

# Plan Urgences

Mesdames, Messieurs,

Je souhaite vous présenter aujourd'hui le plan du gouvernement pour les urgences. Je me sens fortement engagé par ce plan car c'est **une partie de la réponse au drame de la canicule** que nous avons vécu cet été. C'est aussi **un hommage à la compétence et au dévouement sans faille des urgentistes et de l'ensemble des personnels hospitaliers**. Les urgentistes ont donné l'alerte ; les services d'urgence ont rempli leur mission de façon exceptionnelle ; les hôpitaux ont fait face.

Ce n'est bien sûr **qu'une partie** de la réponse. Des travaux sont en cours, vous le savez, pour bâtir un **système de veille et d'anticipation et aussi un système d'alerte en temps réel**. Un **plan spécifique est également préparé dans les groupes du plan vieillissement solidarité** coordonnés par François Fillon, auxquels je participe avec Hubert Falco. Ce plan " Urgences " est évidemment cohérent avec les mesures préparées dans ce cadre.

C'est grâce aux **travaux menés depuis septembre 2002 dans le groupe " Urgences "** animé par la DHOS que ce plan urgences a pu être élaboré aussi rapidement. Je souhaite ici remercier les professionnels qui s'y sont engagés, notamment M. Pelloux et l'ensemble des SAMU représentés par M. Giroud. Pour assurer la mise en œuvre de ce plan, **ce groupe continuera à se réunir** dans les mois qui viennent, dans une configuration sans doute un peu élargie. **Je veux aussi remercier la DHOS** pour la qualité du travail réalisé sur ce plan consacré aux " Urgences ".

Beaucoup a été fait, quoi qu'on en dise, pour les urgences au cours des années passées. Mais ce n'est pas assez. **Pas assez dans les moyens** dont disposent les urgences, certes. Mais **pas assez surtout dans la cohérence** et la profondeur des solutions apportées. C'est toute la place des urgences dans notre système hospitalier qu'il nous faut repenser. C'est toute l'organisation de la chaîne des urgences dans notre système de soins qu'il nous faut adapter. J'ai décidé de prendre ce problème à bras le corps et le plan que je vous présente est **un plan global pour toute la chaîne des urgences** : depuis **l'amont**, avec l'importance si essentielle de l'échelon de premier recours au soin ; ensuite **la place et le fonctionnement des urgences au sein de l'hôpital** ; jusqu'à **l'aval des urgences**, à l'hôpital, dans les services de soins de suite et jusqu'au retour à domicile.

## ***1. EN AMONT : Organiser la permanence des soins est une obligation médicale !***

### **Les médecins**

La permanence des soins est d'abord affaire de médecins. C'est avant tout une question d'organisation. Qu'il s'agisse des tours de garde ou des maisons médicales.

### **Tours de garde :**

**Le dispositif pour mieux assurer la permanence des soins libéraux, après les grèves des gardes des médecins libéraux (2001/2002) est désormais opérationnel** avec la parution des deux décrets du 15 septembre 2003. Ils permettent d'organiser et de sécuriser la

permanence des soins en ville : d'abord le volontariat, puis le conseil de l'Ordre et seulement en cas de carence si le tableau de gardes reste incomplet, la réquisition par le Préfet.

### **Maisons médicales :**

**Les maisons médicales se développent : 34 maisons fonctionnent déjà sur le territoire et 80 projets de création sont recensés.** Je suis un partisan convaincu du développement de ces maisons médicales : elles permettent de rompre l'isolement des médecins généralistes, de partager la gestion de la permanence des soins. Tout sera fait pour poursuivre leur développement.

### **La coordination ville-hôpital**

#### **· Régulation unique :**

**Les décrets de septembre 2003 vont également assurer la coordination des acteurs libéraux et hospitaliers à travers une instance commune (CODAMU)** chargée de définir les territoires de permanence. Cette **coordination ville-hôpital** se concrétisera, en particulier, par une **régulation unique** assurée au SAMU- centre 15 par les urgentistes et les médecins généralistes.

#### **· Permanenciers :**

Le développement de la régulation médicale doit s'accompagner d'une **professionnalisation des métiers, notamment de celui de permanencier**. De deux façons : d'abord, accroître le professionnalisme de ce métier à travers la **formation continue**. Ensuite reconnaître financièrement la difficulté du métier (soit 2 millions d'euros en 2004).

#### **· SAMU-SMUR :**

Il faut aussi consolider les équipes des SAMU et des SMUR par un renfort des effectifs de permanenciers (100 postes) et de praticien hospitalier (20 postes de PH) pour les SAMU ainsi que par un renforcement des effectifs d'infirmières (600 postes sur 3 ans) pour les SMUR (ce qui représente 19 millions d'euros en 2004, et 29 millions sur trois ans).

### **Corriger la pénurie dans les zones sous-médicalisées**

#### **· Incitations à l'installation :**

Ces mesures ont été évoquées lors du CIADT rural par le Premier ministre.

#### **· Développement des hôpitaux locaux :**

Trois grandes mesures viendront dès 2004 soutenir ce développement : La **création d'hôpitaux locaux**, en particulier par la transformation de centres hospitaliers ou de maisons de retraite. **L'accroissement des unités de court séjour de médecine** au sein des hôpitaux locaux. Le développement de **l'accréditation des hôpitaux locaux** (cela représente 88 millions d'euros entre 2004 et 2008, dont 9 millions d'euros dès 2004).

## ***2. AUX URGENCES : améliorer le fonctionnement des urgences à l'hôpital***

**Les urgences sont une mission essentielle de l'hôpital.** La dimension humaine attachée à l'accueil des urgences est, depuis l'origine, au cœur des valeurs hospitalières et elle le restera quels que soient les progrès de la médecine et les performances scientifiques. C'est l'ensemble de l'établissement, dans toutes ses composantes, qui doit concevoir un projet collectif de prise en charge des urgences et du partage entre activités programmées et non programmées. Notamment par la contractualisation interne.

