

*Rapport à la demande de Madame Roselyne Bachelot-Narquin
Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative*

**Propositions sur
la composition, les missions et le champ d'action
du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins**

Mai 2008

Rédigé par

***Pierre CORIAT, Président,
François BRAUN, Jean-Pierre GENET, Patrick GOLDSTEIN,
André NAZAC, Bernard POL, Joël REMOND***

I) Introduction	4
II) Accompagner la réforme de l'hôpital en ce qui concerne l'organisation territoriale des urgences, des soins urgents non programmés et de la permanence des soins au sein des établissements de santé.....	6
II-1 structures d'urgence pré hospitalières.....	7
II-2 services d'urgence et établissements de soins	8
III) Favoriser l'amélioration de la qualité des soins urgents et non programmés délivrés dans les établissements de santé	14
III-1 - formation initiale.....	14
III-2 - formation médicale continue.....	15
III-3 – Recherche	15
III-4 - démarches d'assurance qualité.....	16
IV) identifier et faire reconnaître les spécificités et les contraintes des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des urgences et dans la permanence des soins .	18
IV-1 - temps de travail	19
IV-2 - Pénibilité.....	20
IV-3 - Rémunération.....	22
V) Anticiper l'évolution des urgences et de la permanence des soins au sein des établissements de santé	24
V-1 - Les nouveaux métiers de l'urgence.....	24
V-2 - les progrès technologiques et innovations thérapeutiques	26
VI) Proposition de composition du Conseil National de l'urgence et de la Permanence des Soins :	27



Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Paris, le 18 FEV. 2008

Le Ministre

Cab/RBN/YB/TT/MA Me D08 1680

Monsieur le professeur,

La qualité de notre système de santé repose notamment sur la cohésion des professionnels et sur leur capacité à former une chaîne humaine et technique dans la prise en charge des personnes en souffrance physique et psychique. Ceci est particulièrement vrai dans la prise en charge de l'urgence et dans l'organisation de la permanence des soins.

L'évolution des savoirs, les révolutions technologiques et les attentes des patients imposent d'adapter au quotidien nos pratiques en ces domaines pour répondre à l'imprévu et assurer la qualité des soins et la sécurité de tous.

Afin d'intégrer ces changements et de concevoir des prises en charge innovantes, il me semble nécessaire de disposer désormais d'une structure qui permette d'analyser, d'évaluer et d'anticiper les évolutions indispensables à l'urgence et à la permanence des soins.

C'est pourquoi j'ai décidé de créer un Conseil national de l'urgence et de la permanence des soins qui sera une instance à la fois de réflexion et de proposition. Ce conseil prendra en compte les différents travaux et rapports réalisés dans le champ de la prise en charge de l'urgence et de la permanence des soins publique comme privée.

Je souhaite vous confier la présidence d'un groupe de travail qui, d'ici fin avril 2008, me remettra ses propositions sur la composition, les missions et le champ d'action de ce conseil. Vous serez assisté, dans cette mission, du Dr Francis BRAUWN, du Dr Patrick GOLDSTEIN, du Dr André NAZAC, du Dr Bernard POL et du docteur Joël REMOND.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le professeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Professeur Pierre CORIAT
Chef du service d'anesthésie-réanimation
Hôpital Pitié-Salpêtrière
47-83, boulevard de l'hôpital
75651 PARIS cedex 13

*14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 58 60 00
www.sante.gouv.fr*

I) Introduction

Dans la lettre de mission qu'elle adresse au Professeur CORIAT le 18 février 2008, Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé et de la Jeunesse et des Sports souligne que dans la prise en charge de l'urgence et dans l'organisation de la permanence des soins, l'évolution des savoirs, les révolutions technologiques et les attentes des patients imposent d'adapter au quotidien nos pratiques pour répondre à l'imprévu et assurer la qualité des soins et la sécurité de tous.

Madame la Ministre décide de créer un conseil national de l'urgence et de la permanence des soins qui sera une instance à la fois de réflexion et de proposition. Ce conseil prendra en compte les différents travaux et rapports réalisés dans le champ de la prise en charge de l'urgence et de la permanence des soins publics comme privés. C'est dans ce cadre, qu'elle confie au Professeur Pierre CORIAT, Président de la Commission Médicale d'Etablissement de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, la présidence d'un groupe de travail qui doit remettre des propositions sur la composition, les missions et le champ d'action de ce conseil.

Le groupe de travail, a rempli sa mission pendant les mois d'avril et mai 2008. Ont été entendus le Professeur Pierre CARLI, Président la Société Française d'Anesthésie Réanimation, le Professeur Bertrand GUIDET et le Docteur Enrique CASALINO, représentant la Société Française de Réanimation de Langue Française, le Docteur Michel DRU, le Docteur Nicole SMOLSKI, et le Docteur Max DOPIA représentant le syndicat national des praticiens d'anesthésie réanimation, le Docteur Marc GIROUD, Président de SAMU de France, le Docteur Philippe AILLIERES pour le SYMHOSPRIV , Syndicat des Médecins salariés des hôpitaux privés non lucratifs (PSPH), Le Docteur Etienne HINGLAIS, Président du Collège Français de Médecine d'urgence. L'association des médecins urgentistes de France n'a pas souhaité être entendue, bien qu'elle ait été invitée à participer aux travaux de ce groupe de travail.

Depuis presque 20 ans, si l'on considère le premier rapport STEG comme point de départ, de nombreux travaux, suivis de textes législatifs et d'efforts financiers ont été consacrés en France à l'urgence et à la permanence des soins. Ceci a permis, sans conteste, d'améliorer de

façon considérable la prise en charge, dans les établissements de santé, des patients présentant un état clinique nécessitant des soins urgents et non programmés.

Si toutes les spécialités médicales peuvent être, de façon plus ou moins importante, concernées par la permanence des soins, la Médecine d'Urgence est la seule dont l'exercice exclusif est l'urgence et la permanence des soins. La prise en charge cohérente d'un patient en situation « d'urgence » ne peut se concevoir sans la cohésion des professionnels impliqués et sans leur capacité à former une chaîne humaine et technique. Cette cohésion doit être renforcée en reconnaissant les spécificités de cet exercice médical consacré à ces soins urgents et non programmés.

L'évolution des besoins de la population rend indispensable la réalisation d'un travail prospectif sur les métiers de l'urgence et de la permanence des soins, travail destiné à mieux cerner les spécificités de cette activité médicale, d'en anticiper l'évolution pour améliorer le fonctionnement du système hospitalier, à l'aube de sa réforme.

