



Xavier Bertrand
MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

Discours
Sous réserve du prononcé

Intervention Congrès national des Urgentistes

Vendredi 9 juin 2006
10h30
Hôtel Concorde Lafayette

CONTACT PRESSE – Gwladys Huré : 01 40 56 40 14

www.sante.gouv.fr

Mesdames et Messieurs les Docteurs,

Chaque année, 15 millions de nos concitoyens – dont 1 million pour des urgences vitales - sont pris en charge dans les services d'urgence publics et privés.

Votre rôle dans l'architecture du système français des urgences est tout à fait déterminant. En effet, l'originalité du système français des urgences qui suscite l'intérêt de nos voisins repose sur une régulation médicale des appels et sur la prise en charge sur le terrain par des médecins urgentistes qui sont des spécialistes en médecine d'urgences.

Je vous remercie de m'avoir donné l'opportunité aujourd'hui de vous dire ma volonté de moderniser ce système tout en restant fidèle à ses principes fondateurs.

C'est tout le sens de la concertation que nous avons engagée dès septembre 2002, qui a abouti au Plan Urgences présenté en Septembre 2003 et qui connaît une étape importante avec la publication des nouveaux décrets.

J'ai la certitude qu'ils contribueront à l'amélioration non seulement du système des urgences mais également de vos conditions de travail.

I. Ces décrets organisent les structures d'urgences et les services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR). J'ai à cœur que ces nouveaux outils vous soient utiles dans la réalisation de vos missions.

Ils marquent en cela une évolution significative. **Ce ne sont plus les urgences seules qui accueillent les patients, mais bien l'établissement dans son ensemble, et au-delà, le réseau du territoire.**

Et je voudrais apaiser vos craintes à ce sujet : la mise en œuvre de la réorganisation de l'hôpital et la T2A sont des outils dynamiques au service de l'organisation de la prise en charge des urgences, et non l'inverse !. La contractualisation interne prévue dans le cadre des projets de pôle sera un élément déterminant afin de formaliser les engagements de tout l'établissement au service de la prise en charge des urgences. Je serai tout particulièrement vigilant à ce qu'il en aille ainsi. De même, dans le cadre de l'amélioration de la T2A, je suis disposé à revoir les GHS et les forfaits qui financent les services d'urgences.

- **Grâce à ces nouveaux décrets, en effet, la coordination de l'ensemble de la chaîne des urgences bénéficie enfin d'un cadre réglementaire.** Cette organisation repose sur trois grands principes indispensables à une prise en charge rapide et de qualité : **proximité d'accès, qualité de la prise en charge, coopération et coordination**
- **La proximité d'accès, tout d'abord.** Aujourd'hui, 631 structures et 435 SMUR sont autorisés ; le décret permettra non seulement de maintenir, mais aussi de consolider ce maillage. Je vous le dis à nouveau : je suis prêt à ouvrir d'autres antennes si des besoins sont identifiés localement.
Afin de garantir la qualité des soins, le décret prévoit une obligation pour les équipes médicales appartenant à des structures d'accueil à faible activité (moins de 8 000 passages par an soit 21 par jour) d'exercer dans des structure plus importantes, de manière à entretenir leurs compétences techniques en particulier pour les détresses vitales qu'elles rencontrent moins fréquemment. (2 à 3% des passages).
Par ailleurs, la reconnaissance du rôle des médecins correspondants du SAMU permet de mettre en place, dans les zones particulièrement isolées, des relais efficaces pour la prise en charge des urgences vitales.
 - **les décrets visent également à une meilleure coopération et coordination de** toutes les structures au sein de la chaîne des urgences.
Ils prévoient en effet la mise en place **d'un « réseau » d'urgences** entre les établissements **dans chaque territoire de santé**. Les coopérations entre tous les hôpitaux et cliniques d'un territoire seront désormais formalisées dans une convention approuvée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.
Cela permettra notamment, pour des urgences vitales ou très graves – Accidents Vasculaires Cérébraux, infarctus du myocarde, traumatologie lourde-, un accès direct du patient au plateau technique spécialisé le plus compétent sans passage par les structures d'Urgences.
De même, des filières de soins spécialisées seront organisées pour certaines populations (enfants, personnes âgées, patients nécessitant des soins de psychiatrie).