## La spécialité

Nous allons créer, dès la rentrée 2004, **un diplôme d'études spécialisées complémentaires** de médecine d'urgence. Et accroître, pour tous les étudiants en médecine, **les heures de formation** consacrées à la prise en charge de l'urgence.

## L'accueil

**L'accueil représente le point clé de la juste prise en charge** du patient aux urgences. Renforcement, **dès 2004, des équipes d'accueil** comportant un médecin senior, un infirmier organisateur et un travailleur social pour assurer une orientation adaptée pour chaque patient. (soit 18 millions d'euros en 2004, 27 millions d'euros en année pleine).

## Les effectifs

**Le temps médical est une ressource rare** en général, vitale aux urgences. Pour que les équipes soignantes se consacrent aux patients, nous renforcerons donc, dès 2004, les **équipes logistiques** (cela représente un investissement de 9 millions d'euros en 2004, 17 millions d'euros en année pleine).

De même, pour **adapter les effectifs à l'activité** dont les variations sont importantes, les urgences auront les moyens de renforcer les équipes en remplaçant les personnels absents ou en payant des heures supplémentaires (14 millions d'euros en 2004, 28 en année pleine).

## Les lits porte

Comme l'a prévu le décret de 95, très incomplètement appliqué, il faut assurer la mise en place effective de zones de surveillance de très courte durée ("**lits portes**") dans les services d'urgences qui en sont dépourvus (24 millions d'euros en 2004 et 48 millions en année pleine)

## Impliquer l'ensemble de l'hôpital dans les urgences

Les urgences c'est l'affaire de tout l'hôpital. Il faut mettre en place une **contractualisation interne avec tous les services**, disposer en permanence de capacités d'hospitalisation identifiées (en particulier en médecine). Les services les plus concernés doivent pouvoir mettre en place des **consultations non programmées** permettant aux patients de ne pas passer par les urgences ou d'être réorientés dès l'accueil. Nous souhaitons également organiser des pôles de médecine polyvalente pour prendre en charge le patient globalement et pallier la sur-spécialisation de la médecine à l'hôpital.

## Créer un système de veille sanitaire sur les urgences

C'est une priorité. Le dispositif devra être **d'une très forte réactivité** (4 millions d'euros en 2004).

## Informatisation

**Un système d'information complet sur les urgences** touchant l'ensemble du territoire va être mis en place **progressivement**. (30 millions d'euros d'investissement dont 22 prévus dans hôpital 2007).

## Locaux

Au total, environ 900 Millions d'euros d'investissement, dont 673 financés grâce à " Hôpital 2007 ", seront consacrés aux urgences (locaux et équipements) dans les cinq années qui viennent.

### **3. L'AVAL DES URGENCES : accroître les capacités d'hospitalisation en aval, notamment en gériatrie**

Le **développement des capacités d'aval** et **l'organisation en réseau** de la chaîne des urgences est fondamental. Pour **éviter l'engorgement** des urgences. Pour **permettre aussi le retour à domicile** des personnes les plus fragiles, et notamment les plus âgées.

#### **Organiser les urgences en réseau**

L'accréditation des services d'urgence (SAU) sera désormais conditionnée à leur engagement dans un réseau associant les établissements sanitaires, les établissements médico-sociaux et les médecins libéraux. Le réseau est aussi une réponse médico-sociale, coordonnée, pertinente à la prise en charge des personnes fragiles. Le montant de la dotation nationale des réseaux (DNR) sera donc adapté pour permettre le développement des réseaux gérontologiques.

#### **Les lits de gériatrie**

Un **plan pluriannuel visant à individualiser des lits de court séjour gériatrique** dans chacun des 207 établissements dotés d'un SAU a été lancé en 2002. Au terme de l'année 2003, 117 établissements seront pourvus de tels services. La mise en œuvre de ce programme va être accélérée, de façon à ce que les 90 derniers services nécessaires soient mis en place d'ici la fin de l'année 2004.

#### **Développer les équipes mobiles de gériatrie**

**Nous souhaitons développer les équipes mobiles gériatriques** pour dispenser les avis gériatriques nécessaires à la bonne prise en charge des personnes âgées fragilisées dans l'ensemble des services, y compris aux urgences.

(Coût : 10 millions d'euros pour 50 équipes en 2004 avec une montée en charge sur 3 ans pour parvenir à la création de 160 équipes au total).

#### **Les services de soins de suite médicalisés**

**Il nous faut un programme de renforcement des services de soins de suite médicalisés.** Aujourd'hui, le déficit en lits médicalisés est estimé à 15 000 lits. La création de lits de soins de suite médicalisés (par création ou par transformation) est indispensable pour éviter l'encombrement des urgences. 5 ans seront nécessaires pour combler ce déficit. 26 millions d'euros y seront consacrés en 2004 et 130 millions d'euros sur la période.

#### **L'hospitalisation à domicile (HAD)**

L'HAD permet de maintenir les personnes âgées à leur domicile avec des soins continus et coordonnés aussi intenses qu'à l'hôpital. **Le plan de développement de l'hospitalisation à domicile a donc pour objectif de multiplier le nombre de places** pour atteindre une capacité totale de 8000 d'ici 2005. Un accent particulier sera mis, bien entendu, sur la prise en charge des personnes âgées dans ce cadre. L'ordonnance de simplification sanitaire et le plan Hôpital 2007 nous aideront à lever les obstacles qui entravaient encore ce développement. (16 millions d'euros en 2004, 66 au terme du plan).