En toute logique, ces travaux doivent être réalisés en coopération avec l'organisation de la permanence des soins de la médecine de ville.

Dans les établissements de santé, il est indispensable de mettre en place une organisation efficiente et lisible pour faire face aux besoins de la population.

Le Conseil National de l'urgence et de la Permanence des Soins limite dans un premier temps, son champ d'action à la prise en charge par les établissements de santé des urgences, des soins non programmés et des pathologies nécessitant une permanence des soins que ce soit à l'intérieur même de ces établissements mais également dans leur composante pré hospitalière représentée par les SAMU-Centres 15 et les SMUR.

Le Conseil National de l'urgence et de la Permanence des Soins n'a pas vocation à intervenir dans le champ de la permanence des soins s'exerçant hors des établissements de santé, en particulier la PDS des médecins généralistes libéraux.

La création d'une instance de réflexion et de propositions, consacrée à l'urgence et à la permanence des soins, trouve plusieurs justifications :

- Dans le cadre des missions de l'Hôpital Public, il est constant que la prise en charge des urgences et des soins non programmés, tout comme la permanence des soins requiert une vigilance particulière.

- La permanence des soins contribuant de façon décisive à la protection de la santé et à l'égalité d'accès aux soins, la qualité avec laquelle elle est assurée est un objectif prioritaire de l'hôpital public.
- accompagner la réforme de l'hôpital en ce qui concerne l'organisation territoriale des urgences, des soins urgents non programmés et de la permanence des soins au sein des établissements de santé,
- favoriser l'amélioration de la qualité des soins urgents et non programmés délivrés dans ces établissements,
- identifier et faire reconnaître les spécificités et les contraintes des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des urgences et dans la permanence des soins. Cet objectif s'inscrit dans une démarche initiée par la DHOS, qui a réaffirmé le rôle important des acteurs de la permanence des soins dans le service publique hospitalier « accord signé le 7 février 2008 sur la reconnaissance et la revalorisation de la permanence des soins hospitalières ».
- La permanence des soins dans les établissements de santé est régie par une réglementation parfois complexe, qui n'est pas appliquée de façon homogène, source d'iniquité entre les praticiens en charge des soins non programmés.
- La reconnaissance de la pénibilité des contraintes de la permanence des soins, notamment pour les praticiens impliqués dans la prise en charge des patients à tout heure du jour et de la nuit tout au long de leur carrière, objectif affiché de la DHOS, nécessitera des modalités d'évaluation et la définition de critères objectifs et partagés.
- anticiper l'évolution des urgences et de la permanence des soins au sein des établissements de santé.

II) Accompagner la réforme de l'hôpital en ce qui concerne l'organisation territoriale des urgences, des soins urgents non programmés et de la permanence des soins au sein des établissements de santé

La restructuration des établissements de santé plaide pour une rationalisation de l'offre de soins et un regroupement de ces établissements au sein d'un territoire de santé. La prise en charge des urgences et des soins non programmés est tout particulièrement concernée par cette restructuration, même si la notion même d'urgence impose une réponse appropriée, de

qualité, dans un délai compatible avec la détresse. Il serait en effet inadmissible de ne pas garantir, à chaque citoyen, en tout point du territoire, une égalité de chances face à une urgence vitale et/ou fonctionnelle.

L'organisation territoriale des urgences (circulaire DHOS 01-2007 65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences) repose sur la mise en réseau des structures d'urgence, intégrant des filières de soins spécifiques adaptées aux besoins de la population. Cette organisation en filières a déjà fait la preuve de son efficacité dans certaines pathologies comme le syndrome coronarien aigu, l'accident vasculaire cérébral et le traumatisme grave. L'organisation de ces filières est un élément essentiel de la gestion de l'urgence sur le territoire. Le Conseil National de l'urgence et de la Permanence des Soins sera conduit à proposer, faciliter, évaluer la participation de la « médecine de ville » dans l'efficacité de ces filières.

Pour être efficace l'organisation du système de soin doit être lisible et répondre à des schémas validés.

II-1 structures d'urgence pré hospitalières

Régulation médicale : L'optimisation de la prise en charge des urgences et des soins non programmés impose d'assurer une régulation médicale à l'entrée du système de soins. Cette régulation médicale, assurée par les **SAMU-Centres 15**, doit pouvoir :

- Orienter vers les soins primaires les patients qui peuvent en bénéficier
- Lorsque le recours au secteur hospitalier se justifie, orienter le patient vers l'établissement de soins apte à le prendre en charge selon les engagements pris par cet établissement qui ont servi de base à l'élaboration du répertoire opérationnel des ressources. Cet établissement, en fonction de la spécialité concernée, sera local, territorial, régional voir interrégional ou transfrontalier.

Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) : L'implantation des SMUR doit avant tout tenir compte des contraintes géographiques afin de garantir une égalité d'accès aux soins urgents. Pour autant, ce maillage territorial devra prendre en compte la démographie médicale et son évolution, et donc reposer également sur la mise en place de médecins correspondants du SAMU dans des zones géographiques éloignées du siège du SMUR.

II-2 services d'urgence et établissements de soins

La prise en charge des urgences et des soins non programmés ne saurait être la mission du seul service d'urgence : l'ensemble de l'établissement, et à l'échelle d'un territoire tous les établissements de soins, par la mise à disposition, entre autres, de plateaux techniques spécialisés, concourent à cette mission. Cette prise en charge doit être organisée au sein de filières de soins clairement identifiées, reposant sur les données actuelles de la science et sur l'engagement des établissements à mettre l'ensemble des modalités thérapeutiques les plus actualisées à la disposition des patients de ces filières. L'engagement des établissements est enregistré au sein du répertoire opérationnel des ressources, véritable « annuaire sanitaire » d'un territoire de santé. Ce répertoire opérationnel des ressources sera transmis par l'ARH aux régions limitrophes. Il constitue un élément indispensable à la prise en charge des urgences et des soins non programmés, chaque établissement devant y faire figurer ses engagements de disponibilité (lits, spécialités médicales et chirurgicales, plateaux techniques ...) pour les urgences et les soins non programmés. Ces engagements, figurant dans le répertoire, seront évalués de façon régulière, au travers des territoires de santé en se référant aux réseaux des urgences, à leurs conventions constitutives, et aux fiches de dysfonctionnement.

La façon dont le répertoire opérationnel des ressources est renseigné doit faire l'objet de principes validés et suivre une méthodologie acceptée par l'ensemble des structures concernées.

