



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

Plan

« Urgences »

1^{ère} partie **Amont de l'hôpital : organiser la permanence des soins** *une obligation médicale !*

- **Fiche 1.1 La permanence des médecins généralistes**

Mesure 1 Assurer la permanence de soins

Mesure 2 Développer les maisons médicales

- **Fiche 1.2 La coordination Ville-Hôpital**

Mesure 3 Mettre en place une régulation unique (ou interconnectée) des généralistes et des urgentistes

Mesure 4 Valoriser le métier de permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM)

Mesure 5 Consolider les équipes des SAMU et des SMUR

- **Fiche 1.3 La lutte contre la pénurie des zones sous-médicalisées**

Mesure 6 Inciter l'installation des médecins libéraux en zones déficitaires

Mesure 7 Développer les hôpitaux locaux

2^{ème} partie **A l'hôpital : améliorer le fonctionnement des services d'urgence**

- **Fiche 2.1 Reconnaître la spécialité de médecine d'urgence**

Mesure 8 Créer un diplôme d'études spécialisées complémentaire qualifiant de médecine d'urgence (DESC).

Mesure 9 Renforcer la formation à l'urgence au cours des études médicales.

- **Fiche 2.2 Optimiser l'accueil des urgences**

Mesure 10 Organiser l'accueil aux urgences.

Mesure 11 Renforcer la logistique des urgences.

Mesure 12 Créer des zones de soins de courte durée.

Mesure 13 Adapter les effectifs à l'activité.

- **Fiche 2.3 Affirmer les urgences comme une mission fondamentale de l'hôpital**

Mesure 14 Répartir la charge de la mission de l'urgence.

- **Fiche 2.4 Connecter les urgences avec leur environnement**

Mesure 15 Connecter les urgences à la veille sanitaire.

Mesure 16 Mettre en place d'un système d'information complet.

- **Fiche 2.5 Investissements**

Mesure 17 Adapter les locaux et les équipements des structures d'urgences

3^{ème} partie **Aval de l'hôpital : assurer la prise en charge en aval des urgences**

- **Fiche 3.1 Assurer la coopération entre établissements et le développement des réseaux**

Mesure 18 Conditionner l'appartenance à un réseau pour l'accréditation

Mesure 19 Accélérer le développement des réseaux

Mesure 20 Assurer une coopération entre établissements

- **Fiche 3.2 Accroître les capacités d'hospitalisation en aval des urgences**

Mesure 21 Renforcer le potentiel de lits de gériatrie de court séjour

Mesure 22 Développer les équipes mobiles gériatriques

Mesure 23 Créer 15 000 lits de soins de suite médicalisés

Mesure 24 Développer l'hospitalisation à domicile

Annexe **Fiche récapitulative financière des mesures du plan urgences**



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

1^{ère} partie

Amont de l'hôpital : Organiser la permanence des soins *Une obligation médicale !*

- La permanence des médecins généralistes
 - Assurer la permanence de soins
 - Développer les maisons médicales

- La coordination Ville-Hôpital
 - Mettre en place une régulation unique (ou interconnectée) des généralistes et des urgentistes
 - Valoriser le métier de permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM)
 - Consolider les équipes des SAMU et des SMUR

- La lutte contre la pénurie des zones sous-médicalisées
 - Inciter l'installation des médecins libéraux en zones déficitaires
 - Développer les hôpitaux locaux

Objectif

Renforcer les médecins libéraux dans leur rôle de premier recours pour la prise en charge des soins non programmés et désengorger les services d'urgences hospitalières.

Mesure 1 Assurer la permanence des soins

Cette nouvelle organisation est prévue dans **les deux décrets parus le 15 septembre 2003** sur la *sectorisation et le volontariat*.

Chaque département est sectorisé en concertation avec le comité départemental de l'aide médicale urgente, des transports sanitaires et de la permanence des soins (CODAMUPS). La permanence est assurée sur la base du volontariat par les médecins libéraux dans chaque secteur. Si le nombre de volontaires est insuffisant, il appartient à l'Etat de procéder aux réquisitions nécessaires.

L'arrêté fixant le cahier des charges de cette organisation et la circulaire d'application des décrets seront soumis à la concertation d'ici la semaine prochaine. Ils seront publiés pour la deuxième quinzaine d'octobre.

Mesure 2 Développer les maisons médicales

A ce jour, **34 maisons médicales** fonctionnent sur le territoire.

Il en existe trois types :

- Les premières **structurent la médecine libérale** en limitant l'isolement des médecins généralistes. Peu reliées à l'hôpital, elles sont adaptées aux situations de diversification médicale en zone rurale, mais pas pour limiter l'augmentation du nombre de passages aux urgences.
- Les deuxièmes **contribuent à une meilleure organisation des urgences**, par l'établissement de protocoles avec les services d'urgences et le SAMU. Ouvertes plutôt en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux, elles stabilisent le nombre de passages aux urgences.
- Les troisièmes sont des **consultations externes sans rendez-vous** situées à l'intérieur même des établissements, à proximité des services d'urgences.