- **Ils garantissent enfin la qualité de la prise en charge.**
- ✓ **Tout d'abord, en assurant la qualification des professionnels qui exercent aux urgences.**

Toutes les structures d'urgences ont dorénavant l'obligation de répondre aux mêmes exigences de qualité, notamment en termes d'effectifs et de compétences médicales et paramédicales. Les médecins exerçant dans les structures d'urgence auront l'obligation d'avoir la spécialité de médecine d'urgence ou une formation universitaire et 3 ans d'expériences dans ces services.

Il nous faut engager au-delà, compte tenu des perspectives démographiques et des conditions d'exercice, une réflexion approfondie et concertée sur l'avenir des métiers qui interviennent dans les services d'urgences. La DHOS animera un groupe de travail sur ce sujet dans le prolongement des travaux que j'ai confiés au Professeur Berland.

- ✓ **Ensuite la qualité et la rapidité sont assurées par une plus grande transparence et un meilleur partage de l'information :**
 - Un **répertoire des ressources disponibles** doit être créé pour informer en temps réels les professionnels des lits ou des ressources médicales disponibles ; il s'agit de savoir par exemple où pouvoir faire une endoscopie digestive en pleine nuit, ou obtenir un avis spécialisé en neurologie, si l'hôpital ou la clinique n'en dispose pas.
 - **un système de fiche de dysfonctionnement** sera mis en place, afin de repérer et d'analyser, tant au sein des établissements que des réseaux, les éventuelles carences de la prise en charge : transferts inappropriés, délais d'attente importants dans l'accès aux examens complémentaires, retards à l'admission, non suivi de protocoles ou de procédures. Ces fiches, intégrées à la démarche globale de gestion des risques, alimenteront un rapport annuel qui sera transmis aux agences régionales de l'hospitalisation et examiné par la commission régionale des urgences.

II. Je souhaite également vous présenter l'état d'avancement du plan urgences 2003 – 2008.

Ce sont 330 millions d'euros **qui ont été engagés pour la mise en place du plan « urgences »** sur les deux premières années (2004 et 2005), **et qui ont permis la** création de 2369 postes dont 259 postes médicaux pour les services d'aval, et de 2322 postes, dont 451 postes médicaux pour les urgences.

Non seulement les engagements pris ont été tenus, mais en plus, sur de très nombreux sites, la situation s'est améliorée de façon tangible, non seulement dans les services d'urgences eux-mêmes, mais aussi dans les services d'aval. Vous le savez bien : traiter la question des urgences, c'est en réalité aborder l'hôpital de manière globale, voire le territoire de santé. Ce point est fondamental.

J'ai décidé de lancer une évaluation à mi parcours du plan urgences, afin de savoir dans quelle mesure ces sommes importantes ont répondu aux attentes des patients et des professionnels et de m'indiquer les difficultés qui demeurent irrésolues. Cette évaluation sera confiée à deux conseillers généraux des établissements de santé.

Nous savons d'ores et déjà que la question de l'impact du vieillissement de la population et de l'hospitalisation des personnes âgées après un passage aux urgences fait partie de ces difficultés.

Souvent, l'arrivée d'une personne âgée aux urgences est le résultat de l'échec d'un suivi global et adapté de leurs problèmes de santé. Nous devons éviter de telles situations, qu'il s'agisse du maintien à domicile ou de la création d'une filière « gériatrique » spécifique.

Le plan « urgences » a d'ores et déjà permis la création de **7363 lits et places** de soins de suite, de courts séjours gériatriques, d'hospitalisation à domicile, ainsi que **259 postes de médecins**, et **2072 postes de soignants** dans 207 nouveaux services de court séjour gériatriques et 134 équipes mobiles de gériatrie.

