Programme de médicalisation du système d'information
PQE : Programme qualité efficience
RPU : Résumé de passage aux urgences
SAE : Statistique annuelle des établissements
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SAU : Service d'accueil des urgences
SDIS : Service départemental d'incendie et de secours
SFMU : Société française de médecine d'urgence
SMA : Service médical d'accueil
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire / des soins
SSR : Soins de suite et de réadaptation
UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée
URPS : Union régionale des professionnels de santé

DOCUMENT DE TRAVAIL

ISSN : 1621-4358

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