Les maisons médicales seront intégrées au dispositif de permanence de soins instauré par les décrets du 15 septembre 2003.

Le cahier des charges et la circulaire d'application préciseront les modalités de cette intégration.

Seront incités la mutualisation des financements entre le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, les collectivités territoriales, et les établissements de santé.

Au moins **80 projets**, devront voir le jour d'ici 2005.

Donner les moyens aux SAMU-centres 15 de répondre à une progression significative d'activité (6% par an), et aux SMUR d'assurer leur mission de couverture du territoire.

Mesure 3

Mettre en place une régulation unique (ou interconnectée) des généralistes et des urgentistes

La régulation des appels est centralisée dans chaque département en liaison avec le SAMU - Centre 15, afin de coordonner la réponse entre le secteur libéral et hospitalier, et limiter le recours au médecin la nuit et les week-ends, pour les soins nécessaires sans délais.

Mesure 4

Valoriser le métier de permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM)

Deux temps pour améliorer leur situation professionnelle :

à court terme

- **Ouverture de la fonction de PARM aux professionnels paramédicaux et administratifs de catégorie B.**
- **Octroi d'une nouvelle bonification indiciaire (NBI) de 20 points par agent dès 2004 (76 euros par mois).**

à moyen terme

- le recrutement s'effectuera niveau baccalauréat, avec une **formation d'adaptation à l'emploi** -notamment sur la conduite à tenir en situation d'urgence, sur les capacités d'écoute, d'accueil téléphonique, de discernement et de retransmission objective et rigoureuse des informations recueillies aux médecins du SAMU, ainsi que des éléments d'approche psychologique-

Mesure 5

Consolider les équipes des SAMU-SMUR

Pour les SAMU

Par un renfort de **100 permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM)** –soit une augmentation de 10% des effectifs- **et par la création de 20 postes de praticiens hospitaliers, dès 2004.**

Pour les SMUR

Par un renfort de **600 infirmières** sur 3 ans (2004-2006).

Assurer un maillage équitablement réparti sur le territoire des médecins libéraux, en cabinet ou à l'hôpital local.

Mesure 6

Inciter l'installation des médecins libéraux en zone déficitaire

- Mettre en place, **dès 2004, une prime à l'installation**. Un décret en cours de publication définit les critères de détermination des zones déficitaires et les conditions et obligations s'imposant aux professionnels.
- **Permettre aux collectivités locales de fournir des aides** aux professionnels de santé qui s'installeraient dans des zones déficitaires.
- **Exonérer de taxe professionnelle les professionnels de santé** pendant 5 ans après l'installation dans les zones de revitalisation rurale (ZRR).
- **Développer des nouveaux modes d'exercice professionnel coopératifs et collectifs** (cabinets multisites, cabinets de groupe, médecins assistants), qui supposent une modification du code de déontologie médicale.
- **Utiliser les financements de l'assurance maladie**, notamment à travers les contrats de pratique professionnelle.

Mesure 7

Développer les hôpitaux locaux

L'hôpital local est le lieu où peut s'exercer une médecine polyvalente,. L'existence d'un service de médecine de proximité, dispensée principalement par le généraliste, favorise le maintien et le retour à domicile de la population d'un bassin de vie et permet de limiter le recours aux urgences.

Un **plan de développement de l'hôpital local 2004-2007**, s'accompagnera de forums régionaux d'ici février 2004 et d'un forum national en septembre 2004. Ce plan reposera sur :

- **la création d'hôpitaux locaux sur l'ensemble du territoire**, dans les régions et départements faiblement pourvus.
- **Le développement et la généralisation de services de court séjour de médecine à l'hôpital local.**
- Le désenclavement des hôpitaux isolés par des **liens avec des équipes de référence, par recours à la télé-médecine notamment.**
- L'amélioration de la qualité de prise en charge, en développant **l'accréditation.**



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

2^{ème} partie

A l'hôpital : améliorer le fonctionnement des services d'urgence

- Reconnaître la spécialité de médecine d'urgence
 - Créer un diplôme d'études spécialisées complémentaire qualifiant de médecine d'urgence (DESC).
 - Renforcer la formation à l'urgence au cours des études médicales.
- Optimiser l'accueil des urgences
 - Organiser l'accueil aux urgences.
 - Renforcer la logistique des urgences.
 - Créer des zones de soins de courte durée.
 - Adapter les effectifs à l'activité.
- Affirmer les urgences comme une mission fondamentale de l'hôpital
 - Répartir la charge de la mission de l'urgence.
- Connecter les urgences avec leur environnement
 - Connecter les urgences à la veille sanitaire.
 - Mettre en place d'un système d'information complet.
- Adapter les locaux et les équipements des structures d'urgences

Reconnaître la spécialité de médecine d'urgence

2.1

Objectif

Assurer une reconnaissance des spécificités de l'exercice d'urgentiste lors de la formation initiale et spécialisée des médecins.