Nous devons aller encore plus loin. C'est pour cette raison que, sur la base d'un rapport que nous ont récemment remis MM. JEANDEL, VIGOUROUX et PFIZENMEYER, nous avons décidé, avec Philippe Bas, de mettre en œuvre dès 2007 des mesures nouvelles fondées sur 6 objectifs :

- **Le maintien à domicile des patients** par le développement des alternatives à la prise en charge hospitalière,
- **La création d'un label « filière gériatrique »** pour chaque territoire de santé à partir d'un établissement « pivot » siège d'une structure d'urgences.
- **Une contractualisation entre tous les partenaires de la filière gériatrique,**
- **La prise en compte du vieillissement des patients dans les services non gériatriques**
- Le développement de la **coordination entre tous les partenaires** tout au long du parcours du patient, grâce aux CLIC et aux réseaux de proximité des territoires de santé.

III. Nous sommes pleinement conscients que le renforcement des moyens ne peut suffire ; sans une action déterminée sur l'organisation des structures d'urgences, la situation ne saurait s'améliorer durablement.

Je voudrais à cet égard citer quatre actions que nous avons entreprises et que j'entends amplifier ou accélérer :

- un effort massif d'informatisation, tout d'abord.

Cet effort, les structures d'urgence l'ont déjà entrepris, puisque aujourd'hui 45% des passages sont informatisés, contre moins de 10% des passages au lancement du plan. Je suis donc confiant dans le respect de notre objectif de 85% de passages informatisés pour fin 2007. ***Je veux aller au-delà, et couvrir 100% des passages en 2008. Je souhaite que ce processus d'informatisation se fasse en totale cohérence avec l'informatisation de l'ensemble des services et avec la mise en place du DMP.***

En effet, l'accès quotidien des pouvoirs publics et des professionnels à des informations objectives sur les situations de tension tant locales que nationales renforcera l'organisation des urgences et la veille sanitaire. Les données quant au nombre de passages aux urgences et au nombre de lits disponibles seront remontées vers les régions *[les serveurs régionaux des ARH sont tous opérationnels à ce jour]*, vers l'InVS et la DHOS. Ce système, en cours de déploiement depuis plusieurs mois, sera totalement opérationnel dès le 15 juin 2006.

- Il est également nécessaire d' **apporter une aide concrète aux structures d'urgences pour améliorer leur organisation** et réduire par la même les délais d'attente et les temps de passage.

Les travaux de la Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH), menées dans la concertation avec les professionnels, ont montré l'efficacité des méthodes modernes de gestion des délais d'attente. **Ainsi dans un établissement de l'AP-HP (Ambroise Paré), une baisse de 23 % des temps de passage, tout type de patient confondu, a pu être obtenue.**

Sur la base de ces résultats encourageants obtenus auprès de quelques sites pilotes, **41 établissements ont sollicité l'appui de la MEAH pour 2006.**

Je souhaite que 100% des structures se soient dotés de tels outils de pilotage, soit par la MEAH, soit par eux-mêmes, dans les trois ans qui viennent. Cette action doit être étendue aux SAMU.

- par ailleurs, nous avons décidé, en lien avec les organisations professionnelles, de **définir des indicateurs permettant d'évaluer la qualité** des prises en charge aux urgences. Ils constitueront des outils incontournables d'évaluation et d'adaptation continue des services d'urgence.

- Enfin, il nous faut remédier aux difficultés d'ordre architectural des services d'urgences qui peuvent en effet contrarier les efforts de réorganisation et de mutualisation des moyens SAMU/ SMUR/ urgences. Dans le cadre du plan Hôpital 2007, ce sont 127 structures d'urgences (pour un montant de 440 Millions d'Euros) qui ont été rénovées. Je souhaite que le volet immobilier du plan Hôpital 2012 permette d'achever cet effort de modernisation pour tous les services d'urgences, sur la base d'un bilan que j'ai demandé à la MAINH et aux ARH d'établir pour l'automne prochain.

IV. Pour terminer, je vous rappellerai les récentes décisions prises pour renforcer la permanence des soins. Cette question est en effet, profondément liée à celle des urgences hospitalières. .