La principale des contrainte est l'aval des urgences : s'il n'est pas assuré de façon pertinente et rationnelle, il représente la principale source de dysfonctionnement d'un service d'urgence, et au plan clinique peut constituer une véritable perte de chance pour la qualité des soins. Par ailleurs une mauvaise organisation de l'aval des urgences pénalise l'ensemble de l'ergonomie du système car une énergie considérable est dépensée pour la recherche de lits d'hospitalisation.

La recherche d'un lit d'hospitalisation pour un patient devant être admis relève trop souvent d'un véritable « parcours du combattant ». Ces patients peuvent rester plusieurs heures voir plusieurs jours dans un service d'urgence avec comme corollaire la désorganisation du service, des temps d'attente incompatibles avec une prise en charge de qualité et des tensions

avec le reste de l'hôpital. Dès lors que les effectifs de soignants sont suffisants, le renforcement continu des moyens du service des urgences n'est pas adapté dans le long terme : l'ensemble des établissements doit s'impliquer dans cette gestion et proposer des lits d'aval adaptés et en nombre suffisant.

La mise à disposition du service d'accueil des urgences d'un nombre de lits d'aval adapté aux flux de malades que prend en charge ce service, doit faire partie du projet médical de l'établissement de soins, validé par la CME. Il doit s'agir d'une démarche volontariste de l'institution, pérenne et réellement structurelle, qui doit promouvoir au travers une obligation éthique un état d'esprit ou à chaque niveau et dans chaque service de l'établissement, l'accueil et la prise en charge des malades adressés par les urgences constitue une priorité.

Par ailleurs, l'organisation de l'aval des urgences crée une véritable solidarité de l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux de l'institution, au service des malades nécessitant des soins non programmés.

Le pourcentage de malades admis après un passage aux urgences représente pour la plupart des établissements de santé un pourcentage notable des admissions. Voilà pourquoi l'engagement d'assurer un aval satisfaisant au service d'accueil des urgences doit être porté par l'ensemble de l'institution, et piloté par la CME et le Conseil Exécutif.

Le bon fonctionnement de l'aval des urgences doit être suivi sur des référentiels qui permettent de s'assurer de l'adéquation entre le nombre de malades hospitalisés après avoir été pris en charge aux urgences et le nombre de lits fléchés, mis à la disposition du service des urgences.

Le bon fonctionnement de l'aval des urgences constitue un critère de qualité de la prise en charge des malades par un établissement car il limite le nombre d'examen complémentaires et les risques de dysfonctionnement et de complications inhérents à une hospitalisation désorganisée des malades nécessitant des soins non programmés.

Service d'Urgence : les services d'urgence sont actuellement confrontés à deux difficultés majeures :

- En amont, la disparition progressive de la PDS de ville, liée pour une part à la faible densité médicale en milieu rural et à la périphérie des grandes villes, draine vers les services d'urgence une activité de médecine générale face à laquelle ces services ne sont ni organisés, ni préparés. La régulation médicale de l'accès aux services, dans le cadre d'une Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP) est une solution qui ne saurait suffire et il est nécessaire d'organiser l'accueil de ces patients soit au sein des établissements, soit au sein de structures libérale (maisons médicales) à proximité des établissements de santé
- De plus, de nombreuses pathologies (en particulier la traumatologie), ne relèvent plus du généraliste car elles nécessitent un plateau technique.

Il n'est pas certain que les maisons médicalisées puissent recruter des généralistes en nombre suffisant, alors même que le patient ambulatoire de jour n'est plus pris en charge par des médecins généralistes dans certains territoires. De nombreuses tentatives d'ouverture de maisons médicalisées proches de l'hôpital ont été un échec. Il faut absolument réévaluer le bien fondé et l'efficacité de cette politique.

- Bien que le contrôle des flux de patients adressés aux urgences demeure un problème, il s'agit d'une problématique secondaire par rapport à l'aval. En effet, de très nombreuses pathologies dont souffrent les malades adressés aux urgences, relèvent plus d'une prise en charge spécialisée par des médecins qualifiés que par des médecins généralistes (douleurs thoraciques, sepsis sévère, accident vasculaire cérébraux).

Services d'hospitalisation et plateaux techniques : ils concourent, à part entière, à la prise en charge des urgences et de soins non programmés, chacun en fonction de sa spécialité. C'est tout l'hôpital qui doit s'impliquer dans la gestion des flux des malades admis aux urgences en proposant des lits d'aval adaptés en nombre suffisant, au sein de filières de soins, élément important de la qualité de la prise en charge.

Des filières de soins, spécifiques d'une pathologie (traumatologie, pathologies digestives, soins palliatifs et fin de vie ...) ou d'une classe de population (pédiatrie, gériatrie, patients démunis ...) doivent répondre aux besoins identifiés de la population, et doivent se mettre en place à l'échelle d'un territoire de santé en incluant les établissements publics, les PSPH et les

établissements privés. C'est au vue de ces filières que pourront être identifiés les services et spécialités médicales relevant de la permanence des soins : à ce niveau, la distinction devra être clairement établie entre permanence des soins (prise en charge des urgences et des soins non programmés) et continuité des soins (suivi des patients hospitalisés), cette dernière n'incluant pas forcément l'accueil des urgences. La mise en place du répertoire opérationnel des ressources et de la fiche de dysfonctionnement (circulaire DHOS 01-2007 65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences) sont des préalables indispensables à cette organisation en réseaux. Cette organisation qui doit impérativement prendre en compte la nature non programmée des soins doit être en adéquation avec le répertoire opérationnel des ressources de la structure défini dans un territoire.

De nombreuses spécialités médicales sont impliquées dans la prise en charge des urgences et une attention toute particulière devra être portée à celles prenant en charge des problèmes sanitaires dans des champs médico-sociaux. A titre d'exemple, et de façon non exhaustive, nous pouvons citer :

- *La chirurgie* : dans un avenir proche, la chirurgie sera divisée en dix disciplines chirurgicales et il est illusoire que ces spécialités soient toutes représentées au niveau de chaque établissement accueillant les urgences. Une organisation en réseau avec gradation des prises en charge et définition de critères d'évacuation et de transfert est indispensable. Les travaux du Conseil National de l'urgence et de la Permanence des Soins devront être menés en étroite coopération avec le Conseil National de Chirurgie.
- *Les urgences dentaires* restent un problème à part entière. Même si elles n'entraînent que rarement un pronostic vital, elles méritent une attention particulière. La profession dentaire étant quasi exclusivement libérale, l'implication des conseils ordinaires est indispensable.
- *La santé mentale* doit faire l'objet d'une analyse séparée visant, entre autres, à s'assurer de l'adéquation de l'organisation actuelle avec la prise en charge des urgences.
- *La pédiatrie* : les consultations d'enfants sont particulières par la difficulté séméiologique, l'évolutivité rapide des tableaux cliniques, la nécessité de techniques adaptées aux différents âges, l'indispensable alliance avec les parents.