Mesure 8

Création, dès la rentrée universitaire 2004, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire qualifiant de médecine d'urgence (DESC).

Mesure 9

Renforcement de la formation à l'urgence au cours des études médicales.

En complément, la formation à la prise en charge de l'urgence, de tous les étudiants en médecine sera renforcée :

- ✓ Des orientations ont été données pour qu'au cours du deuxième cycle des études médicales les étudiants soient **formés à l'identification des situations d'urgence** et à la **planification de leur prise en charge** en fonction de leur gravité.
- ✓ De même, dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales, le projet de maquette du futur **diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale** prévoit que l'étudiant effectue **un semestre dans un service d'urgence**.

Objectif

Assurer une meilleure fluidité des passages afin d'éviter que ces services soient débordés et que des personnes attendent dans les couloirs sur des brancards, parfois pour plusieurs heures consécutives. Il s'agit aussi de faciliter le travail du médecin présent la nuit qui doit souvent rechercher pendant de longues heures un lit pour un patient qui nécessite une hospitalisation.

Mesure 10 **Organiser l'accueil aux urgences.**

Renforcement, dès 2004, des conditions d'accueil par des **équipes** comportant un médecin senior, un infirmier organisateur et un travailleur social, dont le rôle sera d'assurer une orientation adaptée pour chaque patient. (**150 équipes pour 18 millions d'euros en 2004**).

Mesure 11 **Renforcer la logistique des urgences.**

Le temps médical est une ressource rare en général, elle est vitale aux urgences. C'est pourquoi, pour faciliter le travail médical et infirmier, **nous renforcerons, dès 2004, les équipes logistiques** (secrétaires médicales, agents d'accueil, brancardiers et accompagnateur) afin que les équipes soignantes puissent concentrer leur travail sur les patients. (**8,5 millions d'euros dès 2004**).

Mesure 12 **Créer des zones de soins de courte durée.**

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**).

Mesure 13 **Adapter les effectifs à l'activité.**

Les urgences connaissent des variations d'activité qui peuvent être importantes. Dès lors, il est primordial de pouvoir renforcer les équipes en remplaçant les personnels absents ou en payant des heures supplémentaires. (**14 millions d'euros en 2004**).

Au total ces mesures mobiliseront 60 millions d'euros en 2004 avec une montée en charge d'ici 2006 à hauteur de 109 millions d'euros.

Affirmer les urgences comme une mission fondamentale de l'hôpital

2.3

Objectif

Les urgences sont une mission fondamentale 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.**

Mesure 14

Répartir la charge de la mission de l'urgence.

Afin que les services d'urgences puissent se recentrer sur leur vocation première, la prise en charge des urgences avérées, il est indispensable que, dans le cadre de la **contractualisation interne** à l'établissement, les services les plus concernés puissent mettre en place des **consultations non programmées** permettant aux patients de ne pas passer par les urgences ou d'être réorientés dès l'accueil.

Objectif

La mise en œuvre rapide d'un système d'information national de vigilance sanitaire alimenté directement par des services d'urgences constitue la priorité.

Simultanément, sera développé un système d'information complet des urgences sur l'ensemble du territoire.

Mesure 15

Connecter les urgences à la veille sanitaire.

La mise en place sous bref délai d'un dispositif national de veille sanitaire sur les urgences hospitalière est une priorité.

Ce dispositif, nécessairement intégré avec les systèmes d'information existants des services d'urgence, doit avoir une très forte **réactivité**.

Le dispositif doit être centré :

- Sur des indicateurs simples et facilement disponibles ;
- Sur un échantillon d'établissements sans charge de travail supplémentaire pour les équipes d'urgence.

(4,2 millions d'euros en 2004)

Mesure 16

Mettre en place d'un système d'information complet

Un système d'information complet sur les urgences (accueil, SAMU, SMUR) sur l'ensemble du territoire et articulant les trois niveaux « établissements », « régional » et « national » sera progressivement mis en place à partir de 2004. **(22 millions d'euros prévus dans « hôpital 2007 »).**

Un système d'information performant est considéré par les professionnels des urgences comme un élément majeur du bon fonctionnement d'un service d'urgences. Il doit permettre :

- Une gestion des flux de patients.
- une gestion médicale des dossiers.
- Une connaissance des disponibilités en lits d'aval.
- La connaissance qualitative et quantitative de l'activité.