- Cela passe tout d'abord par le renforcement de la régulation par les SAMU.
- C'est ce que nous avons entrepris en généralisant dans tous les départements la participation des médecins libéraux à la régulation ; dans les 24 départements où cette participation n'est pas effective, les préfets auront la responsabilité de l'organiser. Nous avons aussi souhaité préciser par une circulaire le statut et la protection juridique dont bénéficie le médecin régulateur, ainsi que mieux définir la possibilité de prescription par téléphone.
- Nous avons également décidé de renforcer les moyens humains. Ainsi, après la création, entre 2004 et 2005, de **59 postes de médecins de SAMU et 297 postes de permanenciers** dans le cadre du plan urgences, je vous annonce mon intention, de créer dès 2007 100 nouveaux postes de permanenciers, ce qui n'était pas prévu dans le plan mais qui résulte des évaluations de terrain
 - Une campagne de communication sera engagée avant la fin de l'année pour sensibiliser nos concitoyens au bon usage du 15. Il est en effet nécessaire de faire œuvre de pédagogie autour de l'utilisation de ce numéro qui peut d'avérer vital. (à qui le 15 doit-il servir ? à quoi ne doit-il donc pas servir ?).
- Par ailleurs, la réorganisation des secteurs en deuxième partie de nuit doit être poursuivie afin de faciliter l'organisation de la permanence des soins. Nous expertiserons la possibilité pour les préfets, au cas par cas et en l'absence de solution alternative, de confier à un ou plusieurs établissements hospitaliers l'organisation de la permanence des soins en deuxième partie de nuit, accompagnée bien entendu des moyens correspondant. -
- Enfin, je me réjouis d'avoir permis la reprise d'un dialogue serein et indispensable au plan national entre tous les acteurs de la permanence des soins et de la médecine d'urgence. Ce dialogue sera pérennisé dans le cadre d'un comité national de l'aide médicale d'urgence et de la permanence des soins qui sera installé à la rentrée.

V- Permettez moi ensuite d'évoquer ensuite avec vous l'organisation hospitalière pour l'été.

Comme chaque année, une circulaire définit les priorités de maintien des disponibilités de lits dans les établissements de santé. Les Agences régionales d'hospitalisation doivent maintenant travailler avec la communauté hospitalière dans chaque région. Comme l'an dernier, le gouvernement va dé plafonner les heures supplémentaires des personnels soignants de juin à septembre. Cela permettra aux établissements de santé de maintenir leurs capacités, en particulier pour les activités sensibles que sont la réanimation adulte, pédiatrique et néonatale, les soins intensifs et la surveillance continue, les grands brûlés, les soins de suite et de réadaptation, et la médecine polyvalente ou gériatrique. Je serai attentif à ce que le processus de coordination entre établissements d'un même territoire de santé soit bien mis en place.

Les agences régionales d'hospitalisation ont commencé à me rendre compte des résultats prévisionnels depuis le 1^{er} juin, je serai en mesure de faire un premier bilan dès la fin du mois.

&&&

Dans ce renforcement global de la chaîne des Urgences, qui concerne l'accueil (en coordination avec la permanence des soins), les structures d'urgences elles-mêmes et les services d'aval, un seul principe nous a guidés : un égal accès pour tous les patients à une prise en charge rapide et de qualité en tout point du territoire.

Le Dr JY Graal, ARHIF sera nommé un conseiller général des hôpitaux auprès du directeur de la DHOS afin de prendre la suite du formidable travail réalisé par le Dr P. Mardegan qui a souhaité mettre fin à sa mission. C'est pour moi l'occasion de le remercier.

Je voudrais revenir pour finir à la tragique actualité internationale de l'Indonésie. Cette expérience, ainsi que celle du Pakistan, ont renforcé ma détermination et celle de Philippe Douste-Blazy de créer très prochainement une force française d'aide médicale humanitaire. Comme le Président de la République en avait exprimé le souhait après le tragique tsunami de 2004, nous voulons également la proposer à l'échelle européenne. Je sais pouvoir compter sur vous tous et tiens à vous remercier pour ces actions de solidarité internationale.