Ces urgences réclament du temps, un environnement spécifique et une expérience particulière, tout spécialement en néonatalogie. Les services de pédiatrie générale sont indissociables de cette organisation, mais le recours à des services spécialisés doit être protocolisé.

- *La gynécologie-Obstétrique* : Les urgences de cette spécialité bénéficient le plus souvent d'un accueil spécifique dans le cadre d'une organisation indépendante des urgences d'un établissement, notamment pour les services de gynécologie obstétrique ayant une forte activité.

Cette filière devra bénéficier d'une évaluation afin de mettre en cohérence les exigences de qualité et d'évaluation de l'accueil des urgences et les moyens attribués à ces services qui ont été soumis au décret périnatalité (**Décret** no 98-899 du 9 octobre 1998) sans qu'aucune organisation en fonction des flux n'ait bénéficié d'un cahier des charges précis et sans qu'aucune évaluation n'ait été menée.

La société savante a émis un tel cahier des charges dont il faudra tenir compte et à partir de ce document déterminer un référentiel.

Le Conseil National de l'Urgence et de la permanence des soins pourra participer en appui avec les Conseillers Généraux des Etablissements de Santé et sous l'autorité du Directeur d'hospitalisation et de l'organisation des soins à des missions d'expertises techniques sur des opérations de reconstitutions des urgences de gynécologie obstétrique prenant en compte la notion de masse critique, la notion de maillages et la notion de réseaux.

Le Conseil National de l'urgence et de la Permanence des Soins pourra faire des propositions d'organisation en se fondant sur des référentiels tant sur les moyens humains nécessaires à l'accueil des urgences en fonction du volume d'activité que sur l'organisation des urgences.

PROPOSITIONS :

Dans ce cadre du soutien à l'organisation territoriale des urgences, des soins urgents non programmés et de la permanence des soins, le **Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins** sera une instance de réflexion et de propositions qui permettra :

- **D'identifier, dans les missions des établissements de santé, l'ensemble des pôles, services et unités fonctionnelles impliqués dans la prise en charge des**

urgences et des soins urgents non programmés et dans la permanence des soins.

- De proposer des modalités validées d'organisation des structures impliquées dans ces prises en charge afin d'optimiser la cohésion, la fluidité et l'efficacité de l'ensemble des filières de soins concernées.
- De proposer des critères objectifs et partagés qui permettront une prise en compte homogène et équitable de la pénibilité des temps de permanence des soins dans les systèmes de valorisations de cette activité.
- De proposer des référentiels permettant de déterminer les seuils au delà desquels le nombre de périodes effectuées par un praticien ouvrent droits à une revalorisation supplémentaire (financière et pour la retraite).
- De proposer des modalités d'évaluation de la charge de travail des praticiens soumis au régime d'astreintes, pour permettre à la DHOS une refonte et une simplification de la réglementation des astreintes.
- De proposer une méthodologie et des procédures d'évaluation pour guider les dispositifs qui seront mis en place pour réorganiser la permanence des soins au niveau des territoires de santé.
- De proposer des modalités d'élaboration du répertoire opérationnel des ressources.
- De proposer des méthodes et procédures d'évaluation de l'adéquation entre le répertoire opérationnel des ressources et les missions dévolues aux établissements de santé.
- De proposer des méthodes et des procédures d'évaluation de l'implication des établissements de santé dans l'accueil des urgences et des soins non programmés.
- De proposer des méthodes et procédures d'évaluation des réseaux de soins intra- et inter-établissements (efficacité, stratégies de prise en charge ...).
- De proposer des pistes d'évolution et d'amélioration de ces réseaux de soins
- De proposer son expertise dans les projets de recomposition de l'offre de soins d'urgence, en appui des conseillers généraux des établissements de santé et sous l'autorité du Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.
- De proposer le développement de technologies de l'information permettant une meilleure fluidité des réseaux : téléexpertise, télé radiologie.

III) Favoriser l'amélioration de la qualité des soins urgents et non programmés délivrés dans les établissements de santé

La prise en charge des urgences constitue une discipline à part entière, répondant à une réalité médicale et à un besoin spécifique de Santé Publique. Comme toutes les spécialités médicales, elle doit développer des démarches d'assurance qualité afin de garantir aux patients en situation d'urgence les meilleurs soins au meilleur coût.

La médecine d'urgence, seule spécialité dont l'exercice exclusif est l'urgence et la permanence des soins, est toutefois une discipline jeune qui doit construire sa réalité et son efficience, tout en préparant sa pérennité et ses futures évolutions par une démarche, commune à toutes les disciplines médicales, incluant formation et recherche.

Dans ce contexte, la qualité des soins repose sur la formation, initiale et continue, des travaux de recherche, et la mise en place de démarches d'assurance qualité.

III-1 - formation initiale

Les filières de formation initiale des médecins en charge de l'accueil des urgences doivent être évaluées : actuellement, la formation en médecine d'urgence est sanctionnée par un DESC de type 1, non validant. De nombreux arguments ont supporté ce choix initial, mais force est de constater que celui-ci ne permet pas d'individualiser une spécialité de Médecine d'Urgence comme dans de nombreux autres pays. La clarification de la filière universitaire, avec création de postes de chefs de clinique et de PUPH apparaît maintenant indispensable et est réclamée par les représentants des urgentistes.

Des postes de Chefs de Cliniques Assistants, ainsi que quelques postes de Professeur des Universités Praticiens Hospitaliers existent déjà dans les services d'urgence. Leur nombre est cependant notoirement insuffisant. Il faudra envisager la création de nouveaux postes, pour soutenir la création de véritables filières de formations cliniques et académiques.

De la même manière des postes d'assistants spécialistes en médecine d'urgence et partagés entre les CHU et les hôpitaux généraux devront être déployés pour répondre à des besoins démographiques et pédagogiques

L'évolution du DESC de type 1, non validant, pourra se faire vers un DES. Envisager une évolution vers un DESC de type 2 paraît une impasse, qu'il faudra éviter.