Pour la mise en place de ces deux dispositifs sera créé, dès 2004, avec les professionnels et les établissements **un observatoire des urgences au plan national.**



Adapter les locaux et les équipements des structures d'urgences

2.5

Fiche action

Mesure 17

Le volet investissement du plan Hôpital 2007 permettra le financement de **900 millions d'euros** (dont 673 subventionnés) pour la rénovation des locaux, des équipements et du système d'information des services d'urgences dans les cinq ans qui viennent.



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

3^{ème} partie

Aval de l'hôpital : assurer la prise en charge en aval des urgences

- Assurer la coopération entre établissements et le développement des réseaux
 - Conditionner l'appartenance à un réseau pour l'accréditation
 - Accélérer le développement des réseaux
 - Assurer une coopération entre établissements

- Accroître les capacités d'hospitalisation en aval des urgences
 - Renforcer le potentiel de lits de gériatrie de court séjour
 - Développer les équipes mobiles gériatriques
 - Créer 15 000 lits de soins de suite médicalisés
 - Développer l'hospitalisation à domicile

Assurer la coopération entre établissements et le développement des réseaux

3.1

Objectif

Le réseau est une réponse médico-sociale et sanitaire, coordonnée, pertinente à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles. Il trouve sa place en amont et en aval de l'hospitalisation et permet, dans certains cas, de l'éviter. Or, en dépit d'expériences exemplaires dans ce domaine, les réseaux gérontologiques sont trop peu développés. Ainsi, au 31 décembre 2002, sur 182 réseaux recensés, seule une trentaine est dédiée à la gérontologie. L'objectif est de développer les réseaux en suscitant leur création et en favorisant leur reconnaissance et d'assurer une synergie avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Mesure 18

L'appartenance à un réseau comme condition de l'accréditation.

Les services d'urgences devront appartenir à un réseau hospitalier et de médecine de ville pour être accrédité dans le nouveau cadre de l'accréditation défini par l'ANAES.

Mesure 19

Accélérer le développement des réseaux.

En 2004, le montant de la dotation nationale des réseaux (DNDR) progressera notablement. Cette augmentation bénéficiera prioritairement à la création de réseaux gérontologiques. Cet effort s'inscrira dans un cadre triennal jusqu'en 2006.

Mesure 20

Assurer une coopération entre établissements.

La **disponibilité des lits d'hospitalisation** tout au long de l'année doit faire l'objet d'une organisation coordonnée entre l'ensemble des établissements de santé d'un territoire de santé. Cette coopération sera contractualisée sur le territoire de santé dans le cadre du projet médical de territoire.

Objectif

L'objectif est de développer les capacités d'hospitalisation en aval des urgences. Les patients peuvent ainsi être hospitalisés dans des conditions satisfaisantes, sans avoir à attendre aux urgences faute de lit. **L'offre d'aval en direction des personnes âgées, doit être privilégiée**, compte tenu des enjeux de santé publique particulièrement forts qui s'y attachent.

Mesure 21

Renforcer le potentiel de lits de gériatrie de court séjour.

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 accéléré, de façon à gagner une année par rapport à l'échéancier initial.

Mesure 22

Développer les équipes mobiles gériatriques.

Chargées de dispenser des avis gériatriques nécessaires à la bonne prise en charge des personnes âgées fragilisées dans l'ensemble des services, y compris aux urgences, les équipes mobiles constituent l'expertise indispensable en matière de gériatrie. (**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**).

Mesure 23

Créer 15 000 lits de soins de suite médicalisés.

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).

Mesure 24

Développement de l'hospitalisation à domicile.

L'Hospitalisation à domicile (HAD) permet de maintenir les personnes âgées à leur domicile en prodiguant des soins continus et coordonnés d'une intensité équivalente à ceux dispensés 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 places d'ici 2005**. Un accent particulier sera mis sur la prise en charge des personnes âgées dans ce cadre. Ce plan intègre dès 2004 la levée des obstacles juridiques (taux de change, carte sanitaire) et financiers au développement de l'HAD, grâce à l'ordonnance de simplification sanitaire et au plan Hôpital 2007.



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

Fiche financière des mesures du plan « urgences »* (en millions d'euros)

Thème	calendrier	Coût global	Coût 2004
Développement des hôpitaux locaux	2004-2007	88	9
Revalorisation des PARM	2004	2	2
Renforcement des SAMU et SMUR	2004-2006	29	19
Equipes d'organisation interne	2004	27	18
Renforcement des capacités logistiques	2004-2005	17	8
Zones de soins de courte durée	2004-2005	48	24
Personnels de remplacement	2004	28	14
Informatisation des urgences	2004	4	4
Renforcement des compétences gériatriques	2004-2008	50	10
Création de lits de SSR (15 000 lits)	2004-2008	130	26
Développement HAD	2004-2005	66	16
Total		489	150

* hors mesures financées dans le cadre du plan d'investissement hôpital 2007.