En l'état, sont amenés à cohabiter dans les structures d'urgence des médecins issus de la filière CMU (Capacité de Médecine d'Urgence), d'autres issus de la filière DESC1 et demain peut être d'autres encore : le Concours National de Praticien Hospitalier marque actuellement le point de ralliement de ces différentes filières mais certains médecins, n'exerçant pas en établissement public peuvent ne pas faire ce choix et pour autant doivent être reconnus comme « spécialistes de l'urgence ».

III-2 - formation médicale continue

La formation médicale continue est un élément indispensable au maintien des compétences, tout particulièrement dans une spécialité médicale jeune et en plein essor. Cette formation doit être organisée sous la responsabilité de la SFMU. Les spécialités médicales assurant la prise en charge des urgences et la permanence des soins ont, de par leur mode même d'exercice en « temps continu », de grandes difficultés à organiser la FMC. Un temps médical spécifique doit être financé et clairement identifié, à côté de l'activité clinique, pour permettre aux « praticiens de l'urgence » de répondre aux impératifs de FMC. Les Centres d'Enseignement de Soins d'Urgence (CESU) devront participer aux actions de FMC.

III-3 – Recherche

Une spécialité médicale ne saurait exister sans une composante de recherche. L'exercice même de la médecine d'urgence se prête au développement de programmes de recherche clinique. A ce titre, il est impératif de favoriser à court terme l'émergence de PHRC de médecine d'urgence et d'unités labellisées en santé publique.

En fait, la valorisation de la recherche au niveau des urgences, élément indispensable pour assurer une qualité de la formation des médecins urgentistes, et donner une véritable attractivité à cette nouvelle spécialité, passe essentiellement par une universitarisation de l'encadrement de ces structures (Professeurs des Universités Praticiens Hospitaliers, Maître de Conférences des Universités Praticiens Hospitaliers, Chefs de Clinique Assistant), et par la

formation à la recherche de médecins urgentistes, par l'intermédiaire d'un master voire d'un doctorat.

III-4 - démarches d'assurance qualité

Les spécialités confrontées à la prise en charge de l'urgence et aux soins non programmés tirent tout particulièrement bénéfice de la mise en place de démarches d'assurance qualité qui placent l'étude des processus, c'est à dire des séquences d'activité relatives à la production médicale, au cœur des actions de prévention.

Un contrôle des risques inhérents à la prise en charge des urgences et des soins non programmés ne pourra être obtenu qu'en développant des protocoles de prise en charge basés sur des démarches d'assurance qualité. En effet, la plupart des erreurs commises n'est pas le fait de connaissances médicales insuffisantes, mais résulte d'un dysfonctionnement dans l'organisation des différentes étapes de la prise en charge du patient (cf.- fiches de dysfonctionnement). Les démarches d'assurance qualité introduisent dans le monde médical des concepts nouveaux, utilisant une méthode spécifique et une terminologie nouvelle. S'il est évident que de nombreux médecins prodiguent quotidiennement des soins de qualité, sans besoin de « méthodologie de la qualité », en pratique ils sont incapables d'en fournir la preuve qui leur est réclamée par le public. La mise en place de démarches de qualité nous apprend qu'il n'existe pas de qualité sans mesure et sans surveillance de cette mesure, et qu'il y a un intérêt pour les praticiens et leurs patients à assurer le recueil et l'analyse des erreurs. C'est par une compréhension précise des causes de dysfonctionnement qu'il devient alors possible de prévoir les dispositifs qui minimiseront ces défaillances.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) selon le modèle de la *roue de Deming* ou *roue de la qualité* est une démarche d'assurance qualité particulièrement bien adaptée à la médecine d'urgence. De nombreux services ont déjà mis en place cette démarche, en particulier par la réalisation de « staff-EPP » et il convient de répertorier, d'analyser et de promouvoir de telles pratiques.

PROPOSITIONS :

Le Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins permettra :

- De proposer un cursus de formation initiale pour les médecins spécialistes de médecine d'urgence, en précisant les compétences requises pour exercer cette spécialité.
- Participer à la réflexion qui pourrait faire évoluer le DESC de Type 1, dévolue actuellement à la médecine d'urgence vers un DES.
- De proposer des orientations pour la formation continue de ces médecins et de tous les médecins impliqués dans la permanence des soins à partir de l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles instaurée par la loi portant réforme de l'assurance maladie.
- De déterminer, en collaboration avec l'Institut National des Etudes Démographiques, le nombre de médecins spécialisés en médecine d'urgence nécessaire et suffisant pour couvrir les besoins de santé du territoire et ainsi de déterminer le nombre de médecins admis dans la filière de formation de la médecine d'urgence dans le cadre de l'examen classant national.
- De favoriser l'élaboration et la mise en place de protocoles de recherche.
- De proposer des thématiques prioritaires qui pourraient donner lieux à des financements pour les protocoles de recherche.
- De proposer à la Haute Autorité de Santé des méthodes et des procédures d'évaluation de la qualité de la prise en charge des urgences et des soins non programmés. Plus particulièrement, de proposer des méthodologies d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients dans les structures d'urgence et dans les structures concourant à la permanence des soins. Dans ce cadre, le conseil élaborera une liste d'évènements porteurs de risques qui devront être déclarés dans une base de données réalisée sur le modèle de celle qu'utilise la Haute Autorité de Santé, et validée par cette autorité. Les informations ainsi recueillies pourront être à l'origine de démarches qualité. Elles permettront de définir les thèmes qui serviront de support aux Revues de Morbi-Mortalité et permettront aux évaluations des pratiques professionnelles d'être réalisées de façon pertinente.
- De proposer des méthodologies d'évaluation des dysfonctionnements déclarés dans le cadre des urgences et de la permanence des soins.
- De proposer aux Collèges des spécialités impliquées dans les urgences la PDS et les soins non programmés des modalités d'analyse de l'organisation et du

fonctionnement de ces soins avec validation d'indicateurs simples et reconnus de qualité et d'efficience.

- **De proposer des méthodes et des procédures d'évaluation des filières de prise en charge.**

IV) identifier et faire reconnaître les spécificités et les contraintes des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des urgences et dans la permanence des soins

La reconnaissance des spécificités et contraintes de l'exercice médical dans le cadre des urgences et de la permanence des soins est une demande forte des professionnels de santé en charge de soins non programmés et de leurs représentations syndicales de praticiens. Il y a actuellement un risque de voir se marginaliser les acteurs impliqués dans la permanence des soins hospitaliers, si les contraintes de leur métier ne sont pas prises en compte par l'ensemble de l'institution hospitalière.

Reconnaître et mieux évaluer la pénibilité des contraintes de la permanence des soins, notamment pour les praticiens particulièrement impliqués dans la prise en charge des patients à tout heure du jour et de la nuit au cours de leur carrière, est un objectif affiché de la DHOS.

La reconnaissance des spécificités et des contraintes de l'exercice médical dans le cadre des urgences de la permanence des soins non programmé impose en contre partie que l'organisation des services d'accueil des urgences, et de l'ensemble des structures en charge de la permanence des soins soit basé sur des modalités de fonctionnement validées par la spécialité.

Cette reconnaissance doit tenir compte de plusieurs éléments :

IV-1 - temps de travail

L'organisation du temps de travail des médecins impliqués dans la prise en charge des urgences et dans la PDS fait apparaître trois phases distinctes :

- l'organisation du travail pour la réalisation d'actes
- l'organisation du travail pour la réalisation de la permanence des soins
- l'organisation pour l'accomplissement de tâches transversales ou contribuant à la qualité des soins (« temps texturant »)

La répartition respective des ces phases de travail ne fait pas l'objet, à ce jour, d'un consensus clair, pas plus que la comptabilisation du temps de travail en heures et/ou en demi-journées. Enfin, la base de calcul de 39 heures hebdomadaires de travail, commune à tous les praticiens des établissements publics, est rarement respectée dans les structures d'urgence devant la possibilité réglementaire d'étendre ce temps hebdomadaire à 48 heures pour les services à activité dite continue.

Par ailleurs, la permanence des soins obéit à de nombreuses réglementations pouvant donner lieu dans de nombreux cas à des interprétations diverses, à l'origine de modalités d'applications hétérogènes, elles nécessitent une interprétation uniforme

Les tableaux de service, « prévisionnels » et « réalisés », doivent permettre une analyse exhaustive des temps de travail et pourraient servir de base à une réflexion sur l'organisation du travail médical dans les services concernés par la prise en charge des urgences, des soins non programmés et la permanence des soins. Le volume du temps de travail devra être mis en parallèle avec l'activité produite et l'organisation de ces activités à l'échelle du territoire de santé. L'activité en « nuit profonde », de minuit à 7h00, devra faire l'objet d'une attention particulière.

Les modalités avec lesquelles sont établies les tableaux de service prévisionnels et les tableaux de service réalisés, ne sont pas toujours adaptés aux impératifs cliniques de la prise en charge des patients nécessitant les soins urgents et non programmés.

Il est indispensable, que le temps de travail, qui atteste la réalité du service fait, soit décompté de façon homogène entre les établissements de santé et au sein des établissements entre tous les praticiens, selon des modalités et des critères ayant fait l'objet d'un consensus.

Lorsque la permanence des soins, fait appel à des astreintes, il existe une forte hétérogénéité dans la façon dont les astreintes sont organisées et dans les modalités de leur rémunération. La rémunération dans de nombreux établissements n'étant pas toujours proportionnelle au travail réalisé.

Dans le cadre de la réorganisation de la permanence des soins au niveau des territoires de santé, la réglementation des astreintes devra être simplifiée pour être lisible et codifiée, de façon consensuelle.

La problématique du compte épargne temps (CET) relevée par des organisations syndicales professionnelles ne doit pas être écartée de la réflexion globale sur le temps de travail : le principe même de l'activité continue et les difficultés liées à la démographie médicale n'autorisent pas les praticiens à solder régulièrement leurs congés.

IV-2 - Pénibilité

La reconnaissance et la valorisation des professions médicales concernées par l'urgence et la permanence des soins ne peuvent se concevoir sans reconnaître, en préalable, la pénibilité particulière des professions médicales hospitalières à forte contrainte au temps. La reconnaissance et la revalorisation de la permanence des soins hospitaliers, est actuellement un objectif affiché de la DHOS. La valorisation de la pénibilité des temps de la permanence des soins imposera la définition de critères objectifs et partagés.

- Cette **triple contrainte au temps** est caractérisée par :
 - la durée (55 heures hebdomadaires en moyenne), faute d'effectifs partout suffisants,
 - la répartition sur le nycthémère (alternances jour / nuit),
 - la répartition sur les temps de repos traditionnels des fins de semaines et jours fériés.
- une **spécificité de certaines professions médicales** : peu de professionnels du domaine de la santé sont concernés par cette triple contrainte.
 - Les deux premières agissent sur la santé, et les trois sur la désocialisation.

- Une quatrième contrainte, plus sournoise et souvent méconnue, est celle des « à coups ». En effet, afin de pouvoir partir en vacances ou bénéficier de formations, un praticien est souvent obligé de cumuler du temps de travail avant et après ses « congés », afin que ces collègues puissent, eux aussi en profiter.
 - Le caractère constant de la charge de travail des services tous les jours de l'année, fin de semaine, vacances et jours fériés compris.
- un **environnement professionnel hostile** : cette contrainte au temps s'exerce de plus dans un environnement professionnel particulier.
- « Stress » en raison de la nature du travail (non régularité, situations humaines souvent dramatiques ...).
 - Conditions environnementales parfois inadmissibles (afflux de patients).
 - Repas irréguliers voir inexistants.
 - Conditions de travail hétérogènes et souvent inégales d'un praticien à l'autre à l'origine d'un climat de suspicion accompagné d'un fort sentiment d'injustice. Il en résulte une grande défiance envers l'institution hospitalière.
 - Les statuts dévalorisant (Praticiens Attachés) ou précaires (Praticiens Hospitaliers Contractuels), sont particulièrement fréquents dans les services d'accueil des urgences. Ces statuts, sont souvent prolongés (jusqu'à 6 ans pour un praticien hospitalier contractuel aux urgences ce qui contraste avec une année ou plus dans les autres disciplines médicales ou chirurgicales). Si les compétences et les titres et travaux de ces médecins sont reconnus, ils devraient être titularisés dans des délais raisonnables.
 - Il est indispensable, dans le cadre de la politique de territorialisation, que les dotations médicales dans les services d'accueil des urgences soient faites de façon équitable et homogène sur l'ensemble du territoire, prenant en compte l'activité de ces services.

Cette pénibilité dégrade massivement l'attractivité du recrutement des urgentistes et autres praticiens, alors même que cet exercice médical séduit les confrères les plus jeunes. Les

organisations professionnelles s'accordent pour identifier une accélération du phénomène depuis deux ans, avec parallèlement épuisement professionnel des plus anciens (burn-out). L'urgence, l'anesthésie, la réanimation sont identifiées en péril par ses mêmes organisations.

IV-3 - Rémunération

Les tensions dans la démographie de certaines spécialités médicales imposent de réduire l'écart de mode et de niveau de rémunération entre les spécialités, et de proposer un niveau de rémunération qui tienne compte des contraintes imposées par la prise en charge des urgences et des soins non programmés. L'adage du « travailler plus pour gagner plus » n'est malheureusement pas la règle pour les médecins de l'hôpital public dont les revenus, en fonction ou non d'une activité privée, sont très disparates.

Les provenances différentes des praticiens, en dehors de différences de statuts, peuvent également être la raison d'inégalités génératrices de tensions : à titre d'exemple, si l'ancienneté d'un praticien est prise en compte lorsque son exercice précédent était en PSPH et/ou privé, aucune ancienneté n'est prise en compte lors d'un exercice antérieur comme faisant fonction de praticien hospitalier ou praticien contractuel.

Cette reconnaissance financière qui impose de mieux cerner la réalité des conditions de travail en terme de durée effective de travail, de répartition du temps de travail et de volume d'activité produite , doit s'accompagner d' une validation préalable de l'organisation des structures impliquées dans la prise en charge de l'urgence et de la permanence des soins pour que le temps médical des praticiens en charge des urgences et de la permanence des soins soit mis à disposition d'organisations médicalement efficiente .

Dans les structures PSPH et dans les établissements privés, il sera nécessaire à brève échéance d'étudier les modalités possibles d'un rapprochement des modes et niveaux de rémunérations des médecins hospitaliers pour des activités identiques exercées dans des conditions comparables. Il faudra tenir compte de la nécessité pour les chirurgiens, de disposer à tout moment d'un aide opératoire, ce qui représente une lourde contrainte financière.

Le Conseil National de l'Urgence et de la permanence des soins pourra participer sous l'autorité de la Direction de l'hospitalisation de l'organisation des soins à des missions d'expertises cliniques menées dans le cadre des établissements privés à but non lucratif.

Ces établissements, peuvent être divisés en deux groupes :

- Les établissements privés sans but lucratif autrefois financés par l'objectif quantifié national. Les tarifs T2A de ces établissements sont aujourd'hui les mêmes que ceux du secteur privé lucratif.
- Les établissements financés auparavant par la dotation globale ; ce sont les établissements PSPH dans lesquels les médecins sont salariés, sauf dans quelques établissements (à Marseille, Bordeaux, Strasbourg) où les médecins sont rémunérés à l'acte en fonction de la CCAM. Les tarifs T2A de ces établissements sont les mêmes que ceux du secteur public hospitalier. Les conditions d'emploi des médecins salariés de ces secteurs s'appuient sur différentes conventions collectives.

Dans le domaine spécifique de la prise en charge des urgences, de la permanence des soins et à un sens plus général encore des soins non programmés, le Conseil National de l'Urgence et de la permanence des soins pourra réaliser une mission d'appui afin de mettre en évidence les contraintes imposées aux personnels travaillant dans ces établissements par les urgences la permanence des soins et les soins non programmés.

PROPOSITIONS :

Le Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins permettra :

- **D'identifier les métiers impliqués dans la permanence des soins, d'en reconnaître les contraintes et de proposer des modalités de revalorisation de ce mode d'exercice médical.**
- **D'étudier une organisation du temps de travail compatible avec la prise en charge des patients en urgence et avec un exercice professionnel serein. Le Conseil National de l'urgence et de la Permanence des Soins pourra, entre autre, faire des propositions de maquettes d'organisation des structures concourant à la prise en charge des urgences et de la permanence des soins, en fonction de l'activité de ces structures.**

- De proposer des indicateurs pertinents pour la réalisation et le suivi des tableaux généraux d'activité des praticiens. Ce travail bénéficiera aux commissions d'organisation des soins non programmés.
- De piloter des études sur la pénibilité au travail et ses conséquences en termes de santé : accidents du travail, maladies professionnelles, addictions ...
- De proposer des solutions pour assurer une équité entre les médecins qui exercent une activité programmée et ceux qui sont en charge des urgences et des soins non programmés.
- Pour les PSPH proposer des méthodes et des procédures d'évaluation de la charge de travail pour guider la démarche d'harmonisation des situations des praticiens travaillant dans le cadre de l'urgence et de la permanence des soins du service publique hospitalier (EPS et établissements PSPH).

V) Anticiper l'évolution des urgences et de la permanence des soins au sein des établissements de santé

La prise en charge des urgences et des soins non programmés est en constante évolution. Cette évolution, nécessaire dans le cadre d'une jeune spécialité, a un retentissement sur l'organisation de la prise en charge des patients, de plus en plus multidisciplinaire.

Dans tous les domaines de la médecine, et plus encore dans le domaine de la prise en charge des urgences, l'évolution des savoirs, les révolutions technologiques imposent d'adapter les pratiques pour que les progrès médicaux soient partagés par tous.

V-1 - Les nouveaux métiers de l'urgence

Les médecins généralistes à l'hôpital : l'évolution des prises en charge en urgence a progressivement amené les médecins généralistes à participer au service public dans le cadre des urgences : hier les médecins correspondants de SAMU, aujourd'hui les médecins régulateurs généralistes de la permanence des soins, demain probablement des médecins généralistes au sein ou plus probablement à proximité immédiate des services d'accueil. Ces médecins ne disposent pas, à ce jour, d'un statut unique et reconnu, les établissements étant amenés à les recruter selon des modalités diverses et inégales.

Evolution de carrière des médecins impliqués dans l'urgence et la permanence des soins : la pénibilité des métiers de l'urgence et de la permanence des soins amène de plus en plus de médecins à se réorienter en cours de carrière vers des activités médicales programmées. Actuellement cette réorientation n'est pas anticipée et résulte plus « d'occasions ponctuelles » que d'un choix réfléchi. La valorisation des compétences acquises n'est pas reconnue, alors même que les urgentistes, par leur exercice quotidien, exercent des activités de santé publique, de gestion des risques sanitaires, et d'expertise dans le fonctionnement du système de soins.

Cette valorisation des compétences, ne pourra se faire qu'en fonction des diplômes choisis pour porter la spécialisation de médecine d'urgence (DESC de type 1 ou diplôme d'études spéciales).

Fonctions paramédicales :

- Dans le cadre des *services d'accueil*, certaines fonctions paramédicales participent de façon importante à la prise en charge optimisée des malades. Sous l'égide de la Société Française de Médecine d'Urgence, des travaux sont en cours pour définir un référentiel de l'infirmier(e) des urgences, dont l'infirmière(e) organisatrice de l'accueil (IOA), et pour étudier des transferts de tâches comme la prescription d'antalgiques de premier niveau ou la prescription d'examens radiologiques simples.
- Dans les *services d'accueil* et dans les *blocs*, la possibilité de déléguer des tâches chirurgicales simples à des IBODE après validation d'une expérience professionnelle doit être appréciée.
- Au niveau du *SAMU-Centre 15*, la centralisation des appels pour les urgences et pour la permanence des soins impose un tri préalable pour orienter le patient vers le médecin régulateur urgentiste ou vers le médecin régulateur généraliste. Ce tri est effectué par un permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM) dont le métier a évolué au cours de ces dernières années. Pour autant, et bien qu'ils traitent d'informations sanitaires, leur formation et leur carrière sont encore mal définies et ils restent considérés comme des personnels administratifs.

V-2 - les progrès technologiques et innovations thérapeutiques

La prise en charge des urgences bénéficie, dans de nombreux domaines, d'une évolution des savoirs et d'innovations technologiques susceptibles de modifier les pratiques. Parmi ces évolutions, une place particulière doit être faite à la télé médecine, télé expertise et télé radiologie. Sur demande de la DHOS, la Société Française de Radiologie et la SFMU se sont prononcées sur les bonnes pratiques cliniques en termes de télé radiologie. Ces pistes de développement sont essentielles car elles sont probablement le garant d'une application républicaine et équitable d'un certain nombre de pratiques médicales nouvelles.

PROPOSITIONS :

Le Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins permettra :

- **D'étudier et de faire des propositions sur la place et le statut des médecins généralistes libéraux au sein du réseau des urgences**
- **De proposer, avec le Conseil National de Gestion des Praticien Hospitalier, des évolutions de carrière, de statut, et des possibilités de changement d'activité pour les praticien impliqués dans la prise en charge des urgences et dans la permanence hospitalière des soins.**
- **De proposer une valorisation des compétences acquises de l'exercice professionnel.**
- **De proposer des études et des procédures d'évaluation des transferts et délégations de tâches.**
- **De proposer une valorisation des nouveaux métiers de l'urgence, en particulier le métier de PARM.**
- **D'assurer une fonction de veille sur les évolutions scientifiques et technologiques susceptibles de modifier les organisations et les pratiques professionnelles dans le domaine de l'accueil des urgences.**

VI) Proposition de composition du Conseil National de l'urgence et de la Permanence des Soins :

1 - Représentants des médecins particulièrement impliqués dans les urgences et la permanence hospitalière des soins.

- Le Président de l'AMUF ou son représentant
- Le Président de SAMU de France ou son représentant
- Le Président du SNPHAR ou son représentant
- Le Président du SUH (syndicat des urgences hospitalières) ou son représentant
- Le Président du SMARNU ou son représentant
- Le Président du SYMHOSPRIV ou son représentant
- Le président du Syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée (SNHUP) ou son représentant.
- Le Président du syndicat national des pédiatres hospitaliers

2 - Sociétés scientifiques et organisations agréées

- Le Président de la SFMU ou son représentant
- Le Président de la SFAR ou son représentant
- Le Président de la SRLF ou son représentant
- Le Président du Collège Français de Médecine d'Urgence ou son représentant
- Le Président du Collège Universitaire de Médecine d'Urgence ou son représentant
- Le Président de la Fédération des collèges régionaux de médecine d'urgence ou son représentant, accompagné d'un représentant des observatoires régionaux d'Urgence,
- Le Président de l'ANCESU (Association Nationale des Centre d'Enseignement de Soins d'Urgence)
- Le Président de la Société Française de pédiatrie ou son représentant
- Le Président du Conseil national de chirurgie ou son représentant
- Le président du Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France ou son représentant

3 - Représentants des institutions

- Le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins

- Le Président de la Haute Autorité en Santé ou son représentant
- Le Président de l'Académie Nationale de Médecine ou son représentant

4 - Représentants des fédérations hospitalières

- Le Président de la Fédération Hospitalière de France ou son représentant
- Le Président de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la personne, privés non lucratifs, ou son représentant (FEHAP)

5 - Représentants des conférences hospitalières et hospitalo-universitaires

- Le Président de la conférence des doyens de facultés de médecins ou son représentant
- Le Président de la conférence des présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitalo-universitaires ou son représentant.
- Le Président de la conférence des présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers ou son représentant.
- Le Président de la conférence nationale des présidents de commission médicale des établissements privés à but non lucratif ou son représentant.
- Le Président de la conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement de l'hospitalisation privée.

6 - Personnalités qualifiées :

En fonction des sujets traités, d'autres représentants et experts pourront faire partie du conseil, de façon transitoire comme membres associés. Citons par exemple :

- *Le président de la Coordination médicale hospitalière ou son représentant ;*
- *Le président de l'Intersyndicale nationale des praticiens hospitaliers ou son représentant ;*
- *Le président de la Confédération des hôpitaux généraux ou son représentant ;*
- *Le président du syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics ou son représentant ;*
- *Le président de l'Union collégiale des chirurgiens, médecins et spécialistes français ou son représentant ;*

- *Le président du Syndicat national des professeurs hospitalo-universitaires ou son représentant ;*
- *Le président du Syndicat national des hospitalo-universitaires (SNHU) ou son représentant ;*
- *Le président de la coordination HU – Syndicat autonome de la médecine hospitalo-universitaire et de la recherche (coordination – SAMHUR) ou son représentant ;*
- *Le président du Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France, ou son représentant ;*
- *Le président de la Confédération des Syndicats des Médecins Libéraux ou son représentant ;*
- *Le président de l'inter syndicat national des Chef de Clinique Assistant des hôpitaux ou son représentant*
- *Le président de l'Inter syndicat national des internes des hôpitaux des villes de faculté ou son représentant ;*
- *le syndicat national des pédiatres libéraux (SNPF)*
- *le syndicat national des pédiatres des établissements hospitaliers (SNPEH)*
- *Le Président du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs ou son représentant*
Le président du Collège National des Enseignants de Réanimation Médicale (CNERM) ou son représentant,
- *la Société française de pédiatrie (SFP),*
- *la Société française de néonatalogie (SFN)*
- *la Société Française de Radiologie (SFR)*
- *le président du syndicat national des pédiatres des établissements hospitaliers (SNPEH),*
- *le président de la toute Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive*